



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(28)/11.5
17 juin 2011

**28^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de
l'ONUSIDA
Genève, Suisse
21 au 23 juin 2011**

Aspects sexospécifiques des ripostes au sida

Documents supplémentaires pour ce point : *aucun*

Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à : *prendre note* du rapport reconnaissant que le suivi de la mise en œuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH sera prolongé et que le Conseil de Coordination du Programme en sera informé via le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités qui inclut les effets et les indicateurs des dimensions sexospécifiques des ripostes au sida.

Conséquences des décisions en termes de coûts : *aucune*

RÉSUMÉ

1. Le présent rapport est destiné au Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA qui, lors de sa 27^{ème} réunion, avait demandé à être informé pendant sa 28^{ème} réunion des progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH. Il s'inspire du rapport d'activité de décembre 2010 qui mettait l'accent sur la responsabilité des Nations Unies à l'égard de l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles. Il ne propose pas une analyse exhaustive mais plutôt un instantané de l'état des actions des pays pour mettre en œuvre des programmes anti-VIH sexospécifiques. Les données du rapport ont été collectées dans 81 pays, dans le cadre d'un processus collaboratif et consultatif avec des partenaires aux niveaux international, régional et national.
2. Le rapport établit que les pays ont réussi à collecter de nombreuses données ventilées et à en rendre compte. Cependant, il manque beaucoup de données qualitatives et quantitatives essentielles pour élaborer des plans stratégiques nationaux éclairés par des données probantes et tenant compte de l'ensemble des besoins et droits des femmes et des filles, dans toute leur diversité, en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive.
3. Les pays reconnaissent l'importance de l'implication et du leadership des femmes vivant avec le VIH pour planifier la riposte nationale au VIH, la mettre en œuvre et assurer son suivi. Toutefois, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour combattre la stigmatisation et la discrimination et pour inscrire l'action des femmes vivant avec le VIH dans le cadre plus large des droits des femmes. La participation limitée des femmes vivant avec le VIH et affectées par ce virus à l'élaboration des rapports nationaux présentés au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes suggère que les occasions de concrétiser les synergies potentielles entre la lutte contre le VIH et la promotion des droits des femmes restent considérables.
4. De plus en plus de pays collectent des données obtenues en population sur la violence entre partenaires intimes en tant que forme de violence sexiste. Cependant, beaucoup n'en tiennent pas encore compte dans leur riposte au VIH. Bien que les pays reconnaissent la nécessité de prévenir et de gérer les conséquences de la violence sexiste dans le cadre de la riposte au VIH, cela ne semble pas s'accompagner de programmes nationaux pour changer les normes et les pratiques sexospécifiques néfastes, et notamment la violence sexiste.
5. Les pays conviennent de la nécessité de lier VIH et santé sexuelle et reproductive au niveau de la politique, des systèmes et des services. De plus en plus souvent, les services de prévention de la transmission verticale sont intégrés à la gamme de services de santé liés à la sexualité et à la procréation, en particulier pour les mères et les nouveau-nés. Cependant, il est rare qu'ils tiennent compte des besoins et des droits des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité et à toutes les étapes de leur vie. L'accès limité aux préservatifs féminins illustre également la nécessité de ripostes au VIH adaptées aux femmes.
6. L'accès aux ressources reste un obstacle critique à l'intensification de programmes anti-VIH sexospécifiques. Plus de la moitié des pays indiquaient n'avoir aucune donnée sur les ressources budgétées ou allouées aux interventions ciblant les femmes et les filles dans le cadre de la riposte nationale ; de même, les ministères en charge des femmes, des filles et de l'égalité des sexes ne disposaient

généralement d'aucun moyen de lutte contre le VIH. Ces constatations suggèrent que l'engagement et la volonté politique de s'attaquer à l'inégalité entre les sexes dans le cadre de la riposte au VIH doivent encore se traduire par l'affectation de ressources adéquates.

7. L'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH a joué un rôle décisif pour catalyser les actions au niveau des pays et faire prendre conscience de l'importance de tenir compte des besoins et des droits des femmes et des filles pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier les objectifs 3, 4, 5 et 6. L'ONUSIDA et l'ONU Femmes œuvreront en ce sens, en s'appuyant sur ce rapport et en suivant les orientations du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités.

INTRODUCTION

8. Trente ans après le début de l'épidémie, les femmes et les filles représentent plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH et pourtant, la riposte mondiale au VIH n'a pas su répondre de manière adaptée à leurs besoins. C'est pourquoi, à la demande du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH (abrégé en Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles dans le présent rapport) a été élaboré par l'ONUSIDA, l'UNIFEM (avant la création de l'ONU Femmes) et d'autres partenaires. Cet agenda fournit un cadre construit autour de trois recommandations essentielles au développement de programmes à fort impact visant les femmes et les filles : produire et exploiter des données probantes, soutenir des interventions ciblées et mobiliser la volonté politique.
9. Pendant sa 27^{ème} réunion en décembre 2010, le Conseil de Coordination du Programme « demandait à l'ONUSIDA de rendre compte, lors de la 28^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme, des progrès réalisés concernant la mise en œuvre de l'Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes et des filles ».
10. S'appuyant sur une feuille de résultats, ce rapport présente un instantané de l'état des principaux engagements et des domaines pour lesquels un appui additionnel dans les pays est nécessaire. Cette feuille a été élaborée conjointement par l'ONUSIDA et ses partenaires, à partir de 14 marqueurs stratégiques (voir le questionnaire de l'annexe I) qui servent d'indicateurs pour les domaines stratégiques de l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles. Quarante-et-un des 90 pays où le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent ont rempli le questionnaire (voir les réponses des pays à l'annexe II).
11. Si de nombreux bureaux de pays de l'ONUSIDA ont consulté leurs partenaires pour remplir la feuille de résultats, cette démarche n'a pas été systématique du fait des contraintes de temps pour la préparation du rapport destiné au Conseil de Coordination du Programme. De plus, il faut noter que la feuille de résultats n'est pas une analyse approfondie des facteurs et contextes sous-jacents. Pour ces raisons, ses données quantitatives ont été complétées par des commentaires qualitatifs fournis par les pays et provenant d'autres sources, notamment les rapports de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS), et des informations produites par la société civile comme la consultation mondiale virtuelle¹ menée par Athena Network et la Coalition

¹ <http://www.womenandaids.net/CMSPages/GetFile.aspx?guid=40f78f66-b8cb-4a95-9cc0-7026b078fb9f>

mondiale sur les femmes et le sida pour préparer la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le sida de 2011.

12. Le rapport présente et analyse les conclusions des rapports des pays. Il précise comment l'ONUSIDA et l'ONU Femmes, unis dans l'action, ont contribué à ces rapports, et comment les actions seront menées à l'avenir, dans le respect du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités.

CONTEXTE

13. Le VIH représente un défi tant pour les droits sociaux et humains que pour la santé : 30 ans après le début de l'épidémie, des facteurs socioculturels et structurels (pratiques culturelles néfastes, violence, disparités économiques, pauvreté et manque d'éducation, par exemple) exposent les femmes et les filles à l'infection à VIH et restent les vecteurs de l'épidémie. Résultat, plus d'un quart des nouvelles infections touchent des jeunes femmes de 15 à 24 ans, et en Afrique subsaharienne, plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH sont des femmes. Ces facteurs contribuent également à la prise en compte insuffisante des besoins et des droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et notamment de la santé maternelle et post-infantile, et témoignent des interactions étroites entre les objectifs du Millénaire pour le développement 3 (égalité des sexes), 4 (santé post-infantile), 5 (santé maternelle) et 6 (VIH).
14. L'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles remplit plusieurs fonctions ; outil de plaidoyer, il catalyse aussi les actions programmatiques et rassemble les multiples parties prenantes autour d'une plate-forme d'action commune. Il met en avant des aspects jusqu'ici sous-estimés ou négligés dans les ripostes nationales au VIH, notamment la violence sexiste, les services de santé liés à la sexualité et à la procréation et le poids disproportionné des soins incombant aux femmes et aux filles. Il permet aux femmes de s'exprimer d'une seule voix sur ces questions. Dans le même temps, les demandes de ressources et de capacités ne cessent d'augmenter, en particulier pour les groupes de femmes et les réseaux de femmes vivant avec le VIH. Il faut répondre à ces demandes si l'on veut que les ripostes nationales fournissent des solutions adéquates et des actions accélérées pour les femmes et les filles.
15. L'engagement en faveur de l'égalité des sexes dans le cadre de la lutte contre le VIH est de plus en plus visible. Par exemple, les pays qui connaissent des épidémies généralisées, tels le Bénin, le Lesotho, la Namibie, le Swaziland et la République unie de Tanzanie, ont élaboré des plans d'action nationaux en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH. Le Maroc et le Vietnam, où sévissent des épidémies concentrées, prennent des mesures pour mieux faire comprendre les vecteurs sexospécifiques d'une épidémie de VIH concentrée, en définissant une approche sur mesure de la sexospécificité et du VIH, et en s'intéressant notamment au risque de transmission du VIH au sein des partenariats intimes de longue durée. Les résultats de la consultation virtuelle mondiale ont confirmé que la riposte au VIH avait créé un élan pour faire progresser l'égalité des sexes, en donnant aux femmes marginalisées la possibilité d'occuper un rôle central dans la riposte au VIH.
16. Les pays reconnaissent de plus en plus la nécessité d'une riposte sur mesure répondant de manière adéquate aux besoins des femmes et des filles, et ont adopté l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles. Appuyant cette démarche, les équipes conjointes des Nations Unies sur le sida alignent leurs programmes sur les priorités nationales. En outre, l'Agenda de l'ONUSIDA a été lancé dans quelque 80 pays, en partenariat avec la société civile.

17. Les dialogues nationaux facilités par l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles ont fait apparaître clairement que la stigmatisation et la discrimination étaient toujours des difficultés majeures pour ces groupes de population, en particulier pour les femmes et les filles vivant avec le VIH et pour les jeunes femmes. Les actions pour prendre en considération tous les aspects de ces problèmes restent inadéquates, comme en attestent les conclusions de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH². Une riposte tenant compte des aspects sexospécifiques doit s'attaquer aux obstacles sociaux plus larges qui nuisent à la santé et aux droits, avec une forte participation des femmes et des filles, notamment celles qui vivent avec le VIH, et des populations clés les plus exposées au risque d'infection à VIH.
18. Si les femmes et les filles vivant avec le VIH et affectées par ce virus s'impliquent dans la riposte au VIH et jouent souvent un rôle de premier plan dans les actions à assise communautaire, elles ne participent pas toujours aux processus de définition des politiques et de prise de décisions associées. Les ressources financières qui permettraient de renforcer sensiblement les capacités de leadership des femmes, y compris dans les réseaux de femmes vivant avec le VIH et parmi les populations clés affectées, telles les professionnelles du sexe et les consommatrices de drogues injectables, restent rares. Permettre aux femmes, dans toute leur diversité, de jouer un rôle moteur pour changer la trajectoire du VIH est crucial pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et doit devenir une priorité essentielle.

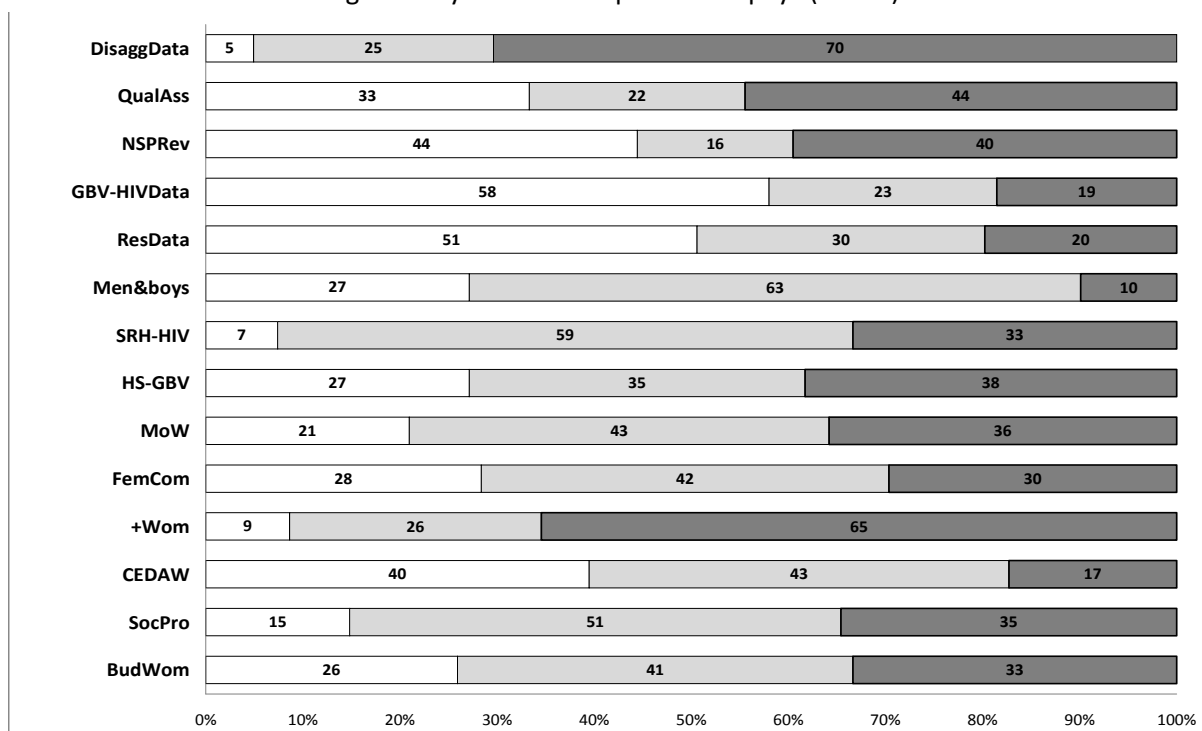
RÉSULTATS : DES RÉALISATIONS NOTABLES MAIS DES LACUNES FRAPPANTES

Vue d'ensemble

19. Cette section présente les conclusions tirées à partir des 14 marqueurs stratégiques, et s'ouvre sur une vue d'ensemble globale des résultats. Les conclusions sont groupées en cinq thèmes : disponibilité des données ; implication des femmes et des filles, dont celles vivant avec le VIH ; violence sexiste et normes sexospécifiques ; liens entre le VIH et les services de santé liés à la sexualité et à la procréation pour les femmes et les filles et ; ressources.
20. Les ripostes nationales au VIH intègrent les éléments clés de l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles, en les adaptant aux contextes épidémiologiques et sociaux locaux ; les 81 pays ayant rempli le questionnaire indiquaient avoir engagé des actions pour trois au moins des 14 marqueurs. La figure 1 présente une vue d'ensemble des ripostes nationales pour 14 marqueurs stratégiques et mentionne le niveau de réalisation : absence d'action (blanc), action à petite échelle (gris clair) et action intensifiée (gris).
21. Certaines des conclusions de la figure 1 sont dignes d'intérêt, telle l'absence d'analyses des situations et des ripostes axées sur l'égalité des sexes pourtant essentielles à un processus de planification robuste. Signe positif, la participation des femmes vivant avec le VIH à la planification nationale pour le VIH augmente. En revanche, ces femmes contribuent peu à la production des rapports des pays sur les engagements nationaux en faveur de l'égalité des sexes destinés au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), et peu de pays mettent en œuvre des actions programmatiques nationales pour associer les hommes et les garçons aux initiatives en faveur de l'égalité des sexes.

² <http://www.stigmaindex.org/>

Figure 1. Synthèse des ripostes des pays (n = 81)



DisaggData = *DonnéesVent*

DonnéesVent = Données sur le VIH ventilées par âge et par sexe

QualAss = *ÉvalQual*

ÉvalQual = Évaluations qualitatives des facteurs de risque sociaux, économiques et juridiques

NSPRev = *ExSSRip*

ExSSRip = Examen sexospécifique de la riposte nationale

GBV-HIVData = *Données VS-VIH*

Données VS-VIH = Données sur les liens entre violence sexiste et VIH

ResData = *DonnéesRes*

DonnéesRes = Données sur les ressources nationales de lutte contre le VIH affectées aux programmes ciblant les femmes

Men&boys = *Hom&Gar*

Hom&Gar = Financement des programmes ciblant les hommes et les garçons

SRH-HIV = *SSR-VIH*

SSR-VIH = Intégration entre santé sexuelle et reproductive et VIH

HS-GBV = *SS-VS*

SS-VS = Politique du secteur de la santé en matière de violence sexiste

MoW = *MinFem*

MinFem = Plans/budgets de lutte contre le VIH des ministères des Affaires féminines

FemCom = *PrésFém*

PrésFém = Préservatifs féminins

+Wom = *+Fem*

+Fem = Femmes vivant avec le VIH participant à l'examen des ripostes

CEDAW = *CEDAW*

CEDAW = Participation des femmes affectées par le VIH au suivi CEDAW

SocPro = *ProSoc*

ProSoc = Protection sociale pour les femmes vivant avec le VIH

BudWom = *BudFem*

BudFem = Budgets de la riposte nationale pour le renforcement des capacités des organisations de femmes

Disponibilité des données

22. L'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles souligne qu'il est important de disposer de données de qualité sur l'impact du VIH sur les femmes et les filles qui serviront de base à une riposte pertinente et efficace à l'épidémie. Le

questionnaire a permis de recueillir des informations sur les éléments clés suivants de l'approche « Connaître son épidémie et sa riposte » préconisée par l'Agenda :

- Données épidémiologiques et comportementales liées au VIH ventilées par sexe et âge
- Données sur la prévalence de la violence sexiste et sur ses liens avec le VIH
- Données qualitatives pour mieux comprendre les vulnérabilités des femmes et des filles
- Évaluation du degré d'alignement de la riposte nationale sur les besoins des femmes et des filles
- Suivi des ressources financières allouées aux programmes ciblant les femmes et les filles

23. *Données épidémiologiques et comportementales liées au VIH ventilées par sexe et âge.* Cinquante-sept pays ont indiqué qu'ils collectaient des données épidémiologiques et comportementales ventilées par âge et par sexe, vingt autres qu'ils collectaient des données épidémiologiques ou comportementales ventilées, et quatre seulement ont rapporté ne pas disposer de telles données. Cette conclusion est conforme aux exigences de l'UNGASS pour les rapports, mais pas nécessairement à celle de l'Agenda de l'ONUSIDA qui préconise des études de cohorte sur cinq ans. De plus, les rapports des pays ne faisaient aucune référence spécifique aux données quantitatives ventilées pour les femmes en fonction de leur état civil, ni aux données sur le risque auquel les adolescentes et les jeunes femmes étaient exposées. Disposer de données supplémentaires n'est pas une fin en soi, et les données ne sont utiles que si elles sont utilisées. Les rapports de certains pays soulignaient la faible capacité des programmes nationaux à collecter, analyser et interpréter les données, ainsi que l'utilisation limitée des données pour la planification stratégique. L'Angola et le Vietnam, par exemple, indiquaient que les données ventilées par âge et par sexe étaient collectées mais pas analysées ni rendues publiques régulièrement. Les rapports d'autres pays mettaient en évidence l'absence de données pour les moins de 15 ans et les plus de 49 ans, pourtant particulièrement importantes au vu de l'intensification du traitement antirétroviral, des taux de survie plus élevés des enfants nés avec le VIH et de la durée de vie proche de la normale des adultes sous traitement.

24. Les données sur les partenaires sexuels des populations clés affectées, comme les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles sont encore plus rares. Les pays touchés par des épidémies concentrées, notamment le Bangladesh et l'Ukraine, indiquaient que l'absence de données sur les partenaires intimes des populations clés affectées constituait un obstacle majeur à la compréhension de l'exposition des femmes et des filles au VIH. Dans la région Asie-Pacifique, un travail d'envergure est en cours pour lier les données sur les populations clés affectées à la transmission par les partenaires intimes ; la Chine, par exemple, a récemment mené ce type de recherche dans cinq provinces. Des pays ont également pointé la nécessité d'améliorer la standardisation et la qualité des données comportementales, et fait état de l'absence de cohérence dans la ventilation des données pour les femmes dans toute leur diversité.

25. *Données sur la prévalence de la violence sexiste et sur ses liens avec le VIH.* Des lacunes importantes ont également été constatées dans l'analyse des données des pays et l'utilisation des informations sur la violence sexiste et ses liens avec le VIH. Malgré un corpus de données empiriques et qualitatives toujours plus volumineux sur les associations entre violence sexiste et VIH, et bien qu'il existe des données

nationales sur la prévalence de cette violence dans près de cent pays, 58 % des pays (47 sur 81) indiquaient que la riposte au VIH n'était pas étayée par des données sur cette forme de violence. Moins d'un cinquième des pays restants (15 sur 81) disposent de données nationales sur l'intersection entre violence sexiste et VIH, ce qui leur permet de prendre cette violence en compte dans leur riposte nationale ; enfin, 23 % des pays (19 sur 81) collectent des données de manière anecdotique ou lors de projets spécifiques. L'absence de données à exploiter aura un impact négatif sur l'évaluation qualitative des vulnérabilités des femmes et des filles, et gênera l'analyse des ripostes. Les rapports indiquent que les gouvernements sont de plus en plus conscients de la nécessité de faire de la lutte contre la violence sexiste une priorité de la riposte au VIH. La République dominicaine a créé un Comité sur la violence sexiste et le VIH, composé d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, dont les autorités nationales de lutte contre le VIH, qui travaille avec les organisations œuvrant pour l'égalité des sexes, la justice et la santé. Le Maroc a axé ses efforts sur les populations clés affectées, y compris les professionnel(le)s du sexe.

26. *Données qualitatives pour mieux comprendre les vulnérabilités des femmes et des filles.* Plusieurs pays, en Afrique subsaharienne en particulier, ont mené des évaluations qualitatives des facteurs sociaux, économiques et juridiques qui exposent les femmes et les filles au VIH. Sans ces données, il y a fort à parier que les pays traiteront les symptômes plutôt que les causes sous-jacentes de l'épidémie de VIH. Dans près de 44 % des pays ayant rempli le questionnaire (36 sur 81), les évaluations qualitatives étaient faites par l'autorité nationale de lutte contre le sida, tandis que dans un petit quart des pays, elles étaient réalisées par les partenaires, dont la société civile. L'Éthiopie a constitué un groupe consultatif national de prévention du VIH composé de représentants du gouvernement, des Nations Unies et de la société civile, ce qui a donné lieu à une évaluation des facteurs alimentant l'épidémie, notamment les vulnérabilités spécifiques aux femmes et aux filles. Il est intéressant de constater que dans les Caraïbes, seul Trinité-et-Tobago indiquait avoir mené des études qualitatives sur ces vulnérabilités.
27. *Évaluation du degré d'alignement de la riposte nationale sur les besoins des femmes et des filles.* Un examen sexospécifique de la riposte nationale au VIH est essentiel pour identifier les inégalités entre les sexes ainsi que les besoins et les droits des femmes et des filles. Globalement, 39 % des pays (32 sur 81 dont une majorité en Afrique subsaharienne) avaient mené un tel examen, le plus souvent dans le cadre des examens réguliers du plan stratégique national, mais pas nécessairement avec la pleine participation des groupes de femmes ou des réseaux de femmes vivant avec le VIH. D'autre part, 44 % des pays (36 sur 81) n'avaient pas procédé à ce genre d'examen. Il est intéressant de noter que la Gambie avait réalisé un audit sexospécifique en vue de préparer la réunion Beijing + 15, lié à l'examen de la politique nationale sur le genre dans le cadre du processus conduisant à la promulgation de la loi en faveur des femmes. Au Vietnam, l'audit sexospécifique avait identifié des lacunes substantielles de la riposte nationale au VIH, pointant notamment comment le développement rapide du pays dans un contexte de post-conflit avait affecté la vulnérabilité des hommes et des femmes au VIH. Le pays s'attaque aujourd'hui à ces problèmes en élaborant un nouveau plan stratégique national sur le VIH.
28. *Suivi des ressources financières allouées aux programmes ciblant les femmes et les filles.* Connaître le niveau des ressources budgétées pour les programmes en faveur des femmes et des filles et/ou effectivement consacrées à ces programmes est étroitement lié à ce qui précède. Seize pays seulement disposent de données nationales sur les femmes et les filles, l'égalité des sexes et le VIH. Six d'entre eux indiquaient qu'ils avaient également entrepris des analyses des situations et des ripostes qui leur permettraient de comprendre dans les détails comment la riposte

nationale combattait l'épidémie. Dans les pays disposant de données, celles-ci ne concernent la plupart du temps que les projets bénéficiant de financements externes, tels ceux subventionnés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Implication des femmes et des filles, dont celles vivant avec le VIH

29. L'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles appelait ces dernières, et notamment celles vivant avec le VIH, les jeunes femmes et les femmes des populations clés affectées, à participer à la prise de décisions concernant l'élaboration, la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes de lutte contre le VIH. Ces populations apportent aux processus de planification et de prise de décisions leurs connaissances, leurs capacités et leur expérience pour que la riposte au VIH tienne compte au mieux de leurs besoins et de leurs droits en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive.
30. Le questionnaire a permis de collecter des informations sur les éléments clés suivants pour impliquer les femmes et les filles :
- Participation des femmes vivant avec le VIH aux mécanismes formels de planification et d'examen de la riposte nationale au VIH
 - Budget disponible pour renforcer les capacités des organisations de femmes à assise communautaire, et notamment des femmes affectées par le VIH, dans le cadre du plan stratégique national
 - Participation des réseaux de femmes vivant avec le VIH et affectées par ce virus aux processus nationaux de suivi et d'élaboration de rapports demandés par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW)
31. *Participation des femmes vivant avec le VIH aux mécanismes formels de planification et d'examen de la riposte nationale au VIH.* Deux tiers des pays (53 sur 81) indiquent que les réseaux de femmes vivant avec le VIH sont systématiquement représentés dans les mécanismes formels de planification et d'examen de la riposte nationale. En Ouganda, par exemple, ces réseaux très dynamiques où les jeunes femmes sont présentes, du niveau du district jusqu'au niveau national, font entendre leur voix pour influencer la politique nationale. Au Lesotho, la vice-présidence de l'instance de coordination nationale est assurée par un membre du réseau national des femmes vivant avec le VIH. Un quart des pays (21 sur 81) indiquaient que l'implication des femmes vivant avec le VIH dans la riposte nationale n'était pas systématique pour plusieurs raisons. En Jamaïque et en Chine par exemple, les réseaux de femmes vivant avec le VIH, constitués tout récemment, n'avaient pas encore été totalement intégrés au dialogue politique. En Thaïlande et en Ukraine, ils ne sont pas formellement reconnus par le programme national de lutte contre le sida qui travaille déjà avec des réseaux mixtes d'hommes et de femmes vivant avec le VIH. Neuf pour cent des pays (7 sur 81) rapportaient la non-participation des personnes vivant avec le VIH, qui pourrait s'expliquer par l'absence de réseaux de personnes vivant avec le VIH, comme c'est le cas en Ouzbékistan. Il est essentiel que l'ONUSIDA aide les pays à reconnaître les contributions des réseaux de femmes vivant avec le VIH pour renforcer le leadership de ces réseaux et l'accès aux financements.
32. C'est en Afrique occidentale et centrale mais aussi en Amérique latine que les pays impliquant régulièrement les femmes vivant avec le VIH sont les plus nombreux. Bien que l'Afrique orientale et australe possède le taux de prévalence du VIH le plus élevé parmi les femmes et les filles, il semblerait que les réseaux de femmes vivant avec le VIH des pays de ces régions ne soient pas tous impliqués. L'engagement des femmes est plus faible au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, où il faut renforcer le soutien en faveur du leadership des femmes. Il existe des groupes organisés dans les Caraïbes

mais ils n'ont pas encore été invités à participer. Ces données témoignent d'une culture limitée de l'inclusion des femmes vivant avec le VIH dans toute leur diversité aux processus décisionnels, à la planification et au suivi de la riposte au VIH. Améliorer cette situation nécessitera de renforcer les capacités et d'allouer des ressources.

33. *Budget disponible pour renforcer les capacités des organisations de femmes à assise communautaire, et notamment des femmes affectées par le VIH, dans le cadre du plan stratégique national.* Institutionnaliser le leadership des femmes (notamment de celles vivant avec le VIH) dans la prise de décisions requiert un renforcement des capacités pérenne et correctement financé de leurs réseaux. La feuille de résultats suggère que ce n'est pas encore le cas. Un tiers seulement (27 sur 81) des plans stratégiques nationaux disposent de budgets dédiés pour renforcer les capacités des organisations de femmes et des réseaux de femmes vivant avec le VIH. Le Brésil, par exemple, lance des appels d'offres nationaux pour fournir un appui aux réseaux de femmes vivant avec le VIH. Là où des financements existent, de nombreux pays, notamment le Nigeria et l'Ukraine, indiquent que ces ressources proviennent souvent de sources extérieures comme les programmes communs des Nations Unies ou les subventions du Fonds mondial. Dans d'autres pays, tels le Venezuela et le Mozambique, des lignes budgétaires ont été créées mais les ressources allouées sont inexistantes ou inadéquates. De même, en Angola, bien que l'on attende des femmes vivant avec le VIH qu'elles soutiennent le dépistage, les soins et le traitement en matière de VIH, peu de ressources sont disponibles pour leur permettre de développer leurs organisations et leurs efforts de sensibilisation. De plus, un quart des pays (21 sur 81) indiquent qu'aucune ressource n'est disponible pour renforcer les capacités des organisations de femmes.
34. En Afrique occidentale et centrale, le pourcentage des pays ayant alloué des ressources aux organisations de femmes via la riposte au VIH est plus élevé. En Afrique orientale et australe, seulement six des dix-huit plans stratégiques nationaux (33 %) prévoient un budget propre pour ces organisations, ce qui laisse prévoir des niveaux d'implication relativement faibles. De même, seulement trois des huit pays des Caraïbes indiquent que leurs programmes nationaux apportent un soutien financier aux organisations de femmes. Cela renvoie au faible niveau d'implication des femmes vivant avec le VIH et freine une action efficace en faveur des femmes et des filles dans le contexte du VIH.
35. *Participation des réseaux de femmes vivant avec le VIH et affectées par ce virus aux processus nationaux de suivi et d'élaboration de rapports demandés par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW).* Le mécanisme de responsabilité de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été mis en évidence par l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles comme un point d'entrée stratégique qui permettrait aux mouvements de lutte pour les droits de femmes et contre le VIH d'adopter une approche commune du VIH fondée sur les droits. Quelque 41 % (32 sur 78) des pays signataires de cette Convention indiquaient que les réseaux de femmes affectées par le VIH ne participaient pas à l'élaboration des rapports nationaux destinés au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. La Papouasie-Nouvelle Guinée expliquait cela par l'absence de capacités au sein de ces réseaux ; la République dominicaine citait l'absence de plate-forme commune avec le mouvement de défense des droits des femmes. Dix-sept pour cent des pays seulement (14 sur 78) mentionnaient que les femmes vivant avec le VIH ou d'autres groupes de femmes affectées, telles les professionnelles du sexe et les consommatrices de drogues, participaient à l'élaboration des rapports nationaux destinés au Comité. L'Inde et le Botswana, en revanche, indiquaient que les réseaux de femmes vivant avec le VIH et affectées par ce virus étaient largement impliqués

dans l'élaboration des rapports nationaux destinés au Comité et, dans le cas de l'Inde, dans la création de rapports officiels..

36. Paradoxalement, alors que dans beaucoup de pays d'Amérique latine les femmes affectées par le VIH participent activement aux mécanismes de planification et d'examen, aucun de ces pays ne mentionnait la collaboration systématique de ce groupe de population à l'élaboration des rapports nationaux destinés au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. De même, dans la moitié des pays de la région Asie-Pacifique ayant rempli le questionnaire, les femmes affectées ne participaient pas de manière régulière aux mécanismes d'élaboration de ces rapports. Les Caraïbes, malgré une prévalence élevée du VIH chez les femmes, affichaient de faibles taux de participation de ces femmes à l'élaboration des rapports, peut-être liés au faible soutien dont elles bénéficient. Les pays d'Afrique subsaharienne indiquaient les taux d'engagement les plus élevés des femmes affectées par le VIH dans la production des rapports nationaux, dans 10 pays sur 34 (30 %). Cela est corrélé à la prévalence du VIH relativement élevée parmi les femmes de cette région, où le VIH peut être considéré comme une priorité essentielle pour les droits des femmes. En Ouganda, le Ministère du Genre, du Travail et du Développement social a constitué un groupe de travail national sur le genre et le sida impliquant les réseaux de femmes vivant avec le VIH et les populations clés, entre autre partenaires. Cette approche a ensuite été étendue aux districts et plus localement encore au travers des conseils nationaux de femmes, en vue d'assurer une large couverture. La Guinée remarquait que la mise en œuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles donnait la possibilité de renforcer la participation des femmes vivant avec le VIH et affectées par ce virus à l'élaboration des rapports destinés au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.

Violence sexiste et normes sexospécifiques

37. La violence sexiste (y compris la violence à l'égard des femmes et des filles et la violence sexuelle), qu'elle intervienne dans le contexte d'épidémies de VIH concentrées ou généralisées, est à la fois une cause et une conséquence de l'infection à VIH et une illustration de l'inégalité entre les sexes. La violence et la peur de la violence peuvent empêcher une femme d'insister pour utiliser un préservatif ou de refuser un rapport sexuel non consenti. De surcroît, la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation des populations clés affectées, notamment des professionnelles du sexe et des consommatrices de drogues, empêchent les femmes de signaler les actes de violence à leur rencontre et de demander assistance et réparation. Il est de plus en plus préoccupant que les lois et les politiques contre la traite mises en place pour protéger les personnes de la violence et de l'exploitation soient utilisées par les forces de l'ordre pour arrêter les professionnelles du sexe ou démolir les établissements où elles exercent leur activité, ce qui renforce leur vulnérabilité.

38. L'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles invite donc à créer des systèmes appropriés pour étudier et documenter la violence et le lien entre le VIH et les différentes formes de violence à l'égard des femmes et des filles, notamment des populations clés affectées comme les professionnelles du sexe, les femmes vivant avec le VIH, les consommatrices de drogues, les jeunes femmes et les transsexuelles, et à soutenir une riposte complète et multiforme dans le secteur de la santé et au-delà. Le questionnaire a permis de collecter des informations sur les éléments clés suivants relatifs à l'implication des femmes et des filles :

- Données sur la prévalence de la violence sexiste et sur ses liens avec le VIH
- Politique nationale du secteur de la santé en matière de violence sexiste

- Financement, dans le cadre de la riposte nationale, de programmes ciblant les hommes et les garçons et promouvant l'égalité des sexes

39. *Données sur la prévalence de la violence sexiste et sur ses liens avec le VIH.* Comme l'indiquait le paragraphe 25, la riposte au VIH dans la majorité des pays n'était pas étayée par des données sur la violence sexiste. Cette absence d'analyse de données appropriées nuit à une meilleure compréhension, au sein des principaux ministères concernés, de la façon dont la violence contribue à la vulnérabilité au VIH et constitue un obstacle majeur à la mise en place d'une riposte efficace et solide à la violence sexiste dans le contexte des programmes de lutte contre le VIH. Conscient de cette lacune majeure, le Botswana prévoit cette année d'incorporer des variables sur la violence sexiste et le VIH aux enquêtes dans les dispensaires prénatals. De surcroît, il projette de réaliser une enquête nationale sur la prévalence de la violence sexiste et sur ses liens avec le VIH. Au Brésil, le gouvernement fédéral a développé un pacte national pour combattre la violence à l'égard des femmes. Ce pacte fournit des informations sur les liens entre violence et VIH et promeut aussi spécifiquement les droits liés à la sexualité et à la procréation ainsi que la prévention du VIH chez les femmes.
40. Les pays ayant intégré des données sur la violence sexiste et le VIH à leur plan stratégique national se situent essentiellement en Afrique subsaharienne et dans la région Asie-Pacifique. Le Swaziland a mené en 2008 une étude clé sur la violence à l'égard des filles qui a débouché sur un partenariat public-privé international novateur, *Together for Girls*, qui documente et combat la violence sexuelle à l'égard des adolescentes. Les régions où les données sont les plus rares sont l'Europe orientale et l'Asie centrale, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. Reconnaisant que la violence sexiste renforce l'inégalité entre les sexes et rend les femmes et les jeunes filles plus vulnérables à l'infection à VIH, la Jamaïque s'est récemment intéressée à la question de la violence sexiste et du VIH. La Déclaration d'engagement pour éliminer la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité entre les sexes a amené le pays à accélérer le changement social au profit de l'égalité des sexes et à éliminer la violence sexiste, en particulier à l'égard des femmes et des filles.
41. *Politique nationale du secteur de la santé en matière de violence sexiste.* Malgré l'intégration limitée de données sur la violence sexiste aux programmes de lutte contre le VIH, la politique du secteur de la santé de 38 % des pays (31 sur 81) tient compte de cette violence. Au Malawi, en Afrique du Sud et en République unie de Tanzanie, les Ministères de la Santé ont élaboré des directives de gestion clinique et des directives pour la prise en charge des victimes de viols. Dans un tiers des pays (28 sur 81), des actions à petite échelle ont été mises en œuvre, principalement par des groupes de la société civile. En Gambie, malgré l'absence de politique nationale sur la violence sexiste et le VIH, des groupes de la société civile ont élaboré leurs propres politiques et stratégies. Dans les pays restants (27 %, soit 22 sur 81), le secteur de la santé ne s'est toujours pas doté d'une politique en matière de violence sexiste.
42. Dans sept des huit pays d'Amérique latine, le secteur de la santé a mis en place des politiques pour fournir des services aux victimes de la violence sexiste. Au Brésil par exemple, une unité rattachée au Ministère de la Santé est chargée de renforcer les services de santé destinés aux femmes victimes de violences sexistes, et bénéficie de l'appui politique du ministère en charge de la politique pour les femmes. Au Venezuela, le Ministère de la Condition féminine travaille avec d'autres ministères, agences et programmes nationaux pour éliminer la violence sexiste. Les centres de santé publique fournissent aux victimes de violences des services qui ne sont pas nécessairement liés au VIH.

43. Dans deux tiers des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ayant rempli le questionnaire, le secteur de la santé ne s'est pas encore doté de politiques en matière de violence sexiste. Certains de ces pays, comme l'Azerbaïdjan, élaborent actuellement de telles politiques. Au Kazakhstan, une loi de prévention de la violence domestique a été adoptée mais ne s'est pas traduite en programmes nationaux intersectoriels complets pour prévenir la violence à l'égard des femmes et y réagir. Dans la région Asie-Pacifique, le Népal indique qu'il n'a pas de politique spécifique à la violence sexiste mais que le secteur de la santé agit dans le cadre de la campagne nationale contre la violence sexiste menée par le Premier ministre. Cela suggère que les pays ont adopté des approches différentes, adaptées au contexte local, pour combattre cette violence.
44. *Financement, dans le cadre de la riposte nationale, de programmes ciblant les hommes et les garçons et promouvant l'égalité des sexes.* Le financement national des programmes ciblant les hommes et les garçons qui combattent l'inégalité entre les sexes, notamment par l'éducation à l'égalité des sexes dans les écoles primaires et secondaires, reste insuffisant. Vingt-sept pour cent des pays (22 sur 81) indiquaient qu'aucun financement de la riposte nationale n'était affecté à ces programmes. Les partenariats avec des hommes et des garçons sont critiques pour faire évoluer les normes et les pratiques néfastes qui nuisent à l'égalité des sexes et aux droits humains, et qui alimentent la violence sexiste. Toutefois, 10 % seulement des pays (8 sur 81) disposent de financements nationaux pour des programmes déployés à grande échelle impliquant les hommes et les garçons afin de faire reculer les inégalités entre les sexes. L'Éthiopie, par exemple, utilise l'approche des conversations communautaires pour inciter les hommes et les garçons à combattre les inégalités entre les sexes. Une majorité de pays (51 sur 81) indiquent qu'ils financent des interventions à petite échelle. Au Malawi, les projets de la société civile ciblent le programme de prévention de la transmission verticale ; ils encouragent les hommes à accompagner leur femme au centre de santé lorsqu'elle se prête à un test VIH, ceci étant un moyen de combattre la violence sexiste à l'annonce de la séropositivité. Le Kenya a créé « MenKen », un réseau d'organisations travaillant avec les hommes et les garçons pour l'égalité des sexes.
45. Les pays disposant de financements nationaux pour les programmes ciblant les hommes et les garçons se situent pour la plupart en Afrique subsaharienne. Quatre régions – Asie-Pacifique, Caraïbes, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Europe orientale et Asie centrale – affirment ne pas disposer de financements nationaux pour les programmes nationaux sollicitant la participation des garçons et des hommes pour combattre l'inégalité entre les sexes. Dans la région Asie-Pacifique, on prend de plus en plus conscience de l'importance de s'intéresser à la masculinité et au comportement sexuel masculin – pour la santé et le bien-être des hommes et de leurs partenaires intimes féminines. Au Vietnam, par exemple, la récente analyse sexospécifique de la riposte nationale exhortait le gouvernement à se concentrer davantage sur la question des hommes et de la masculinité.

Relier le VIH aux services de santé liés la sexualité et à la procréation pour les femmes et les filles

46. L'Agenda de l'ONUSIDA appelle au couplage du VIH et des programmes de santé liés à la sexualité et à la procréation, tout en encourageant une approche exhaustive du traitement des besoins et des droits des femmes et des filles. L'importance que revêt l'intégration de ces services, et le fait que les prestataires médicaux sensibilisés à l'égalité des sexes travaillent dans le respect des droits et ouvrent des passerelles entre ces secteurs précédemment distincts de la santé et de l'égalité des sexes, est de plus en plus reconnue au niveau national. Un principe fondamental de ce couplage des services de santé liés à la sexualité et à la procréation et du VIH consiste à réduire

l'inégalité des sexes et à favoriser les droits humains. Des services intégrés qui respectent et protègent les droits humains des femmes et des filles pourraient inclure l'ensemble des services médicaux liés à la sexualité et à la procréation, et notamment une éducation sérieuse sur la sexualité. Le VIH est la première cause de mortalité chez les femmes en âge d'être mères, ce qui positionne le renforcement des liens entre les services médicaux liés à la sexualité et à la procréation et le VIH comme une priorité programmatique pour la réalisation des OMD, en particulier l'OMD 3 (égalité des sexes), l'OMD 4 (réduire la mortalité infantile), l'OMD 5 (améliorer la santé maternelle) et l'OMD 6 (VIH). L'étude des feuilles de résultats a rassemblé des informations sur les éléments clés suivants de l'implication des femmes et des filles :

- Renforcement de l'intégration bidirectionnelle des services médicaux liés à la sexualité et à la procréation et du VIH au titre du plan stratégique national sur le VIH
- Des préservatifs féminins sont fournis et distribués

47. *Renforcement de l'intégration bidirectionnelle des services médicaux liés à la sexualité et à la procréation et du VIH au titre du plan stratégique national sur le VIH.* Soixante-quinze des 81 pays ayant répondu ont pris des mesures pour établir des liens bidirectionnels entre le VIH et les services médicaux liés à la sexualité et à la procréation. Un tiers de ces pays (27 sur 81) ont établi ces liens dans le cadre de leurs plans stratégiques nationaux sur le VIH. Les remarques exprimées par les pays ont indiqué que des initiatives à échelle restreinte ou des projets pilotes servaient de modèles pour une transposition élargie. Seuls six des 81 pays n'ont pas encore pris de mesures. L'Azerbaïdjan a adopté une stratégie nationale de santé sur la sexualité et la procréation qui inclut le VIH et les services liés à la sexualité et à la procréation. Le plan fédéral du Nigeria pour l'intensification de la prévention de la transmission verticale inclut également une considération pour les soins liés à la sexualité et à la procréation. Si d'autres plans gouvernementaux similaires sont en cours d'élaboration, l'intégration des services est assurée dans des lieux choisis à travers le pays. L'Iran mène actuellement une évaluation des besoins et une analyse de situation sur le couplage du VIH et des services liés à la sexualité et à la procréation au sein des services de son système des soins de santé primaires.

48. L'Afrique subsaharienne et les Caraïbes présentent le pourcentage le plus élevé des pays signalant des couplages entre les services de santé liés à la sexualité et à la procréation et le VIH dans leur plan stratégique national. Ce fait manifeste la tendance qui se fait jour dans la riposte mondiale au VIH en faveur d'approches plus exhaustives. Dans la réalité cependant, l'accès à des services de qualité exhaustifs sur le VIH, la sexualité et la procréation n'est pas encore assuré pour la totalité des femmes et des filles, en particulier pour celles qui vivent avec le VIH et celles qui relèvent des populations clés. Des rapports anecdotiques indiquent que les femmes et les filles séropositives subissent la stigmatisation, la discrimination et des atteintes à leurs droits médicaux liés à la sexualité et à la procréation au niveau de la prestation des services. Près des deux tiers des pays (23 sur 32) situés en Asie-Pacifique, en Amérique latine, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord signalent mener des projets à échelle réduite qui pourraient être élargis en cas de ressources supplémentaires. Le Vietnam a indiqué que l'expérience acquise lors de plusieurs projets lui avait permis d'élaborer des lignes directrices sur les couplages entre les soins liés à la procréation et le VIH et que cette initiative sera maintenant élargie au niveau national.

49. *Des préservatifs féminins sont fournis et distribués.* Les préservatifs féminins sont considérés comme un élément essentiel de l'ensemble des services médicaux liés au VIH, à la sexualité et à la procréation. Bien que le seul produit de prévention anti-VIH contrôlé par les femmes soit présent sur le marché depuis plus de 18 ans, sa promotion reste limitée. En 2009, on comptait un préservatif féminin pour 36 femmes à

l'échelle mondiale et un préservatif féminin pour six femmes en Afrique subsaharienne. La promotion de ce produit s'est restreinte aux projets ciblant les populations clés les plus exposées comme les professionnelles du sexe. Seuls 30 % des pays (24 sur 81) ayant soumis un rapport fournissent des préservatifs féminins dans le cadre de leurs programmes nationaux de prévention, la moitié d'entre eux étant situés en Afrique orientale et australe. L'Ouganda a intensifié la commercialisation sociale de ces produits au titre de sa nouvelle stratégie nationale de prévention du VIH.

50. La plupart des pays qui assurent le couplage bidirectionnel du VIH et des services de soins liés à la sexualité et à la procréation fournissent et distribuent des préservatifs féminins. L'accès à ces produits demeure toutefois difficile du fait de la dépendance totale des pays à revenus faible et intermédiaire à l'égard de la communauté internationale pour la fourniture de ces préservatifs, de l'absence de tout soutien politique de haut niveau, du manque de concurrence entre les divers préservatifs féminins (comme c'est le cas pour les préservatifs masculins), de l'obligation pour les donateurs de s'en tenir à la tarification du fabricant Female Health Company (0,6 USD l'unité contre 0,03 USD pour un préservatif masculin), des ruptures de stock constantes (par exemple au Kenya et en Afrique du Sud), des barrières culturelles (comme à Djibouti) et de l'accessibilité limitée (par exemple en Guinée et au Malawi). Les limitations inhérentes à la commercialisation du préservatif féminin, et à son utilisation subséquente, sont considérées comme une occasion manquée pour les produits de prévention anti-VIH contrôlés par les femmes. L'absence d'accès à ces produits peut réduire la capacité des femmes à contrôler leur fertilité et leur santé, et renforcer de fait l'inégalité entre les sexes.

Ressources

51. L'allocation de ressources représente une contrainte majeure si l'on veut accroître l'efficacité de la riposte anti-VIH pour les femmes et les filles, et l'égalité entre les sexes. Sans ressources suffisantes, l'Agenda de l'ONUSIDA ne pourra fonctionner. L'étude a rassemblé des informations sur les éléments clés suivants :

- Les données sur les ressources spécifiques, inscrites aux budgets et/ou dépensées dans les programmes destinés aux femmes et aux filles au titre du plan stratégique national, sont disponibles
- Les ministères gouvernementaux en charge des questions liées à l'égalité des sexes et aux femmes incluent le VIH dans leur planification opérationnelle et leur budgétisation
- Les mécanismes de protection sociale (comme les transferts monétaires et les microfinancements) incluent les femmes vivant avec le VIH

52. *Les données sur les ressources spécifiques, inscrites aux budgets et/ou dépensées dans les programmes destinés aux femmes et aux filles au titre du plan stratégique national, sont disponibles.* Si les pays reconnaissent l'importance de l'intégration des programmes destinés aux femmes et aux filles dans les ripostes nationales au VIH, cet engagement ne se manifeste pas encore dans la budgétisation. La plupart des pays rencontrent des difficultés pour effectuer une budgétisation sexospécifique et évaluer les dépenses affectées aux femmes et aux filles dans le cadre des ripostes au VIH. En Inde, le gouvernement s'est engagé à assurer une budgétisation sexospécifique mais son application systématique sera limitée pour la planification et l'examen des programmes. Les pays ont eu recours à différentes approches pour estimer les ressources nécessaires et disponibles pour les femmes et les filles dans le contexte du VIH. Djibouti a signalé que ces données n'étaient disponibles qu'au niveau des projets financés par le Fonds mondial et les Nations Unies. La Gambie a entrepris une évaluation nationale des dépenses sur le sida dans le contexte de la présentation des

rapports UNGASS afin de tenir compte du flux de ressources et de son allocation aux divers groupes incluant les femmes et les filles.

53. *Les ministères gouvernementaux en charge des questions liées à l'égalité des sexes et aux femmes incluent le VIH dans leur planification opérationnelle et leur budgétisation.* Les plans stratégiques nationaux anti-VIH n'ont souvent pas budgétisé de manière adéquate les actions destinées aux femmes, aux filles et à l'égalité des sexes. Près d'un cinquième des pays (17 sur 81) ont indiqué que leurs ministères en charge des femmes, des filles et de l'égalité des sexes n'avaient pas de plans anti-VIH. Un tiers de ces pays (29 sur 81) ont en fait signalé que le ministère concerné avait inclus le VIH dans ses plans et ses budgets. Or, même lorsqu'un budget dédié au VIH existe, il est souvent inadéquat, comme cela a été signalé par le Nigeria et la Sierra Leone. Dans le cas de la République dominicaine, le Ministère de la Condition féminine n'a accès à aucune allocation gouvernementale et dépend ainsi du financement international. Le Népal a mis en évidence la nécessité de développer certaines capacités pour intégrer le VIH dans les politiques et la programmation de son Ministère des Affaires féminines.
54. *Les mécanismes de protection sociale (comme les transferts monétaires et les microfinancements) incluent les femmes vivant avec le VIH.* Les mécanismes de protection sociale constituent une intervention clé pour aider les femmes et les filles à se protéger contre le VIH et atténuer l'impact de l'épidémie. Seuls 35 % des pays (28 sur 81) ont signalé que ces mécanismes de protection sociale, comme les transferts monétaires et l'assistance sociale, étaient accessibles aux femmes vivant avec le VIH dans le cadre des programmes nationaux. En Équateur, par exemple, les mécanismes nationaux de protection sociale assurent une couverture universelle pour les femmes pauvres, les mères célibataires, les handicapées, y compris les femmes vivant avec le VIH, et sans disposition spéciale pour leur statut VIH. La moitié des pays (41 sur 81) garantissent une certaine forme de protection sociale pour les femmes, principalement au niveau local, et avec le soutien de groupes de la société civile. Le Mali a établi, au niveau local, des activités génératrices de revenus et de microfinancements en vue de réduire la vulnérabilité des femmes vivant avec le VIH. Environ 15 % des pays (12 sur 81) ont indiqué qu'aucun mécanisme de protection sociale n'était disponible pour les femmes vivant avec le VIH.
55. Les mécanismes nationaux de protection sociale sont majoritairement présents en Europe orientale, en Asie centrale et en Amérique latine. La plupart des pays de ces régions signalent que les femmes vivant avec le VIH peuvent avoir accès à ces mécanismes. En Afrique subsaharienne, la majorité des pays accorde un appui restreint, principalement par le biais de transferts monétaires et de microfinancements, bien que son extension au niveau national doive encore être réalisée. L'Angola a par exemple indiqué que moins de 3 % des familles reçoivent de la nourriture ou une autre forme d'assistance sociale – autre qu'une pension – grâce à l'aide du gouvernement, de groupes de la société civile, des Églises et du secteur privé. Les Caraïbes ont signalé le plus fort pourcentage de pays dans lesquels les mesures de protection sociale incluant les femmes vivant avec le VIH sont inexistantes. Si la majorité des pays ont déclaré qu'un certain niveau de protection sociale était accessible aux femmes vivant avec le VIH, cette accessibilité demeure, sur le terrain, incertaine.

RÔLES DE L'ONUSIDA ET D'ONU FEMMES

56. Cette partie présente un aperçu de l'assistance stratégique fournie aux pays par l'ONUSIDA et ONU Femmes qui sont unis dans l'action pour soutenir la mise en œuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles. Elle décrit également de quelle manière l'ONUSIDA (au titre du Cadre du budget unifié, des résultats et des responsabilités) et ONU Femmes résoudront les écarts et les

difficultés identifiés dans le présent rapport, et mettront en application leurs engagements en faveur des droits des femmes et des filles et de l'égalité des sexes dans le cadre de leurs ripostes au VIH élargies.

Disponibilité des données

57. L'ONUSIDA a fourni un soutien technique et financier aux pays pour qu'ils consolident leurs informations stratégiques, en tant que base pour l'élaboration d'interventions appropriées pour les femmes, les filles et l'égalité des sexes, dans le cadre de leurs ripostes au VIH. Un guichet de financements catalytiques spécialisés, le Fonds d'accélération programmatique, a par exemple soutenu les évaluations sexospécifiques des plans nationaux stratégiques et d'action. Par l'initiative *L'accès universel maintenant*, dix pays ont en outre bénéficié d'une assistance pour la réalisation d'analyses sexospécifiques sur leur riposte nationale au VIH. Parallèlement à l'aide fournie aux pays pour les systèmes de présentation des rapports et des indicateurs UNGASS, lesquels ont inclus des indicateurs comportementaux ventilés par sexe, des outils utiles à ces pays ont été élaborés pour mieux « connaître son épidémie et sa riposte » d'un point de vue sexospécifique.
58. L'ONUSIDA et ONU Femmes, reconnaissant la nécessité d'une approche standard pour une planification stratégique fondée sur des faits que les pays peuvent adapter à leur contexte national, élaborent en ce moment des lignes directrices et des outils normatifs sexospécifiques. Par le service « Stratégie et plan d'action contre le sida » (ASAP), l'ONUSIDA et ONU Femmes renforcent la capacité des pays à élaborer des stratégies et des plans d'action fondés sur des faits. Au Bénin, la Commission nationale de lutte contre le sida a par exemple conduit une évaluation sexospécifique de la riposte nationale au VIH avec le soutien de l'ONUSIDA et d'ONU Femmes, en vue de préparer l'élaboration d'un nouveau plan stratégique national sur le VIH. Dans le cadre du suivi, le pays procédera à une collecte de données sexospécifiques sur le VIH. De même, l'Afrique du Sud a recours à l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles pour examiner son plan stratégique national sur le VIH et préparer l'élaboration du suivant. En Afrique occidentale et centrale, l'ONUSIDA et ONU Femmes révisent les lignes directrices applicables à la planification stratégique sur le VIH - un exercice qui aidera d'autres régions à fournir des ripostes plus rigoureuses et mieux ajustées aux réalités des femmes et des filles.
59. Dans les années à venir, l'ONUSIDA et ONU Femmes aideront les pays à s'assurer que les besoins des femmes et des filles en matière de VIH sont satisfaits dans la moitié au moins des ripostes nationales, y compris en matière de violence sexiste. L'ONUSIDA et ONU Femmes travailleront en particulier avec des partenaires nationaux, incluant des groupes de femmes, pour renforcer les bases de données factuelles quantitatives et qualitatives, en vue de s'assurer que les ripostes au VIH respectent, de manière appropriée et efficace, les besoins et les droits des femmes et des filles ainsi que l'égalité des sexes. L'ONUSIDA et ONU Femmes faciliteront l'analyse et le partage des données factuelles sur la violence sexiste et le couplage des services de santé avec le VIH, en particulier pour les pays qui révisent ou élaborent leurs stratégies nationales sur le VIH, ou sur la violence sexiste, afin de permettre l'intensification des actions programmatiques dans le cadre de ripostes au VIH adéquatement financées. Un soutien technique sera donc axé sur l'élargissement des informations stratégiques portant sur les vulnérabilités et les inégalités sexospécifiques afin d'améliorer la mise en œuvre des programmes, y compris dans les pays en crise ou sortant d'une crise.
60. L'ONUSIDA aidera également les pays à s'assurer que des actions stratégiques sur le VIH sont intégrées dans les plans nationaux sur l'égalité des sexes, les plans médicaux liés à la sexualité, à la procréation et à la santé maternelle et infantile, et les

cadres d'action sur les droits humains des femmes, en veillant à l'existence de budgets appropriés pour leur mise en application, leur suivi et leur évaluation.

Engagement des femmes et des filles incluant celles qui vivent avec le VIH

61. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont appelé, dans l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles, au développement intégral et à l'engagement des femmes vivant avec le VIH, tout en reconnaissant les obstacles rencontrés par les femmes vivant avec le VIH pour obtenir la place qui leur revient. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont entrepris de développer les capacités des organisations de la société civile pour surmonter ces obstacles et assurer la représentation des femmes au sein des instances décisionnelles. Cette action a été menée dans plus de 20 pays en 2010, y compris au Liberia, avec le Réseau libérien de promotion des femmes et la Light Association, pour les aider à s'engager dans les efforts déployés par le pays pour mettre en vigueur l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles. Dans leur appel en faveur de la suppression des stigmatisations et des discriminations faites aux femmes vivant avec le VIH, et du signalement de ces cas auprès de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, l'ONUSIDA et ONU Femmes ont été rejoints par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et la Fédération internationale pour le planning familial. L'ONUSIDA et l'ONU Femmes ont encouragé les femmes vivant avec le VIH à participer activement au suivi des ripostes nationales au VIH et à la présentation des rapports nationaux sur les engagements mondiaux, en particulier pour l'UNGASS.
62. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont incité et soutenu les organisations de femmes issues des populations clés, incluant les consommatrices de drogues et les professionnelles du sexe, à participer davantage aux ripostes nationales. La consultation régionale de 2010 pour l'Asie sur le travail du sexe et le VIH, conjointement réunie par l'ONUSIDA et la société civile, a innové sur ces questions auparavant taboues. L'ONUSIDA a également attiré l'attention sur l'importance de l'intégration des droits des femmes vivant avec le VIH dans l'agenda élargi des droits des femmes, par le renforcement de l'engagement des femmes vivant avec le VIH dans le travail mené par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, quoique dans un nombre limité de pays comme l'Indonésie et le Sri Lanka.
63. En s'appuyant sur les actions décrites ci-dessus, l'ONUSIDA et ONU Femmes sont engagés en faveur des mouvements sociaux qui répondent aux besoins liés au VIH et aux droits des femmes et des filles, et ont inclus cet engagement dans le Cadre du budget unifié, des résultats et des responsabilités. C'est dans cette perspective que l'ONUSIDA et ONU Femmes inviteront les gouvernements à établir des systèmes et des politiques permettant aux femmes vivant avec le VIH de participer aux planifications et examens menés à l'échelle nationale. Les ressources existantes pour le soutien technique institutionnalisé peuvent en outre être sollicitées par le biais d'une collaboration accrue avec les instances régionales de soutien technique. L'ONUSIDA s'appuiera sur les bonnes pratiques, comme celle des « Échanges sur l'égalité des sexes » qui a été établie parmi les réseaux des défenseurs de l'égalité des sexes, les clients et les fournisseurs de l'assistance technique en Asie, pour mieux coordonner le soutien technique apporté aux femmes, aux filles, à l'égalité des sexes et à la lutte contre le VIH.
64. Dans le cadre de leur travail visant à positionner la lutte contre le VIH comme une question liée aux droits des femmes, l'ONUSIDA et ONU Femmes fourniront un soutien appuyé aux femmes vivant avec le VIH et faciliteront la collaboration axée sur un agenda commun. L'ONUSIDA continuera également à défendre, et à militer avec

les groupes de femmes marginalisées en vue d'insérer leurs besoins et leurs droits par le biais de leur engagement renforcé dans le dialogue politique.

Violence sexiste et normes sexospécifiques

65. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont travaillé avec leurs partenaires pour produire de meilleures données sur la violence sexiste et le VIH par le biais de plusieurs initiatives. L'ONUSIDA et ONU Femmes font partie d'un partenariat public-privé intitulé *Together for Girls*, lequel vise à fournir des faits sur la violence sexuelle qui affecte les filles, en vue d'une action multisectorielle accélérée. La campagne « Tous unis pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes », menée par le Secrétaire général de l'ONU, est la principale initiative de plaidoyer conduite par les Nations Unies en matière de violence contre les femmes. Cette campagne a permis de stimuler la volonté politique et d'assurer la prévention et l'élimination des violences à l'égard des femmes, notamment par le biais du renforcement des systèmes de données. Les études menées par l'OMS et les Enquêtes démographiques et sanitaires dans près de 100 pays ont en outre généré des données basées sur la population pour la violence à l'égard des femmes. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont également apporté leur appui à 15 pays qui s'efforcent d'intégrer une riposte à la violence sexiste, en incluant l'engagement des hommes et des garçons, dans leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH.
66. L'ONUSIDA et ONU Femmes, reconnaissant les écarts présents dans les ripostes nationales, ont initié des activités de promotion et un soutien technique auprès de pays choisis, afin de mieux intégrer la question de la violence sexiste dans la planification stratégique nationale de lutte contre le VIH de 15 pays. Au Malawi, l'ONUSIDA et ONU Femmes ont participé à l'établissement de centres à guichet unique modèles, lesquels fournissent des services juridiques et médicaux intégrés pour les rescapés de la violence sexiste, et seront ouverts sur l'ensemble du territoire. Un travail considérable est en cours de réalisation pour améliorer les orientations mondiales sur les protocoles destinés aux services cliniques, en matière de prise en charge du viol et des autres formes de maltraitance physique. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont également fourni un financement catalytique aux initiatives qui luttent contre la violence. En Zambie, par exemple, l'ONUSIDA et ONU Femmes apportent leur appui au Ministère du Gouvernement local et du Logement pour qu'il engage des chefs traditionnels en tant qu'agents de changement contre la violence sexuelle et sexiste, dans le cadre d'un travail élargi mené sur la prévention du VIH par le biais des fonds catalytiques disponibles.
67. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont promu l'égalité des sexes en soutenant l'intégration, dans les programmes scolaires, d'une éducation sexuelle détaillée et d'une formation sur les compétences indispensables à la vie quotidienne. En Afrique du Sud, l'ONUSIDA et ONU Femmes ont encouragé les efforts menés pour engager les hommes et les garçons dans les initiatives visant à transformer les normes sociales et les dynamiques du pouvoir dans le contexte du VIH. Dans les situations de conflit et de post-urgence, l'ONUSIDA et ONU Femmes se sont efforcés d'intégrer des actions de lutte contre la violence sexiste dans les programmes de la phase de relèvement initiale.
68. En mettant en vigueur leur engagement en faveur de la tolérance zéro pour la violence sexiste par le biais de la riposte au VIH – comme le traduit le Cadre du budget unifié, des résultats et des responsabilités – l'ONUSIDA et ONU Femmes apporteront leur appui aux pays partenaires pour qu'ils accélèrent leurs actions menées autour de la violence sexuelle et des autres formes de violence sexiste. L'ONUSIDA et ONU Femmes faciliteront l'analyse des faits sur les liens entre la violence sexiste et le VIH.

69. Ces données seront utilisées en appui aux plans stratégiques nationaux menés sur le VIH, afin d'intégrer la violence sexiste au niveau des politiques publiques, des programmes et des services. Ces plans incluront des actions et des ressources visant à résoudre et prévenir les épidémies par l'adoption d'une approche multisectorielle incluant des protocoles appropriés de prévention et de soins, ainsi que des passerelles vers les services non médicaux. Une attention spéciale sera portée aux pays hyperendémiques, en situation de crise ou d'après-crise, en vue de supprimer les violences qui font obstacle à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien au VIH.

Relier le VIH et les services de santé liés à la sexualité et à la procréation pour les femmes et les filles

70. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont fortement plaidé auprès des pays et les ont soutenus pour traiter les liens protéiformes existant entre le VIH et les soins médicaux liés à la sexualité et à la procréation, et assurer une prestation de services complémentaire. La session thématique de la réunion du Conseil de Coordination du Programme de juin 2010, intitulée *Relier dans la pratique les services médicaux liés à la sexualité et à la procréation aux interventions de lutte contre le VIH*, a été cruciale pour mettre en évidence l'importance de cette approche dans la réalisation de l'accès universel et des OMD 3 à 6. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont également plaidé en faveur d'une action appropriée contre les atteintes aux soins liés à la sexualité et à la procréation, et aux droits des femmes et des filles vivant avec le VIH, laquelle est considérée comme une question non négociable dans le cadre de la riposte au VIH. L'ONUSIDA a aidé la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH à identifier et résumer les principales difficultés rencontrées par les femmes et les filles vivant avec le VIH. Les résultats de leur étude ont ensuite été discutés lors de la réunion de 2011 de la Commission de la condition de la femme, organisée par l'ONUSIDA et ONU Femmes, laquelle a donné lieu à des conclusions clés pour la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le VIH/sida.

71. L'ONUSIDA, ONU Femmes et leurs partenaires ont fourni des orientations et des outils normatifs pour aider les pays à renforcer les couplages entre le VIH et les soins médicaux liés à la sexualité et à la procréation. Le Groupe de travail interinstitutions sur les liens entre la santé liée à la sexualité et à la procréation et le VIH a en particulier élaboré le *Sexual and Reproductive Health and HIV Linkages Resource Pack*, qui a été publié en 2010. Quelque 20 pays ont utilisé l'outil d'évaluation rapide sur les liens entre la santé liée à la sexualité et à la procréation et le VIH pour analyser et identifier les écarts présents dans les politiques publiques, les systèmes et les services traitant de la santé liée à la sexualité, à la procréation et du VIH. L'Union européenne est ainsi convenue, avec le concours de l'ONUSIDA, d'aider plusieurs pays choisis d'Afrique australe par le biais d'un projet sur quatre ans intitulé « Coupler le VIH à la santé et aux droits liés à la sexualité et à la procréation ».

72. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont organisé une consultation avec les 16 pays qui avaient mis en œuvre cet outil et les huit pays qui s'apprêtaient à le faire. Cette réunion a permis aux pays de partager leurs expériences et leurs résultats, de réviser les bonnes pratiques et d'identifier les actions à même d'améliorer la santé, les droits humains et l'égalité des sexes relatifs à la santé liée à la sexualité et à la procréation et au VIH. Les conclusions établies aideront les pays à planifier des actions nationales de suivi en vue de renforcer les liens, en incluant les activités destinées à être intégrées dans les propositions adressées au Fonds mondial.

73. L'ONUSIDA, ONU Femmes et leurs partenaires se sont engagés à atteindre un nouvel objectif audacieux, lequel vise l'élimination des nouvelles infections pédiatriques au VIH, l'amélioration de la santé maternelle et la survie des mères pour l'horizon 2015.

Ils ont commencé à élaborer des plans stratégiques pour réaliser cet objectif, en prévoyant les cibles et les indicateurs afférents. L'ONUSIDA intensifiera cette initiative en vue de soutenir le renforcement des services médicaux liés au VIH, à la sexualité et à la procréation, incluant la santé maternelle et infantile, pour les femmes et les filles.

74. L'ONUSIDA et ONU Femmes se concentreront donc spécifiquement sur le renforcement du couplage bidirectionnel du VIH et des services de soins liés à la sexualité et à la procréation, par des activités de promotion, des orientations et le développement des capacités des pays, en engageant des partenaires centraux, en particulier les réseaux de femmes vivant avec le VIH et les groupes de défense des femmes. Cette action inclura un travail de prévention contre la transmission verticale, le renforcement du conseil auprès du conjoint ou du partenaire, l'élimination des avortements forcés et des actions de stérilisation chez les femmes vivant avec le VIH.

Ressources

75. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont aidé les gouvernements et les groupes de la société civile à accélérer leurs actions visant les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH, en fournissant des fonds catalytiques et des orientations techniques, et en participant au développement de leurs capacités. Par des actions de promotion menées au niveau national, régional et mondial, l'ONUSIDA et ONU Femmes ont en outre défendu la cause des investissements en faveur des femmes et des filles dans le cadre des ripostes au VIH.

76. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont fourni des financements catalytiques aux réseaux de femmes vivant avec le VIH et aux groupes de défense des femmes à divers niveaux, pour mieux faire entendre leur voix et leur plaidoyer en faveur de politiques publiques liées au VIH. L'ONUSIDA a par exemple récemment soutenu le réseau Athena Network pour faciliter l'organisation d'une consultation mondiale de femmes et élaborer des messages clés pour la Réunion de haut niveau sur le sida. Ces consultations virtuelles ont réuni des femmes de 95 pays et de tous horizons pour qu'elles partagent leurs expériences et leurs attentes à l'égard de la riposte au VIH.

77. L'ONUSIDA et ONU Femmes ont travaillé en étroite partenariat avec le Fonds mondial et les pays pour traduire les engagements qu'ils ont pris dans le cadre de leur Stratégie sur l'égalité des sexes, en ressources, au niveau national, pour les besoins et les droits liés au VIH des femmes et des filles. En 2010, pour la 11^{ème} Série du Fonds mondial, l'ONUSIDA a fourni une assistance technique accrue aux pays en vue d'élaborer des propositions sexospécifiques pour le Fonds mondial et d'intensifier les subventions existantes.

78. L'accès aux ressources rares demeure cependant une question critique. L'ONUSIDA et ONU Femmes s'engagent donc, comme c'est le cas par le biais du Cadre du budget unifié, des résultats et des responsabilités, à assurer l'intégration des actions stratégiques pour les femmes et les filles dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida, avec les budgets appropriés. L'ONUSIDA et ONU Femmes recourront, dans cette perspective, aux partenariats qu'ils ont conclus avec des mécanismes de financement internationaux, tels que le Fonds mondial, l'Initiative de santé mondiale et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, pour accroître les investissements dans l'égalité des sexes et les droits des femmes dans le cadre de la riposte au VIH. Cette action inclura la priorisation du développement des capacités pour les réseaux de femmes vivant avec le VIH et les groupes de défense des droits des femmes et de l'égalité des sexes.

79. Conformément à la Stratégie de l'ONUSIDA « Objectif : Zéro », le Cadre du budget unifié, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA alloue des ressources du

Programme à ses trois directions stratégiques qui incluent les droits humains et l'égalité des sexes. L'égalité des sexes, en tant que question intersectorielle, est en outre traitée dans le cadre du travail mené par l'ONUSIDA sur la prévention et le traitement.

CONCLUSIONS

80. L'accroissement des données quantitatives et qualitatives sur les dimensions sexospécifiques de l'épidémie de VIH, incluant la violence sexiste, devrait être prioritaire pour les pays du fait que cette base de données constitue un fondement pour toute riposte nationale au VIH qui entend traiter sérieusement les besoins et les droits des femmes et des filles, en particulier de celles qui vivent avec le VIH. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour ajuster les ripostes au VIH sur les réalités vécues par les femmes et les filles.
81. La participation active et constructive des femmes et des filles, dans leur diversité, incluant les femmes vivant avec le VIH, à la totalité des ripostes nationales au VIH, et les processus et forums liés au développement et aux droits humains, doivent être financés en vue de garantir leurs droits humains et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Cette participation requiert l'accès à l'aide visant le développement des capacités pour la formation sur les droits et les activités d'animation communautaires.
82. Les ripostes au VIH doivent résoudre la violence sexiste en adoptant une approche multisectorielle. Cette approche devrait inclure les programmes nationaux afin de prévenir et de résoudre la violence sexiste, et de réduire les normes et pratiques sexospécifiques néfastes, par l'engagement élargi des hommes et des garçons en faveur de l'égalité des sexes et une éducation sexuelle de haute qualité.
83. Le travail mené sur les couplages bidirectionnels du VIH et des services médicaux liés à la sexualité et à la procréation doit se concentrer sur la réalisation d'un accès dénué de toute stigmatisation aux services destinés aux femmes et aux filles, en particulier à celles qui vivent avec le VIH. Ce travail devrait inclure, dans ses interventions, des activités de développement des capacités pour le personnel médical et l'accès aux préservatifs féminins. Les initiatives menées à l'échelle mondiale autour de la santé des femmes et des enfants devraient s'appuyer sur les efforts déployés par les ripostes au VIH pour traiter l'ensemble des divers besoins et des droits des femmes relatifs à la santé liée à la sexualité et à la procréation, au long de leur vie, et garantir un impact accru sur les OMD.
84. À l'échelle des pays, il est clairement nécessaire de dépasser les fonds catalytiques fournis par l'ONUSIDA et ONU Femmes pour assurer une solide mobilisation des ressources et une intensification des fonds disponibles pour les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH. L'appropriation nationale des ripostes au VIH, qui doivent être ajustées aux besoins des femmes et des filles, joue un rôle critique dans l'allocation des ressources adéquates émanant, au niveau des pays, de sources intérieures et mondiales. Ces ressources sont nécessaires pour appuyer le leadership et le développement intégral des femmes et des filles, incluant celles qui vivent avec le VIH et celles qui appartiennent aux populations clés.
85. Le Conseil de Coordination du Programme est invité à prendre note du rapport reconnaissant que le suivi de la mise en œuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH sera prolongé et que le Conseil de Coordination du Programme en sera informé via le Cadre unifié du budget, des résultats et des

responsabilités (UBRAF) qui inclut les effets et les indicateurs des dimensions sexospécifiques des ripostes au sida.

ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE DES FEUILLES DE RÉSULTATS

Déclaration	Échelle d'évaluation			
<i>Merci d'évaluer les progrès de la riposte nationale au VIH en tenant compte des femmes, des filles et de l'égalité des sexes.</i>	Rouge	Orange	Vert	Remarques
Recommandation 1 : Produire conjointement de meilleurs faits probants et une amélioration accrue des besoins spécifiques des femmes et des filles dans le contexte du VIH, et assurer des ripostes nationales au sida priorisées et adaptées à même de protéger et de promouvoir les droits des femmes et des filles (connaître son épidémie et sa riposte)				
<p>1. Épidémie généralisée : les données épidémiologiques et comportementales sur le VIH, ventilées par âge et par sexe, sont disponibles pour la population générale et les populations clés.</p> <p>Épidémies concentrées : les données épidémiologiques et comportementales sur le VIH, ventilées par âge et par sexe, sont disponibles pour les populations clés.</p> <p><i>(Selon les lignes directrices UNGASS, cette disposition signifie, pour les pays où les populations sont affectées par une épidémie généralisée, des données : homme/femme, et par tranche d'âge de 10 ans (par ex. 10-14, 15-24, 25-34, etc.), et pour les populations clés : homme/femme en dessous de 25 ans et au-dessus de 25 ans)</i></p>	Non disponible	Seules les données épidémiologiques ou comportementales sont ventilées par âge et par sexe	Les données épidémiologiques et comportementales sont toutes deux ventilées par âge et par sexe	<p>Si les données ne sont pas disponibles, merci de décrire les groupes de population pour lesquels elles font défaut</p> <p>Pour les pays présentant des épidémies concentrées, merci d'indiquer ici si les données sur les partenaires sexuels des populations clés sont disponibles</p>
Des évaluations qualitatives des facteurs sociaux, économiques et juridiques qui exposent les femmes et les filles au risque du VIH ont été conduites (analyses de situation).	Non disponible	Évaluations menées sous le leadership de partenaires externes ou de la société civile	Évaluations conduites sous le leadership d'autorités nationales (ex. la Commission nationale sur le sida / le Programme du Ministère des Affaires féminines) et avec le plein	

			engagement de la société civile	
3. Le pays a entrepris un examen/audit sexospécifique de la riposte nationale au cours des trois dernières années (analyse de la riposte).	Aucun examen entrepris	Examen entrepris sous le leadership de partenaires externes ou de la société civile	Examen entrepris sous le leadership de la Commission nationale sur le sida / du Programme	
4. Données nationales disponibles sur les liens entre la violence sexiste et le VIH	Non disponible	Données disponibles mais absentes du plan stratégique national sur le sida	Données disponibles et présentes dans le plan stratégique national sur le sida	
5. a) En cas d'épidémie généralisée, les données sur les ressources spécifiques inscrites aux budgets et/ou dépensées dans les programmes destinés aux femmes et aux filles au titre du plan stratégique national sont disponibles	Non disponible	Les données ne sont disponibles que pour des projets spécifiques (ex. GFATM, PEPFAR)	Les données nationales en provenance de tous les types de sources sont disponibles (ex. NASA)	
Recommandation 2 : Renforcer la transformation des engagements politiques en actions et ressources intensifiées pour les politiques et programmes qui traitent des droits et des besoins des femmes et des filles dans le contexte du VIH, avec le soutien des partenaires pertinents au niveau mondial, national et communautaire				
6. La riposte nationale finance des programmes qui engagent les hommes et les garçons dans la lutte contre l'inégalité des sexes	Néant	Seuls des projets à petite échelle sont financés	Des programmes accrus, engagés à l'échelle nationale, sont financés	
7. Le plan stratégique national contribue au renforcement de l'intégration bidirectionnelle des soins médicaux liés à la sexualité et à la procréation et des services anti-VIH	Néant	Mise en œuvre d'un plan d'intégration dans des sites choisis, ou pour des thèmes spécifiques uniquement (ex. les quatre volets de la PTME)	Mise en œuvre de l'intégration à l'échelle nationale	

8. Le secteur de la santé dispose d'une politique qui traite de la violence sexiste.	Politique inexistante	La violence sexiste n'est traitée que par des groupes de la société civile	Le Ministère de la Santé dispose d'une politique sur la violence sexiste	
9. Les ministères gouvernementaux en charge des questions liées à l'égalité des sexes et aux femmes incluent le VIH dans leur planification opérationnelle et leur budgétisation.	Non	Les programmes anti-VIH sont inclus dans les plans mais ne sont pas budgétisés	Les programmes anti-VIH sont inclus dans les plans et budgétisés	
10. Des préservatifs féminins sont fournis et distribués	Non	Seulement pour les populations clés	Ils sont disponibles à toutes les femmes	
Recommandation 3 : Soutenir le leadership en faveur d'un environnement favorable à la promotion et à la protection des droits humains des femmes et des filles, et à leur développement intégral, dans le contexte du VIH, par le renforcement du plaidoyer, des capacités et des ressources adéquates.				
11. Les réseaux de femmes vivant avec le VIH participent à la planification officielle et aux mécanismes d'examen de la riposte nationale au VIH.	Non	Cet engagement est occasionnel	Leur participation dans la planification officielle et les mécanismes d'examen est régulière	
12. Les réseaux de femmes affectées par le VIH (ex. les femmes vivant avec le VIH, les professionnelles du sexe, les consommatrices de drogues, les transsexuelles) participent aux processus nationaux de suivi et d'élaboration des rapports de la CEDAW ?	Aucune participation	Participation occasionnelle	Participation régulière aux processus de la CEDAW	
13. Les mécanismes de protection sociale (ex. les transferts monétaires et les microfinancements) incluent les femmes vivant avec le VIH	Non	Des interventions à petite échelle sont menées au niveau local	Il existe des programmes nationaux de protection sociale	
14. Le plan national de lutte contre le sida contient un budget spécifique pour soutenir les capacités des organisations communautaires de femmes, en particulier les femmes affectées par le VIH.	Non	Il existe des initiatives à petite échelle mais elles ne sont pas incluses dans le plan	Des fonds sont alloués par le plan national	

		stratégique national		
--	--	----------------------	--	--

Mots clés de la Déclaration	1. Données ventilées	2. Évaluations qualitatives	3. Examen sexospécifique de la riposte nationale	4. Données sur la violence sexiste et le VIH	5. Données sur les ressources nationales pour les programmes axés sur les femmes	6. Financement des programmes axés sur les hommes/garçons	7. Intégration des soins liés à la sexualité et à la procréation et du VIH	8. Politique de lutte contre la violence sexiste du secteur de la santé	9. Plans/budgets anti-VIH dans les ministères des Affaires féminines	10. Préservatifs féminins	11. Examen sur le VIH et la participation des femmes dans la riposte	12. Participation des femmes affectées dans le suivi de la CEDAW	13. Protection sociale des femmes séropositives	14. Budget de la riposte pour les organisations de femmes
Somalie														
Soudan														
Tunisie														
Yémen														