

## **CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA**

ONUSIDA/CCP (35)/14.12  
Date de publication : 11 novembre 2014

### **TRENTE-QUATRIÈME RÉUNION**

**Date : 9 - 11 décembre 2014**

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

---

**Point 4 de l'ordre du jour**

**Suivi du segment thématique de la 34ème réunion du Conseil de coordination du Programme : traitement des facteurs économiques et sociaux du VIH par le biais de la protection sociale**

---

**Documents complémentaires pour ce point : Aucun**

**Action requise au cours de cette réunion - le Conseil de Coordination du Programme est invité à :**

*Voir les décisions dans les paragraphes ci-dessous*

54. Prendre note avec appréciation du rapport de synthèse de la session thématique du Conseil de Coordination du Programme sur le traitement des facteurs sociaux et économiques du VIH par le biais de la protection sociale;
55. Reconnaître la nécessité de renforcer l'action pour lutter contre les facteurs sociaux et économiques du VIH afin de réaliser l'objectif d'élimination du sida, et appeler l'ONUSIDA à faire le lien, à l'horizon post-2015, entre le VIH, l'éradication de la pauvreté extrême et des inégalités et la promotion des droits de l'homme, y compris le droit à la santé, la dignité et la protection sociale;
56. Encourager le Programme commun à travailler en collaboration, que soit par l'intermédiaire du Groupe de travail sur la protection sociale ou avec d'autres partenaires, pour :
  - a. Faciliter le dialogue au niveau des pays sur l'élimination du sida, de l'extrême pauvreté et des inégalités, et mener des évaluations sur le VIH et la protection sociale pour nourrir une nouvelle approche de la prise en compte généralisée du VIH dans différents secteurs, afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes exposées au VIH, vivant avec ce dernier ou encore touchées par celui-ci ;
  - b. Intensifier les programmes de protection sociale qui renforcent la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH, particulièrement dans le cas des programmes d'aide financière pour les jeunes femmes dans les pays à forte prévalence du VIH ;
  - c. Inviter les partenaires à formuler un agenda pour la recherche qui ouvre la voie à la prise en compte des facteurs sociaux et économiques du VIH et à la création de liens entre les mouvements visant à l'élimination du SIDA, de la pauvreté extrême et des inégalités ;
  - d. Développer les connaissances en matière de protection sociale chez les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les organisations de femmes, les jeunes et la société civile dans son ensemble pour améliorer l'accès aux services de protection sociale ;
  - e. Poursuivre le renforcement et la promotion des principes de Participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) dans les mesures de protection sociale, y compris la participation active des personnes vivant avec le VIH et autres populations affectées clés dans la définition des priorités et la mise en œuvre des programmes.

**Implications financières des décisions : Aucune**

## GÉNÉRALITÉS

1. Lors de sa 33<sup>ème</sup> réunion en décembre 2013, le Conseil de Coordination du Programme (CCP) a décidé que le sujet de la session thématique de la 34<sup>ème</sup> réunion du Conseil (1-3 juillet 2014) serait le « Traitement des facteurs économiques et sociaux du VIH par le biais de la protection sociale ». Ce thème s'appuie sur des sessions thématiques antérieures sur la prévention mixte du VIH (combinaison d'approches de prévention), l'égalité des sexes et la non-discrimination. Le Conseil de l'ONUSIDA a souligné que la riposte au sida partage de nombreux objectifs avec les efforts de protection sociale visant à mettre un terme à la pauvreté extrême et aux inégalités et à promouvoir une croissance économique inclusive.<sup>1</sup>
2. Le thème de la protection sociale et du VIH a fourni au Conseil l'occasion d'explorer la façon dont le Programme commun et les partenaires peuvent tirer parti du mouvement mondial vers une protection sociale pour tous, pour aider à combler les lacunes critiques des programmes de lutte contre VIH, et à promouvoir une inclusion et une participation accrues des personnes vivant avec le VIH ou affectées par celui-ci dans le programme de développement de l'horizon post-2015.
3. En mars 2014, à la demande du Bureau du Conseil de Coordination du Programme, le Secrétariat de l'ONUSIDA a lancé les préparatifs de la réunion thématique de la 34<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme en invitant les États membres, les Coparrainants, et les organisations de la société civile à participer au Groupe de travail. Les membres désignés du groupe de travail incluaient des représentants des États membres, des Coparrainants, des ONG du Conseil de Coordination du Programme, des personnes vivant avec le VIH ainsi des membres du Groupe de travail de l'ONUSIDA sur la protection sociale. Le Groupe de travail du Conseil de Coordination du Programme s'est réuni à quatre reprises entre le 4 avril 2014 et le 27 mai 2014.<sup>2</sup>
4. De plus, le Secrétariat de l'ONUSIDA a lancé un appel à contributions pour recueillir les meilleures pratiques nationales en matière de VIH, protection sociale, soins de soutien. Un modèle de document était fourni, demandant des informations sur les activités, les maîtres d'œuvre, le contenu, la portée, les sources de financement à grande échelle, et les résultats d'évaluation. Le Secrétariat a reçu 52 exemples de pays, 28 en provenance d'Afrique, neuf d'Asie et du Pacifique, sept d'Europe orientale et d'Asie centrale, trois d'Amérique latine, quatre d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, et une réponse transrégionale. Ces communications ont aidé le Secrétariat et le Groupe de travail à enrichir la Note de documentation et contribué à l'élaboration de l'ordre du jour et au choix des orateurs de la session thématique.<sup>345</sup>

---

<sup>1</sup> Voir Décisions, recommandations et conclusions de la 33<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA; disponible à l'adresse : <http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unaidsprogrammecoordinatingboard/pcbmeetingarchive/name,89934,fr.asp>

<sup>2</sup> Voir l'annexe A pour la liste des membres du Groupe de travail.

<sup>3</sup> Pour les documents relatifs au Segment thématique de la 34<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA voir :

<http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unaidsprogrammecoordinatingboard/upcomingmeetingofunaidspcb/>

<sup>4</sup> *Ibid*

<sup>5</sup> *Ibid*

5. Tout au long de ce processus de consultation, les membres du Groupe de travail du Conseil de Coordination du Programme ont demandé une session équilibrée qui informe le Conseil de Coordination du Programme des dernières avancées en matière de protection sociale, y compris sa capacité à soutenir à la fois les résultats immédiats dans la lutte contre le VIH et la transformation sociale à plus long terme, d'où sortiront des sociétés plus équitables et plus inclusives dans le monde entier.

## SEGMENT THÉMATIQUE DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME INTRODUCTION ET DISCOURS LIMINAIRES

6. Une journée entière a été consacrée à la session intitulée « Traitement des facteurs économiques et sociaux du VIH par le biais de la protection sociale », le 3 juillet 2014 à Genève, Suisse. Trois grands messages se sont dégagés des délibérations de la journée : les initiatives de protection sociale (notamment les aides financières) sont efficaces pour la prévention du VIH chez les jeunes femmes, en particulier en Afrique orientale et australe ; les programmes de protection sociale doivent prendre en compte le VIH pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus exposées au VIH ; et il est crucial d'investir dans les organisations et réseaux de personnes vivant avec le VIH et de personnes les plus affectées par le VIH pour leur permettre de participer à l'organisation des programmes de protection sociale, afin que personne ne soit laissé pour compte. L'ordre du jour de la journée a été divisé comme suit : Session 1: La protection sociale et le VIH : Les motivations financières sont-elles utiles dans la riposte au VIH ? Session 2 : l'Accès en action : expériences personnelles liées à la protection sociale et VIH, et session 3 : En finir avec le sida : personne ne sera laissé pour compte
7. Dans son allocution de bienvenue, M. Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a reconnu le discernement dont a fait preuve le Conseil en consacrant une session thématique à la protection sociale. Après avoir indiqué qu'agir sur les facteurs sociaux et économiques est crucial pour atteindre l'objectif mondial de l'ONUSIDA de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida, M. Sidibé a souligné que la protection sociale doit être au centre de la riposte actuelle au sida dans ses efforts pour garantir que personne ne soit laissé pour compte.
8. M. Sidibé a ajouté que des recherches commandées par l'Organisation internationale du Travail (OIT) indiquent qu'au Rwanda, parmi les personnes vivant avec le VIH et qui bénéficient d'une protection sociale, 95 % sont en mesure de conserver leur emploi, 99 % de leurs enfants restent à l'école, et 95 % continuent à accéder à la thérapie antirétrovirale. Il a attiré l'attention sur des données en provenance du Malawi et d'Afrique du Sud prouvant les effets positifs de la protection sociale sur la prévention du VIH. Il a également déclaré que la lutte contre la marginalisation socio-économique présente des avantages au-delà de la lutte contre le VIH et devra bénéficier du cofinancement de différents secteurs. La Banque mondiale, l'OIT et autres partenaires joueront un rôle critique dans les stratégies à venir de lutte contre le VIH et de protection sociale. M. Sidibé a reconnu l'importance du rôle joué par les groupes de la société civile dans l'obtention d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGA) sur le VIH/sida en 2016. Il a exhorté les États membres, les Coparrainants et la société civile à se préparer à donner une place importante à la protection sociale dans cette réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016, qui constituera une étape importante dans le paysage de développement pour l'après 2015.

9. Dans son allocution, M. Guy Ryder, Directeur général du BIT, a indiqué l'engagement de son organisation dans la lutte contre les facteurs économiques et sociaux du VIH, comme en témoigne la Recommandation 200 de l'OIT sur le VIH et le monde du travail en 2010 et la Recommandation 202 sur les socles de protection sociale en 2012. Il a souligné l'importance du lieu de travail dans la lutte contre le VIH, étant donné que les personnes vivant avec le VIH qui ont un emploi décent sont 39 % plus susceptibles d'observer leur thérapie antirétrovirale. Il a ajouté que des recherches menées par l'OIT dans quatre pays (Guatemala, Indonésie, Rwanda et Ukraine) indiquent que les programmes de protection sociale réduisent la vulnérabilité au VIH et améliorent la vie des personnes vivant avec le VIH. Il a signalé que, bien que les ripostes au VIH aient été axées sur la prévention et le traitement, les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées ont également des besoins plus généraux en termes de santé, d'éducation, d'emploi, de nutrition, de logement, de revenu et d'autres besoins de subsistance, et que répondre à ces besoins mutuellement liés permet la survie de ces populations dans la dignité.<sup>6</sup>
10. M. Ryder a cité de nombreux obstacles à une riposte plus efficace, notamment le manque de sensibilisation aux systèmes de protection sociale et les lacunes de la couverture sociale, puisque seulement 20 % des travailleurs dans le monde ont accès à une protection complète. Parmi les autres obstacles qu'il a identifiés figurent les critères d'éligibilité qui excluent beaucoup de personnes vivant avec le VIH (en particulier dans l'économie informelle), les obstacles bureaucratiques, les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination envers les populations clés et vulnérables, et l'opinion répandue chez les décideurs que la protection sociale est inabordable. Le Directeur général de l'OIT a indiqué qu'au fur et à mesure qu'un nombre croissant de mesures de protection sociale sont mises en œuvre, les données prouvant leur caractère abordable s'accumulent. « La protection sociale est un investissement qui porte ses fruits. Investir dans la protection sociale est bon pour votre population, bon pour votre économie, et s'avère moins coûteux que ne pas faire cet investissement ». Il a donné l'exemple de la collaboration entre le Fonds monétaire international (FMI) et l'OIT au Mozambique, qui a montré qu'avec une bonne identification du créneau fiscal et une bonne conception des programmes de protection sociale dirigés par le gouvernement, la protection sociale est abordable. Au nom de l'OIT, il a déclaré : « Nous allons garder le pied sur l'accélérateur jusqu'à ce que nous nous soyons arrivés au bout du chemin et que tout le monde ait accès à la protection sociale. »
11. Fournissant le point de vue d'une personne vivant avec le VIH, Mme Morolake Aderinoye Odetoyinbo du Nigeria, l'autre oratrice d'honneur, a rappelé la nécessité de l'accès de tous à l'éducation à l'emploi et à l'assurance maladie, indépendamment du statut VIH ou de la nationalité de la personne. Elle a souligné le manque d'opportunités d'emploi pour les personnes vivant avec le VIH. Elle a expliqué que les personnes vivant avec le VIH font souvent du bénévolat, mais sont écartées lorsque se présentent des opportunités d'emploi rémunéré à cause de leur manque de qualification formelle. Elle a souligné que les régimes d'assurance maladie dans de nombreux pays excluent les personnes vivant avec le VIH et que trop de personnes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale ne sont pas suffisamment informées de son importance. Mme Odetoyinbo, venue aux États-Unis d'Amérique pour poursuivre ses études, a expliqué les obstacles qu'elle a rencontrés

---

<sup>6</sup> Voir OIT 2014. Access to and Effects of Social Protection on Workers living with HIV and their Households: An Analytical Report. (Accès à et effets de la protection sociale sur les travailleurs vivant avec le VIH et leurs ménages : rapport analytique)  
[http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS\\_248447/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_248447/lang--en/index.htm).

dans l'accès aux services sociaux essentiels. Elle a plaidé pour un renforcement des efforts déployés pour répondre aux besoins des migrants vivant avec le VIH et aux besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH et pour les lutter contre les lois homophobes et la stigmatisation sociale liée au VIH. Elle a conclu en affirmant que la protection sociale ne relève pas de la charité mais de la justice sociale, et a exhorté les décideurs politiques à lutter contre la pauvreté et les inégalités et à s'assurer que personne n'est laissé pour compte dans la riposte au sida.

## RÉSUMÉ DES DÉBATS DE LA 34ÈME SESSION THÉMATIQUE DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME SUR LE TRAITEMENT DES FACTEURS ÉCONOMIQUES ET SOCIAUX DU VIH PAR LE BIAIS DE LA PROTECTION SOCIALE

12. Après la séance d'ouverture officielle, Mme Catherine Sozi, Directrice de l'ONUSIDA pour la Chine, a été nommée modératrice pour les délibérations de cette journée thématique. Mme Sozi a décrit cette journée comme l'aboutissement du travail de l'ONUSIDA et ses partenaires dans les pays, les régions et au siège, ainsi que dans le Groupe de travail thématique du Conseil de Coordination du Programme sur l'élimination du sida, de la pauvreté et ses inégalités.

### **I. La protection sociale et le VIH : Les motivations financières sont-elles utiles dans la riposte au VIH ?**

13. M. David Wilson, Directeur du Programme mondial de lutte contre le VIH/sida à la Banque mondiale, a indiqué qu'un quart de la population mondiale vit avec moins de 1,25 USD par jour.

14. Il a ajouté que dans le monde plus de 1 milliard de personnes dans 146 pays bénéficient de programmes de protection sociale, qui ont connu leur expansion la plus rapide en Afrique, où le nombre de pays concernés est passé de 21 en 2009 à 37 en 2013, et que le mouvement se poursuit. Cependant, les deux tiers des personnes qui vivent avec 1,25 USD par jour ne bénéficient pas des programmes de protection sociale, a-t-il précisé.

15. M. Wilson a poursuivi en indiquant que la Banque mondiale est le principal bailleur de fonds de la protection sociale. En 2013, elle a dépensé 12 milliards de USD pour la protection sociale dans 93 pays pour financer un large éventail d'aides, sous forme financière ou non, des travaux publics, des microcrédits et des programmes de génération de revenus et des programmes de soutien alimentaire et nutritionnel, d'assistance technique et de renforcement des institutions. Il a cité 53 évaluations d'impact au cours de deux dernières décennies démontrant les divers avantages des programmes d'aide financière sur la santé, l'éducation et les revenus tout au long de la vie, et ajouté que la modélisation indique que chaque dollar investi dans la protection sociale produit trois dollars de retombées économiques. Il existe, a-t-il précisé, des preuves écrasantes des effets bénéfiques pour la santé et des avantages économiques et sociaux d'une protection sociale bien conçue, mais dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les gouvernements ne consacrent que 1,6 % du PIB à la protection sociale, « souvent beaucoup moins que les dépenses en subventions aux carburants ». Il a également expliqué que trois essais contrôlés randomisés, qui utilisaient des critères d'évaluation biologiques, ont non seulement montré l'efficacité des programmes d'alimentation scolaire et d'aides financières dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration des résultats sanitaires non liés au VIH, mais ont également prouvé que les aides financières réduisent la transmission du VIH. M. Wilson a affirmé qu'en Tanzanie, des individus ayant perçu jusqu'à

60 USD chacun pour éviter les infections sexuellement transmissibles (IST) avaient une prévalence des IST inférieures de 25 % ; au Malawi, une aide financière combinée de 15 USD versée à des jeunes femmes et aux chefs de famille pour s'assurer que les jeunes restent à l'école a réduit de 60 % les nouvelles infections à VIH, indépendamment du fait que les jeunes femmes soient restées scolarisées ou non ; enfin, au Lesotho, des adultes ayant bénéficié de la possibilité de participer à une loterie pour gagner 50 USD ou 100 USD tous les quatre mois à condition de rester séronégatifs ont connu une incidence du VIH 25 % plus faible, voire 33 % chez les jeunes femmes. Bien que des questions restent sans réponses sur la durabilité des avantages et l'extensibilité des aides financières, M. Wilson a conclu qu'il existe des preuves suffisantes pour justifier l'extension de ces programmes. La Banque mondiale organise actuellement une série de réunions afin d'étudier la meilleure façon de poursuivre les programmes sur le VIH et la protection sociale.

16. L'intervention du Dr Lucie Cluver, professeur associé à l'Université d'Oxford a porté sur la façon dont les aides financières gouvernementales et les programmes associant les versements d'espèces et les soins (« cash and care ») réduisent le risque d'infection et la vulnérabilité au VIH. Au cours de trois études menées en Afrique du Sud et publiées dans des revues internationales, le Dr Cluver et ses collègues ont établi les résultats suivants : la probabilité qu'une adolescente qui n'est pas victime de violence physique ou psychologique et qui ne souffre pas de la faim ait recours au sexe comme moyen de subsistance est de 0,9 %, contre 57 % pour une fille qui connaît tous les problèmes indiqués. De même, la probabilité que cette adolescente ait des relations sexuelles avec une personne qui n'est pas du même âge est réduite de 70 %. Le Dr Cluver a déclaré que, si les aides financières n'empêchent pas les jeunes d'avoir des comportements sexuels à risque, par exemple en ayant des partenaires multiples, ils permettent de s'assurer que les jeunes prennent de meilleures décisions dans le choix de leurs partenaires sexuels, qu'ils choisissent souvent plus jeunes.
17. Le Dr Cluver a ajouté que les aides financières seules réduisent considérablement les chances de comportements sexuels à risque (de 40 %) chez les adolescentes, mais pas chez les adolescents. Cependant, lorsque les aides financières sont associées à des soins et un soutien psychologiques (programmes « cash and care »), les comportements à risque des garçons sont réduits de 50 %, comme ceux des filles, a-t-elle expliqué. Le Dr Cluver a ajouté que les indicateurs de comportements à risque (qui incluent la faim, la maltraitance, la vie dans des zones d'implantation précaires, la violence communautaire et les cas d'infections à VIH dans la famille) entraînent des facteurs psychosociaux comme le stress et les problèmes de santé mentale qui à leur tour conduisent à des comportements augmentant le risque d'infection à VIH. C'est parmi les adolescents les plus défavorisés d'un point de vue structurel et psychosocial, a-t-elle affirmé, que ces programmes « cash and care » produisent les meilleurs résultats. Au-delà de leur effet sur les comportements à risque pour le VIH, les programmes de protection sociale augmentent également l'observance du traitement du VIH, et l'association des soins et d'une aide financière entraîne une amélioration de 80 % des taux d'observance des adolescents, a indiqué le Dr Cluver. Elle en a conclu que les aides financières ont démontré leur efficacité sur l'amélioration de la prévention et le traitement du VIH.
18. Prenant la parole au nom des jeunes, Mme Noxolo Leo Myeketsi, de Cape Town, Afrique du Sud, a donné un exemple personnel du rôle de la protection sociale dans le développement humain au sens large, y compris dans la réduction des comportements augmentant le risque d'infection à VIH. Mme Myeketsi a décrit comment une aide financière pour enfant versée à sa grand-mère a aidé à subvenir

à ses besoins fondamentaux, tels que les dépenses scolaires, le transport et la nourriture, lui permettant d'éviter d'avoir recours au sexe comme moyen de subsistance, ou d'avoir des relations sexuelles avec des personnes d'âge différent ou intergénérationnelles. Elle a ajouté en conclusion qu'elle poursuit actuellement ses études à l'Université de Cape Town, et que ce choix n'aurait pas été possible sans l'aide versée à sa grand-mère. « Je crois que sans le secours de cette aide, je n'aurais pas été en mesure de prendre des décisions saines dans ma vie. Peut-être aurai-je fini par me faire entretenir par un homme plus âgé, comme d'autres filles près de chez moi, et aurai-je contracté le VIH », a-t-elle indiqué.

19. Dans sa présentation, l'Ambassadrice Deborah Birx, Coordinatrice pour les États-Unis de la lutte internationale contre le sida, a centré son intervention sur le rôle des groupes d'épargne dans le renforcement économique. Elle a déclaré que les groupes d'épargne aident les femmes à mieux gérer leur argent et à avoir accès aux services financiers de base là où il n'y a pas de banques et là où les prêts sont trop chers, tout en renforçant les filets de sécurité sociale. Elle a ajouté que ces groupes d'épargne reprennent des pratiques traditionnelles courantes dans presque tous les pays dans lesquels intervient le Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida (PEPFAR) (par exemple, les stockvelts en Afrique australe ou les tontines en Afrique de l'Ouest), ce qui les rend faciles à comprendre, à accepter, et à faire fonctionner. L'ambassadrice Birx a ajouté que les groupes d'épargne se révèlent être un système peu coûteux, extensible et auto-entretenu apprécié des bénéficiaires et sont importants pour atteindre l'objectif d'une génération sans sida - en particulier en présence d'autres interventions complémentaires. Elle a donné un aperçu des investissements du PEPFAR dans les groupes d'épargne de plus de 15 pays qui ont contribué à la mise en place de plus de 13 000 de ces groupes avec plus d'un quart de million de bénéficiaires. Les membres ont épargné plus de 6,5 millions USD. Ils font différents usages de leur épargne, mais le plus souvent ils l'investissent dans les soins et le bien-être d'environ 1 million d'enfants dans leurs familles, a-t-elle indiqué.
20. L'ambassadrice Birx a attiré l'attention sur des programmes soutenus par le PEPFAR au Rwanda, en Éthiopie et en Côte d'Ivoire qui ont donné des résultats tangibles grâce à l'épargne. Elle a affirmé qu'au Rwanda 97 % des orphelins et enfants vulnérables continuent d'être inscrits à l'école, même après être sortis du programme, que 88 % ont une assurance-maladie payée par la famille et que 85 % restent dans le programme et affichent des niveaux élevés de bien-être psychosocial ; en Éthiopie, des groupes d'épargne soutenus par le Programme alimentaire mondial (PAM) et le PEPFAR parmi les personnes vivant avec le VIH ont permis une observance de 97 % du traitement antirétroviral contre 84 % dans un groupe témoin. En Côte d'Ivoire, les groupes d'épargne sont associés à une réduction de la violence conjugale. Elle a affirmé en conclusion que le PEPFAR renforce son soutien aux aides financières pour les orphelins et les enfants vulnérables et suit avec un vif intérêt les débats sur la protection sociale, y compris les aides financières pour la riposte au sida.

### **Interventions de la salle**

21. Les interventions du groupe ont été bien accueillies et ont généré de longs débats parmi les membres du Conseil d'administration. Différents points ont été évoqués pour étayer l'affirmation selon laquelle les interventions de protection sociale sont efficaces, abordables et doivent être associées à des programmes complémentaires pour réduire les inégalités, promouvoir les droits de l'homme et la santé, réduire la pauvreté et promouvoir la sécurité alimentaire.

22. Il a été noté que l'Afrique du Sud possède l'un des systèmes de protection sociale les plus étendus de tous les pays à revenu intermédiaire. Seize millions de Sud-Africains reçoivent actuellement des allocations sociales et le gouvernement sud-africain consacre 3 % de son produit intérieur brut (PIB) à la protection sociale. La Suisse a évoqué le programme de protection sociale qu'elle soutient en Tanzanie et qui s'adresse aux personnes âgées qui souvent sont marginalisées et laissées de côté par les services d'atténuation des effets du VIH. Ce travail a permis d'observer que les programmes de pension ont un impact significatif sur l'amélioration de la dignité des personnes âgées et des soins aux orphelins et aux personnes vulnérables. La Tanzanie a évoqué l'extension des aides financières pour les ménages extrêmement pauvres avec des femmes enceintes, et les enseignements partagés sur l'importance de la coordination et de l'inclusion des adolescents dans le processus de planification des programmes de protection sociale. Le Rwanda a présenté son approche globale de la protection sociale tenant compte du VIH, qui a pour objectif d'assurer un accès universel à l'éducation, la santé, la nourriture, le logement et le soutien psychosocial. Il a manifesté son inquiétude face à la nécessité de trouver de nouvelles ressources pour maintenir les programmes qui ont contribué à la réduction de 60 % des nouvelles infections à VIH dans le pays.
23. Le PAM a noté que les avantages potentiels de la protection sociale prenant en compte le VIH ne pourront pas être atteints sans une meilleure coordination entre les systèmes gouvernementaux et les acteurs non gouvernementaux, entre les systèmes de santé, les systèmes alimentaires et les autres secteurs, et sans une étude plus approfondie de la façon dont la pauvreté influence conjointement tous ces domaines. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a également souligné la nécessité de mieux intégrer les systèmes, en l'occurrence les services de dépistage du VIH pour les enfants et les adolescents. L'UNICEF a mentionné son travail de soutien aux pays dans le domaine de la protection sociale et du renforcement des systèmes communautaires. Parlant au nom de son groupe au Conseil de Coordination du Programme, la France a affirmé l'importance d'une approche multidisciplinaire de la protection sociale et du VIH. Le Royaume-Uni a présenté ses travaux de recherche sur les facteurs économiques et sociaux de la vulnérabilité au VIH qui sont affectés par la protection sociale, y compris un investissement de 6 millions de livres sterling dans le programme STRIVE, un consortium de six organisations qui mènent des recherches sur les facteurs structurels du VIH au sein de l'École de santé publique et de médecine tropicale de Londres.
24. L'ambassadrice Bix a précisé que la ré-autorisation de 10 % dans le PEPFAR ne signifie pas la disparition des ressources des programmes de protection sociale pour les enfants, mais est plutôt un signal aux partenaires de la nécessité d'accroître la gamme de services, y compris l'accès au traitement antirétroviral qui devrait être disponible pour les orphelins et les enfants vulnérables. L'intervention du Maroc a souligné que les pays à revenu intermédiaire sont souvent exclus des programmes de protection sociale et d'aide financière parce qu'ils ne sont pas perçus comme « pauvres ». Il a été souligné par les interventions du Maroc et du représentant pour l'Amérique latine de la délégation des ONG au Conseil de Coordination du Programme que la pauvreté et les inégalités existent dans tous les pays, et que les plus touchés par le VIH sont généralement les populations pauvres et marginalisées.
25. Mme Noxolo Myeketsi a exhorté les pays à motiver les jeunes à recourir aux services de prévention et de traitement du VIH. Elle a souligné la valeur des stratégies entre pairs. Le Dr Cluver a recommandé de « suivre les preuves », et souligné la quantité d'expérience accumulée sur la façon d'adapter et de déployer des programmes associant l'aide et les soins dans les pays africains. « Des

centaines d'adolescents sont infectés chaque jour. Nous n'avons pas le temps d'attendre. Nous devons agir », a-t-elle affirmé. M. Wilson a renforcé cet appel, en faisant remarquer que les jeunes d'Afrique du Sud représentent 25 % des nouvelles infections à VIH et que la protection sociale, et en particulier les aides financières, a démontré une efficacité spectaculaire dans ce groupe démographique crucial. Il a exhorté le Programme commun de l'ONUSIDA à concrétiser cette stratégie d'action en collaboration avec les gouvernements. Le Dr Bix a reconnu que les aides financières pouvaient être ajoutées au traitement à des fins préventives et à la circoncision médicale masculine en tant que stratégie de prévention du VIH fondée sur des preuves. Il reste à voir, a-t-elle ajouté, combien de pays incluront la protection sociale dans la prochaine série de propositions des pays au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et au PEPFAR.

26. En conclusion, le Dr Luiz Loures, Directeur exécutif adjoint de l'ONUSIDA, a fait remarquer que la session du matin avait présenté une nouvelle vision de la puissance et la faisabilité des programmes de protection sociale dans le contexte du VIH. Il a souligné que les gouvernements de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire pensent que la protection sociale est inabordable ; toutefois, les présentations des sessions de l'OIT, du FMI et de la Banque mondiale incluent des estimations selon lesquelles une couverture nationale de protection sociale de base nécessite seulement un investissement de 2 à 3 % du PIB. L'Afrique investit 3 % des ressources gouvernementales dans l'aide sociale, a-t-il fait remarquer. Il a félicité la session pour avoir su rassembler les données et les recherches de différentes provenances afin de mieux comprendre comment les stratégies de protection sociale affectent le VIH, et suggéré la nécessité d'une recherche centralisée et coordonnée de données probantes « pour répondre aux défis d'aujourd'hui. »

## **II. L'Accès en action : Expériences personnelles liées à la protection sociale et VIH**

27. Mme Catherine Sozi a présenté le groupe suivant qui avait concentré ses efforts sur la meilleure façon de faire prendre en compte le VIH par les programmes de protection sociale, afin de lutter contre le VIH et de répondre aux besoins multiples des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des populations les plus vulnérables au VIH. Elle a ensuite cédé la parole aux orateurs du groupe.
28. C'est le Dr Mehdi Karkouri, de l'Association de Lutte contre le SIDA au Maroc, qui s'est exprimé le premier. Il a décrit l'épidémie concentrée de VIH au Maroc, y compris les obstacles à l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH que rencontrent les populations clés, qui sont généralement aussi des populations pauvres et marginalisées. Il a souligné combien il est difficile pour les personnes vivant avec le VIH d'obtenir rapidement des rendez-vous pour les tests de diagnostic en raison de l'éloignement des services liés au VIH, de la pauvreté, de la stigmatisation liée au VIH et de la complexité des services sociaux. Le Dr Karkouri a expliqué comment son programme utilise le financement du Fonds mondial pour recruter des travailleurs sociaux pour aider les personnes vivant avec le VIH. Le soutien fourni inclut de l'aide pour trouver les services de diagnostic et de traitement dans le dédale des multiples systèmes de santé et services sociaux, le remboursement des frais de transport pour les rendez-vous médicaux, ainsi que la satisfaction des besoins fondamentaux (nourriture, vêtements hébergement temporaire, etc.) des personnes dont le lieu de résidence est très éloigné des établissements de santé. Il a conclu en expliquant que parce que le programme répond aux besoins en matière de santé et aux autres besoins des personnes vivant

avec le VIH, le programme parvient à maintenir, voire améliorer, l'observance du traitement du VIH.

29. Le Dr Pornpet Panjapiyakul, du ministère thaïlandais de la Santé a décrit comment la Thaïlande a pris des mesures pour assurer aux travailleurs migrants l'accès à la sécurité sociale aux soins de santé. Il a précisé que les migrants sont trois millions en Thaïlande, dont 1,8 million de sans-papiers, avant d'ajouter qu'ils représentent 2700 des 460 000 habitants du pays vivant avec le VIH. Grâce à un nouveau processus qui permet aux migrants d'obtenir des documents d'identité nationaux, les migrants et leurs familles ont maintenant accès aux soins de santé essentiels, y compris la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH, a expliqué le Dr Panjapiyakul. Il a ensuite précisé que le système d'assurance maladie prévoit une prime de 356 Bhat (11 USD) par an pour les enfants et 2 800 Bhat (90 USD) par an pour les adultes. Il a enfin indiqué que 140 000 migrants, parmi lesquels des personnes vivant avec le VIH, sont à l'heure actuelle couverts par le système, qui deviendra autosuffisant lorsque le nombre de participants atteindra 200 000.
30. M. Charles King, Directeur exécutif d'une organisation non gouvernementale new-yorkaise nommée Housing Works, a décrit comment son organisation a travaillé à surmonter les effets de l'absence de logement et de la toxicomanie sur la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH. Il a décrit le lien entre le fait d'être sans-abri et le VIH, en expliquant qu'il existe des preuves démontrant que la mauvaise qualité des soins de santé, l'importance de la charge virale, et la plus grande fréquence des décès liés au VIH sont liées au fait d'être sans abri, à l'instabilité du logement et aux mauvaises conditions de vie. Lors du récent épisode épidémique de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables en Grèce, a expliqué M. King, les sans-abris étaient 2,3 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les consommateurs de drogues injectables qui avaient un toit. Le logement en lui-même, a-t-il poursuivi, est déjà une forme d'aide pour les consommateurs de drogues injectables. Parmi les personnes qui vivent dans le programme de logements collectifs de Housing Works, on constate une suppression de la charge virale chez plus de 65 %, et environ les deux tiers ont interrompu ou réduit leur consommation de drogues, a expliqué M. King. Il a également déclaré que le programme de logement de l'organisation facilite l'accès à la réduction volontaire des risques, aux services de santé mentale, à la formation professionnelle et aux opportunités d'emploi. M. King a demandé un plus grand soutien financier pour le logement et l'accès à davantage d'opportunités d'emploi pour les personnes sans-abri, car c'est une mesure essentielle dans le traitement des facteurs sociaux et économiques du VIH.
31. M. Krishan Ballabh Agarwal, secrétaire adjoint du Département de lutte contre le sida, ministère de la Santé et de la Famille du gouvernement indien, a expliqué que la protection sociale est un droit pour tous les citoyens indiens et est assurée par différentes structures et organisations nationales, provinciales et locales. Il a décrit comment la riposte nationale au sida a poursuivi une stratégie visant à prendre en compte le VIH dans ce système complexe de protection sociale, modifié certains programmes généraux de protection sociale (par exemple en abaissant de l'âge du droit à percevoir une pension pour les veuves), inscrit explicitement les personnes vivant avec le VIH dans la liste des bénéficiaires de programmes dont elles n'étaient pas explicitement exclues, mais qui les ignoraient parfois, et mis en place des services spécifiques au VIH, comme le remboursement des déplacements pour les services de traitement antirétroviral et la gratuité du dépistage et du traitement du VIH dans tout le pays. Ces mesures ont eu pour conséquence la modification de 35 régimes de protection sociale, au niveau des États comme au niveau fédéral, pour

inclure les personnes vivant avec le VIH. En décembre 2013, plus de 600 000 personnes vivant avec le VIH avaient accès à des régimes de protection sociale qui comprenaient, entre autres, des remboursements de frais de transport et des subventions pour les personnes se déplaçant pour un traitement antirétroviral, y compris une compensation pour les salaires perdus à cause des rendez-vous médicaux, des garanties d'emploi, des régimes de pension pour les veuves, des logements subventionnés et une assurance médicale. Il a ajouté qu'un système de cartes de sécurité sociale a été développé et qu'elles servent à accéder aux programmes de protection sociale. Ces services, a-t-il expliqué, sont durables parce qu'ils sont financés par des budgets nationaux qui sont protégés par des dispositions légales. Il a précisé que les personnes vivant avec le VIH ont reçu pour plus de 15 millions de USD en allocations de la part des programmes de protection sociale en place qui ne relèvent pas des ressources affectées à la lutte contre le VIH. En conclusion, il a affirmé que pour répondre aux besoins de la riposte au sida au sens large, la protection sociale doit à la fois traiter spécifiquement le VIH et prendre en compte ses conséquences.

32. Mme Maureen Owino, du comité canadien pour l'accessibilité du traitement du sida (CAAT, Committee for Accessible AIDS Treatment) à Toronto, Canada, a décrit les défis auxquels sont confrontés les migrants dans l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH. Elle a expliqué que la peur de la déportation est l'obstacle le plus important à l'accès aux services liés au VIH pour les migrants. Les autres obstacles incluent des difficultés à comprendre le processus de migration, le manque de conseils adaptés à la culture des migrants et les aspects multiples de la vulnérabilité, a ajouté Mme Owino. Elle a également expliqué que nombre croissant de migrants accusés de transmission criminelle du VIH au Canada était un autre obstacle à l'accès aux services liés au VIH pour les migrants. Le CAAT a été créé en 1999 et est géré par des personnes vivant avec le VIH, y compris les migrants.

### **Interventions de la salle**

33. Plusieurs interventions de la salle ont exprimé chaleureusement leur appréciation des efforts de l'ONUSIDA pour placer la protection sociale au cœur du débat sur le sida. L'Iran a approuvé les exemples du Maroc, et a partagé son expérience des clubs de personnes séropositives, qui apportent un soutien économique et social à plus de 5 000 personnes vivant avec le VIH et aux membres de leur famille, grâce à un financement national du secteur privé et des fondations. Les intervenants ont plaidé pour que des efforts soient déployés afin de développer le soutien psychosocial et de soutenir les groupes de personnes vivant avec le VIH, pour veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte dans la couverture sociale. Il a été souligné que l'ONUSIDA devrait diriger les efforts pour expérimenter et mettre au point de nouvelles solutions afin d'augmenter la résilience des personnes et communautés les plus affectées (parmi lesquelles les sans-abris), inclure la protection sociale à l'horizon post-2015 et établir un argumentaire économique solide pour convaincre les ministres des Finances et autres décideurs d'investir dans la lutte contre le VIH et la protection sociale. Les intervenants ont également appelé le Conseil de Coordination du Programme à plaider pour des « programme[s] dont vous voudriez pour votre sœur ou votre frère... qui soient une véritable expression de solidarité. » C'est seulement alors, a-t-il été souligné, que la protection sociale prendrait vraiment en compte le sida et répondrait efficacement aux besoins, liés au VIH ou non, des personnes vivant avec le VIH et des personnes les plus vulnérables.

### III. En finir avec le sida : personne ne sera laissé pour compte

34. La dernière séance a porté sur les expériences des populations clés et la nécessité d'une transformation sociale. Les orateurs du groupe ont été délibérément placés au centre de la pièce pour démontrer la mise en pratique du principe GIPA (Participation accrue des personnes vivant avec le VIH) et la nécessité de placer les personnes plus touchées au centre de la riposte au sida. La session a examiné comment l'investissement dans l'autonomisation des organisations de populations clés et de personnes les plus affectées par le VIH s'avère crucial dans les efforts gouvernementaux pour que personne ne soit laissé pour compte.
35. M. Andrés Scagliola, du ministère du Développement social uruguayen, a décrit les efforts de son pays pour répondre aux besoins des personnes transgenres. Il a expliqué que les personnes transgenres en Uruguay sont pauvres et ont une espérance de vie de 40 à 45 ans, contre plus de 79 ans dans la population générale. La prévalence du VIH chez les personnes transgenres en Uruguay, a-t-il précisé, est estimée à 29 % contre 0,7 % dans la population générale. Il a ajouté que les personnes transgenres en Uruguay ont des difficultés pour accéder au traitement du VIH et pour l'observance de celui-ci, à cause de la centralisation des services liés au VIH loin de leurs lieux de résidence. De plus, a-t-il précisé, les personnes transgenres utilisent la thérapie hormonale et les injections de silicone pour changer leur corps sans surveillance médicale, ce qui peut interagir négativement avec le traitement du VIH.
36. M. Scagliola a expliqué que la carte de sécurité sociale uruguayenne a servi de point d'entrée au système général de sécurité sociale pour les familles à faible revenu. La carte de sécurité sociale comprend une aide financière inconditionnelle d'un montant de 33 USD par mois pour les ménages pauvres. En 2012, les personnes transgenres ont été incluses dans le programme. En 2014, au moins 1088 personnes transgenres ont obtenu la carte. M. Scagliola a ajouté que la carte a permis l'accès des personnes transgenres à toute une série de services sociaux, y compris des aides financières inconditionnelles et des services liés à la santé, l'éducation et l'emploi. Il a affirmé le droit et la dignité de tous, y compris les personnes transgenres, et a demandé le soutien de l'ONUSIDA pour évaluer l'impact du projet sur la réduction de la vulnérabilité au VIH des personnes transgenres.
37. Mme Penninah Mwangi, Directrice du Programme d'autonomisation et de soutien des hôtesses de bar (BESP) à Nairobi, au Kenya se décrit elle-même comme professionnelle du sexe et membre fondateur de BESP, une organisation créée en 1999 et gérée par les professionnel(le)s du sexe et les hôtesses de bar. Elle a expliqué que le BESP est apparu en réaction au niveau élevé de violence sexuelle et physique subie par les professionnel(le)s du sexe, de la part de leurs clients et des forces de police, et au nombre élevé de professionnel(le)s du sexe qui mouraient de maladies liées au sida. Son organisation a formé les professionnel(le)s du sexe à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH ainsi qu'aux droits de l'homme. Depuis sa création, l'organisation a aidé à la constitution de plus de 30 réseaux de professionnel(le)s du sexe et à la formation de 600 professionnel(le)s du sexe en tant qu'aides juridiques et pairs éducateurs. L'organisation a permis à plus de 1 000 professionnel(le)s du sexe et 400 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de bénéficier de services incluant l'accès aux préservatifs, la prophylaxie post-exposition (PEP), la prophylaxie pré-exposition (PrEP), le traitement antirétroviral et le diagnostic et le traitement des IST.

38. Mme Mwangi a expliqué que le BESP a permis de libérer sous caution 400 professionnel(le)s du sexe en garde à vue et de porter devant les tribunaux 70 cas de professionnel(le)s du sexe arrêté(e)s par la police sous diverses accusations et a remporté 10 de ces affaires. Elle a souligné le manque d'accès des professionnel(le)s du sexe aux prêts et aux facilités de microcrédit, même lorsque les professionnel(le)s du sexe gagnent suffisamment pour pouvoir rembourser les prêts. Elle a souligné que les professionnel(le)s du sexe ont droit à la garde de leurs enfants et le droit de continuer leur activité de professionnel(le)s du sexe. Mme Mwangi a conclu en plaidant pour un soutien financier pour aider les organisations de professionnel(le)s du sexe à co-organiser et fournir des services liés au VIH et éliminer la violence et le harcèlement subis par les professionnel(le)s du sexe.
39. M. Derrick Malumo, de Zambie, est un ancien détenu libéré en 2013. Il a expliqué qu'avec le soutien, entre autres, de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et de l'ONUSIDA, le gouvernement de Zambie propose maintenant des services pour les détenus et les anciens détenus vivant avec le VIH. Toutefois, il a souligné qu'assurer la continuité de l'accès aux services sociaux pour les détenus libérés dans la communauté, y compris le traitement du VIH et les services liés à l'emploi et au logement, reste très difficile, et a ajouté que les détenus libérés se retrouvent sans-abri et manquent d'opportunités économiques. Il a indiqué qu'en 2008 le Président zambien a gracié 2 000 détenus, mais qu'en 2014, plus de 800 d'entre eux étaient de retour en prison pour de nouveaux crimes parce qu'ils ne pouvaient pas facilement réintégrer la société. Il a appelé à un accès accru aux services sociaux pour les détenus y compris les services liés au logement, à la santé et à l'intégration socio-économique. Sont concernés plus de 18 000 détenus qui purgent actuellement des peines de prison en Zambie et finiront par être libérés dans la collectivité.
40. Mme Maksym Demchenko, d'Ukraine, a attiré l'attention sur les besoins des consommateurs de drogues injectables. Elle a expliqué que le Réseau ukrainien de personnes vivant avec le VIH a réussi à obtenir diverses prestations gouvernementales. Cependant, une riposte durable nécessite de s'occuper des facteurs sociaux et des causes profondes du risque d'infection au VIH et de la vulnérabilité au VIH, a-t-elle ajouté. Les agents de police, en particulier, doivent être sensibilisés pour réduire le harcèlement envers les consommateurs de drogues, a déclaré Mme Demchenko. Elle a appelé au renforcement des programmes de réduction des méfaits et à une approche intégrée qui associe la prévention et le traitement du VIH. Elle a noté que la récente instabilité politique en Ukraine a aggravé les problèmes liés au VIH rencontrés par les consommateurs de drogues injectables en interrompant l'accès aux services tandis qu'augmentaient les signalements de violence contre les consommateurs de drogues injectables, notamment par les forces de police. Mme Demchenko a plaidé pour le remplacement de la punition par le traitement pour les consommateurs de drogues injectables. Elle a également souligné la nécessité de lutter contre l'hépatite C chez les consommateurs de drogues injectables.
41. Les participants du Conseil se sont félicités des présentations et de l'engagement de l'ONUSIDA en matière de protection sociale. M. Fredrick Chilukutu, Commissaire adjoint aux prisons du ministère de l'Intérieur zambien a félicité chaleureusement le bureau de pays de l'ONUSIDA en Zambie pour son rôle de pionner en soutenant l'extension aux prisons des politiques de lutte contre le VIH sur le lieu de travail. Il a noté que désormais, les prisonniers sont reconnus comme l'une des populations clés les plus à risque d'être infecté par le VIH, ce qui a ouvert la voie au développement de services de santé liés au VIH plus complet dans les prisons, y compris des

approches intégrées du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite C et des services pour les anciens détenus. Le Brésil a loué le programme de carte Trans de l'Uruguay, et a décrit le plan national brésilien pour la citoyenneté et les droits des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres (LGBT), y compris une nouvelle politique qui permet aux bénéficiaires d'utiliser leur « nom d'usage » sur les cartes de santé, de sorte que le personnel de santé puisse s'adresser à eux correctement. Une autre intervention a souligné l'importance de la reconnaissance de ces noms d'usage par les gouvernements.

42. Les ONG d'Asie et du Pacifique du Conseil de coordination du programme ont également exprimé leur satisfaction pour les progrès réalisés en Uruguay et au Brésil, pour la reconnaissance des personnes transgenres et la fourniture à cette population de services distincts de ceux proposés aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais ont appelé à confier plus de positions de leadership aux personnes transgenres. Les ONG d'Amérique du Nord du Conseil de coordination du programme ont aussi salué l'attention portée à l'expérience des populations clé par le Conseil de Coordination du Programme et ont appelé à tenir davantage compte des populations autochtones.
43. Le rôle joué par l'inégalité entre les sexes dans la limitation de la prévention du SIDA pédiatrique et de l'accès au traitement du VIH pour les femmes, y compris les adolescentes, a été mis en évidence. Il a été souligné que la grossesse est une période de violence accrue pour les femmes de la part de leurs partenaires sexuels, ce qui nécessite des efforts renforcés pour modifier les normes sexospécifiques afin de réduire la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH. Un intervenant de l'ONUSIDA a salué l'engagement de haut niveau de la Zambie dans la lutte contre le VIH dans les prisons et les lieux fermés. L'ONUSIDA a également signalé que certains pays ont investi dans la lutte contre le VIH dans les prisons en Afrique, en Amérique latine et en Europe, y compris en Ukraine.
44. Le modérateur, Mme Sozi, a clos les débats, tout en notant que si la protection sociale relève de la responsabilité des gouvernements, la société civile et le secteur privé ont des rôles importants à jouer, et qu'il est nécessaire d'investir davantage dans les efforts communautaires.

## **CLÔTURE ET CONCLUSION DU SEGMENT THÉMATIQUE DU 34<sup>e</sup> CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME**

45. Dans ses commentaires de clôture, Mme Mariangela Simão, Directrice du département Droits, sexospécificité, prévention et mobilisation communautaire du Secrétariat de l'ONUSIDA, a rappelé les principaux thèmes évoqués lors de la session thématique : premièrement, l'efficacité des programmes de protection sociale (en particulier les aides financières) a été démontrée, non seulement pour la réduction de la vulnérabilité et de l'impact du VIH, mais aussi pour le soutien à l'observance du traitement et pour la diminution du risque d'infection à VIH, notamment dans le cas des femmes et des filles. Ces programmes fonctionnent d'autant mieux qu'ils sont accompagnés d'un soutien social (programmes « cash plus care »). Deuxièmement, les gouvernements ont un rôle majeur à jouer dans la protection sociale, en imposant la prise en compte du VIH dans les grandes institutions et les systèmes de protection sociale. Néanmoins, les responsabilités des gouvernements ne devraient pas exclure la participation des organisations de la société civile. Sans engagement communautaire, a-t-elle affirmé, nous ne pouvons pas éliminer la pauvreté, les inégalités ou le sida. Troisièmement, une protection sociale tenant compte du VIH est un bon investissement. De tels programmes sont

bons pour les familles et bons pour l'économie. Quatrièmement, contrairement à certaines idées reçues, la protection sociale tenant compte du VIH est abordable dans les pays à revenu faible et intermédiaire tout comme dans les pays à revenu élevé. Dernier point, mais non des moindres, la protection sociale tenant compte du VIH est une question de justice sociale, et l'ONU constitue une bonne plate-forme pour faire avancer l'ordre du jour commun de la protection sociale et de la justice sociale. Mme Simão a terminé en rappelant aux participants du Conseil de Coordination du Programme que même dans les pays où il reste un long chemin à parcourir, « Le destin n'est pas inscrit dans la tendance générale. Peu importe d'où vous êtes ; c'est vous qui créez votre propre destin. »

## **OPPORTUNITÉS CLÉS ET DÉFIS À RELEVER**

46. À partir des travaux préparatoires de la session thématique, tout au long de la journée thématique un certain nombre de thèmes ont émergé des discours, des présentations du groupe et des interventions des Membres du Conseil et des observateurs présents.
47. Tous les pays possèdent un système de protection sociale, souvent sous forme d'un grand programme institutionnalisé à couverture nationale. Et tous les pays ont une forme d'épidémie de VIH. Réunir les objectifs de l'élimination du sida, de l'extrême pauvreté et des inégalités présente des opportunités sans précédent pour redynamiser la riposte au sida. La protection sociale peut contribuer de façon significative à la prévention de nouvelles infections à VIH, permet une intensification efficace du traitement contre le VIH et aide à la protection des droits et de la dignité de chacun. Susciter et maintenir un engagement politique en faveur de l'élimination du sida, de l'extrême pauvreté et des inégalités s'avèrera crucial pour réussir.
48. Les mesures de protection sociale, en particulier les programmes d'aides financières sont efficaces en matière de prévention de VIH, notamment chez les jeunes femmes. Dans les circonstances appropriées, les stratégies d'aide financière peuvent aboutir à une réduction de 25 à 65 pour cent des comportements à risque d'infection par le VIH et du risque lui-même, comme cela a été démontré en Afrique orientale et australe. Les programmes d'aides financières fonctionnent mieux lorsqu'ils sont associés à un soutien social et à des soins. Il faut profiter au maximum de la formidable opportunité que représente l'expansion rapide de ces programmes. Un travail minutieux de planification, de collaboration et d'investissement sera nécessaire pour intensifier ces programmes de façon à ce qu'ils participent à la riposte au sida.
49. Il est nécessaire de mettre en place un agenda pour la recherche qui ouvre la voie à l'inclusion sociale, la protection sociale et la croissance économique équitable dans différents contextes géographiques et politiques et différents contextes d'épidémie de VIH. Un tel agenda constituera une étape importante vers une action commune sur l'élimination du sida, de l'extrême pauvreté et des inégalités. Des évaluations de la protection sociale permettant d'obtenir des analyses et éléments probants spécifiques simples sur le VIH, les inégalités et l'extrême pauvreté s'avèreront cruciales pour une nouvelle approche de la prise en compte généralisée de la riposte au sida.
50. Il faut non seulement mieux informer les intervenants dans la lutte contre le sida de tous les pays sur les systèmes existants de protection sociale, mais aussi former, motiver et demander des comptes aux responsables de la mise en œuvre de ces mécanismes de protection sociale pour qu'ils y incluent les populations clés, les

personnes vivant avec le VIH et les plus à risque d'infection. L'efficacité du leadership, la coordination, l'harmonisation et la responsabilité face aux résultats des différents acteurs de la protection sociale et de la lutte contre le VIH seront particulièrement importantes.

51. En investissant une part relativement réduite des fonds destinés à la lutte contre le VIH, il est possible d'adapter les grands programmes nationaux et les politiques de protection sociale pour qu'ils prennent en compte le VIH, c'est-à-dire pour qu'ils répondent aux besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH ou à risque d'infection par celui-ci. Il sera important de déterminer la proportion des budgets de lutte contre le VIH qui seront utilisés pour des mesures jouant le rôle de catalyseur de la protection sociale, la proportion des budgets de protection sociale à utiliser pour des programmes spécifiquement liés au VIH, le cas échéant, et les accords intersectoriels de cofinancement nécessaires.
52. C'est aux gouvernements qu'il incombe principalement de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte dans leurs programmes de protection sociale. Dans un certain nombre de pays, les services gouvernementaux de protection sociale n'atteignent pas certains bénéficiaires potentiels, ou lorsque c'est le cas, les bénéficiaires potentiels sont sceptiques quant à leurs intentions. Ce problème est particulièrement aigu pour les groupes marginalisés, notamment les détenus et anciens détenus, les migrants, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres. La façon dont les gouvernements s'assurent d'atteindre ces populations est d'importance cruciale.
53. Les gouvernements et les partenaires du développement doivent investir dans des organismes et des institutions dont les membres et les dirigeants sont des personnes vivant avec le VIH, appartiennent aux populations clés ou font partie des personnes les plus touchées par le VIH pour constituer des partenariats renforcés afin d'atteindre ceux qui ont le plus besoin de services liés au VIH et de protection sociale. Les gouvernements doivent travailler avec des réseaux de la société civile et y investir des fonds pour bâtir des relations de respect mutuel afin de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte.
54. La réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida de 2016 offre une occasion opportune de rendre compte des progrès de l'extension de la protection sociale tenant compte du VIH dans les pays à revenu faible, intermédiaire ou élevé à travers le monde.

## **RECOMMANDATIONS**

Sur la base des débats du segment thématique de la 34<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme, le Conseil est invité à :

54. Prendre note avec appréciation du rapport de synthèse de la session thématique du Conseil de Coordination du Programme sur le traitement des facteurs sociaux et économiques du VIH par le biais de la protection sociale ;
55. Reconnaître la nécessité de renforcer l'action pour lutter contre les facteurs sociaux et économiques du VIH afin de réaliser l'objectif d'élimination du sida, et appeler l'ONUSIDA à faire le lien, à l'horizon post-2015, entre le VIH, l'éradication de la pauvreté extrême et des inégalités et la promotion des droits de l'homme, y compris le droit à la santé, la dignité et la protection sociale ;

56. Encourager le Programme commun à travailler en collaboration, que soit par l'intermédiaire du Groupe de travail sur la protection sociale ou avec d'autres partenaires, pour :
- a. Faciliter le dialogue au niveau des pays sur l'élimination du sida, de la pauvreté extrême et des inégalités, et mener des évaluations sur le VIH et la protection sociale pour nourrir une nouvelle approche de la prise en compte généralisée du VIH dans différents secteurs, afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes exposées au VIH, vivant avec ce dernier ou encore touchées par celui-ci ;
  - b. Intensifier les programmes de protection sociale qui renforcent la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH, particulièrement dans le cas des programmes d'aide financière pour les jeunes femmes dans les pays à forte prévalence du VIH ;
  - c. Inviter les partenaires à formuler un agenda pour la recherche qui ouvre la voie à la prise en compte des facteurs sociaux et économiques du VIH et à la création de liens entre les mouvements visant à l'élimination du SIDA, de la pauvreté extrême et des inégalités ;
  - d. Développer les connaissances en matière de protection sociale chez les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les organisations de femmes, les jeunes et la société civile dans son ensemble pour améliorer l'accès aux services de protection sociale ;
  - e. Poursuivre le renforcement et la promotion des principes de Participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) dans les mesures de protection sociale, y compris la participation active des personnes vivant avec le VIH et autres populations affectées clés dans la définition des priorités et la mise en œuvre des programmes.

[Fin du document]