

Point 1.3 de l'ordre du
jour

UNAIDS/PCB (55)/24.25

APERÇU DU RAPPORT DE LA DIRECTRICE EXÉCUTIVE



10–12 décembre 2024 | Nairobi, Kenya
Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA
Date de publication : 28 novembre 2024

Documents supplémentaires relatifs à ce point de l'ordre du jour : S/O

Action requise lors de cette réunion—le Conseil de coordination du programme est invité à :

- *Prendre note* du rapport de la Directrice exécutive.

Implications en termes de coûts de la mise en œuvre des décisions : aucune

Introduction

1. Je suis ravie d'être avec vous ici au Kenya. Ce pays montre ce qu'il est possible de réaliser grâce à des programmes et des politiques de lutte contre le VIH qui réduisent les obstacles à l'accès en s'appuyant sur des preuves et des données.
2. Aujourd'hui, nous pouvons choisir d'entrer dans une nouvelle ère - une ère dans laquelle nous faisons pleinement usage des avancées scientifiques, notamment des médicaments à effet prolongé pour le traitement et la prévention, afin de progresser dans la lutte contre le sida.
3. Nous nous souvenons tous de notre enthousiasme au début des antirétroviraux il y a 28 ans. Mais nous nous souvenons également de notre angoisse lorsque nous avons dû patienter une décennie avant que ces avancées scientifiques ne parviennent jusqu'à nous, en Afrique.
4. Nous, les États membres, la société civile et les Nations unies, pouvons faire en sorte que cela ne se reproduise plus.

Examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026

5. L'examen à mi-parcours fait apparaître des progrès positifs, mais également les défis et les opportunités qui se profilent à l'horizon.
6. Atteindre les objectifs 95–95–95 d'ici l'année prochaine constituera un défi de taille, mais c'est possible, moyennant un investissement et un engagement sérieux de la part des États membres.
7. Cependant, nous devons faire face à quelques dures vérités.
8. La riposte mondiale au VIH est freinée par un écart de financement croissant qui s'élève aujourd'hui à près de 9,5 milliards de dollars. Les régions présentant les déficits de ressources les plus importants - l'Europe de l'Est et l'Asie centrale et le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord - sont les moins avancées dans la lutte contre leurs épidémies de sida.
9. Il est très peu probable que nous atteignons notre objectif mondial en matière de prévention, à savoir faire en sorte que 95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH aient accès à des options de prévention associant plusieurs types de mesures et les utilisent d'ici à 2025.
10. Des opportunités s'offrent à nous, notamment le potentiel de changement des médicaments à effet prolongé contre le VIH.
11. Si les gouvernements prennent les décisions politiques et financières nécessaires pour mettre fin aux inégalités, faire reculer les nouvelles infections et exploiter les nouvelles technologies, nous atteindrons nos objectifs communs.

Stratégie, objectifs et panel de haut niveau

12. Tout au long de l'année 2024, l'ONUSIDA a jeté les bases de l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida par le biais : (1) de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026, soulignant la

nécessité d'accélérer encore l'action relative à la prévention du VIH et aux catalyseurs sociétaux tout en continuant à faire progresser et à pérenniser les acquis en matière de traitement du VIH ; (2) de la mise en place d'une équipe mondiale de réflexion consultative sur les objectifs pour 2030 ; et (3) de l'appui aux pays pour l'élaboration de feuilles de route sur la durabilité.

13. Au cours de l'année à venir, nous définirons la manière dont nous pouvons atteindre les objectifs pour 2030 et fixerons nos objectifs pour maintenir les progrès au-delà de la fin de cette décennie.
14. Nous espérons que la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida s'appuiera sur le cadre des inégalités de la stratégie actuelle.
15. Une plus grande responsabilité en matière de droits de l'homme et de droits des filles et des femmes, ainsi que le coût de l'inaction dans le contexte des chocs climatiques et des crises humanitaires, seront tous des éléments clés.
16. Un panel indépendant de haut niveau révisé actuellement le modèle de fonctionnement du programme commun afin de nous rendre aptes à relever les défis de l'avenir.
17. Le directeur général de l'OIT, Gilbert Houngbo, co-préside le panel de haut niveau avec moi, représentant le comité des organismes coparrainants. Nos trois coprésidents, Erika Castellanos, directrice exécutive de GATE (Global Action for Trans Equality), le Dr John Nkengasong, coordinateur américain de la lutte contre le sida au niveau mondial, haut responsable du bureau pour la sécurité sanitaire mondiale et la diplomatie, ainsi que S.E. le Dr Cleopa Kilonzo Mailu, ancien secrétaire d'État à la Santé et ancien représentant permanent du Kenya auprès des Nations unies à Genève, dirigent le Panel, tandis que mon co-gestionnaire et moi-même nous tenons à l'écart.
18. Le panel s'est déjà réuni à deux reprises.
19. Des sous-groupes ont développé une réflexion sur la programmation, les partenariats et les ressources.
20. Le panel devrait présenter son rapport et ses recommandations aux co-gestionnaires vers la fin du mois de février de l'année prochaine.
21. Par la suite, des consultations auront lieu avec les parties prenantes afin de mieux préparer les délibérations du CCP.
22. Je suis convaincue que le CCO et moi-même présenterons au CCP, en juin prochain, des recommandations audacieuses et solides concernant les changements à apporter au modèle de fonctionnement du programme commun.

Perspectives financières du programme commun

23. Les perspectives financières pour 2025 sont préoccupantes et le programme commun prend des mesures pour s'adapter à l'évolution de la situation.
24. Nous sommes sincèrement reconnaissants envers tous les donateurs qui ont continué à soutenir l'ONUSIDA et à verser les montants promis en 2024 malgré le contexte économique mondial difficile. Nous comptons sur votre soutien en 2025. Nous nous félicitons du retour de l'Espagne parmi les donateurs.

25. La contribution de base prévue pour 2024 reste de 140 millions de dollars. Ce montant est inférieur de 20 millions de dollars au budget de fonctionnement de base convenu de 160 millions de dollars. En 2025, les contributions de base devraient s'élever à environ 125 millions de dollars.
26. Pour les donateurs qui n'ont pas encore fait de promesses de dons pour 2025, nous vous demandons instamment de vous engager et de payer l'intégralité de vos contributions pour 2025 dès que possible. Cela permettra à l'ONUSIDA d'atteindre les objectifs prévus pour 2025.
27. Nous reconnaissons également que certains de nos partenaires de longue date ont dû prendre des décisions difficiles concernant leur niveau de soutien au système des Nations unies, y compris l'ONUSIDA. Nous apprécions le fait que ces partenaires restent actifs et engagés dans la mission de l'ONUSIDA. Nous leur demandons également de fournir des ressources non essentielles lorsque les contributions annuelles essentielles ont été réduites.

Une vision pour une science partagée

28. De nouvelles innovations en matière de prévention et de traitement à effet prolongé pourraient ouvrir une nouvelle ère dans la riposte contre le sida à l'échelle mondiale. La réalisation de ce potentiel dépend de nos actions communes.
29. Au sein de l'ONUSIDA, nous travaillons déjà de concert pour saisir cette occasion, mais nous avons besoin de votre aide pour aller plus vite.
30. La science est extraordinaire. La dernière innovation, le lénacapavir, a montré qu'avec seulement deux injections par an, il peut prévenir la transmission du VIH, avec une efficacité de 100 % dans le cadre d'un essai.
31. Il s'agit d'une nouvelle technologie parmi d'autres, comme le cabotégravir injectable, l'anneau vaginal de dapivirine d'une durée de trois mois et la PrEP orale à effet prolongé (mensuel), qui fera l'objet d'essais de phase 3 l'année prochaine.

Éviter les erreurs du passé

32. Alors que l'efficacité des ARV a été prouvée et qu'ils ont été déployés dans les pays à revenu élevé, 12 millions de personnes sur ce continent sont mortes en attendant ces médicaments. La PrEP orale a été approuvée pour la première fois en décembre 2012, mais il a fallu attendre dix ans pour que l'Afrique du Sud compte autant de personnes sous PrEP orale que les États-Unis.
33. Nous pouvons et devons faire mieux avec les médicaments à effet prolongé contre le VIH. Aujourd'hui, je demande donc à chacun d'entre nous de réfléchir ensemble à la manière dont nous pouvons saisir cette opportunité.

Ce que nous devons faire ensemble

34. Premièrement, nous avons besoin d'une grande ambition. Les gouvernements, les donateurs et les Nations unies sont prêts à vous aider à planifier le déploiement à grande échelle des médicaments à effet prolongé.
35. Deuxièmement, nous avons besoin de rapidité. En septembre 2024, le cabotégravir avait été approuvé dans 13 pays africains. Comment pouvons-nous avancer plus vite avec le

cabotégravir, le lénacapavir et d'autres options émergentes au fur et à mesure qu'elles arrivent ?

36. Troisièmement, ce sont les prix et l'offre qui sont à l'origine du manque d'ambition jusqu'à présent. Nous devons donc agir plus rapidement pour fabriquer des ARV à effet prolongé dans toutes les régions.
37. Des études ont montré que le lénacapavir pourrait être produit pour environ 40 dollars par personne et par an.
38. Trop de pays en développement ont été exclus des accords de licence volontaire conclus par Gilead et ViiV pour produire des formes génériques de lénacapavir et de cabotégravir.
39. Je prie instamment les entreprises d'étendre les licences. Et j'invite les gouvernements à faire usage de leur marge de manœuvre juridique pour assurer l'accès à des médicaments abordables.
40. Quatrièmement, nous devons donner la priorité aux traitements à effet prolongé pour l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine, y compris à la recherche de nouvelles combinaisons. Les médicaments à effet prolongé ont été approuvés et utilisés pendant 3 à 4 ans dans les pays à revenu élevé, mais n'ont pas été encore introduits dans les pays du Sud.
41. Le coût élevé et l'offre limitée constituent des facteurs importants. Mais nous avons également besoin de meilleures options. Par exemple, les chercheurs et les communautés se demandent pourquoi il n'y a pas eu d'essai combinant le lénacapavir et le cabotégravir.

Conclusion

42. Il n'existe pas de solution miracle. Les nouveaux médicaments n'éliminent pas les défis du système de santé ni l'urgence de lutter contre la stigmatisation et la discrimination.
43. Mais nous pouvons progresser si, ensemble, nous pouvons nous engager dans une nouvelle ère de médicaments à effet prolongé.
44. La science, quand elle est partagée, représente une voie essentielle pour nous aider à mettre fin à la pandémie la plus meurtrière au monde.

Points de décision proposés

Le Conseil de coordination du programme est invité à :

45. *Prendre note* du rapport de la Directrice exécutive.

[Fin du document]