

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (33)/13.23
Date de publication : 19 mai 2014

TRENTE-QUATRIÈME RÉUNION

Date: 1-3 juillet 2014

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 1.2 de l'ordre du jour

**Rapport de la 33^e Réunion du Conseil de Coordination du
Programme**

Documents supplémentaires pour ce point : *aucun*

Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est demandé de : *approuver* le Rapport de la 33e Réunion du Conseil de Coordination du Programme.

Frais liés à cette décision: *aucun*

1.1 OUVERTURE DE LA RÉUNION ET ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

1. La 33^e réunion du Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA s'est déroulée dans la salle du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève, en Suisse, du 17 au 19 décembre 2013. L'ordre du jour de la réunion est joint en tant qu'Annexe 1.
2. Le Président du CCP, M. Lov Verma, Secrétaire du Département de contrôle du SIDA du Ministère de la Santé et du Bien-Être de la Famille du Gouvernement de la République de l'Inde, a souhaité la bienvenue aux participants à la 33^e réunion. Le Conseil a observé une minute de silence en mémoire de toutes les personnes décédées du SIDA depuis la précédente réunion. Le Conseil a également rendu hommage à feu Nelson Mandela et une vidéo soulignant son rôle influent et son engagement dans la lutte contre le SIDA a été projetée.
3. L'ordre du jour provisoire annoté (ONUSIDA/Conseil (33)/13.14) a été adopté sans modifications, comme indiqué par le Président (Annexe 1).

1.2 EXAMEN DU RAPPORT DE LA TRENTE-DEUXIÈME RÉUNION

4. Le Conseil a adopté le rapport de la 32^e réunion (ONUSIDA/Conseil (32)/13.13).

1.3 RAPPORT DU DIRECTEUR EXÉCUTIF¹

5. Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibé, a d'abord exprimé ses remerciements à l'Inde pour sa présidence du Conseil au cours de l'année écoulée. Le Directeur exécutif a reconnu le leadership de l'Inde qui s'est positionnée comme le fer de lance de la Résolution ECOSOC 2013 sur le Programme commun mené de concert avec la vice-présidence australienne du CCP, et qui s'est également engagée dans les pays BRICS afin d'améliorer l'accès aux médicaments de qualité à bas prix, comme le traitement antirétroviral, qui a donné de l'espoir à des millions de personnes vivant avec le VIH un peu partout dans le monde.
6. Le Directeur exécutif a félicité Mme Phumzile Mlambo-Ngcuka pour sa nomination en qualité de Directrice exécutive de l'entité ONU Femmes et a déclaré avoir hâte de renforcer la collaboration entre les deux organisations dans la lutte contre l'inégalité entre les sexes et les violences faites aux femmes, dans le cadre de la riposte au SIDA prévue dans le programme de développement pour l'après-2015. Le Directeur exécutif a rendu personnellement hommage au Président Mandela – un homme qu'il a décrit comme un activiste, un visionnaire et un pionnier de la lutte contre le sida.
7. Le Directeur exécutif a évoqué les principales activités de la Journée mondiale de lutte contre le SIDA 2013, notamment un événement qui s'est déroulé à Melbourne en Australie, et auquel il a assisté aux côtés de Mme Daw Aung San Suu Kyi, l'ambassadrice mondiale de l'ONUSIDA pour la discrimination zéro. Le Directeur exécutif a remercié le Gouvernement de l'Australie d'avoir accueilli la Journée mondiale de lutte contre le SIDA et a souhaité la bienvenue à

¹ Au cours du présent point de l'ordre du jour, le Conseil a été ajourné pour permettre aux participants de prendre part à une cérémonie commémorative en hommage à Nelson Mandela, organisée par le Gouvernement de l'Afrique du Sud.

l'Australie en tant que nouveau Président du Conseil, et il a ajouté que la 20^e Conférence internationale sur le SIDA sera organisée à Melbourne en juillet 2014.

8. Avec une attention particulière pour l'évolution de l'action contre le SIDA, le Directeur exécutif a fourni un aperçu des dernières données de l'ONUSIDA, comme elles figurent dans le *Rapport 2013 de l'ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Il a attiré l'attention du Conseil sur la diminution de 33 % de nouvelles infections à VIH dans le monde, sur la baisse de 30 % du taux de mortalité depuis 2005 et sur la réduction de 52 % de nouvelles infections à VIH parmi les enfants depuis 2001. Le Directeur exécutif a également communiqué que plus de 9,7 millions de personnes avaient accès au traitement du VIH vers la fin de l'année 2012.
9. En référence aux progrès décrits dans le Rapport mondial de 2013, le Directeur exécutif a déclaré que les pays procèdent actuellement à la mise à jour de leurs politiques nationales et de leurs approches programmatiques en vue d'accélérer les résultats positifs de l'action contre le SIDA. Dans ce contexte, il cite en exemple plusieurs pays, comme le Ghana et l'Ukraine, qui ont réussi à inverser d'importantes épidémies de VIH.
10. Le Directeur exécutif souligne le fait que des progrès continuent d'être réalisés grâce à la feuille de route Responsabilité partagée et Solidarité mondiale. En 2012, il avait déclaré que les dépenses nationales allouées à la riposte au VIH constituaient plus de la moitié des ressources mondiales destinées à la lutte contre le SIDA, avec plus de 80 pays ayant augmenté de plus de 50 % leurs investissements nationaux dans l'action contre le SIDA entre 2006 et 2011. Il a cité la reconstitution du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (Fonds mondial), comme un exemple de l'engagement incessant des donateurs dans la riposte à ces maladies. Avec le soutien de l'ONUSIDA, le Directeur exécutif a souligné le fait que les pays élaborent des modèles d'investissement afin de garantir un retour sur investissement maximal.
11. Le Directeur exécutif a signalé l'importance du leadership et de l'engagement politique, en tant que composants essentiels de la riposte. Il a nommé plusieurs dirigeants mondiaux qui ont récemment exprimé leur soutien, et leur engagement dans la lutte contre le SIDA, du Premier Ministre du Royaume-Uni, David Cameron, au Président de l'Ouganda, HEM Yoweri Museveni. Au niveau national, il a expliqué que certains pays procédaient à la mise en œuvre de plans élaborés sur mesure pour répondre aux réalités sur le terrain, comme la Belgique par exemple, où le Gouvernement a reconnu que la complaisance n'est pas de mise, et le Nigeria qui doit faire face à la deuxième plus importante épidémie mondiale du VIH dans le monde. Dans ce contexte, le Directeur exécutif a exprimé sa confiance quant à la réalisation de l'objectif visant à offrir, d'ici 2015, l'accès au traitement anti-VIH à 15 millions de personnes. Il a déclaré que la réalisation de cet objectif permettrait d'éviter 1,4 million de décès, de prévenir 500 000 nouvelles infections parmi les enfants et de faire en sorte que 7 millions d'enfants ne se retrouvent pas orphelins.
12. Toutefois, en dépit des progrès récents et d'un espoir renouvelé, le Directeur exécutif a prévenu qu'il restait de nombreux défis significatifs à relever: seul un enfant sur trois a accès au traitement anti-VIH ; 24 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne présentent une charge virale

indécelable ; et toutes les heures, 50 jeunes femmes sont nouvellement infectées par le VIH. Il a ajouté que plusieurs régions et pays enregistrent une recrudescence de nouvelles infections.

13. Le Directeur exécutif a déclaré que l'excès de confiance constitue la principale menace pour la riposte au SIDA et que les efforts doivent être poursuivis sans relâche pour en finir avec l'épidémie. Il a dit que bien que la communauté des personnes engagées dans la lutte contre le SIDA n'ait plus à tenir compte de la dichotomie traitement / prévention, il a souligné l'importance primordiale de ne pas négliger la prévention primaire du VIH. Il a expliqué au Conseil de Coordination du Programme que le Secrétariat de l'ONUSIDA se concentrerait sur la documentation des preuves que l'extension de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), de la circoncision masculine volontaire, de l'utilisation de préservatifs masculins et féminins, et d'autres méthodes de prévention primaire peut contribuer à rompre la trajectoire de l'épidémie.
14. Le Directeur exécutif souligne que les efforts doivent être poursuivis afin de promouvoir la santé sexuelle et reproductive, ainsi que les droits y afférents et l'éducation complète à la sexualité, en vue de prévenir non seulement les infections par le VIH, mais aussi les grossesses précoces et non désirées, et les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions. À cet égard, le Directeur exécutif a félicité les Ministres de la Santé et de l'Éducation de 21 pays d'Afrique australe et orientale d'avoir adopté, en partenariat avec les jeunes, un engagement ministériel concernant l'éducation complète à la sexualité (ECS) et la mise en place de services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes.
15. Face au discours croissant sur l'élimination du SIDA, le Directeur exécutif a répété que l'atteinte des trois zéros ne sera possible que si « personne n'est laissé pour compte ». Il a également dit que la riposte au SIDA devrait continuer à servir de point d'entrée pour lutter contre l'injustice sociale et pour éliminer les barrières sociales, légales et politiques qui empêchent les groupes les plus à risque d'avoir accès à ces services, notamment les personnes vivant avec le VIH, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les migrants et les jeunes filles. Le Directeur exécutif a exprimé son inquiétude au sujet des rapports concernant plusieurs attaques ciblées sur des organisations de la société civile et a appelé à une intensification des efforts pour venir à bout des inégalités et de l'exclusion.
16. Le Directeur exécutif a félicité l'Ouzbékistan pour avoir levé ses restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence, liées au VIH, ainsi que la Thaïlande, pour s'être engagée à ce que toutes les populations migrantes puissent bénéficier d'un accès universel aux services de soins de santé, y compris au traitement anti-VIH. Le Directeur exécutif a souligné que les principes des droits de l'homme contribuent à produire des résultats globalement positifs dans le domaine de la santé.
17. En vue de préparer l'avenir de la riposte au SIDA, le Directeur exécutif a souligné l'importance d'un engagement clair et net, ainsi que celle d'objectifs mesurables par rapport au positionnement du SIDA dans le programme de développement pour l'après-2015 et il a accentué la priorité de l'élimination du SIDA dans le cadre du prochain programme de développement pour l'après-2015. Il a ajouté qu'en demeurant concentré sur l'élimination de l'épidémie, on

fait appel à la responsabilité collective de la communauté internationale pour multiplier les efforts afin de réaliser l'objectif des trois zéros : zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès dû au SIDA.

18. Le Directeur exécutif a aussi dit que l'ONUSIDA continue à miser sur le Programme commun pour faire la différence. Il a cité l'Examen de l'aide multilatérale (Multilateral Aid Review – MAR) du Royaume-Uni qui a révélé que parmi les 37 organisations, l'ONUSIDA était la seule à être passée à une catégorie supérieure en matière d'optimisation des ressources. Il a dit que le réaligement stratégique de l'ONUSIDA avait permis aux donateurs d'avoir confiance dans le Programme commun et il a aussi mentionné les engagements financiers pris par la Belgique, la Chine, le Danemark, la Norvège, l'Espagne, la Suisse et le Royaume-Uni. Il a de surcroît souligné l'importance du partenariat avec le Fonds Sida M.A.C. et de sa nouvelle subvention pour le traitement anti-VIH. Le Directeur exécutif a également exprimé sa gratitude envers les Pays-Bas pour sa volonté d'aller au-delà des relations traditionnelles donateur-bénéficiaire et de collaborer à des projets impliquant, en fonction de l'expérience néerlandaise, les populations clés de certains pays.
19. Concernant les efforts fournis en matière de mobilisation des ressources, le Directeur exécutif s'est dit heureux de pouvoir annoncer qu'après le Sénégal et le Congo, la Côte-d'Ivoire avait rejoint les rangs des donateurs africains de l'ONUSIDA, en apportant 1 million de dollars américains au budget de base. Il a dit que le soutien continu offert par les donateurs à l'ONUSIDA et les contributions versées en temps opportun au Cadre du budget unifié, des résultats et des responsabilités (UBRAF) permettaient à l'ONUSIDA d'aborder le nouvel exercice biennal dans une situation financière solide.
20. Le Directeur exécutif a informé le Conseil que le Secrétariat de l'ONUSIDA n'avait pas l'intention d'accepter des ressources du Fonds mondial pour assurer le soutien technique. Il a dit que la relation stratégique qu'entretient le Secrétariat en fournissant un appui technique aux pays, ainsi qu'en préconisant et en produisant des informations stratégiques pourrait être compromise par des conflits d'intérêts. Le Directeur exécutif encourage les donateurs à soutenir pleinement l'ONUSIDA, ce qui permettrait au Programme commun de jouer un rôle de catalyseur encore plus étendu, pour faire en sorte que le nouveau modèle de subvention du Fonds mondial offre les meilleurs résultats possible pour les pays.
21. Le Directeur exécutif a terminé en remerciant l'ambassadeur des États-Unis sortant, M. Eric Goosby, pour la passion et le leadership dont il a fait preuve dans le cadre du PEPFAR, ainsi que Mme Mabel Bianco, de la délégation des ONG au CCP, qui a participé à sa dernière réunion du Conseil de Coordination du Programme. Le Directeur exécutif a exprimé sa gratitude au Secrétaire général de l'ONU Ban Ki-Moon de l'avoir nommé pour un second mandat de Directeur exécutif de l'ONUSIDA.
22. Le Président du Conseil, M. Verma, a félicité le Directeur exécutif pour son leadership et il a rendu hommage à l'ONUSIDA en tant que modèle de partenariat regroupant différentes parties prenantes qui travaillent ensemble pour élaborer des stratégies fondées sur des faits probants et pour aider les populations clés à revendiquer le respect de leurs droits fondamentaux.

23. Le Président a saisi l'occasion de partager avec le Conseil certaines récentes expériences de l'Inde, en soulignant le fait qu'une collaboration intersectorielle efficace, impliquant une série de ministères, s'était avérée possible dans le domaine du VIH. Pour ce qui est du financement innovateur, il a souligné l'adoption récente de la Loi sur les sociétés (2013), qui impose le réinvestissement dans la société de 2 % des bénéfices d'entreprise. Le gouvernement indien a de surcroît renforcé son propre financement de la riposte nationale au VIH, visant à en couvrir 70 % au cours des cinq prochaines années.
24. Le Président a prôné une intensification du renforcement des mécanismes et des plates-formes visant à promouvoir l'échange des expériences et des meilleures pratiques, afin que les pays puissent apprendre les uns des autres. Dans l'ensemble, le Président a dit que l'architecture globale de la santé devrait être remodelée en vue d'optimiser le soutien aux efforts déployés par les pays, avec une attention particulière consacrée aux clauses de flexibilité des accords ADPIC afin de garantir des ARV de haute qualité à prix abordable, ainsi que l'aide aux Pays les moins avancés (PMA) dans le domaine du transfert de technologies.
25. Le Président a remercié le Conseil d'avoir soutenu l'Inde dans son rôle de Président du CCP en 2013 et d'avoir salué la contribution de l'Inde à la Résolution ECOSOC 2013 sur le Programme commun.
26. Le Conseil a exprimé ses remerciements au Directeur exécutif pour son leadership de l'ONUSIDA et l'a félicité de sa nomination pour un deuxième mandat. Le Conseil a accepté le rapport du Directeur exécutif qui fournit un aperçu équilibré des résultats et des défis liés à la riposte au VIH. Plusieurs membres ont rappelé que l'inégalité des progrès réalisés dans les régions figurant dans le rapport était un sujet de préoccupation qui requiert une attention immédiate et une action urgente. L'augmentation de nouvelles infections à VIH parmi les adolescents a également été évoquée. Les membres du Conseil appellent dans ce contexte à l'intensification de la collaboration entre, et au sein des différents secteurs et ministères, comme ceux de la santé et de l'éducation, afin de promouvoir à plus grande échelle les programmes de santé sexuelle et reproductive, ainsi que les droits y afférents.
27. En ce qui concerne l'extension du traitement antirétroviral et alors qu'ils se félicitent des opportunités créées par les Directives de Traitement de l'OMS, certains membres du Conseil appellent à la vigilance, afin que l'on ne considère pas le traitement comme un « remède miracle », au risque de marginaliser des efforts de prévention avérés efficaces. Dans son ensemble, le Conseil reconnaît le besoin d'une approche multifacettes permettant de diriger la riposte au SIDA, par le biais d'efforts de prévention faisant partie intégrante du traitement, des soins et de l'appui, ainsi que la nécessité de se concentrer de façon prioritaire sur les populations clés les plus à risque dans tous les programmes.
28. Le Conseil s'est montré largement favorable à l'inclusion du VIH dans le programme de développement pour l'après-2015, et certains membres ont souligné que des efforts concertés sont requis pour positionner le SIDA de façon stratégique dans le cadre de l'après-2015. La riposte a été mise en avant comme un catalyseur de la justice sociale, une prestation novatrice de services et une programmation basée sur les droits fondamentaux, incluant le principe GIPA (Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/SIDA),

l'engagement de la société civile, l'équité dans l'accès aux soins et la surveillance épidémiologique des actions adaptées aux besoins locaux. Plusieurs membres ont dit que le programme de développement pour l'après-2015 devait être élargi, afin de lutter plus efficacement contre la stigmatisation, la discrimination et les lois punitives et de mieux relever les défis concernant les populations clés et les groupes marginalisés, comme les transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les jeunes.

29. Dans le cadre du décès M. Mandela, le Conseil a rendu hommage à l'ancien président de l'Afrique du Sud, qui a été un fervent défenseur des droits de l'homme et qui a donné la parole aux sans-voix. Tout en encourageant le Conseil à intensifier l'action visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination sous toutes ses formes, y compris l'homophobie, la transphobie et la violence sexiste, une délégation a cité M. Mandela, comme suit : « La Démocratie requiert que les droits politiques et ceux des minorités soient protégés. » Dans ce contexte, plusieurs membres ont reconnu l'ONUSIDA comme un acteur clé du processus d'élimination des obstacles structurels à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Le lancement de la campagne « zéro discrimination » lors de la Journée mondiale de la lutte contre le SIDA 2013 a été cité en exemple de la contribution de l'ONUSIDA dans ce domaine. Le rôle que joue la société civile dans la riposte au VIH a également été reconnu par le Conseil. Certains membres ont de surcroît souligné que l'action contre le SIDA ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui, sans le dynamisme vibrant de la société civile.
30. Plusieurs membres du Conseil ont exprimé le besoin de renforcer et d'intensifier la coopération Sud-Sud et le potentiel d'action national, ainsi que le partage des connaissances interrégionales. On a souligné l'importance d'encourager l'industrie pharmaceutique et les autres parties prenantes à investir plus dans la recherche et le développement, y compris dans l'optimisation des protocoles thérapeutiques antirétroviraux. Des délégations ont exprimé leur préoccupation concernant divers problèmes ancrés de longue date dans la riposte mondiale au SIDA, notamment les lacunes en matière de traitement du VIH chez l'enfant, la violence sexiste en tant que obstacle enraciné et préoccupant au progrès, l'importance de cibler les populations clés dans les plans stratégiques nationaux et de veiller à ce que leurs voix soient sans cesse entendues, et l'inclusion du VIH dans les programmes de santé, y compris, mais sans s'y limiter dans les programmes de lutte contre la tuberculose (TB).
31. Parmi les autres défis à relever durablement et requérant une attention particulière qui ont été cités par le Conseil figurent la pénurie des agents de santé en Afrique subsaharienne, le manque d'espace fiscal qui empêche de nombreux pays à intensifier leur riposte au VIH, l'approvisionnement inadéquat et l'accès insuffisant aux antirétroviraux. Plusieurs membres du Conseil ont également exhorté les pays à faire preuve d'une extrême vigilance par rapport à la résistance aux médicaments. La Délégation des ONG du CCP a exprimé son inquiétude quant à l'érosion dans de nombreux pays des environnements propices à l'accès aux services liés au VIH pour les populations clés et concernant la baisse générale des subventions octroyées aux organisations de la société civile.
32. Divers membres ont souligné que la situation des femmes et des jeunes filles requérait une attention particulière, en raison de la façon disproportionnée dont ces dernières sont touchées par le VIH. De nombreux membres ont appelé à

redoubler les efforts pour améliorer le sort des femmes et des filles, en luttant contre la violence sexiste et la mortalité maternelle, en assurant la protection sociale, en renforçant les systèmes de santé et en créant des services intégrés en mesure de fournir l'aide nécessaire aux personnes infectées au VIH en même temps qu'un programme de santé sexuelle et de planification familiale.

33. Dans le cadre de la discussion portant sur les nombreux défis que la riposte au SIDA est tenue de relever, certains membres ont échangé leurs meilleures pratiques, leurs innovations et leurs expériences, comme la coopération chinoise en matière de santé avec des pays de l'Afrique subsaharienne à l'initiative de continuum de soins pour le VIH des États-Unis et le leadership ininterrompu du Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR). La République de Sierra Leone a communiqué qu'en dépit de ses limitations budgétaires, le pays avait réussi à couvrir 93 % des frais liés aux services de PTME, grâce à l'inclusion du VIH dans les services gratuits de santé maternelle, néonatale et infantile.
34. En tant que membre sortant du Conseil, l'Égypte a remercié le Conseil d'avoir encouragé un dialogue constructif, dans un esprit d'ouverture et de recherche de consensus. Le délégué égyptien a confirmé que la nouvelle constitution de son pays reconnaît le droit à la santé pour tous, de sorte que chaque personne bénéficie, sans aucune forme de discrimination, d'un système public de sécurité sociale. Le Kenya a été applaudi pour ses progrès enregistrés dans la réduction de la prévalence du VIH, qui est passée de 7,2 % en 2007 à 5,6 % en 2012, grâce à trois interventions clés : la circoncision masculine, le traitement de prévention et les interventions ciblées qui visent les populations clés des endroits géographiques spécifiques. Le Bangladesh a annoncé que le pays accueillera en 2015 le 12^e Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique (ICAAP) et a stipulé que cette conférence constituera une étape importante dans l'avancée du processus visant la réalisation des trois zéros dans la région. La déclaration d'Abuja+12 lors du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la Tuberculose et le Paludisme a été saluée comme une feuille de route pour une action accélérée visant à réaliser les trois zéros dans l'ensemble du continent africain.
35. Des membres ont remercié le Secrétariat de l'ONUSIDA pour son organisation de la visite de terrain effectuée en Zambie du 4 au 6 novembre 2013 par des membres du Conseil de Coordination du Programme, ainsi que le Gouvernement de la Zambie pour avoir accueilli les visiteurs et avoir facilité la mise en place d'un programme intéressant qui a permis aux participants de voir par eux-mêmes et sur place le rôle que joue le Programme commun dans le soutien à la riposte nationale du pays au SIDA.
36. Le Directeur exécutif a remercié le Conseil de son soutien ininterrompu et du fait qu'il continue à relever des défis difficiles et périlleux. Il a dit qu'en dépit des avis parfois divergents de certains membres, le CCP est uni dans sa détermination à sauver des vies et à protéger la dignité des personnes.
37. Le Directeur exécutif a communiqué une mise à jour des initiatives de partenariat de l'ONUSIDA et des développements y afférents depuis le 32^e CCP, y compris avec La Francophonie, des parlements, le monde du sport et diverses organisations confessionnelles. Par rapport à ces dernières, le Directeur exécutif a expliqué qu'il avait eu l'occasion de prendre la parole lors de la Dixième Assemblée du Conseil œcuménique des Églises réunie à Busan,

en Corée du Sud, qui offrait une plate-forme permettant d'engager un dialogue constructif avec les chefs religieux sur la sexualité humaine.

38. Pour ce qui est des développements relatifs à la communauté sportive, le Directeur exécutif s'est réjoui du partenariat établi entre le Brésil et la FIFA (Fédération internationale de football association), en vue d'augmenter la sensibilisation au VIH dans le cadre de la Coupe du Monde de la FIFA qui se déroulera cette année au Brésil. Il a expliqué que les préparatifs sont en bonne voie pour le lancement, avant la Coupe du Monde, de la campagne de sensibilisation sur le VIH « Protège le goal » de l'ONUSIDA.
39. En réponse à une question de l'assistance, le Directeur exécutif a clarifié que l'ONUSIDA soutient les environnements juridiques et sociaux protecteurs et non punitifs. Il a précisé que les environnements favorables et protecteurs garantissent l'égalité et la non-discrimination, ainsi que l'accès à la justice et qu'ils soutiennent une riposte efficace au SIDA. Il a souligné que si l'ONUSIDA respecte les principes de souveraineté des États, il soutient activement, et collabore avec les pays afin de s'assurer que les lois nationales sont justes et appliquées de manière équitable pour tous.
40. Le Directeur exécutif a conclu en rappelant au Conseil que la lutte contre le SIDA est un programme inachevé et que les pays devront déployer des efforts collectifs et optimiser les ressources mises à leur disposition. M. Sidibé a réitéré l'appel lancé par le Secrétaire général à se mobiliser pour un avenir sans SIDA et il a observé qu'un mouvement s'imposait pour s'assurer que la riposte au SIDA figure dans le programme de développement pour l'après-2015.

1.3 RAPPORT DU REPRÉSENTANT DES ONG

41. Le Conseil a pris note du rapport du Représentant des ONG, intitulé *Le Déficit d'égalité : L'accès inégal et inéquitable au traitement, à la prise en charge et au soutien dans le domaine du VIH pour les communautés les plus touchées*, et il a reconnu l'importante contribution apportée par la société civile à la riposte mondiale au SIDA.
42. Mme Dasha Ocheret, qui représente le Réseau eurasiatique de réduction des risques (EHRN) et qui parle au nom de la délégation des ONG auprès du CCP, a présenté le rapport. Elle a commencé par préciser au Conseil qu'alors qu'un nombre record de personnes vivant avec le VIH ont aujourd'hui accès au traitement anti-VIH, le tableau optimiste ne tient pas compte du fait que des populations clés, comme les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les transgenres et les consommateurs de drogues injectables, ont été largement laissées pour compte en termes de couverture thérapeutique. Mme Ocheret appelle la communauté internationale à s'attaquer de toute urgence au « déficit d'égalité » concernant l'accès au traitement, aux soins et au soutien dans le domaine du VIH dans les régions et parmi les communautés.
43. Mme Ocheret a déclaré que l'extension des traitements doit d'abord et avant tout bénéficier aux personnes vivant avec le VIH, que les lois punitives doivent être abolies et que l'abus et la contrainte dans les lieux de soin doivent cesser. Elle a poursuivi en disant que les régimes de propriété intellectuelle peuvent faire obstacle aux traitements abordables et accessibles. Elle a ajouté que le traitement comme méthode de prévention doit s'inscrire dans le cadre d'un

travail plus large incluant des méthodes de prévention primaire telles que les préservatifs, les lubrifiants et la réduction des risques. Elle a également rappelé que l'objectif principal du traitement est d'améliorer la santé de la personne vivant avec le VIH. Et pour finir, elle a souligné que dans tous les environnements, la mise en œuvre du traitement comme méthode de prévention doit faire partie d'une approche fondée sur les droits de l'homme.

44. En s'appuyant sur un aperçu des données probantes, des interviews, des discussions de groupe et des études de cas, le rapport détaille les inégalités en matière d'accès au traitement anti-VIH en conséquence des multiples barrières perçues par les populations clés. Les données actuellement disponibles démontrent un pourcentage disproportionné de nouvelles infections et un manque de couverture thérapeutique parmi les populations clés dans toutes les régions. Le rapport souligne par exemple que la couverture thérapeutique globale au Swaziland est de 88 %, mais qu'elle n'atteint que 33% dans la population des homosexuels et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Parmi les consommateurs de drogues injectables en Europe, seulement 21 % des personnes vivant avec le VIH ont accès au traitement anti-VIH par rapport aux 59 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH.
45. Le rapport fait état de cinq facteurs qui vont « faire ou défaire » le « déficit d'égalité » dans le futur :
 - 1) *Les droits de l'homme et l'éthique* : L'extension de la couverture thérapeutique doit s'inscrire dans le cadre d'une action visant à éliminer les entraves au traitement équitable et à l'appui médico-social qui existent pour les populations clés, et plus particulièrement la stigmatisation, la discrimination et la violation des droits de l'homme ;
 - 2) *Les données et « ce qui fonctionne »* : Pour garantir que les populations clés bénéficient effectivement de l'extension de la couverture thérapeutique, il est indispensable de procéder à la collecte et à l'analyse des données ventilées, ainsi que des données qui permettent d'identifier et de reconnaître « ce qui marche » pour ces populations, et plus spécifiquement les programmes complets et les services et le soutien communautaires ;
 - 3) *L'investissement financier* : La résorption du déficit d'égalité exige une augmentation significative de l'investissement dans le traitement, les soins et le soutien offerts aux professionnel(le)s du sexe, aux hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, aux transgenres et aux personnes vivant avec le VIH - c'est-à-dire aux groupes qui, jusqu'à ce jour, manquent cruellement de fonds.
 - 4) *Un engagement concret* : Pour lutter efficacement contre le déficit d'égalité, les populations clés doivent être invitées à la table de discussion lors de toutes les prises de décisions pertinentes et des allocations de ressources relatives au paysage thérapeutique ; et
 - 5) *La capacité technique* : Pour permettre aux populations clés d'apporter leur pleine contribution, il convient de reconnaître, de respecter et de subventionner le rôle important et essentiel qui est le leur et d'aider les organisations et les réseaux communautaires en leur offrant le soutien technique nécessaire.
46. Mme Ocheret conclut en appelant le Conseil à adopter un certain nombre de recommandations, incluant l'organisation d'une réunion de haut niveau sur le

VIH d'ici la fin de l'année 2016, pour réaffirmer et renouveler les engagements politiques, et pour assurer la responsabilisation à l'égard de la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH dans l'après-2015.

47. Plusieurs membres ont salué le fait que le rapport des ONG souligne le besoin de s'attaquer au déficit d'égalité dans le contexte de la future trajectoire de traitement, en reconnaissant que ce déficit est corrélé à des barrières structurelles et systémiques telles que la stigmatisation et la discrimination. Beaucoup ont reconnu que l'ONUSIDA, incluant le CCP, peut faire avancer les choses en surmontant ce déficit.
48. Au nom des 11 coparrains de l'ONUSIDA, l'UNICEF a salué le rapport et la méthodologie utilisée dans ce contexte. Certaines délégations ont toutefois contesté certains points soulevés dans le rapport des ONG, par exemple celui de savoir si les barrières identifiées dans le rapport peuvent être généralisées à l'ensemble des pays et celui qui se rapporte à l'usage de certains termes. Une autre préoccupation soulevée par les délégations concerne la procédure globale du Conseil, ainsi que la participation de la Délégation des ONG auprès du CCP au processus décisionnel.
49. En réponse aux préoccupations exprimées, le Président du Conseil a convoqué un groupe de rédaction qui, une fois de retour en plénière, a atteint un consensus sur les recommandations proposées et a adopté la plupart d'entre elles en tant que points de décision au titre du présent et d'autres articles de l'ordre du jour.

2. LEADERSHIP DANS LA RIPOSTE AU SIDA

50. Ce point de l'ordre du jour a été annulé parce que l'orateur invité, Sir Andrew Witty, président-directeur général de GlaxoSmithKline (GSK), a été empêché en raison de circonstances imprévues liées à son voyage.

3. MISE À JOUR SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT POUR L'APRÈS-2015

51. M. Kent Buse, Directeur des affaires politiques et de la stratégie auprès du secrétariat de l'ONUSIDA, a présenté au Conseil un aperçu des développements clés concernant le positionnement de la riposte au SIDA dans le programme de développement pour l'après-2015 depuis la 32^e réunion du CCP en juin 2013. Il a tout d'abord déclaré qu'à ce jour, aucun consensus clair ne se dégage plus sur la question de savoir si le nouvel ensemble d'objectifs de développement vise uniquement les résultats ou également lesdits « catalyseurs » et les « instruments ». Il a fait remarquer que du point de vue des coprésidents du groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable, l'impulsion générale tendait vers la création d'un ensemble de mesures qui inspireraient le monde à faire du développement inclusif et durable une réalité, ce que les coprésidents considèrent comme une opportunité et un défi à relever.
52. M. Buse a fourni un aperçu de quelques-unes des possibilités émergentes pour assurer le positionnement du SIDA dans le programme de développement pour l'après-2015, affirmant que la « fin du SIDA » produit vraisemblablement à la

fois des résultats concrets et des catalyseurs pour le développement. Il a également parlé du fait qu'il y a un très large soutien pour le programme inachevé des OMD et que le SIDA est encore loin d'être vaincu. Il a également fait remarquer qu'une autre opportunité est fournie par l'actuel partenariat de haut niveau pour un avenir sans SIDA. Dans ce contexte, il a cité l'appel lancé par le Secrétaire général de concrétiser sa vision d'un avenir sans SIDA, le discours du Président des États-Unis, Barack Obama, lors de la Journée mondiale du SIDA 2013, qui a souligné le besoin d'une nouvelle série d'objectifs liés au SIDA, et le projet de position commune de l'Union africaine sur le cadre de l'après-2015 qui vise l'éradication du SIDA d'ici 2030.

53. M. Buse a expliqué que l'éradication du SIDA ne constitue pas un point statique, mais un processus dynamique qui tend à concrétiser la vision des trois zéros de l'ONUSIDA. La fin du SIDA signifie donc en substance qu'il convient d'atteindre un point où le SIDA ne représente plus une menace pour la santé publique et il a ajouté que le Directeur exécutif de l'ONUSIDA appelle à un mouvement mondial et à un accord visant à éradiquer le SIDA d'ici 2030.
54. Il a poursuivi la mise à jour en posant l'accent sur les défis qu'il convient de relever pour positionner le SIDA dans un cadre universel complexe qui ne s'applique pas seulement à l'ensemble des pays, mais qui s'attaque aussi à un vaste éventail de problèmes, allant du changement climatique au commerce. Afin de faire figurer le SIDA en bonne place dans le programme de développement pour l'après-2015, M. Buse a souligné l'importance des arguments visant à promouvoir la lutte contre le SIDA dans l'après-2015 et ancrés dans un cadre permettant à la riposte au SIDA de :
- a. catalyser et d'accélérer les progrès à l'égard d'une série de questions, les rendant ainsi pertinents pour de nombreux enjeux du développement dans l'après-2015 ;
 - b. contribuer à faire avancer un programme de développement durable socialement équitable, en défendant les droits de l'homme, la dignité et l'égalité ;
 - c. agir en tant que guide pour générer et répartir les biens publics mondiaux, les innovations et les meilleures pratiques dans le cadre du processus visant à éradiquer l'extrême pauvreté et à assurer l'inclusion sociale ; et
 - d. agir dans l'intérêt de tous les pays – comme une priorité de santé publique dans de nombreux pays et pour ouvrir la voie aux initiatives se rapportant au développement inclusif et fondé sur les droits, partout dans le monde.
55. Pour ce qui est du processus global de l'après-2015, M. Buse a partagé des mises à jour sur les activités du Groupe de travail ouvert, les consultations thématiques mondiales sous les auspices de l'ONU, ainsi que les résultats spécifiquement liés au SIDA, comme la résolution ECOSOC de juillet sur le Programme commun et l'initiative d'aide à la jeunesse PACT2015 ! M. Buse a conclu en évoquant le travail de *La Commission ONUSIDA-Lancet : Vaincre le SIDA – Promouvoir la santé mondiale*. Il s'est référé aux trois rapports des groupes de travail de la Commission et a attiré l'attention sur les questions qui y sont soulevées, invitant le Conseil à communiquer son apport et ses points de vue en la matière. Pour conclure, il a partagé les principaux points d'une série de consultations et de dialogues régionaux et thématiques organisés pour recueillir un éventail d'idées et de préparatifs en vue de la réunion finale de la Commission en février 2014.

56. Le Conseil a pris note du rapport d'avancement et a exprimé ses remerciements au Secrétariat de l'ONUSIDA de lui avoir procuré une mise à jour concernant le processus global de l'après-2015 et les efforts fournis pour positionner le SIDA dans le programme de développement pour l'après-2015. Les membres se sont largement prononcés en faveur d'un positionnement ferme et résolu du combat inachevé contre le SIDA dans le cadre de l'après-2015 et bon nombre d'entre eux ont déclaré que tout nouvel objectif et toute nouvelle cible devaient soutenir les progrès relatifs aux objectifs existants liés au SIDA, y compris les OMD 6 et les objectifs mondiaux en rapport avec le SIDA. Il a été largement reconnu que le SIDA est plus que seulement un problème de santé et qu'il convient d'utiliser une force de changement pour inverser le cours de l'épidémie à l'aide d'initiatives multisectorielles ancrées dans une approche fondée sur les droits de l'homme.
57. Certains membres du Conseil ont encouragé l'adoption d'une approche plus cohérente et collaborative parmi les coparrains, face aux multiples efforts fournis dans l'ensemble du système de l'ONU pour aider les États membres à établir un cadre d'après-2015. Les membres ont souligné l'importance d'établir des relations avec plusieurs questions clés directement liées au VIH, comme la santé sexuelle et reproductive et les droits y afférents, y compris le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), l'objectif proposé de la couverture sanitaire universelle, le droit à la santé, la protection sociale et plus largement, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et pour l'égalité entre les sexes. Le Conseil a pris note du fait que le VIH a contribué à impulser la notion de responsabilité partagée, qui se reflète aujourd'hui dans la position de plusieurs pays, notamment en Afrique subsaharienne, qui augmentent leurs investissements domestiques et qui passent de l'état de bénéficiaires de l'aide à celui de partenaires et même de donateurs.
58. M. Buse a remercié le Conseil de son soutien à la Commission ONUSIDA-Lancet, en soulignant qu'il s'agit d'un des nombreux instruments visant à éclairer le débat global sur l'après-2015.
59. Le Directeur exécutif s'est félicité de ce qu'il a décrit comme le début d'une discussion importante avec le Conseil visant à assurer que le SIDA ne soit pas oublié dans le programme de développement pour l'après-2015. M. Sidibé a rappelé que le SIDA constituait un point d'entrée permettant d'associer et de renforcer d'autres enjeux de la santé et du développement, en soulignant que le zéro décès dû au SIDA est étroitement lié à l'objectif proposé de couverture sanitaire universelle. Il a décrit comment les innovations générées par la riposte au SIDA doivent être transférées pour renforcer les systèmes de santé en général afin d'augmenter surtout leur accessibilité pour les personnes les plus marginalisées et exclues de la société.
60. M. Sidibé a également déclaré que la zéro discrimination doit demeurer au cœur de la riposte au SIDA et il a prévenu que si la lutte contre la stigmatisation et la discrimination perd de sa force dans le cadre de l'après-2015, on pourrait considérer que la communauté internationale aurait échoué, non seulement dans le domaine du SIDA, mais aussi par rapport à la mise en œuvre d'un plus vaste programme de justice sociale. Il a souligné l'importance d'assurer une meilleure intégration et une convergence optimisée avec d'autres enjeux sanitaires, comme l'hépatite C, la tuberculose et la santé sexuelle et reproductive.

61. Le Directeur exécutif a conclu ce point de l'ordre du jour en encourageant le Conseil à transmettre et amplifier les messages relatifs à un positionnement ferme et résolu du SIDA dans le programme de développement pour l'après-2015 et à leur donner davantage de retentissement parmi les homologues dans les capitales et les représentants à New York et ailleurs.

4. UTILISATION STRATÉGIQUE DES ANTIRÉTROVIRAUX POUR LE TRAITEMENT ET LA PRÉVENTION DU VIH

62. Ce point de l'ordre du jour a commencé par un message vidéo du Président de la France, M. François Hollande, qui a exprimé l'engagement de la France à l'égard de l'accès universel à la prévention, au traitement et au soin du VIH, et sa conviction personnelle que le SIDA peut être vaincu.

63. Le Directeur exécutif adjoint du Secrétariat de l'ONUSIDA, M. Luiz Loures, a présenté ce point de l'ordre du jour en posant d'abord l'accent sur le rôle instrumental que joue le traitement anti-VIH dans la réduction du nombre de décès dus au SIDA. Il a déclaré que sans traitement, on compterait près de 50 millions de personnes mortes du SIDA en 2020, par rapport à environ 35 millions de décès dus à cette maladie jusqu'à ce jour. Il a ajouté qu'une occasion historique était offerte à la communauté des personnes engagées dans la lutte contre le SIDA pour redéfinir l'approche du dépistage du VIH et du recours au traitement anti-VIH, ce qui pourrait transformer à la fois la prévention et le traitement du VIH.

64. M. Loures a retracé les étapes clés dans la frise chronologique du traitement anti-VIH, en citant les jalons importants tels que la Session spéciale de l'Assemblée générale sur le VIH/SIDA en 2001, le lancement du Fonds mondial et de PEPFAR, la Réunion de haut niveau sur le SIDA en 2011 et la publication en 2013 des nouvelles directives thérapeutiques de l'OMS. Il a ajouté que les personnes qui vivent aujourd'hui avec le VIH disposent d'options de traitement anti-VIH plus efficaces et plus intelligentes, comme la trithérapie qui ne requiert qu'une seule pilule par jour. Il a également fait remarquer que les développements scientifiques et politiques liés au traitement ont permis à un nombre record de personnes vivant avec le VIH dans des pays à faible et moyen revenu d'avoir accès au traitement anti-VIH.

65. Par rapport au *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie*, M. Loures a expliqué que le plan a jeté les fondations d'un mouvement mené par les pays visant à atteindre l'objectif fixé et qu'à la suite de cela, les nouvelles infections à VIH parmi les enfants avaient baissé de 35 % au cours de ces dernières années. Il a dit qu'il avait bon espoir que l'objectif fixé dans la Déclaration politique de l'ONU en 2011 et qui vise à permettre, d'ici 2015, à 15 millions de personnes d'avoir accès au traitement anti-VIH serait atteint.

66. Pour réaliser l'objectif de 2015 relatif au traitement anti-VIH et faire avancer le programme global de traitement, M. Loures a déclaré qu'il serait nécessaire de mettre bon nombre de problèmes profondément enracinés et faisant obstacle à la riposte au SIDA sous les projecteurs. Dans ce contexte, il fait référence en particulier à la violence sexiste et à la triste réalité que beaucoup de femmes

disent avoir eu leur première expérience sexuelle sous la contrainte. Il a ajouté que l'accès à la prophylaxie post-exposition (PPE) est d'importance primordiale.

67. M. Loures a encouragé le Conseil à fixer de nouveaux objectifs mondiaux pour le traitement anti-VIH. Il a fait remarquer qu'eu égard aux nouvelles Directives thérapeutiques de l'OMS, de nombreux pays les ont immédiatement adoptées et mises en œuvre et sont parfois même allés au-delà des recommandations. Il a prévenu que le manque d'objectifs mondiaux uniformes relatifs à la couverture thérapeutique pourrait augmenter les inégalités entre les pays et il a ajouté que le fait de disposer d'un ensemble d'objectifs communs en matière de traitement peut renforcer l'efficacité et l'effectivité de la riposte, par le biais de directives, de cibles et de feuilles de route clairement établies. Une autre raison de fixer de nouveaux objectifs encore plus ambitieux, a-t-il expliqué, est l'évolution du paysage VIH. Cette évolution est en grande partie due au traitement comme méthode de prévention. Pour illustrer ses dires, M. Loures a présenté les résultats d'une étude datant de 2013, sur la couverture thérapeutique dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, qui révèlent que le taux d'incidence du VIH a baissé de 1,1 % [0.8%-1.4%] pour chaque 1% d'augmentation de la couverture thérapeutique du VIH.
68. Dans le but de faire avancer le programme de traitement, M. Loures a défini cinq principes qu'il a appelés les « non-négociables de l'accès au traitement » :
- a. le traitement fait partie intégrante du droit à la santé ;
 - b. le traitement vise d'abord et avant tout à préserver la santé des personnes vivant avec le VIH ;
 - c. le dépistage du VIH et l'initiation du traitement doivent toujours volontaires et exempts de toute forme de contrainte ;
 - d. la priorité doit toujours être de veiller au meilleur intérêt des personnes vivant avec le VIH ; et
 - e. les médicaments et les soins devraient toujours être de qualité supérieure.
69. Le Directeur exécutif adjoint a poursuivi en présentant au Conseil sept directives clés basées sur les enseignements tirés et visant à orienter l'agenda de traitement :
- 1) *Tenir compte du contexte du pays* : les ripostes doivent être plus nuancées et plus axées sur les besoins les plus importants ;
 - 2) *Veiller à ce que personne ne soit laissé à la traîne*: les lacunes en matière de traitement sont marquées au sein des populations clés, allant des enfants aux consommateurs de drogues injectables. L'accès au traitement doit être équitable et disponible pour toutes les personnes qui en ont besoin ;
 - 3) *« Pro-test »* : pas d'extension du traitement anti-VIH sans intensification du dépistage du VIH ; l'heure est aussi venue de procéder à des tests groupés pour différentes maladies par l'inclusion du dépistage du SIDA dans les routines de base, sans se limiter aux patients atteints de tuberculose pour qui des progrès considérables ont déjà été réalisés ;
 - 4) *Intensification* : il est important de démontrer les gains d'efficacité et les résultats de l'approche d'investissement, ainsi que de renouveler les flexibilités des accords ADPIC, comme un moyen de réduire les tarifs des traitements, y compris des régimes de deuxième et troisième ligne ;
 - 5) *Les communautés au centre de notre engagement*: les faits démontrent que la communauté des professionnels de santé et les centres de soins

de santé obtiennent de meilleurs résultats dans le domaine de la santé et de l'observance thérapeutique ;

- 6) *La solidarité mondiale, la responsabilité partagée*: l'expansion rapide de l'accès au traitement dans les pays à faible et moyen revenu a pu être réalisée grâce à la solidarité mondiale et la responsabilité partagée. Alors que la majeure partie des coûts de traitement est financée par des fonds nationaux, les contributions internationales demeurent essentielles ; et
- 7) *Établir le bon équilibre* : les efforts fournis au niveau national doivent s'inscrire de manière équilibrée dans la riposte globale au SIDA et éviter le compartimentage de la prévention primaire et du traitement.

70. M. Loures a conclu en encourageant le Conseil à considérer les nouveaux objectifs de traitement qui reflètent les nouvelles réalités au sein des pays.
71. Mme Meg Doherty, Coordinatrice Traitement et Soins du Département VIH/SIDA de l'OMS, a présenté un aperçu de deux documents récents qui fournissent l'orientation normative pour l'intensification thérapeutique : l'utilisation d'antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, le dépistage du VIH, et les conseils et soins offerts aux adolescents vivant avec le VIH. Mme Doherty a expliqué que le fondement logique derrière la nouvelle orientation était l'obtention d'une orientation consolidée dans l'ensemble des groupes d'âge et des populations, ainsi que dans le continuum de soins, du dépistage à la rétention. Elle a fait remarquer qu'il est essentiel que la nouvelle orientation réponde aux nouveaux développements scientifiques et technologiques et qu'elle englobe une nouvelle vision du traitement comme méthode de prévention, soutenue par de nouveaux régimes simplifiés et moins toxiques de première ligne.
72. Mme Doherty a expliqué que l'OMS travaille actuellement au soutien de la mise en œuvre de la nouvelle orientation, allant de la prise d'une seule pilule par jour à la délégation des tâches et au déploiement des traitements au niveau communautaire. Depuis le lancement des directives, l'OMS a convoqué différentes réunions régionales afin de jeter les bases et d'établir la feuille de route qui doit stimuler les pays à relever des défis tels que la décentralisation et les modèles de soins communautaires. Concernant ces derniers, elle a donné l'exemple d'une récente étude de cas provenant du Mozambique et axée sur le déploiement des traitements au niveau communautaire. L'étude, qui a inclus plus de 8000 patients traités par le biais des systèmes de soins communautaires, a démontré un taux d'observance thérapeutique de 95 % après 20 mois, alors que dans le circuit de soins standard, ce taux n'était que de 75 %.
73. Mme Doherty a conclu en déclarant que l'OMS espérait que la Nouvelle Orientation de l'OMS contribuerait à réduire de 52 % le nombre de décès dus au SIDA et de 42 % les nouvelles infections à VIH. Concernant l'avenir, elle a ajouté que l'OMS est engagée dans un processus de préparation de l'orientation de l'après-2015. Cela implique l'établissement de liens avec d'autres comorbidités, comme l'hépatite, et la série plus étendue de maladies non transmissibles (MNT).
74. Représentant la perspective communautaire et parlant au nom de l'Initiative communautaire pour la tuberculose, le VIH/SIDA et le Paludisme (CITAM+), Mme Carol Nyirenda a défié le Conseil à trouver une solution aux principaux

goulots d'étranglement dans le contexte de l'intensification thérapeutique. Elle a souligné que l'écart en matière de traitement est alimenté par de nombreuses barrières telles que l'illettrisme thérapeutique, la criminalisation de populations clés, la transmission du VIH et l'exposition au VIH, l'inégalité entre les sexes, la pauvreté, le manque de services accessibles et abordables, la stigmatisation et les attitudes négatives à l'égard des populations clés, incluant l'homophobie et la transphobie, la discrimination à l'égard des professionnel(le)s du sexe et des consommateurs de drogues injectables, les agents de santé abusifs et le manque global de diagnostics accessibles et abordables. Elle a souligné que la réalisation de l'accès universel exigera encore des efforts supplémentaires en vue d'atteindre les populations clés ; elle a conseillé une approche de « guichet unique » où le VIH est abordé de manière intégrée en même temps que d'autres défis sanitaires et a ajouté que le VIH peut ainsi contribuer à la lutte contre d'autres maladies telles que la tuberculose et les maladies non transmissibles.

75. Par rapport au rôle des communautés dans le processus d'intensification thérapeutique, Mme Nyirenda a exprimé sa préoccupation concernant ce qu'elle appelle le manque de compréhension dont font preuve les gouvernements pour la manière dont les communautés complètent le système de santé et lui apporte une plus-value. Elle a également fait remarquer que les communautés touchées connaissent souvent mieux le paysage. Elle a appelé les pays à accroître la participation des communautés, à la fois dans le processus décisionnel et dans la fourniture de services. Dans ce contexte, elle a affirmé que pour garantir la fourniture de services de qualité, les agents de santé devaient être rémunérés et que le financement devait atteindre le niveau communautaire. Mme Nyirenda a conclu en exhortant le Conseil à aborder les inégalités au cours des prochaines discussions concernant les nouveaux objectifs de traitement.
76. Le Conseil a pris note du rapport préparé pour ce point de l'ordre du jour et a remercié les personnes qui l'ont présenté d'avoir fourni un aperçu complet de l'utilisation stratégique des ARV pour le traitement et la prévention du VIH. Les membres ont fortement soutenu l'intensification thérapeutique, ainsi que les nouvelles Directives thérapeutiques de l'OMS. Beaucoup ont exprimé leur inquiétude concernant le fait que sous les nouvelles directives, seulement 34 % des personnes éligibles au traitement en bénéficient dans les pays à faible et moyen revenu.
77. Plusieurs membres ont attiré l'attention sur l'importance de la surveillance continue de la pharmaco-résistance au VIH, du renforcement des communautés et de la durabilité des ripostes nationales au SIDA, incluant l'approvisionnement de médicaments de qualité à prix abordable, ainsi que de la nécessité d'une intégration ultérieure et d'objectifs nationaux révisés. Il a été noté qu'en dépit du fait que les progrès réalisés dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont été reconnus comme constituant une avancée significative, plusieurs membres ont dit qu'il demeurerait inacceptable que près de 700 enfants naissent chaque jour avec le VIH et que le nombre de décès dus au SIDA était en hausse parmi les enfants âgés de 10 à 19 ans.
78. Par rapport à la constatation que deux enfants sur trois n'ont pas accès au traitement anti-VIH, le Conseil a demandé à l'ONUSIDA de préparer une analyse du traitement, des soins et de l'appui offerts dans le domaine du VIH pédiatrique, des objectifs spécifiques assortis de délais pour mettre tous les

enfants vivant avec le VIH sous traitement, et d'élaborer une stratégie pour parvenir à ces résultats, en vue d'une présentation lors de la 35^e réunion du Conseil de Coordination du Programme en décembre 2014.

79. Plusieurs questions ont été soulevées en réponse aux informations présentées, incluant la compréhension du rôle du secteur privé dans le soutien de l'intensification thérapeutique ; l'assurance de la continuité des soins des personnes sous traitement, d'autant plus que beaucoup de pays ont atteint ou sont en voie d'atteindre un point critique par rapport à l'intensification thérapeutique ; la réponse aux barrières que rencontrent les consommateurs de drogues, ainsi qu'aux défis spécifiques que les professionnels du sexe masculins, féminins et transgenres se doivent de relever.
80. Plusieurs membres du Conseil ont souligné le besoin de processus impulsés par les pays entre les parties prenantes pertinentes, incluant le Fonds mondial et le PEPFAR, afin de générer une compréhension commune des interventions les plus efficaces. Une question connexe sur la Division du Travail concernant les nouvelles Directives thérapeutiques de l'OMS parmi les différentes parties prenantes a été soulevée. Il a également été noté que l'approche d'investissement de l'ONUSIDA n'avait pas été abordée dans le rapport adressé au Conseil sous ce point de l'ordre du jour.
81. Le Groupe africain a identifié de nombreux défis à relever en vue de réaliser les objectifs thérapeutiques 2015 en Afrique subsaharienne, incluant les prix élevés des ARV, les ruptures de stock, le manque de connaissances relatives au statut VIH et l'absence de diagnostics. Plusieurs membres ont appelé à un transfert technologique plus important, afin d'assurer l'accès durable aux médicaments et à de meilleurs diagnostics.
82. Concernant l'enjeu de la durabilité, une stratégie de financement à long terme a été évoquée comme étant un élément essentiel du discours global sur le traitement, étant donné que la transition vers un financement à long terme et durable nécessitera de la part des pays d'appui qu'ils collaborent avec les ministères des Finances et qu'ils fassent preuve d'investissements intelligents basés sur l'approche d'investissement. Des préoccupations ont été exprimées quant aux faibles taux de couverture thérapeutique en Europe qui se situent à 26 % par rapport à 47 % à l'échelle mondiale. Le prix élevé des traitements a été identifié comme un goulot d'étranglement majeur. Un autre membre a également abordé le problème du prix et a alerté le Conseil sur le fait que le traitement combiné à dose fixe était susceptible de coûter plus cher que les doses individuelles et il a invité l'ONUSIDA à vérifier cette thèse par le biais de ses bureaux de pays.
83. Plusieurs membres du Conseil ont souligné que la réalisation d'une extension thérapeutique va de pair avec une augmentation des taux de dépistage du VIH. Beaucoup ont également mis en avant que pas plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont au courant de leur séropositivité.
84. En réponse aux questions et aux commentaires formulés par le Conseil, Mme Doherty a abordé les principaux points et préoccupations exprimés. Concernant les lacunes dans le traitement prodigué aux enfants, elle a informé le Conseil que l'OMS collabore avec des partenaires à la mise en œuvre des nouvelles directives thérapeutiques et que cela implique l'intégration du traitement anti-VIH pédiatrique dans le cadre de l'approche prônant la prise en charge intégrée

des maladies de l'enfant (IMCI). Pour ce qui est des mesures concrètes visant à répondre aux inquiétudes exprimées concernant la pharmaco-résistance, Mme Doherty a informé le Conseil du fait que l'OMS veille activement à ce que la surveillance de la pharmaco-résistance soit intégrée dans des études adaptées aux pays et appartenant aux pays, incluant des indicateurs d'alerte rapide. Elle a rassuré les membres en disant que l'industrie pharmaceutique a été informée des faits probants concernant les combinaisons thérapeutiques et elle attiré l'attention du Conseil sur la prochaine conférence consacrée à l'optimisation des médicaments, ainsi que sur le mécanisme mondial d'information sur les prix de l'OMS.

85. Concernant le dépistage du VIH, M. Loures a suggéré au Conseil de procéder de toute urgence à l'exploration des nouvelles technologies, afin de rendre le dépistage plus accessible et de pouvoir utiliser la charge virale comme une mesure de succès. M. Loures a également déclaré que les personnes ayant reçu un diagnostic VIH positif devraient être informées des avantages préventifs du traitement anti-VIH de manière à ce qu'elles puissent prendre des décisions éclairées. Sur la question du prix, il a souligné le besoin de mécanismes innovateurs, comme la communauté de brevets pour les médicaments UNITAID. Il a conclu le point de l'ordre du jour en décrivant la période actuelle de la riposte au SIDA comme étant une période de transition, et il a encouragé le Conseil à établir un ensemble d'objectifs ambitieux visant l'intensification thérapeutique dans une perspective d'éradication du SIDA.

5. COORDINATION DE L'APPUI TECHNIQUE EN MATIÈRE DE VIH DANS UN ENVIRONNEMENT EN RAPIDE ÉVOLUTION

86. Avant de démarrer le point de l'ordre du jour, Le Président du Conseil, M. Verma, a invité le Directeur exécutif du Fonds mondial, M. Mark Dybul, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibé, et la Ministre de la Santé de Côte d'Ivoire, Son Excellence Mme Raymonde Goudou Coffie, à participer à la cérémonie de signature d'un nouvel accord de partenariat visant l'extension de l'accès au traitement anti-VIH dans le pays.
87. Le point de l'ordre du jour a été introduit par M. Loures, Directeur exécutif adjoint de l'ONUSIDA, qui a déclaré que la communauté mondiale des personnes engagées dans la lutte contre le SIDA est tenue d'agir différemment en raison des changements survenus dans le contexte et dans la portée de l'épidémie de SIDA. Il a expliqué qu'il était primordial de demeurer informé de l'évolution des épidémies locales et il a utilisé plusieurs cartes pour illustrer la façon dont les épidémies varient selon les régions géographiques dans différents pays. Il a dit que les cartes soulignaient l'importance de s'assurer de la fourniture des services essentiels là où la transmission du VIH se produit. Le Directeur exécutif adjoint a ajouté que le financement du soutien technique doit cibler les populations et les zones géographiques les plus touchées.
88. M. Loures a évoqué la considérable augmentation de ressources dont la riposte au SIDA a bénéficié ces dernières années et il a rappelé au Conseil que l'objectif visant à ce que le montant nécessaire aux dépenses liées au SIDA se situe entre 22 milliards et 24 milliards de dollars américains rejoindra les objectifs mondiaux liés au SIDA d'ici 2015. Il a déclaré que la récente reconstitution des ressources du Fonds mondial d'un montant de 12 milliards de dollars américains constituait un heureux développement, tout comme le fait

qu'un nombre croissant de pays s'avèrent aujourd'hui en mesure de financer eux-mêmes leur propre riposte. Il a ajouté que le défi à relever consistait à s'assurer que les investissements soient utilisés de façon stratégique afin d'exercer l'impact le plus marquant. Nonobstant, le Directeur exécutif adjoint a cité l'exemple d'un endroit en Asie où moins de 6 % des ressources sont utilisés pour la lutte contre l'épidémie parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, alors que 30 % des nouvelles infections à VIH dans cette région se produisent justement parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

89. M. Loures a partagé les résultats d'une étude menée par l'ONUSIDA afin d'identifier les priorités en matière de soutien technique des 55 pays qui planifient de soumettre en 2014 des propositions s'inscrivant dans le cadre des notes conceptuelles du nouveau modèle de financement (NMF) du Fonds mondial. En résumé, il a déclaré que les pays avaient identifié un besoin de soutien dans les domaines suivants : 1) l'examen, l'analyse et la conception des programmes ; 2) les populations clés et les catalyseurs essentiels ; 3) les initiatives d'investissement et stratégies nationales relatives au VIH ; 4) l'élaboration de notes conceptuelles et la mise en place d'un dialogue national ; 5) l'examen des données épidémiologiques.
90. En réponse à ces besoins identifiés, M. Loures a expliqué que l'ONUSIDA procède actuellement à l'établissement d'une nouvelle typologie sur la meilleure façon de soutenir les pays, tout en reconnaissant que ce sont les pays qui occupent le « siège du conducteur » et que c'est à eux qu'il revient de prendre les initiatives qui s'imposent. Il a de ce fait ajouté que l'ONUSIDA est en train d'adapter son niveau et son type de soutien technique en réponse aux besoins et à la capacité individuelle des pays, allant de Haïti, où la capacité s'avère fragile et l'avancée progressive, au Nigeria, dont le besoin de soutien est exceptionnellement élevé en raison de l'ampleur de son épidémie, en passant par des pays comme la Thaïlande où la capacité nationale est élevée et où des progrès considérables ont déjà été réalisés.
91. M. Loures a rappelé au Conseil la réorganisation du Secrétariat de l'ONUSIDA, ainsi que son objectif visant à mieux aligner l'organisation sur les besoins des pays et à affecter plus de personnel aux différents pays. Il a expliqué que l'exercice avait déjà porté ses fruits et il a cité en exemple le soutien offert au Myanmar, comme une des premières applications du nouveau modèle de financement du Fonds mondial, en soulignant qu'une assistance avait été fournie aux membres des réseaux des populations clés pour participer à l'équipe de rédaction de la Note conceptuelle, qui permet d'identifier et d'intégrer leurs besoins.
92. Le Directeur exécutif adjoint a déclaré que l'ONU obtient généralement de meilleurs résultats en œuvrant collectivement pour soutenir les pays. Il a cité en exemple *l'Équipe de travail inter-institutions (ETTI) pour la prévention et le traitement de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, mères et des enfants* dont l'appui solide offert aux pays a donné des résultats tangibles. Un autre exemple cité est celui de l'initiative VCT@WORK, un programme du Bureau international du Travail qui vise à atteindre 5 millions de femmes d'ici 2015 en leur permettant d'accéder volontairement et confidentiellement aux services conseil et test VIH.

93. Le Directeur exécutif du Fonds mondial, M. Dybul, a souligné le changement de paradigme que représente le nouveau modèle de financement, abandonnant progressivement l'assistance des pays pour renforcer leur capacité à se prendre en charge et à assumer leurs responsabilités et besoins en la matière. Il a déclaré que cette transition entraîne aussi un changement des mentalités concernant le soutien technique, passant d'approches « descendantes » à une démarche ascendante, également par rapport à des problèmes difficiles, comme celui des populations clés.
94. M. Dybul a également souligné l'importance cruciale que revêtent les bureaux de pays de l'ONUSIDA dans la mise en œuvre du nouveau modèle de financement, dont il est attendu qu'il impliquera au cours de l'année prochaine près de 65 pays, ce qui représente un nombre exceptionnellement élevé. Il a déclaré que c'était un privilège pour le Fonds mondial de disposer d'un modèle de partenariat adapté à la réalité du XXI^e siècle avec l'ONUSIDA. Le Directeur exécutif du Fonds mondial a remercié M. Sidibé de son leadership, non seulement dans le domaine de l'assistance technique, mais aussi et d'un point de vue plus général dans celui de la concrétisation de la vision ambitieuse de l'éradication du SIDA.
95. M. Paul Chimedza, Ministre adjoint de la Santé et du Bien-Être de l'Enfance du Zimbabwe a présenté la récente expérience réussie du pays en tant que pionnier du nouveau modèle de financement. Le processus dirigé par le Mécanisme de coordination dans les pays (CCM) a été valorisé comme hautement participatif, solidement ancré dans un plan stratégique national fort et étayé par l'engagement et le leadership des autorités sanitaires nationales et appuyé par le soutien technique hors pair de l'ONUSIDA et d'autres partenaires.
96. M. Chimedza a expliqué au Conseil les différentes mesures prises par le Groupe d'évaluation technique pour étudier le contexte national, à commencer par la prévalence du VIH et les décès dus au SIDA, dont le nombre avait diminué grâce aux stratégies de prévention et à l'intensification thérapeutique. Il a dit que la riposte au SIDA menée par le Zimbabwe a été un vaste engagement multisectoriel, qui s'est avéré essentiel à l'élaboration de sa stratégie visant l'atteinte des trois zéros sur une période de cinq ans (2011-2015). Le Ministre adjoint a ajouté que le CCM du Zimbabwe avait élargi les principes du dialogue national afin de les intégrer dans l'élaboration de la Note conceptuelle, assurant ainsi que toutes les parties prenantes ont été consultées et invitées à s'investir.
97. Le Ministre adjoint a souligné les difficultés rencontrées en tant que pionnier du nouveau modèle de financement, incluant le délai serré et le cloisonnement entre le degré de précision dans la note conceptuelle et les exigences figurant dans la demande de subvention. Il a poursuivi en partageant les leçons tirées par le Zimbabwe du CCM, incluant une suggestion comme quoi le secrétariat du CCM devrait être habilité à diriger le processus, l'importance de la prise de décision en temps voulu et la nécessité pour les multi-parties prenantes d'intégrer les processus dans l'ensemble de la prestation de services de santé. M. Chimedza a ajouté que le leadership devrait demeurer auprès du Ministère de la Santé, que les partenaires financiers devraient être sensibilisés à l'avance, et qu'un délai suffisant devrait être alloué au processus d'octroi de subventions. Il a expliqué que les facteurs de succès pour le Zimbabwe étaient fondés sur un plan stratégique national fort, la mobilisation rapide de la

planification et des processus consultatifs participatifs et inclusifs, un engagement fort de la part des autorités sanitaires nationales, une équipe de rédaction techniquement qualifiée et hautement engagée, et le soutien efficace du PNUD en tant que principal destinataire.

98. Le Conseil a salué le document traitant de la coordination du soutien technique fourni en toile de fond du point de l'ordre du jour, et a invité l'ONUSIDA, dans le cadre du nouveau modèle de financement, à intensifier son travail de coordination du soutien technique et de demeurer axé sur les 30+ pays prioritaires. Il a été demandé à l'ONUSIDA de produire un rapport sur l'accord de partenariat conclu entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial lors de la 34^e réunion.
99. Le Conseil a pris note des importants changements qui se sont produits dans le paysage global du SIDA et qui ont abouti à une demande accrue de soutien technique aux pays. Dans le cadre d'une approche stratégique d'investissement, les membres ont déclaré que les pays avaient besoin d'être soutenus dans leur choix des interventions qui exerceront le plus grand effet, y compris pour les populations clés. Dans ce contexte, un représentant a déclaré que les populations clés représentaient la « Clés maîtresse » d'une riposte mondiale plus efficace, tandis que plusieurs représentants de réseaux des populations clés ont exhorté le Conseil à s'investir plus fortement en tant que partenaires dans l'orientation de la riposte au SIDA.
100. Le Conseil a exprimé son soutien au nouveau modèle de financement, en faisant remarquer que l'objectif ultime de l'assistance technique est de renforcer la capacité des pays à élaborer et à mandater leurs propres stratégies et plans de lutte contre leurs propres épidémies spécifiques. Les membres ont convenu qu'un soutien technique doit être accordé aux pays d'appui, afin qu'ils puissent réaliser leurs propres objectifs dans le cadre de la riposte au SIDA, ce qui est conforme au consensus international sur le développement et aux approches pour une aide plus efficace. Tout en exprimant leur soutien à la décision du Directeur exécutif de l'ONUSIDA de ne pas accepter des ressources du Fonds mondial, certains membres du Conseil ont demandé des informations plus détaillées sur l'accord de partenariat conclu entre les deux organisations.
101. Plusieurs questions et remarques ont été soulevées par les membres en réponse aux présentations et à la discussion subséquente, par exemple à propos du rôle que joue l'ONUSIDA dans le soutien plus marqué de la coopération Sud-Sud, de l'engagement de pays tels que le Brésil, la Chine et le Mexique à offrir du soutien technique à d'autres pays, et différentes modalités de soutien technique disponibles telles que le renforcement de la capacité de recherche et des systèmes informatiques en vue d'assurer la collecte de données ventilées.
102. En réponse à la question concernant la nécessité d'une coordination plus efficace de la part de l'ONU visant à soutenir le nouveau modèle de financement, le PNUD a fait savoir qu'une lettre de Mme Helen Clark, Administratrice du PNUD, et de M. Dybul du Fonds mondial, avait été envoyée aux Équipes nationales de l'ONU pour leur demander de coordonner un processus mené par les pays en vue d'assurer l'engagement des gouvernements. Un ensemble d'outils de renforcement de la capacité du Fonds mondial a de surcroît été développé par le PNUD. L'OMS a exprimé son engagement par rapport au nouveau modèle de financement et elle a déclaré

qu'elle soutiendra les pays dans toute une série de domaines tels que l'analyse épidémiologique, les estimations démographiques, les plans stratégiques nationaux, les études menées par des pairs du secteur de la santé. Sur la question de l'accord de partenariat conclu entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial, M. Loures a expliqué que la relation est centrée sur un dialogue intense et incessant avec le Fonds mondial, afin d'examiner comment le soutien technique peut être intensifié dans le cadre de la capacité des pays individuels.

103. Par rapport aux prises de décision mentionnées sous le présent point de l'ordre du jour, certains membres ont réitéré que la coopération technique est un vaste domaine, comprenant un éventail de perspectives, d'acteurs et de modalités à mettre en œuvre en fonction des différents contextes nationaux. Alors que la prise de décision relative à ce point de l'ordre du jour traite spécifiquement du nouveau modèle de financement, la recommandation a été émise que les futures réunions du Conseil doivent explorer la coopération technique de façon plus approfondie, afin de définir la collaboration de l'ONUSIDA dans des pays et des contextes qui ne peuvent pas bénéficier des ressources du Fonds mondial. La Délégation des ONG a de surcroît souligné le rôle crucial de la société civile dans la fourniture de services de soutien technique.

6. PROCHAINES RÉUNIONS DU CONSEIL

104. Le Conseil convient que les thèmes des 34^e et 35^e réunions du Conseil seront respectivement « Traitement des enjeux économiques et sociaux du VIH par le biais de la protection sociale » et « Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ».
105. Le Conseil a également accepté le report respectif des dates des 34^e et 36^e réunions du Conseil au 24-26 juin 2014 et au 30 juin-2 juillet 2015.

7. ÉLECTION DES MEMBRES DU BUREAU

106. Le Conseil a confirmé la nomination de l'Australie en tant que Président et a élu le Zimbabwe en tant que Vice-Président pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014.
107. Le Conseil a demandé au Président entrant de poursuivre les consultations en vue de proposer un rapporteur lors de la prochaine réunion du Conseil.

8. TOUT AUTRE TYPE D'OPÉRATION

108. Aucune autre opération n'a été présentée.

9. SEGMENT THÉMATIQUE : LE VIH, LES ADOLESCENTS ET LA JEUNESSE

109. Le segment thématique a été consacré au VIH, aux Adolescents et à la Jeunesse. Le programme de la journée et sa mise en œuvre ont été décidés par des jeunes. Les préparations liées au segment thématique ont été menées en collaboration avec le groupe de travail thématique composé d'États membres, de coparrains et de représentants de la délégation des ONG auprès du CCP. Pour ce segment, l'aménagement de la salle du Conseil a été modifié afin de permettre aux jeunes participants de s'engager aux côtés des membres

et de s'exprimer à partir des sièges qui leur ont été officiellement attribués. Sous le thème « Mettez-vous à ma place », un groupe de participants très diversifié s'est réuni pour discuter des problèmes liés à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH, et ce, considérés du point de vue des jeunes.

110. Cette configuration a facilité un dialogue franc, ouvert et animé qui a permis aux participants d'interagir avec le Conseil pour explorer des idées, partager des expériences et proposer des solutions, afin d'améliorer l'accès des jeunes aux programmes qualitatifs de lutte contre le VIH, ainsi qu'aux informations correctes et aux services appropriés leur permettant de se protéger et de vivre sainement.
111. Le thème du débat répond à une préoccupation majeure au sein de la riposte mondiale au SIDA. Il s'agit de veiller à ce que les jeunes ne soient pas de simples destinataires passifs des programmes, mais jouent un rôle fondamental dans leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation, afin que les services soient plus adaptés aux besoins spécifiques des jeunes et qu'ils incluent une éducation sexuelle complète.
112. Bien qu'une baisse de 32 % a été enregistrée dans le nombre estimé des nouvelles infections à VIH parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans, les jeunes doivent faire face à une crise émergente. Alors que le nombre des décès dus au SIDA a globalement diminué d'environ 30 % entre 2005 et 2012, des estimations suggèrent que le nombre de décès parmi les jeunes a augmenté de 50 %. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent de surcroît 39 % de toutes les nouvelles infections chez les adultes en 2012.
113. Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a ouvert la réunion en soulignant l'importance de ce thème, et du fait que la jeunesse est « le présent et le futur ». M. Sidibé a également souligné qu'une *génération sans SIDA* ne peut être réalisée que si les besoins des jeunes sont pris en compte. Sinon, les progrès réalisés pour éradiquer les nouvelles infections à VIH chez les enfants seront perdus et le risque d'infection à VIH serait simplement reporté à la deuxième décennie de vie.
114. Dans une session consacrée aux composants qui font d'après les jeunes le succès de la prévention du VIH, l'accent a été posé sur leurs besoins uniques en matière de prévention, incluant également ceux des jeunes populations clés. Les jeunes dirigeants ont partagé des bonnes pratiques au niveau national, incluant des services visant à réduire avec succès les risques auxquels sont exposées les jeunes femmes consommatrices de drogues injectables. De tels services permettent d'avoir accès à l'information et au soutien se rapportant à un éventail de questions dans des environnements sûrs, exempts de tout préjugé et jugement.
115. Un élément de succès majeur que l'on retrouve dans tous les programmes mis en évidence est la participation des jeunes à la conception du service. Les participants soulignent que ce n'est qu'en collaborant avec les jeunes que les services seront « adaptés à leurs besoins, fournis de la bonne manière, par les bons prestataires et dans les bons endroits ». Comme l'a expliqué un participant: « Nous connaissons le marché, parce que nous sommes le marché ».

116. Dans une discussion sur le dépistage du VIH, bon nombre de jeunes participants ont souligné la nécessité de changer les environnements sociaux et juridiques, qui agissent trop souvent comme une barrière empêchant les jeunes d'avoir accès au dépistage, au traitement et au soin du VIH, ainsi qu'aux informations et aux services liés à la prévention du VIH. Une autre barrière souvent évoquée par les participants est celle des lois et des politiques, qui obligent les adolescents à avoir l'autorisation de leurs parents ou de leur tuteur pour avoir accès au dépistage du VIH. Un dialogue animé a également eu lieu sur les difficultés et les solutions relatives à l'accès au traitement et sur la façon dont cet accès peut être intégré dans des services à l'écoute des jeunes, qui proposent des programmes de santé sexuelle et reproductive et qui encouragent l'observance du traitement, et qui accompagnent les adolescents et les jeunes dans le processus de divulgation de leur séropositivité au moment et à la personne de leur choix.
117. Dans le programme de développement pour l'après-2015, les jeunes étaient considérés comme de puissants agents capables de faire avancer les choses. Beaucoup de participants ont en effet remarqué que les organisations de jeunes sont plus organisées que jamais. La collaboration PACT, qui a été récemment établie dans 25 organisations au service des jeunes et dirigées par eux dans le cadre de la riposte au SIDA, en témoigne. ACT 2015 – une initiative menée par des jeunes qui vise à assurer la santé sexuelle et reproductive, ainsi que le respect des droits y afférents, et pour laquelle le VIH demeure une priorité dans le programme de l'après-2015 – a été cité en exemple de l'engagement effectif et efficace de la jeunesse dans le processus qui encourage les jeunes à s'organiser au niveau national, afin de pouvoir ainsi influencer les positions gouvernementales.
118. Vers la fin de la journée, les délégués de la jeunesse et les membres du Conseil étaient prêts à redoubler d'efforts pour faire en sorte que les jeunes disposent des outils et de l'espace nécessaires pour s'investir corps et âme dans la riposte au SIDA et pour jouer un rôle actif dans la réalisation de l'objectif visant à éradiquer le SIDA.

10. CLÔTURE DE LA RÉUNION

119. Le Président a clôturé la 33^e réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA.
120. La 33^e réunion du Conseil de l'ONUSIDA a abouti à des décisions, des recommandations et des conclusions (Annexe 2).

[Annexes à suivre]

Annexe 1



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

ONUSIDA/CCP (33)/13.14

Date de publication : 6 décembre 2013

TRENTE-TROISIÈME RÉUNION

DATE: 17-19 décembre 2013

LIEU: Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

HEURES : 09h00 - 12h30 | 14h00 - 18h00

Projet d'ordre du jour annoté

Mardi 17 décembre

1. Ouverture

1.1 Ouverture de la réunion et adoption de l'ordre du jour

La Présidence prononcera l'allocution d'ouverture de la 33^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.

1.2 Examen du rapport de la trente-deuxième réunion

Le rapport de la trente-deuxième réunion du Conseil de Coordination du Programme sera présenté au Conseil pour adoption.

Document : UNAIDS/PCB (32)/13.13

1.3 Rapport du Directeur exécutif

Le Conseil recevra un résumé écrit du rapport du Directeur exécutif.

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.15

1.4 Rapport du représentant des ONG

Le rapport du représentant des ONG soulignera les points de vue de la société civile sur la riposte mondiale au sida.

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.16

2. Leadership au sein de la riposte au sida

Un (des) orateur(s) de marque s'exprimera(ont) devant le Conseil sur un sujet d'intérêt actuel et stratégique.

3. Le point sur la riposte au sida dans le programme de développement pour l'après-2015

Le Conseil recevra un document faisant le point sur les progrès enregistrés à ce jour en termes de positionnement de la riposte au sida dans le programme de développement pour l'après-2015, y compris grâce aux travaux de la Commission -Lancet et de l'ONUSIDA: Vaincre le sida – Promouvoir la santé mondiale.

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.17 ; UNAIDS/PCB (33)/13.CRP1; UNAIDS/PCB (33)/13.CRP2; UNAIDS/PCB (33)/13.CRP3; UNAIDS/PCB (33)/13.CRP4

Mercredi 18 décembre

4. Utilisation stratégique des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH

Le Conseil recevra un rapport sur l'utilisation stratégique des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH.

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.18

5. Coordination de l'appui technique en matière de VIH dans un environnement en rapide évolution

Le Conseil recevra un rapport décrivant les progrès réalisés en matière de coordination de l'appui technique, conformément à sa demande exprimée lors de sa 30^{ème} réunion.

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.19

6. Prochaines réunions du Conseil de Coordination du Programme

Il sera demandé au Conseil d'approuver les thèmes des Segments thématiques des 34^{ème} et 35^{ème} réunions du Conseil de Coordination du Programme de juin et de décembre 2014.

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.20

7. Élection des responsables

Conformément aux procédures du Conseil de Coordination du Programme, le Conseil élira ses responsables pour 2014 et est prié d'approuver les nominations pour les délégués des ONG.

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.21

8. Autres questions

Jeudi 19 décembre

9. Segment thématique : Le VIH, les adolescents et les jeunes

Document : UNAIDS/PCB (33)/13.22

10. Clôture de la réunion

[Fin du document]

Annexe 2



33^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA Genève, Suisse 17-19 décembre 2013

Décisions, recommandations et conclusions

Le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA rappelle que l'action de l'ONUSIDA est à tous égards orientée par les principes directeurs suivants et qu'elle est donc :

- Alignée sur les priorités des parties prenantes nationales,
- Fondée sur la participation significative et mesurable de la société civile, en particulier des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH,
- Fondée sur les droits humains et sur l'égalité des sexes,
- Fondée sur les meilleures données scientifiques et connaissances techniques disponibles,
- Promotrice de ripostes complètes au sida qui intègrent la prévention, le traitement, les soins et l'appui, et
- Fondée sur le principe de non-discrimination.

Point 1.1 de l'ordre du jour : Ouverture de la réunion et adoption de l'ordre du jour

1. *Adopte* l'ordre du jour ;

Point 1.2 de l'ordre du jour : Examen du rapport de la trente-deuxième réunion

2. *Adopte* le rapport de la 32^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ;

Point 1.3 de l'ordre du jour : Rapport du Directeur exécutif

3. *Prend note* du rapport du Directeur exécutif ;

Point 1.4 de l'ordre du jour : Rapport du représentant des ONG

4. *Appelle* l'ONUSIDA, en collaboration avec les États membres et les partenaires, à :
 - a. *s'assurer* que toute mise en œuvre/orientation relative aux nouvelles technologies de prévention biomédicale repose sur la participation pleine

et significative des populations clés¹, en promouvant une observance éclairée et volontaire du traitement antirétroviral ;

- b. *s'assurer* que l'impact potentiel du traitement en tant que prévention – dont témoignent un nombre croissant d'éléments probants et la promotion d'une mise sous traitement antirétroviral aussi précoce que possible pour les personnes vivant avec le VIH – sera aligné sur le principe du traitement destiné d'abord et avant tout aux personnes vivant avec le VIH ;
- c. *intensifier* l'appui technique coordonné aux gouvernements, à la société civile et aux populations clés², l'ONUSIDA devant rendre compte périodiquement devant le Conseil de Coordination du Programme de l'amélioration de l'efficacité des interventions d'appui technique au niveau des pays ;
- d. *rendre compte*, lors du 35^{ème} Conseil de Coordination du Programme, des mesures concrètes prises pour réduire la stigmatisation et la discrimination sous toutes leurs formes, conformément aux déclarations politiques de haut niveau des Nations Unies de 2006 et de 2011, à la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2011-2015 et à toutes les décisions du Conseil de Coordination du Programme relatives à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;

Point 3 de l'ordre du jour : Le point sur la riposte au sida dans le programme de développement pour l'après-2015

- 5.1. *Accueille favorablement* le rapport actualisé sur la place de la riposte au sida dans le programme de développement pour l'après-2015 et *attend avec intérêt* de pouvoir débattre des conclusions et des recommandations de la Commission ONUSIDA-Lancet lors de sa prochaine réunion en juin 2014 ;
- 5.2. *Rappelle* les décisions du 32^{ème} Conseil de Coordination du Programme relatives à la riposte au sida dans le programme de développement pour l'après-2015 et *invite* l'Assemblée générale des Nations Unies à envisager l'organisation, en temps utile après 2015, d'une réunion de haut niveau sur le VIH, dans le cadre d'un effort stratégique plus large pour réaffirmer et renouveler les engagements politiques, et pour assurer la responsabilisation à l'égard de la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH après 2015 ;

¹ Telles que définies dans la stratégie de l'ONUSIDA pour 2011-2015 « *Objectif : Zéro* » : « Les populations clés, ou populations clés plus exposées au risque d'infection, sont des groupes plus susceptibles que d'autres d'être exposés au VIH ou de le transmettre, dont l'engagement est essentiel à une riposte au VIH efficace. Dans tous les pays, ces populations incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Toutefois, chaque pays devrait définir les populations clés spécifiques à son épidémie et une riposte basée sur le contexte épidémiologique et social. »

² *Ibid.*

Point 4 de l'ordre du jour : Utilisation stratégique des antirétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH

- 6.1 *Accueille favorablement* le document ;
- 6.2. *Demande* aux États membres :
- a. *de veiller* à ce que l'accélération de l'accès au traitement du VIH, en particulier pour les populations clés³ mais aussi pour les femmes, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH, y compris l'élimination des obstacles à l'accès au traitement, se fasse à tous les stades de la planification relative au VIH et à la santé, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation, ainsi que de la mobilisation des ressources, en particulier pour ce qui concerne le développement d'une démarche tenant compte des investissements, et de soutenir le déploiement du nouveau modèle de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et d'autres sources de financement ;
 - b. *d'appliquer* les lignes directrices consolidées de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, avec la participation active des personnes vivant avec le VIH et des populations clés⁴ ;
 - c. *de surveiller* la pharmaco-résistance du VIH conformément à la stratégie mondiale 2012 de l'OMS pour la surveillance et le suivi de cette pharmaco-résistance ;
 - d. *de continuer à œuvrer* en faveur de l'amplification de l'accès aux services VIH, notamment en renforçant les communautés et leur rôle au sein du système de santé concernant la promotion et le soutien de l'adhésion éclairée et volontaire au dépistage, au conseil, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, et la promotion de l'observance du traitement ;
 - e. *d'œuvrer* pour garantir la viabilité des ripostes nationales au sida en reconnaissant les principes de leadership des pays et d'appropriation par les pays grâce au renforcement de la responsabilité partagée, à un financement durable novateur pour satisfaire une demande croissante, au développement de partenariats stratégiques, au renforcement des systèmes de santé, notamment à travers l'intégration des services VIH, et à des démarches multisectorielles ;
 - f. *de veiller* à ce que les programmes visant à élargir l'accès au traitement du VIH soient pleinement intégrés aux stratégies nationales de santé et offrent des services VIH de qualité, à ce qu'ils améliorent la compréhension du traitement, à ce qu'ils soient volontaires et ne soient pas administrés sous la contrainte et à ce qu'ils respectent les droits humains des personnes vivant avec le VIH ;

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

- g. *de veiller* à ce que les programmes nationaux s'attaquent efficacement aux obstacles auxquels les enfants et les adolescents sont confrontés concernant le dépistage et le traitement du VIH ;

6.3. *Prie* le Programme commun :

- a. *de soutenir* les processus nationaux et internationaux actuellement menés par les pays et les institutions régionales en vue d'organiser des consultations nationales et régionales sur la définition de cibles nationales révisées pour parvenir à l'accès universel au traitement du VIH, en tenant compte de la nécessité de définir de nouveaux jalons et cibles pour la riposte au sida après 2015, et de produire un rapport lors d'une future réunion du Conseil de Coordination du Programme ;
- b. *de soutenir* l'application des lignes directrices consolidées de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH, avec la participation active des personnes vivant avec le VIH et des populations clés⁵ ;
- c. *d'aider* les pays à surveiller la pharmaco-résistance du VIH conformément à la stratégie mondiale 2012 de l'OMS pour la surveillance et le suivi de cette pharmaco-résistance ;
- d. *de soutenir* le renforcement des capacités des communautés dans l'exercice de leur rôle au sein du système de santé pour promouvoir et soutenir l'adhésion éclairée et volontaire au test, au conseil, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, et pour promouvoir l'observance du traitement ;
- e. *de continuer* à soutenir l'accès à des médicaments antirétroviraux abordables, de qualité, sûrs et efficaces et l'harmonisation des systèmes de réglementation des médicaments, ainsi que la fourniture d'un appui technique aux pays afin de maximiser l'utilisation des flexibilités prévues par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la Déclaration de Doha ;
- f. *d'aider* les pays à affronter efficacement et éliminer les obstacles auxquels les enfants et les adolescents sont confrontés, concernant le dépistage et le traitement du VIH ;
- g. *d'aider* les pays à affronter efficacement et éliminer les obstacles auxquels les populations clés⁶, les femmes et les filles sont confrontées, concernant le dépistage et le traitement du VIH ;

6.4. *Reconnaissant* que deux enfants sur trois n'ont pas accès au traitement :

- a. *demande* à l'ONUSIDA de préparer un document de travail et une analyse des lacunes concernant le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH pédiatrique, des objectifs spécifiques assortis de délais pour mettre tous les enfants vivant avec le VIH sous traitement ainsi

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

qu'une stratégie pour parvenir à ces résultats, en vue d'une présentation lors de la 35^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.

Point 5 de l'ordre du jour : Coordination de l'appui technique en matière de VIH dans un environnement en rapide évolution

- 7.1. *Accueille favorablement* le document sur la coordination de l'appui technique dans un environnement en rapide évolution ;
- 7.2. *Rappelle* qu'il échoit à l'ONUSIDA de coordonner l'appui technique entre tous les pays et régions ;
- 7.3. *Demande* à l'ONUSIDA, compte tenu de l'importance que revêt le déploiement du nouveau modèle de financement du Fonds mondial, de prendre les mesures nécessaires pour renforcer la cohérence et la coordination entre les entités bilatérales et multilatérales en charge de l'appui technique, en fonction du contexte et des besoins des pays, en particulier pour la mise en œuvre de ce modèle. Ce faisant, l'ONUSIDA devrait continuer d'assurer un appui technique dans les autres domaines où cela est nécessaire, en restant concentré sur la trentaine de pays prioritaires et en coopérant étroitement, dans le cadre de son mandat, avec les entités assurant l'appui technique pour la tuberculose et le paludisme mais aussi le renforcement des systèmes de santé, dans le respect du principe d'appropriation par les pays et de leadership des pays ;
- 7.4. *Demande* à l'ONUSIDA de produire un rapport sur l'accord de partenariat entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial et sur ses implications financières, y compris pour les unités d'appui technique de l'ONUSIDA, lors de la 34^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme ;

Point 6 de l'ordre du jour : Prochaines réunions du Conseil de Coordination du Programme

- 8.1. *Convient* que les thèmes des 34^{ème} et 35^{ème} réunions du Conseil de Coordination du Programme seront respectivement « Traitement des facteurs économiques et sociaux du VIH par le biais de la protection sociale » et « Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables » ;
- 8.2. *Accepte* de demander au Bureau du Conseil de Coordination du Programme de prendre en temps voulu les mesures appropriées pour s'assurer qu'une procédure régulière est suivie, autant que nécessaire, lors de l'appel à propositions pour les thèmes de la 37^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme ;
- 8.3. *Accepte* le report des dates des 34^{ème} et 36^{ème} réunions du Conseil de Coordination du Programme au 24-26 juin 2014 et au 30 juin-2 juillet 2015, respectivement ;
- 8.4. *Adopte* les dates des 38^{ème} (28-30 juin 2016) et 39^{ème} (6-8 décembre 2016) réunions du Conseil de Coordination du Programme ;

Point 7 de l'ordre du jour : Élection des Membres du Bureau

9. *Élit* l'Australie à la Présidence et le Zimbabwe à la Vice-présidence pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014 et approuve la composition de la délégation des ONG auprès du Conseil de Coordination du Programme.

[Fin du document]