



## CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

ONUSIDA/CCP (34)/14.15  
Date de publication : 27 juin 2014

### TRENTE-QUATRIÈME RÉUNION

**Date** : 1-3 juillet 2014

**Lieu** : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

---

**Point 9 de l'ordre du jour**

**Segment thématique « prise en charge des moteurs socio-économiques de l'épidémie de VIH à travers la protection sociale »**

**Note de documentation**

---

**Documents supplémentaires sur ce point:**

- **Conference Room Paper 6 (UNAIDS/PCB(34)/14.CRP6):** Soumissions pour le segment thématique – « prise en charge des moteurs socio-économiques de l'épidémie de VIH à travers la protection sociale »

**Action requise à la réunion –** aucune

**Conséquences des décisions en termes de coûts:** aucune

## SYNTHÈSE

L'épidémie mondiale de VIH est non seulement tributaire du virus et de sa prise en charge médicale mais également de facteurs socio-économiques et politiques, notamment les inégalités entre les sexes, les inégalités de revenus, les violations des droits de l'homme ainsi que les circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, en d'autres termes les facteurs sociaux qui influencent la santé des individus (déterminants sociaux de la santé).<sup>1</sup> Il est établi que ces facteurs sociaux (divisions socio-économiques, inégalités entre les sexes, xénophobie, homophobie, etc.) orientent l'épidémie de VIH dans différentes directions. Ils réduisent le risque d'infection et la vulnérabilité chez certaines populations tandis qu'ils les ignorent ou les intensifient chez d'autres.<sup>2</sup> Grâce aux avancées réalisées dans la lutte contre le VIH ainsi que dans d'autres domaines, il est aujourd'hui possible de en faire encore beaucoup plus pour faire reculer l'épidémie.<sup>3</sup>

De nombreuses preuves confirment l'efficacité de la protection sociale en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien. Par ailleurs, les expériences démontrant comment les programmes de protection sociale aident les populations touchées par le VIH et vivant avec celui-ci (notamment les populations clés et les jeunes femmes) se multiplient. L'ONUSIDA s'efforce d'attirer l'attention sur la protection sociale, et d'examiner par où commencer et comment utiliser l'approche d'investissement afin d'utiliser au mieux ses ressources humaines et financières ainsi que ses partenariats pour la réalisation d'objectifs partagés. À terme, les impératifs suivants se dégagent:

**Leadership politique de haut niveau :** L'engagement politique de mettre un terme au sida, à la pauvreté extrême et aux inégalités est essentiel. L'ONUSIDA doit inspirer et faciliter le dialogue visant à mettre un terme au sida, à la pauvreté extrême et aux inégalités avec les ministères de la protection sociale, de la planification, des finances, de l'éducation, de l'égalité des chances et du développement social ainsi qu'avec les programmes du secteur de la santé et les programmes nationaux de lutte contre le sida, les donateurs, les organismes de l'ONU, les partenaires, les institutions politiques, sociales et économiques régionales et mondiales, et les autres intervenants.

**Audits couvrant l'épidémie de VIH et la protection sociale :** L'ONUSIDA doit inviter les partenaires à formuler un agenda pour la recherche qui ouvre la voie à l'inclusion sociale, la protection sociale et la croissance économique équitable dans différents contextes. Les États membres et la société civile doivent bénéficier d'un appui afin de mener des audits des épidémies de VIH et de la protection sociale, et ainsi disposer d'éléments probants pertinents pour l'analyse des épidémies de VIH, des inégalités et de la pauvreté.

**Prise en compte généralisée du VIH :** Il est temps d'adopter une nouvelle approche pour la prise en compte généralisée du VIH, qui s'appuie sur l'ampleur et la diversité des systèmes nationaux de santé et de développement afin de répondre aux besoins spécifiques des populations exposées au VIH, vivant avec ce dernier ou encore touchées par celui-ci. L'objectif ultime est de mettre un terme au sida, à la pauvreté extrême, aux inégalités et à la vulnérabilité sociale. Un exemple concret est l'action de sensibilisation de l'ONUSIDA et des coparrainants pour l'autonomisation économique des jeunes femmes dans les contextes de forte prévalence du VIH, notamment à travers des programmes d'aide financière s'inscrivant dans des cadres plus larges de développement économique inclusif

et des systèmes de protection sociale, en vue d'assurer leur éducation, leur santé et leur protection sociale.

**Mobilisation des ressources** : L'ONUSIDA peut diriger la mobilisation de nouvelles ressources au niveau national, régional et mondial afin de développer les connaissances en matière de protection sociale chez les populations vivant avec le VIH, les populations clés, les associations de femmes et la société civile dans son ensemble. Les initiatives peuvent également veiller à l'implication active des réseaux de populations vivant avec le VIH et de la société civile dans les consultations clés et l'élaboration des priorités pour l'élimination du sida, de la pauvreté extrême et des inégalités.

## SURVOL

### Généralités

1. La 34<sup>e</sup> réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA aura pour thématique la manière dont le secrétariat de l'ONUSIDA, les coparrainants et les partenaires peuvent favoriser les avancées en matière de protection sociale pour tous et exploiter ces dernières, et ainsi contribuer à combler des lacunes critiques en termes de programmes et de financement pour la lutte contre le VIH et la protection sociale, pour soutenir la cause commune de l'élimination du sida, de la pauvreté extrême et des inégalités. Sur la base des thématiques antérieures couvrant la prévention mixte (combinant plusieurs approches), l'égalité des sexes et la lutte contre les discriminations, le Conseil de coordination du programme a sélectionné, lors de sa 33<sup>e</sup> réunion, la *prise en charge des moteurs socio-économiques du VIH à travers la protection sociale* comme thématique de sa 34<sup>e</sup> réunion. Cette thématique a été retenue pour trois raisons majeures :
  - a) La riposte au sida a engendré des résultats impressionnants. Toutefois, les progrès ont été inégaux et l'épidémie de VIH est loin d'être vaincue. La riposte au sida partage de nombreux objectifs avec les efforts de protection sociale visant à mettre un terme à la pauvreté extrême et aux inégalités et à promouvoir une croissance économique inclusive.
  - b) La protection sociale englobe des instruments conçus pour modifier les moteurs socio-économiques de la pauvreté et des inégalités. La protection sociale offre donc une plateforme commune pour la mise en place durable de services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien ainsi que pour le partage des enseignements tirés de la riposte au sida.
  - c) Les consultations visant à définir l'agenda post-2015 pour le développement entrent dans leur phase finale et la protection sociale occupe une place importante dans ces discussions. Les intervenants conviennent par ailleurs de la nécessité de maintenir une solide riposte face au sida. De plus, à l'horizon post-2015, l'heure sera à l'intégration, à l'efficacité et à la responsabilisation nationale, et les ripostes au VIH devront de plus en plus définir des objectifs multisectoriels en termes de santé et de développement.

## **Pauvreté, inégalités, marginalisation et VIH**

2. L'épidémie mondiale de VIH est non seulement tributaire du virus et de sa prise en charge médicale mais également de facteurs socio-économiques et politiques, notamment les inégalités entre les sexes, les inégalités de revenus, les violations des droits de l'homme ainsi que les circonstances dans lesquelles les individus grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, en d'autres termes les facteurs sociaux qui influencent la santé des individus (déterminants sociaux de la santé).<sup>4</sup> Il est établi que ces facteurs sociaux (divisions socio-économiques, inégalités entre les sexes, xénophobie, homophobie, etc.) orientent l'épidémie de VIH dans différentes directions. Ils réduisent le risque d'infection et la vulnérabilité chez certaines populations tandis qu'ils les ignorent ou les intensifient chez d'autres.<sup>5</sup> Grâce aux avancées réalisées dans la lutte contre le VIH ainsi que dans d'autres domaines, il est aujourd'hui possible de en faire encore beaucoup plus pour faire reculer l'épidémie.<sup>6</sup>
3. Le sida est lié à la pauvreté extrême et aux inégalités. Plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH résident dans la région la plus pauvre du monde, à savoir l'Afrique subsaharienne. Dans tous les pays, ce sont les populations pauvres et marginalisées qui sont les plus touchées, en particulier les jeunes femmes, les immigrants, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes incarcérées ou récemment libérées, et les sans-abri. Bien que toujours élevée, l'incidence du VIH recule en Afrique subsaharienne. Elle augmente toutefois dans les pays à revenus moyens et élevés du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est et d'Asie centrale (à l'exception de l'Ukraine). L'expansion de l'épidémie de VIH dans ces régions est attribuée aux discriminations et à l'exclusion sociale des populations clés et des personnes exposées à un plus grand risque d'infection par le VIH, ainsi qu'à des investissements insuffisants dans les services de prise en charge du VIH à fort impact.<sup>7</sup>
4. Dans le monde, les systèmes de santé, de justice et de protection sociale conservent des œillères en termes de responsabilité lorsqu'il s'agit de garantir l'accès aux services requis pour les populations clés exposées aux risques les plus importants. Par exemple, aux États-Unis (seul pays à fournir cette information), environ 16 % des personnes vivant avec le VIH sont sans-abri et ne reçoivent aucune assistance du gouvernement.<sup>8</sup> Le sida ne pourra être éradiqué aussi longtemps que les besoins en matière de protection sociale et de prise en charge du VIH des populations vivant avec le VIH, des populations clés et des populations vulnérables en situation d'extrême pauvreté et / ou subissant des inégalités seront ignorés ou insuffisamment pris en compte. L'épidémie de sida ne pourra pas non plus être vaincue si la fourniture de services de protection sociale et de prise en charge du VIH n'est pas équitable.

5. Il existe certes des liens entre la pauvreté, les inégalités, la marginalisation et la vulnérabilité. L'ONUSIDA souligne toutefois que des distinctions s'imposent entre ces différents facteurs.<sup>9</sup> Toutes les populations vulnérables ne sont pas pauvres ; toutes les populations pauvres ne sont pas marginalisées. Par ailleurs, les populations pauvres, d'une part, et marginalisées, d'autre part, présentent des vulnérabilités distinctes et ne sont pas touchées de la même manière par le VIH. Elles sont en outre moins à même de résister aux conséquences socio-économiques du VIH. Leur implication active est critique pour une riposte efficace face à l'épidémie.

**Encadré 1. VIH : à la croisée du développement et des droits de l'homme**

*« Nous avons appris que les individus ne doivent plus être les sujets du développement mais des agents actifs du changement, pour parvenir à la justice sociale de l'intérieur. Cela signifie que la société civile a besoin d'un appui soutenu en termes de financement, de même que d'une liberté d'action politique. »*

Michel Sidibé, directeur exécutif  
ONUSIDA Séance de haut niveau de la  
22<sup>e</sup> réunion du Conseil des droits de  
l'homme de l'ONU, 28 février 2014

6. Les populations déplacées ou marginalisées par des catastrophes naturelles, des conflits, les délocalisations, les migrations ou l'incarcération sont confrontées à des problèmes sociaux (perte de revenu, de capital social et de soutien social). Dans la plupart des sociétés, le revenu, le capital social et le soutien social sont essentiels non seulement pour le bien-être psychosocial mais également pour accéder aux opportunités économiques (emploi, services d'aide à l'emploi), pour la sécurité personnelle et pour l'accès à la justice (assistance juridique, par exemple).
7. Les relations entre la pauvreté, les inégalités, la marginalisation et le VIH sont complexes et dynamiques. L'impact économique dévastateur du VIH sur les individus et les ménages est bien documenté. Les coûts psychosociaux et économiques du traitement, des soins et du soutien pour les personnes vivant avec le VIH sont significatifs à tout âge. Pour un adulte, l'incapacité de travail qui en résulte aura également un impact sur les revenus de sa famille. Des éléments du patrimoine devront peut-être être vendus, la consommation devra être adaptée afin de financer les soins médicaux et les enfants devront peut-être être retirés de l'école.
8. Pour les individus et les familles peu nantis, l'augmentation des dépenses et la baisse du revenu peuvent conduire à une situation de pauvreté temporaire ou permanente. Les inégalités entre les sexes, la stigmatisation et les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et touchées par ce dernier peuvent encore réduire les possibilités en matière d'éducation et d'emploi. Ceci peut conduire à une exclusion des opportunités sociales, économiques et politiques, et à une restriction de l'accès aux services médicaux et à la représentation politique. De telles discriminations nuisent au bien-être, à la dignité et au développement de l'individu et limitent les choix qui s'offrent à lui. Elles affectent les adultes et les enfants vivant avec le VIH ainsi que les personnes qui prennent soin de ces derniers.
9. En revanche, les personnes vivant avec le VIH qui peuvent suivre un traitement antirétroviral demeurent insérées dans la vie économique. Elles peuvent exploiter les ressources familiales et sociales, et développer le capital social et humain pour leur famille et pour l'économie nationale. De nombreuses preuves démontrent que la pauvreté entrave le respect d'un traitement antirétroviral. En revanche, une protection financière couvrant les

soins et le soutien (suivi nutritionnel, logement sécurisé, transport vers les services médicaux, suivi psychosocial, aide à l'emploi, etc.) améliore le respect et par conséquent l'efficacité du traitement antirétroviral.<sup>10</sup>

10. Les conséquences de la pauvreté extrême, des inégalités, de la vulnérabilité et du VIH sont intensifiées pour les femmes et les filles, car dans de nombreuses communautés et pays, elles assument une responsabilité disproportionnée pour le traitement du VIH et le soutien, tout en subissant les contraintes de limitations imposées à leur autonomie, leur accès aux ressources et le contrôle de leur sexualité. Dans de nombreuses régions, les violences sexistes sont également monnaie courante.<sup>11</sup>
11. Plus souvent que les hommes, les femmes sont touchées par le chômage, ont des carrières plus courtes ou interrompues, occupent des postes intérimaires, à temps partiel ou occasionnels, et perçoivent un salaire plus bas. Fréquemment, les femmes et les filles disposent d'un accès limité à l'information et aux différents services, notamment ceux relatifs à la santé sexuelle et reproductive et à leurs droits dans ce domaine. Les femmes et les filles assument des responsabilités familiales plus lourdes et leur accès aux ressources est limité par des contraintes liées à leur sexe. Les femmes et les filles représentent une part tout à fait disproportionnée des populations confrontées à la pauvreté et à la pauvreté extrême, et représentent la majorité des populations souffrant chroniquement de la faim. Elles sont également touchées de manière disproportionnée par le VIH, en particulier dans l'est et le sud de l'Afrique. Des stratégies de transformation sociale, notamment des actions légales et politiques, sont nécessaires afin de contrer les inégalités omniprésentes et multifacettes entre les sexes, qui expliquent ces différences.
12. La mortalité liée au VIH pèse également particulièrement lourd sur les membres plus âgés des familles touchées.<sup>12</sup> Lorsqu'un enfant perd un parent ou l'adulte qui en a la charge, cela compromet le traitement et le soutien dont il bénéficiera à l'avenir, et augmente la charge émotionnelle et le travail physique. En Afrique subsaharienne, six millions d'orphelins dont les parents ont succombé au sida sont pris en charge par leurs grands-parents. Ces ménages figurent généralement parmi les plus pauvres d'Afrique et cette pauvreté peut se transmettre entre les générations. Les soins requis et la baisse de revenus engendrée peuvent conduire ces familles à retirer les enfants de l'école.<sup>13</sup> Les aides familiales et les réseaux informels de soutien ont, historiquement, constitué la base de l'action au niveau des collectivités, et disposent généralement d'une assistance externe limitée et d'un soutien financier encore plus limité.<sup>14</sup>
13. La relation causale entre la pauvreté extrême, les inégalités et le risque d'infection par le VIH est moins linéaire et directe que la relation existant entre la pauvreté extrême, les inégalités et l'accès au traitement ainsi que son respect.<sup>15</sup> Elle est toutefois à présent

**Encadré 2. Importance de services de soin et de soutien au sein de la collectivité.**

*« Ce sont les familles et les organisations d'aide à domicile locales qui, souvent avec un financement minimal, ont durant des années activement intégré les services spécifiques au VIH avec ceux d'autres secteurs (économique, social, légal et enseignement), jetant ainsi les bases d'initiatives de protection sociale intégrant le VIH et menées à grande échelle par les gouvernements et les donateurs ».*

Mike Podmore, 2014. International HIV/AIDS Alliance

bien établie.<sup>16</sup> Des analyses ont, par le passé, exploré les liens entre le patrimoine des ménages et la prévalence du VIH pour aboutir à des résultats incohérents. Des études récentes centrées sur l'incidence du VIH ont toutefois conclu que la richesse relative (ou les inégalités de revenus) est associée avec le risque d'infection par le VIH, tout comme les inégalités entre les sexes.<sup>17</sup> Dans le cas d'une perte de revenu (due à un décès ou à la maladie, à une crise économique, à une catastrophe naturelle, etc.), un système de protection sociale bien conçu peut prévenir des initiatives désespérées (par exemple, la vente d'éléments du patrimoine permettant d'assurer la subsistance, ou plus souvent, le recours au sexe comme moyen de subsistance) et possède un impact direct sur la capacité à faire face des individus.<sup>18</sup>

14. L'épidémie de VIH peut perturber l'optimisation du capital en frappant les jeunes et la population adulte, qui représentent des ressources critiques en termes d'emploi et de capital humain pour l'économie. La morbidité et la mortalité liées au sida réduisent l'ampleur et la qualité de la main-d'œuvre et du capital humain. L'augmentation de la morbidité et de la mortalité liées au VIH créent une pression budgétaire pour les gouvernements, qui doivent affecter plus de ressources aux soins de santé ainsi qu'à la conservation et au remplacement du capital humain perdu, dans tous les secteurs.

### **Protection sociale**

15. La combinaison défavorable de politiques et de mesures économiques inadéquates est dans une large mesure responsable de l'état de santé insatisfaisant d'une majorité d'individus.<sup>19</sup> Des interventions structurelles et des choix politiques capables d'aider les pays et les collectivités à lutter contre les inégalités en matière de santé<sup>20</sup>, notamment une protection sociale tout au long de la vie, sont par conséquent recommandées.<sup>21</sup>
16. Les gouvernements, les organisations de la société civile et les partenaires au développement sont de plus en plus convaincus que la protection sociale constitue une composante nécessaire, réaliste et abordable des stratégies nationales visant à éradiquer le sida, la pauvreté extrême et les inégalités et à parvenir à un développement équitable et durable.<sup>22</sup> Tous contextes économiques confondus, les différents pays examinent leurs systèmes de protection sociale, non pas afin de les élargir et de les normaliser mais afin de déterminer où commencer et quels objectifs viser à court et moyen terme.
17. L'ONUSIDA s'efforce d'attirer l'attention sur la protection sociale et d'explorer les points de départ pour le travail à mener dans ce domaine, afin de réaliser l'objectif d'élimination du sida, de la pauvreté extrême et des inégalités.



18. En 2012, l'Organisation internationale du travail a adopté la Recommandation sur les socles de protection sociale (résolution 202) lors de la Conférence internationale du travail. Cette résolution répond à la crise financière, et aux crises des produits alimentaires et carburants, qui ont conduit le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CEB, *Chief Executives Board for Coordination*) à faire de la protection sociale l'une de ses neuf priorités stratégiques en 2009.

**Encadré 3. Socles de protection sociale : vers des systèmes de protection sociale plus cohérents, efficaces et complets**

« *L'approche des socles de protection sociale (SPF, Social Protection Floor) fournit un outil politique cohérent qui prend en compte les multiples composantes des vulnérabilités de manière intégrée. Des socles de protection sociale définis au niveau national permettent de garantir la prise en compte renouvelée et complète de la prévention et de l'éradication de la pauvreté tout en intégrant également des éléments plus larges du développement liés à la santé, l'éducation, les inégalités, l'emploi décent, la sécurité alimentaire, [le logement], la nutrition et la croissance inclusive.* »

Source : TST issues Brief: Social Protection, p. 2.

19. L'ONUSIDA définit la protection sociale comme *un système d'initiatives publiques et privées qui assurent un transfert de revenus ou de biens de consommation vers les populations pauvres, protègent les populations vulnérables contre les risques qui pèsent sur leurs moyens de subsistance et améliorent le statut social et les droits des populations marginalisées, avec pour objectif global de réduire la vulnérabilité économique et sociale des populations pauvres, vulnérables et marginalisées.*<sup>23</sup>

20. L'article 25 a de la Déclaration universelle des droits de l'homme définit le droit universel à une protection sociale étendue : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ». <sup>24</sup> La Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) reconnaît également que les enfants ont le droit à la sécurité sociale, notamment à l'assurance sociale, et établit que la protection sociale contribue à la réalisation de droits spécifiques en matière de sécurité sociale ainsi qu'au droit à l'éducation et à la survie (articles 26 et 27). Dans la plupart des pays, la protection sociale ne satisfait qu'à certains de ces droits.

21. La grande majorité des programmes de protection sociale dans le monde sont conçus pour réduire la vulnérabilité des populations pauvres. Hormis l'aide requise pour la satisfaction des besoins de consommation de base, les outils de protection sociale peuvent viser certaines causes de la pauvreté, par exemple, les inégalités entre les sexes, la stigmatisation ou le manque d'éducation. D'autres instruments, tels que l'assurance sociale ou les services juridiques gratuits, améliorent l'accès des populations à des services critiques, dans le domaine de la santé ou dans d'autres domaines sociaux. En revanche, les approches plus récentes reconnaissent les composantes sociales et politiques mais également économiques de la pauvreté, et appellent à des politiques et des services qui éliminent les obstacles dans l'accès à l'éducation, aux soins médicaux, à l'assistance juridique et à un logement décent, afin de donner aux populations de réelles opportunités de

se sortir du piège de la pauvreté. Elles s'appuient sur des éléments attestant que la protection sociale constitue un investissement dans la croissance économique<sup>25</sup> et non une dépense inutile dans le budget national.

### Prise en compte du VIH dans la protection sociale

22. Les systèmes nationaux ne contribueront guère à l'éradication du sida s'ils excluent activement les personnes vivant avec le VIH ou touchées par ce dernier, les populations clés et les autres populations les plus exposées au risque d'infection, ou s'ils ne répondent pas de manière adéquate aux besoins de ces populations et ne leur sont pas accessibles.<sup>26</sup> Or, des moyens techniques et financiers relativement limités permettent d'adapter les instruments de protection sociale pour la **prise en compte judicieuse du VIH**. La prise en compte judicieuse du VIH dans le cadre de la protection sociale signifie l'inclusion des populations exposées au risque d'infection par le VIH ou susceptibles de subir les conséquences d'une telle infection.<sup>27</sup> La promotion d'une protection sociale intégrant le VIH implique le développement de programmes visant différents grands groupes de populations, par exemple, les employés, les orphelins et les enfants vulnérables, les ménages dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté, les jeunes, les filles et les femmes, les femmes enceintes, les personnes handicapées, les plus de 50 ans, etc. Dans le même temps, les programmes doivent se concentrer également sur les communautés de personnes vivant avec le VIH et de populations clés exposées à des risques importants, en veillant à surmonter les barrières politiques et sociales et le manque de connaissances, pour s'assurer que personne ne soit oublié.
23. L'intégration du VIH dans les programmes de protection sociale peut engendrer un énorme impact dans le cadre de la riposte au sida, pour un coût relativement faible. En Inde, par exemple, de multiples programmes de protection sociale intégrant le VIH menés dans plusieurs États ont permis de toucher plus de 600 000 personnes vivant avec le VIH à la fin 2013, à travers la combinaison de services de protection sociale couvrant la nutrition, les aides à la subsistance, la subvention du logement, l'aide juridique, les titres de transport et différents programmes de pension.
24. Le tableau 1 synthétise les différents instruments et fonctions de la protection sociale en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien.

**Tableau 1. Instruments et fonctions de la protection sociale pour la prévention du VIH, le traitement, les soins et le soutien.**

	Prévention du VIH chez les plus vulnérables	Traitement chez les personnes vivant avec le VIH	Soins et soutien chez les personnes vivant avec/touchées par le VIH
<b>Protection financière</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Protection sociale pour les populations très pauvres</i></li> <li>• <i>Aide à la subsistance pour les populations pauvres et vulnérables</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aides financières et alimentaires afin de renforcer la résilience des ménages, préserver la scolarisation des enfants et réduire les comportements sexuels à risque et la</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide financière aux populations pauvres vivant avec le VIH afin d'améliorer l'accès au traitement et le respect de celui-ci.</li> <li>• Emploi décent, logement décent,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide financière afin de limiter l'impact du sida sur les individus et les ménages, notamment les orphelins et les enfants vulnérables, les ménages où une génération a disparu, et pour l'aide familiale.</li> </ul>

	<p>consommation de drogues.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emploi décent, logement décent, génération de revenus, micro-crédit, club d'épargne, formation à la gestion d'un budget afin de réduire le recours à des stratégies à risque.</li> </ul>	<p>autonomisation économique des populations vivant avec le VIH pour la consommation de base (notamment, alimentation et nutrition) afin d'assurer l'efficacité du traitement du VIH et renforcer la dignité et la participation, pour une vie prolongée et améliorée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités génératrices de revenus, renforcement des moyens de subsistance, micro-finance, formation à l'entrepreneuriat (par exemple, comment lancer sa propre activité).</li> </ul>
<p><b>Accès à des services de qualité abordables.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Par exemple, protection sociale et médicale pour les populations vulnérables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance sociale pour la prévention du risque d'infection par le VIH (sécurité sociale, financement public de la santé reproductive, de la santé maternelle et des services de prévention du VIH, etc.).</li> <li>• Emploi décent, logement décent.</li> <li>• Services médicaux adaptés aux jeunes.</li> <li>• Services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et services de santé sexuelle adaptés aux populations clés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protection sociale et médicale afin de garantir l'accès aux soins médicaux et prévenir l'érosion de l'épargne. Élimination des obstacles liés au transport pour l'accès au traitement du VIH.</li> <li>• Emploi décent, logement décent.</li> <li>• Traitement gratuit du VIH ou pour un coût minimal.</li> <li>• Couverture du traitement antirétroviral dans le cadre des polices d'assurance privées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance du handicap / de l'incapacité.</li> <li>• Mesures d'assurance préventives adaptées aux personnes touchées (programmes de pension, associations funéraires, etc.)</li> </ul>
<p><b>Transformation sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lois, politiques et réglementations</li> <li>• Accès à la justice pour les populations marginalisées</li> <li>• Sensibilisation, sollicitation des intervenants et débat public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réformes légales, processus politique et réglementation de la protection afin de réduire le risque d'infection par le VIH (par exemple, lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des immigrants).</li> <li>• Droits en matière de propriété et d'héritage pour les orphelins et les enfants vulnérables ainsi que pour les veuves.</li> <li>• Intégration des</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réformes légales, processus politique et réglementation de la protection afin de réduire le risque d'infection par le VIH (par exemple, lutte contre la stigmatisation et les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des immigrants).</li> <li>• Protection du droit d'accès aux services médicaux, notamment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupes de soutien pour les personnes vivant avec le VIH.</li> <li>• Protection juridique pour les populations touchées (droit à la propriété des veuves et orphelins, enregistrement des naissances, etc.).</li> <li>• Dialogue au sein de la communauté afin d'organiser le soutien aux ménages les plus vulnérables.</li> <li>• Reconnaissance de l'aide familiale informelle et à domicile et indemnités correspondantes.</li> </ul>

	<p>populations clés dans le développement des politiques de protection sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien juridique pour l'engagement de poursuites en cas de violences et d'exploitation, notamment de violences sexistes, d'abus et d'extorsion chez les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables.</li> </ul>	<p>accès universel au traitement antirétroviral, y compris pour les populations clés, les immigrants et les réfugiés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emploi décent, logement décent.</li> <li>• Application de la résolution 202 de l'OIT sur le lieu de travail.</li> <li>• Politiques commerciales et utilisation des aspects commerciaux des droits de propriété intellectuelle (TRIPS, <i>Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights</i>).</li> </ul>	
--	---	--	--

25. Les stratégies de protection sociale spécifiques au VIH doivent répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des populations vulnérables. Il s'agit de programmes spécifiquement conçus avec et pour les personnes vivant avec le VIH ou touchées par ce dernier. Quel que soit le pays ou le profil épidémique, ils sont essentiels afin de prendre en charge les vulnérabilités et négligences localisées. Ces programmes visent également à garantir la couverture à long terme par les programmes plus vastes des dites vulnérabilités et négligences localisées. Par exemple, le comité canadien pour l'accessibilité du traitement du sida (CAAT, *Committee for Accessible AIDS Treatment*) aide les immigrants vivant avec le VIH à accéder au traitement, à des formations professionnelles, à des aides financières et à une aide juridique, notamment en matière d'immigration et d'égalité des chances.<sup>28</sup>

26. Les preuves accumulées durant des décennies de programmes de soutien aux enfants touchés par le VIH indiquent de meilleurs résultats potentiels lorsque les missions sont plus larges et les ressources recrutées plus vastes, et que les populations ciblées sont déterminées selon des vulnérabilités plus larges (par exemple, le niveau de pauvreté ou l'activité professionnelle) plutôt que selon le statut VIH. Les programmes qui ciblent les moteurs du risque d'infection par le VIH mais ne prévoient aucune action spécifique visant directement les populations vivant avec le VIH ou touchées par ce dernier peuvent également conduire à des progrès et résultats spécifiques au VIH. Par exemple, des programmes de pension visant les plus de 60 ans dans des pays où la prévalence du VIH est élevée, par exemple, le Lesotho et le Swaziland<sup>29</sup>, toucheront vraisemblablement également les personnes en charge d'orphelins et enfants vulnérables, notamment les enfants touchés par le VIH.

27. Les systèmes de protection sociale augmentent également l'accès aux soins et au soutien en éliminant les obstacles socio-économiques. Les soins et le soutien englobent l'éducation, la santé, les services socio-économiques et les services juridiques destinés aux individus et aux familles touchées par le VIH afin d'améliorer leur qualité de vie. Les soins et le soutien aux personnes touchées par le VIH englobent une série complète de services, notamment les soins et le soutien psychosociaux, physiques, socio-économiques, nutritionnels et juridiques.<sup>30</sup> Les services d'aide familiale contribuent à la prévention du VIH, au respect des traitements, aux soins et au soutien.

#### **Encadré 4. Soins et soutien.**

*« Les patients expliquent que le traitement les a maintenus en vie mais que les soins et le soutien leur ont sauvé la vie. Il s'agit là d'une jolie manière d'envisager l'alignement de la protection, des soins et du soutien sur les interventions médicales. »*

Craig McClure, février 2014,  
réunion « Road to Melbourne »

28. Comme l'ont depuis longtemps relevé les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les aides sociales en matière d'alimentation et de nutrition ainsi que les aides financières couvrant les frais de transport peuvent énormément améliorer le respect du traitement antirétroviral chez l'adulte.<sup>31</sup> Toutefois, bien que les consignes internationales recommandent une prise en charge continue pour les individus et les collectivités touchés, les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH se trouvent régulièrement sous-financés et fragmentés, et des éléments critiques tels que les soins palliatifs et le soutien pour un logement décent font fréquemment défaut. Trop souvent, seuls des soins et un soutien minimaux sont assurés par les systèmes de sécurité sociale et de santé nationaux et les lacunes sont comblées par des organisations de la société civile, notamment des organisations religieuses. En 2006, le Tear Fund a estimé le travail fourni dans les pays africains par les organisations religieuses dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH à quelque 5 milliards de dollars américains.<sup>32</sup>

29. La protection sociale englobe toute une série d'interventions et de prestataires mais relève principalement de la responsabilité des gouvernements. Les instruments proposés peuvent reposer ou non sur des cotisations, c'est-à-dire que les individus ou les ménages peuvent ou non contribuer au système de protection sociale. Ils peuvent être accordés à toutes les personnes qui satisfont aux critères d'éligibilité (par exemple, assurance-maladie nationale ou pension d'État) ou être soumis à certaines conditions, par exemple, la fréquentation d'un établissement scolaire ou d'une institution médicale.

30. Comme pour tous les programmes de lutte contre le VIH, il est crucial de connaître le profil épidémique et les modalités de la riposte, le contexte et les moteurs sociaux ainsi que les populations touchées afin d'exploiter des mesures de protection sociale spécifiques au VIH de manière judicieuse et pertinente. Par exemple, l'analyse d'un programme visant les moyens de subsistance en Éthiopie a révélé que les ménages souffrant de différents niveaux de pauvreté répondent à différents services de soutien économique, indépendamment de leur situation vis-à-vis du VIH.<sup>33</sup> Une connaissance détaillée de la situation locale (qui sera au mieux acquise auprès des intervenants locaux) est essentielle afin d'adapter les instruments de protection sociale aux populations concernées. Cette adaptation sur mesure est essentielle afin de respecter les communautés concernées et

d'utiliser les ressources de manière efficace.

31. Chaque pays possède un système de protection sociale formel et informel, bien que la philosophie, la couverture, les critères d'éligibilité et le contenu varient. Par exemple, dans les pays à revenus élevés, près de 90 % des personnes âgées bénéficient de certains avantages sociaux ou de pensions privées, tandis que dans les pays à faibles revenus, seules 20 % des personnes âgées peuvent compter sur un tel revenu. Les autres dépendent de leur famille, des associations religieuses et d'autres associations pour l'aide requise, et de plus en plus souvent, de l'argent envoyé par des parents résidant à l'étranger. La faible couverture et la portée limitée de la protection sociale dans les pays à faibles et moyens revenus ont été le plus souvent expliquées par la capacité limitée du gouvernement à générer un revenu à travers les impôts, les taxes ou d'autres sources de financement du budget de l'État.<sup>34</sup> Une étude récente menée au Malawi sur la perception de la protection sociale au sein des collectivités a révélé que les aides sociales y étaient considérées comme un « cadeau » pour lequel il convenait d'être reconnaissant et de ne pas se plaindre, alors que dans les territoires occupés, celles-ci étaient considérées comme un droit.<sup>35</sup>

32. Aux États-Unis, près de 40 millions de personnes ne disposent d'aucune couverture pour la prévention des maladies courantes et les soins médicaux.<sup>36</sup> Les immigrants, les réfugiés et les voyageurs se retrouvent fréquemment sans couverture, car ils ne peuvent accéder aux prestations prévues dans leur pays et sont inéligibles dans leur pays de destination.<sup>37</sup> Les minorités ethniques, les populations indigènes, les populations pauvres et les groupes marginalisés des zones rurales et urbaines, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues, et les personnes incarcérées ou récemment libérées, sont fréquemment les dernières à être prises en charge<sup>38</sup>, ou sont activement exclues des services publics et privés.<sup>39</sup> Dans certains pays, seuls certains employés du secteur privé, les fonctionnaires et les militaires sont couverts. Ainsi, bien que certains dispositifs de protection sociale existent dans tous les pays, aucun d'entre eux n'est véritablement parvenu à une couverture universelle.

**Encadré 5 . Importance de l'implication des communautés touchées et de leur leadership**

*« Nous ne pensons vraiment pas que les inégalités seront vaincues sans investir directement dans les populations actuellement exclues, de manière à ce qu'elles puissent avoir une réelle influence sur les décisions prises en matière de dépenses, de développement et de santé. »*

Charles King, délégation d'ONG au sein du Conseil de coordination du programme

33. Les personnes qui nécessitent une protection sociale, notamment les populations extrêmement pauvres (revenus inférieurs au seuil de 1,25 dollar américain par jour) et les populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH, présentent habituellement des besoins dans des secteurs multiples (par exemple, l'éducation, le logement, les soins médicaux et les moyens de subsistance). Les besoins individuels peuvent varier au fil du temps, par exemple, les personnes récemment libérées de prison ont fréquemment besoin d'un logement, d'un accès aux soins médicaux et au crédit, d'un soutien social et d'une assistance afin de trouver un emploi.<sup>40</sup> Les orphelins et les enfants vulnérables peuvent non seulement se trouver sans revenu et sans structure d'accès à des services sociaux optimaux mais également sans personne pour assumer le rôle de parent

dans un contexte positif.

34. Les inégalités économiques qui piègent certaines personnes dans la pauvreté reposent sur une stigmatisation sociale sous-jacente, les choix politiques et le type de contrat social qui existe entre une population et son gouvernement.<sup>41</sup> Tous ces éléments peuvent être modifiés.<sup>42</sup> Afin de lutter contre le cycle de la pauvreté et renforcer la résilience des individus et des communautés, les objectifs économiques de la protection sociale doivent être complétés par des actions visant à transformer les structures (c'est-à-dire, les institutions, les hiérarchies, les lois et les réglementations, les pratiques culturelles, etc.) qui ont créé des inégalités en termes d'opportunités et d'avantages. La figure 1 illustre l'influence des facteurs socio-économiques sur les conditions de vie et le risque d'infection par le VIH.

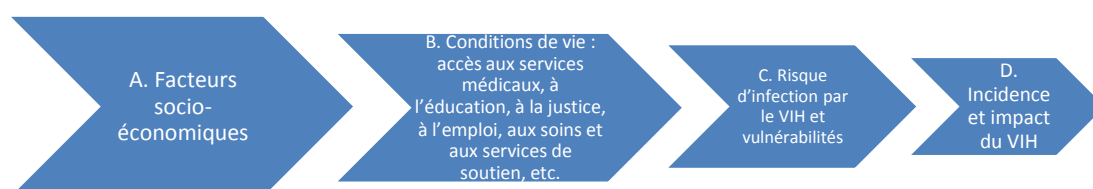


Figure 1 : illustration simplifiée de l'influence complexe des facteurs socio-économiques et structurels (A) sur les conditions de vie et sur l'exposition au VIH (C et D).

35. L'investissement dans la lutte contre le VIH a révélé des synergies potentielles entre les programmes contre le VIH et ceux d'autres secteurs, grâce à des objectifs partagés. Ceux-ci comprennent la réduction de la pauvreté, l'éducation pour tous, l'égalité des sexes, la santé sexuelle et reproductive et les droits afférents, l'inclusion des immigrants et des minorités défavorisées, la sensibilisation en matière de santé et vis-à-vis des droits de l'homme, l'accès à la justice, la planification au sein des collectivités et la gouvernance.<sup>43</sup>
36. La modélisation du cadre d'investissement de l'ONUSIDA de 2011 suggérait un besoin de financement global de 22 à 24 milliards de dollars américains pour l'extension des programmes de lutte contre le VIH d'ici à 2015. Sur ce total, le modèle proposait d'investir 40 % dans les actions de facilitation et les synergies (respectivement 15 et 25 %) et 60 % dans les programmes de base. La modélisation est en cours de mise à jour et les affectations du budget proposées pourraient différer. Toutefois, il est clair que les actions critiques de facilitation et le développement des synergies demeurent sous-financés. Une analyse révèle qu'en 2012, les programmes nationaux de lutte contre le VIH ont consacré moins de 2 % de leurs ressources totales à ces deux axes d'action.<sup>44</sup>

### Éliminer la pauvreté extrême, les inégalités et le sida à l'horizon post-2015

37. La consultation thématique post-2015 sur les inégalités révèle que 1 % des populations les plus riches du monde détient aujourd'hui 40 % des actifs mondiaux.<sup>45</sup> Les 85 personnes les plus riches du monde détiennent des actifs équivalents à ceux des 3,5 milliards de personnes les plus pauvres.<sup>46</sup> La consultation conclut qu'il est essentiel de lutter contre les

inégalités tant pour assurer le respect universel des droits de l'homme que pour réduire la pauvreté. La consultation a également mis en évidence la nécessité de surmonter la fragmentation et le cloisonnement en matière de développement pour aborder conjointement les objectifs du Millénaire pour le développement, d'une manière plus intégrée et plus proche de l'expérience réelle des populations.

38. Le groupe de travail sur les objectifs du développement durable (*Open Working Group on Sustainable Development Goals*) à l'horizon post-2015 a défini un objectif global en matière de santé à l'horizon post-2015 : « La santé pour tous et à tout âge » (*Healthy lives at all ages for all*), qui prévoit de mettre un terme à l'épidémie de VIH / sida, à la tuberculose, à la malaria et à d'autres maladies tropicales négligées d'ici 2030. D'autres recommandations visent des problématiques pertinentes dans la lutte contre le VIH, à savoir la mortalité infantile, la vaccination, la mortalité maternelle, ainsi que la santé sexuelle et reproductive et les droits afférents.<sup>47</sup> Le panel de spécialistes de haut niveau sur l'agenda pour le développement post-2015 (*High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda*) a également défini un objectif de protection sociale, qu'il considère comme une stratégie essentielle afin de garantir l'accès des populations pauvres et vulnérables aux avantages du développement durable.
39. La commission ONUSIDA-Lancet « *Defeating AIDS—Advancing Global Health* » a étendu et approfondi cette analyse. Dans le cadre de ses débats, elle a indiqué que le sida n'a pas encore été vaincu et que laisser l'agenda en l'état pourrait compromettre les énormes avancées réalisées en la matière. La commission a souligné que l'élimination du sida exige de l'innovation, une gouvernance améliorée et une action multisectorielle soutenue comprenant une protection sociale intégrant le VIH, des soins de santé et une éducation universels, ainsi que des avancées pour la création de sociétés plus égalitaires et inclusives où personne n'est oublié.<sup>48</sup> La commission a exhorté tous les intervenants dans la lutte contre le sida à jouer un rôle de catalyseur pour ramener le niveau des maladies infectieuses dans les pays à faibles et moyens revenus à celui observé dans les pays à revenus élevés, à travers la transformation des systèmes de santé.<sup>49</sup>
40. Les liens et les synergies potentielles entre les agendas pour la lutte contre le VIH, les inégalités et la pauvreté ont encore été soulignés lors d'une réunion de haut niveau organisée par la Banque mondiale et l'ONUSIDA en janvier 2014. Cette réunion a synthétisé les éléments qui attestent du rôle des inégalités entre les sexes, de la stigmatisation et des discriminations liées au VIH, du manque d'accès à l'éducation et de l'instabilité des moyens de subsistance dans les trois problèmes susvisés (VIH - inégalités - pauvreté). Les participants ont examiné sept stratégies d'intervention structurelle ayant démontré leur potentiel pour la lutte contre les moteurs sociaux du VIH, des inégalités et de la pauvreté, notamment les aides financières conditionnelles, l'assurance-maladie nationale, l'éducation universelle, l'aide au

**Encadré 6. Importance des moteurs sociaux pour mettre un terme au sida et à la pauvreté extrême**

« *Tout comme l'argent ne suffit pas à mettre un terme à la pauvreté, la science est impuissante face au sida à moins de s'attaquer aux facteurs structurels sous-jacents. Ceci exige une volonté politique soutenue, un activisme social et un engagement sans faille pour l'égalité et la justice sociale.* »

Jim Yong Kim, président du World Bank Group, Social Drivers to End AIDS and Extreme Poverty Conference, 6 janvier 2014.



logement, l'aide alimentaire, les réformes légales et la mobilisation des collectivités. Ils se sont engagés à intensifier la collaboration en matière de santé et de développement, en s'appuyant sur des objectifs nationaux visant l'élimination de la pauvreté extrême et du sida dans un délai défini ainsi qu'une couverture universelle en matière de soins médicaux, en s'inscrivant dans l'agenda post-2015 et dans le cadre pour la responsabilisation. Ils ont également reconnu la nécessité d'éléments probants de meilleure qualité, de défendre l'action au plus haut niveau politique et de maintenir le dynamisme de tous les intervenants dans la lutte contre le sida, afin de rejeter le cynisme et se concentrer non pas sur ce que nous pensons pouvoir faire mais sur ce qui doit être fait, à savoir mettre un terme à la pauvreté extrême et au sida.

## EXEMPLES DE MESURES DE PROTECTION SOCIALE INTÉGRANT LE VIH

41. Les stratégies de lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et les inégalités intégrées dans les approches plus récentes de croissance économique sont par essence dignes d'intérêt. L'infection par le VIH, la pauvreté, les inégalités et la dignité humaine étant intimement liées, ces stratégies sont également dignes d'intérêt dans la riposte au VIH. La croissance économique fait baisser la pauvreté. Selon les estimations, 1 % de croissance du produit intérieur brut (PIB) fait baisser la pauvreté de 1,7 %. Une étude estime que toute croissance du PIB engendre une baisse de 2/3 pour la pauvreté et de 1/3 pour les inégalités. Les pays où le niveau d'égalité est plus élevé réduisent plus largement et

### Encadré 7. Importance d'une croissance économique inclusive

*« Les populations pauvres ne souhaitent pas simplement échapper à la pauvreté. Elles veulent construire et bénéficier de tous les aspects de la prospérité, notamment de revenus plus élevés, d'une bonne santé et d'une éducation de qualité. Elles souhaitent également accéder à la justice car là où sévissent la pauvreté et les inégalités sévit également trop souvent l'injustice. »*

Jim Yong Kim, président du World Bank Group, séance plénière de la réunion annuelle du World Bank Group, Tokyo, Japon, 11 octobre 2012

rapidement la pauvreté que ceux où le niveau d'égalité est plus faible.<sup>50</sup> Étant donné que les pays plus riches et plus égalitaires sont moins touchés par le VIH, une croissance économique inclusive est également très précieuse pour la riposte au sida.

42. L'expérience acquise dans le cadre de la riposte mondiale au sida pour étendre l'espace politique, et l'accès aux services pour les populations vulnérables, et autonomiser les personnes vivant avec le VIH ou touchées par ce dernier, peut être mise à profit pour lutter plus largement contre la pauvreté et les inégalités. Unir les forces est essentiel pour créer et maintenir un cycle vertueux d'inclusion, de réduction de la pauvreté, d'engagement civique, de responsabilisation des gouvernements vis-à-vis de leurs populations, d'amélioration de la santé et du bien-être, d'élimination du sida et de prospérité partagée.

## Aides financières

43. Des analyses récentes indiquent que les aides financières constituent un outil puissant pour limiter l'impact du VIH. En combinaison avec d'autres actions de lutte contre le VIH et de protection sociale, les aides financières renforcent les résultats obtenus dans le cadre de la prévention du VIH, du traitement et du soutien. L'analyse de 16 études menées en Afrique subsaharienne (Kenya, Malawi, Afrique du Sud, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe) et en Amérique du Nord (Mexique et États-Unis) révèle que sur dix programmes d'aide financière mesurant le comportement sexuel, neuf ont eu un effet positif pour la prévention du VIH.<sup>51</sup>
44. Le programme social d'aide financière Mchinji lancé en 2006 au Malawi fournit une aide financière prévisible (environ 14 dollars par mois) à toutes les familles du pays qui appartiennent au quintile de revenus le plus bas et ont du mal à trouver un emploi. Une étude du programme Mchinji<sup>52</sup> a révélé des améliorations mesurables dans la sécurité alimentaire (moins de repas manqués) et dans le bien-être des enfants. Les enfants des ménages bénéficiant d'une aide financière ont pris du poids et ont grandi, et étaient plus souvent scolarisés et moins souvent mis au travail à l'extérieur du foyer. Les bénéficiaires des aides financières ont plus largement recouru aux services médicaux, ont plus largement investi dans des actifs économiques et ont apporté une plus grande contribution économique à leur communauté (embauche de main-d'œuvre, partage de nourriture, dépenses sur les marchés locaux, etc.). La réduction des obstacles au transport jusqu'aux services médicaux a permis d'améliorer l'accès au traitement du VIH et le respect de ce dernier.
45. En Afrique du Sud, une étude nationale portant sur un programme d'aide financière financé par le gouvernement et couvrant plus de 3 000 familles bénéficiant d'allocations régulières pour leurs enfants ou pour des enfants qu'elles avaient accueillis a révélé une réduction de 53 % du recours au sexe comme moyen de subsistance chez les adolescentes, et une réduction de 71 % des relations sexuelles avec un partenaire qui n'est pas du même âge.<sup>53</sup> Une autre étude indépendante a montré qu'en Afrique du Sud, les adolescents de familles bénéficiant d'une allocation avaient 16 % de chances en moins d'avoir déjà eu des relations sexuelles. Les cas de grossesse étaient moins nombreux chez les filles ayant bénéficié plus précocement d'une allocation durant leur enfance que chez celles ayant bénéficié plus tard d'une allocation.<sup>54</sup>
46. Une évaluation du programme national kényan d'aide financière non conditionnelle pour les orphelins et les enfants vulnérables<sup>55</sup> a révélé une diminution de 31 % de la probabilité d'une première relation sexuelle. Un essai randomisé de contrôle mené dans le district de Zomba au Malawi auprès de plus de 1 200 jeunes filles de 13 à 22 ans n'ayant jamais été mariées et scolarisées ou non a examiné l'impact des aides financières conditionnées par la scolarisation des filles, indépendamment du VIH ou de l'éducation à la santé reproductive. Pour les filles ayant quitté l'école, aucune réduction de la prévalence du VIH ou du virus HSV-2 (herpes simplex virus 2) n'a été observée. Chez les filles encore scolarisées, celles bénéficiant d'une aide financière présentaient une réduction de 64 % de la prévalence du VIH et une réduction de 76 % de la prévalence du virus HSV-2.<sup>56</sup> Cette étude vient appuyer une autre analyse menée au Malawi concernant l'importance de l'éducation (en tant qu'intervention structurelle) dans la réduction de l'infection par le VIH.<sup>57</sup> Tout comme pour le programme Mchinji et celui mené en Afrique du Sud, ce programme national à grande échelle a été conçu pour réduire la pauvreté et ne visait pas spécifiquement le VIH. L'impact

sur des comportements clés liés au VIH est toutefois parfaitement clair.

47. Dans le cadre d'une étude menée en Tanzanie, une somme de 10 ou 20 dollars américains était accordée aux jeunes adultes de 18 à 30 ans à condition de ne pas être infecté par une maladie sexuellement transmissible (dépistage tous les 4 mois). À 12 mois (et non à 4 ou 8 mois), une réduction de 20 % du risque de MST curable a été observée chez le groupe ayant reçu une somme de 20 dollars. En revanche, aucune réduction n'a été observée chez le groupe ayant reçu une somme de 10 dollars. Certains éléments indiquent que les jeunes femmes ont été plus touchées que les jeunes hommes. Toutefois, aucune réduction du risque d'infection par le VIH ou le virus HSV-2 n'a été observée.<sup>58</sup>
48. Au Lesotho, un échantillon randomisé (n = 3 426) de jeunes de 18 à 32 ans a été comparé à un groupe de contrôle ou soumis à des tests de dépistage des MST (tous les 4 mois), avec à la clé des billets de loterie donnant droit à un prix maximal de 100 dollars ou à un prix minimal de 50 dollars. Après deux ans, une réduction de 25 % de la prévalence du VIH a été observée en relation avec ce système de loterie. Chez les femmes, une réduction de 33 % a été observée (31 % pour les prix les plus élevés de 100 dollars).<sup>59</sup> D'une manière générale, il est clair que l'apport d'une aide financière, quelles qu'en soient les modalités, peut réduire le risque d'infection par le VIH, en particulier chez les jeunes femmes.
49. Les aides financières ne sont pas à considérer isolément. La protection sociale passe par la combinaison de différentes stratégies. Une étude menée en Afrique du Sud a testé l'impact d'une aide financière assortie d'un soutien social de parents ou d'enseignants (n = 3401) et a révélé que la combinaison d'une aide financière et d'un soutien améliorerait la prévention du VIH, par rapport à la seule aide financière. Une réduction de la multiplicité et de la simultanéité des partenaires, ainsi que d'autres comportements à risque face au VIH, a été observée, à raison respectivement de 50 % chez les garçons et de 55 % chez les filles. Des études approfondies révèlent l'impact psychosocial de facteurs socio-économiques tels que la pauvreté<sup>60</sup> (décrochage scolaire, maltraitance, problèmes comportementaux, consommation d'alcool et de drogues, détresse psychologique, dépression, etc.) et comment ils peuvent augmenter le risque d'infection par le VIH. Elles montrent également comment les aides financières et le soutien peuvent rompre de tels cercles vicieux.<sup>61</sup> Toutes ces recherches illustrent l'importance de concevoir et d'évaluer les stratégies d'aide financière, en s'appuyant sur une théorie claire des changements souhaités / observés et sur la compréhension approfondie des besoins et ressources locaux.<sup>62</sup>
50. Une aide financière prévisible ainsi que d'autres aides, notamment alimentaires et matérielles, permettent également aux ménages pauvres de répondre à des besoins élémentaires, notamment l'accès aux traitements. Par exemple, le programme Girinka « Une vache par famille » lancé au Rwanda en 2006 a aidé plus de 177 000 familles pauvres à répondre à leurs besoins nutritionnels élémentaires. Il a également permis de générer un revenu suffisant pour accéder à la Mutuelle de santé et maintenir la scolarisation des enfants. Le gouvernement indien a mis en place plus de 25 programmes de protection pour les ménages pauvres et vulnérables, notamment des pensions de veuvage et des aides scolaires pour l'éducation de base ; 20 autres programmes visent les soins médicaux tout au long de la vie, le handicap et l'assurance-maladie ; enfin, 40 programmes visent le renforcement économique et le maintien des moyens de subsistance, et comprennent notamment la célèbre *Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee*.<sup>63</sup> Le Cambodge explique partiellement la couverture à 92 % du traitement antirétroviral par son programme d'aide financière et en nature pour les personnes vivant avec le VIH.<sup>64</sup>

## Prise en compte du VIH et des populations clés dans les systèmes nationaux de protection sociale

51. L'inclusion des populations vivant avec le VIH et des populations clés les plus à risque d'être infectées par le VIH dans les systèmes nationaux de protection sociale est loin d'être acquise. Une analyse proactive des lois, politiques et pratiques adoptées est requise. Par exemple, l'analyse des politiques et des lois ainsi que les actions de sensibilisation menées en Inde depuis 2007 ont conduit à la modification des règles d'éligibilité du

### Encadré 8. La réforme des politiques et des lois adoptées peut avoir un énorme impact

« Dans un pays tel que l'Inde, qui compte 1,21 milliard d'individus et qui consacre près de 2 % de son produit intérieur brut aux mécanismes de protection sociale, l'extension de cette protection aux personnes vivant avec le VIH à travers des programmes de réduction de la pauvreté dirigés au niveau des états peut faire beaucoup pour garantir l'avenir des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles ».

<http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/hiv-aids/successstories/india--social-protection-for-people-living-with-hiv/>

système de protection sociale au niveau national et au niveau des États, afin d'inclure les personnes vivant avec le VIH. Selon les données de l'organisation indienne pour le contrôle du sida (NACO, *National AIDS Control Organization*), les systèmes de protection sociale de 35 États avaient mis en place des aides (alimentation, transport, logement et pensions) pour les personnes vivant avec le VIH à la fin 2011. Près de 600 000 personnes vivant avec le VIH bénéficient aujourd'hui de tels programmes.<sup>65</sup>

52. En Chine, au Guatemala, en Indonésie, au Rwanda, en Thaïlande et en Ukraine, des recherches portant sur les obstacles à l'accès et l'utilisation des systèmes de protection sociale pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ont révélé la nécessité de changements politiques au sein des programmes gouvernementaux et privés et ont conduit à la mise en œuvre des changements pertinents. Le gouvernement chinois a adopté un décret national interdisant le refus de services médicaux aux personnes vivant avec le VIH et le gouvernement indonésien s'est engagé à garantir l'inclusion des personnes vivant avec le VIH dans le système universel de santé devant entrer en vigueur en 2014.<sup>66</sup> Au Sri Lanka, le leadership de la seule compagnie d'assurance privée qui couvrait les soins médicaux liés au VIH en 2010 a ouvert la voie à l'intégration du VIH dans les polices d'assurance médicale et autres par l'ensemble du secteur de l'assurance.<sup>67</sup>

53. Le gouvernement de l'Uruguay a identifié les personnes transgenres comme un groupe particulièrement vulnérable. Depuis 2009, ceux-ci peuvent s'enregistrer dans les registres officiels et y modifier leur nom et leur sexe. Depuis 2012, le ministère du développement social leur a de plus accordé un panier mensuel de denrées alimentaires et d'autres produits, pour une valeur de 30 dollars.<sup>68</sup> Au Kenya, les professionnel(le)s du sexe se sont organisé(e)s dans le cadre du programme BHESP (*Bar Hostess Empowerment and Support*) afin de prévenir les violences à leur encontre et renforcer l'accès aux services juridiques. Des professionnel(le)s du sexe ont été formé(e)s en tant qu'aides juridiques et sont capables d'assister leurs homologues dans le règlement des cautions et / ou l'engagement de poursuites.<sup>69</sup> Aux États-Unis, des programmes spécifiques viennent en aide aux sans-abri, dont beaucoup sont des consommateurs de drogues injectables.

54. Les approches centrées sur l'individu réduisent le coût des transactions et répondent à des besoins multiples. Le gouvernement indonésien mène une approche intégrée de la protection sociale. Les prestataires sont formés à l'ensemble des services de protection sociale disponibles, de manière à ce que les personnes vivant avec le VIH puissent accéder aux services médicaux, d'enseignement, d'assistance juridique, d'aide au logement et autres via un seul et même interlocuteur. Le gouvernement provincial de Kwa Zulu Natal en Afrique du Sud a mis en œuvre un modèle<sup>70</sup> qui a permis d'améliorer la coordination entre les différents secteurs de la protection sociale (santé, éducation, logement et justice) ainsi qu'entre les responsables de la qualité et de l'allocation des ressources publiques, qui relèvent de structures verticales par rapport aux districts et aux provinces.
55. Dans d'autres pays, les programmes de lutte contre le VIH expérimentent des modèles différents en matière de santé et de protection sociale. Une ONG active en Géorgie, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Russie, au Tadjikistan et en Ukraine a formé les prestataires du gouvernement et des ONG à la fourniture de services médicaux de qualité aux personnes vivant avec le VIH, en veillant à réduire la stigmatisation et à améliorer la connaissance des besoins spécifiques de ces personnes. Une approche de gestion de la transition pousse le modèle un peu plus loin pour apporter un soutien social intégré aux personnes incarcérées, durant l'incarcération et après leur libération.<sup>71</sup> Ces services fournis par des ONG et spécifiques au VIH sont essentiels dans les pays où la stigmatisation et / ou l'indifférence laissent les personnes vivant avec le VIH ou exposées à celui-ci en dehors des systèmes nationaux de protection sociale.

### **Transformation sociale et durabilité de la protection sociale**

56. Le renforcement de l'égalité et de l'inclusion et la réduction de la stigmatisation peuvent être favorisés et accélérés à travers la mobilisation et l'action des collectivités, le dialogue au sein de ces dernières et les stratégies exploitant les médias de masse.<sup>72</sup> Des programmes inclusifs spécifiques au VIH mais n'excluant pas les autres problématiques permettent de rompre les préjugés tout en élargissant les systèmes de protection sociale.<sup>73</sup> C'est par exemple le cas du programme de formation professionnelle et de micro-crédit mené en Algérie pour les femmes vivant avec le VIH, du programme d'autonomisation des professionnel(le)s du sexe mené au Kenya, ou du développement des moyens des associations religieuses pour la fourniture de services de santé sexuelle et reproductive aux jeunes au Zimbabwe. En Inde, toutes les interventions étudiées (notamment le programme Avahan et le projet Sonagachi) démontrent le pouvoir d'une collectivité sachant seule s'organiser, non seulement pour la réponse à des besoins élémentaires en termes de sensibilisation et de soins médicaux mais également pour la réduction et l'élimination des obstacles politiques et légaux à l'accès aux services.
57. Le financement public de la protection sociale s'appuie sur un consensus concernant le contrat social conclu entre un gouvernement et ses citoyens, ainsi que sur des mécanismes permettant aux collectivités de mettre les officiels gouvernementaux et les politiciens face à leurs responsabilités quant à l'utilisation des ressources budgétaires.<sup>74</sup> Les décisions cruciales sont généralement prises au niveau des collectivités afin de déterminer quels ménages ou individus remplissent les conditions pour bénéficier d'une protection sociale. Des approches transparentes, telles que la budgétisation participative menée au Brésil ou le suivi et l'évaluation participatifs de la réforme du système de santé au Nigéria (PATHS)

peuvent non seulement améliorer la conception et le ciblage des mesures de prise en charge du VIH et de protection sociale mais également renforcer la confiance dans les systèmes gouvernementaux et renouveler le contrat social entre l'État et ses citoyens.<sup>75</sup>

58. Dans les pays à revenus élevés, les prestataires gouvernementaux et privés en matière de protection sociale investissent dans la communication auprès du public et le marketing social afin d'obtenir l'appui de leurs politiques de protection sociale. Peu d'éléments attestent d'une telle approche dans les pays à faibles et moyens revenus. Toutefois, des recherches menées en Ouganda auprès d'une importante agence de voyage internationale suggèrent qu'il est possible d'impliquer le secteur privé dans la mise en œuvre et / ou le financement de la protection sociale. Les motivations comprennent la responsabilité sociétale de l'entreprise et la gestion de son image, à travers l'investissement dans la promotion intergénérationnelle d'une marque.<sup>76</sup> Des enfants qui peuvent se nourrir grâce à la marque X auront vraisemblablement tendance à acheter cette même marque lorsqu'ils seront grands.

## IMPLICATION DE L'ONUSIDA DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ET LA PROTECTION SOCIALE

59. Le secrétariat de l'ONUSIDA et les coparrainants défendent une protection sociale intégrant le VIH et fournissant un soutien technique aux gouvernements, à la société civile et au secteur privé afin d'étendre et d'approfondir la couverture sociale. Les coparrainants investissent de longue date dans la protection sociale, et celle-ci occupe une place prépondérante dans la stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA, qui définit des indicateurs pertinents et prévoit un budget modeste d'environ 16 millions de dollars par période de deux ans. Dans le cadre de l'UBRAF 2012-2013, 16 millions de dollars de ressources de base ont été affectés aux coparrainants de l'ONUSIDA pour le travail de protection sociale. En outre, 151 millions de dollars de fonds destinés à la riposte au sida et apportés par les coparrainants ont été exploités à des fins de protection sociale. En 2014-2015, 16,8 millions de dollars ont été alloués aux coparrainants de l'ONUSIDA, et 180 millions de dollars de fonds destinés à la riposte au sida et apportés par les coparrainants ont été exploités à des fins de protection sociale.
60. Grâce aux actions conjointes, plus de 25 % des programmes de travail des bureaux nationaux du secrétariat de l'ONUSIDA et des équipes d'appui régionales ont la protection sociale comme priorité. La proportion réelle est vraisemblablement plus élevée, car les équipes nationales et régionales de l'ONUSIDA planifient et mettent en œuvre des aspects distincts de la protection sociale, sans nécessairement les identifier en tant que tels.
61. Une série d'événements de sensibilisation nationaux et internationaux a été organisée, notamment des conférences régionales sur le VIH et la protection sociale dans la région Asie-Pacifique et en Afrique subsaharienne. Des débats d'experts sur le VIH et la protection sociale ont également eu lieu dans le cadre de conférences régionales et internationales sur le sida, par exemple, le congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique (ICAAP, *International Congress on AIDS in Asia and the Pacific*) et la conférence internationale sur le sida et les MST en Afrique (ICASA, *International Conference on AIDS and STDs in Africa*).

62. L'ONUSIDA et les coparrainants ont dirigé un processus dynamique d'élaboration d'éléments probants (et d'exploitation de ces derniers) concernant l'impact du VIH et de la protection sociale sur les ménages touchés par le VIH et les résultats obtenus dans la lutte contre le VIH. L'ONUSIDA a joué un rôle prépondérant dans la promotion de l'accès aux services médicaux pour tous et l'éradication de la pauvreté et de l'exclusion pour les personnes vivant avec le VIH, touchées par ce dernier ou exposées à un risque plus important d'infection. Les éléments probants et les expériences figurant dans ce document sont largement associés au travail des coparrainants de l'ONUSIDA, et sont de plus en plus utilisés afin de défendre l'expansion générale des mesures de lutte contre le VIH et de protection sociale.

63. Le tableau 2 synthétise les objectifs de l'ONUSIDA en matière de lutte contre le VIH et de protection sociale. Pour plus de détails, veuillez consulter les rapports sur la protection sociale en 2012-2013 (UBRAF, *Unified Budget Results and Accountability Framework*) et le rapport à mi-parcours 2014.

Tableau 2 : Le VIH et la protection sociale dans le cadre du programme ONUSIDA

<p><b>1. Les personnes vivant avec le VIH et les ménages touchés par le VIH sont pris en compte dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et ont accès à des soins et un soutien élémentaires</b></p>	
<p>Indicateur d'impact B3 : <i>accès accru à des aides sociales prenant en compte le VIH (alimentation, aides financières et matérielles) pour les populations vulnérables et les ménages touchés par le VIH</i></p>	
<p><b>Objectifs du Programme commun</b></p>	<p><b>Résultats auxquels le Programme commun contribue</b></p>
<p><b>Accès accru à des aides sociales prenant en compte le VIH (alimentation, aides financières et matérielles) pour les populations vulnérables et les ménages touchés par le VIH</b></p> <p><i>Indicateur : dépenses d'assistance nationales et internationales en matière de protection sociale (catégorie 6) par catégories et sources de financement</i></p>	<p>Intégration d'aides sociales prenant le VIH en compte dans les politiques et programmes nationaux de protection sociale (alimentation, aides financières et matérielles).</p> <p>Développement de consignes s'appuyant sur des éléments probants concernant les aides sociales intégrant le VIH.</p> <p>Développement d'une stratégie de sensibilisation et de communication abordant l'investissement dans une protection sociale intégrant le VIH.</p>
<p><b>Intégration de l'accès à la prévention du VIH, au traitement et aux soins dans les programmes nationaux de protection sociale et d'assurance-maladie</b></p>	<p>Analyse et adaptation des programmes nationaux de protection sociale et d'assurance-maladie ainsi que des autres stratégies de financement de la santé afin de garantir l'accès renforcé à la prévention du VIH, au traitement et au soutien.</p> <p>Promotion de méthodes innovantes de financement des soins médicaux liés</p>

	<p>au VIH.</p> <p>Développement d'une stratégie de sensibilisation pour un financement progressif et durable de la lutte contre le VIH.</p>
<p><b>Accès renforcé aux soins, à la protection et au soutien pour les personnes et ménages touchés par le VIH</b></p>	<p>Analyse des stratégies nationales de lutte contre le VIH et approche intégrée des soins, de la protection et du soutien, y compris pour les populations clés.</p> <p>Renforcement des systèmes nationaux de soins et de soutien (tant gouvernementaux que non gouvernementaux).</p>

## COMMENT GÉNÉRALISER LA PRISE EN COMPTE DU VIH DANS LA PROTECTION SOCIALE

### Principaux enseignements

64. La pauvreté, la marginalisation, les lois discriminatoires, les inégalités entre les sexes et les inégalités socio-économiques ainsi que d'autres facteurs socio-économiques contribuent à alimenter l'épidémie de VIH. Le cycle de la pauvreté, des inégalités, des discriminations et du VIH peut toutefois être rompu. Pour mettre un terme au sida, une attention accrue et des investissements plus importants sont nécessaires afin de faire face à ces moteurs socio-économiques de la vulnérabilité au VIH.
65. Les stratégies d'aide financière fonctionnent, en particulier en combinaison avec des investissements complémentaires. Les aides financières peuvent réduire la pauvreté et les inégalités entre les sexes, et promouvoir la protection des enfants, l'éducation, l'utilisation des services médicaux et la réduction de la stigmatisation. Les stratégies d'aide financière peuvent stimuler la prévention du VIH, le traitement, les soins et les services de soutien.
66. Le développement d'électorats plus larges pour une saine gouvernance et une croissance équitable à travers une protection sociale prenant en compte le VIH est un moyen d'appuyer et de maintenir le financement public et privé de politiques et de services en faveur des populations pauvres. L'assentiment politique<sup>77</sup> est essentiel. La sensibilisation doit donc débiter par les objectifs de protection sociale que les politiciens peuvent adopter et promouvoir auprès de leur électorat, tout en veillant à ce que les communautés touchées par le VIH ne soient pas oubliées.
67. Les systèmes de protection sociale impliquent de multiples intervenants et secteurs. Le suivi et l'évaluation de leurs composantes exigent des données qui ne sont pas toujours aisément accessibles. La communication, la planification conjointe et la coordination à travers les secteurs sont rares. La fragmentation est monnaie courante. Il est critique de surmonter ces lacunes afin d'améliorer les résultats obtenus et réduire les coûts.



68. Les intervenants de la lutte contre le sida peuvent à la fois apprendre des initiatives pour une protection sociale complète et contribuer à ces dernières. Les expériences acquises au niveau national dans le cadre des « Trois principes » et l'expérience de l'ONUSIDA dans le cadre de l'UBRAF constituent des approches potentielles à partager.

### **Quels sont les changements requis aujourd'hui pour faire la différence à l'avenir**

69. Une révolution silencieuse est survenue en matière de protection sociale dans les pays à faibles et moyens revenus. L'électorat en faveur de la lutte contre le VIH, les défenseurs de l'accès universel aux soins médicaux, les défenseurs des droits de l'homme, les ministères des finances et de la planification, la société civile, les gouvernements et les partenaires au développement doivent être informés sur les avantages et les coûts de la protection sociale, et concernant les nombreux éléments probants et la vague de soutien politique en faveur de la définition nationale de socles de protection sociale (SPF, *Social Protection Floor*). De nouvelles actions de sensibilisation sont urgentes, car elles devraient informer le positionnement des différents pays au sein du processus de l'agenda post-2015.

70. Les instruments de protection sociale tels que l'assurance-maladie nationale ou les exonérations de paiement constituent des éléments essentiels pour parvenir à l'accès universel aux services médicaux. Il est également urgent d'appuyer les gouvernements et la société civile afin de garantir la prise en compte explicite dans tout objectif potentiel post-2015 en matière de santé de (i) la couverture des services de traitement du VIH et du respect du traitement, (ii) la prévention structurelle, comportementale et biomédicale du VIH, (iii) la protection des droits de l'homme et (iv) la réduction de la pauvreté.

71. Les efforts actuels visant à développer les connaissances en matière de VIH et de protection sociale doivent être d'urgence renforcés et les efforts de lutte contre le VIH et de protection sociale doivent demeurer centrés sur l'individu. La passion et l'expertise nées de la déclaration GIPA (*Greater Involvement of People living with AIDS*) doivent être déployées dans le domaine de la protection sociale, afin de garantir que les personnes vivant avec le VIH et touchées par ce dernier, les populations clés, la société civile, les associations religieuses et les jeunes peuvent être représentés de manière significative et impliqués dans le débat. Les méthodologies et instruments disponibles, notamment l'indice de stigmatisation (*People Living with HIV Stigma Index*<sup>78</sup>) et le *Stigma Toolkit*<sup>79</sup> doivent être élargis afin d'intégrer l'expertise en matière de protection sociale.

### **Investissement dans la lutte contre le VIH et la protection sociale**

72. L'attention renouvelée pour les causes de la vulnérabilité au VIH souligne que l'investissement dans des secteurs de développement tels que l'éducation, l'égalité des sexes, la jeunesse, la justice et la sécurité sociale comporte des avantages synergiques et favorise de manière critique l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH. La nécessité urgente de prévenir l'infection par le VIH a conduit à investir dans l'éducation à la santé reproductive, afin d'aborder la sexualité, les violences sexistes et les MST, non seulement auprès des populations les plus à risque mais auprès de l'ensemble de la population.<sup>80</sup> Ceci a eu un effet multiplicateur dans le secteur de l'éducation, et potentiellement pour les systèmes de santé, sur le marché du travail, etc. L'investissement dans des programmes de microfinance pour les personnes vivant avec le VIH et touchées par ce dernier engendre des avantages socio-économiques plus larges. Les initiatives de mobilisation de la

collectivité afin de promouvoir les compétences en matière de sida et l'inclusion comportent également des avantages multisectoriels.

73. Des investissements relativement limités afin d'intégrer le VIH dans les interventions peuvent mobiliser des ressources importantes en vue de la réalisation d'objectifs partagés. Par exemple, le gouvernement de Tanzanie a investi 100 millions de dollars par an dans une initiative de protection sociale visant le renforcement des moyens de subsistance et de l'économie ; 100 millions de dollars supplémentaires sont planifiés. Le PEPFAR a pour sa part ajouté 2 millions de dollars pour la promotion de l'intégration du VIH dans les politiques menées. Le cofinancement d'interventions structurelles afin de prendre en charge la pauvreté, l'inégalité des sexes et le VIH est à la fois intelligent et équitable.
74. Des recherches récentes indiquent que de tels programmes multisectoriels de lutte contre le VIH ont plus de chances d'être financés dans le cadre d'un modèle de cofinancement que si chaque secteur calcule indépendamment la valeur de son programme de lutte contre le VIH. Avec un tel modèle de cofinancement, il est possible de financer des interventions structurelles présentant de multiples avantages.<sup>81</sup> Ceci renforce l'importance de la création d'une plateforme unifiée pour la planification et le financement de la protection sociale. Pour ce faire, la Commission économique pour l'Afrique et la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (ESCAP) ont développé une série d'outils de protection sociale<sup>82</sup> afin d'aider les gouvernements, les acteurs non gouvernementaux et les autres intervenants à progresser vers une protection sociale universelle à travers l'échange d'informations et de bonnes pratiques.
75. Étant donné la portée considérable des instruments d'assurance et de pension passant par l'employeur, la protection sociale est un domaine où le secteur privé joue un rôle majeur dans la sécurité humaine, le développement humain et la préservation des droits de l'homme. Ceci offre une plateforme pour la discussion et l'extension des contributions du secteur privé dans l'éradication du sida, de la pauvreté extrême, des discriminations sexuelles et des autres inégalités.

### **Un agenda pour l'inclusion sociale**

76. Les éléments probants qui attestent de l'ampleur et de la diversité des avantages des approches d'aide financière pour la réalisation des objectifs de lutte contre le VIH sont considérables. Chaque pays devrait dès maintenant examiner comment intégrer des stratégies d'aide financière (par exemple, pour les jeunes femmes dans les contextes de forte prévalence) dans leur travail de lutte contre le VIH et de réduction de la pauvreté et dans le cadre de leurs stratégies plus larges de lutte contre le VIH et de développement.
77. Les expériences du PNUD, de l'OIT, de l'Unicef et d'autres intervenants ont montré que lorsque les gouvernements examinent les coûts et avantages de la prise en compte du VIH dans leur système de protection sociale, ils constatent que l'opération est abordable et en vaut la peine. Chaque pays devrait bénéficier d'un audit détaillé de son système de protection sociale et de sa prise en compte du VIH, des besoins et des partenaires potentiels, de manière à ce que les dirigeants des secteurs-clés, notamment des collectivités, puissent être réunis afin de convenir des avantages et des instruments requis. De cette manière, la couverture des programmes de protection sociale existants peut être élargie et approfondie.

78. Des recherches participatives et des informations de mise en œuvre sont nécessaires afin de peser les méthodes envisageables et établir des mesures quantitatives et qualitatives pour l'évaluation des progrès. L'absence de consensus concernant de telles mesures a empêché leur intégration dans les cadres de suivi et d'évaluation de la lutte contre le VIH au niveau national et international à l'époque des objectifs du Millénaire pour le développement. L'heure est venue de combler cette lacune, de manière à ce que l'inclusion sociale et les autres variables sociales du bien-être des individus puissent être intégrées dans les cadres de responsabilisation post-2015.<sup>83</sup>

### **Coordination de haut niveau de l'action contre le VIH, la pauvreté et les inégalités et pour la protection sociale**

79. La convergence des efforts de lutte contre le VIH, la pauvreté extrême et les inégalités ne sera payante que si elle est dirigée et coordonnée au plus haut niveau. Les ministres des finances et de la planification, de la santé, de l'éducation, de l'égalité des chances, du développement social, de l'emploi, des travaux publics, etc. doivent être mobilisés afin d'assumer ces problématiques. Des efforts concertés afin de toucher ces dirigeants et les communautés économiques régionales correspondantes, notamment l'Union africaine, sont critiques afin d'accélérer le processus d'élimination du sida et de la pauvreté extrême. Certains pays ont positionné leurs programmes multisectoriels de lutte contre le VIH au plus haut niveau du gouvernement afin de disposer du poids politique requis pour un financement et une coordination multisectoriels.

80. Lors de la réunion de haut niveau de l'ONUSIDA et de la Banque mondiale consacrée à l'élimination du sida et de la pauvreté extrême tenue en février 2014, le président de la Banque mondiale a rappelé aux participants que le mouvement de lutte contre le sida a toujours été audacieux, et n'a jamais hésité à viser aussi haut que nécessaire pour sauver des vies. Dans un objectif commun, les intervenants de la lutte contre le sida se sont efforcés de mettre les préoccupations et intérêts bureaucratiques de côté, d'être à l'écoute des communautés touchées et de collaborer à une action s'appuyant sur la préservation des droits et informée par des éléments probants afin de relever les défis de la lutte contre le VIH. Ces actions et partenariats sont critiques pour réaliser l'objectif d'élimination de la pauvreté extrême et du VIH, sous l'impulsion de la protection sociale.

### **Mesure des progrès dans la lutte contre le VIH et la protection sociale**

81. Des données intégrées concernant les épidémies et les programmes ainsi qu'un consensus mondial quant à la terminologie de base et aux indicateurs standardisés pour la prévention du VIH, le traitement, les soins et le soutien<sup>84</sup> ont constitué les pierres angulaires de la capacité de la riposte au sida à planifier efficacement, à mener des actions de sensibilisation et à assumer la responsabilité des résultats et des ressources financières. Une vaste expérience régionale a également été acquise dans la mesure des apports et des impacts socio-économiques. Par exemple, l'Union européenne fournit aux États membres un système d'information mutuelle sur la protection sociale (*MISSOC, Mutual Information System on Social Protection*) qui couvre les 12 domaines principaux de la protection sociale, à savoir le financement, les soins de santé, la maladie, la maternité, l'invalidité, le vieillissement, les veuves et orphelins, les accidents du travail et les maladies professionnelles, la famille, le chômage, les ressources minimales garanties et les soins à long terme. Tous les pays et toutes les régions devraient disposer de ce type d'information afin de promouvoir l'apprentissage mutuel et pousser à l'amélioration des programmes

visant l'élimination du sida, de la pauvreté extrême et des inégalités tout en favorisant le progrès social et une croissance équitable.

## POUR ALLER DE L'AVANT

82. **Leadership politique de haut niveau** : L'engagement politique de mettre un terme au sida, à la pauvreté extrême et aux inégalités est essentiel. L'ONUSIDA doit inspirer et faciliter le dialogue visant à mettre un terme au sida, à la pauvreté extrême et aux inégalités avec les ministères de la protection sociale, de la planification, des finances, de l'éducation, de l'égalité des chances et du développement social ainsi qu'avec les programmes du secteur de la santé et les programmes nationaux de lutte contre le sida, les donateurs, les organismes de l'ONU, les partenaires, les institutions politiques, sociales et économiques régionales et mondiales, et les autres intervenants.
83. **Audits couvrant l'épidémie de VIH et la protection sociale** : L'ONUSIDA doit inviter les partenaires à formuler un agenda pour la recherche qui ouvre la voie à l'inclusion sociale, la protection sociale et la croissance économique équitable dans différents contextes. Les États membres et la société civile doivent bénéficier d'un appui afin de mener des audits des épidémies de VIH et de la protection sociale, et ainsi disposer d'éléments probants pertinents pour l'analyse des épidémies de VIH, des inégalités et de la pauvreté.
84. **Agenda pour la recherche** : Pareillement, l'ONUSIDA doit inviter les partenaires de haut niveau à formuler un agenda pour la recherche qui ouvre la voie à l'inclusion sociale, la protection sociale et la croissance économique équitable. Cet agenda doit aborder les questions auxquelles les décideurs politiques nationaux ont besoin de répondre, notamment les ministres des finances, de la planification, de la sécurité sociale, de l'égalité des chances et de la justice, afin de les convaincre des avantages de l'investissement dans la transformation sociale et dans une protection sociale préventive.
85. **Prise en compte généralisée du VIH** : Il est temps d'adopter une nouvelle approche pour la prise en compte généralisée du VIH, qui s'appuie sur l'ampleur et la diversité des systèmes nationaux de santé et de développement afin de répondre aux besoins spécifiques des populations exposées au VIH, vivant avec ce dernier ou encore touchées par celui-ci. L'objectif ultime est de mettre un terme au sida, à la pauvreté extrême, aux inégalités et à la vulnérabilité sociale. Un exemple concret est l'action de sensibilisation de l'ONUSIDA et des coparrainants pour l'autonomisation économique des jeunes femmes dans les contextes de forte prévalence du VIH, notamment à travers des programmes d'aide financière s'inscrivant dans des cadres plus larges de développement économique inclusif et des systèmes de protection sociale, en vue d'assurer leur éducation, leur santé et leur protection sociale.
86. **Mobilisation des ressources** : L'ONUSIDA peut diriger la mobilisation de nouvelles ressources au niveau national, régional et mondial afin de développer les connaissances en matière de protection sociale chez les populations vivant avec le VIH, les populations clés, les associations de femmes et la société civile dans son ensemble. Les initiatives peuvent également veiller à l'implication active des réseaux de populations vivant avec le VIH et de la société civile dans les consultations clés et l'élaboration des priorités pour l'élimination du sida, de la pauvreté extrême et des inégalités.

## NOTES DE FIN

- <sup>1</sup> Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. 2008. Comblent le fossé en une génération.
- <sup>2</sup> Cette caractéristique de l'épidémie mondiale de VIH a été soulignée par Jonathan Mann et Daniel Tarantola il y a plus de deux décennies (Mann et Tarantola, eds). 1992. *AIDS in the World I*.
- <sup>3</sup> Auerbach JD, Parkhurst JO et Cáceres C. 2011. *Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long term response. Conceptual and methodological considerations*. aids2031. Document de travail n° 24 et al, 2009. Parkhurst, 2003 ; Parkhurst J. 2013. *Structural Drivers, Interventions and Approaches for Prevention of Sexually Transmitted HIV in General Populations. Definitions and an Operational Approach*. STRIVE Learning Lab.
- <sup>4</sup> Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. 2008. Comblent le fossé en une génération.
- <sup>5</sup> Cette caractéristique de l'épidémie mondiale de VIH a été soulignée par Jonathan Mann et Daniel Tarantola il y a plus de deux décennies (Mann et Tarantola, eds). 1992. *AIDS in the World I*.
- <sup>6</sup> Auerbach JD, Parkhurst JO et Cáceres C. 2011. *Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long term response. Conceptual and methodological considerations*. aids2031. Document de travail n° 24 et al, 2009. Parkhurst, 2003 ; Parkhurst J. 2013. *Structural Drivers, Interventions and Approaches for Prevention of Sexually Transmitted HIV in General Populations. Definitions and an Operational Approach*. STRIVE Learning Lab.
- <sup>7</sup> Voir par exemple De Zaluondo, Beyrer et Kazatchkine, 2013. *Social determinants and structural interventions; turning the tide of HIV in the EECA region*. IAS2013.
- <sup>8</sup> Ginny Shubert, communication personnelle s'appuyant sur les statistiques du département américain du logement et du développement humain (*US Housing and Human Development*).
- <sup>9</sup> La notion de vulnérabilité couvre les circonstances sociales, culturelles, économiques et matérielles qui compromettent la santé et la protection sociale d'un individu et échappent à son contrôle. La notion de marginalisation recouvre le traitement défavorable ou l'exclusion systématique d'individus, sur la base d'une ou plusieurs caractéristiques, pratiques ou affiliations définies socialement. ONUSIDA, 1998. Élargir la riposte mondiale au VIH/sida par une action mieux dirigée. Réduction du risque et de la vulnérabilité : définitions, analyse raisonnée et voies à suivre. Genève.
- <sup>10</sup> PAM, 2014. *The impacts of economic strengthening interventions on retention and adherence to HIV treatment and care and practicing risky behaviours (PCB34 submission)*, OIT, 2013. *The Impact of Employment on HIV Treatment Adherence*, PAM, 2013. CHAIN study.
- <sup>11</sup> Plus de la moitié des femmes âgées de 18 à 24 ans au Swaziland et plus de 40 % d'entre elles au Zimbabwe rapportent que leur première relation sexuelle a été forcée, et des recherches menées en Ouganda et en Afrique du Sud indiquent que la violence du partenaire intime constitue un facteur de risque majeur face au VIH.
- <sup>12</sup> Hofmann S, Heslon M, Clacherty G et Kessy F. 2008. *Salt, soap and shoes for school. The impact of pensions on the lives of older people and grandchildren in the KwaWazee project in Tanzania's Kagera region*. HelpAge International, SDC, REPSSI et WVI.
- <sup>13</sup> Voir par exemple Miller E et Samson M. 2012. *HIV-Sensitive Social Protection: State of the Evidence 2012 in Sub-Saharan Africa*. Unicef, OIT. 2014. Rapport de synthèse.
- <sup>14</sup> HIV Care & Support Initiative. 2011. *Care & Support. The Forgotten Pillar of the HIV Response*. UK Consortium on AIDS and International Development
- <sup>15</sup> Piot P, Greener R et Russell S, 2007. *Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development*. *PLoS Med*, 4(10): 1571-1575. Gillespie S, Kadiyala S et Greener R, 2007. *Is poverty or wealth driving HIV transmission? AIDS*, 21 (Suppl 7): S5-S16.
- <sup>16</sup> Voir par exemple Whiteside A, 2002. *Poverty and HIV/AIDS in Africa*. *Third World Quarterly*. 23(2): 313-332. Stillwagon E, 2005. *HIV Transmission in Latin America: Comparison with Africa and Policy Implications*. *South African Journal of Economics* 68(5): 444-454.
- <sup>17</sup> Lutz B et Small, 2014 (sous presse). *Cash transfers and HIV prevention. Evidence and implications*. Document de travail. New York. PNUD.
- <sup>18</sup> Hargreaves JR, Davey C et White RG, 2013. *Does the 'inverse equity hypothesis' explain how both poverty and wealth can be associated with HIV prevalence in sub-Saharan Africa?* *J Epidemiol Community Health*, 67: 526-529.
- <sup>19</sup> Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, p. 1.
- <sup>20</sup> La commission a défini les inégalités en matière de santé comme « des inégalités injustes et évitables en matière de santé ».
- <sup>21</sup> Ibid, p. 7.
- <sup>22</sup> ONU, 2013. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York. ONU.
- <sup>23</sup> *HIV and Social Protection Guidance Note*, ONUSIDA 2011 et Devereaux et Sabates-Wheeler, 2004.
- <sup>24</sup> ONU, 1948. Déclaration universelle des droits de l'homme des Nations unies, article 25 a.

- <sup>25</sup> Garcia M et Moore, CMT. 2012. *The Cash Dividend – The Rise of Cash Transfer Programs in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC. Publications de la Banque mondiale.
- <sup>26</sup> OIT/Rodrigues-Garcia, R. 2014. *Multi-country Research on “Access” and “Effects” of social protection policies and programmes on workers living with HIV and their households: A Synthesis Report*
- <sup>27</sup> ONUSIDA, 2011. *HIV and Social Protection Guidance Note*. Genève.
- <sup>28</sup> Committee for Accessible AIDS Treatment, 2014. PCB34 Thematic Segment Submission.
- <sup>30</sup> ONUSIDA, 2011 (stratégie).
- <sup>31</sup> Étude de cas et publication du PAM.
- <sup>32</sup> Tear Fund, 2006, cité dans JLICA 2010. *Home Truths*, p. 28.
- <sup>33</sup> Wolfe J, 2012. *Livelihood and Food Security Conceptual Framework*. Washington, DC. USAID.
- <sup>34</sup> *World Security Report: Providing coverage in terms of crisis and beyond 2010-11*
- <sup>35</sup> Samuels et al, 2013. *Holding Cash Transfers to Account. Beneficiary and Community Perspectives*. ODI (UK Overseas Development Institute).
- <sup>36</sup> Gouvernement américain. Site internet relatif à la loi américaine intitulée *Affordable Care Act*, consulté en mai 2014.
- <sup>37</sup> Voir par exemple Amnesty International. 2014. *We ask for justice: Europe’s failure to protect Roma from racist violence*. Consulté le 10 mai 2014 (<http://www.amnesty.org/en/news/roma-europe-demanding-justice-and-protection-face-violence-2014-04-08>)
- <sup>38</sup> Le programme StopAIDS Now mené en Afrique du Sud étend l'accès aux services de prise en charge du VIH aux professionnel(le)s du sexe.
- <sup>39</sup> Voir par exemple le prochain rapport de synthèse de l'OIT.
- <sup>40</sup> ONUDC. Women for Women.
- <sup>41</sup> Voir par exemple Jones N et Shahrokh T, 2013. *Social protection pathways: shaping social justice outcomes for the most marginalised, now and post-2015*. Note de documentation de l'ODI, Babajanian B, Hagen-Zanker J et Holmes R, 2014. *How do social protection and labour programmes contribute to social inclusion? Evidence from Afghanistan, Bangladesh, India and Nepal*. Rapport de l'ODI. GNUM (2013). *Global Thematic Consultation on the Post-2015 Development Agenda: Addressing Inequalities: Synthesis Report of the Global Public Consultation*. Disponible à l'adresse : <http://www.worldwewant2015.org/node/299198>
- <sup>42</sup> PNUD. 2013. Rapport 2013 sur le développement dans le monde. L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié. Commission ONUSIDA-Lancet : *Defeating AIDS—Advancing Global Health*, réunion de Londres 2014, rapport sous presse.
- <sup>43</sup> ONUSIDA. 2012. Investir pour des résultats au bénéfice des individus. Un outil d'investissement centré sur les individus destiné à mettre fin au sida. ONUSIDA/CCP (30)12.CRP.4
- <sup>44</sup> Données ONUSIDA selon De Zaluado, Beyrer et Kazatchkine, 2013. *Social determinants and structural interventions; turning the tide of HIV in the EECA region*. Présentation plénière IAS2013, 2 juillet, Kuala Lumpur, Malaisie.
- <sup>45</sup> GNUM. 2013. Op cit.
- <sup>46</sup> Commission ONUSIDA-Lancet : *Defeating AIDS—Advancing Global Health* 2014, sous presse. Op cit.
- <sup>47</sup> GNUM. 2013. *A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. Rapport du panel de spécialistes de haut niveau sur l'agenda pour le développement post-2015. New York, p. 38.
- <sup>48</sup> Commission ONUSIDA-Lancet, 2014, op. cit. p. 20.
- <sup>49</sup> Commission ONUSIDA-Lancet. 2014. Op. cit.
- <sup>50</sup> *Poverty. Not always with us*. The Economist, 1<sup>er</sup> juin 2013
- <sup>51</sup> Pettifor A, MacPhail C, Nuyen N et Rosenberg M, 2012. *Can money prevent the spread of HIV? A review of cash payments for HIV prevention*. AIDS and Behavior. 16": 1729-1738.
- <sup>52</sup> L'étude a comparé les ménages bénéficiant du programme avec un groupe de contrôle de ménages résidant dans des districts où le programme n'avait pas encore été lancé. Miller C, 2009. *Economic Impact Report of the Mchinji Social Cash Transfer Pilot*. Avant-projet. Center for International Health and Development. Faculté de santé publique de l'université de Boston et centre pour la recherche sociale de l'université du Malawi.
- <sup>53</sup> Cluver L, et al, 2013. *Child-focused state cash transfers and adolescent risk of HIV infection in South Africa: a propensity-score-matched case-control study*. The Lancet Global Health 1: e362-370.
- <sup>54</sup> Département de développement social, et al, 2012. *The South African Child Support Grant Impact Assessment: Evidence from a survey of children, adolescents and their households*. Pretoria, Unicef Afrique du Sud.
- <sup>55</sup> Programme national accordant environ 20 dollars américains par mois aux chefs de famille en charge d'au moins un orphelin ou enfant vulnérable. Handa S, Halpern CT, Pettifor A, Thirumurthy H (2014). Le programme d'aide financière du gouvernement kényan réduit le risque de première relation sexuelle chez les jeunes de 15 à 25 ans. PLoS ONE 9(1): e85473. doi:10.1371/journal.pone.0085473

- <sup>56</sup> Baird S J, et al, 2012. *Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial*. *Lancet* 379(9823): 1320-1329.
- <sup>57</sup> Baird et al, 2012. Op. cit.
- <sup>58</sup> De Walque D, et al, 2012. *Incentivising safe sex: a randomised trial of conditional cash transfers for HIV and sexually transmitted infection prevention in rural Tanzania*. *BMJ Open* 2: e000747.
- <sup>59</sup> Björkman-Nyqvist M, et al, 2013. *Evaluating the impact of short term financial incentives on HIV and STI incidence among youth in Lesotho: a randomized trial*. *Poster Discussion, IAS 2013*.
- <sup>60</sup> Cluver L, et al, 2013. *Pathways from parental AIDS to child psychological, educational and sexual risk: developing an empirically-based interactive theoretical model*. *Social science & medicine* 87: 185-193. [LC14]; Richter L, et al, 2013. *Reported Physical and Sexual Abuse in Childhood and Adult HIV Risk Behaviour in Three African Countries: Findings from Project Accept (HPTN-043)*. *AIDS and behavior*.
- <sup>61</sup> Département de développement social, et al, 2012. *The South African Child Support Grant Impact Assessment: Evidence from a survey of children, adolescents and their households*. Pretoria, Unicef Afrique du Sud. [LC15]
- <sup>62</sup> Miller et Samson, 2012, op. cit. Lutz et Small, 2014, op. cit.
- <sup>63</sup> Vrutti, Swati et PNUD. *Think Piece on Social Protection and HIV*.
- <sup>64</sup> PNUD. 2013. *HIV Sensitive Social Protection. A Review of Cambodia's Social Protection Scheme for Incorporating HIV-Sensitivity*.
- <sup>65</sup> PNUD Inde. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/hiv-aids/successstories/india--social-protection-for-people-living-with-hiv/> Consultation en mai 2014.
- <sup>66</sup> PCB 34 Thematic Segment Submission. *Expanding antiretroviral therapy to prevent HIV transmission in serodiscordant couples*.
- <sup>67</sup> Hettiarachichi I. PCB 34 Thematic Segment Submission. *Improving livelihood skills of PLHIV and advocating for insurance coverage of HIV*.
- <sup>68</sup> PCB34 Thematic Segment Submission.
- <sup>69</sup> *Window of Hope for Sex Workers*, contribution du Kenya à la 34<sup>e</sup> session thématique du Conseil de coordination du programme, mai 2014.
- <sup>70</sup> ONUSIDA. 2013. Opération *Sukuma Sakhe* (OSS – « Levons-nous et construisons »), Kwa Zulu Natal.
- <sup>71</sup> AIDS Foundation East-West. 2014. Programme de gestion du client. Gestion de la transition. PCB34 Thematic Segment Submission.
- <sup>73</sup> Mesbah S, 2014. Dispositif d'information et d'accompagnement en micro-projets pour les femmes et les filles infectées et affectées par le VIH, Family AIDS Caring Trust (FACT), 2014. *Strengthening churches' capacity for effective support, HIV prevention and SRH among vulnerable youths in Bikita and Mutare rural districts*. PCB34 Thematic Segment Submissions.
- <sup>74</sup> Voir par exemple Samuels, et al, 2013, op. cit.
- <sup>75</sup> (ERD 2010).
- <sup>76</sup> Ssewamala F, 2014. Communication personnelle s'appuyant sur les recherches menées auprès d'entreprises du secteur privé en Ouganda.
- <sup>77</sup> Sidibe M, Buse K. *AIDS governance: best practices for a post-2015 world*. *The Lancet*. 2013.381(9884), pp 2147 - 2149
- <sup>78</sup> L'indice de stigmatisation susvisé est disponible à l'adresse <http://www.stigmaindex.org>. Le *Stigma Toolkit* est disponible à l'adresse <http://www.icrw.org/publications/understanding-and-challenging-hiv-stigma-toolkit-action>.
- <sup>79</sup> *Constellation for Life Competence*. 2014. Brochure. Disponible à l'adresse [http://www.communitylifecompetence.org/uploads/File/downloads/290909%20brochure\\_africa.pdf](http://www.communitylifecompetence.org/uploads/File/downloads/290909%20brochure_africa.pdf)
- <sup>80</sup> Unesco, 2009. Principes directeurs sur l'éducation sexuelle. Paris.
- <sup>81</sup> Remme M, Vassal A, Lutz B, Luna J et Watts C, 2014. *Financing structural interventions: foing beyond HIV-only value for money assessments*. *AIDS* 28(3):426-434.
- <sup>82</sup> Ces outils sont disponibles à l'adresse <http://www.socialprotection-toolbox.org/>.
- <sup>83</sup> GNUD. 2013, op. cit.
- <sup>84</sup> Voir par exemple le site MERG et [www.AIDSInfo.org](http://www.AIDSInfo.org).