ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DE LA FRANCOPHONIE

COMMISSION
Education, communication et affaires culturelles

La promotion des droits humains dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en Francophonie

M. Christian Levrat,
Député au Conseil des Etats (Suisse)

Berne (Suisse) | 8 juillet 2015

Tables des matières

La promotion des droits humains dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en Francophonie 1

1 Contexte général du rapport 3

2 Les chiffres de la riposte au VIH/sida et de l'incidence de la stigmatisation des populations-clés en Francophonie et dans le monde 5

2.1 Les chiffres en bref en Francophonie 6

2.1.1 Accès aux médicaments antirétroviraux (chiffres 2011) 6

2.1.2 Financement de la riposte au VIH (chiffres 2011) : 6

2.2 Les chiffres en bref en Afrique subsaharienne 7

2.2.1 VIH/Tuberculose 7

2.3 Les chiffres en bref dans le monde 9

2.3.1 Criminalisation des populations-clés exposées au VIH : 10

3 Actions de la Francophonie (points de décision de la Francophonie basés sur le Sommet de Kinshasa, 2012) 11

4 Mesures à prendre par les autorités politiques et sanitaires pour renforcer l'accès aux services de soin et lutter contre le VIH/sida 13

4.1 L'identification des personnes à risque 13

4.2 La conception de programmes de lutte contre le VIH/sida selon une démarche fondée sur les droits de l'homme 14

4.3 La suppression des obstacles juridiques qui entravent l'accès aux soins 14

5 Conclusion 16

6 Projet de résolution proposé par le Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme 17

7 Annexes (bases légales) 19

1 Contexte général du rapport

Les Etats disposent aujourd'hui de moyens qui permettent de réduire considérablement les incidences et la mortalité liées au VIH, des progrès significatifs ayant été accomplis depuis l'apparition des premiers cas de la maladie, il y a trente ans. L'adoption, en 2000, des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) a permis de faire de la santé en général, et de la lutte contre le VIH/sida en particulier, l'un des thèmes prioritaires de l'agenda international. C'est ainsi sur les fondements de l'OMD 6, « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies graves », que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme voyait le jour, en 2002.

Dans le cadre d'une stratégie coordonnée de lutte contre le sida et en partenariat avec les acteurs internationaux de la santé dont ONUSIDA, l'action du Fonds mondial a permis d'augmenter de manière sensible les fonds disponibles pour la recherche, la prévention et les soins des populations concernées. Ainsi, en 2012, 4,2 millions de personnes dans le monde suivaient un traitement antirétroviral grâce aux financements alloués par le Fonds mondial. Sur le front de la prévention, 1,7 million de femmes enceintes avaient suivi un traitement permettant d'éviter la transmission du virus à leur enfant, 250 millions de personnes avaient effectué un test VIH et obtenus des conseils, 4,2 milliards de préservatifs avaient été distribués et 19 millions d'orphelins du sida avaient reçus des soins de base.

Ces stratégies de lutte et de prévention globales face à la maladie, combinées avec les progrès scientifiques considérables accomplis dans le développement de la prise en charge médicale des symptômes et du développement de la maladie, permettent aujourd'hui d'envisager, d'ici à 2030[1], un terme à l'épidémie du VIH. Pourtant, VIH et sida constituent encore, à ce jour, une « situation d'urgence mondiale », ayant contraint l'Assemblée générale des Nations Unies, à renouveler, en 2011, les engagements politiques pris précédemment en matière de riposte au VIH/sida[2]. On estimait à 2,1 millions le nombre d'adultes nouvellement infectés dans le monde en 2013, dont 1,5 million en Afrique subsaharienne.

Interrogeant les nombreux facteurs entravant sa lutte contre la propagation de l'épidémie du VIH, la communauté internationale redéfinit, depuis quelques années, les contours de ses politiques en la matière. Elle constate notamment que, pour mettre fin à l'épidémie, les progrès accomplis jusqu'à ce jour ne suffisent pas et que la riposte au VIH/sida doit être encore intensifiée. En l'absence d'une telle intensification, l'épidémie continuera en effet à surpasser la riposte, entraînant un accroissement du besoin à long terme de traitement et une augmentation des coûts futurs[3].

Dans le cadre de l'intensification de la riposte, l'usage des outils de prévention et de soin doit être maintenant généralisé à l'ensemble des populations, y compris les populations marginalisées qui constituent aussi souvent les populations-clés exposées à un risque accru d'infection par le VIH. Pour l'heure, ces populations ne retirent pas encore les bénéfices des programmes de lutte contre l'épidémie, ce qui ne fait que prolonger celle-ci. En effet, dans le monde, seuls environ trois cinquièmes des pays disposent de programmes spécifiques destinés aux travailleurs du sexe. L'accès aux services de prévention et de soin reste par ailleurs faible parmi les hommes ayant des rapports avec les hommes : parmi 138 pays, 88 indiquent que moins de la moitié des hommes ayant des rapports avec des hommes connaissent leur statut

[1] Rapport d'ONUSIDA : « Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie d'ici à 2013 ».
[2] Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration politique sur le VIH et le sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida : Résolution adoptée par l'Assemblée générale, 8 juillet 2011, A/RES/65/277
[3] Rapport d'ONUSIDA : « Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie d'ici à 2013 ».

sérologique. Enfin, la plupart des pays ne disposent pas de programmes de prévention à l'intention des toxicomanes[4]. Si ces populations cibles sont fréquemment citées, on constate également des discriminations dans d'autres groupes, fragilisés par leur accès restreint à la prévention et aux soins : les filles et les jeunes femmes, les prisonniers, les migrants, les personnes transgenres, les enfants et les mères séropositifs, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les personnes handicapées ou encore les personnes âgées de 50 ans et plus.

Ne pas tenir compte des laissés-pour-compte des campagnes de lutte contre l'épidémie met à mal des décennies de prévention, de recherche médicale et réduit fortement les chances d'éradiquer un jour le VIH/sida. Ainsi, force est de constater que pour que les programmes de lutte contre le VIH/sida soient plus efficaces, ils doivent dorénavant s'attaquer aux enjeux sociaux et structurels qui dissuadent ces populations marginalisées d'accéder aux services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH. Mettre fin à l'épidémie du sida implique un engagement absolu en faveur des droits de l'homme, basé sur l'objectif « zéro discrimination »[5].

[4] Ibid.
[5] Ibid.

2 Les chiffres de la riposte au VIH/sida et de l'incidence de la stigmatisation des populations-clés en Francophonie et dans le monde

Les chiffres sur la riposte au VIH dans les pays membres de la Francophonie (OIF) sont issus d'un rapport conjoint OIF-ONUSIDA « Point de décision de la Francophonie : stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous », paru en 2012 à l'occasion du Sommet de la Francophonie de Kinshasa. Ce rapport visait à faire le point sur la lutte contre le sida en Francophonie et à identifier des domaines d'action prioritaires, en particulier dans les pays francophones de l'Afrique subsaharienne. Il en ressortait notamment que grâce aux progrès accomplis dans la lutte contre le VIH, près de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de l'espace francophone avaient accès en 2011 aux traitements antirétroviraux.

Reste que ce « Point de décision de la Francophonie » faisait état de disparités dans l'accès aux traitements antirétroviraux entre les pays francophones et non francophones de l'Afrique subsaharienne, mais également au sein même de l'espace francophone. En 2011, les pays francophones assuraient, en moyenne, un taux de couverture de 43 % tandis que le taux des pays subsahariens non membres de l'OIF atteignait 59 %. Le Directeur d'ONUSIDA notait pour sa part que les pays subsahariens membres de la Francophonie auraient besoin, pour combler le déficit, que l'aide internationale qu'ils reçoivent augmente, d'ici à 2015, de 1,4 milliard US$ - soit de 160 % par rapport au niveau actuel du financement alors que les pays non francophones de la région auraient, par comparaison, besoin d'une aide accrue de 5 %.

Aucun nouveau bilan concernant la lutte contre le VIH au sein de l'espace francophone n'a été réalisé depuis, alors que 2015 est une année charnière pour le développement: il s'agit en effet de l'année-butoir pour la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), adoptés en 2000 par l'ensemble des Etats de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Si la tendance générale va à la régression de la pandémie dans les pays francophones ainsi qu'au niveau mondial[6], les lois, les dispositions et les pratiques qui discriminent et stigmatisent les populations à risque, notamment les homosexuels, les consommateurs de drogues injectables, les travailleuses du sexe, les femmes transgenres et autres, entravent sérieusement leur accès aux soins (y compris aux thérapies antirétrovirales) et remettent en question les efforts consentis jusqu'ici pour éradiquer le VIH. Selon ONUSIDA (chiffres 2013), sur 193 pays, soixante-seize pénalisent encore les relations homosexuelles, certaines juridictions allant jusqu'à autoriser la condamnation à la peine de mort[7]. Il en résulte par exemple en Afrique de l'Ouest et Centrale, un taux de prévalence au VIH parmi les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (2009-2013) nettement supérieur à celui de la population en général (voir tableau en p. 8). Les chiffres d'ONUSIDA parlent d'eux-mêmes : on estime que la prévalence au VIH est 28 fois plus élevée chez les consommateurs de drogues injectables que dans le reste de la population. Pour les travailleuses du sexe la prévalence est 12 fois plus élevée, 19 fois plus élevée pour les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et jusqu'à 49 fois plus élevée parmi les femmes transsexuelles.

[6] Les nouvelles infections au VIH ont chuté de 38% depuis 2001.

[7] Source (ONUSIDA, 2013) : Rapport mondial 2013, p. 87

2.1 Les chiffres en bref en Francophonie[8]

Le VIH dans l'ensemble des pays de la Francophonie à revenu faible et intermédiaire en 2011

Nombre de personnes vivant avec le VIH :	3,6 millions [3,4 millions – 3,9 millions]
Nombre de personnes suivant un traitement anti-VIH :	826 000
Pourcentage de patients éligibles recevant un traitement :	46 % [43 % – 49 %]
Nouvelles infections au VIH chez les adultes :	220 000 [150 000 – 320 000]
Nouvelles infections au VIH chez les enfants :	50 000 [37 000 – 68 000]
Couverture de la PTME :*	39 % [31 % – 49 %]
Nombre de décès liés au sida :	210 000 [170 000 – 270 000]

* Pourcentage des femmes enceintes séropositives recevant un traitement anti-VIH ou une prophylaxie antirétrovirale de prévention contre la transmission du virus à leur enfant.

2.1.1 Accès aux médicaments antirétroviraux (chiffres 2011)

- En 2011, les pays à revenu faible et intermédiaire de la Francophonie ont ouvert l'accès aux thérapies antirétrovirales à 46 % des patients éligibles – soit 826 000 personnes au total – contre seulement 26 000 en 2003. L'élargissement, dans les pays de l'OIF, de l'accès aux traitements anti-VIH a entraîné une baisse de près de 30 % des décès liés au sida de 2004 à 2011.

- Malgré des progrès importants, quelque 970 000 patients vivant dans les pays de l'OIF sont toujours en attente d'une thérapie antirétrovirale vitale – ce qui représente 14 % du déficit mondial de traitement. Parmi les Etats membres de la Francophonie, la couverture des traitements s'étend de moins de 5 % à plus de 80 %.

- La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord rencontre des difficultés particulières dans sa riposte au sida. Contrairement à l'Afrique subsaharienne, son épidémie de VIH se concentre principalement sur les populations-clés exposées au VIH, notamment les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les transsexuels. **En 2011, aucun des pays membres de l'OIF de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord n'était parvenu à une couverture supérieure à 40 % pour les traitements anti-VIH.**

2.1.2 Financement de la riposte au VIH (chiffres 2011) :

Le total des besoins en ressources visant la lutte anti-sida des pays subsahariens de l'OIF s'élève à 2,6 milliards US$ en 2015. Le déficit de financement est estimé à : 1,5 milliard US$ environ. Pour combler ce déficit, il sera nécessaire d'obtenir un supplément de :

- **120 millions US$** de sources intérieures – soit une augmentation de 70 % par rapport au niveau actuel du financement.

[8] Source (Sommet de la Francophonie, Kinshasa, 2012) : Point de décision de la Francophonie : stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous.

- **1,4 milliard US$** de donateurs internationaux – soit une augmentation de 160 % par rapport au niveau actuel du financement.

2.2 Les chiffres en bref en Afrique subsaharienne

Le VIH en Afrique subsaharienne en 2013[9]

Nombre de personnes vivant avec le VIH :	24,7 millions [23,5 millions – 26,1 millions]
Nombre de personnes suivant un traitement anti-VIH :	12,9 millions
Pourcentage de patients éligibles recevant un traitement :	37 %
Nouvelles infections au VIH chez les adultes :	1,5 million [1,3 million – 1,6 million]
Nouvelles infections au VIH chez les enfants :	210 000 [180 000 – 250 000]
Couverture de la PTME :*	68 % [?% – ?%][10]
Nombre de décès liés au sida :	1,1 million [1,0 million –1,3 million]

* Pourcentage des femmes enceintes séropositives recevant un traitement anti-VIH ou une prophylaxie antirétrovirale de prévention contre la transmission du virus à leur enfant.

- En 2013, 24,7 millions de personnes vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne, ce qui représente 71 % du nombre total des personnes vivant avec le VIH dans le monde[11].

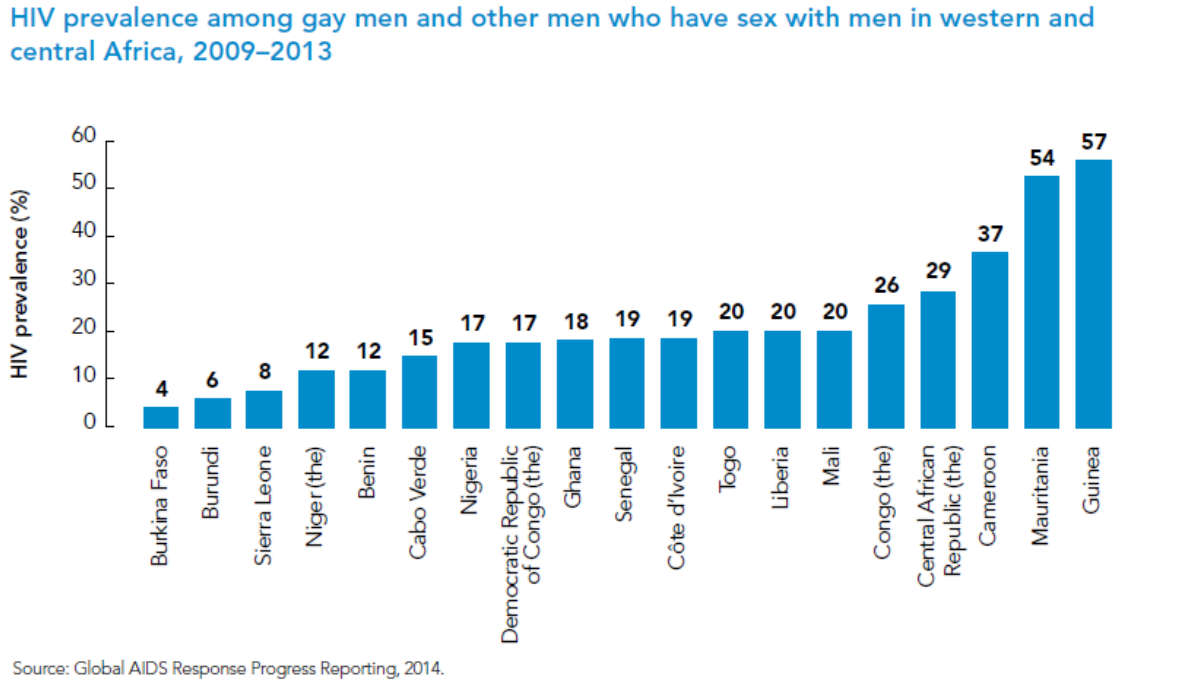
- La couverture du traitement est de 37 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne[12].

2.2.1 VIH/Tuberculose[13]

- Les thérapies antirétrovirales diminuent de 66 % le risque qu'une personne vivant avec le VIH contracte la tuberculose et le traitement VIH réduit le risque de mortalité de 50 % des personnes atteintes de tuberculose et identifiées comme séropositives au VIH.

[9] Source (ONUSIDA, 2014): Fiche d'information 2014
[10] Source (ONUSIDA, 2014): The Gap Report, p. 39, p. 233: "The proportion of pregnant women living with HIV who did not receive antiretroviral medicines has halved over the past five years, from 67% [65–69%] to 32% [26–36%]". Par ailleurs, 85% des femmes enceintes vivant avec le VIH proviennent de l'Afrique subsaharienne.
[11] Source (ONUSIDA, 2014) : The Gap Report, p. 26
[12] Ibid., p. 30
[13] Ibid.

TABLEAU SUR LA PRÉVALENCE AU VIH PARMI LES HOMOSEXUELS ET LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES EN AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE (2009-2013)[14]



[14] Source (ONUSIDA, 2014) : The Gap Report, p. 47

2.3 Les chiffres en bref dans le monde

Le VIH dans le monde en 2013[15]

Nombre de personnes vivant avec le VIH :	35 millions [33,2 millions – 37,2 millions]
Nombre de personnes suivant un traitement anti-VIH :	12,9 millions
Pourcentage de patients éligibles recevant un traitement :	37 % [35 % – 39 %]
Nouvelles infections au VIH chez les adultes :	2,1 millions [1,9 million – 2,4 millions]
Nouvelles infections au VIH chez les enfants :	240 000 [210 000 – 280 000]
Nombre de décès liés au sida :	1,5 million [1,4 million –1,7 million]

SCHÉMA : PAYS REPRÉSENTANT 89% DU TOTAL DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH[16]

PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

Angola
Brésil
Cameroun*
Tchad*
Chine
Côte d'Ivoire*
République démocratique du Congo*
Ethiopie
Haïti*
Inde
Indonésie
Iran (République islamique d')
Jamaïque
Kenya
Lesotho
Malawi
Mozambique
Nigeria
Pakistan
Afrique du Sud
Sud-Soudan
Swaziland
Ouganda
République-Unie de Tanzanie
Ukraine
Vietnam*
Zambie
Zimbabwe

PAYS À REVENU ÉLEVÉ

Fédération de Russie
Etats-Unis d'Amérique

*Pays francophones

[15] Source (ONUSIDA, 2014) : Fiche d'information 2014
[16] Source (ONUSIDA, 2014) : Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, p. 19

2.3.1 Criminalisation des populations-clés[17] exposées au VIH :

- Les lois punitives ciblant les populations-clés les plus vulnérables au VIH demeurent répandues dans le monde entier. En 2012, des sources non gouvernementales (dans 70 % des pays) et des gouvernements nationaux (60 %) ont signalé l'existence de lois, de règlements ou de politiques entravant l'accès des populations-clés et des groupes vulnérables aux services efficaces de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien[18].

- Sur 193 pays, soixante-seize pénalisent actuellement les relations homosexuelles, certaines juridictions allant jusqu'à autoriser la condamnation à la peine de mort[19].

Les personnes qui sont socialement marginalisées ou criminalisées sont beaucoup plus touchées par le VIH/sida que la population en général[20] :

- Les homosexuels ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont 19 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les autres.
- La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables est 28 fois plus élevée que chez les autres.
- Les femmes issues des populations-clés sont particulièrement touchées par le VIH. A l'échelle mondiale, on estime que la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe est de 12 % et d'environ 30 % dans les environnements à forte ou moyenne prévalence. Malgré l'absence de données, un examen mondial des données disponibles révèle que les femmes transgenres sont 49 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les autres ; la prévalence du sida chez ce groupe est de 19 %[21].

La double stigmatisation et discrimination des personnes vivant avec le VIH et appartenant à des populations marginalisées crée des barrières dans l'accès aux soins, y compris aux thérapies antirétrovirales et en matière de protection des droits de l'homme. De plus, les politiciens ne sont pas enclins à soutenir des programmes pour les communautés marginalisées et criminalisées, notamment en période de contraintes budgétaires et si ces programmes entrent en concurrence avec d'autres besoins du service public[22].

---

[17] Voir définition p. 15
[18] Source (ONUSIDA, 2013) : Rapport mondial 2013, p. 89
[19] Source (ONUSIDA, 2013) : Rapport mondial 2013, p. 87
[20] Source (ONUSIDA, 2014) : The Gap Report, p. 127
[21] Source (ONUSIDA, 2013) : Rapport mondial 2013, p. 79
[22] Source (ONUSIDA, 2014) : The Gap Report, p. 127

3 Actions de la Francophonie (points de décision de la Francophonie basés sur le Sommet de Kinshasa, 2012)

L'Organisation internationale de la Francophonie n'a pas de mandat ni de financements de ses Etats membres pour le secteur de la santé. Le VIH/sida est abordé dans le cadre du plaidoyer du Secrétaire général lié aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) de l'ONU, où se retrouvent l'action diplomatique de l'OIF et les missions des Opérateurs de la Francophonie. L'important réseau dont dispose l'OIF en Afrique – le continent le plus touché par l'épidémie – l'a néanmoins amené à conduire une action préventive et socio-culturelle dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida.

Depuis 2009, l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) a intensifié sa collaboration avec ONUSIDA par la signature d'un accord-cadre au profit des populations de l'espace francophone, en particulier les plus vulnérables. Les deux organisations internationales ont ainsi convenu de procéder à des échanges réguliers d'informations, de s'inviter réciproquement à des réunions ou conférences d'intérêt commun et de s'informer mutuellement de leurs projets. Cet accord-cadre engage non seulement l'OIF, mais également ses opérateurs à parachever des accords parallèles à celui-ci avec ONUSIDA, afin d'assurer la convergence des efforts de la Francophonie avec les objectifs d'ONUSIDA. Par la suite, cet outil a permis à l'APF de conclure à son tour un accord avec ONUSIDA en 2010 à Dakar.

En 2011, l'OIF a soutenu ses pays membres et l'ONUSIDA pour élaborer les engagements définis dans la Déclaration politique sur le VIH/sida approuvée lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies[23].

Lors du Sommet de la Francophonie de Kinshasa de 2012, l'OIF a également publié en collaboration avec ONUSIDA un Point de décision de la Francophonie : stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous. Ce rapport appelle les pays de l'OIF à revenu faible et intermédiaire, en particulier les pays de l'Afrique subsaharienne, à se concentrer sur trois domaines clés dans la riposte au VIH/sida : intensification de la couverture des traitements anti-VIH ; prévention des nouvelles infections au VIH chez les enfants ; financement de la riposte au VIH.

De même, l'enthousiasme et l'engagement des pays africains francophones a été, selon le Directeur exécutif d'ONUSIDA, Michel Sidibé, déterminant pour l'adoption en 2012 de la Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme[24] par les 53 Etats membres de l'Union africaine.

Pour les 29 pays francophones que compte l'Afrique, cette feuille de route a défini les étapes requises pour assurer la gouvernance en matière de santé, le financement et l'accès aux médicaments. Pour ce faire, elle préconise notamment des investissements qui « ciblent les besoins les plus pressants et les populations pour lesquelles il est le plus urgent d'agir. Ils sont stratégiques, s'appuient sur des données probantes et sur les droits, s'attaquent aux discriminations et aux inégalités, renforcent les systèmes de santé et les systèmes communautaires [25]». Une de ses actions prioritaires est notamment d'investir dans

[23] http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_fr.pdf

[24] Cette Feuille de route comprend des actions concrètes pour réduire la dépendance vis-à-vis de l'aide internationale et qui reposent sur trois piliers d'action : 1) des financements plus diversifiés, équilibrés et durables définis par chaque pays; 2) l'accès aux médicaments abordables et de qualité garantie (production locale et harmonisation des réglementations); et 3) leadership, gouvernance et supervision pour des ripostes durables.

[25] Ibid.

des programmes qui réduisent les stigmatisations et les discriminations liées au VIH pour permettre aux populations les plus vulnérables et affectées par le VIH d'avoir accès à des services de prévention et de santé efficaces[26].

La jeunesse francophone s'est également mobilisée pour lutter contre les discriminations et stigmatisations dont sont encore trop souvent victimes les personnes atteintes du VIH. En 2013, à l'occasion de la 6ème session du Parlement Francophone des jeunes (PJF) à Abidjan, une commission du PJF a adopté sur le fond une résolution dénonçant la pénalisation du VIH/sida, qui a été par la suite présentée aux chefs d'Etat et de gouvernement au Sommet de la Francophonie à Dakar (2014).

L'Assemblée parlementaire de la Francophonie (APF) est l'opérateur de la Francophonie le plus engagé et expérimenté en matière de lutte contre le VIH/sida. Avant même la signature en 2009 de l'accord-cadre avec ONUSIDA, l'APF a mis sur pied dès 2000, un Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida en Afrique. Ce Réseau – constitué afin de sensibiliser davantage les populations à cette problématique, promouvoir l'échange d'informations et d'expériences et renforcer le rôle des parlementaires en la matière – travaille en partenariat avec ONUSIDA sur les aspects législatifs concernant le VIH. Il a notamment adopté des résolutions fortes appelant les Etats à plus de détermination dans la réponse à l'épidémie aussi bien sur des questions d'accès au traitement, de non-discrimination, de financement et de protection des femmes :

1. « La résolution sur le renforcement de la lutte contre le VIH/sida en particulier en Afrique », Yaoundé, XXVIe Session du 6 au 8 juillet 2000 ;
2. « La recommandation sur les droits des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida », Bruxelles, XXXIe Session du 6 au 9 juillet 2005 ;
3. La résolution de Québec, XXXIVe Session du 4 au 7 juillet 2008 ;
4. « La résolution : la Francophonie en lutte contre le VIH/sida », Paris, XXXVe Session du 3 au 6 juillet 2009 ;
5. « La résolution : la pénurie de personnel qualifié et l'exode des compétences dans la lutte contre le VIH/sida », Dakar, XXXVIe Session du 5 au 8 juillet 2010 ;
6. « La résolution sur l'absence de français à la XVIIIème conférence internationale sur le VIH », Dakar, XXXVIe Session du 5 au 8 juillet 2010 ;
7. « La résolution sur les droits des femmes et la riposte au VIH/sida », Kinshasa, XXXVIIe Session du 5 au 8 juillet 2011 ;
8. « La Résolution sur l'éducation affective, relationnelle et sexuelle des jeunes comme mesure de prévention du VIH/sida », Kinshasa, XXXVIIe Session du 5 au 8 juillet 2011 ;
9. « La résolution sur le financement de la riposte au VIH/sida », Bruxelles, XXXVIIIe Session du 8 au 12 juillet 2012.

[26] Ibid.

4 Mesures à prendre par les autorités politiques et sanitaires pour renforcer l'accès aux services de soin et lutter contre le VIH/sida

Le Fonds mondial a identifié dans sa stratégie 2012-2016 un certain nombre de mesures à intégrer aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida afin que les populations les plus exposées, c'est-à-dire les populations-clés[27], cessent d'être victimes de stigmatisation et discrimination qui empêchent leur accès aux services de santé. Selon ONUSIDA, de nombreuses études révèlent que la stigmatisation liée au VIH/sida entraîne son dépistage tardif, la non-divulgation de la séropositivité aux partenaires sexuels et un recours limité aux services liés au VIH. De même, la stigmatisation et la discrimination persistent au sein de nombreux établissements de soins de santé, où les personnes vivant avec le VIH/sida sont en butte à l'attitude critique et au refus de prise en charge des prestataires[28]. Elles sont le plus souvent liées à des peurs irrationnelles suscitées par l'infection et à des jugements moraux. Et pourtant, elles augmentent de manière significative les risques de propagation du virus et compromettent sérieusement ses chances d'éradication.

Depuis 2011, ONUSIDA a adopté une stratégie progressiste basée sur les trois piliers suivants : la prévention, le traitement et la non-discrimination. L'approche d'ONUSIDA part du constat que la stigmatisation, la discrimination, les lois et les politiques répressives sont autant de facteurs qui continuent d'entraver la riposte au VIH/sida et un accès équitable aux services de santé.

Parmi les mesures préconisées par le Fonds mondial pour améliorer l'accès aux services de santé des personnes atteintes du VIH/sida sont, il convient de relever en particulier :

4.1 L'identification des personnes à risque

ONUSIDA et d'autres organisations ont identifié un nombre de populations particulièrement touchées par le VIH, par exemple en termes de risques d'infection, de difficultés d'accéder aux services, mais aussi en termes de discriminations et stigmatisations. Ces populations à plus grand risque et leur implication sont cruciales dans la lutte contre l'épidémie du VIH/sida. Ce sont notamment les filles et les jeunes

---

[27] Le Fonds mondial définit les populations-clés comme suit :
« Les populations-clés sont exposées à un risque et à une charge de morbidité élevés relatifs aux trois maladies. Leur accès aux services pertinents est nettement inférieur à celui du reste de la population. Des efforts spécifiques et des investissements stratégiques sont donc nécessaires pour renforcer la couverture, l'équité et l'accessibilité. Ces populations se heurtent fréquemment aux violations des droits de l'homme, font face à de nombreux obstacles qui entravent l'accès aux services et leurs recours sont limités puisqu'elles sont systématiquement privées de leurs droits et victimes d'une marginalisation et d'une criminalisation sociales et économiques. Elles fournissent des informations, des conseils et une supervision de grande valeur aux organisations chargées de la mise en œuvre et au Fonds mondial en tant que membres du Conseil d'administration, membres du personnel, récipiendaires des subventions, prestataires d'assistance technique et bénéficiaires, grâce à leur expérience directe et à leur investissement personnel dans la lutte contre les trois maladies. »
Les populations-clés incluent notamment les prisonniers, les migrants, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les femmes et les filles, les jeunes, les personnes handicapées, les professionnels du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les populations autochtones et les personnes déplacées. Voir note d'information du Fonds mondial, « Les droits de l'homme dans le cadre des subventions allouées à la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et au renforcement des systèmes de santé », février 2014, p. 3.
[28] Source (ONUSIDA, 2013) : Rapport mondial 2013, p. 84

femmes, les prisonniers, les migrants, les toxicomanes, les travailleurs du sexe, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les enfants et les mères séropositifs, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les personnes handicapées, les personnes âgées de 50 ans et plus et les personnes vivant avec le VIH. Ces populations ne s'excluent pas mutuellement et leur prévalence au VIH/sida varie d'une région à l'autre.

Le Fonds mondial recommande explicitement d'impliquer des représentants des populations-clés dans l'élaboration des stratégies nationales et régionales pour la riposte au VIH/sida. Pour mieux cibler la réponse à ce fléau, il est important de connaître l'épidémie et d'avoir des informations sur les risques de contamination et les potentiels en matière de lutte contre le VIH/sida de ces différentes populations.

Néanmoins, les Etats et gouvernements de la Francophonie doivent impérativement être attentifs au risque de double discrimination que comporte le processus d'identification des personnes les plus vulnérables au VIH/sida. En effet, les informations sur ces populations peuvent aussi être utilisées contre elles et être instrumentalisées pour les accuser, par exemple, de propager l'épidémie.

4.2 La conception de programmes de lutte contre le VIH/sida selon une démarche fondée sur les droits de l'homme

Il importe que les stratégies nationales ou régionales de riposte au VIH soient plus proches des groupes les plus touchés aujourd'hui et qu'elles suppriment les obstacles en matière de droit de l'homme qui entravent l'accès aux services de santé des populations-clés. Lorsque les droits de ces personnes ne sont pas respectés et protégés, celles-ci ont en effet beaucoup plus de difficultés d'accéder aux services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de prises en charge disponibles. Tous les efforts de prévention au niveau national ou régional peuvent ainsi être mis à mal en raison de discriminations qui vont à l'encontre des engagements en matière de droits de l'homme pris par les Etats et les gouvernements de la Francophonie au travers de traités internationaux.

Par conséquent, le Fonds mondial préconise comme mesure pour améliorer l'accès aux services de santé l'intégration systématique de principes des droits tels que la non-discrimination, la dignité humaine, la transparence et la responsabilité dans la conception et mise en œuvre de programmes nationaux ou régionaux de lutte contre le VIH/sida. D'après lui, en adoptant une démarche fondée sur les droits de l'homme, les groupes vulnérables et les populations-clés peuvent ainsi être responsabilisés et assurer leur participation aux processus décisionnels les concernant. Une telle démarche a l'avantage de pouvoir mieux évaluer leurs besoins ainsi que les défis et les obstacles géographiques, financiers, sociaux, juridiques et culturels auxquels ils sont confrontés dans leur accès aux soins. La mesure préconisée implique forcément de sensibiliser le personnel soignant aux droits de l'homme et aux risques pour la santé publique que peuvent causer des discriminations à l'égard des personnes atteintes du VIH/sida et des populations-clés. Cette sensibilisation doit également renforcer la capacité du personnel soignant à fournir des services de prévention, de dépistages, de traitements et de soins aux populations les plus pauvres et les plus marginalisées.

4.3 La suppression des obstacles juridiques qui entravent l'accès aux soins

Le Fonds mondial recommande quatre types d'intervention afin de supprimer les obstacles juridiques et en matière de droits de l'homme qui entravent l'accès aux services de santé des populations-clés.

Premièrement, il s'agit de réaliser à l'échelle nationale ou régionale une évaluation de l'environnement juridique, c'est-à-dire d'examiner de près les lois, les réglementations et les politiques relatives au VIH/sida, de voir comment les personnes atteintes du VIH/sida ont accès à la justice et les lois sont appliquées vis-à-vis d'elles et de les réviser ou abroger si nécessaire. Les lois radicales en matière de transmission du VIH/sida ont pour seul effet de pousser les travailleurs du sexe, les homosexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables dans la clandestinité et de les éloigner des services VIH. En apportant des améliorations à l'environnement juridique, des progrès significatifs peuvent être accomplis dans la riposte au VIH/sida.

Deuxièmement, il convient de développer une culture juridique dans le contexte du VIH/sida en enseignant des notions élémentaires de droit et en offrant un accès à des services juridiques. Par ce biais, les communautés peuvent être informées de leurs droits et des droits de l'homme et accéder à la justice grâce à une assistance juridique ou à des services juridiques. Le Fonds mondial atteste qu'une telle intervention « améliore la fréquentation des services de santé, fournit des points d'entrée supplémentaires pour les services de proximité, le dépistage et le traitement, et contribue à ce que les politiques et les lois soient appliquées de façon générale et systématique »[29].

La troisième intervention préconisée par le Fonds mondial vise à former les fonctionnaires, les forces de police et les soignants et à dialoguer avec eux de manière à créer un environnement plus propice à la riposte sanitaire au VIH/sida. Le Fonds mondial signale à ce sujet que : « la sensibilisation des fonctionnaires, des forces de police, des parlementaires, des juges et des soignants aux droits reconnus par la loi et aux droits de l'homme des populations-clés, des femmes et des filles, contribue à assurer une plus grande cohérence dans la mise en œuvre des lois et des politiques. L'intégration des représentants communautaires dans ces formations facilite également la création de canaux de communication parmi les populations-clés, les fonctionnaires et les forces de police »[30].

Pour terminer, le Fonds mondial encourage les Etats et les gouvernements à intervenir pour assurer un suivi et le signalement des cas de violations des droits de l'homme, qui peuvent prendre les formes suivantes : discrimination, violence en fonction du genre, problèmes des populations-clés avec les forces de police, violation du principe de consentement en connaissance de cause, non-respect du secret médical, refus de prise en charge, etc. Il est dès lors indispensable que les communautés concernées soient soutenues dans leur plaidoyer en faveur des réformes juridiques et politiques de différentes manières : par exemple, en développant et en soutenant des structures recueillant l'avis des populations-clés ou en documentant les cas de discrimination liée au VIH/sida exercée par les soignants, etc.

[29] Note d'information du Fonds mondial, « Les droits de l'homme dans le cadre des subventions allouées à la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et au renforcement des systèmes de santé », février 2014, p. 9
[30] Ibid.

5 Conclusion

La prévalence au VIH de certaines populations-clés, notamment des travailleuses du sexe, des consommateurs de drogue injectables et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est alarmante et montre toute l'importance à ce que les nouvelles stratégies de lutte contre le VIH soient moins nationales, mais plus proches des groupes les plus touchés aujourd'hui. « The Gap Report [31]» d'ONUSIDA rappelle que les pays qui ignorent la discrimination et tolèrent les inégalités ne réaliseront pas tout leur potentiel, et seront confrontés aux graves conséquences de l'inaction sur la plan de la santé publique comme sur le plan financier.

Par conséquent, seul un engagement sans relâche en faveur de la protection des droits humains permettra un succès à la riposte au sida. Aussi longtemps que les personnes vivant avec le VIH souffriront de discriminations et de stigmatisations dans l'accès aux soins et aux traitements et qu'aucune protection ne sera octroyée aux populations marginalisées, le fléau du sida ne pourra être vaincu.

> « Les efforts déployés pour vaincre la stigmatisation et la discrimination, loin de se limiter aux parties prenantes traditionnelles du secteur de la santé, doivent solliciter toutes les instances gouvernementales, notamment les pouvoirs législatifs et judiciaires, ainsi que la société civile et les personnes vivant avec le VIH. Des mesures sont également nécessaires pour informer et sensibiliser les législateurs (députés) et les responsables de l'application des lois (ministres de l'Intérieur et de la Justice, fonctionnaires de police, procureurs, juges, avocats, responsables pénitentiaires et chefs religieux officiels et traditionnels) aux droits de l'homme dans le contexte du VIH ».
>
> ONUSIDA, Rapport mondial 2013, p. 90

[31] Source (ONUSIDA, 2014) : The Gap Report

6 Projet de résolution proposé par le Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

Résolution sur un accès universel aux services de prévention et de traitement du VIH/SIDA

L'Assemblée parlementaire de la Francophonie, réunie à Berne les 9 et 10 juillet 2015, sur proposition du Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme,

PRENANT CONNAISSANCE des données transmises par l'ONUSIDA en 2014 qui indiquent, au niveau mondial, une limitation des cas de nouvelles infections au VIH, une réduction des cas de mortalité liés au sida et une augmentation du nombre de personnes infectées bénéficiant d'un traitement ;

CONSTATANT que, malgré les progrès significatifs que connaît la lutte contre le VIH/sida, ces mêmes données indiquent que l'accès universel aux services de prévention et de traitement du VIH/sida n'est toujours pas garanti ;

RAPPELANT que la communauté internationale s'est fixée pour objectif de mettre un terme, d'ici 2030, à l'épidémie du sida en tant que menace pour la santé publique ;

CONSIDERANT le caractère impérieux d'accélérer la riposte au VIH/sida en élargissant les mesures de prévention et de soin à l'ensemble des populations-clés pour atteindre l'objectif de l'ONUSIDA en 2030 ;

RAPPELANT la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2011 sur le VIH et le sida qui renouvelle et intensifie les engagements pris par les Etats en matière de riposte au VIH/sida et, pour ce faire, qui appelle au respect des droits humains et à la mise en place de cadres juridiques, sociaux et politiques propres à permettre d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence liées au VIH ;

MENTIONNANT le « Point de décision de la Francophonie : stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous » élaboré par l'OIF en collaboration avec l'ONUSIDA en marge du Sommet de la Francophonie de Kinshasa en 2012 ;

PRENANT EN COMPTE la Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme de 2012 ;

RECONNAISSANT que la stigmatisation et la discrimination des populations-clé demeurent des obstacles majeurs à la riposte mondiale au VIH/sida, menacent la santé publique et augmentent les coûts sanitaires, sociaux et économiques liés au VIH/sida ;

L'Assemblée parlementaire de la Francophonie

APPELLE les pays de l'espace francophone à aligner leurs stratégies régionales et nationales de lutte contre le VIH/sida sur les objectifs d'accélération de la riposte au VIH/sida poursuivis par l'ONUSIDA ;

DEMANDE aux pays de l'espace francophone d'élaborer leurs programmes de lutte contre le VIH/sida selon une démarche fondée sur les droits humains, en incluant en particulier les filles et les jeunes

femmes, les prisonniers, les migrants, les toxicomanes, les travailleurs du sexe, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les enfants et les mères séropositifs, les personnes déplacées, les personnes handicapées et les personnes âgées de 50 ans et plus et les personnes vivant avec le VIH, de sorte de pouvoir endiguer l'épidémie du VIH/sida ;

APPELLE les parlements de l'espace francophone à lever les obstacles juridiques, politiques et sociaux qui entravent l'accès des populations-clés aux services de dépistage, de prévention et de soins liés au VIH/sida.

7 Annexes (bases légales)

Annexe 1 : Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, Résolution adoptée par l'Assemblée générale, 8 juillet 2011, A/RES/65/277

Annexe 2 : Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme (2012)

Assemblée générale

Distr. générale
8 juillet 2011

Soixante-cinquième session
Point 10 de l'ordre du jour

Résolution adoptée par l'Assemblée générale

[*sans renvoi à une grande commission (A/65/L.77)*]

65/277. Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida

L'Assemblée générale

Adopte la déclaration politique sur le VIH et le sida figurant en annexe à la présente résolution.

95e séance plénière
10 juin 2011

Annexe

Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida

1. Nous, chefs d'État et de gouvernement et représentants des États et gouvernements réunis à l'Organisation des Nations Unies du 8 au 10 juin 2011 pour examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001[1] et de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006[2], en vue de guider et d'intensifier l'action mondiale contre le VIH et le sida en encourageant les dirigeants à demeurer constants dans leur engagement politique et leur solidarité afin de trouver aux niveaux communautaire, local, national, régional et international une réponse globale pour repousser l'épidémie de VIH, y mettre fin et en atténuer les effets ;

2. Réaffirmons les droits souverains des États Membres, tels que consacrés dans la Charte des Nations Unies, et qu'il est nécessaire que tous les pays honorent les engagements et promesses consacrés dans la présente Déclaration dans le respect des lois nationales, des priorités nationales de développement et des droits de l'homme internationaux ;

10-52917

[1] Résolution S-26/2, annexe.

[2] Résolution 60/262, annexe.

3. Réaffirmons la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006, et qu'il est urgent d'intensifier considérablement nos efforts en vue d'assurer l'accès universel à des programmes complets de prévention, de traitement, de soins et de soutien en la matière ;

4. Constatons que, si le VIH et le sida affectent toutes les régions du monde, l'épidémie se distingue dans chaque pays par les causes principales, les vulnérabilités, les facteurs aggravants et les populations touchées, si bien que l'action de la communauté internationale ainsi que celle des pays eux-mêmes doivent être spécialement adaptées à chaque situation particulière, compte tenu du contexte épidémiologique et social du pays concerné ;

5. Reconnaissons l'importance de la présente réunion de haut niveau qui marque trois décennies depuis le premier cas signalé de sida, dix ans depuis l'adoption de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de ses buts et objectifs assortis d'échéances, et cinq ans depuis l'adoption de la Déclaration politique sur le VIH/sida et l'engagement qui y est pris de renforcer d'urgence les efforts visant à atteindre d'ici à 2010 l'objectif de l'accès universel à des programmes complets de prévention, de traitement, de soins et de soutien ;

6. Réaffirmons notre volonté de réaliser tous les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l'objectif 6 et, constatant qu'il importe de renforcer rapidement les efforts visant à intégrer la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH et de sida dans l'action entreprise pour atteindre ces objectifs, saluons à cet égard le Document final de la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale sur les objectifs du Millénaire pour le développe- ment tenue en 2010, intitulé « Tenir les promesses : unis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement »[3] ;

7. Constatons que le VIH et le sida constituent une situation d'urgence mondiale et représentent l'un des défis les plus redoutables pour le développement, le progrès et la stabilité de nos sociétés respectives et du monde, et qu'ils appellent des mesures exceptionnelles et globales à l'échelon mondial tenant compte du fait que la propagation du VIH est souvent la conséquence et la cause de la pauvreté ;

8. Notons avec vive inquiétude que, malgré les progrès non négligeables accomplis en 30 ans depuis le premier cas signalé de sida, l'épidémie de VIH reste une catastrophe humaine sans précédent qui inflige d'immenses souffrances aux pays, aux communautés et aux familles du monde entier, que plus de 30 millions de personnes sont mortes du sida, tandis qu'environ 33 millions vivent avec le VIH, que plus de 16 millions d'enfants sont devenus orphelins en raison du sida, que plus de 7 000 nouveaux cas d'infection au VIH se produisent chaque jour, pour la plupart dans la population des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, et que moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH savent qu'elles sont infectées ;

9. Redisons, en nous en préoccupant vivement, que l'Afrique, en particulier au sud du Sahara, reste la région la plus touchée et qu'une action urgente et exceptionnelle est nécessaire à tous les niveaux pour enrayer les effets dévastateurs de cette épidémie, et constatons que les gouvernements des États africains et les institutions régionales se sont à nouveau engagés à renforcer leur propre lutte contre le VIH et le sida ;

[3] Voir résolution 65/1.

10. Nous déclarons vivement préoccupés de ce que le VIH et le sida touchent chaque région du monde et que les Caraïbes continuent d'être les plus touchées en dehors de l'Afrique subsaharienne, tandis que le nombre de nouveaux cas d'infection au VIH s'accroît en Europe orientale, en Asie centrale, en Afrique du Nord, au Moyen-Orient et dans certaines parties de l'Asie et du Pacifique ;

11. Saluons le sens de la responsabilité et l'engagement manifestés dans tous les domaines de l'action contre le VIH et le sida par les gouvernements, les personnes vivant avec le VIH, les dirigeants politiques et communautaires, les parlements, les organisations régionales et sous-régionales, les communautés, les familles, les organisations religieuses, les scientifiques, les professionnels de la santé, les donateurs, les philanthropes, les travailleurs, les milieux d'affaires, la société civile et les médias ;

12. Saluons les efforts exceptionnels entrepris aux niveaux national, régional et international pour mettre en application la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006, ainsi que les progrès importants accomplis, notamment la réduction de plus de 25 pour cent du taux des nouveaux cas d'infection dans plus de 30 pays, la baisse sensible de la transmission materno-fœtale du VIH et l'extension sans précédent de l'accès au traitement antirétroviral à plus de 6 millions de personnes, avec pour résultat la réduction de plus de 20 pour cent des décès dus au sida au cours des cinq années écoulées ;

13. Constatons que l'engagement mondial face à l'épidémie de VIH a été sans précédent depuis la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 et s'est traduit par une augmentation de plus de huit fois des fonds consacrés à la lutte contre le virus, qui sont passés de 1,8 milliard de dollars des États-Unis en 2001 à 16 milliards de dollars en 2010, soit le montant le plus important de l'histoire qui ait jamais servi à combattre une quelconque maladie ;

14. Nous déclarons vivement préoccupés de ce que les fonds consacrés au VIH et au sida ne sont toujours pas à la mesure de l'ampleur de l'épidémie, ni à l'échelon national ni à l'échelle internationale, et que la crise financière et économique mondiale continue d'avoir des répercussions négatives sur la lutte contre le VIH et le sida à tous les niveaux, notamment par le fait que, pour la première fois, l'aide internationale n'a pas augmenté depuis 2008 et 2009 ; nous félicitons à cet égard de l'accroissement des ressources disponibles, de nombreux pays développés s'étant donné un calendrier devant leur permettre d'atteindre d'ici à 2015 l'objectif de consacrer 0,7 pour cent du produit national brut à l'aide publique au développement, en soulignant également l'importance de sources de financement novatrices et complémentaires, qui, venant s'ajouter aux sources traditionnelles, y compris l'aide publique au développement, permettraient d'appuyer les stratégies nationales, les plans de financement et l'action multilatérale contre le VIH et le sida ;

15. Soulignons l'importance de la coopération internationale, notamment le rôle de la coopération Nord-Sud, Sud-Sud et triangulaire dans l'action mondiale contre le VIH et le sida, sachant que, loin de s'y substituer, la coopération Sud-Sud vient compléter la coopération Nord-Sud, et reconnaissons les responsabilités partagées mais différenciées et les capacités respectives des gouvernements, des pays donateurs et de la société civile, y compris le secteur privé, tout en notant qu'il est absolument indispensable à cet égard que les pays s'approprient les projets et en assurent la direction;

16. Félicitons le secrétariat et les coparrains du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida du rôle de premier plan qu'ils jouent en ce qui concerne les politiques de lutte contre le VIH et le sida et leur coordination et de l'appui qu'ils fournissent aux pays dans le cadre du Programme ;

17. Félicitons le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme du rôle capital qu'il joue s'agissant de mobiliser et de dégager des fonds aux fins des actions nationales et régionales de lutte contre le VIH et le sida et d'accroître la prévisibilité du financement à long terme, et nous réjouissons que les donateurs aient promis plus de 30 milliards de dollars à ce jour, y compris les promesses importantes qu'ils ont faites lors de la réunion de reconstitution du Fonds tenue les 4 et 5 octobre 2010 ; notons avec préoccupation que, tout en représentant un financement accru, ces promesses sont en deçà des montants qui, selon le Fonds, permettraient d'aller encore de l'avant vers l'accès universel ; et constatons que, pour atteindre cet objectif, il est impératif que les activités du Fonds soient appuyées et soient suffisamment financées également ;

18. Saluons les activités de la Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM) fondées sur un financement novateur, l'accent étant mis sur l'accessibilité, la qualité et la réduction des prix des antirétroviraux ;

19. Nous félicitons de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants du Secrétaire général, lancée à l'appui des plans et stratégies nationaux par une vaste coalition de partenaires dans le but de réduire sensiblement, à bref délai, les taux de mortalité maternelle et infantile et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, notamment en généralisant un programme prioritaire d'interventions à fort impact et en intégrant les actions entreprises dans divers domaines, dont la santé, l'éducation, l'égalité des sexes, l'eau et l'assainissement, la réduction de la pauvreté et la nutrition;

20. Constatons que les pays à économie agraire sont lourdement touchés par le VIH et le sida qui affaiblissent la communauté et la famille, remettant en cause l'éradication de la pauvreté, que le sida cause des morts prématurées, du fait notamment que la malnutrition exacerbe les effets du VIH sur le système immunitaire et compromet sa capacité de répondre à des infections et maladies opportunistes, et que le traitement du VIH, notamment au moyen d'antirétroviraux, devrait être complété par une alimentation et une nutrition appropriées ;

21. Restons vivement préoccupés de ce que les femmes et les filles demeurent les plus touchées par l'épidémie dans le monde et assurent une part disproportionnée de la fourniture de soins et que leur capacité de se protéger du VIH continue d'être compromise par des facteurs physiologiques, des inégalités notamment d'ordre juridique, économique et social dues à leur sexe, l'accès insuffisant aux soins et aux services de santé, y compris sexuelle et procréative, et toutes les formes de discrimination et de violence, y compris les violences et l'exploitation sexuelles ;

22. Nous félicitons que l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) soit devenue une nouvelle partie prenante capable de jouer un rôle important dans l'action mondiale contre le VIH en encourageant l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, qui sont indispensables pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH, et saluons la nomination de la première Directrice exécutive d'ONU-Femmes ;

23. Nous félicitons de l'adoption de la Convention relative aux droits des personnes handicapées[4] et reconnaissons qu'il est nécessaire de prendre en compte les droits des personnes handicapées, comme le stipule la Convention, notamment en ce qui concerne la santé, l'éducation, l'accessibilité et l'information, dans la formulation de notre action mondiale contre le VIH et le sida ;

24. Notons avec gratitude ce que l'Union interparlementaire fait pour aider les parlements nationaux à créer un environnement juridique favorable à une action nationale efficace contre le VIH et le sida ;

25. Nous déclarons vivement préoccupés par le fait que les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent plus d'un tiers de tous les nouveaux cas d'infection au VIH, 3 000 d'entre eux étant infectés chaque jour ; et notons que la plupart des jeunes ont encore un accès limité à une éducation de bonne qualité, à un emploi décent et à des équipements récréatifs, ainsi qu'aux programmes de santé sexuelle et procréative qui offrent les informations, compétences, services et produits dont ils ont besoin pour se protéger, que 34 pour cent seulement des jeunes savent véritablement ce qu'est le VIH et que les lois et politiques excluent dans certains cas les jeunes de l'accès aux soins de santé sexuelle et aux services se rapportant au VIH, tels que les services volontaires et confidentiels de dépistage, de conseils et d'éducation sexuelle et à la prévention du VIH adaptée à leur âge, tout en reconnaissant également l'importance d'un comportement réducteur de risques et d'une conduite sexuelle responsable, y compris l'abstinence, la fidélité et l'utilisation correcte et constante de préservatifs ;

26. Notons avec alarme que le VIH progresse parmi les personnes qui s'injectent des drogues et que, malgré la poursuite d'efforts accrus par toutes les parties prenantes, le problème de la drogue continue de menacer gravement, entre autres choses, la santé et la sûreté publiques et le bien-être de l'humanité, en particulier chez les enfants et les jeunes et dans leur famille ; et constatons qu'il reste beaucoup à faire pour lutter efficacement contre le problème mondial de la drogue ;

27. Redisons notre volonté de faire de la prévention la pierre angulaire de l'action mondiale contre le VIH et le sida, mais notons que les priorités de nombreux programmes et budgets nationaux de prévention du VIH ne rendent pas bien compte de cette volonté, que les dépenses consacrées à la prévention du VIH ne permettent pas de mettre en œuvre une action de prévention mondiale vigoureuse, efficace et globale, que les programmes nationaux de prévention sont souvent insuffisamment coordonnés et étayés par des données factuelles, que les stratégies de prévention ne reflètent pas suffisamment les modes de transmission ni ne mettent assez l'accent sur les populations à haut risque, que seuls 33 pour cent des pays ont des objectifs de prévalence en ce qui concerne les jeunes et que seuls 34 pour cent se sont assigné des buts spécifiques en matière de programmes de promotion du préservatif ;

28. Notons, en nous en préoccupant, que les stratégies et programmes nationaux de prévention sont de nature trop souvent générique et ne tiennent pas suffisamment compte des modes de transmission et du poids de la morbidité, par exemple lorsque les relations hétérosexuelles sont le mode dominant de transmission et que les personnes mariées ou vivant maritalement, y compris celles dont le statut sérologique est différent de celui de leur partenaire, représentent la majorité des nouveaux cas d'infection mais ne font pas suffisamment l'objet de tests de dépistage et d'interventions préventives ;

[4] Résolution 61/106, annexe I.

29. Notons que de nombreuses stratégies nationales de prévention du VIH ne sont pas adéquatement axées sur les populations dont les données épidémiologiques montrent qu'elles sont à haut risque, en particulier les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes qui font usage de drogues par voie intraveineuse et les travailleurs du sexe, et notons néanmoins que chaque pays devrait identifier précisément les populations principalement concernées par l'épidémie et l'action menée pour lutter contre celle-ci, en fonction du contexte épidémiologique et national ;

30. Notons avec vive préoccupation que, malgré la quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à revenu élevé et l'existence de moyens peu coûteux de prévenir cette transmission, environ 370 000 nouveau-nés auraient été infectés par le VIH en 2009 ;

31. Notons avec préoccupation que les programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien ne sont pas suffisamment axés sur les handicapés et accessibles à ceux-ci ;

32. Reconnaissons que, s'agissant d'épidémies comme le VIH, l'accès à des médicaments et produits sûrs, efficaces, bon marché et de bonne qualité est fondamental pour que chacun puisse exercer pleinement son droit de jouir du meilleur état de santé physique et mental possible ;

33. Nous déclarons gravement préoccupés de ce que la majorité des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ne réalisent pas leurs objectifs d'accès universel au traitement du VIH, même si plus de 6 millions de personnes vivant avec le VIH dans ces pays bénéficient maintenant d'un traitement antirétroviral, qu'il y a au moins 10 millions de personnes vivant avec le VIH qui peuvent, du point de vue médical, prétendre commencer dès à présent un tel traitement, que l'interruption du traitement menace l'efficacité de celui-ci, et que la possibilité pour les personnes vivant avec le VIH d'être traitées leur vie durant est menacée par des facteurs tels que la pauvreté, l'absence d'accès au traitement et l'insuffisance ou l'incertitude du financement, et par le fait que le nombre des nouveaux cas d'infection au VIH augmente deux fois plus vite que celui des personnes commençant un traitement ;

34. Reconnaissons le rôle central de la recherche s'agissant de progresser dans la prévention du VIH, le traitement, les soins et le soutien, et nous félicitons des progrès extraordinaires de la science en ce qui concerne le VIH, sa prévention et son traitement, mais notons néanmoins avec préoccupation que la plupart des nouveaux traitements ne sont ni disponibles ni accessibles dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire que, même dans les pays développés, il y a souvent de grands retards s'agissant de donner accès aux nouveaux traitements aux personnes ne réagissant pas aux traitements existants, et confirmons l'importance que revêt la recherche sociale et opérationnelle pour permettre de mieux cerner les facteurs qui influencent l'épidémie et les mesures pour lutter contre elle ;

35. Reconnaissons qu'il est primordial de disposer de médicaments bon marché, notamment génériques, pour donner à davantage de personnes vivant avec le VIH accès à un traitement, et reconnaissons en outre que la protection des droits de propriété intellectuelle et leur respect devraient être conformes à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce de

l'Organisation mondiale du commerce (Accord sur les ADPIC)[5] et interprétées et mises en œuvre au bénéfice du droit des États Membres de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ;

36. Prenons note avec préoccupation de ce que des règlements, politiques et pratiques, notamment ceux tendant à limiter le commerce légitime des médicaments génériques, peuvent entraver sérieusement l'accès à un traitement du VIH et à d'autres produits pharmaceutiques bon marché dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, et reconnaissons que l'on peut améliorer cette situation, notamment par le biais de la législation nationale, des politiques de réglementation et de la gestion des filières d'approvisionnement, tout en estimant que l'on pourrait étudier comment réduire les obstacles afin d'élargir l'accès à des produits, fournitures et médicaments de bonne qualité et bon marché pour la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH, y compris les infections opportunistes et les coïnfections ;

37. Constatons qu'il existe des moyens supplémentaires d'inverser l'épidémie mondiale et d'éviter des millions d'infections par le VIH et de décès liés au sida et, dans ce contexte, considérons qu'il existe des données scientifiques nouvelles et potentielles de nature à contribuer à l'efficacité et au renforcement des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien ;

38. Réaffirmons notre volonté de nous acquitter de nos obligations s'agissant de promouvoir le respect universel et la protection de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales de chacun conformément à la Charte, à la Déclaration universelle des droits de l'homme[6] et à d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme et au droit international, et soulignons l'importance des valeurs culturelles, éthiques et religieuses, le rôle capital de la famille et de la communauté, en particulier le rôle capital des personnes vivant avec le VIH ou touchées par celui-ci, y compris leur famille, et la nécessité de tenir compte des particularités de chaque pays s'agissant de soutenir l'action nationale de lutte contre le VIH et le sida, d'aider toutes les personnes vivant avec le VIH, d'œuvrer à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en la matière et de renforcer les systèmes de santé, en particulier de santé primaire ;

39. Réaffirmons que le plein exercice par chacun de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales est un élément essentiel de l'action mondiale contre l'épidémie de VIH, y compris aux fins de la prévention, du traitement, des soins et du soutien, reconnaissons qu'il est également essentiel, aux fins de l'action contre l'épidémie mondiale de VIH, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination dont sont l'objet les personnes vivant avec le VIH, supposées telles ou touchées par le VIH, y compris leur famille, et reconnaissons qu'il faut, le cas échéant, renforcer les législations et politiques nationales pour lutter contre cette stigmatisation et cette discrimination ;

40. Reconnaissons qu'une coopération étroite avec les personnes vivant avec le VIH et les populations à haut risque viendrait renforcer l'efficacité de la lutte contre le VIH et le sida, et soulignons que les personnes vivant avec le VIH ou touchées par celui-ci, y compris leur famille, devraient participer sur un pied d'égalité aux

---

[5] Voir *Instruments juridiques énonçant les résultats des négociations commerciales multilatérales du Cycle d'Uruguay, faits à Marrakech le 15 avril 1994* (publication du secrétariat du GATT, numéro de vente : GATT/1994-7).

[6] Résolution 217 A (III).

activités sociales, économiques et culturelles, à l'abri des préjugés et de la discrimination, et avoir accès aux mêmes soins de santé et soutien communautaire que tous les membres de la communauté ;

41. Reconnaissons que l'accès à des services de santé en matière de sexualité et de procréation a été et demeure essentiel dans la lutte contre le VIH et le sida, et que les pouvoirs publics ont la responsabilité de pourvoir à la santé publique, une attention particulière devant être accordée aux familles, aux femmes et aux enfants ;

42. Reconnaissons qu'il importe de renforcer les systèmes de santé, en particulier les soins de santé primaires, dont la lutte contre le VIH doit faire partie, et constatons que la faiblesse des systèmes de santé, qui connaissent déjà de nombreuses difficultés dont la pénurie de personnel de santé qualifié et l'incapacité de retenir ce personnel, est parmi les plus gros obstacles à l'accès aux services en matière de VIH et de sida ;

43. Réaffirmons le rôle central de la famille – sans oublier que dans les différents systèmes culturels, sociaux et politiques il existe diverses formes de famille – s'agissant de réduire la vulnérabilité au VIH, notamment en éduquant et en guidant les enfants, et tenons compte des facteurs culturels, religieux et éthiques s'agissant de réduire la vulnérabilité des enfants et des jeunes en garantissant l'accès des filles comme des garçons à l'enseignement primaire et secondaire, y compris les programmes de sensibilisation au VIH et au sida à l'intention des adolescents, en créant un environnement sûr, en particulier pour les jeunes filles, en mettant en place, en matière de santé sexuelle, des services d'information, consultatifs et éducatifs de qualité à l'intention des jeunes, en renforçant les programmes de santé sexuelle et procréative, et en associant dans la mesure du possible les familles et les jeunes à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des programmes de prévention du VIH et du sida et de soins en la matière ;

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

45. Reconnaissons que l'évolution actuelle des coûts des programmes liés au VIH n'est pas viable et que ces programmes doivent devenir plus économiques, reposer sur des données factuelles et être plus performants, et que les interventions mal coordonnées et lourdes, les carences dans la gouvernance et l'absence de responsabilité financière entravent les progrès ;

46. Notons avec préoccupation qu'aux fins des interventions fondées sur des données factuelles, lesquelles doivent être ventilées en fonction de l'incidence et de la prévalence, et par âge, sexe et mode de transmission, des instruments de mesure et systèmes de gestion de données plus robustes et une meilleure capacité de contrôle et d'évaluation demeurent nécessaires aux niveaux national et régional ;

47. Prenons note des stratégies concernant le VIH et le sida du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et de l'Organisation mondiale de la Santé ;

48. Reconnaissons que les délais fixés pour réaliser les principaux buts et objectifs fixés dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 sont maintenant écoulés, tout en notant avec une profonde préoccupation que de nombreux pays n'ont pu tenir leurs promesses à cet

égard, et soulignons la nécessité urgente d'un réengagement en faveur de ces buts et objectifs et d'un engagement en faveur de buts et objectifs nouveaux, ambitieux et réalisables, en tirant parti des avancées impressionnantes des dix dernières années et en nous attaquant aux obstacles au progrès et aux difficultés nouvelles dans le cadre d'une stratégie revitalisée et viable de lutte contre le VIH et le sida ;

49. Par suite, nous déclarons solennellement que nous nous engageons à mettre fin à l'épidémie en faisant montre d'une volonté politique renouvelée et d'un esprit d'initiative vigoureux et responsable et à œuvrer dans le cadre d'un partenariat digne de ce nom avec toutes les parties prenantes, à tous les niveaux, à mettre en application les mesures audacieuses et décisives exposées ci-après, en tenant compte de la diversité des situations et des circonstances dans les différents pays et régions du monde ;

Leadership : s'unir pour mettre fin à l'épidémie de VIH

50. Nous engageons à tirer parti de ce tournant dans l'épidémie de VIH et, par un leadership décisif, inclusif et responsable, à revitaliser et à intensifier l'action mondiale contre le VIH et le sida en confirmant les engagements souscrits dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 et en mettant pleinement en œuvre les engagements, objectifs et buts énoncés dans la présente Déclaration ;

51. Nous engageons à redoubler d'efforts pour assurer d'ici à 2015 l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, étape essentielle de l'élimination de l'épidémie mondiale de VIH, en vue de réaliser l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, en particulier d'enrayer et de commencer à inverser, d'ici à 2015, la propagation du VIH ;

52. Réaffirmons que nous sommes déterminés à réaliser tous les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier l'objectif 6, et reconnaissons qu'il importe d'intensifier rapidement les efforts faits pour associer la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH à l'action menée pour réaliser ces objectifs ;

53. Promettons d'éliminer les inégalités fondées sur le sexe ainsi que la maltraitance et la violence sexistes, de renforcer la capacité des femmes et des adolescentes de se protéger du risque d'infection par le VIH, principalement en leur fournissant des soins et des services de santé, notamment en matière de sexualité et de procréation, et en leur donnant pleinement accès à une information et à une éducation complètes, de veiller à ce que les femmes puissent exercer leur droit de décider librement et d'une manière responsable de toutes les questions relatives à leur sexualité, y compris en ce qui concerne leur santé sexuelle et procréative, libres de toute contrainte, discrimination et violence, afin d'être mieux à même de se protéger contre l'infection par le VIH, et de prendre toutes les mesures nécessaires pour créer une atmosphère de nature à permettre aux femmes de s'émanciper et d'accroître leur indépendance économique et, dans ce contexte, réaffirmons l'importance du rôle des hommes et des garçons dans la réalisation de l'égalité des sexes ;

54. Nous engageons à actualiser et à mettre en œuvre, d'ici à 2012, dans le cadre de processus inclusifs transparents, dirigés par les pays, des stratégies et plans nationaux multisectoriels de lutte contre le VIH et le sida, y compris des programmes financiers assortis d'un échéancier quant à leurs objectifs et qui devront être exécutés de manière ciblée, équitable et soutenue afin d'accélérer les efforts pour parvenir à l'accès universel, d'ici à 2015, aux services de prévention,

traitement, soins et soutien en matière de VIH, et à remédier à la couverture par trop faible en matière de prévention et de traitement ;

55. Nous engageons à accroître l'appropriation nationale des programmes de lutte contre le VIH et le sida en demandant au système des Nations Unies, aux pays donateurs, au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, aux milieux d'affaires et aux organisations internationales et régionales d'appuyer les États Membres pour faire en sorte que d'ici à 2013 des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et le sida dirigés par les pays eux-mêmes, crédibles, budgétisés, fondés sur des données factuelles, inclusifs et complets soient financés et exécutés en toute transparence, responsabilité et efficacité, et conformément aux priorités nationales ;

56. Nous engageons à encourager et à appuyer la participation active et l'initiative des jeunes, y compris ceux vivant avec le VIH, dans la lutte contre l'épidémie aux niveaux local, national et mondial, et décidons d'œuvrer avec ces nouveaux leaders à mettre au point des mesures spécifiques visant à associer les jeunes à l'action contre le VIH, y compris au sein de la communauté et de la famille, à l'école, dans les institutions tertiaires et les centres de loisirs et dans les lieux de travail ;

57. Nous engageons à continuer d'associer les personnes vivant avec le VIH ou touchées par celui-ci à la prise de décisions, à la planification, à l'exécution et à l'évaluation en ce qui concerne l'action menée, et à nous associer aux dirigeants locaux et à la société civile, notamment aux organisations communautaires, pour mettre en place ou renforcer les services communautaires de lutte contre le VIH et combattre la stigmatisation et la discrimination ;

Prévention : élargir la couverture, diversifier les approches et intensifier les efforts pour mettre fin aux nouveaux cas d'infection par le VIH

58. Réaffirmons que la prévention du VIH doit être la pierre angulaire des stratégies nationales, régionales et internationales de lutte contre l'épidémie de VIH ;

59. Nous engageons à redoubler d'efforts pour prévenir le VIH en mettant en œuvre des modes de prévention d'envergure éprouvés, tenant dûment compte des circonstances, de l'éthique et des valeurs culturelles locales et, en particulier, à :

a) Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information ciblée sur le VIH ;

b) Demander aux jeunes de jouer un rôle de leader dans cette campagne mondiale de sensibilisation au VIH ;

d) Réduire les comportements à risque, en encourageant un comportement sexuel responsable fait d'abstinence, de fidélité et d'utilisation systématique et correcte de préservatifs ;

e) Élargir l'accès aux produits indispensables, notamment les préservatifs masculins et féminins et le matériel d'injection stérile ;

f) Permettre à tous, en particulier les jeunes, de profiter des nouveaux modes de connexion et de communication ;

g) Élargir sensiblement et promouvoir le dépistage et le soutien volontaires et confidentiels, y compris à l'initiative des prestataires de soins ;

h) Intensifier les campagnes nationales de promotion du dépistage du VIH et d'autres infections sexuellement transmises ;

i) Envisager, selon qu'il conviendra, de mettre en œuvre et d'élargir des programmes de réduction des risques et des effets indésirables, en tenant compte du document intitulé « OMS, UNODC, ONUSIDA – Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida »[7] conformément à la législation nationale ;

j) Promouvoir la circoncision masculine médicalisée lorsque la prévalence du VIH est élevée et celle des circoncisions masculines faible ;

k) Sensibiliser les hommes et les garçons à l'égalité des sexes et les encourager à la promouvoir activement ;

l) Faciliter l'accès aux services de soins de santé sexuelle et procréative ;

m) Donner aux femmes en âge de procréer accès à des services de prévention du VIH, aux femmes enceintes accès à des soins, à l'information et à un accompagnement prénatals, ainsi qu'à d'autres services ayant trait au VIH, et offrir aux femmes vivant avec le VIH et ayant des nourrissons un meilleur accès à un traitement efficace ;

n) Renforcer les interventions éprouvées de prévention du secteur sanitaire, notamment en milieu rural et dans les régions reculées ;

o) Déployer de nouvelles interventions biomédicales dès qu'elles sont validées, notamment des méthodes de prévention dont la femme prend l'initiative comme les microbicides, des mesures prophylactiques, un traitement préventif rapide et un vaccin contre le VIH ;

60. Nous engageons à faire en sorte que les ressources financières destinées à la prévention soient ciblées sur des mesures éprouvées, adaptées à la nature spécifique de l'épidémie dans chaque pays, l'accent étant mis sur l'emplacement géographique, les réseaux sociaux et les populations vulnérables, évaluées en fonction du nombre de nouveaux cas d'infection dans chaque contexte, afin que les ressources destinées à la prévention du VIH soient utilisées de manière aussi rationnelle que possible et qu'une attention particulière soit prêtée aux femmes et aux filles, aux jeunes, aux orphelins et aux enfants vulnérables, aux migrants, aux personnes touchées par des urgences humanitaires, aux prisonniers, aux populations autochtones et aux personnes handicapées, selon les particularités locales ;

61. Nous engageons à faire en sorte que les stratégies nationales de prévention touchent le plus largement possible les populations à haut risque et que les systèmes de collecte et d'analyse de données sur ces populations soient renforcés ; et à prendre des mesures pour que les services en matière de VIH, notamment le dépistage et le soutien volontaires et confidentiels soient accessibles à ces populations, de façon à les encourager à y avoir recours, aux fins de prévention, de soins, de traitement ou de soutien ;

62. Nous engageons à œuvrer à réduire de 50 pour cent d'ici à 2015 le taux de transmission du VIH par voie sexuelle ;

63. Nous engageons à œuvrer à réduire de 50 pour cent d'ici à 2015 le taux de transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables ;

[7] Disponible à l'adresse suivante : www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html.

64. Nous engageons à œuvrer à éradiquer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à réduire sensiblement le nombre de décès maternels liés au sida d'ici à 2015 ;

Traitement, soins et soutien : éradiquer les maladies et les décès liés au sida

65. Promettons d'intensifier nos efforts pour accroître l'espérance et la qualité de vie de toutes les personnes vivant avec le VIH ;

66. Nous engageons à assurer le plus rapidement possible l'accès universel au traitement antirétroviral en faveur des personnes susceptibles d'en profiter, sur la base des directives de l'Organisation mondiale de la Santé concernant le traitement du VIH qui recommandent la mise en place en temps opportun d'un traitement de qualité pour un bénéfice maximal, l'objectif étant d'assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015 ;

67. Nous engageons à aider à réduire les coûts unitaires et à améliorer le traitement contre le VIH, notamment en fournissant des traitements de qualité, bon marché, efficaces, moins toxiques et simplifiés qui évitent la résistance aux médicaments ; en proposant des méthodes de diagnostic simples et bon marché aux points d'accès aux soins ; en obtenant une réduction des coûts pour tous les principaux éléments du traitement ; en encourageant la mobilisation et le renforcement des capacités des communautés aux fins de la généralisation du traitement et de la rétention des patients ; en favorisant les programmes qui incitent à poursuivre le traitement ; en ciblant les efforts sur les populations difficiles à joindre parce qu'éloignées des centres et des programmes sanitaires et sur celles implantées dans des lieux informels et d'autres endroits où les services sanitaires sont inadéquats ; et en reconnaissant les avantages supplémentaires que confère le traitement parallèlement à d'autres efforts de prévention;

68. Nous engageons à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer le diagnostic du VIH chez les nourrissons, notamment grâce à l'accès aux points d'accès aux soins, à accroître et à améliorer sensiblement l'accès au traitement des enfants et adolescents vivant avec le VIH, notamment l'accès à la prophylaxie et au traitement des infections opportunistes, ainsi qu'à accroître l'appui offert aux enfants et aux adolescents en améliorant le soutien financier, social et moral dont bénéficient les parents, les familles et les tuteurs, et à promouvoir une transition sans heurt entre le traitement pédiatrique et celui des jeunes adultes, ainsi qu'un soutien et des services appropriés ;

69. Nous engageons à promouvoir des services qui intègrent la prévention et le traitement de maladies parallèles, ainsi que les soins y relatifs, notamment la tuberculose et l'hépatite et à améliorer l'accès à des services de soins de santé primaires et à des services de santé et de soutien complets de qualité et bon marché, notamment ceux qui ont trait aux aspects physiques, spirituels, psychosociaux, socioéconomiques et juridiques de la vie avec le VIH, et à des services de soins palliatifs ;

70. Nous engageons à agir immédiatement, aux niveaux national et mondial, pour intégrer l'appui alimentaire et nutritionnel aux programmes destinés aux personnes touchées par le VIH afin d'assurer à ces personnes un accès à des aliments sûrs, nutritifs et en quantité suffisante pour satisfaire leurs besoins et leurs préférences alimentaires et qu'ils mènent une vie active et saine dans le cadre d'un programme global d'action contre le VIH et le sida ;

71. Nous engageons à éliminer d'ici à 2015, dans toute la mesure possible, les obstacles qui empêchent les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de disposer des produits, des moyens diagnostiques, des médicaments et d'autres produits pharmaceutiques nécessaires à la prévention et au traitement efficaces et bon marché du VIH, ainsi qu'au traitement d'infections opportunistes et d'infections parallèles, et à réduire les coûts associés à la prise en charge de soins continus, notamment en modifiant les lois et règlements nationaux, comme les gouvernements le jugeront approprié, en :

a) Utilisant pleinement les possibilités offertes par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce visant expressément à promouvoir l'accès aux médicaments et le commerce de ceux-ci et, tout en reconnaissant que le régime des droits de propriété intellectuelle contribue largement à assurer une riposte efficace au sida, en veillant à ce que les dispositions des accords commerciaux ayant trait aux droits de propriété intellectuelle ne remettent pas en cause les possibilités existantes, comme confirmé par la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique[8], et en plaidant en faveur de l'acceptation rapide de la modification de l'article 31 de l'Accord sur les ADPIC, tel qu'adopté par le Conseil général de l'Organisation mondiale du commerce dans sa décision du 6 décembre 2005[9] ;

b) Remédiant aux obstacles, aux réglementations, aux politiques et aux pratiques qui empêchent l'accès à un traitement bon marché du VIH grâce à la mise en concurrence de produits génériques qui permet de réduire les coûts associés aux soins continus, en encourageant tous les États à appliquer des mesures et des procédures en matière de droits de propriété intellectuelle propres à éviter tout obstacle au commerce légitime des médicaments et en se prémunissant contre le détournement de ces mesures et procédures ;

c) Encourageant l'utilisation volontaire, le cas échéant, de nouveaux mécanismes tels que les partenariats, les prix gradués, le partage des brevets et des pools de brevets au bénéfice de tous les pays en développement, notamment grâce à des entités telles que la fondation Medicines Patent Pool, de façon à réduire le coût des traitements et à encourager la mise au point de nouveaux traitements contre le VIH, y compris des médicaments et des diagnostics aux points d'accès aux soins, notamment pour les enfants ;

72. Exhortons les organisations internationales compétentes, sur leur demande et conformément à leurs mandats respectifs, telles que, le cas échéant, l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, l'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel, le Programme des Nations Unies pour le développement, la Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement, l'Organisation mondiale du commerce et l'Organisation mondiale de la Santé, à fournir aux gouvernements des pays en développement une assistance technique et des capacités pour leur permettre d'élargir l'accès aux médicaments et au traitement contre le VIH, conformément aux stratégies nationales de chaque gouvernement, tout en tirant parti des possibilités offertes par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (comme confirmé par la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique) ;

---

[8] Organisation mondiale du commerce, document WT/MIN(01)/DEC/2. Disponible à l'adresse suivante : http://docsonline.wto.org.

[9] Voir Organisation mondiale du commerce, document WT/L/641. Disponible à l'adresse suivante : http://docsonline.wto.org.

73. Nous engageons à remédier, d'ici à 2015, aux facteurs limitant l'adoption de traitements et contribuant aux ruptures de stocks ou à des retards dans la production et la livraison de médicaments, aux défaillances en matière de stockage de médicaments, à l'abandon des traitements, y compris aux difficultés de transport vers les dispensaires, aux difficultés d'accès à l'information, aux ressources et aux sites, notamment pour les personnes handicapées, à la mauvaise gestion des effets indésirables des traitements, au non-respect du traitement, aux dépenses concernant les composantes du traitement hors médicaments qui sont à la charge du patient, à la perte de revenu associée à la présence dans un centre de soins et au manque de ressources humaines pour assurer les soins de santé ;

74. Engageons les laboratoires pharmaceutiques à prendre des mesures pour assurer la production et la livraison en temps opportun de médicaments antirétroviraux bon marché, de qualité et efficaces afin de contribuer à la création d'un système national fonctionnel de distribution de ces médicaments ;

75. Multiplions les efforts pour lutter contre la tuberculose, qui est l'une des principales causes de décès parmi les personnes vivant avec le VIH, en améliorant le dépistage et la prévention de la tuberculose, l'accès au diagnostic et au traitement de la tuberculose et de la tuberculose pharmacorésistante et l'accès à la thérapie antirétrovirale, grâce à une meilleure intégration des services traitant le VIH et la tuberculose, conformément au Plan mondial Halte à la tuberculose (2011-2015), et nous engageons à œuvrer à réduire de 50 pour cent d'ici à 2015 le nombre de décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH ;

76. Nous engageons à réduire le taux élevé de coïnfection VIH/hépatites B et C en évaluant dès que possible les besoins mondiaux en matière de traitement, en accélérant la recherche d'un vaccin contre l'hépatite C et en élargissant rapidement l'accès à la vaccination contre l'hépatite B et aux moyens diagnostiques et aux traitements pour les coïnfections VIH/hépatite ;

Respecter les droits de l'homme pour réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence liées au VIH

77. Engageons chaque pays à faire plus pour mettre en place un cadre juridique, social et politique propre à permettre d'éliminer la stigmatisation, la discrimination et la violence liées au VIH et encourager l'accès à la prévention du VIH et au traitement, aux soins et au soutien, ainsi qu'à appuyer et faciliter sans discrimination l'accès à l'éducation, aux soins de santé, à l'emploi et aux services sociaux ; à assurer une protection juridique aux personnes touchées par le VIH, notamment la protection de leur droit d'hériter, le respect de leur vie privée et le respect de la confidentialité ; et à promouvoir et à protéger les droits de l'homme et libertés fondamentales, en particulier ceux des personnes vulnérables à l'infection et de celles qui sont touchées par le VIH ;

78. Nous engageons à examiner, si besoin est, les lois et les mesures qui compromettent la prestation réussie, efficace et équitable des mesures de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien, à soutenir les programmes conçus à l'intention des personnes vivant avec le VIH ou touchées par lui et à envisager de les réexaminer conformément aux calendriers d'examen de la législation nationale ;

79. Encourageons les États Membres à envisager de repérer et de réexaminer, pour les éliminer, toute éventuelle restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence dans leur territoire des personnes vivant avec le VIH ;

80. Nous engageons en faveur de stratégies nationales de lutte contre le VIH et le sida qui respectent et valorisent les droits de l'homme, notamment les programmes visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou touchées par lui, y compris leur famille, en sensibilisant les policiers et les juges, en formant les soignants aux principes de la non-discrimination, du respect du secret professionnel et du consentement éclairé, en appuyant les campagnes d'information sur les droits de l'homme, les services assurant une connaissance élémentaire du droit et les services d'aide juridique, et en surveillant l'impact de la législation sur la prévention du VIH et le traitement, les soins et le soutien en la matière ;

81. Nous engageons à garantir que l'action nationale contre le VIH et le sida réponde aux besoins spécifiques des femmes et des filles, notamment celles qui vivent avec le VIH ou qui sont touchées par celui-ci, toute leur vie durant, en renforçant les mesures d'ordre juridique, politique, administratif et autres propres à promouvoir et à protéger les droits fondamentaux de la femme et leur jouissance effective et à réduire leur vulnérabilité au VIH en éliminant toutes les formes de discrimination, ainsi que toutes les formes d'exploitation sexuelle des femmes, des filles et des garçons, notamment commerciale, et toutes les formes de violence contre les femmes et les filles, y compris les pratiques traditionnelles et coutumières néfastes, les mauvais traitements, le viol et autres formes de violence sexuelle, les sévices et la traite des femmes et des filles ;

82. Nous engageons à renforcer les systèmes nationaux de protection sociale et de protection de l'enfance et les programmes de soins et d'aide à l'enfance, en particulier pour les filles, et aux adolescents touchés par le VIH ou vulnérables au VIH, ainsi que leur famille et leurs soignants, notamment en recherchant l'égalité des chances pour les orphelins et les autres enfants touchés par le VIH ou vivant avec celui-ci, en particulier par l'égalité d'accès à l'éducation, la création d'un environnement sûr, non discriminatoire et favorable à l'acquisition de connaissances, d'un système juridique et de moyens de protection, incluant le registre de l'état civil, et la fourniture d'une information détaillée et d'une assistance complète aux enfants, à leur famille et aux soignants, en particulier une information sur le VIH adaptée à l'âge des enfants et des adolescents pour les aider à vivre avec le VIH, en tenant compte de leur évoluti on ;

83. Nous engageons à promouvoir des lois et des mesures qui assurent la pleine réalisation de tous les droits de l'homme et libertés fondamentales des jeunes, en particulier ceux qui vivent avec le VIH et ceux qui sont à haut risque d'infection par le VIH, afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination dont ils souffrent ;

84. Nous engageons à chercher à remédier, dans le respect de la législation nationale, aux facteurs de vulnérabilité au VIH auxquels sont exposées les populations migrantes et mobiles et à faciliter leur accès à la prévention du VIH et au traitement, aux soins et au soutien en la matière ;

85. Nous engageons à atténuer l'impact de l'épidémie sur les travailleurs, leur famille, les personnes à leur charge, les lieux de travail et l'économie en général, notamment en prenant en compte toutes les conventions applicables de l'Organisation internationale du Travail, ainsi que les orientations résultant des recommandations pertinentes de cette Organisation, notamment sa recommandation concernant le VIH et le sida et le monde du travail, 2010 (n° 200), et en appelons aux employeurs, aux syndicats et aux employés et volontaires pour qu'ils entreprennent d'éliminer la stigmatisation et la discrimination, de protéger les droits

fondamentaux et de faciliter l'accès aux moyens de prévention du VIH et aux traitements, aux soins et au soutien en la matière ;

Des ressources pour la lutte contre le sida

86. Nous engageons à œuvrer à réduire, d'ici à 2015, le déficit mondial de moyens de lutte contre le VIH et le sida, qui est actuellement estimé, par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, à 6 milliards de dollars par an, en consentant des investissements à long terme plus conséquents, en continuant de mobiliser un financement intérieur et international pour donner aux pays accès à des ressources financières prévisibles et stables, en identifiant des sources de financement novatrices et en faisant en sorte que les apports de fonds disponibles, par le canal éventuellement des systèmes financiers nationaux, cadrent avec des stratégies nationales responsables et durables de lutte contre le VIH et le sida et des stratégies de développement qui valorisent au mieux les synergies et permettent de mettre en place des programmes durables reposant sur des données factuelles et gérés de manière transparente, responsable et efficace ;

87. Nous engageons à casser la tendance à la hausse des coûts, en utilisant judicieusement les ressources, en entreprenant d'éliminer les obstacles juridiques à la diffusion de médicaments génériques et autres médicaments peu coûteux, en améliorant l'efficacité de la prévention en ciblant les interventions pour mener une action plus efficace, novatrice et durable contre le VIH et le sida, conformément aux plans et priorités nationaux de développement, et en exploitant les synergies entre la lutte contre le VIH et le sida et la réalisation des objectifs de développement arrêtés au niveau international, dont ceux du Millénaire ;

88. Nous engageons à atteindre, d'ici à 2015, par une série d'étapes et en exerçant collectivement notre responsabilité, un niveau important de dépenses annuelles mondiales consacrées à la lutte contre le VIH et le sida, tout en constatant que le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida a estimé entre 22 et 24 milliards de dollars le montant des fonds à trouver dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, par une meilleure appropriation nationale de l'action contre le VIH et le sida, au moyen de crédits plus importants d'origine nationale, et en recourant à des sources traditionnelles de financement comme l'aide publique au développement;

89. Exhortons vivement les pays développés qui ont promis de porter leur aide publique au développement à 0,7 pour cent de leur produit national brut d'ici à 2015 au plus tard, et engageons les pays développés qui ne l'ont pas encore fait, à prendre des mesures concrètes supplémentaires pour honorer leurs engagements à cet égard ;

90. Engageons fermement les pays africains qui ont adopté la Déclaration et le Plan d'action d'Abuja sur le VIH/sida, la tuberculose et autres maladies infectieuses connexes[10] à prendre des mesures concrètes pour affecter au moins 15 pour cent de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé publique conformément à la Déclaration et au Plan d'action d'Abuja ;

91. Nous engageons à améliorer la qualité de l'aide en renforçant l'appropriation nationale, l'alignement, l'harmonisation, la prévisibilité, la responsabilité mutuelle, la transparence et la recherche de résultats ;

[10] Voir Organisation de l'unité africaine, document OAU/SPS/ABUJA/3.

92. Nous engageons à soutenir et à renforcer les mécanismes financiers existants, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ainsi que les organismes des Nations Unies compétents, en leur fournissant des fonds de façon soutenue et prévisible en particulier au profit des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire où la charge de morbidité est élevée ou qui comptent un grand nombre de personnes vivant avec le VIH ou touchées par celui-ci ;

93. Nous engageons à nouveau à appliquer intégralement l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés renforcée et convenons d'éliminer toutes les dettes bilatérales officielles des pays admis à en bénéficier et qui ont atteint le point d'achèvement prévu par l'Initiative, en particulier les pays les plus gravement touchés par le VIH et le sida, et préconisons de consacrer les économies réalisées sur le service de la dette notamment à financer les programmes d'éradication de la pauvreté, en particulier la prévention, le traitement, les soins et le soutien ayant trait au VIH et au sida et à d'autres infections ;

94. Nous engageons à augmenter l'échelle des mécanismes de financement nouveaux, volontaires, novateurs et supplémentaires pour aider à remédier au manque de ressources à l'échelle mondiale pour la lutte contre le VIH et le sida et pour améliorer le financement de cette lutte à long terme, et à accélérer les efforts faits pour trouver des mécanismes de financement novateurs susceptibles de permettre de dégager des ressources financières supplémentaires pour la lutte contre le VIH et le sida, afin de compléter l'enveloppe budgétaire nationale et l'aide publique au développement ;

95. Estimons que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est un moyen essentiel de réaliser un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien d'ici à 2015, saluons le programme de réforme du Fonds et encourageons les États Membres, les entreprises, les fondations et les philanthropes à accroître le plus possible leur concours au Fonds en tenant compte des objectifs de financement qui seront définis lors de l'examen à mi-parcours de 2012 de l'exercice de reconstitution des ressources du Fonds ;

Renforcement des systèmes de soins et intégration de la lutte contre le VIH et le sida dans l'action générale en faveur de la santé et du développement

96. Nous engageons à n'épargner aucun effort pour renforcer les systèmes de soins, notamment les systèmes de soins de santé primaires, en particulier dans les pays en développement, entre autres en y affectant des ressources nationales et internationales, en organisant une décentralisation appropriée des programmes de lutte contre le VIH et le sida pour améliorer l'accès des populations à ces soins, en particulier les populations rurales et difficiles à atteindre ; nous engageons aussi à améliorer l'intégration des programmes de lutte contre le VIH et le sida dans les soins de santé primaires, les services de santé sexuelle et procréative et les services de lutte contre les maladies contagieuses, à améliorer la planification des besoins institutionnels, d'équipement et de ressources humaines, à améliorer la gestion des filières d'approvisionnement dans les systèmes de soins de santé, à accroître la capacité des ressources humaines pour mieux lutter contre le sida, notamment en augmentant les ressources consacrées à la formation et à la fidélisation des ressources humaines dans le cadre de la planification du secteur de la santé, ainsi que du personnel soignant, conformément au Code de pratique mondial de

l'Organisation mondiale de la Santé pour le recrutement international des personnels de santé[11], des agents de santé communautaires et des moniteurs d'éducation par les pairs, avec le soutien des organisations internationales et régionales, des milieux d'affaires et de la société civile et, au besoin, en partenariat avec eux ;

97. Appuyons et encourageons, par un financement intérieur et international et par la fourniture d'une assistance technique, le développement substantiel du capital humain, le développement des établissements de recherche nationaux et internationaux, de la capacité des laboratoires, de meilleurs systèmes de surveillance, de la collecte des données, de leur traitement et de leur diffusion, la formation de chercheurs fondamentaux et cliniques, de spécialistes des sciences sociales et de techniciens, en mettant l'accent sur les pays les plus touchés par l'infection au VIH ou qui connaissent une expansion rapide de l'épidémie ou en sont menacés ;

98. Nous engageons, d'ici à 2015, à œuvrer avec les partenaires à affecter des ressources au renforcement du plaidoyer, de la politique suivie et des liens de programmation dans la lutte contre le VIH et la tuberculose, des services de soins de santé primaires, des soins de santé sexuelle et procréative, des soins de santé maternelle et infantile, de la lutte contre les hépatites B et C et contre la toxicomanie et les maladies non contagieuses, et de l'ensemble du système de soins ; à accroître les services qui cherchent à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; à accroître les échanges entre les services de lutte contre le VIH, les services qui dispensent des soins en santé sexuelle et procréative et les autres services de soins, y compris de soins de santé maternelle et infantile ; à éliminer si possible les circuits parallèles de soins et d'information en matière de VIH ; et à renforcer les liens entre les efforts nationaux et mondiaux de développement humain et national, notamment pour l'élimination de la pauvreté, les services de santé préventifs, l'amélioration de la nutrition, l'accès à l'eau potable, l'assainissement, l'éducation et l'amélioration des moyens d'existence ;

99. Nous engageons à soutenir tous les efforts faits aux niveaux national, régional et mondial pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, notamment ceux qui empruntent la voie de la coopération Nord-Sud, Sud-Sud et triangulaire, afin de rendre plus complets et intégrés les programmes de prévention du VIH et de traitement, de soins et de soutien en la matière, ainsi que de traitement de la tuberculose, de soins de santé sexuelle et procréative, de lutte contre le paludisme et de soins de santé maternelle et infantile ;

Recherche-développement : condition de la prévention, du traitement et de la guérison du VIH

100. Nous engageons à investir dans une accélération de la recherche fondamentale sur la mise au point de moyens diagnostiques fiables et d'un coût raisonnable pour dépister le VIH et la tuberculose, et à traiter l'infection au VIH et les maladies connexes associées, à développer des microbicides et autres techniques de prévention nouvelles, notamment les méthodes de prévention contrôlées par la femme, les méthodes de diagnostic rapide et de suivi, ainsi que la recherche biomédicale opérationnelle, sociologique, culturelle et comportementale et la recherche sur la médecine traditionnelle, à continuer de renforcer les capacités nationales de recherche, en particulier dans les pays en développement, par

[11] Voir Organisation mondiale de la Santé, *soixante-troisième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 17-21 mai 2010, Résolutions et décisions, annexes* (WHA63/2010/REC/1).

l'augmentation du financement et des partenariats public-privé, à susciter des conditions favorables à la recherche et à l'asseoir sur les normes éthiques et scientifiques les plus rigoureuses, et à renforcer les autorités de tutelle nationales ;

101. Nous engageons à accélérer la recherche-développement portant sur un vaccin sûr, bon marché, efficace et accessible et sur un traitement permettant de guérir du VIH, tout en nous assurant du développement parallèle de systèmes fiables d'achat et de répartition équitable des vaccins;

Coordination, suivi et responsabilisation pour intensifier la lutte contre le VIH et le sida

102. Nous engageons à mettre en place des mécanismes opérationnels efficaces fondés sur des données factuelles et des mécanismes efficaces de surveillance, d'évaluation et de responsabilisation mutuelle de tous les acteurs afin de concourir à des plans stratégiques nationaux multisectoriels pour lutter contre le VIH et le sida et honorer les engagements souscrits dans la présente Déclaration, avec la participation active des personnes vivant avec le VIH, touchées par celui-ci ou vulnérables, et des autres parties prenantes de la société civile et du secteur privé ;

103. Nous engageons à réviser d'ici à la fin de 2012 les indicateurs de base recommandés qui traduisent les engagements pris dans la présente Déclaration et à élaborer des mesures supplémentaires, au besoin, pour renforcer les mécanismes nationaux, régionaux et mondiaux de coordination et de suivi de l'action contre le VIH et le sida par des processus inclusifs et transparents avec la pleine participation des États Membres et autres acteurs compétents, avec l'aide du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ;

Un suivi pour des progrès soutenus

104. Encourageons et soutenons l'échange entre pays et régions d'informations, de travaux de recherche, de données factuelles et de données d'expérience relatives à l'application des mesures et au respect des engagements liés à l'action mondiale contre le VIH et le sida, en particulier ceux qui sont consignés dans la présente Déclaration ; facilitons la coopération intensifiée Nord-Sud, Sud-Sud et triangulaire ainsi que la coopération et la coordination sous-régionales, régionales et interrégionales et, à ce sujet, continuons d'encourager le Conseil économique et social à inviter les commissions régionales, dans la limite de leurs mandats et de leurs ressources, à concourir dans leurs régions respectives à un examen périodique détaillé des efforts et des progrès nationaux faits dans la lutte contre le VIH ;

105. Prions le Secrétaire général de présenter un rapport annuel à l'Assemblée générale sur les progrès accomplis dans la réalisation des engagements souscrits dans la présente Déclaration et, avec l'appui du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, d'en rendre compte à l'Assemblée à l'occasion des bilans mondiaux des objectifs du Millénaire pour le développement lors de la réunion spéciale de 2013 consacrée aux objectifs du Millénaire pour le développement et des examens ultérieurs de ceux-ci.

AFRICAN UNION **UNION AFRICAINE**

الاتحاد الأفريقي **UNIÃO AFRICANA**

Addis Ababa, ETHIOPIA P.O. Box 3243 Telephone: 5517 700 Fax: 5517844

www.africa-union.org

ROADMAP ON SHARED RESPONSIBILITY AND GLOBAL SOLIDARITY FOR

AIDS, TB AND MALARIA RESPONSE IN AFRICA

Executive Summary

Background

African Union leadership has consistently considered AIDS, tuberculosis (TB) and malaria and other infectious diseases as an emergency on the continent and made several commitments to address the challenge in 2001 (Abuja Declaration), 2006 (Abuja Call) and 2010 (Kampala Declaration).

As a result of strong continental and national leadership, significant progress has been recorded in Africa on AIDS, TB and malaria. Yet progress must be intensified if African targets are to be met by 2015 and sustained beyond. And while these scourges remain of crisis proportions in many Member States, where they exert an unacceptable toll on economic productivity and undermine the social fabric of families and communities as well as the dignity of people, there is an urgent need to set the responses to them on more sustainable footing in the context of national ownership and health security. This urgency is all the more pressing given the dependence of many national responses to AIDS, TB, malaria and other infectious diseases on external financing and foreign produced medicines. In the case of HIV, for example, over 60% of continental investment is mobilized externally and over 80% of treatment is imported. This dependency poses grave risk to the Continent and need not be the case

The opportunity to develop new, more sustainable and more African-inspired models of health development on the continent are given impetus by the conflation of a number of mega-trends. These include on-going economic turmoil in established economies which is putting pressure on development cooperation budgets, strong economic growth in many Member States, the emergence of new trading blocs and partners and the concomitant advancement of development cooperation with emerging countries and non-traditional partners among others. As a result, Africa is developing new industrial platforms and taking greater charge of its development in line with the African Union's vision of "an integrated, prosperous and peaceful Africa, driven by its own citizens and representing a dynamic force in the global arena".

In light of these trends and exigencies, in January 2012, the African Union (AU) Assembly Decision No: Assembly/AU/Dec.413 (XVIII), requested the African Union Commission (AUC) "to work out a roadmap of shared responsibility to draw on African efforts for a viable health funding with support of traditional and emerging partners to address AIDS dependency response".

African-sourced solutions for shared responsibility and global solidarity

This Roadmap presents a set of practical African-sourced solutions for enhancing shared responsibility and global solidarity for AIDS, TB and malaria responses in Africa on a sustainable basis by 2015. The solutions are organized around three strategic pillars: diversified financing; access to medicines; and enhanced health governance.

The Roadmap defines goals, results and roles and responsibilities to hold stakeholders accountable for the realization of these solutions between 2012 and 2015.

Given the extraordinary history of AIDS responses – in terms of galvanizing political support, mobilizing resources, addressing trade related aspects of intellectual property rights and bringing about tiered prices for treatment, among other achievements – the Roadmap treats AIDS as a pathfinder for TB, malaria and other diseases affecting the Continent for which African-sourced solutions are required.

Shared responsibility and global solidarity for the AIDS response rests on three premises: (1) Countries demonstrate political leadership through a willingness and ability to articulate a national AIDS, health and development vision and pull partner efforts in alignment; (2) Development partners and African governments fill the HIV investment gap together, through traditional and innovative means, investing "fair share" based on ability and prior commitments; and (3) Resources are reallocated according to countries' needs and priorities – among countries, programmes and populations – for greatest results, ensuring rights-based enablers and synergies.

Action Pillar One: Diversified financing

The Roadmap charts a realistic course to ensure country leadership for an orderly and strategic transition to more diversified, balanced and sustainable financing models for AIDS, TB and malaria. Specifically, it elaborates on the following three priority actions:

1. Develop country-specific financial sustainability plans with clear targets through a partnership approach, including with PLHIV and affected populations;
2. Ensure development partners meet existing commitments and with long-term and predictable commitments that are aligned with Africa's priorities; and
3. Identify and maximise opportunities to diversify funding sources in order to increase domestic resource allocation to AIDS, TB and malaria.

Action Pillar Two: Access to affordable and quality-assured medicines

The Roadmap outlines a suite of high priority actions to ensure accelerated access to affordable and quality-assured medicines and health-related commodities as enshrined in the Pharmaceutical Manufacturing Plan in Africa (PMPA). These four priority actions can be summarized as:

1. Promote and facilitate investing in leading medicines hub manufacturers in Africa – focusing initially on AIDS, TB and malaria medicines;
2. Accelerate and strengthen regional medicines regulatory harmonization initiatives and lay foundations for a single African regulatory agency;
3. Acquire essential skills through technology transfers and south-south cooperation and create incentives to ensure that new capabilities are truly embedded in Africa; and
4. Create a legislative environment that incorporates the full use of the Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement (TRIPS) flexibilities and develops awareness to avoid the incorporation of "TRIPS-plus" measures in trade agreements.

Action Pillar Three: Enhanced leadership and governance

The Roadmap highlights the need to enhance leadership, governance and oversight to implement African solutions for AIDS, TB and malaria in a sustainable manner. In particular, it outlines the following priority actions:

1. Countries use strategic investment approaches, including in social and legal enablers, for effective scale-up of a set of basic programmes;
2. Invest in programmes that support people and communities to prevent HIV, co infection HIV/TB and Malaria, to know and claim their rights and to enable effective participation in planning and evaluating AIDS, TB and malaria programmes;
3. Ensure AIDS, TB and malaria investments are strategically allocated to contribute to health system strengthening; and
4. Ensure that leadership at all levels is mobilised to implement the Roadmap

Oversight and implementation of the Roadmap

In the spirit of partnership and mutual accountability, different bodies and agencies will be held accountable for delivering on their roles and responsibilities for the implementation of this Roadmap. In particular, Member States will have the overall responsibility of implementing priority actions at country level to achieve the results of the Roadmap.

The African Union Commission (AUC) will have the responsibility of coordinating the delivery of the said results of this Roadmap. It would lead the coordination process of monitoring and reporting to the AU organs and systems.

The NEPAD Agency will, in collaboration with the Regional Economic Communities and the AUC, facilitate the implementation of the priority actions contained in this Roadmap.

UNAIDS, WHO and other UN partners as well as other key stakeholders, such the African Development Bank, will provide technical support and undertake strategic advocacy for the implementation of the Roadmap as well as provide targeted investments and assist Member States as they report. Other development partners will be assigned responsibilities based on their areas of comparative advantage.

Introduction

1. African Union leadership has consistently considered AIDS, tuberculosis (TB) , Malaria and other infectious diseases as an emergency on the continent and made several commitments to address the challenge in 2000 (Abuja Declaration), 2001 (Abuja Declaration), 2006 (Abuja Call) and 2010 (Kampala Declaration).
2. Facilitating progress on these commitments as well as on the drive to zero new HIV infections, zero discrimination and zero AIDS-related deaths in Africa; To dramatically reduce the global burden of TB by 2015 in line with the MDGs and the Stop TB Partnership targets
3. It will require a new partnership paradigm based on shared responsibility and global solidarity, with Africa setting and driving the agenda.
4. The AIDS response can act as a pathfinder to catalyse progress in Africa across health – particularly for TB, malaria, other infectious diseases/health conditions as well as health systems strengthening. The response can be leveraged to support Africa to develop a new health financing partnership, enhance pharmaceutical security for TB, malaria and other health problems confronting Africa as well as promote innovative approaches to health governance.
5. Through shared responsibility and global solidarity, this Roadmap will ultimately contribute to the African Union's vision of "an integrated, prosperous and peaceful Africa, driven by its own citizens and representing a dynamic force in the global arena".

About the Roadmap

6. At the 2000 Abuja African Summit on Rollback malaria, African leaders resolved to initiate appropriate and sustainable action to strengthen health systems. They reflected on real convergence of political momentum, institutional synergy and technical consensus on malaria and other infectious diseases. In April 2001, the AU Assembly of Heads of State in a Special Summit in Abuja committed to take personal responsibility and provide leadership for the activities of the National AIDS Commissions/Councils and lead from in front (**OAU/SPS/ABUJA/3**)
7. This was reaffirmed in July 2006 as Heads of State re-committed to intensify their practical leadership role at national, regional, and continental levels to mobilize society as a whole to fight HIV and AIDS, TB, and malaria more effectively (**Sp/Assembly/ATM/2 (I).**
8. In January 2012, the African Union (AU) Assembly Decision No: Assembly/AU/Dec.413 (XVIII), requested the African Union Commission (AUC) "to work out a roadmap of shared responsibility to draw on African efforts for a viable health funding with support of traditional and emerging partners to address AIDS dependency response".
9. This Roadmap thus presents a set of practical African-sourced solutions for enhancing shared responsibility for the AIDS, TB and malaria responses in Africa.

10. The solutions are organized around three strategic pillars: financing; access to medicines; and health governance. The Roadmap defines goals, results and roles and responsibilities to hold stakeholders accountable for the realization of these solutions.

A unique moment for shared responsibility

AFRICA IS ON THE MOVE

11. The Continent is enjoying an economic growth surge that is widespread across countries and sectors. More than half of the countries in Africa have enhanced overall governance quality, with a majority of countries improving in areas of economic and human development.[1] With a growing middle class, Africa is creating new opportunities for African and foreign businesses. Together, these shifts have enabled the beginning of a dynamic cycle of domestic growth.
12. Growth and stability have lifted millions of Africans out of poverty over the past 10 years. The decade also witnessed a decline in child mortality rates, an increase in primary school enrolment and increased access to clean water.
13. Through growing unity, the voice of Africa is being heard. African leaders are advancing a continental vision for integration that includes enhancing trade and transportation, promoting stronger collaboration among Africa's Regional Economic Communities (RECs), and promoting accountability through bodies such as the African Peer Review Mechanism and AIDS Watch Africa (AWA), and AFRO Advisory Committees of Experts on Malaria and TB.

PARTNER PARADIGM SHIFT

14. This changing landscape offers a new paradigm of what collaboration can mean. China became Africa's number-one trading partner in 2009, and other emerging economies, including Brazil and India, now account for 37% of Africa's trade.[2]
15. Aid dependency is decreasing across Africa as growth strengthens domestic revenues. Currently, at least a third of African countries receive aid that is equivalent to less than 10% of their tax revenue. Aid exceeds tax revenue in only 12 countries.[3]
16. Traditional development cooperation, however, has not kept pace with the accelerated changes in Africa. As the international community surveys the implications of a rapidly transforming world, solutions are increasingly being sought to bring about sustainable

[1] *2011 Ibrahim index of African governance*. London, Mo Ibrahim Foundation, 2011.

[2] *African economic outlook 2011*. Issy les Moulineaux, Development Centre of the Organization for Economic Co-operation and Development, 2011.

[3] *Ibid.*

outcomes within a culture of country ownership and accountability as spelled out in the Busan outcome document Global Partnership for Development Cooperation.

FINANCIAL AND ECONOMIC CRISIS

17. AIDS programmes around the world have benefitted from unprecedented global solidarity in terms of resource mobilisation and have transformed resources into impressive results. The financing of AIDS programmes is currently characterized by:
    - a need for sustained investments well into the future, because the success of AIDS programmes creates lifelong entitlements to HIV treatment, and controlling the epidemic is a long-term endeavour;
    - a high reliance on investments from external sources and a small number of international partners: In 27 African countries, 84% of expenditures for antiretroviral treatment originated from international sources;
    - a significant uncertainty around future partner support caused by a tight fiscal climate globally, which has resulted in no growth in international investments for AIDS over the past 3 years; however, recent years have seen an increase in domestic investment in AIDS in many countries. .
18. In 17 of the 22 high burden countries that account for 80% of the world's TB cases, the 2012 funding gap is estimated at US$ 0.5 billion. International funding for malaria appears to have peaked at US$ 2 billion in 2011, well short of the US$ 5 to 6 billion per year that are required.
19. In this context, in 2011, the Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria (the Global Fund) took the unprecedented step of cancelling a funding round (Round 11) due to financial constraints arising largely from the failure of donors to meet their financial commitments, reduced projected contributions and decreased investment income.
20. This major resource shortfall comes at a time when Member States at the United Nations 2011 General Assembly High-Level Meeting on AIDS committed to ambitious HIV targets, including placing 15 million people on HIV treatment, halving TB deaths among people living with HIV and eliminating new infections in children by 2015.
21. Recent investments are generating significant energy, momentum and unprecedented scaling up of programmes. Now is the time to realize the full return on past investments, to scale up investments on both treatment and prevention – indeed now is the time to front-load investments – paying now so we don't pay forever.

There is need to take into account some unpredictible situation that can hamper progress made by countries such as socio-political conflicts stirring displaced populations, refugees, and detrusction of helath failities.

PROGRESS ON AIDS, TB AND MALARIA SIGNIFICANT, BUT INADEQUATE

22. In 22 African countries the number of annual new HIV infections declined by more than 25% between 2001 and 2009. In 2010, more than 5 million people in Africa were receiving antiretroviral treatment – up from only 50 000 people in 2002.

23. Despite such progress, Africa remains the most heavily affected region in the world. The Continent is home to two out of three people living with HIV but only 10% of the world's population. Today, only half of Africans living with HIV who are eligible for HIV treatment are able to access it.

24. The region also accounts for 26% of all TB cases and 82% of TB cases among people living with HIV. In 2010, 15 countries (33%) in the Region reached the target of 70% case-detection rate and 20 countries (43%) achieved the treatment success rate target of 85%. The proportion of TB patients screened for HIV rose from 56% in 2009 to 59% in 2010. Of those co-infected, 76% were able to access Co-trimoxazole preventive treatment and 42% were on ART.

25. The 2011 WHO World Malaria Report indicates that the African Region accounts for 81% of the malaria cases that occurred worldwide. Over 90% of the deaths due to the disease occur in the Region and 86% of these deaths are among children below five years of age. Pregnant women, people living with HIV and AIDS and victims of disasters are also particularly vulnerable to malaria.

26. By the end of 2010, 12 countries in the region (Algeria, Cape Verde, Botswana, Madagascar, Namibia, So Tome and Principe, South Africa, Swaziland, Eritrea,

27. Rwanda, Zambia and Zanzibar in the United Republic of Tanzania) had recorded over 50% reduction in the malaria burden by the 2010 Abuja Call and MDGs Milestone.

28. A regional SADC malaria initiative which involves four "frontline" countries and four low-transmission countries[20] was established to promote sustained control and capacity strengthening for transition to pre-elimination (Frontline countries are Angola, Mozambique, Zambia and Zimbabwe; low transmission countries are Botswana, Namibia, South Africa and Swaziland).

STRENGTHENING INDUSTRY TO ADDRESS AIDS, TB and MALARIA

29. The pharmaceutical industry provides critical medicines and vaccine for communities while also contributing to the economy through employment creation, taxes, skills development and saving valuable foreign exchange.

30. Africa's capacity for pharmaceutical R&D and production is, however, among the lowest globally. Although home to 68% of the 34 million people living with HIV globally, Africa imports more than 80% of its antiretroviral drugs. The vast majority of HIV drugs used in Africa come from one country – India. The viability of this arrangement should be of concern to Africa's leaders, given the imminent changes to market incentives and

regulations facing Indian manufacturers, which will likely result in a reduction in reliable, low-cost generic suppliers.

31. As Africa increasingly works to enable and expand local pharmaceutical production and to ensure quality assured medicines and accelerate roll out of locally produced medicines, regulatory harmonisation across the continent will be increasingly critical. Regulatory harmonization provides a platform for strengthening medicines regulatory capacity and systems in Africa. Gains in regulatory harmonisation could be delivered in a phased approach which commences with harmonised registration of generic medicines facilitated through the regulatory approval processes at country levels. In the long run harmonisation will proceed to encompass other regulatory functions and broaden the scope of products including vaccines and new medicines.

INCLUSIVE LEADERSHIP FOR A MORE EFFECTIVE, SUSTAINABLE RESPONSE

32. African health sectors are marked by considerable complexity—not least due to the rapid growth in the volume of external assistance and the concomitant proliferation of agencies delivering health aid. Under these circumstances, ensuring government leadership, country ownership and policy coherence has been a major and persistent challenge. As a result, programmes and people have often suffered.

33. This is clear in the case of HIV where funding grew more than 20% annually for a decade. Such crisis-justified growth invariably generated inefficiencies and perverse outcomes. Partners' priorities often resulted in sub-optimal resource allocation and inefficient programming. With the bulk of external funds provided off-budget, there were few incentives and limited systematic effort to match needs with investments in a focused, context specific manner. Equitable access for key populations also suffered, often as a result of discrimination in the health care system, and inadequate systems to ensure accountability to those most at risk – further driving the epidemic.

34. People living with HIV and those affected by the HIV/TB co infection must own effective HIV and HIV/TB responses to ensure a rights-based, sustainable response and to hold national, regional and global partners accountable. While huge strides have been made in ensuring the participation of affected communities in the design and implementation of AIDS and TB programmes, including through the promotion of the Greater Involvement of People living with HIV (GIPA) principle, and the Promotion of the Patients' Charter for Tuberculosis Care

TAKING THE AIDS, TB and Malaria RESPONSE OUT OF ISOLATION

35. Investment in HIV treatment generates economic benefits, including through restored worker productivity, reduced cost of orphan care and savings on healthcare spending. These benefits have been shown to far exceed the initial cost of the treatment. But investments have also delivered broader health benefits including reduced maternal and child mortality as well as TB incidence and mortality.

36. Increasingly we are witnessing signs that we are reaching the end of an emergency approach to HIV – and that achieving sustainable results in AIDS, TB and Malaria will depend on strong health systems as well as resilient community systems that shape people's lives and complement human resources for health. Countries can capitalize on the significant investments made for AIDS, TB and Malaria for broader health gains.

37. The AIDS response can be a catalyst for broader health and development dialogue and progress in Africa. The need for shared responsibility is also given new impetus as a transition to a post-2015 sustainable development framework is under discussion. In particular, it is imperative that, as priorities shift, health investments move towards a more sustainable approach.

38. Tuberculosis (TB) is contagious and airborne. It is a **disease of poverty** affecting mostly young adults in their most productive years in the African region. In this context, countries, health and development partners should dedicate adequate resources to the fight against TB. This is consistent with the declaration of TB as an emergency by the WHO Regional Committee in Maputo (Mozambique), August 2005. It is also consistent with the call by Heads of State and Government of the African Union for Universal Access to AIDS, TB and Malaria services by 2015.

Shared responsibility and global solidarity: Sourcing sustainable solutions

OVERVIEW

39. The international community must not falter in meeting the obligations it has made to the AIDS, TB, malaria, and other infectious diseases responses. Protecting development assistance, however, will require more visible southern leadership and commitment to increased domestic and diversified funding and effective and efficient use of resources. Sourcing Africa-led solutions in a context of shared responsibility will not only open more space for African ownership and voices in the broader development discourse but also further the health gains made in the past decade and contribute to sustainable development solutions such as growing new industries and expanding knowledge-based economies.

Box 1: Shared responsibility and global solidarity for the AIDS response – three premises

- Countries demonstrate political leadership through a willingness and ability to articulate a national AIDS, health and development vision and pull partner efforts in alignment.
- Development partners and African governments fill the HIV investment gap together, through traditional and innovative means, investing "fair share" based on ability and prior commitments.
- Resources are reallocated according to countries' needs and priorities – among countries, programmes and populations – for greatest results, ensuring rights-based enablers and synergies.

40. The overarching goal of this Roadmap is to support African countries to exercise leadership to meet AIDS, TB, malaria targets by 2015 and source African solutions to ensure universal access to health-related services for all those in need on a sustainable basis.
41. The Roadmap is structured into three action pillars which present African-sourced solutions to attain this goal, including:
    1. Ensure country leadership for an orderly and strategic transition to more diversified, balanced and sustainable financing models for AIDS, TB and malaria and other infectious diseases
    2. Accelerate access to affordable and quality-assured medicines and health-related commodities as enshrined in the Pharmaceutical Manufacturing Plan for Africa (PMPA)
    3. Enhance leadership, governance and oversight to implement African solutions for AIDS, TB ,malaria and other infectious diseases in a sustainable manner
42. Africa's expanding strength, economically and geopolitically, provides a solid footing to begin to set a more sustainable continental and international agenda for AIDS. Some of these solutions represent long-term undertakings, and Africa must start sowing seeds now for that future.

THREE ACTION PILLARS

This Roadmap is built upon three action pillars. Each of the pillars will be pursued through coordinated, coherent and purposeful work on three to four high priority actions. The Roadmap charts a course to attain three key results in each pillar area as described below. Collectively the results will reflect a new era of shared responsibility and global solidarity.

Pillar 1: Ensure country leadership for an orderly and strategic transition to more diversified, balanced and sustainable financing models for AIDS, TB and malaria

Results

1. Investment targets for AIDS, TB and malaria met by 2015
2. Financing sources for AIDS, TB and malaria significantly diversified
3. Financial sustainability enhanced through provision of longer-term predictable external resources and greater proportion of domestic investments 'on budget' in the context of compact of shared but differentiated responsibility

Priority actions

1.1 Develop country-specific financial sustainability plans with clear targets through a partnership approach, including with PLHIV and affected populations

43. As part of a global compact on shared responsibility and global solidarity, countries could agree on target levels for domestic investment in the AIDS, TB and Malaria response that are specifically adapted to the projected level of government revenue, including that from innovative domestic sources, and the size of the disease burden caused by the 3 diseases. In return for verifiable progress towards meeting these financing goals within a medium-term period, a consortium of development partners could provide assurance to fund the remaining financing gap in line with an agreed investment envelope that aims to meet the outcome targets specified in the 2011 Political Declaration on HIV/AIDS and recommendations made during AU and Partners meeting in March 2012 in Addis Ababa.

44. Civil society engagement is critical in the development and monitoring of the implementation of the compacts. People living with and affected by HIV have a legitimate role to play in ensuring that investment frameworks respond to actual needs, in understanding where investment gaps may exist and in holding both partners and countries to account for meeting commitments made in the compacts.

1.2 Ensure development partners meet existing commitments and with long-term and predictable commitments that are aligned with Africa's priorities

45. Given these uncertain times, transparency around financial commitments is more important than ever. African countries can negotiate more multiyear visibility into funding flows from international partners to enable them to plan more effective and sustainable programmes. While the overall quantum of external resources needs to grow, the quality of aid needs to improve as well in line with commitments to the new Global Development Partnership outlined in Busan.

46. High-income countries can invest more in the AIDS response: In 2009, among 14 of the wealthiest nations, there was a 139-fold difference in the share of national resources devoted to international HIV assistance between the most and least generous countries. Several options are available to international partners to generate additional resources to fill the investment gap. For example:

Table 1. Four options to mobilize additional international investments in AIDS, TB and malaria

US$ 1.33 billion	if 2010 commitments and pledges for HIV from donor governments were met fully and kept stable by 2015
US$ 1.26 billion	if the United States Government increased its share of gross national income to official development assistance (ODA) from 0.21% to 0.27% and the proportion of ODA allocated to HIV remained the same
US$ 0.57 billion	if a 5% increase in health ODA were made, which could pay for the health-related synergies of the AIDS response required in 2015;
US$ 0.54 billion	if all European governments disbursed at least 0.5% of their gross national income as ODA, and the proportion allocated to HIV remained the same;

47. A tax on financial transactions adopted by the world's largest economies could more than double official ODA globally – and provide a more predictable and long-term stream – if 50% of the new revenue were allocated to development.
48. Emerging development partners are becoming an increasingly important source of funds for health. As countries such as Brazil, China and India have moved comfortably into the middle-income space, they have begun to explore how they can invest in international health cooperation. South Africa is doing the same, and other countries in Africa may follow.
49. In the case of TB, funding gaps in the 17 high burden countries outside BRICS could be halved if international resources for BRICS were redirected to these countries.

1.3 Identify and maximise opportunities to diversify funding sources in order to increase domestic resource allocation to AIDS, TB and malaria

50. While the degree to which individual countries can assume financial responsibility of their AIDS, TB and malaria responses depends on their economic circumstances and the severity of their epidemic, there are several options to strengthen domestic resource mobilisation and tap emerging African wealth. Many are already in practice and showing results –these should be supported, further scaled up and replicated. Options include:
    - Taxes on tobacco and alcohol, levies on existing income or value-added taxes, and taxation reform to minimize tax evasion in favour of the health sector.
    - Making use of the large remittance flows from Africa's diaspora. This could involve a tax on financial and money transfer institutions or issuing bonds to the diaspora. The African Development Bank (AfDB) could join the World Bank as a provider of resources. A united African approach could bring about wider availability of "soft loans" that could begin to reverse the external dependence of the AIDS response as AfDB and World Bank financing is included in government budgets.

- Expanding health insurance provides a mechanism to channel health spending more efficiently and equitably.[1] Issues surrounding social insurance should be addressed especially for vulnerable groups.
- Mobilising resources from the private sector through innovative approaches to philanthropy, corporate social responsibility and the creation of public–private partnerships.

Pillar 2: Ensure accelerated access to affordable and quality-assured medicines and health-related commodities as enshrined in the Pharmaceutical Manufacturing Plan in Africa (PMPA)

Results

1. Medicines security is enhanced by supporting, facilitating and investing in local centres of excellence for innovation, research, development and manufacturing
2. Medicines regulatory harmonization mechanisms are functioning within Regional Economic Communities and lay the foundations of an African Medicines Regulatory Agency
3. Trade in medicines is facilitated through concerted and coherent actions at global, continental, regional and country levels.

Priority actions

2.1 Promote and facilitate investing in leading medicines hub manufacturers in Africa – focusing initially on AIDS, TB and malaria medicines

51. The African Union Commission has developed a business plan for implementation of PMPA. The establishment of production hubs offers a promising opportunity to support the implementation of PMPA. Hubs will allow viable enterprises to emerge faster within any given investment envelope. Clearly defining benefits and roles for all of the countries in the region, including countries that are not hosting the hub manufacturers, will be critical.
52. Governments should use policy levers to create an enabling environment and counter rules that hinder the development of local manufacturing or put local players at a disadvantage relative to their foreign competitors. Examples include eliminating import tariffs for Active Pharmaceutical Ingredients, eliminating export tariffs for finished products to regional countries, and providing targeted tax breaks for the industry.

[1] Only 3% of Africans currently enjoy health insurance coverage. Expanding access to health insurance in Africa can reduce high, and at times catastrophic, out-of-pocket expenses that especially impact poor and marginalized households. Rwanda introduced national health insurance 11 years ago. Now, more than 90% of Rwandans are covered, paying annual premiums of only US$ 2.

53. To further bolster a growing pharmaceutical sector, Africa must foster, among other things, dynamic research and innovation programmes in science and technology. Centres of excellence and enhanced ownership of the broader research and development agenda – including advocacy, resources, capacity and community awareness and engagement – will serve to build self-reliance. Centres could also provide African governments with a platform to develop common positions to negotiate as a bloc on pharmaceutical-related matters.

2.2 Accelerate and strengthen regional medicines regulatory harmonization initiatives and lay foundations for a single African regulatory agency

54. RECs can be supported to serve as regional platforms for information sharing, for developing 'model laws' and enforcement standards and capacity and promoting greater regional legislative harmonization and implementation of common registration systems. Major economies of scale can be reaped from adopting collaborative approaches to regulatory functions, for example through an African medicines regulatory agency. A regional or full-continental African medicines regulatory agency could more efficiently take on centralized assessment of new medicines and inspection of manufacturing sites using a limited pool of regulatory expertise and a number of other specialized functions to complement and support African countries' own drug regulatory agencies.

55. Under the aegis of the African Union, an African medicines regulatory agency would bring together regional initiatives and provide a single advocacy, regulatory and coordination platform for availability of quality-assured medicines, including antiretroviral drugs, on the African continent. As the African pharmaceutical manufacturing sector matures, it will become increasingly important meet international quality standards. This is a multi-year process – accelerating regional initiatives such as the African Medicines Registration Harmonisation (AMRH) is critical.

2.3 Acquire essential skills through technology transfers and south-south cooperation and create incentives to ensure that new capabilities are truly embedded in Africa

56. North–south, south–south and triangular technology transfer will play a fundamental role in facilitating centres of excellence for production of antiretroviral drugs and other medical commodities in Africa. Governments can also incentivize the development of local competencies to produce medicines, including through the promotion of greater collaboration among external pharmaceutical companies and local manufacturers. Joint ventures, technology transfers and direct investment, particularly with the BRICS and other emerging development partners, may be pursued for production of both generic and patented medicines.

2.4 Create a legislative environment that incorporates the full use of the Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreement (TRIPS) flexibilities and develops awareness to avoid the incorporation of "TRIPS-plus" measures in trade agreements

57. New rules set that seek TRIPS-plus provisions in the area of pharmaceutical patenting raise a number of challenges and should be resisted, while pursuing alternative

mechanisms to foster innovation within the pharmaceutical sector in an affordable and sustainable manner. Extending the waiver to be TRIPS compliant for least developed countries beyond 2016 is currently under negotiation in the World Trade Organization. Countries should adopt a common voice to demand an extension to this transition period to allow for more time to create a sound and viable technological base in the pharmaceutical sector. In concert, legislative language could be amended to better facilitate actions that are needed to import generic drugs from existing suppliers (e.g. from China and India) so that there are no supply disruptions while Africa is building its manufacturing sector.

Pillar 3: Enhance leadership, governance and oversight to implement African solutions for AIDS, TB and malaria in a sustainable manner with emphasis on results, transparency and equity

Results

1. Investments in AIDS, TB and malaria programmes address most pressing needs and populations, are strategic, evidence- and rights-based, address discrimination and inequality and strengthen health systems
2. AIDS, TB and malaria programmes are designed, implemented and evaluated through fully inclusive processes with the participation of affected communities and Non- Governmental and Civil Society Organizations (NGOs/CSOs)
3. The Continent and its Member States demonstrate strong leadership and ownership for results and have established robust policy, oversight and accountability frameworks for investments in AIDS, TB and malaria

Priority actions

3.1 Countries use strategic investment approaches, including in social and legal enablers, for effective scale-up of a set of basic programmes

58. It is estimated that investment needs for the AIDS response will peak in 2015 if, and only if, resources are allocated in a more strategic manner to enhance the effectiveness and efficiency of spending. Strong stewardship is required to ensure that resources are invested in activities that deliver the greatest returns in terms of HIV infections averted and lives saved. This can be done in part through the following:

    - more rigorous prioritization and focus of HIV prevention investments geographically, by population and by intervention.
    - ensure that investments are made in the most efficient way possible, as efficiency savings can be reinvested in the response. The areas for the greatest potential for efficiency savings are related to drug/commodity and personnel costs and service integration and realising economies of scale.

- increase the impact of basic programme investments by overcoming barriers to the adoption of evidence-based HIV policies and addressing the factors that limit uptake (see paragraph 63).

Ministers of Health and Finance, international partners and others can foster a debate on efficiency, effectiveness and sustainability in order to reap these efficiencies as well as to strengthen ownership of the response to ensure its sustainability.

3.2 Invest in programmes that support people and communities to prevent HIV, to know and claim their rights and to enable effective participation in planning and evaluating AIDS, TB and malaria programmes

59. Effective HIV responses rest on the ability of individuals and communities and their systems, particularly those most vulnerable and affected by HIV to demand and access effective preventive and health services. Programmes that empower affected communities to know and demand their rights are critical to the HIV response and need to be expanded significantly. Hence investments must be made in programmes to reduce HIV-related stigma and discrimination including roll-out of the People Living with HIV Stigma Index, provide legal aid and legal literacy, reform laws, train police on non-discrimination, engage parliamentarians and the judiciary on protective legal responses to HIV, reach out to vulnerable populations, address violence against women and train health care workers on non-discrimination, informed consent and confidentiality. Stronger and positive partnerships should be built with communities and civil society organisations, including people living with HIV, for a more transparent, accountable, rights-based and result-oriented response to HIV that addresses the protection and health needs of all those in need of services.

With regard to Tuberculosis control, empower people with TB, and communities through partnership should be strengthened through pursue advocacy, communication and social mobilization. In order to reduce stigma the efforts should be made to foster community participation in TB care, prevention and health promotion

3.3 Ensure AIDS, TB and malaria investments are strategically allocated to contribute to health system strengthening

60. Countries can deliver quick wins by integrating HIV, TB and malaria services within a primary health care approach. For example, the elimination of vertical transmission of HIV provides a platform to deliver a continuum of care and a package of antenatal, maternal, child health and reproductive health services. This would ensure that pregnant women are not only offered HIV screening but that they and their partners are also offered services to prevent HIV and other sexually transmitted infections, unwanted pregnancies and sexual violence. Investing more strategically to capture synergies and achieve multiplier effects across the Millennium Development Goals is one of the most promising approaches to making resources go further, strengthening health systems, and securing better results in human development.

Investment in TB control should contributed to reinforce **health system based on primary health care particularly in the areas of** human resources development, laboratory networks, financing, supplies, service delivery and information.

3.4 Ensure that leadership at all levels is mobilised to implementation of the Roadmap

61. Champions will play a key role in raising awareness, generating support and building coalitions to take forward the actions identified in this Roadmap. They will need to persuasively engage decision-makers, across a range of sectors, on the benefits of investing in enhancing the sustainability of health programmes in Africa and of promoting critical shifts in practices, partnerships and programmes to achieve stronger results for health and HIV, TB and Malaria. Champions are needed from the local to the international levels, and need to be identified from government, inter-governmental, non-governmental, private sectors as well as from academic, research institutions and celebrities from the world of sports and arts. Insight will be sought from the champions to inform the framing and roll out of the Roadmap.

Oversight and implementation of the Roadmap

In the spirit of partnership and mutual accountability, different bodies and agencies will be held accountable for discharging their roles and responsibilities (see Table X).

62. Member States will have the overall responsibility of implementing priority actions at country level to achieve the results of the Roadmap.
63. The African Union Commission (AUC) will have the responsibility of coordinating the delivery of the said results of this Roadmap. It would lead the coordination process of monitoring and reporting to the AU organs and systems.
64. The NEPAD Agency will, in collaboration with the Regional Economic Communities and the AUC, facilitate the implementation of the priority actions contained in this Roadmap.
65. UNAIDS, WHO and other UN partners and other key stakeholders, such the African Development Bank, will provide technical support and undertake strategic advocacy for the implementation of the Roadmap as well as targeted investments.
66. Other development partners will be assigned responsibilities based on their areas of comparative advantage.

Table X. Roles and responsibilities

Priority Actions	Member States	AUC	NEPAD Agency	Regional Economic Communities [2]	UNAIDS, WHO and other UN bodies	Civil society and communities and private sector	Traditional & emerging development partners	Other – including academia[3]
1.1 Develop country-specific financial sustainability plans.	Lead the development and implementation of plans.	Coordinate the development of the plans to ensure they align with regional and continental priorities		Advocate and provide regional coordination for analytical work and development of plans.	Broker agreements. **Technical support for development and implementation of sustainability plans**	Undertake advocacy and engage in development and monitoring of plans.	Engage in development of plans.	
1.2 Ensure development partners meet existing commitments.	Develop common position that development partners meet AIDS, TB and malaria resource obligations.	Institutionalize continental accountability mechanisms while advocating to Member States.		Advocate both with Member States and development partners	Advocate and support analytical work on new sources.	Civil society to advocate.	Meet commitments and identify new sources of support.	
1.3 Identify opportunities to increase domestic resource allocation to AIDS, TB and malaria.	Mobilize new resources to fill investment gap	Advocate to continental (ministerial structures) to coordinate the mobilization of domestic resources.		Advocate to regional (ministerial structures) to coordinate the mobilization of domestic resources	Advocate and provide technical support to identify innovative sources. Support public private partnerships	Civil society to advocate. Private firms mobilize funds.	Support countries through transition period. Provide technical support to implement innovative financing mechanisms.	African high-net worth individuals and diaspora provide financial support. Academia analytic work on financing options
2.1 Promote and	Develop and	Coordinate the		Undertake	Advocate and	Civil society to	Provide	Academia

[2] RECs understood to include regional health organizations

[3] Academic understood to include think tanks, research centers, etc

Priority Actions	Member States	AUC	NEPAD Agency	Regional Economic Communities [2]	UNAIDS, WHO and other UN bodies	Civil society and communities and private sector	Traditional & emerging development partners	Other – including academia[3]
facilitate investing in leading medicines hub manufacturers.	implement country implementation plans within the overall framework of the PMPA	support of technical assistance to Member States to develop and implementation plans.		political advocacy and participate to coordinate technical assistance to Member States.	facilitate south-south cooperation and provide technical support.	undertake advocacy. Pharma firms strive to meet int'l standards	financing and technology transfer.	provides demand forecasting.
2.2 Lay foundations for a single African regulatory agency.	Undertake activities/interventions including legislation to strengthen national regulatory and enforcement capacity and facilitate regional cooperation.	Coordinate the processes and activities that will lead to the adoption of appropriate decisions to promote regional cooperation on regulation		Facilitate the implementation of regional harmonization initiatives including information sharing, developing laws and enforcement standards and capacity.	Undertake advocacy and provide technical support.	Civil society role in quality assurance.	Provide technical and financial support.	
2.3 Acquire essential skills through technology transfers and south-south cooperation.	Develop and implement national guidelines and strategies to promote technology transfer and technical cooperation	Facilitate south-south; north-south and triangular cooperation as well as technology transfer to Member States.		Coordinate south-south; north-south and triangular cooperation as well as technology transfer to member states	UN broker and facilitate cooperation and technology transfer.	Private sector engages in joint ventures.	Undertake joint ventures, technology transfers and direct investment	Academia role in training
2.4 Create a legislative environment that incorporates the full use of TRIPS flexibilities	Ministries of trade, foreign affairs, health and finance develop coherent positions to strengthen national capacity to exploit TRIPS flexibilities	Facilitate the identification and exploration of opportunities to exploit TRIPS flexibilities.		Promote the development and adoption of a common position.	Strengthen national capacity to utilize TRIPS flexibilities;	Generate political will.	Avoid integrating TRIPS plus measures into trade agreements	
3.1 Countries use strategic	Ministries of health, with support of	Coordinate the provision of		Undertake advocacy and	Provide advocacy, technical support.		Traditional and emerging	

Priority Actions	Member States	AUC	NEPAD Agency	Regional Economic Communities [2]	UNAIDS, WHO and other UN bodies	Civil society and communities and private sector	Traditional & emerging development partners	Other – including academia[3]
investment approaches for effective scale-up of a set of basic programmes.	ministry of finance, lead strategic investment approach through the development of a coherent national investment case for HIV.	technical assistance to Member States for the development of national investment cases for HIV.		participate in the coordination of the provision of technical assistance to Member states for the development of national investment cases for more strategic investment for HIV.			partners reprogramme investments more strategically.	
3.2 Invest in programmes that support people and communities.	Develop national systems and processes that create opportunities for civil society and community to input into national planning processes (e.g. budgets, national development plans etc) Invest in community systems that support and scale up community led interventions.	Coordinate the engagement of civil society at the regional and continental levels to facilitate community input.		Coordinate the engagement of sivil society at the regional and regional levels to facilitate community input	Create space and advocate for civil society engagement in policy making. Advocate for national accountability on rights and gender commitments. Document best practices and linkages between gender, rights and HIV.	Undertake stigma reduction among health workers and 'know your rights' community campaigns. Generate demand for equitable, relevant, holistic services.	Invest in community systems that support and scale up community led interventions.	Analytic work on models and cost effectiveness on community engagement. Religious and cultural leaders to address stigma and discrimination.
3.3 Ensure AIDS, TB and malaria investments are allocated to strengthen health systems.	MoH identify and facilitate opportunities to integrate AIDS, TB and malaria effectively into national strategies and strengthen national health system.	Track and report on level of national integration of AIDS, TB and malaria programmes within health system strengthening		Undertake strategic advocacy. Utilize regional platforms to build political will and identify solutions.	Document best practices and advocate for their application. Provide technical advice to funding agencies. Provide technical support to Member	Advocate for holistic and integrated 'client friendly' services. Deliver integrated services.	Ensure investments are synergistic to extent possible. Deliver technical support for integrated programmes.	Generate evidence and best practices.

Priority Actions	Member States	AUC	NEPAD Agency	Regional Economic Communities [2]	UNAIDS, WHO and other UN bodies	Civil society and communities and private sector	Traditional & emerging development partners	Other – including academia[3]
		initiatives			States.			
3.4 Ensure that leadership at all levels is mobilised to implement the Roadmap	Identify and optimize strategic opportunities to mobilise attention and action across sectors and integrate the implementation of the Roadmap within existing multi-sectoral national development initiatives with clear responsibilities for each actor and sector.	Operationalize multi-sectoral continental structures.		Operationalize multi-sectoral regional structures.	Support champions with evidence and provide platforms for coalition building, policy dialogue and advocacy.	Mobilise champions from civil society and the private sector and support coalition building.	Provide support to enable engagement in global for a. Mobilise development partner champions.	