

**EXAMEN DES PROGRÈS DES ORGANISMES DES
NATIONS UNIES VERS LA RÉALISATION DE L'OBJECTIF,
CIBLE 7, DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT:
COMBATTRE LE VIH/SIDA**

Rapport établi par

Muhammad Yussuf

Corps commun d'inspection

Genève 2007



Nations Unies

JIU/REP/2007/12

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

**EXAMEN DES PROGRÈS DES ORGANISMES DES
NATIONS UNIES VERS LA RÉALISATION DE L'OBJECTIF,
CIBLE 7, DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT:
COMBATTRE LE VIH/SIDA**

Rapport établi par

Muhammad Yussuf

Corps commun d'inspection



Nations Unies, Genève 2007

RÉSUMÉ

Examen des progrès des organismes des Nations Unies vers la réalisation de l'objectif 6, cible 7, du Millénaire pour le développement: combattre le VIH/sida JIU/REP/2007/12

Objectif: Évaluer les progrès vers la réalisation de l'objectif 6, cible 7, «D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle», et fournir aux États Membres une évaluation objective de l'efficacité et de l'efficience des politiques et des programmes mis en œuvre ainsi que des obstacles à surmonter pour y parvenir.

Éléments essentiels et principales constatations et conclusions

- À la fin de 2006, plus de 25 millions de personnes étaient mortes du sida, et 39,5 millions d'autres, selon les estimations, vivaient avec le VIH/sida. Rien qu'en 2006 4,3 millions de personnes ont été contaminées et 2,5 millions de personnes ont succombé au sida. La prévalence de l'infection à VIH depuis l'adoption de l'objectif semble augmenter. Le nombre de personnes vivant avec le VIH était en hausse de 28 % environ en 2006, comparé aux estimations de 2000. L'évolution de la maladie dans l'avenir et son ampleur réelle restent inconnues.
- Le plus gros obstacle à un fonctionnement efficace du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) est son mandat insuffisant et inadapté. Le Conseil économique et social a établi ce mandat en 1994, lorsque la pandémie était considérée comme un problème de santé avec des conséquences limitées. Treize ans plus tard, la situation est radicalement différente. L'ONUSIDA a désormais une tâche de vaste portée, dynamique et difficile, et doit mieux rendre compte de son action à ses mandants. Les progrès du Programme commun dépendent de décisions d'autres entités ou acteurs – gouvernements nationaux, donateurs internationaux, société civile – sur lesquels il n'a pas d'autorité institutionnelle. Le mandat de l'ONUSIDA doit être développé et renforcé, et l'autorité de son secrétariat doit être accrue pour une coordination efficace.
- Les actuels partenariats avec 10 organismes coparrainants sont trop nombreux. Comme ni le secrétariat de l'ONUSIDA ni le Conseil de coordination du Programme (CCP) n'ont d'autorité, en termes organisationnels, sur ces coparrains, il est très difficile de les amener à devenir des partenaires efficaces de l'ONUSIDA. Il y a certains chevauchements d'activités et doublons entre les organismes coparrainants au niveau des pays. La prévention de la transmission mère-enfant, une activité primordiale, en est un exemple évident.
- Depuis sa mise en place en juillet 1995, le CCP a tenu 20 réunions et a fourni à l'ONUSIDA des conseils et des orientations utiles. Toutefois, son efficacité est limitée par plusieurs facteurs. Dans le cadre institutionnel actuel, les décisions du CCP n'engagent pas automatiquement les organismes coparrainants, et elles doivent être approuvées par les organes directeurs de tous ces organismes avant de pouvoir être appliquées. Ce processus prend beaucoup de temps, parfois au détriment de problèmes qui appellent une action immédiate.

- Le Comité des organismes coparrainants (COC) n'a qu'une autorité limitée. Il n'est ni un organe exécutif ni un organe de surveillance et il approuve uniquement le budget et le plan de travail de l'ONUSIDA. Qui plus est, son autorité ne couvre que les activités financées dans le cadre du budget-plan de travail intégré (BPTI), et non les programmes individuels des organismes coparrainants sur le VIH et le sida.
- En ce qui concerne la répartition des tâches, il y a un manque d'information et de clarté évident parmi les différents intervenants au niveau des pays, et en particulier parmi les organismes gouvernementaux et les partenaires de la société civile quant à la répartition des tâches et aux modalités correspondantes. Au sein des équipes de pays des Nations Unies, le concept d'organisme chef de file n'est pas clair non plus parce que les mandats des coparrains se chevauchent. Les doublons en résultant au niveau des tâches, par exemple pour les activités concernant la prévention de la transmission mère-enfant, les mères et les enfants, les jeunes et la prévention, n'ont toujours pas été éliminés par ces organismes.
- Il n'a été fait que des avancées limitées pour la programmation commune parce que les équipes de pays n'ont pas assez de temps à consacrer à l'élaboration de programmes communs en raison des chevauchements entre priorités, par exemple le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et les cycles de planification par pays, qui fournissent un appui aux programmes communs. L'un des principaux problèmes en termes de programmation commune tient au fait que l'on continue à élaborer des plans communs fondés sur les impératifs et les priorités des divers organismes des Nations Unies, et non pas des plans communs intégrés fondés sur les besoins et les priorités des pays.
- L'application des «Trois Principes» est au cœur des efforts de coordination au niveau des pays. Pour pouvoir les mettre en œuvre de manière efficace, il faut résoudre les problèmes que pose l'existence de multiples mécanismes de coordination dont les partenaires et les objectifs se chevauchent, souvent sans structures ni processus de consultation et de décision globaux. Un exemple typique à cet égard est celui des chevauchements entre les conseils nationaux de lutte contre le sida et les mécanismes de coordination dans les pays du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- Environ 85 % des pays touchés ont des plans-cadres nationaux de lutte contre le sida ou des plans stratégiques nationaux. Pour que ces plans soient utiles, ils doivent être intégralement chiffrés, avec des plans de travail transcrits en plans concrets de mise en œuvre aux niveaux local et/ou régional et des budgets indiquant les sources et la répartition précises des fonds. Or, beaucoup de plans-cadres ne sont pas transcrits en plans de travail et en budgets, puisqu'on estime que 60 % seulement sont chiffrés et budgétisés. En outre, 52 % seulement ont été transcrits en plans opérationnels et/ou plans d'action prioritaires annuels. Beaucoup d'États Membres ont des difficultés à transcrire les plans nationaux en plans opérationnels aux niveaux local et/ou régional.
- La mise en place et la gestion d'un conseil national de lutte contre le sida largement représentatif et associant diverses parties prenantes est un enjeu autant politique que technique, avec les problèmes que cela implique. Il serait trop ambitieux de créer un mécanisme multisectoriel entièrement nouveau chargé de conduire et de coordonner les activités d'une multitude d'intervenants bien établis et puissants. Souvent, le lancement en fanfare d'un nouveau mécanisme destiné à s'inscrire dans une riposte contre le sida complexe et très politisée au niveau national a suscité tensions et frustrations parmi les différentes parties prenantes, qui parfois ont même retiré leur appui.

- Beaucoup de pays n'ont toujours pas de système de suivi et d'évaluation efficace, dûment financé et mis en place en concertation avec les partenaires. Cette absence de système de suivi et d'évaluation est l'un des principaux obstacles qui empêchent d'atteindre la cible prévue dans le cadre de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) précité. Les difficultés incluent une collaboration insuffisante entre parties prenantes, un manque de compétences pour le suivi et l'évaluation, des ressources financières et autres insuffisantes et l'absence de systèmes performants pour collecter, analyser et diffuser les données nécessaires à cet effet.
- L'initiative «Trois millions d'ici 2005» n'a abouti qu'à des avancées modestes. On estime qu'en décembre 2005 1,3 million de personnes seulement bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale, d'un traitement antirétroviral, alors que l'objectif était de 3 millions. Le principal résultat de l'initiative a été de montrer qu'avec une mobilisation des ressources et des efforts importants des parties prenantes, une thérapie antirétrovirale pouvait être fournie même là où les ressources étaient les plus réduites, par exemple en Afrique subsaharienne. Toutefois, les fortes disparités entre les régions en termes de couverture des populations pour la thérapie antirétrovirale montrent que beaucoup de pays sont loin de contenir leur pandémie de sida.
- L'accès universel aux soins et au traitement pour tous les malades d'ici à 2010 est un objectif ambitieux, avec un soutien à vie. La progression vers cet accès universel devrait se faire dans des conditions équitables, accessibles et d'un coût abordable, et dans une optique globale et de manière durable. En d'autres termes, de nombreux défis restent à relever. De plus en plus, les systèmes de santé nationaux dans la plupart des États Membres touchés sont confrontés à des difficultés sans précédent faute d'investissements dans les services de santé et à cause de la progression rapide des thérapies antirétrovirales. Les systèmes nationaux de santé qui fournissent des services de santé maternelle et infantile sont énormément sollicités, puisqu'ils doivent prendre en charge de très nombreuses personnes qui vivent avec le VIH et qui ont besoin de soins à vie pour une affection chronique.
- Le nombre insuffisant de professionnels de santé est un des principaux obstacles à la progression rapide des programmes de thérapie antirétrovirale. Le développement des marchés du travail a intensifié la concentration des professionnels dans les zones urbaines et les migrations à l'intérieur des régions et entre pays en développement et pays développés. Il y a aussi un exode des professionnels de santé qualifiés du secteur public vers le secteur privé, où les conditions de travail et la rémunération sont plus attractives. Dans la plupart des services de santé publics, le personnel est mal payé, travaille dans des conditions difficiles et dangereuses pour sa santé, et a une formation et des perspectives de promotion insuffisantes, les équipements médicaux sont insuffisants, il y a un manque aigu d'effectifs et la gestion et la gouvernance du système de santé en général laissent à désirer.
- Avec la progression des thérapies antirétrovirales, les efforts ont été concentrés sur le traitement, au grave détriment des activités de prévention. En effet, vu l'ampleur des défis posés par l'accès universel au traitement et des ressources que cela implique, beaucoup de partenaires de la société civile qui s'impliquaient traditionnellement dans la mobilisation et la prévention au niveau communautaire se sont réorientés vers des activités d'appui au traitement, au détriment de la prévention. En outre, les dons sont pour la plupart destinés exclusivement au traitement, et les États Membres touchés ne peuvent pas les compléter comme il conviendrait par des ressources intérieures destinées à la prévention.

- Les ressources financières nécessaires pour lutter contre le VIH/sida sont de plus en plus importantes compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes qui vivent avec le VIH et de l'expansion des programmes de lutte contre le VIH/sida qui leur sont destinés. Mais les ressources financières disponibles pour lutter contre le VIH/sida sont très inférieures à celles qu'il faudrait pour progresser vers un accès universel. Selon des estimations de l'ONUSIDA, le montant nécessaire pour développer la riposte dans les pays à revenu faible ou intermédiaire passera de 18,1 milliards de dollars en 2007 à 22,1 milliards en 2008 et à 30,2 milliards en 2009. Comme les fonds reçus, les contributions actuellement annoncées, les engagements pris et les tendances indiquent que l'on disposera en 2007 de 10 milliards de dollars, il y a donc un écart entre ressources nécessaires et ressources disponibles de 8 milliards de dollars. Pour parvenir à un accès universel d'ici à 2010, les ressources financières disponibles pour lutter contre le VIH devraient quadrupler en 2010 par rapport à 2007, c'est-à-dire atteindre 42,2 milliards de dollars, et continuer à augmenter pour se chiffrer à 54,0 milliards de dollars en 2015.
- La Commission macroéconomie et santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'il faudrait une aide additionnelle de 27 milliards de dollars par an pour renforcer les capacités des systèmes de santé afin qu'ils puissent fournir avec efficacité des services de soins de santé primaires. Cela exigerait que les donateurs multiplient participation cinq les ressources qu'ils fournissent afin d'assurer le libre accès de tous ceux qui en ont besoin à une thérapie antirétrovirale.
- La société civile a un rôle fondamental à jouer dans la réalisation de cet objectif. La multiplication du nombre des partenaires de la société civile, et en particulier des organisations non gouvernementales (ONG) engagées dans la lutte contre le VIH/sida aux niveaux national et international, pose un réel problème. On a assisté ces dix dernières années à une augmentation considérable du nombre et de la diversité des ONG spécialisées dans le domaine du VIH/sida. Selon une estimation digne de foi, il y aurait aujourd'hui dans le monde plus de 60 000 ONG actives dans ce domaine. Cette prolifération d'ONG a dans certains cas nui à la crédibilité et à la responsabilisation, et l'existence des «ONG valises» dans beaucoup de pays ne contribue pas à la crédibilité des authentiques ONG.
- Le Département de l'information peut jouer un rôle déterminant dans la lutte contre la pandémie de VIH/sida dans le monde en sensibilisant l'opinion au problème. Le Département a participé à des manifestations ayant eu un grand retentissement qui visaient à mobiliser les médias dans leur ensemble pour lutter contre le VIH/sida. Selon des estimations, 5 à 10 % des activités d'information du Département concernent le VIH/sida. Toutefois, le Département ne semble pas avoir de cadre stratégique ni d'orientations bien définis pour diffuser les informations sur le VIH/sida, malgré les rencontres formelles organisées dans le passé entre l'ancien chef du Département et le Directeur exécutif d'ONUSIDA afin de s'entendre sur les modalités de la coopération entre les deux entités dans le domaine de l'information sur le VIH/sida.

- Dans des pays comme l’Afrique du Sud, le Botswana, le Brésil, l’Inde, la Pologne et la Russie, qui disposent d’importantes ressources financières propres pour lutter contre la pandémie de VIH/sida, les autorités attendent surtout des organismes des Nations Unies qu’ils leur proposent des idées judicieuses et innovantes pour les aider à lutter contre le VIH/sida de manière plus efficace, plus efficiente et plus pérenne dans le long terme. En revanche, un grand nombre de pays en développement pauvres restent malheureusement largement tributaires des donateurs bilatéraux étrangers pour financer les programmes de riposte nationale au VIH/sida. Si cette tendance n’est pas maîtrisée, elle risque de gravement compromettre la pérennité des programmes et des activités prévus pour lutter contre le VIH/sida.
- La communauté internationale et en particulier les organismes des Nations Unies semblent de plus en plus optimistes quant à l’issue future de la lutte contre le VIH/sida. Toutefois, après plus d’une centaine de réunions avec des représentants des gouvernements, des ONG et de la société civile et avec divers représentants officiels des organismes des Nations Unies dans les pays visités, tout laisse penser que la bataille contre la pandémie de VIH/sida est en passe d’être perdue. Autrement dit, comme les nouvelles infections progressent plus rapidement que les efforts de prévention et de traitement entrepris au niveau mondial, la nécessité d’un vaccin contre le sida est plus impérative aujourd’hui qu’à un quelconque autre moment de la pandémie.
- Les recommandations à examiner par les organes délibérants des organismes des Nations Unies concernés sont présentées ci-dessous. D’autres recommandations (recommandations 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11) à examiner par les chefs de secrétariat sont formulées dans le corps du rapport.

Recommandations à examiner par les organes délibérants

- **Le Conseil économique et social devrait examiner et renforcer le mandat d’ONUSIDA, y compris l’autorité de son secrétariat, afin de conduire, de coordonner et de suivre efficacement le combat contre le VIH/sida et d’assurer la responsabilisation adéquate de ses organismes coparrainants. Dans le cadre de cet examen, le nombre des coparrains devait être limité aux six organismes/coparrains d’origine, à savoir le Programme des Nations Unies pour le développement, l’OMS, le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds des Nations Unies pour l’enfance, l’Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture et la Banque mondiale. Les autres organisations pourraient participer par l’entremise des organismes coparrainants et sur la base d’un mémorandum d’accord.**
- **Le Conseil économique et social devrait examiner et revoir l’autorité, le rôle et les responsabilités du Conseil de coordination du Programme ONUSIDA, en vue de lui conférer la responsabilité de la supervision du secrétariat d’ONUSIDA et des organismes coparrainants en relation avec le Programme commun sur le VIH/sida.**

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
RÉSUMÉ		iii
ABRÉVIATIONS		x
I. INTRODUCTION	1 – 9	1
II. RÉALISATION DE L’OBJECTIF DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT CONSISTANT À COMBATTRE LE VIH/SIDA	10 – 22	3
A. Déclaration d’engagement politique	10 – 11	3
B. Analyse de l’évolution de l’épidémie de sida	12 – 13	3
C. Nécessité de réviser le mandat de l’ONUSIDA	14 – 17	5
D. De trop nombreux organismes coparrainants	18 – 22	6
III. COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE	23 – 60	9
A. Coordination mondiale	25 – 32	9
B. Coordination au niveau national	33 – 41	11
C. Mécanismes au niveau des pays	42 – 60	14
IV. ACCÈS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL	61 – 89	19
V. LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE	90 – 95	29
VI. LE RÔLE DU DÉPARTEMENT DE L’INFORMATION	96 – 100	31
VII. LA VOIE À SUIVRE	101 – 112	33
A. Le créneau des Nations Unies	101 – 107	33
B. L’urgence d’un vaccin contre le sida	108 – 112	34
Annexe		
Aperçu des décisions que les organisations participantes sont appelées à prendre au sujet des recommandations du CCI		37

ABRÉVIATIONS

BPTI	Budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA
CCI	Corps commun d'inspection
CCP	Conseil de coordination du Programme ONUSIDA
COC	Comité des organismes coparrainants
COP	Coordonnateurs de l'ONUSIDA dans les pays
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IAVI	Initiative internationale pour un vaccin contre le sida
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
TAR	Traitement antirétroviral/thérapie antirétrovirale
UE	Union européenne
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

I. INTRODUCTION

1. Dans le cadre de son programme de travail pour 2006, le Corps commun d'inspection (CCI) a examiné les progrès réalisés par les organismes des Nations Unies vers la réalisation de l'objectif 6, cible 7, du Millénaire pour le développement: combattre le VIH/sida.

2. L'objet de l'examen était d'évaluer les progrès faits depuis l'adoption par les Nations Unies de la Déclaration du Millénaire en 2000. L'examen a porté sur le rôle et l'implication du secrétariat de l'ONUSIDA et des coparrains et autres parties prenantes dans la réalisation de l'objectif 6, cible 7, «D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle», et il visait à fournir aux États Membres une évaluation objective de l'efficacité et de l'efficience des politiques et des programmes mis en œuvre ainsi que des obstacles à surmonter pour y parvenir. L'efficacité de la coordination et de la coopération entre les organismes des Nations Unies et les autres intervenants impliqués dans la lutte contre le VIH/sida a aussi été évaluée.

3. Les épidémies ne sont pas nouvelles, mais celle du VIH/sida s'en différencie de par ses répercussions négatives sans précédent sur le développement socioéconomique des pays. Chacun, riche ou pauvre, jeune ou vieux, pouvait être touché. La plupart des personnes contaminées sont des adultes en plein milieu de leur vie familiale et professionnelle. Ils laissent derrière eux une population active décimée, des communautés brisées et appauvries et des millions d'orphelins.

4. Dans beaucoup de pays en développement, les effets de la pandémie de VIH/sida, combinés à ceux des récessions économiques des années 70 et 80, ont gommé des décennies de progrès économique et démographique et gravement compromis les conditions de vie des générations à venir. Si la pandémie a des répercussions aussi énormes, c'est parce qu'elle affaiblit et tue beaucoup de jeunes adultes, qu'elle fauche au cours des années les plus productives de leur existence du point de vue de la génération de revenus et des soins à la famille. Elle détruit la famille en éliminant une génération entière qui a un rôle essentiel à jouer dans la survie des plus jeunes et des plus âgés. Elle affecte tous les aspects de la vie des populations, et elle a mis lourdement à contribution les individus, les familles, les communautés et les pays. La maladie a de multiples conséquences sur les familles et les ménages ainsi que sur l'agriculture durable, la vie des entreprises, les services de santé, l'éducation et la croissance économique¹. La pandémie continuera à avoir des conséquences dévastatrices pendant des décennies dans presque tous les secteurs de la société.

5. Vu l'ampleur des conséquences du VIH/sida pour les populations touchées, si l'objectif dans ce domaine n'est pas atteint, la réalisation d'autres objectifs, en particulier réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et éliminer l'extrême pauvreté et la faim, sera elle aussi compromise. Seuls un effort et une riposte concertés et de vaste ampleur des pays touchés, des organisations internationales, des donateurs, de la société civile et du secteur privé pouvaient venir à bout d'une crise d'une telle ampleur.

6. Conformément aux normes et directives internes du CCI et à ses procédures de travail internes, la méthode suivie pour préparer le présent rapport a comporté un examen préliminaire, des entretiens et une analyse approfondie. L'Inspecteur a eu des entretiens avec des fonctionnaires du secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants, et il a aussi demandé à divers acteurs d'autres organismes internationaux et d'organisations non gouvernementales et à des représentants des États Membres de lui présenter leurs vues. Il a été demandé aux organisations

¹ The impact of AIDS, Département des affaires économiques et sociales (ST/ESA/SER.A/229).

participantes de formuler sur le projet de rapport leurs observations, dont il a été tenu compte dans le rapport final.

7. Conformément au paragraphe 2 de l'article 11 du mandat du CCI, le présent rapport a été mis au point après consultation entre les Inspecteurs de façon que les conclusions et recommandations formulées soient soumises au jugement collectif du Corps commun.

8. Pour faciliter l'analyse du rapport ainsi que la mise en œuvre et le suivi des recommandations qui y sont formulées, l'annexe contient un tableau indiquant si le rapport a été soumis aux organisations intéressées pour suite à donner ou pour information. Ce tableau répertorie les recommandations qui intéressent chaque organisation, en précisant si elles exigent une décision de la part de l'organe délibérant ou de l'organe directeur de l'institution, ou si elles peuvent être mises en application par le chef de secrétariat.

9. L'Inspecteur tient à adresser ses remerciements à tous ceux qui l'ont aidé à établir le présent rapport, et en particulier à ceux qui ont participé aux entretiens et ont partagé leurs connaissances et compétences.

II. RÉALISATION DE L'OBJECTIF DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT CONSISTANT À COMBATTRE LE VIH/SIDA

A. Déclaration d'engagement politique

10. Le combat concerté du système des Nations Unies contre le VIH/sida a débuté en 1986 quand l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a lancé le Programme mondial de lutte contre le sida. La charge de cette mission a été passée en 1996 au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Le combat a bénéficié d'une nouvelle impulsion en décembre 2000, quand les États Membres ont décidé entre autres objectifs du Millénaire pour le développement (objectif 6, cible 7) d'avoir, d'ici à 2015, stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle (résolution 55/2 de l'Assemblée générale). L'Assemblée générale, dans sa résolution S-26/2, a adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida «À crise mondiale, action mondiale», le premier «plan de bataille» mondial avec de grands objectifs et des cibles pour la communauté internationale afin de lutter contre le VIH/sida. La Déclaration d'engagement est le fondement des actions concertées dans les domaines suivants: lancement d'initiatives pour combattre le VIH/sida; prévention de l'affection; soins, appui et traitement; respect des droits des personnes vivant avec le VIH; atténuation de la vulnérabilité (en particulier des femmes et des enfants); réduction des incidences socioéconomiques; investissement dans la recherche-développement en matière de traitement; problématique du VIH/sida dans les zones en butte à des conflits et des catastrophes; ressources suffisantes; et mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation des progrès réalisés.

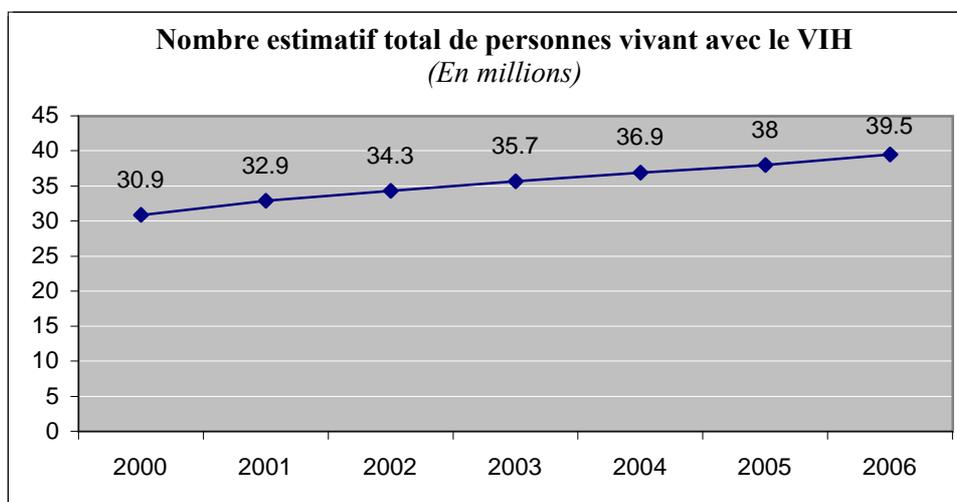
11. En 2005, avec l'adoption du document final du Sommet mondial (résolution 60/1 de l'Assemblée générale), les États Membres se sont engagés à: a) accroître les investissements visant à renforcer les systèmes sanitaires des pays en développement ou en transition, afin de réaliser, d'ici à 2015, les objectifs du Millénaire en matière de santé; b) honorer intégralement tous les engagements pris dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida; et c) favoriser le financement à long terme, notamment au moyen de partenariats public-privé, de la recherche universitaire et industrielle pour la mise au point de nouveaux vaccins. En juin 2006, à l'issue de la Rencontre de haut niveau sur le sida, les États Membres se sont engagés, entre autres, à surmonter les barrières d'ordre juridique, réglementaire ou autre qui entravent l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et aux services d'appui, aux médicaments, aux biens et aux services (Déclaration politique sur le VIH/sida figurant en annexe à la résolution 60/262 de l'Assemblée générale).

B. Analyse de l'évolution de l'épidémie de sida²

12. Le VIH/sida ne connaît pas les frontières nationales ou géographiques. Il tue dans le monde entier. Depuis 1981, lorsque les premiers cas de sida ont été diagnostiqués, la mortalité liée au sida a pris une ampleur comparable à celle provoquée par les épidémies de peste des siècles passés. À la fin de 2006, plus de 25 millions de personnes avaient succombé au sida, et 39,5 millions d'autres, selon les estimations, vivaient avec le VIH. Rien qu'en 2006, il y a eu 4,3 millions d'infections nouvelles et 2,9 millions de décès dus au sida. L'évolution future de la maladie et son ampleur réelle restent inconnues. Le graphique ci-dessous fait apparaître la tendance mondiale du taux de prévalence de l'épidémie depuis l'adoption de l'objectif en 2000.

² L'ONUSIDA a publié en novembre 2007 le point sur l'épidémie de sida 2007. Le taux de prévalence a été notablement révisé à la baisse pour l'année 2007, grâce à une meilleure méthodologie. Des révisions semblables avaient été apportées les années précédentes. Mais pour diverses raisons, le présent rapport reprend les données fournies par l'ONUSIDA en juin 2007.

Tableau 1. Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH, 2000-2006



13. Le nombre de personnes vivant avec le VIH en 2006 est en hausse de 28 % environ par rapport aux estimations de 2000, et la prévalence de l'infection à VIH depuis l'adoption de l'objectif a tendance à croître. Dans le même temps, une analyse comparative des données disponibles pour les différentes régions du monde révèle la tendance suivante.

Tableau 2. Données régionales sur les personnes vivant avec le VIH, 2000 et 2006

Personnes vivant avec le VIH, données régionales pour 2000 et 2006
(En millions)

	2000	2006
Afrique subsaharienne	21,1	24,7
Moyen Orient et Afrique du Nord	0,33	0,46
Asie du Sud et du Sud-Est	5,9	7,8
Asie de l'Est	0,37	0,75
Océanie	0,04	0,08
Amérique latine	1,2	1,7
Caraïbes	0,23	0,25
Europe orientale et Asie centrale	0,39	1,7
Amérique du Nord et Europe occidentale	1,6	2,1
Total	31,2	39,5

Source: Le point sur l'épidémie de sida (ONUSIDA/OMS, décembre 2006).

Il y a une augmentation constante du nombre des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Cet accroissement varie de 9 % dans les Caraïbes à 336 % en Europe orientale et Asie centrale. D'autres

fortes augmentations ont été observées en Afrique subsaharienne (17 %), en Amérique du Nord et Europe occidentale (31 %), en Asie du Sud et du Sud-Est (32 %) et en Amérique latine (42 %).

C. Nécessité de réviser le mandat de l'ONUSIDA

14. Quand le Programme ONUSIDA a été établi en 1996, il lui a été donné pour mandat de conduire, de coordonner et de renforcer les efforts des Nations Unies, au niveau mondial, pour combattre le VIH/sida. Ce mandat prévoyait plusieurs fonctions, entre autres: a) assurer au niveau mondial la direction du combat à mener contre la pandémie; b) faciliter et obtenir un consensus international sur les politiques et les programmes; et c) plaider en faveur d'une plus grande volonté politique pour riposter à l'épidémie aux niveaux national et mondial³. Surtout, l'ONUSIDA a été chargé de fournir un appui technique et des informations – meilleures pratiques, données épidémiologiques et autres – sur la riposte au VIH/sida aux échelons national et international.

15. Avec ses organismes coparrainants, l'ONUSIDA est le premier programme commun des Nations Unies de ce type, appelé à faire figure de modèle dans le cadre de la réforme des Nations Unies. Cet organisme comprend actuellement un secrétariat et 10 coparrains agissant aux niveaux local, national, régional et mondial. Le Conseil de coordination du Programme ONUSIDA (CCP) est l'organe directeur chargé de toutes les questions programmatiques en matière de politiques, de stratégies, de financement, de suivi et d'évaluation. Le Comité des organismes coparrainants (COC), composé des chefs de secrétariat de ces organismes ou de leurs représentants, fournit des contributions pour les politiques et les stratégies du Programme commun.

16. L'Inspecteur tient à saluer la précieuse contribution de l'ONUSIDA et en particulier de son secrétariat, au cours de ces dix années d'existence, à la lutte contre le VIH/sida au niveau mondial, notamment pour a) mieux sensibiliser les pays et la communauté internationale afin d'améliorer la riposte; b) plaider pour l'engagement politique nécessaire et mobiliser celui-ci; c) aider à repositionner la problématique du sida dans sa dimension multisectorielle, sans la réduire à un problème sanitaire; d) fournir les données épidémiologiques et les informations requises; e) plaider pour un financement accru aux niveaux national et international; et f) améliorer la coordination entre les nombreux intervenants aux niveaux national et mondial.

17. Il y a encore des progrès à faire pour que l'impact du Programme ONUSIDA puisse être réellement ressenti au niveau des pays, et pour surmonter les importantes difficultés qui empêchent de renforcer la capacité des pays touchés pour planifier, coordonner, mettre en œuvre et suivre la riposte globale au VIH/sida. Le plus important facteur qui limite le fonctionnement efficace de l'ONUSIDA est son mandat insuffisant et inadapté. Ce mandat a été établi par le Conseil économique et social en 1994 quand la pandémie était considérée comme un problème sanitaire ayant un impact limité. Treize ans plus tard, la situation a radicalement changé. La pandémie est gravement ressentie dans le monde entier, et il y est fait face à travers une riposte collective à l'échelle mondiale. Alors que l'ONUSIDA a aujourd'hui une tâche de vaste portée, dynamique et difficile et doit mieux rendre compte de son action à ses mandants, son mandat n'a été ni réexaminé ni révisé. Les avancées du Programme commun dépendent de décisions d'autres entités ou acteurs – gouvernements nationaux, donateurs internationaux, société civile – sur lesquels il n'a pas d'autorité institutionnelle. L'Inspecteur est donc convaincu que le mandat de l'ONUSIDA doit être développé et renforcé pour pouvoir non seulement relever les défis liés aux réalités nouvelles, mais aussi assurer la réalisation de cet objectif d'ici à 2015. L'Inspecteur considère aussi que l'autorité du secrétariat de l'ONUSIDA doit être renforcée pour une coordination efficace.

³ Résolution 1994/24 du Conseil économique et social, en date du 26 juillet 1994.

D. De trop nombreux organismes coparrainants

18. Le Programme ONUSIDA centralise en fonction de leurs avantages comparatifs et de leurs compétences, les activités et les ressources des organismes coparrainants, qui agissent ensemble pour prévenir les nouvelles infections à VIH, soigner les personnes déjà infectées et atténuer les effets de la pandémie. Ces coparrains sont actuellement au nombre de 10. Quand l'ONUSIDA a été établi en 1996, ils n'étaient que six: Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), OMS, Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et Banque mondiale. Par la suite, quatre autres organismes des Nations Unies ont été ajoutés à la liste des coparrains: l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) en 1999, l'Organisation internationale du Travail (OIT) en 2001, le Programme alimentaire mondial en 2003 et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) en 2004.

19. L'Inspecteur considère que ce partenariat à 10 coparrains est excessif. Comme l'ajustement dit un représentant d'une ONG ayant participé récemment à la réunion du CCP: «Il y a trop d'organismes qui font trop de choses». Surtout, comme l'ONUSIDA est un programme commun et coparrainé, son efficacité dépend pour beaucoup de la compréhension, de la coopération et du consensus entre les coparrains. Or les implications d'un partenariat associant des acteurs nombreux et divers sont multiples. Comme chaque coparrain ne doit rendre compte de son action qu'à son propre conseil d'administration ou conseil exécutif autonome, le secrétariat de l'ONUSIDA et le CCP n'ont aucune autorité administrative sur les coparrains. Il est par conséquent difficile d'amener ces derniers à devenir des partenaires efficaces au sein du Programme commun. En outre, avec l'élargissement du COC et de la participation au CCP, il y a des problèmes de gouvernance dans la mesure où les initiatives et mécanismes de consultation et de collaboration et aussi les difficultés de trouver un consensus se multiplient. Enfin, l'accroissement du nombre des coparrains a d'importantes incidences non seulement pour l'allocation des fonds dans le cadre du budget-plan de travail intégré (BPTI) entre les divers organismes, mais aussi en termes de gestion du secrétariat de l'ONUSIDA, afin que celui-ci puisse dûment remplir ses fonctions de coordination et de facilitation au niveau mondial. Certains coordonnateurs de l'ONUSIDA dans les pays (COP) continuent à avoir de grandes difficultés à coordonner avec efficacité l'action de cette multitude de coparrains, même au niveau d'un pays.

20. D'autres facteurs viennent compliquer le problème: la présence dans certains pays d'un nombre relativement restreint d'organismes coparrainants, et les difficultés de plus en plus grandes pour les représentants des organismes de participer aux travaux des groupes thématiques ou aux réunions des équipes de pays sur le VIH/sida, en raison de leurs responsabilités à l'échelon régional. Ainsi, l'Inspecteur a constaté en personne, à l'occasion d'une réunion d'une équipe de pays des Nations Unies sur le VIH/sida dans la capitale de l'un des pays d'Afrique australe les plus touchés, que le coordonnateur de l'ONUSIDA dans le pays n'avait pas pu poursuivre la réunion en question faute de quorum, à cause de l'absence de plusieurs représentants d'organismes coparrainants et/ou organismes des Nations Unies qui étaient en mission à l'étranger.

21. Il y avait surtout des chevauchements et des doubles emplois entre les activités des organismes coparrainants dans les pays. La prévention de la transmission mère-enfant, une activité de prévention primordiale, était un exemple flagrant de ces doublons. Il y a aussi pour le financement une concurrence malsaine entre coparrains. Selon l'Inspecteur, alors que la riposte mondiale au VIH/sida prend de l'ampleur, il y a des raisons de penser que d'autres organismes des Nations Unies pourraient souhaiter devenir membres de l'ONUSIDA dans l'avenir. Cette tendance devrait être combattue avec énergie et sans équivoque. Il est important aussi de ramener le nombre

des coparrains aux six organismes/coparrains d'origine, à savoir le PNUD, l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF, l'UNESCO et la Banque mondiale. L'Inspecteur considère que les autres organismes des Nations Unies intéressés pouvaient tout à fait participer à des activités pour appuyer le Programme commun par le truchement des organismes coparrainants existants. Autrement dit, il faudrait mettre en place un mécanisme innovant qui permette cette forme d'engagement dans l'avenir.

22. La mise en œuvre de la recommandation ci-dessous devrait renforcer l'efficacité, la coordination et la responsabilisation de l'ONUSIDA.

Recommandation 1

Le Conseil économique et social devrait réexaminer et renforcer le mandat de l'ONUSIDA, y compris l'autorité de son secrétariat, afin de conduire, de coordonner et de suivre efficacement le combat contre le VIH/sida et d'assurer la responsabilisation adéquate de ses organismes coparrainants. Dans le cadre de cet examen, le nombre des coparrains devrait être limité aux six organismes/coparrains d'origine, à savoir le PNUD, l'OMS, le FNUAP, l'UNICEF, l'UNESCO et la Banque mondiale. Les autres organisations pourraient participer par l'entremise des organismes coparrainants et sur la base d'un mémorandum d'accord.

III. COORDINATION DE LA MISE EN ŒUVRE

23. La réalisation de l'objectif passe par une coordination efficace et efficiente entre les parties prenantes au niveau des pays comme au niveau mondial. L'évolution de la riposte tant nationale qu'internationale, le développement de nouveaux programmes de financement et la prolifération des donateurs et des mécanismes de financement mettent en relief la nécessité d'une coordination efficace aux niveaux national et mondial.

24. Conformément au mandat donné par le Conseil économique et social dans sa résolution 1994/24, le Programme ONUSIDA assure la coordination au niveau mondial dans l'objectif fondamental de renforcer et d'appuyer l'action des gouvernements. La valeur ajoutée par le Programme, en plus des mécanismes nationaux ou régionaux, est sa capacité d'impliquer les acteurs les plus divers dans une action cohérente et harmonisée contre le sida. Toutefois, dans sa fonction de coordination au niveau mondial l'ONUSIDA rencontre des difficultés. En effet, les différents intervenants conçoivent de manière fragmentée leurs politiques, leurs procédures et leurs priorités. Cela se traduit malheureusement par des divergences de vues, des structures de gouvernance autonomes et le financement d'activités différentes aux niveaux national et régional, qui ont bien souvent empêché de fixer des priorités à l'échelon mondial. Il faut ajouter à cela l'absence de mécanismes de responsabilisation uniformes pour beaucoup de parties prenantes dans le cadre des actions menées dans les pays ou à l'échelon mondial.

A. Coordination mondiale

Conseil de coordination du Programme

25. Le Conseil de coordination du Programme (CCP) joue le rôle d'organe directeur pour toutes les questions programmatiques en matière de politiques, de stratégies, de financement et de suivi et d'évaluation du Programme. Le CCP est actuellement composé des représentants de 22 pays de différentes régions du monde, des 10 coparrains et de 5 ONG, y compris des associations de personnes vivant avec le VIH. Des représentants des États Membres, des ONG, d'autres organismes des Nations Unies et d'organisations intergouvernementales participent aussi aux réunions du CCP en tant qu'observateurs. Les fonctions importantes du CCP en matière de programmation commune consistent à: i) établir les principales politiques et priorités; ii) décider de leur planification et de leur exécution; iii) approuver le plan d'action et le budget pour chaque exercice ainsi que les arrangements voulus pour le financement; et iv) examiner les plans d'action à plus long terme et leurs incidences financières.

26. Depuis sa création en juillet 1995, le CCP a tenu 20 réunions et a fourni à l'ONUSIDA des conseils et des orientations utiles. Toutefois, son efficacité est limitée par plusieurs facteurs. Dans le cadre institutionnel actuel, les décisions du CCP ne sont pas automatiquement contraignantes pour les organismes coparrainants, et elles doivent être approuvées par les organes directeurs de tous ces organismes avant d'être appliquées. Les questions appelant une action immédiate pâtissent parfois de ce long processus. L'Inspecteur relève qu'il n'y a pas dans la structure actuelle du CCP de mécanisme assurant la responsabilisation des membres et des partenaires par rapport aux engagements pris durant les sessions du Conseil, ce qui a parfois freiné l'application de mesures pourtant urgentes pour mieux combattre le sida.

27. Avec le développement de la riposte mondiale, les fondations privées, les institutions de recherche et les entreprises sont devenues des acteurs nouveaux et importants même s'ils n'ont pas de rôle officiel au sein du CCP. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, par exemple, entretient des relations avec le CCP. Toutefois, les relations existantes

doivent être institutionnalisées pour assurer une participation utile. En outre, si la participation de la société civile au CCP est l'une des grandes caractéristiques de la structure de gouvernance de l'ONUSIDA, il reste aussi des problèmes à régler s'agissant du processus de sélection des ONG et en termes de responsabilisation et de représentation.

Comité des organismes coparrainants (COC)

28. Le Comité des organismes coparrainants, constitué des 10 coparrains, est chargé de veiller à la cohérence globale des activités tant individuelles que communes des organismes coparrainants conformément aux engagements pris au plus haut niveau. Le COC se réunit de manière formelle deux fois par an, et son autorité est limitée: il n'est ni un organe exécutif ni un organe de surveillance. Il approuve simplement le budget et le plan de travail de l'ONUSIDA et son autorité ne s'exerce que sur les activités financées au titre du BPTI. Son autorité ne couvre pas les programmes individuels sur le VIH et le sida des organismes coparrainants, et il n'est pas non plus un organe de décision commun pour le secrétariat de l'ONUSIDA et pour les organismes coparrainants. Bien qu'il soit un comité permanent du CCP, il n'a pas de mandat clair en matière de responsabilisation, puisqu'il n'est pas directement tenu de rendre compte de son action au CCP.

Cellule mondiale de réflexion

29. La Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au sida⁴ a formulé plusieurs recommandations pour renforcer la coordination, simplifier et harmoniser les procédures, et mieux adapter l'appui aux besoins et aux priorités des pays. Ces recommandations assez complexes s'articulent autour de quatre axes: autonomisation et appropriation au niveau national; harmonisation et adaptation; réforme pour une riposte multilatérale plus efficace; et responsabilisation et contrôle. La majorité des recommandations s'adressent aux institutions multilatérales, mais les conseils nationaux de lutte contre le sida ont un rôle central à jouer dans les pays pour la mise en œuvre avec succès de ces recommandations. Selon l'Inspecteur, pour appliquer les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion, il faudrait: a) améliorer la coordination entre les sources de financement; b) se mettre d'accord sur un programme d'assistance technique spécifique, sous la conduite des organismes coparrainants compétents dans différents domaines techniques; et c) mettre en place l'Équipe mondiale d'appui à la mise en œuvre.

Répartition des tâches

30. La répartition des tâches entre les coparrainants en matière d'appui technique, comme recommandé par la Cellule mondiale de réflexion, est un élément primordial pour une coordination efficace. Avant l'adoption de cette recommandation, les organismes coparrainants fournissaient aux pays un appui de manière parcellaire, parallèle et parfois concurrente. L'objet de la répartition des tâches est de proposer un plan d'appui technique spécifique, unifié et consolidé. Ce plan prévoit 17 grands domaines d'appui technique, avec un organisme chef de file et des partenaires principaux pour chacun des domaines. Le principe de l'organisme chef de file permet d'indiquer clairement quel organisme coparrainant doit fournir l'appui technique dans tel ou tel domaine. L'organisme chef de file fait fonction d'interlocuteur unique pour le gouvernement et les autres acteurs nationaux désireux d'obtenir un appui technique, avec l'aide des autres coparrains.

⁴ Établie par la réunion de haut niveau rassemblant des responsables gouvernementaux et des représentants de la société civile, des organismes des Nations Unies et d'autres institutions multinationales et internationales pour examiner le thème «Faire travailler l'argent disponible», tenue à Londres le 9 mars 2005, la Cellule mondiale de réflexion réunit des représentants de 24 pays et institutions, notamment de pays en développement et de pays développés, de la société civile, d'organismes régionaux et d'institutions multilatérales.

31. En dépit de cette initiative récente prévoyant une répartition des tâches plus ciblée sur les pays, il reste à voir dans quelle mesure la coordination au niveau national en ressortira renforcée. Lors des entretiens qu'il a eus sur le terrain, l'Inspecteur a constaté que la répartition des tâches soulevait de nombreuses difficultés. Il y a manifestement un manque d'information et de clarté parmi les divers intervenants au niveau des pays, en particulier dans les organismes gouvernementaux et chez les partenaires de la société civile, quant à la répartition des tâches et à ses modalités. À cela s'ajoute le fait que la notion d'organisme chef de file dans le cadre des équipes de pays des Nations Unies est peu claire, parce que les mandats des organismes coparrainants se chevauchent. Il y a aussi des chevauchements dans la répartition des tâches dans certains domaines, tels que les activités concernant la prévention de la transmission mère-enfant, les mères et les enfants, les jeunes et la prévention, problèmes que les organismes coparrainants n'ont toujours pas réglés. Enfin, les sièges respectifs des différents organismes coparrainants ont émis des directives contradictoires en ce qui concerne le rôle de leurs représentants respectifs dans leurs pays d'accréditation, d'où une confusion au niveau des pays.

32. La mise en œuvre de la recommandation ci-dessous devrait renforcer l'efficacité, la coordination et la responsabilisation de l'ONUSIDA au niveau mondial.

Recommandation 2

Le Conseil économique et social devrait examiner et revoir l'autorité, le rôle et les responsabilités du Conseil de coordination du Programme ONUSIDA, en vue de lui conférer la responsabilité de la supervision du secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants en relation avec le Programme commun sur le VIH/sida.

B. Coordination au niveau national

33. Dans sa résolution 1994/24, le Conseil économique et social a clairement placé au premier plan des activités de l'ONUSIDA les opérations dans les pays. La coordination au niveau national implique de multiples acteurs et diverses dimensions. En matière de coordination, l'ONUSIDA est chargé d'appuyer des objectifs spécifiques, par exemple plan stratégique national, engagement politique et allocation des ressources. À cela s'ajoutent le fonctionnement des Groupes thématiques des Nations Unies, l'élaboration de plans de travail intégrés pour les organismes coparrainants et les liens entre ces activités et d'autres processus des Nations Unies, comme les bilans communs de pays et le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). Parmi les autres fonctions importantes, il faut mentionner le renforcement des processus nationaux de coordination tels que les conseils nationaux de lutte contre le sida et autres structures multisectorielles, et la nécessité d'assurer leur bon fonctionnement. Pour que toutes les activités liées au VIH/sida puissent se dérouler de manière efficace au niveau national, il faudrait inclure dans les fonctions de l'ONUSIDA, entre autres, la mobilisation de ressources au moyen de mécanismes et/ou de stratégies de financement innovants pour le compte des pays en développement gravement touchés par la pandémie.

Coordination au niveau du système des Nations Unies

34. Les Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/sida, relevant du système des coordonnateurs résidents, étaient le principal mécanisme au niveau des pays. Composés des représentants des organismes coparrainants et d'organismes non coparrainants, ils avaient pour fonctions essentielles de promouvoir et de faciliter la coordination entre organismes coparrainants et d'élaborer des programmes communs. L'efficacité des groupes thématiques variait beaucoup d'un pays à l'autre en termes de structure, de périodicité des réunions et de composition. Tel qu'initialement constitués, les groupes thématiques ne parvenaient pas à exécuter les tâches qui

étaient attendues d'eux. La composition des groupes thématiques a été élargie par la suite aux représentants des gouvernements, aux donateurs, à la société civile et au secteur privé. Mais les groupes thématiques restaient globalement inefficaces faute de coordination, parce qu'il y avait chevauchement entre les mandats des membres des groupes et parce que les avis fournis sur le plan technique et pour les politiques en relation avec le VIH manquaient de cohérence. Les groupes thématiques ont toutefois réussi à préparer et à formuler des plans ou plans-cadres stratégiques dans beaucoup de pays.

35. Pour appuyer les groupes thématiques, le secrétariat de l'ONUSIDA a mis en place des bureaux de pays et chargé des coordonnateurs de l'ONUSIDA dans les pays (COP) d'aider les responsables des groupes thématiques à trouver des solutions aux problèmes de coordination entre organismes coparrainants et de renforcer les relations du système des Nations Unies avec les organismes nationaux de contrepartie et autres interlocuteurs. Il y a actuellement des COP dans plus de 75 pays. Bien que leur tâche soit compliquée et difficile, dans les pays visités l'Inspecteur a constaté que les COP jouaient un rôle utile et important pour coordonner les activités de lutte au niveau national. Dans un certain nombre de pays, néanmoins, les relations entre le Coordonnateur résident des Nations Unies, le responsable du Groupe thématique des Nations Unies et le Coordonnateur de l'ONUSIDA dans le pays restent difficiles.

36. Il faut dire aussi que dans beaucoup de pays il n'a pas été établi de bureau de pays, et que beaucoup de COP et de représentants des organismes ne parlent la langue locale et ne comprennent pas les sensibilités culturelles du pays – un important facteur à prendre en compte pour resserrer la coopération et la collaboration avec les pays hôtes face à un problème aussi explosif et mouvant que celui de la pandémie de VIH/sida telle qu'elle est perçue. Par conséquent, pour avoir une représentation et une crédibilité effectives aux yeux des pays hôtes, l'ONUSIDA et les organismes coparrainants devraient dûment tenir compte, dans le processus de sélection des COP et des représentants des organismes dans chaque pays d'accréditation, des sensibilités culturelles et de la langue locale du pays hôte en question, et voir comment ces éléments s'articulent avec les qualifications des futurs COP ou représentants des organismes sur le plan politique, culturel et diplomatique.

37. La Cellule mondiale de réflexion a estimé que la coordination au niveau national était inégale et que les Groupes thématiques des Nations Unies n'avaient pas réussi à établir un programme véritablement commun incorporant les activités de tous les organismes coparrainants de l'ONUSIDA. La Cellule mondiale de réflexion a également constaté que les partenaires nationaux préféraient s'engager avec les organismes coparrainants de manière séparée, plutôt que de se joindre à un programme commun. En décembre 2005, le Secrétaire général a demandé aux Coordonnateurs résidents d'établir des équipes communes des Nations Unies sur le sida, comme recommandé par la Cellule mondiale de réflexion. L'objectif est d'améliorer, ce faisant, les résultats du système des Nations Unies en termes d'harmonisation et d'adaptation effectives de la riposte au niveau national et de fournir un appui technique coordonné.

38. L'Inspecteur a relevé qu'en février 2007 il avait été établi dans 63 pays des Équipes communes des Nations Unies sur le sida. Il restait toutefois d'importantes difficultés à surmonter pour un fonctionnement efficace de ces équipes dans les pays visités. En effet, les équipes communes imposaient une charge de travail additionnelle à des organismes ayant une présence réduite sur le terrain. Beaucoup de fonctionnaires en poste avaient des responsabilités régionales qui les privaient du temps et des ressources voulus pour participer régulièrement aux réunions de l'équipe. Si l'idée d'une famille des Nations Unies unique travaillant sous le même toit pouvait sembler très judicieuse pour assurer une coordination et collaboration efficaces entre les organismes coparrainants, l'Inspecteur craignait que dans certains pays visités cette idée soit bien difficile à concrétiser, parce que les coûts que cela impliquait – location de bureaux, etc. – étaient

de plus en plus difficiles à assumer pour certains organismes. En d'autres termes, le système des Nations Unies devrait porter attention davantage aux questions de fond qu'à de simples nuances ou détails sans réelle importance.

39. De plus, il y avait des différences entre les organismes coparrainants en termes d'esprit de coopération, de compétences et de capacités. Dans certains pays, il y avait double emploi évident de rôles et de représentation entre le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/sida et l'Équipe commune sur le sida, de sorte que leurs rôles respectifs n'étaient pas bien compris par les intervenants extérieurs au système des Nations Unies. L'Inspecteur a également constaté que les mécanismes de responsabilisation pour les équipes communes n'avaient pas été clairement établis. La coexistence de mécanismes parallèles dans ce domaine pose un réel problème, qui doit être résolu. L'Inspecteur a relevé qu'à titre individuel les fonctionnaires faisaient rapport directement aux responsables de leurs organismes respectifs, que les équipes communes et les groupes thématiques faisaient rapport au Coordonnateur résident, et que les COP faisaient rapport au secrétariat de l'ONUSIDA.

40. Il est regrettable surtout qu'il n'y ait eu que des avancées limitées pour la programmation commune, du fait que les équipes de pays n'avaient pas le temps d'élaborer des programmes communs à cause des chevauchements entre priorités, comme le PNUAD et les cycles de planification par pays, qui fournissent un appui aux programmes communs. L'un des principaux problèmes en matière de programmation commune tient au fait que l'on continue à élaborer des plans communs fondés sur les impératifs et les priorités des divers organismes des Nations Unies, et non pas des plans communs intégrés fondés sur les besoins et les priorités des pays. Il y a également un manque d'orientations claires et d'appui de la part du siège des organismes et de leurs représentants dans les pays concernés pour savoir comment établir et mettre en œuvre les programmes communs. Pour une programmation commune efficace, les principaux obstacles étaient aujourd'hui, selon les constatations de l'Inspecteur, les capacités insuffisantes des organismes et du personnel pour élaborer et appliquer les programmes communs, et les différences dans les cycles de planification et les procédures financières, administratives et opérationnelles des organismes coparrainants.

41. L'application de la recommandation ci-dessous devrait renforcer l'efficacité et l'efficience de l'ONUSIDA au niveau national.

Recommandation 3

Pour renforcer l'efficacité de l'ONUSIDA au niveau national, les chefs de secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient:

- a) Choisir judicieusement les coordonnateurs de l'ONUSIDA dans le pays et les représentants des organismes, dans chaque pays d'accréditation, en tenant dûment compte de leurs qualifications sur le plan politique, culturel et diplomatique en même temps que des sensibilités culturelles et des langues locales des pays hôtes;**
- b) Établir un système de présentation de rapports harmonisé et/ou unifié pour les équipes de pays des Nations Unies;**
- c) Entreprendre des efforts concertés et délibérés pour assurer la mise en œuvre efficace des programmes communs.**

C. Mécanismes au niveau des pays

Application des «Trois Principes»

42. L'idée des «Trois Principes» remonte à 2003-2004 et a marqué un tournant important dans la riposte mondiale au VIH/sida. C'est en effet à ce moment-là que beaucoup d'États Membres ont admis l'existence de la pandémie, au lieu de la nier, et qu'il a été préconisé une action concertée pour y faire face. Le volume des ressources disponibles a considérablement augmenté et la nécessité urgente d'éviter doubles emplois et éparpillement pour gérer plus efficacement les ressources au niveau national s'est imposée. À l'époque, l'utilisation optimale des ressources dans les pays touchés pâtissait du manque de coordination entre ministères nationaux, organisations humanitaires internationales, organisations communautaires et autres acteurs. Divers intervenants menaient en parallèle des activités de financement, de planification, de programmation et de suivi. Tout cela affaiblissait inévitablement la riposte nationale dans les pays touchés.

43. Au vu de ces problèmes, à la treizième Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique, tenue en septembre 2003, un groupe de travail a approuvé un ensemble de principes directeurs pour optimiser l'utilisation des ressources et améliorer la riposte nationale au sida. En avril 2004, la Consultation sur l'harmonisation du financement international pour le sida, réunissant des représentants des gouvernements, des donateurs, des organisations internationales et de la société civile, a approuvé les «Trois Principes», qui ont été entérinés par le Conseil de coordination du Programme ONUSIDA (CCP) en juin 2004. L'idée de ces trois principes a progressé depuis, et peut être résumée comme suit: a) un cadre d'action stratégique concerté contre le VIH/sida jetant la base d'une coordination de l'action de tous les partenaires; b) un organisme national de coordination de la lutte contre le sida doté d'un large mandat multisectoriel; et c) un système concerté de suivi et d'évaluation au niveau du pays. L'ONUSIDA a un rôle de facilitateur et de médiateur dans les efforts entrepris pour appliquer ces principes.

44. Beaucoup d'intervenants aux niveaux national et mondial ont accepté les trois principes. Ceux-ci ne sont pas de nature contraignante, mais constituent plutôt des orientations pour aider les pays à améliorer les rôles des divers intervenants et leurs relations. Leur objet est de mieux harmoniser et coordonner la riposte nationale au VIH/sida et, en particulier, de faire en sorte que les pays s'approprient mieux les programmes et en soient davantage responsables. Surtout, il s'agit d'apporter au sida une riposte cohérente et bien coordonnée.

45. La mise en œuvre des trois principes est une priorité fondamentale pour les organismes des Nations Unies, y compris la Banque mondiale, mais leur application pleine et entière se heurte à d'importantes difficultés. Par exemple, si au niveau des pays les Groupes thématiques des Nations Unies ont incorporé ces trois principes dans leurs plans de travail et que l'ONUSIDA a joué un rôle déterminant en fournissant un appui concret pour harmoniser les mécanismes de coordination et renforcer les mécanismes de suivi et de présentation des résultats, il reste à éliminer beaucoup de blocages qui freinent l'application des trois principes. Et dans beaucoup de pays, des problèmes de capacité ont continué à freiner sérieusement leur application.

46. L'un des principaux défis pour véritablement mettre en œuvre les trois principes dans les pays est l'existence d'une multitude de structures de coordination avec des intervenants et des mandats qui se chevauchent, souvent sans le moindre lien entre les structures et les processus de consultation et de décision. On trouve un exemple typique de ces chevauchements entre les conseils nationaux de lutte contre le sida et les mécanismes de coordination dans les pays du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Bien que le Fonds mondial s'efforce d'harmoniser ses systèmes afin de pouvoir les intégrer dans les structures nationales contre le sida, comme cela a été fait au Mozambique, l'adaptation des systèmes ne progresse que lentement. Ces doublons et cette confusion des rôles entre les conseils nationaux de lutte contre le sida et les

mécanismes de coordination dans les pays nuisent à l'utilisation efficace des ressources fournies dans certains cas. Mais c'est surtout parce que le Fonds mondial continue à ne pas communiquer d'informations sur la situation financière au niveau local aux représentants des gouvernements et des organismes des Nations Unies dans les pays que l'objet même de la transparence de tout le processus du Fonds mondial est remis en cause et/ou nié.

Un cadre d'action concerté contre le sida

47. Depuis que les «Trois Principes» ont été approuvés, la plupart des États Membres les plus touchés par la pandémie ont entrepris de les appliquer. On estime que 85 % des pays touchés ont des cadres d'action ou des plans stratégiques contre le sida. La plupart des États Membres qui avaient déjà un plan d'action national sous une forme ou une autre l'avaient transformé en un cadre stratégique à long terme. Le plan-cadre contre le VIH/sida (2003-2010) au Botswana, le plan national contre le sida (2007/2008 à 2011/2012) en Ouganda et le plan stratégique national (2005/2006 à 2009/2010) au Kenya en sont quelques exemples en Afrique subsaharienne. L'Inspecteur a constaté que pour établir ces plans-cadres stratégiques ou plans stratégiques nationaux, des procédures de planification et d'examen concertées et menées au niveau du pays étaient plus souvent suivies. Grâce à une large participation, impliquant les ministères clés, les donateurs bilatéraux et multilatéraux, les organisations internationales et la société civile pour finaliser le plan-cadre, les différentes parties prenantes pouvaient mieux «s'approprier» le plan-cadre, dont la couverture et la qualité étaient améliorées.

48. Mais il ne suffit pas de mettre en place des plans stratégiques nationaux. L'utilité de ces derniers sera en effet limitée s'ils ne sont pas intégralement chiffrés avec des plans de travail transcrits en plans concrets permettant la mise en œuvre aux niveaux local et/ou régional et des budgets qui spécifient la source des fonds et leur allocation. Beaucoup de plans-cadres ne sont pas transcrits en plans de travail et en budgets, puisque selon les estimations dans 60 % seulement des cas les chiffres et les budgets sont calculés. De même, 52 % seulement des plans-cadres ont été transcrits en plans opérationnels et/ou plans d'action prioritaires annuels. Beaucoup d'États Membres ont des difficultés à transcrire les plans nationaux en plans opérationnels aux niveaux local et/ou régional. L'absence de chiffres, de priorités claires et de plans opérationnels fait que les plans-cadres sont d'un intérêt limité pour ce qui est de fournir des orientations stratégiques et programmatiques globales pour la riposte nationale au sida. Sans ces éléments, les donateurs pourront plus difficilement adapter leur financement aux priorités nationales et ils risquent de continuer à fournir une aide pour des projets en vague relation seulement avec les plans-cadres stratégiques ou plans stratégiques nationaux.

49. L'un des principaux inconvénients de la plupart des plans stratégiques nationaux est qu'ils négligent les besoins des populations marginalisées et vulnérables – comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables – dont la place devrait être prépondérante dans toutes les ripostes au VIH/sida. Dans le point sur l'épidémie de sida publié en 2006 par l'ONUSIDA/OMS⁵, il est dit que ces comportements à haut risque avaient contribué de manière notable à l'augmentation des taux de prévalence du VIH dans le monde en 2005. En Europe orientale et Asie centrale, 67 % des infections à VIH concernaient des consommateurs de drogues injectables, 12 % des professionnel(le)s du sexe et 4 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Asie du Sud et du Sud-Est, 49 % des infections à VIH concernaient des professionnel(le)s du sexe, 22 % des consommateurs de drogues injectables et 5 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En Amérique latine, les chiffres étaient de 26 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de 19 % pour les consommateurs de drogues injectables et de

⁵ Voir http://www.who.int/hiv/mediacentre/2006_EpiUpdate_fr.pdf.

17 % pour les professionnelles du sexe. Malgré leur comportement à risque, ces groupes étaient exclus des plans stratégiques nationaux en raison du comportement des individus touchés. Tous les organismes coparrainants, en étroite collaboration avec les coordonnateurs de pays pour l'ONUSIDA, devraient veiller à ce que ces catégories de personnes touchées soient couvertes dans les plans stratégiques nationaux des pays concernés.

Un organisme national de coordination de la lutte contre le sida

50. Le mécanisme le plus courant dans beaucoup de pays pour mettre en œuvre le deuxième des trois principes est celui des conseils nationaux de lutte contre le sida. Dans la plupart des cas, c'est le parlement ou le corps législatif qui établit ce conseil et lui donne son mandat. Dans les pays les plus touchés par la pandémie, ces organismes sont le plus souvent rattachés au Cabinet du Président ou du Premier Ministre pour assurer le niveau d'autorité voulu. Dans certains pays, ils dépendent directement du Ministre de la santé. Sans négliger l'importance de cet élément, l'utilité de cette structure pour arriver à des résultats au niveau des pays dépendra de sa fonctionnalité et des possibilités pour les parties prenantes de la suivre dans son action.

51. L'Inspecteur comprend bien que la mise en place et la gestion d'un conseil national de lutte contre le sida largement représentatif et réunissant divers intervenants comportent des aspects politiques et techniques, avec les problèmes correspondants. Selon lui, il serait trop ambitieux de créer un nouveau mécanisme multisectoriel chargé de diriger et de coordonner des acteurs bien établis et puissants. Parfois, le lancement d'un nouveau conseil national de lutte contre le sida dans le cadre d'une riposte nationale contre le sida complexe et hautement politisée a créé des tensions et des frustrations chez les divers intervenants, qui dans certains cas ont retiré leur appui. Dans beaucoup de pays tributaires des donateurs, c'est en fonction des conditions posées par ces derniers que de tels organismes ont été mis en place plus ou moins rapidement et avec telle ou telle structure, sans la pleine et entière acceptation des pays concernés.

52. Le rôle et les responsabilités des conseils nationaux de lutte contre le sida ne sont pas bien définis. Beaucoup ont été chargés d'un vaste portefeuille de responsabilités – orientation stratégique, coordination de la riposte nationale, mobilisation de ressources, prise en compte systématique de la problématique du VIH/sida et coordination des donateurs. Dans certains pays, les conseils nationaux de lutte contre le sida jouent le rôle d'organismes chargés de l'exécution des projets. Il existe aussi d'autres mécanismes de coordination sur le sida au niveau des pays, tels que les mécanismes de coordination dans les pays du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui se retrouvent souvent en conflit direct avec le rôle des conseils nationaux. Dans certains pays, le conseil national de lutte contre le sida est chargé du financement de la riposte nationale, ce qui nourrit les attentes et exacerbe les tensions avec d'autres ministères en même temps que cela impose au personnel une charge de travail pour laquelle il n'est ni préparé ni bien équipé.

53. Le rôle et les responsabilités des conseils nationaux de lutte contre le sida en matière de coordination doivent aussi être renforcés. Durant ses visites et ses entretiens sur le terrain, l'Inspecteur a constaté que la supervision et la coordination de la riposte nationale par les conseils nationaux soulevaient d'importantes difficultés. Les conseils nationaux de lutte contre le sida sont établis avec l'ambitieux mandat de coordonner les actions des acteurs non gouvernementaux, y compris système des Nations Unies, société civile et secteur privé, ce qui est assez nouveau par rapport au mandat usuel des organismes gouvernementaux. Ces derniers, qui s'occupent généralement des politiques, de l'exécution des programmes et de la fourniture des services dans tel ou tel secteur, trouvent qu'il est de plus en plus difficile et parfois même frustrant d'assurer une coordination avec d'autres secteurs.

54. Les conseils nationaux de lutte contre le sida sont le plus souvent rattachés au Cabinet du Président ou du Premier Ministre pour manifester un engagement politique et pour donner à ces organes une autorité et une indépendance accrues par rapport aux autres branches du gouvernement, afin qu'ils puissent assurer efficacement la coordination avec les autres secteurs; mais en réalité, ni leur rôle vis-à-vis des ministères d'exécution, ni leur contribution potentielle à la réalisation des objectifs liés au VIH/sida ne sont clairement établis. Cette situation complique particulièrement la tâche des conseils nationaux pour faire incorporer systématiquement la problématique du VIH/sida dans les plans des différents ministères. L'Inspecteur a aussi constaté que dans de nombreux pays, il y a une confusion et souvent un sentiment de concurrence entre le rôle du Ministère de la santé et celui du Ministère des finances et de la planification, d'où parfois des conflits directs entre les conseils nationaux et ces entités qu'ils sont supposés diriger et coordonner.

55. L'Inspecteur relève que l'objectif primordial de la composition des conseils nationaux de lutte contre le sida est d'assurer une large représentation et un partenariat réunissant acteurs étatiques et non étatiques, afin de mobiliser leurs mandants et d'assurer une bonne gouvernance dans la conduite et la supervision de leur action. En réalité, ce rôle est problématique pour beaucoup de conseils nationaux, parce que chaque rôle exige de leurs mandants respectifs un ensemble de compétences différent et des types de représentation différents.

Un système concerté de suivi et d'évaluation au niveau du pays

56. Le suivi et l'évaluation ont pour objectif de veiller à ce que le plan national réponde aux besoins du pays. En suivant l'épidémie et en y ripostant, les autorités chargées de la lutte contre le sida pourront allouer de manière optimale leurs ressources limitées, et réagir sans tarder face aux tendances nouvelles. L'évaluation des programmes permet de savoir s'ils atteignent leurs objectifs et, si tel n'est pas le cas, de prendre les mesures nécessaires pour les améliorer ou les modifier. La mise en place d'un système efficace de suivi et d'évaluation passe par les étapes suivantes: a) élaborer un cadre pour le suivi et l'évaluation, avec des indicateurs fondamentaux, en fonction de la stratégie nationale; b) préparer un plan opérationnel et un budget détaillé pour le suivi et l'évaluation, avec des procédures de mise en œuvre claires; et c) élaborer et appliquer un système de suivi et d'évaluation performant, avec une base de données performante comportant des données épidémiologiques et programmatiques.

57. Par rapport à ces étapes, la plupart des États Membres en sont à élaborer un cadre unifié pour le suivi et l'évaluation. Bien qu'il reste beaucoup à faire avant de mettre en place un système efficace, de nombreux États Membres créent des groupes de travail unissant représentants du gouvernement, donateurs, société civile, système des Nations Unies et institutions universitaires. Ces groupes ont pour fonctions de définir et d'adapter les indicateurs les plus appropriés pour le pays et d'harmoniser la collecte, l'analyse et la diffusion des données nécessaires pour le suivi et l'évaluation. Ils ont dû se pencher sur le problème de l'absence actuelle de connexions entre les systèmes de suivi et d'évaluation, puisqu'il existe des systèmes au niveau national et des centaines de systèmes différents parmi les donateurs et dans la société civile.

58. Malgré quelques avancées, d'importants problèmes continuent à se poser pour le suivi et l'évaluation: les stratégies nationales de suivi et d'évaluation ne sont pas toujours alignées sur le plan-cadre national ou sur les plans stratégiques nationaux, parce que beaucoup de stratégies nationales ne sont pas axées sur les résultats et sont parfois dépourvues de fondement épidémiologique. En outre, les partenaires pour le suivi et l'évaluation suivent des stratégies séparées qui sont souvent découplées des politiques et des plans nationaux sur le VIH/sida. De nombreux pays n'ont toujours pas de système de suivi et d'évaluation opérationnel, mis au point grâce à une coordination entre partenaires, et pour lequel il est prévu des ressources. C'est le

cas dans de nombreux pays situés dans des régions où l'assistance technique parvient difficilement, par exemple dans certains secteurs en Afrique centrale et occidentale, en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et dans le Pacifique.

59. Les insuffisances des systèmes de suivi et d'évaluation sont l'un des problèmes les plus pressants qui font obstacle à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Parmi ces problèmes figurent notamment une collaboration insuffisante entre parties prenantes, un manque de compétences pour le suivi et l'évaluation, des ressources financières et autres insuffisantes pour le suivi et l'évaluation et l'absence de systèmes performants pour collecter, analyser et diffuser les données nécessaires pour le suivi et l'évaluation. L'ONUSIDA devrait par conséquent prendre les mesures voulues pour que les États Membres qui n'ont pas encore mis en place un système efficace de suivi et d'évaluation le fassent dès que possible.

60. L'application de la recommandation ci-dessous devrait renforcer l'efficacité, la coordination et la responsabilisation de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Recommandation 4

Pour renforcer l'efficacité des «Trois Principes», les chefs de secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient aider les États Membres touchés à:

a) Faire en sorte que les plans stratégiques nationaux des États Membres touchés soient révisés conformément à ces principes, chiffrés avec des plans de travail détaillés, et étendus aux populations marginalisées et vulnérables, ainsi qu'aux réfugiés, dans les cadres stratégiques nationaux;

b) Faire en sorte que les conseils nationaux de lutte contre le sida soient dûment établis, avec une composition limitée et des rôles et des responsabilités bien définis et clairs;

c) Faire en sorte que les mesures appropriées soient prises pour mettre en place un mécanisme de suivi et d'évaluation efficace, et fournir l'appui technique voulu.

IV. ACCÈS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

L'initiative «Trois millions d'ici 2005»

61. À la fin de 2003, on estimait qu'à peine 7 % des six millions de séropositifs qui avaient besoin du traitement antirétroviral (TAR) dans les pays en développement en bénéficiaient, l'Afrique étant la plus touchée par cette disproportion. L'initiative «Trois millions d'ici 2005», lancée en 2003 par le secrétariat d'ONUSIDA et l'OMS, a été un des efforts les plus importants entrepris par les organisations multilatérales pour traduire leurs résolutions en une campagne mondiale de mobilisation politique et d'appui technique en faveur d'un développement massif du TAR dans les régions les plus touchées. L'initiative avait pour objectif d'inciter la communauté internationale à agir pour réduire les inégalités d'accès au traitement antirétroviral dans le monde. Elle a été approuvée par l'ensemble des parties prenantes en 2004, à la suite de quoi l'OMS a lancé un programme de travail bisannuel ambitieux destiné à aider les pays à promouvoir le traitement antirétroviral dans le cadre de leurs politiques nationales de lutte contre l'épidémie de VIH/sida.

62. L'objectif chiffré de l'initiative était de traiter, avant la fin de l'année 2005, trois millions de personnes infectées vivant dans les pays à faible revenu ou à revenu moyen. Cet objectif reposait sur la conviction selon laquelle il serait possible de faire bénéficier du TAR 50 % des personnes concernées. C'était là une étape jugée à la fois nécessaire et réaliste sur la voie de l'objectif final que représentait l'universalisation de l'accès à ce traitement. L'initiative visait à accroître le nombre de bénéficiaires, à développer les systèmes de santé et à intensifier la prévention. Sa mise en œuvre reposait sur cinq objectifs (piliers) stratégiques: a) leadership international, partenariats et plaidoyer; b) appui rapide et durable aux pays; c) outils simplifiés et standardisés pour dispenser le traitement antirétroviral (approche de la santé publique); d) approvisionnement efficace et fiable en médicaments et produits diagnostiques; et e) identification et mise en application rapides des connaissances nouvelles et des solutions ayant fait leurs preuves (apprentissage par la pratique)⁶. Le financement requis pour parvenir à cet objectif a été estimé à au moins 5,5 milliards de dollars des États-Unis, et il devait venir des sources multiples, y compris les budgets nationaux des pays à faible revenu ou à revenu moyen et les donateurs multilatéraux et bilatéraux.

63. L'Inspecteur a noté que l'initiative avait abouti à des résultats limités. Il a été estimé qu'en décembre 2005, 1,3 million de personnes bénéficiaient du TAR, soit 20 % du nombre de personnes dans le besoin, comme il ressort du tableau ci-après⁷.

⁶ *Trois millions de personnes sous traitement en 2005: comment y parvenir*, Document stratégique de l'OMS, 2003.

⁷ Informations tirées du document *Evaluation of WHO's contribution to "3 by 5"*, mai 2006.

Tableau 3. Estimation du nombre de personnes recevant le traitement antirétroviral, 2003-2005

Région géographique	Nombre estimatif de personnes recevant le TAR, décembre 2003	Nombre estimatif de personnes recevant le TAR, décembre 2005	Nombre estimatif de personnes nécessitant le TAR, décembre 2005	Couverture en pourcentage
Afrique subsaharienne	100 000 [75 000-125 000]	810 000 [730 000-890 000]	4 700 000	17
Amérique latine/Caraïbes	210 000 [160 000-260 000]	315 000 [295 000-335 000]	465 000	68
Asie de l'Est et du Sud	70 000 [52 000-88 000]	180 000 [150 000-210 000]	1 100 000	16
Europe et Asie centrale	15 000 [11 000-19 000]	21 000 [20 000-22 000]	160 000	13
Afrique du Nord et Moyen-Orient	1 000 [750-1 250]	4 000 [3 000-5 000]	75 000	5
Total	400 000 [300 000-500 000]	1 330 000 [1 200 000-1 460 000]	6 500 000	20

64. L'Inspecteur a également noté que l'initiative avait surtout démontré que, moyennant une mobilisation de ressources et d'énergie suffisante des divers acteurs, le traitement antirétroviral pouvait être proposé même dans les régions les plus démunies, comme l'Afrique subsaharienne. Cependant, les différences considérables de pourcentage de couverture des populations concernées par le TAR soulignent le fait que beaucoup de pays sont loin de contenir le développement de la pandémie. Le maintien de cette riposte ne serait-ce qu'au niveau actuel demeure une de leurs préoccupations les plus fortes. L'Inspecteur a également noté que les nouveaux cas d'infection à VIH continuaient à se multiplier dans beaucoup de régions, augmentant d'autant la tâche à accomplir pour combattre le sida au niveau mondial. On estime que pour une personne bénéficiant du TAR six nouvelles personnes sont infectées. La prévention est un des volets de l'initiative «Trois millions d'ici 2005» qui a reçu le moins de financements. Ainsi, les mesures de prévention efficaces, telles que la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, n'ont pas bénéficié de la priorité qui leur était due.

65. Un des enseignements tirés est que l'objectif mondial de cette initiative, même s'il n'a pas été atteint, a rendu envisageable l'idée de l'universalisation de l'accès au TAR. Les futurs objectifs, tels que les objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs fixés par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa session extraordinaire sur le VIH/sida, devront être réalistes et être approuvés par les pays pour servir à orienter la planification et à mesurer les progrès accomplis. Des sous-objectifs ventilés par catégories de population doivent être définis pour orienter les efforts vers l'égalité d'accès, et les objectifs de prévention doivent être examinés attentivement et en temps voulu afin de pouvoir arriver à un accès universel de toutes les populations touchées au traitement, aux soins et à l'assistance.

Accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'assistance

66. L'accès universel aux soins et à la prévention constitue le programme qui fait suite à l'initiative «Trois millions d'ici 2005». Les États Membres se sont engagés à promouvoir massivement la prévention du VIH/sida, le traitement et les soins, dans le but de se rapprocher le plus près possible de l'objectif de l'accès universel au traitement d'ici à 2010 pour toutes les personnes qui en ont besoin⁸, y compris les réfugiés et les personnes déplacées. Malheureusement,

⁸ Voir la résolution 60/1 de l'Assemblée générale, document final du Sommet mondial de 2005.

à l'exception de la République-Unie de Tanzanie et de quelques autres pays, la plupart des pays touchés semblent n'accorder aucun intérêt, ou guère, à la question des réfugiés dans leurs documents stratégiques. C'est pourquoi beaucoup de réfugiés dans le monde continuent de souffrir simplement du fait qu'ils sont réfugiés. L'Inspecteur est donc d'avis que l'ONU doit poursuivre ses efforts pour faire en sorte que les réfugiés soient pris en compte sans discrimination dans les documents d'orientation stratégiques de tous les pays touchés, afin de promouvoir l'accès universel au traitement, aux soins et à l'assistance.

67. Le concept d'accès universel implique par ailleurs que chacun puisse avoir accès à l'information et aux services. S'il est respecté, l'engagement mondial pour un accès universel d'ici à 2010 soulagera les États Membres d'un fardeau considérable. L'Inspecteur estime que l'accès universel permettra aux gens de rester en meilleure santé, de vivre une vie productive sur les plans social et économique et, s'agissant des parents, de rester en vie pour prendre soin de leurs enfants. Cependant, pour une maladie chronique comme le sida, 2010 représente une échéance relativement proche, et il serait peut-être judicieux de projeter ce défi sur une période plus longue, par exemple au moins jusqu'à 2015. L'objectif visé est ambitieux, car il consiste à fournir un soutien à vie. La progression vers l'accès universel doit par conséquent se faire de manière équitable, accessible, globale et durable, et moyennant un coût abordable.

68. L'Inspecteur est conscient du fait que les nouveaux cas d'infection se développent encore plus vite que la prise en charge thérapeutique des personnes infectées. Selon les estimations actuelles, il y aurait six nouveaux cas d'infection pour une personne mise sous traitement. Sans une réduction drastique du nombre de nouveaux cas dans les années à venir, pour les États Membres touchés, l'accès universel au traitement sera un objectif de plus en plus lointain. Par ailleurs, l'Inspecteur est d'avis que les États concernés ne doivent plus se contenter de mettre l'accent sur la fourniture du TAR, et qu'ils doivent désormais s'attaquer aux obstacles sociaux et économiques qui entravent l'accès et limitent l'impact sanitaire. À la suite de ses visites sur le terrain et de ses discussions avec les divers acteurs, l'Inspecteur pense que les principaux défis expliqués dans les paragraphes ci-après doivent être relevés de façon à faire en sorte que l'accès universel devienne une réalité et qu'il y ait un impact positif sur la santé des personnes qui vivent avec le VIH.

Couverture du traitement

69. Le développement de l'accès au traitement est essentiel à la lutte contre la propagation du VIH et à l'amélioration des conditions de vie des personnes qui vivent avec le virus. Toutefois, il est avéré que l'accès au TAR varie considérablement d'un pays à l'autre, et même au sein d'un même pays. Par exemple, le Botswana et l'Ouganda, dont les gouvernements ont rapidement répondu aux besoins en matière de traitement, parviennent aujourd'hui à traiter plus de la moitié des personnes concernées. Dans d'autres pays, tels que la République-Unie de Tanzanie, la couverture est faible. De plus, à l'intérieur des pays, l'accès au TAR est plus facile dans les zones urbaines, alors que les patients en milieu rural n'y ont souvent pas, ou guère, accès. Au Kenya, l'accès au traitement est apparu comme extrêmement difficile dans le nord et le nord-est du pays. En Afrique du Sud, la plupart des patients bénéficiant du traitement étaient concentrés dans quelques provinces seulement. Pour garantir un accès équitable, il faut que les sites qui proposent le traitement assurent une couverture nationale.

70. Il est à souligner que l'universalisation de l'accès au TAR passe par le développement du dépistage du VIH et des services de conseil. L'Inspecteur a également pris conscience des difficultés rencontrées pour fournir des trousse de diagnostic aux régions et aux districts. En d'autres termes, de nombreuses personnes infectées par le VIH ne sont pas conscientes de leur état. Or, si une personne n'est pas consciente de sa séropositivité, elle ne s'apercevra qu'elle a besoin

de soins qu'une fois à un stade avancé de la maladie, et il sera peut-être trop tard. C'est pourquoi le lancement, il y a peu, d'une vaste campagne de dépistage volontaire du VIH/sida par le Président tanzanien qui a été, en compagnie de son épouse, le premier à subir publiquement un test de dépistage, et aussi l'appel lancé par le Gouvernement malawien à toutes les personnes sexuellement actives du pays pour qu'elles se soumettent à des tests de dépistage, sont deux exemples qui illustrent parfaitement le volontarisme et la détermination de gouvernements prêts à initier et diriger une campagne nationale de lutte contre la pandémie de VIH/sida, exemples qui devraient être imités dans d'autres pays.

71. Plus important encore, les entreprises de tous les États Membres devraient être fortement incitées à soutenir les initiatives en faveur des tests volontaires de dépistage du VIH/sida en encourageant leurs employés à s'y soumettre. Avec la mise en œuvre des programmes de la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, tels que le programme Blueprint for Business Action on HIV/AIDS, déjà répandus dans de nombreux pays, la propagation du VIH/sida sur le lieu de travail pourra être considérablement ralentie. Et grâce au dépistage volontaire, les États Membres auront la possibilité d'améliorer et de planifier plus efficacement leurs programmes d'intervention. L'adoption des techniques de dépistage les plus récentes, notamment par le simple prélèvement au bout du doigt aujourd'hui disponible dans la plupart des pays en développement, permettrait de pratiquer le dépistage sur un nombre plus élevé de personnes. L'ONUSIDA devrait par conséquent reconnaître cette réalité en prônant activement le lancement de campagnes nationales de dépistage du VIH/sida dans les pays touchés et en aidant les gouvernements à développer des politiques et des programmes destinés à encourager leurs citoyens à se soumettre volontairement à des tests de dépistage.

Gestion des achats et de l'approvisionnement

72. La mise en œuvre de programmes en faveur d'un accès plus facile et plus équitable au TAR devrait être appuyée par une gestion efficace des achats et de l'approvisionnement. Avec le développement du TAR, les patients sont toujours plus nombreux à bénéficier des programmes de soins, d'où la nécessité de mettre en place des systèmes d'achat et de gestion de l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux. La continuité de l'approvisionnement est en effet essentielle au succès des programmes. Tout problème d'achat et d'approvisionnement peut compromettre les effets bénéfiques du traitement pour les utilisateurs et la viabilité des programmes. L'Inspecteur a pris note de l'insuffisance des stocks de médicaments antirétroviraux et des mauvaises conditions d'entreposage dans de nombreux endroits visités. Le problème est particulièrement aigu dans les installations au niveau régional et dans les districts.

73. Les problèmes liés à l'acquisition des médicaments antirétroviraux sont dus au manque de coordination entre les autorités nationales, la société civile et les donateurs. Les procédures d'achat sont très différentes d'un pays à l'autre et parfois contraires aux exigences des donateurs, ce qui entraîne des retards dans les achats et, très souvent, des tensions entre États Membres et donateurs. Le coût élevé de ces médicaments ne facilite pas la résolution de ces problèmes. Beaucoup d'États Membres ont de plus en plus de mal à acheter des médicaments bon marché, en raison des quantités disponibles limitées et de la qualité incertaine de ces produits. L'harmonisation des procédures d'achat au niveau des pays représenterait par conséquent une étape importante dans la bonne direction, car elle permettrait non seulement d'accélérer les procédures d'achat des médicaments nécessaires mais aussi d'éviter des tensions inutiles entre pays bénéficiaires et pays donateurs.

Systèmes nationaux de santé

74. Le succès des programmes TAR implique nécessairement des systèmes de santé publique bien organisés, intégrés et efficaces aux niveaux local, régional et national. Dans beaucoup d'États Membres touchés, les systèmes nationaux de santé sont aux prises avec des difficultés sans précédent faute d'investissements dans les services de santé et en raison de la progression rapide des besoins de TAR. Les systèmes de santé conçus essentiellement pour fournir des services de santé maternelle et infantile à court terme se trouvent brusquement dans l'obligation de répondre aux besoins d'un grand nombre de personnes infectées par le VIH/sida nécessitant des soins à vie dans le contexte d'une maladie chronique. Cette situation nouvelle fait peser une charge colossale sur les systèmes de santé publique déjà désorganisés, voire négligés, de la plupart des États touchés, charge qu'ils ont beaucoup de mal à assumer.

75. Par ailleurs, dans la plupart des pays africains visités, les programmes de TAR sont administrés indépendamment des programmes de santé reproductive, ce qui requiert la création de structures de santé supplémentaires. Une part importante des contributions financières des donateurs, telles que le Plan d'urgence d'aide contre le sida du Président des États-Unis, est consacrée à l'amélioration des infrastructures hospitalières et des structures de santé dans les pays touchés; il faudrait toutefois encourager les gouvernements à mettre en place des plans à long terme propres à assurer le fonctionnement durable des systèmes nationaux de santé en recherchant de nouveaux moyens de garantir la continuité des services de santé. L'Inspecteur estime surtout que les programmes de TAR, loin d'être menés de façon isolée, devraient être intégrés aux programmes de santé sexuelle et reproductive et aux services de traitement de la tuberculose et du paludisme.

76. La mise en œuvre de la recommandation suivante devrait permettre d'améliorer l'efficacité, la coordination et la responsabilisation de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Recommandation 5

Pour faciliter la mise en œuvre de l'accès universel au traitement antirétroviral, les chefs de secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient:

a) Affirmer résolument la nécessité de lancer des campagnes nationales volontaristes en faveur du dépistage volontaire du VIH/sida, et aider les États Membres touchés à élaborer des politiques et des programmes propres à encourager leurs citoyens à se soumettre volontairement à ces tests;

b) Aider les États Membres touchés à harmoniser les procédures d'achat au niveau national et à créer des systèmes de gestion efficaces de l'approvisionnement;

c) Aider les États Membres touchés à faire en sorte que les programmes de traitement antirétroviral soient intégrés aux programmes de santé sexuelle et reproductive et aux services de traitement de la tuberculose et du paludisme.

Le problème de la fuite des cerveaux

77. Le nombre insuffisant de professionnels de santé constitue un obstacle majeur à la mise en œuvre rapide des programmes de TAR. En Ouganda, au Kenya, au Botswana, en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Pologne, cette pénurie a rendu difficile le renforcement de ces programmes. Elle a accentué la pression sur des effectifs déjà sous-dimensionnés et surchargés. Le rapport entre le nombre de personnes vivant avec le VIH et celui des médecins et du personnel infirmier dans ces

pays varie de 100 à plusieurs milliers. Les raisons de cette situation sont nombreuses. Dans la plupart des pays touchés d'Afrique subsaharienne, beaucoup de professionnels de santé sont morts du sida. L'Inspecteur a constaté que l'expansion des marchés du travail avait accéléré le processus de concentration des professionnels en milieu urbain, ainsi que les flux migratoires à l'intérieur des régions et des pays en développement vers les pays développés.

78. On assiste de plus à un exode des professionnels de santé qualifiés des établissements publics vers le secteur privé, en raison des salaires et des conditions de travail attractifs. La plupart des services publics de santé sont pénalisés par des salaires peu élevés, de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité professionnelles, des possibilités de formation et des perspectives de carrière trop limitées, un équipement insuffisant, une pénurie chronique de personnel, et une mauvaise gestion tant des services eux-mêmes que du système de santé en général. L'Inspecteur pense que l'ampleur de la pénurie de professionnels de santé est bien réelle et que cela appelle une action urgente, durable et concertée, axée sur des programmes de formation à long terme soutenus par un effort financier immédiat et de longue haleine pour développer les ressources humaines.

79. La mise en œuvre de la recommandation suivante devrait permettre d'améliorer l'efficacité de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Recommandation 6

Pour faciliter la mise en œuvre de l'accès universel au traitement antirétroviral, les chefs de secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient:

a) Aider les États Membres touchés à élaborer des politiques et des procédures destinées à promouvoir des stratégies de développement des ressources humaines à court et à long terme propres à améliorer les conditions de travail des personnels de santé actuels;

b) Apporter un appui technique au développement de programmes de formation des professionnels de santé;

c) Mener des programmes de sensibilisation destinés à dissuader les professionnels de santé d'émigrer vers d'autres pays.

Stigmatisation et discrimination

80. La discrimination fondée sur le VIH est illégale dans la plupart des pays, mais cela ne l'empêche pas d'exister. L'ignorance des modes de transmission du VIH, l'homophobie, le racisme et les sentiments hostiles à l'égard de l'immigration ne font qu'exacerber la profonde stigmatisation dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH. Ces personnes peuvent être confrontées à des préjugés et à la discrimination au travail, pour l'accès aux soins de santé, dans les médias, auprès de leurs amis et jusque dans leur famille. Les préjugés autour du VIH peuvent conduire certaines personnes à refuser de se soumettre au dépistage ou de se faire soigner par peur de la discrimination ou des associations avec les comportements à risque, notamment dans l'hypothèse où une séropositivité serait diagnostiquée. Les conséquences sur la santé sont graves, et l'efficacité du traitement peut s'en trouver limitée⁹. En d'autres termes, la stigmatisation et la discrimination demeurent un obstacle à l'universalisation du TAR au profit des personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin. L'Inspecteur a également pu se rendre compte de ce que la stigmatisation et la discrimination dissuadent les gens de rechercher l'information et les services susceptibles de les protéger contre l'infection par le VIH ou de déterminer s'ils étaient ou non

⁹ *Stigma and Discrimination*, National Aids Trust, www.nat.org.uk/HIV.

porteurs du virus. Et elles dissuadaient les personnes vivant avec le VIH d'adopter des comportements à moindre risque et de tenter de se procurer des médicaments antirétroviraux.

81. De même, il faut s'alarmer de l'importante discrimination envers les groupes les plus vulnérables et les plus délaissés que sont les femmes, les usagers de drogues par injection, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Qui plus est, la question des droits de l'homme dans le contexte du VIH ne figure pas en bonne place dans la hiérarchie des priorités de certains États Membres touchés et de certains donateurs. C'est pourquoi la lutte contre la stigmatisation et la discrimination doit demeurer au cœur de l'action de l'ONUSIDA, dans le but de promouvoir une protection juridique plus efficace contre la discrimination en rapport avec le VIH; de dénoncer les politiques nationales discriminatoires à l'égard des personnes touchées; et d'organiser des campagnes de sensibilisation et de produire des matériels d'information destinés à faire évoluer les mentalités et les comportements. Il faut également mobiliser davantage de moyens et de volonté politique pour résoudre les problèmes liés à la stigmatisation, à la discrimination, au sexisme et aux droits de l'homme. L'intégration de tous les aspects des mesures de prévention et de traitement dans les systèmes de santé publique contribuera de façon décisive à dynamiser les efforts internationaux visant à éradiquer la stigmatisation et la discrimination dont sont l'objet les populations touchées partout dans le monde.

82. La mise en œuvre de la recommandation suivante devrait permettre de renforcer l'efficacité de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Recommandation 7

Les chefs de secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient aider les États Membres touchés à élaborer des politiques et des procédures propres à résoudre le problème de la stigmatisation et de la discrimination. Ils devraient aussi lancer des programmes de sensibilisation destinés à faire savoir que les personnes vivant avec le VIH jouissent des mêmes droits que les autres.

Accès universel et efforts de prévention

83. Une des principales difficultés s'agissant de l'accès universel consiste à maintenir et développer le travail de prévention. L'Inspecteur redoute que, dans les pays visités, le développement du TAR n'ait entraîné un glissement des priorités au profit du traitement et au grand détriment des efforts de prévention. Les défis qu'implique l'accès universel sont considérables, et cet effort a absorbé les ressources limitées disponibles. En conséquence, beaucoup d'organismes partenaires issus de la société civile, traditionnellement engagés dans la mobilisation et la prévention au niveau communautaire, ont progressivement réorienté leur action au profit de l'appui aux soins, ce qui a eu pour effet une diminution importante des activités de prévention.

84. Par ailleurs, les contributions financières des donateurs sont principalement affectées aux soins, et les États Membres touchés ne sont pas en mesure de procéder à partir de leurs budgets propres à un rééquilibrage au profit de la prévention. Comme cela a déjà été dit plus haut au paragraphe 68, sans une diminution radicale, dans les prochaines années, du rapport entre le nombre de nouveaux cas d'infection et le nombre de personnes bénéficiant du TAR, aujourd'hui de six pour un, les États Membres touchés ne feront que s'éloigner de l'accès universel. L'Inspecteur pense que pour stopper, puis inverser, la courbe de progression du VIH/sida d'ici à 2015, prévention et traitement doivent être menés de pair. Les soins ne peuvent qu'améliorer

l'efficacité de la prévention, et une prévention efficace finira par rendre les soins plus faciles à mettre en œuvre et moins coûteux. En conséquence, l'ONUSIDA devrait encourager résolument les États Membres touchés à prendre, en concertation avec leurs donateurs, les dispositions nécessaires pour remettre au premier plan les stratégies immédiates et à long terme destinées à promouvoir la prévention du VIH, parallèlement au développement rapide des programmes de TAR.

85. La mise en œuvre de la recommandation suivante devrait permettre d'améliorer l'efficacité de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Recommandation 8

Les chefs de secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient encourager résolument et aider les États Membres touchés à prendre, en concertation avec leurs donateurs, les dispositions nécessaires pour remettre au premier plan les stratégies immédiates et à long terme propres à améliorer la prévention du VIH, parallèlement au développement rapide des programmes de TAR.

Pérennisation

86. Les moyens financiers consacrés à la lutte contre le VIH/sida sont en augmentation, du fait de l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le virus et de l'expansion des programmes en faveur des personnes dans le besoin. Selon les estimations établies par l'ONUSIDA¹⁰, les ressources financières consacrées au VIH et au sida sont loin de répondre aux besoins qu'implique l'accès universel. L'ONUSIDA estime que la somme nécessaire pour faire face aux besoins dans les pays à revenu faible ou moyen s'élèvera à 18,1 milliards de dollars É.-U. en 2007, 22,1 milliards de dollars en 2008 et 30,2 milliards de dollars en 2009. Or les fonds reçus, les contributions actuellement annoncées, les engagements pris et les tendances indiquent que les ressources disponibles seront de 10 milliards de dollars pour 2007, soit un déficit de 8,1 milliards pour l'année. L'ONUSIDA estime que, pour parvenir à l'objectif de l'accès universel d'ici 2010, il faudrait un quadruplement des sommes disponibles par rapport à 2007, soit 42,2 milliards de dollars en 2010, et jusqu'à 54 milliards en 2015. Pour répondre à ces besoins colossaux, les engagements financiers internes et externes devront être respectés et de nouveaux engagements devront être pris. Il faudra en outre créer et mettre en service des mécanismes de financement novateurs pour tirer parti de nouvelles sources de fonds.

87. Par ailleurs, les systèmes de santé des pays en développement ont été largement délaissés financièrement pendant des décennies, et des investissements importants à long terme doivent être réalisés pour les développer et les améliorer, de façon à atteindre l'objectif de l'accès universel. La Commission macroéconomie et santé de l'OMS a estimé qu'une aide financière additionnelle annuelle de 27 milliards de dollars É.-U. était nécessaire pour améliorer les capacités des systèmes de santé de façon à leur permettre de fournir efficacement des services de soins de santé primaires. Pour parvenir à cet objectif, il faudrait multiplier par cinq les contributions des donateurs en matière de santé, et encore cela n'inclut pas l'accès gratuit au TAR pour les personnes qui en ont cliniquement besoin.

¹⁰ Rapport de l'ONUSIDA: «Les ressources financières requises pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH», daté du 26 septembre 2007.

88. Le financement des activités en rapport avec le VIH/sida représente un défi majeur. Les programmes visent à répondre aux besoins des patients touchés par le VIH/sida pendant toute leur vie. Les différents intervenants que l'Inspecteur a eu l'occasion de rencontrer s'inquiétaient de la durabilité des programmes de TAR et du montant des dépenses qu'il faudrait engager dans l'avenir pour traiter les personnes toujours plus nombreuses qui avaient pu commencer un traitement grâce aux fonds disponibles. Il est donc urgent que l'ONUSIDA s'engage avec énergie à promouvoir et à établir un mécanisme de financement innovant qui permettrait de pérenniser les programmes de TAR dans tous les pays touchés.

89. La mise en œuvre de la recommandation suivante devrait permettre d'améliorer l'efficacité de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Recommandation 9

Les chefs de secrétariat de l'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient résolument encourager et aider les États Membres touchés à concevoir des mécanismes de financement innovants, aux niveaux national et international, pour assurer la pérennité à long terme des programmes de traitement antirétroviral.

V. LE RÔLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

90. Dans le contexte de la lutte contre le VIH/sida, les organisations issues de la société civile¹¹ ont, souvent en partenariat avec l'ONU, acquis une place importante en mettant en avant les aspects multisectoriels de la problématique du VIH/sida. Avec la progression de la pandémie et face aux réticences des États Membres concernés à s'engager plus avant dans la quête de solutions aux problèmes posés par le VIH/sida, les partenaires issus de la société civile sont davantage intervenus pour combler les lacunes. Avec l'appui réticent des États Membres touchés, la société civile a acquis la reconnaissance de la communauté des donateurs internationaux, qui s'est efforcée de canaliser l'aide au développement par son entremise. Depuis sa création en 1996, l'ONUSIDA encourage activement les partenariats avec la société civile dans la lutte contre le VIH/sida. L'ONUSIDA a été le premier programme de l'ONU à intégrer officiellement, quoique sans droit de vote, une représentation de la société civile dans ses instances dirigeantes. Le CCP compte cinq membres représentant la société civile. Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/sida de la Banque mondiale pour l'Afrique a fait appel à des ONG comme partenaires de mise en œuvre. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme requiert des pays qu'ils soumettent leurs propositions par le biais des mécanismes de coordination dans les pays, ce qui implique la participation de la société civile.

91. La société civile a un rôle essentiel à jouer dans la mise en œuvre de la cible 7, à savoir d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle. Elle participe à un large éventail d'activités de sensibilisation, de conseil, de promotion des comportements sexuels sans risque, de soins, de traitement et de recensement des nouveaux cas d'infection. Beaucoup de partenaires issus de la société civile possèdent des compétences et des avantages comparatifs uniques qui les rendent particulièrement propres à traiter les questions se rapportant au VIH/sida. L'Inspecteur reconnaît que les partenaires issus de la société civile ne sont généralement pas soumis aux mêmes contraintes politiques que les programmes gouvernementaux. Ils sont généralement plus souples et donc plus en mesure de s'adapter à l'évolution des programmes et des besoins de la population. Il leur est en fait plus facile d'innover et de mettre en œuvre de nouvelles initiatives. Outre qu'ils sont adaptables, ils travaillent en lien étroit avec les personnes les plus touchées par le VIH et le sida. Ils sont parvenus à mettre en œuvre des programmes d'intervention au niveau local prenant en compte le contexte social, culturel et environnemental, et reposant sur la mobilisation et la participation des populations locales.

92. L'Inspecteur pense que si la société civile peut beaucoup contribuer à la réalisation de la cible précisée, plusieurs obstacles s'opposent dans la pratique à sa participation efficace. Ainsi, le financement demeure un problème majeur. L'Inspecteur a noté que de ce fait beaucoup de partenaires issus de la société civile en Ouganda, au Kenya et en République-Unie de Tanzanie revoyaient leurs projets à la baisse en fonction des modalités de financement, renonçant du même coup à des projets plus ambitieux. De plus, les réticences des donateurs à l'idée de financer des dépenses ne s'inscrivant pas dans le cadre de projets ou au titre de frais généraux (salaires, location de locaux ou travaux de recherche) limitent encore leurs possibilités d'action.

93. L'autre facteur tient à l'opposition des gouvernements à l'idée de faire participer des ONG nationales aux programmes de lutte contre le sida. Ce conflit entre gouvernements et ONG nationales découle principalement du sentiment de compétition pour l'obtention de financements. Dans bien des cas, les fonds distribués par les donateurs qui choisissent de financer des ONG

¹¹ Les organisations issues de la société civile regroupent, notamment, les ONG nationales et internationales, les organisations de services aux malades du sida, les groupes de personnes vivant avec le VIH et le sida, les organisations pour la jeunesse, les organisations de femmes, les organisations patronales, syndicales, professionnelles et scientifiques, les organisations sportives et les organisations religieuses et confessionnelles.

nationales pour des initiatives en matière de lutte contre le VIH/sida auraient été alloués aux gouvernements en leur absence. En raison de ces perceptions, certaines agences gouvernementales hésitent à faire participer les ONG nationales aux programmes de lutte contre le sida. De plus, les organismes des Nations Unies manquent souvent d'expérience et d'aisance pour traiter avec les acteurs non étatiques. Malgré une récente évolution, la plupart des fonctionnaires de l'ONU considèrent qu'ils doivent en premier lieu travailler avec les gouvernements. Et la plupart des États Membres sont peu désireux de voir les organes de l'ONU collaborer trop étroitement avec les organisations de la société civile, et plus particulièrement avec celles présentes dans leur propre pays.

94. Un autre problème est la prolifération des partenaires issus de la société civile, en particulier dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, tant au niveau national qu'au niveau international. Au cours de la dernière décennie écoulée, on a assisté à une augmentation considérable du nombre d'ONG revendiquant une spécialisation dans le travail sur le VIH/sida. Selon une estimation fiable, on dénombre aujourd'hui dans le monde plus de 60 000 ONG uniquement dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida¹². Cette prolifération s'est parfois produite au détriment de la transparence et de la crédibilité. Dans de nombreux pays, l'existence des fameuses «ONG valises» nuit à la crédibilité des ONG véritables. Ces entités sont d'ordinaire créées dans le but d'attirer les financements et se caractérisent par l'absence d'adresse permanente. Elles ne sont pas enregistrées et n'ont pas de coordonnées fiables. Autre problème, beaucoup d'ONG contrôlent les fonds alloués par les donateurs et proposent de meilleurs salaires pour attirer les employés des gouvernements. Cette captation des ressources humaines des gouvernements a eu des conséquences négatives sur l'efficacité de ces derniers, le personnel restant étant mal formé et peu motivé.

95. La mise en œuvre de la recommandation suivante devrait permettre d'améliorer l'efficacité de l'ONUSIDA au niveau des pays.

Recommandation 10

Les chefs de secrétariat d'ONUSIDA et des organismes coparrainants devraient encourager et aider les États Membres touchés à:

- a) Élaborer des règles et règlements relatifs à l'enregistrement et à la participation des organisations issues de la société civile pour les programmes relatifs au VIH/sida;**
- b) Se fonder sur l'actuel Code de bonne pratique des ONG pour mettre en place un code de conduite pour les partenaires issus de la société civile comportant des règles strictes visant à éviter les abus et/ou les utilisations inappropriées des fonds.**

¹² Laurie Garrett, «The Global Health Challenge», *Foreign Affairs*, vol. 86, n° 1 (janvier/février 2007), p. 21.

VI. LE RÔLE DU DÉPARTEMENT DE L'INFORMATION

96. Le rôle du Département de l'information dans la lutte contre le VIH/sida est essentiel. Il consiste à sensibiliser le public au problème du VIH/sida dans le monde. Le Département a, notamment, participé à des manifestations de haut niveau telles que l'Initiative Médias du monde sur le sida, destinée à mobiliser l'attention des médias du monde entier sur la lutte contre la pandémie. Il produit quotidiennement des émissions dans huit langues – les six langues officielles de l'ONU plus le kiswahili et le portugais – et des messages télévisuels sur différentes questions afférentes au VIH/sida. Par exemple, en août 2006, le Département a couvert la seizième Conférence mondiale sur le sida qui s'est tenue à Toronto. On estime l'audience du Département à plus de 300 millions de téléspectateurs et à 300 millions d'auditeurs dans le monde. On estime également de 5 % à 10 % la part des activités d'information du Département consacrée au problème du VIH/sida. L'Inspecteur a pu se rendre compte du fait que le Département travaillait en étroite collaboration avec l'ONUSIDA depuis que l'Assemblée générale des Nations Unies avait tenu sa session extraordinaire consacrée au VIH/sida, événement qui avait donné lieu à une importante campagne médiatique.

97. Élément de plus d'importance encore, lorsque l'Inspecteur a demandé si le Département de l'information disposait d'un cadre stratégique et/ou de lignes directrices s'agissant de la diffusion d'informations sur le VIH/sida, on lui a répondu qu'il n'existait encore aucun document formel, en dépit de certaines rencontres formelles entre l'ancien Directeur du Département et le Directeur exécutif d'ONUSIDA consacrées aux modalités d'une coopération entre les deux entités. En effet, sur le plan pratique, la collaboration était réelle. Les stratégies de communication étaient généralement établies par l'ONUSIDA, examinées avec le Département et mises en œuvre conjointement. Le rôle du Département n'était pas de produire l'information, mais d'aider des structures organiques telles que le secrétariat d'ONUSIDA et les organismes coparrainants à diffuser de l'information concernant le problème du VIH/sida. Pour élaborer un cadre stratégique et/ou des lignes directrices, le secrétariat d'ONUSIDA devrait, en coopération avec les organismes coparrainants, établir une forme de memorandum d'accord en vue d'intensifier leur coopération et leur collaboration dans les domaines clefs, dans le cadre de leurs efforts communs visant à assurer la diffusion d'informations sur les activités afférentes au VIH/sida à travers le monde, en prenant en considération les sensibilités politiques, linguistiques et culturelles des pays touchés.

98. La sensibilisation au problème du VIH/sida est un facteur important dans la lutte contre la pandémie; en conséquence, on ne saurait trop insister sur la nécessité de renforcer la prévention de la transmission du sida. Malheureusement, dans certains pays, l'augmentation des financements étrangers disponibles pour les médicaments antirétroviraux a entraîné un glissement de priorité au détriment de la prévention et au profit des traitements, de la prise en charge et du soutien. Comme les personnes sous traitement restent plus longtemps en vie, les taux d'infection semblent plus importants dans certains pays que dans ceux où les patients décèdent plus vite du fait du manque de médicaments antirétroviraux. Rétrospectivement, il apparaît que l'éducation et la prévention doivent retrouver la première place dans la lutte contre le VIH/sida, car le financement par l'étranger des médicaments ne durera pas indéfiniment, et les pays en développement les plus pauvres ne pourront pas, à eux seuls, faire face indéfiniment à l'augmentation du nombre de patients sous traitement.

99. Autre élément d'importance, en circulant dans les rues de certains pays visités, on ne peut s'empêcher de remarquer les immenses panneaux d'affichage consacrés aux campagnes de sensibilisation sur le sida stratégiquement placées le long des routes à intervalles réguliers. Dans d'autres pays, des débats radiotélévisés consacrés au sida étaient régulièrement diffusés, et les autorités avaient investi dans la production de diverses vidéos éducatives destinées à inciter les

jeunes à modifier leurs comportements. Malheureusement, cette situation contraste avec celle d'autres pays, où les panneaux d'affichage sont rares et les informations sur le VIH/sida ne sont pas aussi abondantes qu'elles le devraient. En étroite coopération avec l'ONUSIDA et les partenaires, y compris la Campagne mondiale contre le sida, le Département de l'information devrait, en conséquence, jouer un rôle croissant pour aider les pays qui ne disposent pas de la capacité et des ressources humaines et financières nécessaires pour mener des campagnes de sensibilisation similaires au problème du sida.

100. La mise en œuvre de la recommandation suivante devrait permettre au Département de l'information de renforcer son efficacité et ses relations avec l'ONUSIDA au niveau des pays et au niveau mondial dans la lutte contre le VIH/sida.

Recommandation 11

Le Secrétaire général devrait:

a) Demander au Département de l'information d'établir un mémorandum d'accord avec le secrétariat d'ONUSIDA, dans le but d'identifier les domaines de coopération et de collaboration critiques et d'assurer une diffusion efficace de l'information sur les activités concernant le VIH/sida dans le monde entier;

b) Demander au Département de l'information d'aider à développer les capacités des pays qui n'ont ni les moyens ni les ressources nécessaires pour mener chez eux des campagnes efficaces de sensibilisation au sida.

VII. LA VOIE À SUIVRE

A. Le créneau des Nations Unies

101. S'il est une chose qui a grandement surpris et inspiré l'Inspecteur au cours de sa mission dans tous les pays visités, c'est bien la volonté et la détermination sans faille manifestées par tous les représentants des organismes des Nations Unies dans leurs efforts communs pour parvenir à leur objectif dans la lutte contre le VIH/sida. En fait, tous les coordonnateurs de l'ONUSIDA dans les pays visités ont démontré qu'ils étaient déterminés à coopérer étroitement avec leurs collègues des autres organismes des Nations Unies au sein des diverses équipes de pays pour les activités en rapport avec le VIH/sida. Il convient de souligner que leur coopération et leur collaboration étroites avec les autorités nationales n'ont cessé d'être déterminantes dans l'appui aux efforts nationaux menés pour lutter contre la pandémie. L'Inspecteur a également appris que dans des pays tels que le Brésil, l'Inde, l'Afrique du Sud, le Botswana, la Pologne ou encore la Russie, qui disposent par eux-mêmes de moyens financiers conséquents pour lutter contre la pandémie, les autorités nationales n'attendent qu'une chose de la famille des Nations Unies: de nouvelles et bonnes idées susceptibles de les aider à lutter de façon beaucoup plus efficace et pérenne contre le VIH/sida.

102. En d'autres termes, malgré les succès et réalisations remarquables du secrétariat d'ONUSIDA et des organismes coparrainants dans la sensibilisation de l'opinion publique mondiale aux problèmes liés à l'infection et à la transmission de la maladie, à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien, à la stigmatisation et à la discrimination, il est décourageant de constater que les taux de prévalence de l'infection ne cessent de progresser au sein de la plupart des groupes à risque dans le monde. De plus en plus de personnes infectées sont mises sous traitement, et les perspectives de vaccin et/ou de traitement efficaces relèvent essentiellement du domaine de l'espoir¹³. Au vu de cette situation dramatique et compte tenu du fait que la riposte des États Membres au VIH/sida est appelée à se prolonger à longue échéance malgré son coût élevé, l'Inspecteur estime que les organismes des Nations Unies, pour demeurer pertinentes et impliquées dans la lutte contre le VIH/sida, doivent s'attacher en priorité à élaborer des idées et des stratégies novatrices pour compléter ou remplacer les mesures actuellement mises en œuvre et riposter efficacement et durablement au VIH/sida.

103. D'un autre côté, bon nombre de pays en développement parmi les plus pauvres dépendent encore très largement des aides extérieures bilatérales pour le financement d'une politique nationale de lutte contre le VIH/sida. Si elle n'est pas maîtrisée, cette tendance risque de se révéler extrêmement dangereuse à longue échéance. Le Plan d'urgence d'aide contre le sida du Président des États-Unis, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Fondation Bill & Melinda Gates et la Fondation William J. Clinton, de même qu'une multitude d'autres ONG internationales, s'imposent de plus en plus comme les principales sources de financement des programmes de traitement, de prise en charge et de soutien de la plupart des pays en développement les plus pauvres. En d'autres termes, on peut affirmer sans se tromper que sans les donateurs étrangers, les efforts nationaux de ces pays contre le VIH/sida ne seront pas viables à terme; il se peut même qu'ils cessent brutalement.

104. Il est donc urgent que l'ONU prenne des mesures stratégiques volontaristes pour aider les pays en développement les plus pauvres, dont les ressources propres dévolues à la lutte contre le VIH/sida sont limitées, à élaborer de nouvelles stratégies et des mécanismes innovants de financement du développement susceptibles de leur permettre de lutter contre la pandémie d'une

¹³ Sabin Russell, «Buffett's gift lifts hope for elusive AIDS vaccine», *San Francisco Chronicle* (28 juin 2006).

façon plus cohérente, autonome et durable qu'aujourd'hui. Ces mesures pourraient consister, par exemple, à proposer des idées nouvelles pour développer localement, outre les infrastructures de santé, des activités industrielles, des systèmes de franchise et d'autres sources de revenus susceptibles à la fois d'appuyer l'augmentation des dépenses de santé et d'en tirer un profit durable. L'Inspecteur pense que de tels mécanismes de financement pourraient, dans une très large mesure, aider les pays touchés à répondre à leurs besoins spécifiques, par exemple en accroissant l'offre et en faisant baisser les prix des médicaments sans en diminuer la qualité.

105. Ainsi, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et UNITAID, la facilité internationale pour l'achat de médicaments, sont d'excellents exemples de mécanismes de financement innovants mis en place depuis dix ans pour lutter contre le VIH/sida et d'autres maladies. Dans le même ordre d'idées, il serait particulièrement judicieux que les pays en développement les plus pauvres reçoivent en temps voulu l'assistance dont ils ont besoin pour mettre en place leurs équivalents d'UNITAID ou du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, afin de pérenniser ainsi le financement des programmes de traitement, de prise en charge et de soutien. Incontestablement, toute aide efficace apportée aux pays pauvres pour leur permettre d'accéder à l'indépendance financière et de pérenniser la mise en œuvre de leurs programmes de lutte contre le VIH/sida marquera un progrès dans la mise en place d'une véritable politique de santé publique sur le sida et, s'agissant de la communauté internationale, vers la réalisation de l'objectif de l'accès universel d'ici 2010. Ce sera aussi un pas de géant et un prix d'excellence pour confirmer la crédibilité et la pertinence des organismes des Nations Unies.

106. Alors que la communauté internationale, et plus particulièrement les organismes des Nations Unies, semblent de plus en plus optimistes quant à l'issue future de la lutte contre la pandémie de VIH/sida, et après plus de 100 rencontres et entretiens avec des représentants de gouvernements, d'ONG, d'organisations issues de la société civile et, surtout, avec divers représentants des organismes des Nations Unies en poste dans les pays visités, l'Inspecteur est malheureusement parvenu à la conclusion que le monde est en train de perdre la bataille contre le VIH/sida. Il suffit de considérer les chiffres et les statistiques disponibles pour être alarmé par l'ampleur du problème de santé publique que la pandémie de VIH/sida continue de poser à la communauté internationale et pour comprendre à quel point la situation est difficile pour les États Membres touchés, en dépit des moyens humains et financiers colossaux qui ont été déployés depuis le début des années 80 lorsque le premier cas a été signalé.

107. S'il ne fait aucun doute, comme nous l'avons dit plus haut, que des progrès ont été faits dans la lutte contre le VIH/sida, les chiffres font apparaître que les nouveaux cas d'infection sont aujourd'hui plus nombreux que les personnes traitées. Autrement dit, la multiplication des nouveaux cas est plus rapide que l'effort entrepris au niveau mondial pour traiter et éduquer les patients¹⁴. C'est pourquoi, en l'absence du traitement ou du vaccin tant attendu, le VIH/sida continuera, pendant des années encore, d'affliger une partie non négligeable de la population mondiale et plus particulièrement les plus pauvres des pays les plus pauvres.

B. L'urgence d'un vaccin contre le sida

108. On s'accorde généralement à reconnaître qu'un vaccin préventif serait le meilleur moyen de maîtriser la propagation du VIH. Il y a plus de vingt ans, certains spécialistes des travaux sur un vaccin contre le VIH/sida proclamaient qu'un vaccin serait expérimenté dans les deux ans à peine. Malheureusement force est de reconnaître, comme vu plus haut, que les perspectives d'un tel vaccin sont encore bien lointaines. Selon certaines estimations fiables, les travaux et plus particulièrement la recherche sur un vaccin contre le sida mobilisent chaque année dans le monde

¹⁴ «World losing fight against Aids», BBC News Update, 23 juillet 2007.

700 millions de dollars É.-U., mais raisonnablement il faudrait que 1 à 1,2 milliard de dollars soit consacré annuellement à la recherche. Le Groupement mondial pour un vaccin contre le sida est à la recherche de propositions de subventions pour un montant total de 300 millions de dollars pour financer les travaux sur un vaccin contre le sida dans les cinq années à venir, mais les experts reconnaissent qu'aujourd'hui, le principal obstacle à la mise au point d'un tel vaccin n'est pas d'ordre financier, mais davantage dû à des connaissances insuffisantes pour une telle avancée.

109. Certains experts affirment donc que le VIH reste un ennemi diablement complexe, car des travaux de recherche fondamentale doivent encore être menés, des concepts appréhendés et des problèmes résolus avant de pouvoir comprendre la nature moléculaire du VIH et son interaction avec le système immunitaire humain. Par exemple, les premières tentatives de mise au point d'un vaccin ont échoué, car le virus est susceptible de rapidement muter vers une forme insensible aux anticorps mobilisés contre lui¹⁵. Après vingt-cinq années d'épidémie, les scientifiques ne comprennent toujours pas précisément quelles sont les réponses immunitaires à mettre en place pour prémunir un individu contre l'infection à VIH, c'est-à-dire ce qu'on appelle les corrélats de l'immunité.

110. La récente décision du groupe pharmaceutique mondial Merck de cesser ses expérimentations d'un vaccin contre le sida après dix années d'efforts restera, à n'en pas douter, comme un événement sombre de l'histoire de la lutte mondiale contre la pandémie. L'Inspecteur a appris que l'expérimentation internationale de Merck connue sous le nom de STEP, coparrainée par l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA (IAVI) et financée par l'Institut des allergies et des maladies infectieuses des États-Unis, portait sur 3 000 volontaires séronégatifs de divers milieux et âgés de 18 à 45 ans. Dans un premier temps, le vaccin de Merck a mis en évidence une réponse du système immunitaire, ce qui a soulevé une vague d'optimisme pour la suite. On espérait en effet que l'exposition aux gènes provoquerait une réponse immunitaire permettant aux cellules contenant le VIH d'être reconnues et détruites¹⁶. Se fondant sur une évaluation intermédiaire, et après qu'on eut constaté que de plus en plus de volontaires auxquels le vaccin avait été administré avaient développé l'infection, une commission de surveillance indépendante a recommandé l'arrêt de la vaccination de volontaires en septembre 2007 car il était alors généralement admis que l'expérimentation était non seulement inefficace, mais aussi vouée à l'échec.

111. Néanmoins, en dépit de ce revers temporaire, un vaccin contre le sida demeure plus nécessaire qu'il ne l'a jamais été depuis l'apparition de la pandémie. Il est donc primordial de multiplier, dans les pays en développement, les sites à partir desquels des expérimentations de vaccins pourront être lancées. Ces expérimentations requièrent des volontaires informés, l'appui politique des pays hôtes et une infrastructure médicale capable de suivre les résultats pendant les cinq années suivant la vaccination. L'essentiel de l'effort en faveur du développement et de l'évaluation d'un vaccin contre le sida est aujourd'hui porté par le National Institute for Health, le Centre for Disease Control et le Walter Reed Army Institute of Research aux États-Unis; et par l'Agence nationale de recherche sur le sida en France, avec l'appui énergique de l'IAVI à New York, de l'Union européenne, des initiatives de l'OMS et d'ONUSIDA, et l'engagement récent de la Fondation Bill & Melinda Gates aux côtés du Groupement mondial pour un vaccin contre le sida.

112. En outre, le HIV Vaccine Trials Network (réseau d'expérimentation du vaccin contre le sida) créé par l'Institut des allergies et des maladies infectieuses des États-Unis en 2000, qui réunit 25 sites cliniques répartis sur quatre continents, constitue une ressource importante pour la

¹⁵ Voir Sabin Russell, «Buffett's gift lifts hope for elusive AIDS vaccine», *San Francisco Chronicle* (28 juin 2006).

¹⁶ «Merck abandons HIV vaccine trials», BBC News Update, 21 septembre 2007.

recherche clinique sur le vaccin¹⁷. L'Inspecteur est fermement convaincu que malgré le revers subi, les scientifiques et autres acteurs de la recherche sur un vaccin ne doivent pas céder au découragement ou au désarroi. Le VIH est un adversaire coriace, et l'avenir promet d'être semé d'embûches, mais un engagement et une persévérance sans faille finiront par aboutir à la découverte d'un vaccin sûr et fiable. Toutefois, un tel succès requiert les meilleures compétences scientifiques et l'engagement durable des industriels, des universités, des gouvernements et des donateurs. Désireux d'enrayer la pandémie de sida, l'ONUSIDA et, plus particulièrement, l'OMS, devront, en étroite coopération avec l'IAVI, redoubler d'efforts pour parvenir à mettre au point un vaccin sûr et efficace contre le sida, en s'attachant à fédérer tous les acteurs concernés et à mobiliser suffisamment de moyens financiers pour la recherche.

¹⁷ Voir OMS, Sexually Transmitted Diseases, www.who.int/vaccine_research/diseases/soa_std/en/index4.html.

Annexe

**Aperçu des décisions que les organisations participantes sont appelées à prendre au sujet des recommandations du CCI
JIU/REP/2007/12**

	Résultat escompté	Organisation des Nations Unies, fonds et programmes											Institutions spécialisées et AIEA													
		ONU*	CNUCED	ONUDC	PNUE	ONU-Habitat	HCR	UNRWA	PNUD	FNUAP	UNICEF	PAM	ONUSIDA	OIT	FAO	UNESCO	OACI	OMS	UPU	UIT	OMM	OMI	OMPI	ONUDI	OMT	AIEA
Rapport	Pour décision	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	Pour information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recommandation 1												OD														
Recommandation 2												OD														
Recommandation 3				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 4				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 5				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 6				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 7				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 8				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 9				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 10				CS			CS		CS	CS	CS	CS		CS		CS										
Recommandation 11			CS																							

Légende: **OD**: Recommandation adressée à l'organe délibérant pour qu'il prenne une décision.
CS: Recommandation adressée au chef de secrétariat pour qu'il y donne suite.
 : Recommandation n'appelant aucune mesure de la part de cette organisation.

Résultat escompté: a) responsabilisation accrue; b) diffusion des meilleures pratiques; c) coordination et coopération renforcées; d) renforcement des contrôles et du respect des obligations; e) amélioration de l'efficacité; f) importantes économies sur le plan financier; g) amélioration de la productivité; o) autres.

* Comprend toutes les entités énumérées dans le document ST/SGB/2002/11, sauf CNUCED, ONUDC, PNUE, ONU-Habitat, HCR et UNRWA.