
**Session Spéciale de l'Assemblée générale
des Nations Unies sur le VIH/sida**

BILAN DES ENGAGEMENTS PRIS PAR LA FRANCE EN 2001

CONTRE-RAPPORT ASSOCIATIF

Act-Up Paris, AIDES, Solidarité Sida

MAI 2006



RÉDACTEURS

SORIA BLATMANN, AIDES - SBLATMANN@AIDES.ORG - 01 41 83 46 05

KHALIL ELOUARDIGHI, ACT UP-PARIS- GERROLD@NOOS.FR - 06 63 1538 82

KARINE GAVAND, SOLIDARITÉ SIDA - KGAVAND@SOLIDARITE-SIDA.ORG - 01 53 10 22 22

INTRODUCTION

La Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations-unies sur le VIH/sida, qui s'est tenue en 2001, était la première session de ce type exclusivement consacrée au VIH/sida. Une liste d'engagements dans différents domaines a été adoptée pour lutter plus activement et efficacement contre l'épidémie.

Aujourd'hui, cinq ans plus tard, la même Assemblée se réunit à New York, du 31 mai au 2 juin 2006, afin de dresser le bilan de la tenue des engagements pris par chaque Etat. A cette occasion, Act Up Paris, AIDES et Solidarité Sida font le point sur le bilan des engagements français.

Dix articles de la déclaration d'engagement adoptée en 2001 contiennent des dispositions suffisamment précises et importantes pour que leur mise en œuvre puisse être évaluée. Ces engagements portent sur différentes thématiques liées au VIH/sida : la prévention ; les droits de l'homme ; la protection des personnes vulnérables ; la recherche et les ressources.

Sur chacun de ces sujets, les associations ont analysé le contexte et l'enjeu de l'engagement pris par la France, avant d'en évaluer l'application et de proposer des recommandations.

L'épidémie en France¹

- ▶ 6 000 personnes ont découvert leur séropositivité en 2003 et 7 000 en 2004 (+16%).
- ▶ 42 % des nouvelles contaminations concernent des femmes, dont plus de 50 % sont d'origine sub-saharienne en 2004.
- ▶ Les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne représentent 33% des découvertes de séropositivité en 2004.
- ▶ Les homosexuels masculins représentent 24% des découvertes de séropositivité en 2004. Près de la moitié des découvertes de séropositivité chez les homosexuels concernent des contaminations récentes (datant de moins de six mois).
- ▶ Les usagers de drogues intraveineuses représentent moins de 2% des découvertes de séropositivité en 2004. Si la prévalence du VIH diminue, les infections à l'hépatite C restent importantes et les pratiques à risque persistent, en particulier chez les jeunes.

La situation dans le monde²

- ▶ 40 millions de séropositifs dans le monde en 2005, dont 5 millions contaminés durant l'année.
- ▶ 3,1 millions de morts du sida en 2005, dont 570 000 enfants.
- ▶ Afrique : 25,8 millions de séropositifs, dont 3,1 contaminés durant l'année, 2,4 millions de morts, 4,7 millions de personnes en besoin urgent de traitement, 83% n'y ont pas accès.

SOMMAIRE

PRÉVENTION	3
VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES :	
– LES TRAVAILLEUR(SE)S DU SEXE	4
– LES CONSOMMATEURS DE DROGUES	6
– LES PERSONNES ÉTRANGÈRES/MIGRANTES	8
– LES PERSONNES TRANSGENRES	10
RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT	11
RESSOURCES	13
SIDA ET AIDE AU DÉVELOPPEMENT	14
ANNULATION DE LA DETTE	15
FONDS MONDIAL	16

1. Source : Synthèse des données épidémiologiques sur VIH-sida-IST en mars 2005, Institut de veille sanitaire.

2. Source : rapport OMS/ONUSIDA décembre 2005.

Engagement 52

« D'ici à 2005, veiller à ce qu'il existe dans tous les pays, en particulier dans les pays les plus touchés, un **large ensemble de programmes de prévention** tenant compte de la situation et des valeurs éthiques et culturelles locales, y compris des programmes d'information, d'éducation et de communication dans des langues largement comprises par les communautés locales, respectueux des particularités culturelles, visant à réduire la fréquence des comportements à risque et à encourager un comportement sexuel responsable, incluant l'abstinence et la fidélité ; **assurant un accès élargi à des articles indispensables, tels que les préservatifs masculins et féminins** et les seringues stériles ; comportant des programmes de réduction des effets préjudiciables de la toxicomanie; assurant un accès élargi aux services de conseils et de dépistage volontaires et confidentiels, la fourniture de produits sanguins non contaminés et un traitement rapide et efficace des infections sexuellement transmissibles. »

Explication de l'engagement

La France s'est engagée à veiller à ce qu'il existe des programmes assurant un accès élargi aux préservatifs féminins.

Contexte

Le respect de cet engagement à assurer l'accès aux préservatifs féminins est essentiel, car il permettrait de lutter de façon efficace contre la propagation d'une épidémie qui se féminise. En France, 42 % des nouveaux cas de séropositivité sont des femmes et ce taux s'élève à 58 % si l'on ne prend en compte que les contaminations par voie hétérosexuelle³.

Les femmes ont un risque physiologique de contamination par le VIH lors d'un rapport hétérosexuel trois à sept fois supérieur à celui des hommes. Elles voient ce risque largement accentué par les inégalités socio-économiques entre hommes et femmes, ainsi que par certaines normes culturelles, qui peuvent rendre la négociation d'un rapport sexuel protégé plus difficile pour les femmes.

Face à ce constat, le préservatif féminin constitue un outil essentiel de prévention pour les femmes. Destiné directement aux femmes, il les désigne comme actrices de leur propre protection. Le préservatif féminin est également un support de communication extrêmement utile aux acteurs de prévention pour aborder ce sujet avec les femmes, mais aussi avec leurs partenaires.

Pourtant, l'un des obstacles majeurs à son acceptabilité et à son utilisation continue réside dans son prix de vente, beaucoup plus élevé que celui du préservatif masculin. En raison de son prix, le préservatif féminin est parfois réutilisé, alors qu'il s'agit d'un dispositif à usage unique.

Les faits

Le préservatif féminin en polyuréthane est commercialisé en France par la société Terpan, sous le nom de Femidom. Il est disponible en pharmacie, auprès d'organismes publics ou associatifs et par correspondance. Le Femidom est vendu au prix indicatif de 5,98 euros les trois sachets unitaires. En 2003, le circuit commercial ne représentait que 10 % des préservatifs féminins distribués. La majeure partie avait été commandée par des organismes publics ou associatifs dans le cadre de programmes de santé publique. Ces préservatifs, vendus par Terpan par multiples de 100 sachets unitaires, au prix de 1,13 euros le sachet (hors taxe), sont distribués gratuitement dans les centres de planification, les centres de dépistage et les associations de lutte contre le sida. A titre de comparaison, le préservatif masculin en latex s'échelonnait, en 2003, de 0,33 à 1,08 euro. Le prix des préservatifs masculins en polyuréthane était supérieur à 2 euros⁴.

Conclusion

Depuis 2001, la France n'a pas pris les mesures nécessaires afin de permettre un accès généralisé aux préservatifs féminins, qui restent très difficilement accessibles, notamment en raison de leur coût élevé.

Recommandations

- ▷ **Dans les programmes de prévention, les préservatifs féminins doivent être mis à disposition le plus largement possible et gratuitement, en priorité en direction des personnes particulièrement vulnérables face au VIH/sida et en situation difficile pour négocier le port du préservatif masculin. Dans cette optique, les préservatifs féminins doivent être distribués par le biais des DDASS, des réseaux scolaires et universitaires, des médecins, des antennes du planning familial, des associations de femmes et de lutte contre le sida.**
- ▷ **Les professionnels (pharmaciens, médecins en particulier gynécologues, personnel paramédical en particulier infirmières scolaires) doivent être formés à la promotion et à l'utilisation de cet outil de prévention.**
- ▷ **La diffusion des outils de prévention doit être accompagnée de campagnes de promotion du préservatif féminin à destination du grand public (presse, affichage, télévision).**

3. Chiffres INVS, juin 2004.

4. Source : La revue Prescrire, mars 2005, n° 259.

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : LES TRAVAILLEUR(SE)S DU SEXE

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie »

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Explicitation des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir leur santé.

Contexte

Les travailleur(se)s du sexe courent des risques particulièrement élevés de contamination, comme le montre le taux d'infection élevé dans cette population. Cette vulnérabilité est liée à la nature de leur activité, que l'engagement considère comme un « moyen de subsistance ». La clandestinité qui entoure cette activité condamne les travailleur(se)s du sexe à des conditions de vie difficiles ayant des conséquences négatives pour leur santé, ainsi que pour leur accès aux soins et à la prévention. Une politique de promotion de la santé des travailleur(se)s du sexe implique nécessairement de réduire leur précarité et leur clandestinité.

Or, la loi du 18 mars 2003 relative à la sécurité intérieure a des conséquences néfastes pour les travailleur(se)s du sexe. Elle a renforcé la clandestinité de cette activité, dégradé les conditions d'accès aux soins et renforcé les mesures discriminatoires envers les personnes prostituées⁵.

Les faits

La loi du 18 mars 2003 relative à la sécurité intérieure a élargi le délit de racolage en intégrant le racolage passif : « le fait, par tout moyen, y compris par une attitude même passive, de procéder au racolage d'autrui en vue de l'inciter à des relations sexuelles en échange d'une rémunération ou d'une promesse de rémunération est puni de deux mois d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende » (article L. 225-10-1).

Avec cette loi, les conditions de travail des personnes prostituées se sont considérablement dégradées. Depuis 2003, plus de 5 000 procédures de racolage ont été entamées sur l'ensemble du territoire. La peur et l'arbitraire de l'arrestation ont repoussé la prostitution en périphérie des villes, loin des regards. Les conséquences sont désastreuses : multiplication des agressions physiques et verbales de la part des clients ; harcèlement et exactions de plus en plus fréquents de la part des policiers⁶; augmentation des pratiques clandestines ; négociation du port du préservatif rendue plus difficile ; baisse des tarifs et stigmatisation accrue des personnes prostituées ; éloignement des structures publiques d'accès aux soins et d'action sociale.

Parallèlement, la situation sociale et sanitaire des personnes prostituées s'est aussi considérablement détériorée. Le travail des associations de santé et de prévention communautaire est de plus en plus difficile en raison de la clandestinité accrue de la profession⁷. Le Conseil National du Sida a affirmé que la perte de contact des associations avec les personnes prostituées conduit à une diminution de l'information et à une baisse de la vigilance quant au risque de contamination par le VIH/sida et les IST⁸.

Les prostituées étrangères sont particulièrement visées par les mesures discriminatoires en raison de leur situation administrative. Une fois arrêtées, elles sont fréquemment expulsées, quand bien même elles disposent d'un titre de séjour, et tombent alors à nouveau entre les mailles des réseaux de prostitution. Ces expulsions sont très souvent expéditives et ne répondent pas aux garanties judiciaires exigées dans ce type de procédure (absence de traducteur, délais raccourcis). Les prostituées séropositives subissent elles aussi des traitements discriminatoires, notamment dans l'accès aux soins dans le cadre d'une arrestation.

L'association Cabiria dénonce ainsi les insultes, humiliations, fouilles au corps, menaces d'expulsion ou de divulgation à la famille, refus de donner à boire ou à manger, refus de téléphoner à son avocat ou à une tierce personne, non prise en compte de problèmes de santé nécessitant un certain ménagement, ou encore un « malin plaisir à laisser les femmes indisposées sans les accessoires dont elles auraient besoin »⁹.

5. ONUSIDA : « Guide d'action pour les Equipes des pays des nations unies », Sidanet 2005 « Le réseau sur l'éthique, le droit et le VIH/sida » J.M. Talom.

6. Voir Act Up-Paris « Commission prostitution »

7. Voir les rapports du collectif « Femmes de droit, droits des femmes », de l'association Cabiria et de l'association Grisédélis : www.cabiria.asso.fr

8. Communiqué de presse « Politique à l'égard de la prostitution : le Conseil national du sida réaffirme la priorité de la réduction des risques », www.cns.sante.fr

9. Rapport de l'association Cabiria.

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : LES TRAVAILLEUR(SE)S DU SEXE

Conclusion

La loi mise en place en 2003 favorise la pratique de mesures discriminatoires à l'égard des travailleur(se)s du sexe, groupe particulièrement vulnérable face au VIH/sida. Cette discrimination légalisée et accrue réduit l'accès de ces personnes à la prévention et aux soins. Les dispositions de cette loi entraînent également des violations répétées du droit de la personne et des libertés fondamentales. Enfin, elles éloignent les personnes vulnérables des actions de prévention et d'information, ce qui augmente les risques d'exposition à la maladie.

Recommandations

- ▷ Retrait des éléments de la loi sur la sécurité intérieure portant sur le dispositif de prévention des associations et augmentant les risques de propagation de la maladie.
- ▷ Élaboration d'une politique participative de soutien aux programmes de lutte contre le sida.
- ▷ La prostitution n'étant pas pénalisée, le racolage doit être dépénalisé afin de mettre un terme à cette contradiction.

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : LES CONSOMMATEURS DE DROGUES

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie »

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Explicitation des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir la santé des groupes vulnérables.

Contexte¹⁰

En France, toute consommation de drogue est aujourd'hui clandestine, ce qui augmente les risques sanitaires, notamment ceux liés à des conditions d'asepsie. La pénalisation de l'usage de drogue induit la clandestinité, qui induit elle-même d'importantes difficultés pour approcher cette population. Les personnes qui mènent des actions de prévention, très fréquemment financées sur fonds public, continuent d'opérer dans un contexte d'insécurité juridique.

La mise en place de programmes de réduction des risques (RDR) auprès des consommateurs de drogue a été revendiquée et obtenue par les acteurs de la lutte contre le sida. Elle consiste à diminuer les conséquences sanitaires de la consommation de produits stupéfiants par une prise en charge adaptée, sans exiger l'arrêt de toute consommation de produits psycho-actifs, ni l'initiation de stratégies de sevrage, voire de substitution. Cette politique a permis de faire sensiblement baisser la part des consommateurs de drogue dans les nouveaux cas d'infection par le VIH et de maladie du sida, ainsi que de décès consécutifs à une sur-dose.

Pourtant, la France continue à entraver la politique de RDR :

La **loi sur les stupéfiants**, qui date de 1970, censure les discours sur les drogues, empêchant la réalisation de messages d'information et de prévention sanitaire auprès du grand public. La loi interdit le débat public sur les drogues en France, ainsi que les actions d'information et de réduction des risques. Certaines actions menées par la Mission Interministérielle de Lutte contre les Dépendances et les Toxicomanies (MILDT) ont également un caractère illégal au regard de cette loi.

Le **refus de créer des programmes d'échange de seringues dans les prisons** françaises a des conséquences sanitaires individuelles et collectives dramatiques pour les personnes détenues. La politique de réduction des risques menée en milieu libre depuis le milieu des années 1980 doit impérativement pénétrer la prison. Il est aujourd'hui plus simple de trouver en prison des produits stupéfiants que du matériel d'injection. Les programmes d'échange de seringues (PES) expérimentés dans des prisons suisses, allemandes et espagnoles montrent que les PES ne favorisent pas la toxicomanie et qu'aucun incident de sécurité où la seringue a été utilisée comme une arme n'a été à déplorer.

Le **refus de créer des espaces de consommation encadrés** (salles d'injection) contraint les usagers les plus marginalisés à injecter dans des conditions sanitaires déplorables où ils sont par ailleurs soumis à d'importants niveaux de stress. Ce qui les conduit à multiplier les risques liés à l'injection tout en les privant d'accompagnement médical. De nombreux pays voisins ont mis en place de tels espaces (Suisse, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Pays-Bas) qui permettent de limiter les risques infectieux mais également de mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement pour les usagers accueillis.

L'**interdiction du testing** prive les consommateurs de produits psycho-actifs des moyens de se prémunir contre des produits de mauvaise qualité, donc encore plus dangereux pour leur santé. Il complique par ailleurs considérablement le travail de contact des acteurs de prévention en milieu festif en les privant d'un outil particulièrement attractif auprès d'usagers souvent jeunes et mal informés.

Les faits

Le statut légal de l'usage de produits stupéfiants reste régi par la loi de 1970, qui continue de faire prévaloir la vocation répressive sur la dimension sanitaire du texte.

Selon l'article L3421-4 du code de la santé publique (ex L630), la « provocation à la contravention d'usage de stupéfiants » ou le fait de présenter cette infraction « sous un jour favorable » sont passibles de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

10. Sources :

- MILDT : www.drogues.gouv.fr

- Agence française de réduction des risques (AFR) : <http://reductiondesrisques.free.fr>

- Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT) : www.anit.asso.fr

- Auto-support et réduction des risques parmi les usagers de drogues (ASUD) : www.asud.org

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : LES CONSOMMATEURS DE DROGUES

Ces peines sont aggravées si l'infraction est commise en présence d'un mineur. L'infraction est également caractérisée par voie de presse écrite, audiovisuelle ou télématique. Enfin, l'infraction est constituée lorsque « sont exposés à la vue du public, en quelque lieu que ce soit, tous instruments, matériels ou marchandises ayant pour but ou pour effet d'inciter autrui à la commission desdites infractions. »

Le milieu carcéral ne bénéficie pas de programmes d'échange de seringues. En France, les usagers de drogue représentent 30 % de la population carcérale. La prévalence du VIH est quatre à six fois supérieure en prison qu'à l'extérieur. Plusieurs facteurs de vulnérabilité épidémiologique sont concentrés dans le milieu carcéral. Les témoignages alarmants de médecins ou de personnalités incarcérées, deux rapports parlementaires et un rapport accablant du Commissaire européen aux droits de l'homme ont dénoncé les conditions de détention dans les prisons françaises¹¹. Aucun programme d'échange de seringues susceptible d'éviter des contaminations par les virus du sida ou des hépatites n'est en place.

La loi de 1970 bloque la mise en œuvre de dispositifs de consommation encadrée. Le décret du 14 avril 2005 inscrit pourtant dans la Loi de Santé Publique la possibilité de mettre en œuvre des programmes portant sur les « gestes et procédures destinés à prévenir les complications de l'injection ».

Le testing est interdit. Le décret du 14 avril 2005 (référentiel de réduction des risques auprès des usagers de drogues) interdit la pratique du testing et prévoit des poursuites pénales à l'encontre des acteurs de réduction des risques. Le testing, notamment en milieu festif, permet d'entrer en contact avec des usagers drogues difficilement identifiables car souvent parfaitement intégrés socialement, mais dont les polyconsommations peuvent être problématiques. Le lien créé grâce à cet outil permet d'évaluer avec les usagers de drogues leur situation et d'aborder, avec eux, la question de la fréquence et des modes de consommation. Le testing est l'occasion d'un moment privilégié, qui permet une réflexion sur la consommation pouvant aboutir :

- ▶ au renoncement à la prise d'un produit qui semble douteux,
- ▶ au renoncement à la prise d'un produit qui ne correspond pas aux effets attendus,
- ▶ à repérer des produits « falsifiés ».

La reconnaissance institutionnelle de la RDR au travers du décret portant création du CAARRUD crée les conditions favorables à la mise en place d'une expérimentation sur le testing et l'analyse des produits sur l'ensemble du territoire.

Conclusion

La France continue à privilégier une approche répressive aux dépens des enjeux sanitaires. Elle entrave la politique de réduction des risques menée auprès des consommateurs de drogue, en particulier auprès des personnes détenues extrêmement vulnérables face au VIH/sida.

Recommandations

- ▶ **La France doit abroger la loi du 31 décembre 1970 qui entrave la politique de réduction des risques.**
- ▶ **Du matériel d'injection stérile doit impérativement être rendu disponible en prison parce que la prévalence des infections virales y est très élevée et que la prison surexpose aux risques viraux.**
- ▶ **Les pouvoirs publics, notamment au travers de la MILDT, doivent soutenir la mise en place d'une expérimentation sur le testing et l'analyse des produits sur l'ensemble du territoire et modifier la législation concernant le testing.**

11. Sources :

- Rapport de M. Alvaro Gil-Robles, Commissaire aux droits de l'homme, sur le respect effectif des droits de l'homme en France, suite à sa visite du 5 au 21 septembre 2005 : 15 février 2006, <http://www.coe.int>
- Véronique VASSEUR, Médecin-chef à la prison de la Santé, 2000, Le Cherche-Midi.
- Rapports parlementaires sur la situation dans les prisons françaises, 2000, www.assembleenationale.fr

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : LES PERSONNES ÉTRANGÈRES / MIGRANTES

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie »

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Explicitation des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir la santé des groupes vulnérables.

Contexte

Les étrangers malades en France vivent trop souvent dans des conditions de séjour extrêmement précaires qui les fragilisent et ne leur garantissent pas les conditions d'accès à la prévention et aux soins. Le Conseil national du sida a récemment rappelé les interactions entre la politique du droit au séjour et la lutte contre le VIH¹².

En effet, des conditions de vie précaires - en termes de séjour, d'emploi, de logement, ou de situation familiale - ont des implications directes sur l'état de santé des personnes. Une prise en charge médicale précoce, mais aussi psychologique et sociale, permet un meilleur contrôle de l'infection par le VIH et participe des conditions favorables à la prévention de sa transmission. La possibilité de travailler est essentielle car elle confère l'autonomie financière permettant des conditions de vie décentes. Le bénéfice du regroupement familial est également important pour les étrangers vivant avec le VIH, car la présence et l'accompagnement d'un proche jouent un rôle primordial dans l'adhésion au traitement. Ainsi, toute mesure qui affecte les conditions de stabilité des étrangers risque d'avoir un impact négatif sur la santé publique. L'accès aux soins pour tous les patients, quelle que soit leur situation administrative, et le droit au séjour pour soins constituent des éléments essentiels à une lutte efficace contre l'épidémie.

Or, le gouvernement français, dans sa volonté de maîtriser les flux migratoires, met en place un arsenal législatif et juridique de plus en plus contraignant pour les étrangers, rendant leurs conditions d'existence particulièrement difficiles. De plus, le droit au séjour des étrangers malades fait l'objet de détournements de procédures inacceptables de la part des administrations, ayant de graves conséquences sur les conditions de vie des personnes malades et sur leur prise en charge médicale.

Les faits

Depuis 2001, la France a augmenté les expulsions et les tentatives d'expulsions d'étrangers séropositifs vers des pays où ils n'ont pas accès aux soins. Certaines mauvaises pratiques de la part des préfetures et des médecins inspecteurs de santé publique aboutissent à des expulsions d'étrangers malades¹³. Des difficultés sont rencontrées lors du dépôt de la demande de titre de séjour : mauvaises conditions d'accès aux préfetures, exigence par la préfeture de pièces non prévues par les textes, refus d'enregistrer certaines demandes et non-délivrance de r  cepiss   notamment.

Le nombre de refus augmente, souvent motivés par un avis défavorable de l'autorité médicale, le plus souvent basé sur un critère d'accessibilité des traitements dans le pays d'origine. Or, deux tiers des avis médicaux postulant l'accessibilité des traitements dans le pays d'origine sont contredits par le tribunal administratif.

La France a restreint, dans ses pratiques administratives, le droit au séjour et à la stabilité des étrangers séropositifs. La délivrance abusive d'Autorisation provisoire de séjour (APS), constatée en lieu et place de la carte de séjour, est à déplorer. L'APS ne devrait être délivrée qu'aux étrangers malades ne pouvant pas justifier d'une ancienneté de résidence d'au moins un an en France. Or, selon l'Observatoire du droit à la santé des étrangers, elles représentent plus du tiers des titres de séjours délivrés pour raison médicale. Leur validité n'est que de quelques mois et la plupart ne sont pas assorties d'autorisation de travail.

Des refus d'instruction, des taxes abusives et des rejets systématiques des demandes de cartes de résident ou encore la non prise en compte des domiciliations administratives sont également à d  plorer¹⁴.

En 2005, la France a restreint l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière sur le sol français. Le 29 juillet 2005, deux décrets relatifs aux conditions d'accès à l'Aide Médicale de l'Etat (AME) sont publiés au journal officiel. L'AME est un système de prise en charge des soins des personnes résident en France exclues de la couverture maladie universelle au motif qu'elles n'ont pas

12. Le Conseil national du sida, réuni en séance plénière le 27 avril 2006, a voté une note valant avis consacrée aux conséquences en santé publique des restrictions en matière d'immigration, www.cns.sante.fr

13. Voir rapports annuels de la Cimade : www.cimade.org

14. Ces dysfonctionnements ont été document  s et analysés notamment par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) et par l'association AIDES : ODSE « Un projet de loi dangereux pour la santé des étrangers », Analyse du projet de loi sur l'immigration et l'intégration 2006 par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) », www.odse.eu.org

AIDES : « Enq  tre sur l'accès au séjour, aux soins et à l'hébergement des étrangers séropositifs au VIH en 2004 », www.aides.org

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : LES PERSONNES ÉTRANGÈRES / MIGRANTES

ou plus de titre de séjour et dont les ressources sont inférieures à 576 euros par mois?¹⁵ Elle a concerné environ 160 000 personnes en 2004 pour un montant programmé dans la loi de finances en 2005 à 233 480 000 euros.

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 instaure une condition de résidence de trois mois ininterrompus sur le territoire français pour bénéficier de l'AME. Pour prouver ces trois mois de résidence ininterrompus :

- ▶ un premier décret en Conseil d'Etat¹⁶ supprime le caractère déclaratif des informations nécessaires à l'obtention de l'AME en lui substituant une exigence de pièces justificatives,
- ▶ un second décret¹⁷ établit la liste de ces justificatifs.

Comment sont censés faire les étrangers malades présents sur le territoire depuis moins de trois mois, ou ceux qui ne sont pas en mesure de produire les justificatifs ? Ces décrets excluent des personnes du système de santé, retardent la prise en charge des personnes et font courir des risques graves de santé publique (prise en charge tardive, propagation de maladies sexuellement transmissibles).

En 2006, la France relèguera encore davantage de migrants dans la clandestinité. Le gouvernement français a présenté, en 2006, un projet de loi sur l'immigration et l'intégration qui prévoit d'introduire en France un régime d'immigration « choisie ». Les étrangers malades sont directement concernés par cette réforme. L'une des versions préparatoires du projet de loi¹⁸ prévoyait la suppression du droit au séjour de plein droit des étrangers malades. Sous la pression des associations, le gouvernement a renoncé à modifier cet article. Le projet de loi dans son ensemble a néanmoins des conséquences directes sur la santé des étrangers et sur la santé publique. Comme le démontre l'analyse de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers¹⁹, il empêche les régularisations notamment au titre du droit de vivre en famille et de l'ancienneté de la résidence sur le territoire et généralise les statuts administratifs précaires. Le projet de loi réduit enfin le contrôle exercé par la justice administrative, ainsi que les droits de la défense, en ce qui concerne les procédures d'éloignement du territoire français.

La France renforce son dispositif d'interpellations des étrangers en situation irrégulière. La circulaire du 21 février 2006 relative aux conditions d'interpellation d'un étranger en situation irrégulière²⁰ précise que des interpellations peuvent être effectuées dans les hôpitaux, les centres d'accueil pour toxicomanes, les salles d'attentes et halls d'accueil des sièges d'associations, les foyers et les centres d'hébergement. Cette répression accrue à l'encontre des sans-papiers les éloignera des structures et dispositifs sociaux et médicaux. Elle aura des effets délétères sur la prévention, l'accès aux soins et l'accès aux droits de ces personnes.

Conclusion

Contrairement à son engagement, non seulement la France n'a pris aucune mesure pour protéger la santé des populations étrangères / migrantes sur son territoire depuis 2001, mais elle a pris un ensemble de mesures directement préjudiciables à leur santé, notamment en matière d'accès aux soins et de droit au séjour. Comme l'indiquent plusieurs études, les personnes étrangères / migrantes malades se heurtent à l'arbitraire et aux dysfonctionnements des préfectures et des médecins inspecteurs de santé publique, qui les placent dans des situations inextricables et nuisibles à leur santé.

Recommandations

- ▶ **Garantir le droit au séjour pour les personnes malades ne pouvant pas disposer effectivement d'une prise en charge de qualité dans leur lieu de vie.**
- ▶ **Le ministre de l'Intérieur doit demander publiquement à ses agents d'appliquer la loi et de respecter la transparence des procédures afin que le droit au séjour ne fasse plus l'objet de détournements de procédures de la part des préfectures et des médecins inspecteurs de santé publique.**
- ▶ **La Couverture Maladie Universelle (CMU) doit être accordée à toutes les personnes résidant en France, y compris les sans-papiers.**

15. Article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

16. Décret n° 2005-859

17. Décret n° 2005-860

18. Source : projet de loi, document de travail interministériel daté du 18 décembre 2005, article 313-11-11°.

19. Source : « Un projet de loi dangereux pour la santé des étrangers, Analyse du projet de loi sur l'immigration et l'intégration 2006 par l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) » (www.odse.eu.org).

20. Circulaire du 21 février 2006 relative aux conditions d'interpellation d'un étranger en situation irrégulière, Ministre d'Etat, Ministre de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire, Le garde des sceaux, Ministre de la Justice, N°NOR : JUSD0630020C.

VIH/SIDA ET DROITS DE L'HOMME / PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : LES PERSONNES TRANSGENRES

Engagements 58 et 64

Droits de l'homme

« 58. D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie »

Protection des personnes vulnérables

« 64. D'ici à 2003, élaborer des stratégies, politiques et programmes au niveau national, appuyés par des initiatives régionales et internationales, s'il y a lieu, ou renforcer ceux qui existent déjà, dans le cadre d'une approche participative, afin de promouvoir et protéger la santé des groupes dont on sait qu'ils ont des taux de séropositivité élevés ou en progression ou dont les données de santé publique indiquent qu'ils courent un plus grand risque ou sont les plus vulnérables face à l'infection sous l'influence de facteurs comme les origines locales de l'épidémie, la pauvreté, les pratiques sexuelles, la toxicomanie, les moyens de subsistance, le placement dans une institution, les bouleversements de la structure sociale et les mouvements de population forcés ou volontaires ».

Explication des engagements

La France s'est engagée à éliminer toute forme de discrimination envers les groupes vulnérables, à veiller au respect de leurs droits et libertés fondamentaux et à promouvoir la santé des groupes vulnérables.

Contexte

Le Programme National de Lutte contre le Sida 2005-2008 de la Direction Générale de la Santé liste les personnes transgenres (personnes vivant sous une identité de genre différente de leur sexe biologique d'origine, qu'elles soient opérées ou non) parmi les groupes hautement vulnérables au VIH²¹.

Les maigres données disponibles sont particulièrement alarmantes quant à la vulnérabilité des personnes transgenres face au VIH. L'étude réalisée par W. Bockting et S. Kirk²² indique que les taux de séro-prévalence ville par ville parmi les transgenres américains avoisinent les 30 %. Quant à l'Europe, la seule étude disponible est celle de l'association portugaise Associação para o Estudo e Defesa do Direito à Identidade de Género, qui fournit des chiffres de séro-prévalence situés entre 45 et 55 % chez les personnes transgenres.

Les faits

Le 30 décembre 2004, la France a adopté une loi de lutte contre les discriminations. Cette loi prend en compte spécifiquement les discriminations racistes (article 19), sexistes et homophobes (articles 20, 21 et 22), mais à aucun moment elle ne prend en compte les discriminations transphobes²³. Les associations de personnes transgenres avaient été reçues fin 2004 par Bernard Stasi, président de la mission de préfiguration de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, ainsi que par le cabinet du Premier Ministre, pour exprimer leur besoin urgent d'une prise en compte des discriminations transphobes à la même hauteur que les discriminations racistes ou homophobes. Le gouvernement a refusé.

La Direction Générale de la Santé, dans son Programme National de Lutte contre le Sida 2005-2008, prévoit de :

- ▶ « réaliser une étude sur le VIH et les IST dans la population des transgenres [d'ici 2008] » ;
- ▶ « communiquer sur la prévention du VIH et des IST spécifique aux pratiques et situation de cette population [d'ici 2008] ».

En mars 2006, aucune de ces deux actions n'a encore été menée.

En 2006, seule une association spécifique sur cette thématique est subventionnée par l'Etat pour la lutte contre le sida chez les personnes transgenres. Il s'agit d'une association communautaire qui travaille auprès des personnes transgenres migrantes se prostituant sur la voie publique en Ile-de-France. S'il est indubitable que ces personnes sont parmi les plus vulnérables au VIH, la majorité des personnes transgenres en France ne se prostitue pas mais reste néanmoins très exposée au virus.

Conclusion

La France n'a pas respecté son engagement à éliminer les discriminations envers les personnes transgenre, alors que la loi du 31 décembre 2004 lui en a offert l'occasion. Contrairement à ce qu'avait prévu la Direction Générale de la Santé, cinq ans après les engagements pris à l'ONU, la France n'a toujours pas le projet d'élaborer un programme national en direction des personnes transgenres.

Recommandations

- ▶ Une étude épidémiologique sur le VIH chez les personnes transgenres doit être menée, afin d'en évaluer précisément la prévalence, l'incidence et les déterminants.
- ▶ La France doit donner aux personnes transgenres les mêmes protections contre les discriminations que celles données à d'autres motifs (sexistes, racistes).
- ▶ Des programmes d'envergure pour l'accès à la prise en charge médicale et psychosociale doivent être mis en place, ainsi qu'à la prévention VIH, spécifiquement en direction des personnes transgenres.
- ▶ La France doit mettre fin à la discrimination légale à l'encontre des personnes transgenres : classification des personnes transgenres comme malades mentaux, refus de changement d'identité (papiers, numéro de sécurité sociale, etc).

21. Pages 33 et 35.

22. *Transgender and HIV*, publiée chez Howarth Press aux Etats-Unis en 2000.

23. La loi n°2004-1486 du 30 décembre 2004, portant création de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, prévoit la « mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes dans distinction d'origine ethnique » (article 19), et la « lutte contre les propos discriminatoires à caractère sexiste ou homophobe » (articles 20, 21 et 22).

Engagement 70

« Accroître les investissements afin d'**accélérer la recherche sur la mise au point de vaccins contre le VIH**, tout en renforçant les capacités de recherche nationale, notamment dans les pays en développement, en particulier pour les souches virales prévalant dans les régions gravement affectées; de plus, **soutenir et encourager l'augmentation des investissements dans la recherche-développement sur le VIH/sida aux niveaux national et international**, y compris les recherches biomédicales, opérationnelles, sociales, culturelles et comportementales et dans le domaine de la médecine traditionnelle, pour: améliorer les méthodes préventives et thérapeutiques; élargir l'accès aux technologies de prévention, de soins et de traitement concernant le VIH/sida (et les infections opportunistes et tumeurs connexes, ainsi que les maladies sexuellement transmissibles), y compris les **méthodes sur lesquelles les femmes exercent un contrôle et les bactéricides**, en particulier les vaccins appropriés, non dangereux et à un coût abordable contre le VIH, et leur administration, ainsi que les diagnostics, tests et méthodes visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant; faire mieux comprendre les facteurs influant sur l'épidémie et les mesures à prendre pour la combattre, notamment par l'augmentation des ressources et l'établissement de partenariats entre le secteur public et le secteur privé; créer un climat propice à de telles activités de recherche; et veiller à ce que ces activités soient conformes aux **normes éthiques** les plus élevées. »

Explication de l'engagement

La France s'est engagée à :

- ▶ accroître les investissements afin d'accélérer la recherche sur la mise au point de vaccins contre le VIH,
- ▶ soutenir et encourager l'augmentation des investissements dans la recherche-développement sur le VIH/sida aux niveaux national et international,
- ▶ veiller à ce que les activités de recherche et développement soient conformes aux normes éthiques les plus élevées.

Contexte

En 2005, le budget de l'Agence nationale de recherches sur la sida et les hépatites virales (ANRS) était de 38 millions d'euros, dont 6,5 % consacré aux recherches en sciences de l'homme et de la société, et 17 % aux recherches dans les pays en développement. Il est resté stable entre 2000 et 2005, bien que l'ANRS ait investi la recherche concernant les hépatites. En 2005, 5 millions d'euros ont été consacrés à ce nouveau champ de recherche.

La recherche sur la mise au point d'un vaccin est essentielle dans la lutte contre le sida. Parallèlement, d'autres aspects de la recherche doivent impérativement être développés. La recherche sur les effets indésirables des médicaments est indispensable pour les personnes touchées. La recherche en sciences sociales, notamment sur les conditions de vie, la qualité de vie, les comportements, mais aussi l'image de l'infection par le VIH dans la société, doit être développée, en particulier dans ses aspects opérationnels (interventions et évaluation). En effet, ces facteurs pèsent sur la qualité de vie ainsi que sur la prise en charge globale des personnes et mettent en danger l'observance des traitements.

La féminisation de l'épidémie est une réalité, en France comme dans le reste du monde²⁴. Pourtant, depuis le début de l'épidémie, la recherche s'est peu intéressée aux spécificités de l'infection chez les femmes, hormis la question de la transmission du virus de la mère à l'enfant. Les femmes restent très insuffisamment représentées dans les essais thérapeutiques et les interactions médicamenteuses sont encore mal connues, notamment avec les traitements hormonaux. L'adaptation des traitements au poids et au métabolisme des femmes n'a pas été prise en compte.

Pour pallier leur vulnérabilité spécifique face au VIH/sida, les femmes qui ne sont pas toujours en mesure de négocier un rapport sexuel protégé doivent avoir les moyens de devenir actrices de leur prévention. Les microbicides, qui ont vocation à élargir la palette des outils de protection à disposition des populations les plus vulnérables, répondent à cette exigence.

Les faits

L'ANRS a fait de la recherche d'un vaccin préventif contre l'infection par le VIH l'une de ses priorités. 1/5^{ème} de son budget, soit environ 10 millions de dollars, est consacré au vaccin préventif. En 10 ans, l'ANRS a engagé 16 essais vaccinaux en France.

La recherche sur les **effets indésirables** des médicaments, en particulier après leur commercialisation, et sur les moyens de remédier à ces effets indésirables est insuffisante, malgré l'engagement de l'ANRS et l'évolution partielle de l'attitude des agences d'enregistrement des médicaments (AFSSAPS pour la France, EMEA pour l'Europe). Le problème majeur reste l'absence ou l'insuffisance d'engagement des laboratoires pharmaceutiques dans ce domaine²⁵. Si l'efficacité des traitements est globalement la même que l'on soit homme ou femme, certains effets indésirables sont plus fréquents et parfois plus sévères chez les femmes. Le suivi des effets indésirables déclinés selon le sexe est donc indispensable.

La **recherche opérationnelle**, permettant de mettre en place et/ou d'évaluer des interventions ou programmes de prévention ou de soutien aux personnes séropositives, n'est pas suffisamment développée. En témoigne le faible nombre de recherches de ce type soutenues par l'ANRS.

Microbicides : 60 molécules sont aujourd'hui en cours de développement, dont quatre sont en phase III (essai d'efficacité et des conditions d'efficacité à grande échelle sur une population exposée). Des stratégies de recherche innovantes doivent être mises en place afin de parvenir le plus rapidement possible à un microbicide de référence qui permettra de déboucher sur l'essai des microbicides chez les femmes séropositives.

24. Les dernières données épidémiologiques sont alarmantes : 42 % des nouvelles contaminations en France concernent des femmes, dont plus de 50 % sont d'origine sub-saharienne (Source INVS).

25. Références : Journée de réflexion scientifique « Le corps malmené par le VIH et les traitements (maladie au long cours) », 1er avril 2005, organisée au ministère de la Santé par le groupe inter-associatif TRT-5, avec l'intervention et en présence de chercheurs, cliniciens, représentants des autorités de santé, personnes séropositives et associatifs. Actes téléchargeables (ou envoi sur demande) : www.trt-5.org — Rapport 2004 sous la direction du Pr JF Delfraissy : Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Chapitre complications. Médecine-Sciences Flammarion éd. Téléchargeable sur : www.sante.gouv.fr

Une quinzaine d'essais de recherche clinique sur les microbicides sont menés dans le monde²⁶ pour évaluer leur innocuité, leur acceptabilité et leur efficacité. La plupart de ces essais, surtout en phase III, ont lieu dans des pays à très forte prévalence. Les questions éthiques portent sur :

- ▶ l'exposition des personnes non protégées par le préservatif pendant les essais en phase III (candidat microbicide versus placebo),
- ▶ la prise en charge des femmes qui apprennent leur séropositivité lors des examens de pré-inclusion et de celles qui deviennent séropositives au cours des essais.

La charte du Partenariat International pour les Microbicides (IPM) sur l'encadrement des essais²⁷, adoptée en avril 2006, garantit la protection des populations rentrant dans les essais. Il faudra veiller à sa stricte application.

Conclusion

Si la France est engagée de manière satisfaisante dans la recherche vaccinale chez les personnes séronégatives, d'autres champs de la recherche sur le VIH/sida doivent être développés, en France et en Europe.

Recommandations

- ▷ **Des recherches doivent être effectuées sur les interventions susceptibles d'agir favorablement sur les facteurs de santé des personnes séropositives en traitement.**
- ▷ **La France doit soutenir la recherche française ou internationale sur les microbicides et veiller à la stricte application de la charte sur l'encadrement des essais du Partenariat International pour les Microbicides.**
- ▷ **La France doit consentir un effort financier pour soutenir la recherche sur des techniques de suivi biologique de l'infection à VIH adaptées au contexte des pays en développement (faible coût de fabrication et de gestion, faible technicité d'utilisation).**
- ▷ **La France doit assurer une plus grande participation des femmes aux essais et déterminer avec le secteur privé des stratégies de recherches pour évaluer, après la commercialisation, l'utilisation au long cours des traitements (effets indésirables, qualité de vie, impact...)**

26. Source : Alliance for Microbicide Development, www.microbicide.org

27. Lignes directrices pour les essais cliniques du Partenariat International pour les Microbicides : www.ipm-microbicides.org/guidelines.htm

Engagement 80

« D'ici à 2005, **atteindre**, par étapes successives, un montant annuel de dépenses globales de **7 à 10 milliards de dollars** des États-Unis pour la lutte contre l'épidémie dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ainsi que dans les pays qui connaissent ou risquent de connaître une propagation rapide du VIH/sida, aux fins de la prévention de la maladie, des soins, du traitement et du soutien à apporter aux personnes atteintes, et de la réduction des incidences du VIH/sida, et prendre des mesures pour obtenir les ressources nécessaires, en particulier auprès de pays donateurs et par prélèvement sur les budgets nationaux, compte tenu du fait que les ressources des pays les plus touchés sont très limitées. »

Explication de l'engagement

Atteindre 7 à 10 milliards de dollars pour la lutte contre l'épidémie, ressources à obtenir en particulier auprès des pays donateurs.

Contexte

Le chiffre de sept à dix milliards de dollars correspondait, en 2001, au montant auquel l'ONUSIDA estimait alors que s'élèverait, en 2005, le coût d'une lutte efficace contre la pandémie (le critère d'efficacité étant défini comme « susceptible d'enrayer la progression et de réduire l'impact de la maladie »).

En fonction du degré de mobilisation de la communauté internationale dès 2002, l'ONUSIDA estimait que le coût pouvait varier de 7 à 10 milliards. En effet, si une forte mobilisation se mettait en place dès 2002, la progression de la pandémie les années suivantes s'en trouverait ralentie, si bien le coût d'une lutte efficace en 2005 s'en trouverait comparativement réduit.

Il ne s'agit donc pas d'un engagement à atteindre n'importe quelle somme située entre 7 et 10 milliards de dollars, mais d'un engagement à atteindre, en 2005, le montant nécessaire au contrôle de la pandémie, montant pouvant varier entre 7 et 10 milliards de dollars selon la mobilisation des années précédentes.

En juillet 2004, l'ONUSIDA a annoncé que le coût d'une lutte mondiale contre le sida (LMCS) efficace s'élèverait, pour 2005, à 12 milliards de dollars, en raison des retards pris les années précédentes. Dans ce contexte, il apparaît que les États se sont engagés, pour 2005, à un minimum de 10 milliards de dollars.

L'engagement prévoit « d'obtenir les ressources nécessaires auprès de pays donateurs, compte tenu du fait que les ressources des pays les plus touchés sont très limitées ». Ainsi, l'engagement tient compte dès le départ du fait que les pays en développement ne sont pas en mesure d'autofinancer cette augmentation des ressources et appelle les pays donateurs à la prendre en charge. Il s'adresse bien aux pays de l'OCDE qui doivent assumer l'augmentation des ressources jusqu'à 10 milliards de dollars.

Les faits

Selon l'ONUSIDA, « au niveau mondial il manquait en 2005 environ 4 milliards de dollars, sur les 12 milliards nécessaires »²⁸. En 2005, seulement 8,3 milliards de dollars étaient estimés disponibles. Selon le ministère des Affaires étrangères, la France a contribué à la lutte mondiale contre le sida, en 2005, à hauteur de 145 millions de dollars²⁹. Ce chiffre représente moins d'un quart de la somme que la France aurait dû verser en 2005, que l'on peut estimer à 600 millions de dollars (soit 6 % de 10 milliards de dollars)³⁰.

La France, avec 140 millions de dollars consacrés à la lutte mondiale contre le sida en 2004, arrivait en 5^{ème} position des pays financeurs, derrière les États-Unis (1600 millions de dollars), la Grande-Bretagne (600 millions), le Canada (190) et le Japon (145)³¹.

Conclusion

Les pays riches n'ont pas tenu l'engagement à augmenter fortement et rapidement, dès 2002, les ressources apportées aux pays en développement pour juguler la pandémie. Parmi les pays riches, la France, malgré son fort soutien au Fonds Mondial depuis 2004, reste très en-deçà de la part de l'engagement qui lui revient.

En 2005, les chefs d'État des pays riches ont pris un nouvel engagement en matière de lutte mondiale contre le sida : l'accès universel au traitement d'ici 2010. D'après l'ONUSIDA, en 2008, 22 milliards de dollars seront nécessaires pour juguler la pandémie.

En dépit des enjeux, chaque pays riche se contente pour l'instant de mettre en avant les aspects positifs de sa politique de coopération et de proclamer qu'il ne pourra pas augmenter sa contribution à la lutte mondiale contre le sida tant que les autres pays riches ne l'auront pas imité.

Recommandations

- ▷ **Le mode actuel de répartition de la charge du financement de la lutte mondiale contre le sida n'est pas satisfaisant. Pour faire concorder les ressources et les besoins, les pays riches doivent impérativement s'accorder sur un mode de répartition contraignant et transparent (par exemple, en fonction de la part de chacun dans le PIB de l'OCDE).**
- ▷ **Afin de pérenniser et de sécuriser les financements, la France devrait être à l'initiative d'une réunion des chefs de gouvernement de l'OCDE avant la fin de l'année, pour avaliser un mode de répartition de l'aide extérieure pour la lutte mondiale contre le sida.**

28. *Ressource Needs*, ONUSIDA, août 2005, p.12.

29. Ministère des affaires étrangères, www.diplomatie.gouv.fr, 10 mai 2005.

30. Le PIB de la France en 2005 (2105 milliards US\$) représentait 6 % du PIB de l'OCDE (34 864 milliards US\$), *Gross Domestic Product, Main Economic Indicators*, OCDE, mars 2006.

31. Rapport ONUSIDA, août 2005.

Engagement 85

« *Intégrer les mesures de lutte contre le VIH/sida dans les programmes d'aide au développement et les stratégies d'éradication de la pauvreté, selon les besoins, et encourager dans toute la mesure possible l'efficacité et la transparence dans l'utilisation de toutes les ressources allouées.* »

Explication de l'engagement

La France s'est engagée à intégrer la lutte contre le VIH/sida dans l'ensemble des stratégies et programmes liés au développement et à la lutte contre la pauvreté.

Contexte

De par le poids social et économique qu'elle fait peser sur les sociétés, l'épidémie de VIH/sida a des répercussions importantes sur tous les leviers du développement et entrave toutes les stratégies d'éradication de la pauvreté. C'est la raison pour laquelle les Etats membres des Nations unies se sont engagés sur ce sujet en 2001.

La lutte contre l'épidémie ne doit dès lors plus être considérée comme un champ d'intervention parmi d'autres. Elle doit être une préoccupation systématique pour tous les acteurs et dans tous les programmes d'aide au développement. Cet engagement avait été accueilli favorablement par les associations, dans la mesure où il devait préfigurer un véritable changement d'échelle dans la lutte contre l'épidémie.

La France a fait le choix de développer, depuis 2001, une stratégie spécifique de lutte contre le VIH/sida axée sur sa contribution aux outils multilatéraux, au Fonds Mondial notamment, et intégrant toutes les dimensions de la réponse, depuis la prévention de l'épidémie jusqu'au traitement. Entre 2001 et 2004, le pourcentage de l'aide publique française consacré à la lutte contre le sida est passé de 0,5 à 2 %³². Le secteur de la santé ne représentait que 4 % de l'aide publique au développement française (APD) en 2004, contre 11 % en moyenne pour les pays de l'OCDE. La stratégie sectorielle française prévoit cependant de parvenir à ce pourcentage dès 2007.

Les faits

Aucun élément particulier ne permet d'assurer la prise en compte de la lutte contre l'épidémie dans les autres programmes d'aide au développement soutenus par la France. En effet, les procédures d'élaboration et d'examen des projets et programmes portés ou soutenus par le dispositif de coopération français ne prévoient pas l'étude de leur pertinence ou de leur cohérence au regard des impératifs de la lutte contre l'épidémie. La prévention, ainsi que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH, ne sont pas prises en compte.

D'autre part, en Afrique de l'Ouest, sur 16 postes diplomatiques, seul un (celui du Niger) a inclus la santé parmi ses trois secteurs de concentration de l'APD³³, qui déterminent les priorités de la coopération. Pour les 15 autres postes, la santé n'est pas prioritaire.

Le faible investissement de la France dans le secteur de la santé en général ne favorise pas un environnement propice à la lutte contre l'épidémie. Dans la plupart des pays, les dispositifs de santé sont appauvris, tant sur le plan des structures que sur le plan des ressources humaines formées. Cependant, les objectifs fixés pour 2007, s'ils sont tenus, pourraient permettre de retrouver les moyens des ambitions affichées en matière de santé.

Conclusion

L'aspect transversal de la lutte contre le VIH/sida n'a pas été transposé dans les modalités d'élaboration des programmes d'aide et aucune formation n'a été mise en œuvre pour permettre aux personnels qui en assument la charge de l'intégrer. En effet, la maîtrise de l'épidémie et les déterminants de la prévention et de la prise en charge des personnes requièrent des compétences que les agents de la coopération ne peuvent avoir sans recevoir les formations complémentaires adéquates.

Recommandations

- ▷ **Concentrer les moyens prévus en matière de santé à la construction ou la reconstruction des systèmes de santé dans les pays concernés, notamment en terme de ressources humaines.**
- ▷ **Intégrer les questions directement liées à la stigmatisation et aux discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida dans les programmes d'aide au développement.**
- ▷ **Proposer des programmes de formation des agents de la coopération française pour une meilleure appropriation des impératifs de la lutte contre l'épidémie dans l'ensemble des programmes de développement.**

32. Coordination SUD : L'APD française et la politique de coopération au développement : Etats des lieux, analyse et propositions - 2005

33. 80 % de l'APD doit être concentré dans les trois secteurs de concentration retenus.

Engagement 87

« Mettre en œuvre immédiatement l'Initiative renforcée en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE) et **décider d'annuler toutes les dettes publiques bilatérales** de ces pays dès que possible, en particulier celle des pays les plus touchés par le VIH/sida, en contrepartie d'engagements concrets de leur part concernant l'éradication de la pauvreté, et insister pour que les économies réalisées au titre du service de la dette servent à financer des programmes d'éradication de la pauvreté, en particulier pour la prévention et le traitement du VIH/sida et les soins et le soutien à apporter aux personnes atteintes du VIH/sida et aux personnes souffrant d'autres infections ».

Explication de l'engagement

Les Etats se sont engagés à mettre en œuvre l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (IPPTE) renforcée sans délai et d'annuler, ou de prendre la décision d'annuler, les dettes bilatérales publiques des pays pauvres très endettés (PPTE).

Contexte

Suite au sommet du G7 de Lyon en 1996, le FMI et la Banque mondiale ont lancé un plan global de réduction de la dette, l'initiative en faveur des PPTE, renforcée en 1999. Il s'agissait de ramener la dette extérieure des pays pauvres à un niveau dit viable, d'après les critères du FMI.

L'IPPTE est mise en œuvre sur trois étapes :

► Analyse de la viabilité de la dette.

► Si la dette est jugée insoutenable et quand des progrès suffisants vers la satisfaction des critères retenus sont réalisés, passage au point de décision (allègements intérimaires sur le service de la dette exigible).

► Si les réformes sont jugées satisfaisantes, passage au point d'achèvement et allègement supplémentaire pour ramener la dette à un niveau viable.

L'initiative PPTE est largement analysée et critiquée par la plate-forme dette et développement³⁴, avec les conclusions suivantes :

► les critères d'éligibilité, très restrictifs, conduisent à écarter du processus de réduction de la dette des pays pourtant très pauvres (Haïti, Mongolie, Kenya, Vietnam...), ou des pays dits « à revenus intermédiaires », mais dont le niveau d'endettement est un obstacle majeur au développement (Philippines, Pérou, Indonésie...);

► les montants concernés sont marginaux par rapport au volume total des dettes des PED.

Les faits

Au 2 mars 2006, sur les 42 PPTE sélectionnés à l'origine (parmi 165 PED), seuls 19 ont atteint le point d'achèvement et 28 le point de décision. Seuls cinq nouveaux Etats ont franchi le point de décision après juin 2001, date de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida³⁵.

Selon le Rapport du gouvernement au Parlement sur les activités du FMI et de la BM (juillet 2004-juil 2005), les allègements de dette consentis par la France représentent 12,7 milliards d'euros. En 2005, l'APD française déclarée frôle les 0,5 % de son RNB³⁶. Non seulement l'engagement de consacrer l'équivalent de 0,7 % du PIB à l'APD, pris en 1970, n'est toujours pas atteint, mais ce volume d'APD est artificiellement gonflé par les annulations de dettes : 30 % du volume d'APD annoncé correspond à des annulations de dettes en 2005³⁷. Si les dettes sont annulées, les montants dégagés viennent donc, en partie, se substituer à l'APD. En outre, 90 % des allègements de dette consentis dans le cadre de l'initiative PPTE correspondent en fait à un abandon de créances pour seul motif comptable, puisqu'elle ne concernent que des dettes impayables, sans valeur réelle³⁸.

Dans le cadre du volet « annulation des créances d'Aide Publique au Développement (APD) » de l'initiative PPTE, la France signe des Contrats de désendettement et de Développement (C2D) qui organisent le **refinancement par dons**, dans le budget du pays, des échéances d'APD remboursées par les États partenaires.

En 2003, sur les 19 pays africains potentiellement concernés, seuls six avaient conclu un C2D avec la France (le Ghana, Madagascar, la Mauritanie, le Mozambique, l'Ouganda et la Tanzanie), dont deux contenant des mesures relatives à la lutte contre le sida (Mozambique et Ouganda)³⁹. Sur les 4 milliards d'euros annoncés⁴⁰, seules quelques dizaines de millions d'euros ont été décaissées⁴¹.

Conclusion

Si la France n'est pas directement responsable des retards dans la mise en œuvre de l'initiative PPTE, son rôle particulier à la Banque Mondiale et du FMI aurait dû lui permettre d'agir plus efficacement afin que les allègements de dette soient « immédiats ».

Très peu de pays ont pu bénéficier des C2D, car leur conclusion est conditionnée à l'atteinte incertaine du point d'achèvement dans le cadre de l'IPPTE. Pendant ces délais, les pays concernés continuent de rembourser leur dette : chaque retard a donc pour effet de diminuer les montants de dette effectivement refinancés. Enfin, et en dépit de certaines avancées⁴², les populations concernées ne sont guère associées à la définition et au suivi des projets financés.

Recommandations

- **Les annulations de dettes commerciales doivent être exclues du calcul du montant de l'APD française.**
- **Les procédures d'annulation doivent être simplifiées afin de limiter les retards.**
- **Les critères d'accès aux plans d'annulation de dettes doivent être assouplis, afin de ne pas exclure des Etats très pauvres du processus.**

34. Voir notamment : www.crid.asso.fr et www.coordinationsud.org — 35. Bulletin du FMI, volume 35, n°5, 20 mars 2006 — 36. Le RNB (ancien PNB) correspond à la somme du PIB et des revenus reçus du reste du monde. 37. Extraits des rapports parlementaires sur le PLF 2005 concernant les annulations de dette, Rapport général annexe 2 de M. Michel CHARASSE, fait au nom de la commission des finances. 38. Source : rapport de coordination sud, « L'APD française et la politique de coopération au développement : Etats des lieux, analyse et propositions », version actualisée 2005. 39. Conseil de Surveillance de l'Agence française de développement, « Volet bilatéral de l'initiative PPTE, bilan d'un an et demi de mise en œuvre des C2D », juin 2003. 40. « La France, partenaire du NEPAD – Plan d'action pour l'Afrique », document distribué par la délégation française lors du Sommet du G8 à Evian. 41. 43 millions d'euros d'engagements réalisés en 2003 (Conseil de Surveillance de l'Agence française de développement, « Volet bilatéral de l'initiative PPTE, bilan d'un an et demi de mise en œuvre des C2D », juin 2003). 42. Un membre de la plate-forme Dette a pu participer à la mission de revue du C2D en Mauritanie en juillet 2005, ce qui constitue une petite avancée (mais les partenaires mauritaniens n'ont pas pu être impliqués et les frais afférents à cette présence n'ont pas été pris en charge par le gouvernement). Source : « Bilan de 2005 : plus d'excuses ! sur la dette des pays du Sud », Jean Merckaert, CCFD et coordinateur de la plate-forme Dette&Développement, 23/01/2006.

Engagement 90

« Appuyer la création, à titre prioritaire, d'un fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida et pour la santé destiné, d'une part, à financer une action urgente et de grande envergure visant à combattre l'épidémie, fondée sur une approche intégrée de la prévention, des soins, du soutien et du traitement à apporter aux personnes atteintes et, d'autre part, à aider les gouvernements, notamment dans les efforts qu'ils entreprennent pour combattre le VIH/sida, la priorité étant accordée, comme il se doit, aux pays les plus touchés, en particulier ceux de l'Afrique subsaharienne et des Caraïbes et aux pays à haut risque; et mobiliser les contributions de sources publiques et privées en faveur du fonds en faisant appel en particulier aux pays donateurs, aux fondations, aux milieux d'affaires, notamment aux sociétés pharmaceutiques, au secteur privé, aux philanthropes et aux personnes fortunées. »

Explication de l'engagement

Par cet article, la France s'est engagée à appuyer la création d'un Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida et pour la santé et à mobiliser les contributions de sources publiques et privées en faveur du Fonds.

Contexte

L'engagement des pays membres est avant tout financier, il concerne la mobilisation de moyens complémentaires et additionnels à ceux déjà investis dans la lutte contre le sida.

Malgré l'augmentation significative de sa contribution pour 2006-2007, la France n'atteindra toujours pas la contribution minimale qui lui incombe au regard de son PIB et des objectifs financiers du Fonds Mondial. Ce montant se situe entre 4 et 6 % des objectifs fixés (4 milliards de dollars par an) selon le mode de calcul⁴³. Il est également à noter qu'à ce jour, la contribution financière du secteur privé français au Fonds Mondial reste anecdotique⁴⁴.

De plus, si le soutien de la France au Fonds Mondial n'a pas été démenti depuis sa création, sa contribution n'est pas pérenne et peut être remise en cause à tout moment. Les principaux promoteurs du Fonds Mondial ne sont pas parvenus à sécuriser son financement dans le temps à hauteur des objectifs fixés. Pourtant, la crédibilité de l'action engagée repose sur sa capacité à assurer la promotion de programme de lutte dans la durée. Cela est d'autant plus important lorsqu'il s'agit de mettre en place des traitements. Chaque année, le Fonds se trouve sous la menace d'une nouvelle crise financière.

Les faits

Le Fonds s'est donné pour objectif de réunir 4 milliards de dollars d'origine publique et privée par an, dont trois milliards provenant des pays du Nord. Depuis sa création, le Fonds Mondial a reçu environ 5 milliards de dollars, dont 485 millions de la part de la France⁴⁵.

En 2005, le Fonds Mondial, a recueilli environ 1,5 milliards de dollars, dont environ 180 millions de la part de la France. 57 % de la totalité des fonds sont alloués à la lutte contre le sida. La contribution française à la lutte mondiale contre le sida s'élève ainsi, par le biais du Fonds Mondial, à 100 millions de dollars en 2005.

Conclusion

Comme elle s'y était engagée, la France a participé de manière active à la création et à la promotion du Fonds Mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Néanmoins, sa contribution financière reste insuffisante compte tenu de la place de la France dans la richesse mondiale et au regard des objectifs assignés au Fonds Mondial.

Recommandations

- ▷ La France devrait sécuriser et pérenniser son engagement financier au Fonds Mondial, en proposant l'institution d'une contribution minimale, en relation avec les objectifs financiers fixés par le Fonds Mondial et la richesse de chaque pays (entre 4 et 6 % des objectifs fixés).
- ▷ La France devrait déployer toute son influence et multiplier les initiatives visibles pour obtenir l'engagement durable de l'Union européenne et de ses membres pour le financement du Fonds Mondial. La discussion budgétaire 2007-2013 pourrait fournir l'occasion d'un engagement concret.

43. La contribution de la France devrait s'élever à 4 %, puisqu'elle produit 4 % de la richesse mondiale, ou à 6 % puisqu'elle représente 6 % de la richesse cumulée des pays membres de l'OCDE.

44. Aucun donateur privé français ne figure, à ce jour, dans le document du Fonds Mondial recensant les promesses de dons, www.theglobalfund.org

45. Voir le site du Fonds Mondial www.theglobalfund.org