



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (34)/14.16.rev.1
Date de publication : 28 octobre 2014

TRENTE-CINQUIEME REUNION

Date : 9-11 décembre 2014

Lieu : Salle du conseil exécutif, OMS, Genève

Point 1.2 de l'ordre du jour

Rapport de la 34ème Réunion du Conseil de Coordination du Programme

Autres documents relatifs à ce point à l'ordre du jour : *aucun*

Action requise à cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à :
adopter le rapport de la 34^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.

Incidences financières pour les décisions: *aucune*

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

1. Le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (le Conseil) s'est rassemblé pour sa 34^{ème} réunion du 1 au 3 juillet 2014 dans la salle du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève.
2. Le président du CCP, S.E. M. Peter Woolcott, Ambassadeur et Représentant permanent, Mission permanente de l'Australie à Genève, a accueilli les participants à la 34^{ème} réunion. Le Conseil a observé une minute de silence en mémoire de toutes les personnes décédées du sida depuis la dernière réunion.

1.2 EXAMEN DU RAPPORT DE LA 33ème REUNION

3. Le Conseil a adopté le rapport de la 33ème réunion du Conseil.
4. Le Conseil a élu El Salvador comme rapporteur pour 2014.

1.3 RAPPORT DU DIRECTEUR EXECUTIF

5. Après avoir accueilli l'Australie et le Zimbabwe en tant que nouveaux Président et Vice-président du Conseil, Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a résumé les accomplissements clés dans la riposte mondiale du sida et s'est concentré sur le chemin qu'il reste à parcourir en vue de l'éradication du sida. Nous pouvons citer parmi les récents progrès l'engagement des dirigeants de l'Union africaine et des Caraïbes pour l'éradication de l'épidémie, l'adoption de la première stratégie sida par la Ligue des Etats arabes, la déclaration par l'Organisation des Etats américains de l'année 2014 en tant qu'année interaméricaine pour la promotion des droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH, et la soumission à l'ONUSIDA en 2014 des rapports d'évolution nationaux par un nombre record de 181 pays.
6. Le Directeur exécutif a souligné que de 2003 à 2013, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants avait baissé de 57%. D'importants progrès ont été réalisés pour la mise à l'échelle du traitement du VIH ; 26 pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont adopté d'ambitieux objectifs de traitement régionaux post-2015, tous les pays d'Afrique australe et orientale prennent des mesures en vue de la mise en œuvre des directives antirétrovirales consolidées de l'OMS de 2013, et plusieurs pays d'Afrique centrale et de l'ouest se dirigent vers le lancement du traitement du VIH pour toutes les personnes vivant avec le VIH, quelle que soit la numération de cellules T. La révolution de la prévention du VIH progresse aussi, un important leadership étant assuré par rapport aux questions liées à la prévention que l'on retrouve dans plusieurs pays.
7. M. Sidibé a remercié le Conseil, les Etats membres et d'autres partenaires pour le soutien continu qu'ils apportent à l'ONUSIDA. Il a particulièrement salué les importantes contributions pour la Salle d'opérations Traitement, qui a été présentée plus tard lors de la réunion par M. Badara Samb, Responsable, Sensibilisation mondiale et Initiatives spéciales pour l'ONUSIDA. La Salle d'opérations Traitement fournit des estimations de dernière minute sur le recours au traitement du VIH et

peut fournir des informations granulaires sur les progrès et les lacunes au niveau sous-national.

8. Bien que d'importants progrès aient été réalisés vers la vision de *zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination*, M. Sidibé a souligné qu'il subsistait des défis majeurs. Il faut pallier les lacunes relatives à la mise en œuvre, a-t-il souligné en insistant sur le besoin urgent de transformer la collecte de données et l'analyse afin de maximiser l'impact et le retour sur investissement. En vue de l'objectif mondial visant à ce que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, il faut veiller à ce que les tests VIH soient systématiquement disponibles à tout le monde, partout.
9. M. Sidibé a déclaré qu'il était urgent d'accorder de l'attention au traitement des besoins des personnes risquant d'être délaissées. Le VIH est aujourd'hui la seconde principale cause de décès d'adolescents (entre 10 et 19 ans) au niveau mondial. Parmi les jeunes, le risque d'attraper le VIH est particulièrement élevé pour les jeunes femmes et les filles. La crise liée au traitement pédiatrique du VIH requiert aussi une attention immédiate.
10. Le Directeur exécutif a souligné que la riposte au sida devait effectivement traiter les moteurs sociaux, politiques et économiques du VIH. Des mesures doivent aussi être prises pour gérer la riposte au sida dans le cadre de crises complexes, comme les conflits en République centrafricaine, en Crimée et au Sud Soudan.
11. M. Sidibé a affirmé qu'un récent voyage à Vancouver (Canada) (où le traitement du VIH a été utilisé de manière stratégique pour que les décès liés au sida deviennent rares et pour que le VIH soit pour ainsi dire entièrement sous contrôle) illustre à quoi ressemble l'éradication du sida. Aux Etats-Unis, Andrew Cuomo, le gouverneur de New York, a dernièrement annoncé la mise en place d'un plan visant à mettre fin à l'épidémie de VIH dans l'Etat d'ici 2020. Il a ajouté que ce plan et d'autres signes d'engagements croissants visant à éradiquer le sida alimentent l'espoir que nous puissions arriver à maîtriser l'épidémie, fournir des solutions aux problèmes de développement structurels, et atteindre les objectifs mondiaux de développement durable. Pour éradiquer le sida, il faudra redoubler d'efforts aux niveaux de l'innovation et de la recherche scientifique, de l'intégration et de la démedicalisation des services, de la *zéro discrimination* et des nouvelles ressources financières.
12. M. Sidibé a indiqué au Conseil qu'en 2016, la communauté mondiale se réunira pour une réunion de haut niveau sur le VIH à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies. L'ONUSIDA a déjà entrepris des actions pour accéder à la demande émise par le Conseil lors de sa 33ème réunion et visant à ce que le Programme commun soutienne les efforts nationaux et régionaux destinés à développer des objectifs liés au VIH pour la période après-2015. Dans le cadre de cet effort, l'ONUSIDA aide 66 pays à développer de nouvelles approches de financement afin d'assurer la durabilité de la riposte.
13. Le Directeur exécutif a rappelé que l'éradication du sida durant la période après-2015 nécessiterait de nouvelles approches et de nouvelles réflexions, venant remettre la sagesse traditionnelle en question. L'engagement de n'abandonner

personne, les principes de responsabilité partagée et de solidarité mondiale, et l'amélioration de la qualité et de l'utilisation des informations stratégiques seront des éléments de réussite déterminants.

14. Le Conseil a pris note du rapport du Directeur exécutif et l'a remercié pour la vision qu'il a présentée. Plusieurs membres du Conseil ont souligné que l'éradication du sida serait impossible sans le traitement des besoins liés au VIH des populations clés et sans la minimisation de la stigmatisation, de la discrimination et des cadres juridiques punitifs qui empêchent la mise en œuvre de réponses efficaces pour ces groupes. Si des progrès considérables ont été accomplis au niveau mondial, le Conseil a aussi observé que le nombre de nouvelles infections n'avait soit pas diminué, soit qu'il avait augmenté dans certains pays, y compris en Europe orientale et en Asie centrale. Des membres du Conseil ont appelé à des efforts concertés en vue de renforcer la prévention du VIH, en mettant particulièrement l'accent sur les jeunes, les femmes et les filles, les populations clés et d'autres groupes vulnérables. A cet égard, il a été rapporté qu'à peine 4% des dépenses mondiales liées au VIH se concentraient sur des programmes destinés aux populations clés. Le Conseil a encouragé le renforcement des efforts visant à traiter les inégalités entre les sexes, y compris, sans s'y limiter, la violence sexiste.
15. Un soutien a été exprimé pour des efforts continus en vue de « sortir le sida de l'isolement » et d'intégrer le VIH dans des systèmes de développement et de santé plus larges, mais les membres du Conseil ont aussi insisté sur le fait que des efforts devaient être fournis pour veiller à ce que le sida ne soit pas délaissé ou supprimé des priorités du programme de développement pour l'après-2015. L'encouragement des efforts visant à atteindre une couverture de santé universelle en vue de renforcer et de soutenir la riposte au sida a été qualifié d'importante priorité. Certains membres du Conseil ont répété la Résolution de l'ECOSOC (E/RES/2013/11), soulignant la manière dont les leçons tirées de la riposte mondiale au VIH et au sida, y compris les leçons tirées de l'approche unique du Programme commun, peuvent aider à informer le programme de développement pour l'après-2015 et que le Programme commun offre aux Nations Unies un exemple utile à considérer le cas échéant comme une manière d'améliorer la cohérence stratégique, la coordination, l'accent fondé sur les résultats et l'impact national, sur la base des priorités et des contextes nationaux.
16. Le Conseil a souligné les rôles de soutien technique et de sensibilisation continue de l'ONUSIDA, surtout dans des contextes où le climat politique et la situation des droits de l'homme ne sont pas propices à une riposte basée sur les droits et informée par des preuves. Durant la discussion, les membres du Conseil ont particulièrement insisté sur la nécessité de renforcer les efforts en vue de pallier le manque de traitement du VIH pour les enfants. Il a été observé que les stratégies de protection sociale présentent un potentiel avéré de réduction du risque de VIH et de la vulnérabilité des jeunes filles.
17. Les membres du Conseil ont souligné l'importance de l'extension du traitement pour l'éradication du sida. Certains membres du Conseil ont déclaré que leurs pays s'étaient expressément engagés à veiller d'ici 2020 à ce que : 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90% des personnes diagnostiquées infectées par le VIH reçoivent un traitement antirétroviral durable, et 90% des

personnes bénéficiant d'un traitement VIH présentent une suppression virale durable. Il a été avancé que de nouvelles réductions de prix des médicaments VIH seraient nécessaires pour accélérer et soutenir l'extension du traitement, surtout pour les médicaments de seconde ligne et de troisième ligne.

18. Le défi de la mobilisation d'un financement durable pour la riposte a été au centre d'un certain nombre d'interventions du Conseil. Il a été observé qu'un leadership continu des donateurs internationaux serait nécessaire pour financer la riposte au sida, tandis que les pays à revenus faibles et moyens ont souligné des plans destinés aux dialogues nationaux sur la mobilisation d'un plus grand financement national pour les programmes et les activités liés au VIH. Une approche de partenariat (non seulement pour le financement, mais dans l'ensemble de la riposte) a été qualifiée d'essentielle pour l'éradication du sida. On a plus particulièrement noté le rôle crucial de la société civile dans la riposte au sida.

1.4 RAPPORT DE LA PRESIDENCE DU COMITE DES ORGANISMES COPARRAINANTS

19. Le rapport de la Présidence du Comité des Organismes coparrainants (COC) a été présenté par M. Yury Fedotov, Directeur exécutif de l'ONUSIDA. Le rapport a souligné l'importance de l'engagement et de la vigilance continue au niveau de la riposte. Un renforcement des efforts est plus particulièrement nécessaire pour améliorer la riposte pour les populations clés, qui n'ont toujours pratiquement pas accès aux services liés au VIH. La stigmatisation, la discrimination et les approches punitives continuent de miner les progrès, y compris pour les personnes consommatrices de drogues par injection.
20. M. Fedotov a souligné que la société civile devait jouer un rôle crucial pour traiter les obstacles aux droits de l'homme, atteindre les populations clés et développer des ripostes locales. Il a déclaré que pour traiter les moteurs sociaux de l'épidémie, il faudrait reconnaître que l'infection à VIH n'apparaît pas isolément, mais que le risque et la vulnérabilité sont fortement influencés par le contexte social, juridique, politique, économique et culturel. Le rapport a mis en avant l'engagement des organismes coparrainants en vue d'éradiquer le sida, soulignant le besoin de tirer parti de toutes les ressources disponibles pour accélérer et maintenir les progrès.
21. Le Conseil a pris note du Rapport de la Présidence du COC. Une appréciation spéciale a été exprimée pour l'accent mis sur la riposte au VIH parmi les personnes consommatrices de drogues par injection en Europe orientale, en Asie centrale et dans d'autres régions. Il a été observé que des progrès de taille ont été accomplis au niveau du renforcement des partenariats de l'ONUSIDA avec la société civile. Une appréciation semblable a été exprimée pour l'accent du COC sur les partenariats avec la société civile. Il a été recommandé que le Programme commun améliore la coordination de la réponse aux situations de crise.

2. LEADERSHIP DANS LA RIPOSTE AU VIH

22. M. Andrew Witty, Directeur général de GlaxoSmithKline (GSK), et M. Subhanu Saxena, Administrateur délégué et Directeur général de Cipla, se sont adressés au Conseil dans une discussion sur l'innovation, la recherche et le développement

dans la riposte au sida. Comme l'a observé le président, les deux orateurs invités et les entreprises qu'ils représentent ont d'importantes perspectives à partager par rapport au projet visant à assurer des fournitures accessibles, abordables et fiables de médicaments antirétroviraux.

23. M. Andrew a souligné les remarquables progrès scientifiques réalisés par rapport au sida, qui est passé en une seule génération du statut de maladie hors de contrôle à celui d'une maladie désormais considérée comme chronique et gérable. Les progrès scientifiques liés au VIH sont arrivés en plein milieu d'une période d'extraordinaires avancées technologiques. Il a affirmé que les perspectives d'avancées continues dans le traitement du VIH sont excellentes, y compris la réelle possibilité de développement de médicaments antirétroviraux à effet prolongé. Il a affirmé au Conseil que des progrès continus étaient réalisés en vue d'un vaccin préventif contre le VIH, bien que le chemin à parcourir pour y parvenir semble encore long, difficile et incertain.
24. M. Andrew a souligné que le partenariat et la collaboration resteraient cruciaux pour la réalisation des progrès scientifiques liés au VIH. L'accès au traitement est un domaine de collaboration particulièrement important. Il a affirmé que s'il avait historiquement fallu 10 à 15 ans pour qu'une innovation thérapeutique soit mondialement disponible, ce modèle avait été rompu au cours de cette dernière décennie, en partie suite à l'émergence de la licence volontaire pour les nouveaux médicaments.
25. M. Andrew a abordé la relation entre les brevets et le prix, suggérant qu'aucune solution unique ne s'appliquerait à chaque nouveau médicament dans chaque contexte. Il a qualifié GSK de pionnier du prix différencié, mais a affirmé que d'autres stratégies seraient nécessaires, comme le fait de tirer efficacement parti des réseaux de santé existants et des mécanismes de financement innovants.
26. M. Saxena de Cipla a observé que la grande majorité des plus de 12 millions de personnes suivant une thérapie antirétrovirale prenaient des médicaments peu onéreux fabriqués par des entreprises génériques en Inde. Alors que la disponibilité de l'accès à des médicaments abordables restera essentielle, il a souligné que des efforts ciblés étaient nécessaires pour aider les patients à adhérer au traitement. Il a affirmé que dans certains pays, la moitié des patients qui entament un traitement VIH ne le suivent plus trois ans plus tard.
27. M. Saxena a expliqué au Conseil que Cipla était la première entreprise à produire une association à dose fixe pour le traitement du VIH, et qu'elle travaillait à présent avec la Drugs for Neglected Diseases Initiative en vue de développer une formule en poudre pour le traitement pédiatrique du VIH. Il a affirmé que la relation entre les entreprises génériques et les multinationales s'était améliorée au fil des ans, soulignant la valeur du partenariat pour améliorer l'accès au traitement des personnes aux ressources limitées. Il a toutefois déclaré que Cipla continuerait de contester les demandes de brevet qu'elle considère comme fragiles et il a souligné l'importance de la licence obligatoire lorsque les monopoles des brevets servent à réduire l'accès aux médicaments prioritaires.

28. Tandis que des prix inférieurs sont nécessaires pour de nombreux médicaments VIH, M. Saxena a affirmé qu'il était aussi important d'éviter de réduire les prix à un niveau tel que les entreprises choisissent de quitter le marché. Cipla a développé en Afrique des infrastructures de production ; une manière d'instaurer la production dans la région la plus touchée par l'épidémie. Il a suggéré le renforcement des réglementations afin d'éviter les retards d'accès aux nouvelles thérapies.
29. Durant la discussion suivant les discours d'orientation, les membres du Conseil ont remercié les orateurs pour leurs remarques, se sont réjouis de la discussion ciblée sur le rôle de l'industrie pharmaceutique dans la riposte mondiale au sida, et ont convenu que des approches de partenariat seraient nécessaires pour étendre encore l'accès au traitement. L'accès à des médicaments génériques de qualité a été qualifié de crucial pour une riposte durable et efficace au sida, un appel spécial étant lancé à l'industrie pharmaceutique pour accorder la priorité au développement de formules antirétrovirales pédiatriques appropriées. Les membres du Conseil ont aussi appelé à fournir des efforts continus en vue de renforcer les systèmes de gestion de la fourniture et l'approvisionnement, et afin de réduire encore les prix pour les protocoles de deuxième et de troisième ligne. Un appel a aussi été lancé afin que des efforts soient rapidement fournis pour accroître l'accès aux technologies relatives à la charge virale, y compris dans les pays aux revenus moyens. Plusieurs membres du Conseil ont souligné l'importance de la production locale et régionale dans l'extension de l'accès aux médicaments prioritaires.

3. POINT SUR LA RIPOSTE AU SIDA DANS LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT POUR L'APRES-2015

30. M. Kent Buse, Responsable, Directions des Politiques stratégiques, Secrétariat de l'ONUSIDA, a informé le Conseil des progrès réalisés en vue du programme de développement pour l'après-2015 et des perspectives d'inclusion de l'éradication du sida en tant que résultat important du cadre post-2015. Il a salué les nombreuses interactions entre l'ONUSIDA, les membres du Conseil et d'autres parties prenantes par rapport au programme pour l'après-2015.
31. M. Buse a décrit les processus consultatifs qui ont été entrepris pour informer le développement du programme de développement pour l'après-2015. Il a plus particulièrement souligné des évolutions clés, comme le délai de soumission du rapport final du Comité intergouvernemental d'experts sur le Financement du Développement durable à l'Assemblée générale en septembre 2014. Il a ajouté que le Réseau des Solutions de Développement durable a proposé « la prévalence du VIH, les taux de traitement et la mortalité » comme l'un des sept indicateurs de l'objectif de santé avancé visant l'éradication des décès évitables.
32. M. Buse a indiqué que depuis le 30 juin 2014, le Groupe de Travail ouvert sur les Objectifs de Développement durable révisait 17 Objectifs de Développement durable proposés. Il a expliqué que 10 de ces objectifs clés dépendraient d'une action multisectorielle efficace pour le sida, et que l'objectif de santé proposé par le Groupe de travail (assurer une vie saine pour tous) reprenait parmi neuf objectifs l'éradication du sida et d'autres maladies contagieuses prioritaires. Il a d'autre part affirmé que les consultations du Groupe de Développement des Nations Unies sur

les moyens de mise en œuvre des Objectifs de Développement durable ont conclu que la riposte au sida avait défendu de nouvelles approches du développement. Ce point a aussi été explicitement noté dans les décisions de la 32^{ème} réunion du CCP et la résolution de l'ECOSOC de 2013 sur le Programme commun.

33. M. Buse a indiqué dans quelle mesure les progrès scientifiques étaient source d'optimisme par rapport à la possibilité d'éradiquer l'épidémie de sida après 2015, toute une série d'outils de prévention ayant été validés ces dernières années, dont le traitement préventif du VIH, la circoncision masculine médicale volontaire, et la prophylaxie antirétrovirale pré-exposition. L'Afrique du Sud illustre l'impact d'un meilleur engagement, puisque le nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale est passé de 25.000 en 2003 à plus de 2,1 millions en 2012.
34. M. Buse a précisé que par éradication de l'épidémie de sida, l'ONUSIDA entend l'éradication du sida en tant que menace de santé publique d'ici 2030. Cette éradication est définie comme des réductions de 90% (par rapport aux niveaux de 2010) des nouvelles infections à VIH, de la stigmatisation et de la discrimination rencontrées par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, et des décès liés au sida, de manière à ce que le sida ne représente plus une menace majeure pour toute population ou tout pays. Il a ajouté que le Groupe de travail 1 de la *Commission ONUSIDA-Lancet : Vaincre le sida - Promouvoir la santé mondiale* a confirmé la possibilité d'éradication du sida.
35. Des approches audacieuses seront nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de sida, a déclaré M. Buse, avec des objectifs orientés vers les résultats pour pouvoir progresser et promouvoir la responsabilité. Il a noté plusieurs exigences clés pour mettre fin à l'épidémie, dont l'extension de la prévention et du traitement du VIH, le traitement des obstacles sociaux, économiques et juridiques sous-jacents, l'engagement politique et la mobilisation des ressources ; la mobilisation sociale et l'implication de la communauté ; la diminution de la stigmatisation et des inégalités sociales ; et le renforcement des systèmes de santé. Les progrès réalisés en vue de l'éradication du sida peuvent ouvrir la voie pour la tuberculose et le paludisme, et générer une plus large transformation sociale et sanitaire.
36. M. Buse a ajouté que le Conseil était le plus apte pour prôner l'éradication du sida. Citant la riposte fructueuse de la Thaïlande contre une épidémie émergente dans les années 1990, M. Buse a observé que le pays avait récemment publié une stratégie sida nationale visant à éradiquer le sida d'ici 2030, éradication définie comme étant des réductions de 90% des nouvelles infections et des décès liés au sida. Il a noté qu'un leadership résolu similaire serait requis au niveau mondial pour éradiquer le sida.
37. Le Conseil s'est réjoui du point sur le travail réalisé en vue du programme de développement pour l'après-2015 et a remercié l'ONUSIDA pour son leadership sur cette question. Il a réitéré la conclusion de sa 32^{ème} réunion, à savoir que le VIH et le sida étaient des éléments centraux du programme de développement pour l'après-2015 et que des objectifs spécifiques étaient nécessaires en vue de la vision des trois Zéros de l'ONUSIDA. Poursuivre l'élan des dix dernières années a été une priorité mondiale citée pour les prochaines années. Les membres du Conseil ont plus particulièrement appelé à l'intensification des efforts visant à

retenir le potentiel préventif de la thérapie antirétrovirale. Il a été recommandé que l'ONUSIDA continue d'accorder la priorité à l'objectif d'accès universel à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et à l'appui. Des appels ont été lancés en vue d'intensifier l'accent sur les populations délaissées (dont les enfants, les adolescents et les populations clés) et il a été recommandé d'accorder une plus grande priorité à la mobilisation communautaire.

38. Reconnaissant précisément la valeur des leçons tirées de la riposte mondiale au sida, le Comité a convenu que ces leçons pouvaient aider à traiter d'autres défis de santé et de développement complexes durant la période post-2015. Le Conseil a appelé les Etats membres et l'ONUSIDA à poursuivre un engagement clair en vue de l'éradication du sida après 2015, et les membres du Conseil ont exprimé leur soutien par rapport aux objectifs de réduction de 90% repris dans la définition de l'éradication du sida. Le Conseil a encouragé l'ONUSIDA et les Etats membres à viser des indicateurs sensibles au VIH dans plusieurs domaines, dont, sans s'y limiter, la santé, la sexospécificité, l'éducation, les partenariats et la jeunesse, et à traiter les facteurs déterminants environnementaux, économiques, politiques et sociaux du VIH, la mauvaise santé, la pauvreté et l'inégalité (aux niveaux communautaire, national et mondial). Soulignant que la riposte au sida illustre l'importance de l'engagement communautaire dans les efforts de santé et de développement, le Conseil a appelé au renforcement des mécanismes de responsabilité inclusive afin de permettre la large participation et la prise en main de la mise en œuvre et du suivi du programme d'après 2015.

39. Le Conseil a affirmé que pour éradiquer l'épidémie de sida, de nombreux défis doivent être relevés, par exemple la compréhension du sida comme étant plus qu'un problème de santé, l'éradication de la pauvreté et de l'inégalité, et le respect des droits de l'homme, y compris l'éloignement des approches de criminalisation répondant aux besoins des adolescents et le renforcement des systèmes de santé en poursuivant et en renforçant l'accent et les efforts collectifs.

40. La Présidence s'est engagée à communiquer au Président de l'Assemblée générale et au Secrétaire général des Nations Unies la décision du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA sur le positionnement de la riposte au sida dans le programme de développement d'après-2015.

4. SUIVI DU SEGMENT THEMATIQUE DE LA 33^{EME} REUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME : LE VIH, LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

41. Mme Mariângela Simão, Directrice du Département des Droits, de la Sexospécificité, de la Prévention et de la Mobilisation communautaire, Secrétariat de l'ONUSIDA, a présenté un rapport sur les résultats du segment thématique de la 33^{ème} réunion du Conseil, qui s'est concentré sur le VIH, les adolescents et les jeunes. Elle a rappelé que le sida était la première cause de mortalité des adolescents en Afrique subsaharienne, soulignant la valeur d'un format centré sur la jeunesse, comme celui utilisé lors de la session thématique de la 33^{ème} réunion du Conseil. La session comprenait quatre composantes clés : (1) les perspectives de quatre jeunes vivant avec le VIH ; (2) la prévention du VIH fructueuse pour les

jeunes ; (3) l'extension du test VIH parmi les jeunes ; et (4) l'amélioration de l'accès et de l'adhérence des jeunes au traitement du VIH.

42. La session a souligné l'importance de l'extension des programmes VIH pour les jeunes probants et informés par des preuves, ainsi que le besoin de rendre les programmes existants plus sensibles aux besoins des jeunes. Les sessions thématiques précédentes ont aussi conclu que les lois et les politiques relatives au consentement parental empêchaient les jeunes d'accéder aux tests et aux conseils VIH, aux outils de réduction des risques, au traitement et à d'autres services. Comme l'a estimé la session thématique, la participation des jeunes dans l'ensemble du cycle de développement de programme peut déboucher sur des programmes plus efficaces. Il convient d'être plus particulièrement attentif lors de la transition des jeunes vers les services réservés aux adultes, afin de garantir la continuité et le caractère adéquat des soins.
43. Soulignant le nombre limité de données disponibles sur les adolescents (âgés d'entre 10 et 19 ans), la session s'est aussi concentrée sur la répartition des données de routine par âge et par sexe, les investissements dans la recherche pour les populations clés que sont les jeunes et les adolescents, et le besoin de clarifier les directives des protocoles de recherche pour l'implication des personnes de moins de 18 ans. Parmi les 29 indicateurs clés utilisés pour suivre le progrès de la mise en œuvre des engagements et des objectifs sida mondiaux convenus, seulement 10 requièrent spécifiquement des informations sur les jeunes.
44. Lors de la discussion qui s'en est suivie, les membres du Conseil ont répété l'importance de la diminution de l'âge du consentement pour le test VIH, demandant au Programme commun de soutenir les pays (sur demande) pour la révision de leurs politiques de traitement, de conseil et de test VIH, et de traiter les obstacles sociaux, réglementaires et juridiques liés à l'âge et au sexe que rencontrent les jeunes pour accéder au service. Des inquiétudes ont aussi été exprimées par rapport au fait qu'à l'échelle mondiale, les jeunes femmes d'entre 15 et 24 ans courent deux fois plus de risques d'être infectées que les jeunes hommes et qu'il subsiste des lacunes dans l'accès au traitement entre les adultes d'une part et les adolescents et les enfants d'autre part. Le Conseil a encouragé les Etats membres à étendre de toute urgence la prévention VIH favorable aux jeunes, informée par des preuves et sexospécifique, à augmenter l'accès au traitement VIH pédiatrique, à étendre les programmes de soins et d'appui, et à responsabiliser les associations de jeunes pour garantir leur participation à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes. Une action spécifique a été requise par les Etats membres afin d'assurer une programmation complète pour les adolescents et les jeunes consommateurs de drogues par injection. Le Conseil a aussi demandé à l'ONUSIDA de soutenir les pays dans l'amélioration de la collecte, de la diffusion et de l'analyse systématiques et coordonnées des données ventilées par âge et par sexe aux niveaux national et sous-national. L'ONUSIDA a aussi été invitée à développer des indicateurs pour suivre la participation des jeunes à la riposte au sida.

5. CADRE UNIFIÉ DU BUDGET, DES RESULTATS ET DES RESPONSABILITES ONUSIDA 2012-2015

45. Lors de l'introduction du point à l'ordre du jour, Mme Jan Beagle, Directrice exécutive adjointe, Gestion et Gouvernance, Secrétariat de l'ONUSIDA, a observé que le Cadre unifié du Budget, des Résultats et des Responsabilités (CUBRR) de l'ONUSIDA était un instrument unique dans le Système des Nations Unies, combinant les efforts des organismes coparrainants et du Secrétariat dans un cadre unique.
46. Mme Beagle a souligné que le CUBRR avait été approuvé par le CCP trois ans auparavant lors de sa 28^{ème} réunion, et que l'année passée, le CCP a demandé un examen à mi-parcours du CUBRR. Elle a indiqué qu'avant ce CCP, plusieurs évaluations et consultations ont eu lieu afin d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du CUBRR, les leçons tirées jusque-là, et les efforts nécessaires pour soutenir et intensifier la riposte au sida. Ce processus comportait l'organisation de consultations multi-parties prenantes à Genève en octobre de l'année dernière et en mars de cette année, ainsi que des consultations régionales, des examens au niveau national, et plusieurs réunions impliquant le Secrétariat de l'ONUSIDA et les organismes coparrainants, dont une réunion du Comité des Organismes coparrainants (COC) en mai.
47. Mme Beagle a expliqué que l'examen à mi-parcours s'était basé sur des données et des preuves provenant de toute une série de sources différentes, d'évaluations externes de l'ONUSIDA, d'examens approfondis, d'analyses et d'informations générées via le Système de Suivi du Programme commun (SSPC), l'outil en ligne développé pour suivre la mise en œuvre. Mme Beagle a observé que le Secrétariat avait soumis toute une série d'analyses et d'outils afin d'aider le Conseil à évaluer la performance du Programme commun dans le cadre du CUBRR, dont des conclusions générales de l'examen à mi-parcours du CUBRR, un rapport de suivi des performances, un résumé des évaluations externes et six études de cas nationales. Le Conseil a en outre reçu un document de conférence sur la collaboration de l'ONUSIDA avec le Fonds mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et le Paludisme et avec le Plan d'Urgence du Président des Etats-Unis pour la Lutte contre le sida (PEPFAR). D'autres outils, comme une matrice d'indicateurs et de dépenses ainsi que des rapports thématiques du SSPC, ont été mis à disposition en ligne. Mme Beagle a rappelé le défi que rencontre l'ONUSIDA pour équilibrer l'intégralité des informations présentées au Conseil sur une question multisectorielle complexe impliquant 11 organismes coparrainants et le Secrétariat, dans le souhait d'être stratégique et clair. Elle a aussi souligné qu'il était important de noter que l'examen à mi-parcours était mené deux ans dans un cadre de quatre ans.
48. Mme Beagle a souligné les trois thèmes centraux qui ont émergé de l'examen à mi-parcours : les contributions significatives de l'ONUSIDA à la riposte, les défis à relever pour atteindre l'objectif d'éradication du sida, et la prévisibilité et la continuité nécessaires pour la poursuite des activités.

49. Afin d'aider les membres du Conseil à comprendre l'impact national des efforts du Programme commun et d'amener la perspective du terrain au niveau du Comité de coordination du Programme, deux discussions de groupe ont étudié les contributions de l'ONUSIDA aux ripostes nationales. Le premier groupe s'est concentré sur le rôle de l'ONUSIDA dans le soutien des ripostes au sida en Asie. Le Dr Kemal N. Siregar, Secrétaire de la Commission sida nationale, Indonésie, a observé que l'ONUSIDA avait aidé l'Indonésie pour l'adoption du traitement en tant que prévention, en se basant sur une évaluation commune ONUSIDA/OMS pour faire de l'utilisation stratégique des antirétroviraux une politique nationale. La stratégie est déployée dans 10 districts, avec des plans d'extension à 75 districts d'ici la fin de l'année 2014. Le Dr Siregar a affirmé que l'Indonésie aurait besoin du soutien continu de l'ONUSIDA pour l'aider à combler les lacunes au niveau de la cascade de traitements et pour assurer l'inclusion du VIH dans le programme de couverture de santé universelle national.
50. M. Douglas Broderick, Coordinateur résident des Nations Unies pour l'Indonésie, a décrit les défis liés à la gestion des programmes dans un archipel d'îles. M. Broderick a noté l'étroite collaboration entre le gouvernement national et le système des Nations Unies. L'Indonésie a fait preuve de leadership dans le traitement du VIH dans les prisons et mène l'initiative des villes régionales. Il a été observé que l'Indonésie jouait un rôle important dans le soutien du développement du cadre de développement de l'après-2015, le Président indonésien faisant office de coprésident du Groupe de haut niveau de Personnalités éminentes sur le Programme de Développement de l'après-2015.
51. M. Steve Kraus, Directeur de l'équipe de support régionale de l'ONUSIDA pour l'Asie et le Pacifique, a déclaré que le CUBRR avait amélioré la manière dont le Programme commun assure la communication et la coordination au niveau régional. L'ONUSIDA a collaboré avec des partenaires pour rendre les informations spécifiques à la région Asie-Pacifique largement disponibles, avec plus de 25.000 visites par mois enregistrées sur le site Web qui y est consacré. Il a ajouté que la famille régionale de l'ONUSIDA en Asie et dans le Pacifique se rencontre chaque mois pour étudier les progrès et assurer la responsabilité, et qu'elle s'engage régulièrement avec le gouvernement et les partenaires de la société civile. M. Kraus cite comme exemple de collaboration le fait que l'Equipe de support régionale de l'ONUSIDA ait collaboré avec le FNUAP, le PNUD, le Réseau mondial des projets relatifs aux professionnel(le)s du sexe et les gouvernements nationaux pour commander des études dans quatre pays en vue d'étudier la violence subie par les professionnel(le)s du sexe. L'Equipe de support régionale de l'ONUSIDA a aussi travaillé pour renforcer les informations stratégiques pertinentes pour le VIH et les communautés transsexuelles dans la région. Dix-huit pays de la région Asie-Pacifique soumettent des propositions au Fonds mondial via la Structure de Support technique régionale.
52. Le second groupe s'est concentré sur le rôle de l'ONUSIDA dans le soutien des ripostes au sida en Amérique latine. Le Dr Ernesto Ponce, responsable du programme sida national du Guatemala, a décrit le soutien de l'ONUSIDA aux efforts nationaux en vue de suivre et de traiter les cas de violence conjugale. Le Guatemala a mis sur pied une commission spéciale dans le bureau national des droits de l'homme en vue de promouvoir l'inclusion, l'égalité des chances, la non-

discrimination et le respect de la diversité de l'orientation sexuelle et de l'identité sexospécifique. Des efforts concertés ciblent la réduction de la stigmatisation, tandis que des efforts particuliers sont fournis pour sensibiliser les travailleurs du secteur des soins de santé par rapport aux différentes populations touchées par le VIH.

53. Mme Alma de León, Directrice régionale de la Coalition internationale pour la préparation au traitement, a rapporté que l'ONUSIDA avait joué un rôle important dans la facilitation de l'implication de la société civile dans la prise de décision relative au VIH au niveau régional. Mme de León a aussi noté les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination, soulignant l'importance de l'application des lois qui protègent apparemment contre la discrimination. Elle a indiqué que les efforts relatifs au traitement fournis dans la région sont confrontés à des défis majeurs, dont des ruptures de stock, un accès inadapté aux tests de charge virale, ou encore à des barrières financières, surtout parmi les 50% de patients cliniques qui sont sans emploi. Elle a observé l'importance de l'adaptation des services VIH aux besoins spécifiques des hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes et des personnes transsexuelles, qui sont souvent maltraités dans les infrastructures de soins de santé traditionnelles.
54. M. César Núñez, Directeur de l'Equipe de Support régionale de l'ONUSIDA en Amérique latine, a affirmé que l'ONUSIDA entretenait une relation coordonnée, harmonisée et fonctionnant correctement avec le Fonds mondial, PEPFAR, les gouvernements nationaux et d'autres partenaires. Il a souligné certains des récents progrès réalisés en Amérique centrale, où un plan stratégique sous-régional et un puissant leadership politique guident et renforcent les efforts régionaux.

5.1 EXAMEN A MI-PAROURS

55. Mme Beagle a observé que l'ONUSIDA avait largement contribué à la réalisation de l'objectif des trois zéros, ajoutant que les résultats de performance confirment l'utilité d'une orientation stratégique sur un nombre limité de pays à impact élevé et sur le traitement des besoins particuliers des populations clés, ainsi que la valeur continue d'une approche multisectorielle.
56. Mme Beagle a souligné que l'examen a confirmé qu'une approche multisectorielle et que le modèle d'un programme commun et coparrainé restaient pertinents et appropriés pour soutenir l'objectif d'éradication du sida d'ici 2030. Elle a observé que la coordination sur le sida était devenue plus systématique, que la répétition a été réduite et que le Programme commun avait sensiblement évolué via le développement et la mise en œuvre du CUBRR.
57. Mme Beagle a affirmé que l'examen à mi-parcours a confirmé que le CUBRR allait bien plus loin que son prédécesseur, le Budget-plan de travail intégré (BPTI), qu'il illustre pour le Programme commun une nouvelle manière de collaborer pour démontrer la cohérence et la responsabilité, et que le CUBRR illustre plus clairement les contributions de l'ONUSIDA à la riposte au sida. Elle a noté que le CUBRR précisait plus clairement les résultats nationaux, avec un rapport direct depuis les niveaux national et régional sur les contributions du Programme commun aux résultats spécifiques. Le cadre des résultats amélioré dans le CUBRR

a aussi contribué au développement de meilleurs plans de travail et à un meilleur rapportage, ce qui a à son tour entraîné un meilleur soutien aux pays et un meilleur engagement avec les partenaires.

58. Mme Beagle a affirmé qu'un certain nombre de questions relatives au suivi des performances nécessitaient une plus grande attention, dont la planification, le suivi et le rapportage communs ; la programmation dans différents secteurs ; et la collaboration avec les principaux organes de financement de la riposte, la société civile, le secteur privé et d'autres partenaires. Elle a poursuivi en indiquant que l'ONUSIDA se concentrera sur la mise en œuvre continue de la Stratégie de l'ONUSIDA après 2015 ; qu'elle soutiendra l'établissement d'objectifs ambitieux, mais pratiques, mondiaux et spécifiques au pays ; qu'elle améliorera la qualité et l'utilisation des données, des preuves et de l'analyse ; qu'elle soutiendra les interventions étayées par des preuves pour veiller à ce que personne ne soit délaissé ; qu'elle investira dans les adolescents, surtout les jeunes filles, et d'autres groupes vulnérables ; et qu'elle fera passer les principes de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale à un niveau supérieur en assurant un financement durable de la riposte.
59. Le Conseil a pris note du rapport sur l'examen à mi-parcours et a indiqué apprécier le rôle du Programme commun dans la riposte au sida. Le Conseil a demandé à l'ONUSIDA d'accélérer ses efforts en vue d'aider les pays à atteindre les objectifs sida mondiaux adoptés par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2011. La nécessité de concentrer la programmation sur les populations clés a été spécifiquement soulignée pendant la discussion du Conseil, tout comme l'importance du traitement des besoins des femmes et des adolescents.
60. Le Conseil a prolongé la durée de la stratégie ONUSIDA existante de deux ans, jusqu'en 2017, et a demandé à l'ONUSIDA d'actualiser les objectifs de l'actuelle stratégie et de présenter sur cette base un CUBRR à jour pour 2016-2017 lors de la 36^{ème} réunion du Conseil, en tenant compte des leçons tirées de l'examen à mi-parcours du CUBRR, et reprenant la nécessité d'une chaîne de résultats claire associant les réalisations aux résultats et à l'impact visé pour le Programme commun. Le Conseil a demandé que l'ONUSIDA développe la prochaine stratégie de phase (débutant en 2018), le cadre de résultats et le budget pour l'examen du Conseil lors de sa 40^{ème} réunion, en se basant sur l'actuelle stratégie et la vision des trois zéros. Il a été convenu que la prochaine stratégie s'alignerait avec la résolution sur l'Examen quadriennal complet (EQC) des activités opérationnelles de développement et qu'elle tiendrait compte des leçons tirées de la mise en œuvre de l'EQC et du CUBRR.

5.2 RAPPORT D'EXECUTION

61. Le Conseil a pris note du Rapport de Suivi des Performances (RSP) et a demandé à l'ONUSIDA de fournir un RSP consolidé lors de la 36^{ème} réunion du Conseil. Le RSP demandé devrait reprendre les progrès réalisés par rapport à des dépenses et à des indicateurs de base, et démontrer le lien avec les résultats et les objectifs. Le RSP devrait distinguer les résultats des coparrainants, du Secrétariat et communs, et il devrait utiliser la structure du CUBRR pour illustrer la performance du pays. Certains membres du Conseil ont exprimé un désir de plus grande clarté par

rapport aux contributions spécifiques du Programme commun et de ses membres individuels pour la réalisation de résultats spécifiques. D'autres membres du Conseil ont applaudi la rationalisation et le raccourcissement du RSP, et ont apprécié pouvoir consulter les résultats dans chaque région.

62. Les membres du Conseil se sont réjouis des améliorations apportées au SSPC, et ont plus particulièrement apprécié le meilleur rapportage assuré par les bureaux de pays. Ils ont aussi apprécié les informations fournies par l'ONUSIDA par rapport à son travail stratégique avec des partenaires mondiaux clés. Les membres du Conseil ont noté que l'ONUSIDA avait joué un rôle important dans les progrès politiques et de programmation dans différentes régions du monde. Ils ont particulièrement apprécié les exemples nationaux fournis lors de la session. Il a été suggéré qu'il serait utile d'expliquer de manière plus détaillée les défis rencontrés par le Programme commun, tandis que les membres du Conseil ont aussi recommandé des informations complémentaires sur la mesure dans laquelle la coordination s'était améliorée parmi les coparrainants. Les membres du Conseil se sont réjouis de l'alignement de la planification des ressources générales de l'ONUSIDA avec les cycles de planification d'autres agences des Nations Unies.
63. Au nom du groupe africain, le Zimbabwe a indiqué apprécier les améliorations opérées au niveau du rapport d'exécution et a aussi demandé des révisions par rapport à certains indicateurs. Il a plus précisément été demandé que le rapport sur l'intégration du VIH dans le système de santé plus large soit renforcé, que l'indicateur sur l'éducation sexuelle globale soit révisé pour se concentrer sur une éducation sexuelle de qualité et conforme au langage convenu dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011, et que des indicateurs relatifs aux populations spécifiques fassent référence aux groupes vulnérables et aux populations clés conformément au contexte épidémiologique national. Le groupe africain a indiqué qu'il ne serait pas en position d'adopter l'ensemble des indicateurs dans leur forme actuelle et recommande que ces derniers soient révisés en accord avec les commentaires présentés par le groupe africain. Le Zimbabwe a aussi indiqué au nom du groupe africain que les efforts visant à renforcer l'engagement avec les organisations de la société civile devraient encourager la responsabilité, être inclusifs et s'aligner avec la charge de la maladie aux niveaux national et régional.
64. Les membres du Conseil se sont réjouis des informations fournies sur le travail du Programme commun avec la société civile. Le Conseil a demandé au Secrétariat de préparer un document de séance pour la 35^{ème} réunion du Conseil sur les actions concrètes prises pour traiter et appliquer les décisions préalables du Conseil de Coordination du Programme ayant trait à la société civile. La nécessité d'une évaluation des ressources qui devraient être acheminées via la société civile au niveau du financement total requis pour la riposte au sida a été citée par les membres du Conseil. Les membres du Conseil ont encouragé l'ONUSIDA à intensifier son travail pour traiter les violations des droits de l'homme et leur impact sur la riposte au sida. En réponse aux interventions du Conseil, l'ONUSIDA a reconnu que le rapport d'exécution sur le travail du Programme commun avec la société civile continue d'évoluer et que d'autres précisions et améliorations peuvent être prévues.

5.3 RAPPORT FINANCIER

65. M. Joel Rehnstrom, Directeur, Planification, Finances et Comptabilité, Secrétariat de l'ONUSIDA, a observé que les états financiers de 2013 pour l'ONUSIDA étaient le second ensemble d'états financiers préparé conformément aux Normes comptables internationales du secteur public (NCISP), et que la situation financière de l'ONUSIDA restait stable, avec 98% du budget de base mobilisé en 2013.
66. Les recettes de base mobilisées en 2013 (US\$ 237,4 millions) ont dépassé les montants mobilisés en 2012 (US\$ 220,2 millions), avec des dépenses totales en 2012-2013 s'élevant à US\$ 476,4 millions, ce qui équivaut environ à US\$ 8 millions de moins que le budget approuvé. L'écart de US\$ 27 millions entre les recettes et les dépenses a été comblé à partir du fonds de réserve. Le financement auxiliaire s'est élevé à US\$ 77 millions en 2012-2013, en comparaison avec un montant de US\$ 58 millions en 2010-2011. Le fonds de réserve de US\$ 140,2 millions correspond au niveau maximal approuvé de 35% (soit US\$ 170 millions).
67. M. Rehnstrom a souligné les économies et les gains d'efficacité réalisés par le Secrétariat de l'ONUSIDA : les dépenses totales en 2012-2013 étaient 8% inférieures à celles enregistrées en 2010-2011. Le Secrétariat a affiché une diminution de 20% des frais de fonctionnement généraux, une diminution de 30% des frais de déplacement et une diminution de 35% des frais contractuels et de consultance.
68. En 2014, M. Rehnstrom a noté que le Secrétariat de l'ONUSIDA avait mobilisé US\$ 140,5 millions à ce jour, soit 58% du CUBRR de base de US\$ 242,4 millions. Les organismes coparrainants ont reçu 100% de leurs allocations respectives pour 2014, ce qui équivaut à un montant total de US\$ 87,3 millions. Quarante pour cent, soit US\$ 195 millions, ont été dépensés et mobilisés dans le cadre du CUBRR 2014-2015. M. Rehnstrom a affirmé qu'il était demandé aux donateurs de maintenir, ou si possible d'augmenter, leur financement à l'ONUSIDA, et que les Etats membres qui n'avaient pas encore contribué étaient invités à le faire.
69. M. Rehnstrom a indiqué au Conseil que le Secrétariat de l'ONUSIDA avait reçu un avis d'audit sans réserve (« clean ») pour 2013. Les auditeurs externes ont recommandé que des mesures soient prises pour améliorer l'orientation et les procédures relatives aux transferts et aux subventions de contreparties, et pour renforcer les mécanismes internes de suivi et de conclusion des subventions. Les auditeurs externes ont aussi recommandé la formulation d'une stratégie générale pour les achats et la finalisation d'un manuel des achats. Il a aussi été recommandé que l'ONUSIDA évalue l'utilisation des Accords à long terme (ALT) et identifie les risques et les mesures d'atténuation appropriées pour les ALT.
70. M. Rehnstrom a souligné que le Secrétariat de l'ONUSIDA était en train de développer une stratégie pour la gestion des risques d'entreprise (GRE), une approche systématique et couvrant l'organisation qui soutient la réalisation d'objectifs stratégiques en identifiant, évaluant, priorisant et contrôlant de manière

proactive la probabilité ou l'impact d'événements néfastes pour une organisation. M. Rehnstrom a déclaré qu'une feuille de route avait été élaborée et qu'une politique de GRE ainsi qu'un modèle de gouvernance et un comité de gestion des risques avaient été mis en place pour soutenir ce processus. Il a ajouté que l'ONUSIDA développerait un registre des principaux risques couvrant l'organisation, ainsi qu'un guide et des outils de formation, et qu'elle réaliserait une évaluation des risques pour l'ensemble de l'organisation. Durant la discussion du Conseil, il a été suggéré que l'ONUSIDA élabore une stratégie coordonnée pour traiter les risques menaçant la vie des personnes vivant avec le VIH, comme l'illustre la récente adoption de lois anti-LGBT, la perte d'accès aux services de réduction des risques, et les réactions contre les personnes vivant avec le VIH dans de nombreuses régions.

71. Le Conseil a accepté le rapport financier et a audité les états financiers pour l'année se terminant le 31 décembre 2013. Il a aussi pris note de l'actualisation de la gestion financière provisoire pour l'exercice biennal 2014-2015, en ce compris le financement partiel des passifs liés au personnel et la reconstitution des ressources du Fonds de Rénovation des Bâtiments. Les membres du Conseil ont exprimé certaines inquiétudes par rapport à l'écart observé entre les recettes et les dépenses, et ont encouragé l'ONUSIDA à prendre des mesures pour le combler. Le Conseil a encouragé les gouvernements donateurs à libérer leurs contributions pour le CUBRR 2012-2015 dès que possible.
72. Le Conseil a demandé au Secrétariat de l'ONUSIDA de mener une analyse pour déterminer quel était le seuil limite inférieur adéquat pour le fonds de réserve net et a fait rapport au Conseil lors de sa 36^{ème} réunion. Le Conseil a aussi demandé à l'ONUSIDA d'assurer un Dialogue de financement avant la fin 2014 pour assurer un financement prévisible et durable, la gestion efficace des fonds et la transparence pour une mise en œuvre efficace du CUBRR dans le cadre plus large de la riposte sida.
73. En réponse aux questions, suggestions et commentaires du Conseil, M. Sidibé a noté comme signe très encourageant que plusieurs pays africains menaient pour l'instant des discussions en vue de contribuer au budget de base de l'ONUSIDA.

6. POINT SUR LES QUESTIONS DE GESTION STRATEGIQUE DES RESSOURCES HUMAINES

74. M. Roger Salla Ntouna, Directeur, Gestion des Ressources humaines au Secrétariat de l'ONUSIDA, a informé le Conseil des questions de gestion stratégique des ressources humaines (en particulier la consolidation du réalignement organisationnel et la mise en œuvre de la Stratégie de Ressources humaines du Secrétariat de l'ONUSIDA).
75. Le réalignement organisationnel visait à aligner les ressources (humaines et financières) avec la vision de l'ONUSIDA et les priorités d'entreprise, à renforcer le déploiement du personnel et les compétences pour plus se concentrer sur le pays, à démontrer l'optimisation des ressources et à assurer la rentabilité. M. Salla Ntouna a affirmé que le Secrétariat avait atteint son objectif de 820 membres du personnel et un rapport siège/terrain de 30:70 ; deux objectifs qui avaient été fixés

au début du réalignement en juillet 2011. En avril 2014, le Secrétariat comptait 817 membres du personnel, 236 personnes étant employées au siège et 581 dans les équipes de soutien régionales (ESR), les bureaux de pays (UCO) et les bureaux de liaison.

76. M. Salla Ntounga a observé que la structure du siège avait été rationalisée (avec une diminution de 85 membres du personnel (26%) entre juillet 2011 et avril 2014) et que le personnel avait été recentré autour des objectifs sida mondiaux et des fonctions de base du Secrétariat. Des mesures ont été prises pour conserver la capacité du Secrétariat pour le travail normatif dans tous les domaines clés, comme l'information stratégique, l'investissement et l'efficacité, le support technique, et les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes.
77. M. Salla Ntounga a aussi observé qu'une structure et une présence renforcées sur le terrain étaient en place, surtout dans les pays à impact élevé, et ce via du personnel supplémentaire et la redéfinition des fonctions. Comme l'illustre la nouvelle fonction de Directeur national ONUSIDA, le rôle du chef de bureau ONUSIDA au niveau national a aussi été redéfini pour mettre plus l'accent sur le leadership, la sensibilisation et la fourniture de résultats. L'exercice annuel et la politique de mobilité du Secrétariat sont restés un outil de planification de la main-d'œuvre et de développement clé, avec 153 personnes transférées à de nouveaux postes (19% de l'effectif du Secrétariat) lors des deux derniers cycles. La mobilité a aussi été utilisée stratégiquement pour faire augmenter le nombre de femmes qualifiées à des postes de gestion.
78. M. Salla Ntounga a souligné que le Secrétariat était à présent entré dans une phase de consolidation, mettant plus l'accent sur le renforcement des compétences du personnel et sur la gestion des talents, conformément aux engagements et aux objectifs de haut niveau. Dans ce cadre, les lancements d'un nouveau système de gestion des performances (PALM) et d'une politique de gestion des performances ont été des événements importants dans le cadre de l'application de la stratégie de ressources humaines du Secrétariat. Un système innovant intégrant la gestion des performances et de l'apprentissage du personnel, PALM, guide le personnel afin qu'il aligne son travail avec les résultats attendus du Secrétariat et il constituera un important outil de reddition des comptes. On met en outre de plus en plus l'accent sur le développement du personnel, y compris via un nouveau programme d'orientation pour les Directeurs de pays ONUSIDA en intégrant des sessions d'apprentissage à distance, un atelier face à face au siège, et une communauté de pratique pour assurer un soutien continu.
79. M. Salla Ntounga a expliqué que le Plan d'action sur la Sexospécificité du Secrétariat, lancé en mars 2013, visait à profiter à tous les membres du personnel en nourrissant une culture soutenant le respect et la diversité, avec des objectifs spécifiques dans sept domaines stratégiques. On peut relever parmi les progrès enregistrés depuis le lancement du Plan d'action sur la Sexospécificité l'augmentation du nombre de femmes directrices de pays pour l'ONUSIDA (de 27% en février 2013 à 35% en avril 2014) et l'augmentation du nombre de femmes au niveau P5 (de 36% à 42%). Un programme-pilote d'accompagnement pour les femmes a été lancé en avril 2014 en vue de contribuer au développement de carrière du personnel féminin, impliquant 15 accompagnants et 15 accompagnées,

et représentant toute une série de niveaux de gradation, de fonctions et de localisations de bureaux. M. Salla Ntouna a souligné que l'ONUSIDA avait reçu un examen positif pour le développement du Plan d'action lors du premier cycle de rapportage sur le Plan d'action pour l'Égalité entre les Sexes et l'Émancipation des Femmes couvrant le système de l'ONU (UN-SWAP). La performance générale de l'ONUSIDA a été mieux évaluée que celle du Fonds et des Programmes dans leur ensemble, l'ONUSIDA ayant répondu ou dépassé les attentes dans 73% des évaluations d'indicateurs de performance. Au début de l'année 2014, le Secrétariat a soumis son rapport 2013 sur le programme UN-SWAP, soulignant les progrès réalisés par l'ONUSIDA par rapport aux 15 Indicateurs de Performance de l'UN-SWAP. Le résultat initial d'ONU Femmes indiquait que le Secrétariat avait progressé dans deux domaines, l'intégration de la sexospécificité au niveau de l'audit et la culture organisationnelle.

80. M. Salla Ntouna a décrit les actions prises pour assurer le bien-être du personnel, en ce compris une nouvelle politique sur les formules d'organisation du travail plus souples, qui vise à équilibrer les engagements privés et professionnels tout en maximisant l'efficacité et l'efficacités. L'excellente collaboration avec l'Association du Personnel de l'ONUSIDA a été soulignée. La sécurité du personnel reste une préoccupation majeure. Un programme de formation de sensibilisation à la sécurité pour les femmes a été développé. Le Secrétariat a aussi évalué le respect des Normes minimales de Sécurité opérationnelle (NMSO) par tous les bureaux, et il a examiné la situation de la sécurité et de la santé professionnelles.
81. On a aussi souligné le rôle du Secrétariat au niveau de la direction de deux initiatives innovantes couvrant l'ensemble du système de l'ONU et destinées à soutenir les membres du personnel et les familles (UN Plus et UN Cares). M. Salla Ntouna a indiqué qu'au sein de l'ONU, le Secrétariat était la meilleure agence au niveau des normes VIH sur le lieu de travail. Les programmes fournis via UN Cares vont bien au-delà du VIH et encouragent la communication ainsi que des lieux de travail respectueux et productifs.
82. La présentation de M. Salla Ntouna s'est clôturée par un aperçu des données clés relatives au personnel de l'ONUSIDA. Au 1er avril 2014, 49% du personnel se situait dans la catégorie Professionnel international, 13% dans celle des Agents nationaux et 38% dans celle du Service général. Si l'effectif du Secrétariat est présent dans sept régions, près de 50% du personnel de terrain travaille dans l'épicentre de l'épidémie en Afrique australe et orientale (30%) et en Afrique centrale et de l'ouest (22%). Le personnel ressortant de la catégorie Professionnel international provient d'un total de 99 pays issus de toutes les régions géographiques. En ce qui concerne la répartition par âge de l'effectif de l'ONUSIDA, l'âge moyen est de 46 ans. En tant qu'organisation de connaissances, le Secrétariat a besoin de professionnels expérimentés et de haut niveau, qui peuvent fournir des résultats techniques et de gestion de manière autonome et recourir à des réseaux professionnels bien développés. Le Secrétariat a parallèlement augmenté la représentation des personnes plus jeunes dans son effectif. L'effectif âgé d'entre 20 et 39 ans constitue pour l'instant 27% de l'ensemble de la main-d'œuvre générale.

83. Le Conseil a pris note des nouvelles informations relatives à la gestion stratégique des ressources humaines et plusieurs membres ont indiqué apprécier leur qualité et leur exhaustivité. Plusieurs délégations ont observé les progrès réalisés par rapport à de nombreuses questions stratégiques identifiées, y compris aux niveaux de la rationalisation du siège, de l'augmentation du nombre relatif de membres du personnel dans les bureaux de terrain, et de la mise en œuvre du Plan d'action sur la Sexospécificité. Il a été observé que le déploiement du personnel devrait être conforme à la charge de l'épidémie.

7. DECLARATION DU REPRESENTANT DE L'ASSOCIATION DU PERSONNEL DE L'ONUSIDA

84. M. Jason Sigurdson, Président de l'Association du Personnel du Secrétariat de l'ONUSIDA (USSA), a rendu compte des résultats de la dernière enquête de personnel annuelle, qui a affiché un taux de réponse de 60%. L'enquête a souligné l'importance de la réforme de l'assurance santé pour les membres du personnel, puisque l'effectif est souvent confronté à un manque de reconnaissance de l'assurance santé au point de service (ce qui entraîne généralement des dépenses non remboursées considérables), à de longs délais de remboursement et à des procédures de demande de remboursement sur papier désuètes. Par rapport à cette question clé, M. Sigurdson a affirmé qu'un groupe de travail Gestion du personnel commun s'était réuni en 2013, avec un soutien appuyé de la part de M. Sidibé et de Mme Beagle. Bien que les problèmes relatifs à l'assurance santé du personnel n'aient pas été résolus, il a affirmé que le personnel avait été encouragé par des signes démontrant que l'OMS entreprenait une étude sérieuse visant à traiter les préoccupations du personnel. D'autres questions soulevées par le Président de l'USSA concernaient l'impact des fluctuations monétaires et l'importante inflation dans certains cadres, ainsi que des questions permanentes relatives à l'équilibre vie professionnelle-vie privée.

85. Le Conseil a noté la déclaration du représentant de l'Association du personnel de l'ONUSIDA.

8. QUESTIONS DIVERSES

86. Aucune nouvelle question n'a été présentée.

9. SEGMENT THEMATIQUE : TRAITEMENT DES FACTEURS ECONOMIQUES ET SOCIAUX DU VIH PAR LE BIAIS DE LA PROTECTION SOCIALE

87. Un segment thématique de toute une journée a été consacré au rôle de la protection sociale dans le traitement des facteurs économiques et sociaux du VIH. Dans ses remarques d'ouverture, M. Sidibé a reconnu la prévoyance du Conseil en consacrant la session thématique à la protection sociale, qualifiant cette dernière de prochaine frontière de la riposte au sida. Il a déclaré que le traitement des facteurs économiques et sociaux était crucial pour la réalisation de la vision de l'ONUSIDA, soulignant l'importance d'une action allant au-delà du secteur de la santé et d'un cofinancement provenant d'autres secteurs. Il a aussi appelé à faire

de la protection sociale un point prioritaire lors de la Réunion de Haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA. M. Sidibé a déclaré que la recherche commandée par l'OIT indique que parmi les personnes vivant avec le VIH et qui bénéficient d'une protection sociale au Rwanda, 95% ont pu conserver leur emploi, que 99% de leurs enfants restaient scolarisés, et que 95% d'entre elles avaient accès à une thérapie antirétrovirale. Des preuves relatives au rôle de la protection sociale dans la prévention du VIH provenant du Malawi et d'Afrique du Sud ont aussi été citées.

88. M. Guy Ryder, Directeur général de l'OIT, a souligné l'engagement de l'OIT visant à traiter les facteurs socio-économiques du VIH, comme le prouve le passage par l'OIT des recommandations 200 et 202 sur les niveaux de protection sociale. Il a souligné l'importance du lieu de travail pour traiter le VIH, puisque les personnes vivant avec le VIH qui disposent d'un emploi décent ont 39% plus de chances de poursuivre la thérapie antirétrovirale. Il a appelé à l'inclusion de la protection sociale dans le programme de l'après-2015, citant des recherches menées dans quatre pays et démontrant que la protection sociale réduit la vulnérabilité et améliore les niveaux de vie. M. Ryder a cité de nombreux obstacles permanents à une riposte plus efficace, dont un manque de sensibilisation par rapport aux régimes de protection sociale, les écarts dans la couverture de protection sociale (y compris les critères d'éligibilité qui excluent de nombreuses personnes vivant avec le VIH, surtout dans le secteur informel de l'économie), les obstacles bureaucratiques et liés aux formalités administratives, les hauts niveaux de stigmatisation et de discrimination vis-à-vis des populations clés et vulnérables, et une perception commune parmi les décideurs que la protection sociale est inabordable. Il a indiqué que plus des interventions de protection sociale sont réalisées, plus il est prouvé que la protection sociale devient abordable, citant l'expérience récente observée au Mozambique.
89. Citant la perspective d'une personne vivant avec le VIH, Mme Morolake Aderinoye Odetoyinbo, du Nigéria, a souligné qu'il était nécessaire que la protection sociale soit disponible à tous, quel que soit le statut VIH ou la nationalité. Elle a déploré le manque d'opportunités d'emploi rémunérées pour les personnes vivant avec le VIH et a observé que les personnes qui participent aux emplois en tant que volontaires sont souvent mises de côté lorsque des opportunités d'emploi rémunérées se présentent. Elle a noté que les plans d'assurance santé excluent dans de nombreux pays les personnes vivant avec le VIH et que trop de personnes nécessitant une thérapie antirétrovirale ne sont pas suffisamment informées de l'importance de celle-ci. Elle a déménagé aux Etats-Unis pour étudier et a été confrontée à plusieurs obstacles pour obtenir des services essentiels suite aux restrictions que rencontrent les personnes qui ne sont pas des citoyens américains. Elle plaide pour une action visant à traiter les besoins des migrants vivant avec le VIH, les besoins nutritionnels liés à la vie avec le VIH, les lois homophobes, les besoins éducatifs et sanitaires des orphelins et des enfants vulnérables, ou encore la stigmatisation sociale.
90. Mme Catherine Sozi, Directrice de pays pour l'ONUSIDA, Chine, a modéré la session thématique. Dans ses remarques introductives, elle a considéré la session comme étant le résultat du travail de préparation assuré par l'ONUSIDA et les partenaires dans les pays, les régions et les sièges. Elle a indiqué qu'un groupe de

travail rassemblant les Etats membres, les organismes coparrainants et la société civile a dirigé la préparation de la session, en ce compris la rédaction du projet de document de référence qui a été publié sur le site Web de l'ONUSIDA. Parmi les 52 propositions reçues en réponse à « l'appel de l'ONUSIDA pour la soumission de programmes et/ou d'initiatives traitant les facteurs économiques et sociaux du VIH via la protection sociale en vue des objectifs d'éradication du sida, de l'extrême pauvreté, de l'inégalité et de la marginalisation », certaines ont été sélectionnées pour présenter des conclusions clés au Conseil. Ces présentations ont été organisées en une série de discussions de groupe.

Protection sociale et VIH : Les incitants financiers fonctionnent-ils pour la riposte au VIH?

91. M. David Wilson, chef du Programme sida mondial de la Banque mondiale, a indiqué qu'un quart de la population mondiale vivait avec moins de US\$ 1,25 par jour. Nous observons toutefois une importante augmentation du nombre de programmes relatifs à la protection sociale, qui concernent actuellement plus d'un milliard de personnes dans le monde, la croissance la plus rapide étant relevée en Afrique. Malgré ces progrès, deux tiers des personnes qui vivent avec US\$ 1,25 par jour ne sont pas encore soutenues par des programmes de protection sociale.
92. M. Wilson a observé que la Banque mondiale était le plus grand investisseur mondial dans les programmes de protection sociale. Outre les preuves démontrant l'efficacité des programmes de transferts de liquidités et de repas dans les écoles pour réduire la pauvreté et promouvoir la santé non liée au VIH, trois essais cliniques contrôlés et randomisés qui utilisaient des critères biologiques ont conclu que les transferts de liquidités réduisaient la transmission du VIH. Il a déclaré qu'en Tanzanie, les personnes recevant jusqu'à US\$ 60 par an pour ne pas être contaminées par des infections sexuellement transmissibles (IST) présentaient une prévalence d'IST 25% inférieure. Au Malawi, un transfert de liquidités mensuel de US\$ 15 aux familles pauvres afin d'assurer la poursuite de la scolarisation des jeunes a permis de réduire de 64% le nombre de nouvelles infections à VIH, que les jeunes femmes soient restées scolarisées ou non. Au Lesotho, les adultes ayant eu l'occasion de participer à une loterie pour gagner US\$ 50 ou US\$ 100 tous les quatre mois à condition de rester séronégatifs présentaient une incidence de VIH 25% inférieure, qui a atteint 33% chez les jeunes femmes. Bien que les questions relatives à la durabilité des avantages et à l'extensibilité des transferts de liquidités restent sans réponse, M. Wilson conclut qu'il existe suffisamment de preuves pour étendre l'application de ces programmes et que la Banque mondiale prévoit toute une série de réunions pour étudier quelle est la meilleure manière d'avancer.
93. Le Dr Lucie Cluver, de l'Université d'Oxford, s'est concentrée sur la question visant à savoir si les programmes de transfert de liquidités gouvernementaux réduisaient le risque d'infection à VIH, si les liquidités et les soins fournissaient de meilleurs résultats de prévention du VIH, et quelles étaient les méthodes grâce auxquelles la protection sociale permettrait de réduire le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité. Il est ressorti de trois études menées par le Dr Lucie Cluver et ses collègues en Afrique du Sud qu'une adolescente qui n'est pas victime d'abus émotionnels ou physiques et qui n'a pas faim a 0,9% de chance d'avoir recours aux

transactions sexuelles, alors que ce pourcentage atteint 57% pour les filles confrontées à de tels problèmes. Si les transferts de liquidités n'empêchent pas les jeunes d'adopter des comportements sexuels risqués, les bénéficiaires de transferts de liquidités semblent prendre des décisions plus sûres en ce qui concerne le type et l'âge des partenaires sexuels. Les transferts de liquidités seuls réduisent sensiblement les probabilités de comportements sexuels risqués de 40% pour les adolescentes, mais pas pour les adolescents. Toutefois, lorsque les transferts de liquidités sont combinés à des services de soins et d'appui psychosociaux, les garçons affichent une diminution de 50% des comportements à risque. Outre leur effet sur les comportements à risque pour le VIH, les programmes de protection sociale permettent aussi d'améliorer l'adhérence au traitement, tandis que la combinaison des transferts de liquidités et des soins débouche sur une amélioration de 80% des taux d'adhérence chez les adolescents. Elle en a conclu que les transferts de liquidités fonctionnent réellement pour la prévention du VIH.

94. Mme Noxolo Leo Myeketsi, de Cape Town, en Afrique du Sud, a fourni un exemple réel du rôle de la protection sociale. Elle a expliqué au Conseil comment une subvention pour enfant en espèces accordée à sa grand-mère l'avait aidée à couvrir les dépenses scolaires (dont les frais de dossier) et de nourriture, et comment cela l'avait aidée à éviter les relations sexuelles intergénérationnelles pour subvenir à ses besoins basiques. Elle poursuit à présent ses études à l'université, une option qui n'aurait pas été envisageable sans l'allocation accordée à sa grand-mère.
95. Le Dr Deborah Bix, Ambassadrice itinérante et Coordinatrice sida mondiale pour les Etats-Unis, s'est concentrée sur le rôle des groupes d'épargne pour le renforcement économique. Les groupes d'épargne sont un programme à assise communautaire qui aide les gens à mieux gérer leur argent, à avoir accès à des services financiers de base lorsque des emprunts abordables ne sont pas disponibles, et à renforcer les dispositifs de protection sociale. Ces épargnes reposent sur des pratiques traditionnelles que l'on retrouve dans pratiquement tous les pays dans lesquels PEPFAR intervient, ce qui facilite la compréhension, l'acceptation et le fonctionnement des groupes d'épargne. Le Dr Bix note que les groupes d'épargne représentent une intervention peu onéreuse, extensible et autosuffisante, qui accélère et soutient les résultats des programmes pour le sida. Dans plus de 15 pays où plus de 13.000 groupes d'épargne comptant plus d'un quart de million de bénéficiaires ont été créés, les membres ont réussi à épargner plus de US\$ 6,5 millions à partir de leurs propres ressources ; les économies ont été utilisées à diverses fins, mais surtout pour les soins et le bien-être d'environ un million d'enfants dans leurs familles.
96. Le Dr Bix a souligné les résultats tangibles du soutien de PEPFAR aux groupes d'épargne. Au Rwanda, 97% des orphelins et des enfants vulnérables sont toujours scolarisés, même après avoir quitté le programme, 88% ont une assurance santé qui est payée par la famille et 85% continuent d'afficher des niveaux élevés de bien-être psychosocial. En Ethiopie, les groupes d'épargne parmi les personnes vivant avec le VIH soutenus par le PAM et PEPFAR ont été associés à 97% d'adhérence à la thérapie antirétrovirale, contre 84% pour un groupe de comparaison. En Côte d'Ivoire, les épargnes ont été associées à une diminution du

taux de violence des partenaires intimes. Le PEPFAR intensifie à présent le soutien aux transferts de liquidités destinés aux orphelins et aux enfants vulnérables et observe avec intérêt la discussion sur la protection sociale reprenant les transferts de liquidités pour la riposte au sida.

97. Les présentations du groupe ont entraîné un long débat et les membres du Conseil ont déclaré avoir apprécié les discussions. Les membres du Conseil affirment que les interventions de protection sociale fonctionnent, sont abordables et doivent être assurées en combinaison avec des programmes plus vastes en vue de réduire l'inégalité, de promouvoir les droits de l'homme, de diminuer la pauvreté et d'améliorer la sécurité alimentaire. Il a été observé que 16 millions de personnes bénéficient actuellement d'allocations sociales en Afrique du Sud. Des pays (comme le Rwanda et la Tanzanie) investissent d'importantes ressources nationales dans la protection sociale, tandis que PEPFAR, l'UNICEF, la Banque mondiale, le DFID, la Suisse et d'autres donateurs apportent un soutien financier pour plusieurs initiatives de protection sociale. La Suisse a souligné que le programme de protection sociale qu'elle soutient en Tanzanie et qui vise les personnes plus âgées qui sont souvent marginalisées et non ciblées par les services d'atténuation du VIH. Les membres du Conseil ont indiqué que la protection sociale était une composante cruciale de la riposte mondiale au sida. A titre d'exemple, il a été observé que la sécurité alimentaire et la nutrition avaient un rôle important à jouer dans la promotion de l'adhérence au traitement. En réponse aux demandes des membres du Conseil, PEPFAR a déclaré que la législation de réautorisation pour le programme n'avait pas diminué les ressources pour les interventions de protection sociale, mais avait au lieu de cela souligné la nécessité d'assurer un accès au traitement du VIH pour les orphelins et les enfants vulnérables. Les membres du Conseil ont observé que les pays à revenus moyens ne sont souvent pas capables d'obtenir une assistance pour la protection sociale, malgré l'extrême pauvreté et la vulnérabilité auxquelles sont confrontés bon nombre de ces pays. Les membres du Conseil ont encouragé les pays à étendre les programmes de protection sociale et de transferts de liquidités, y compris via l'inclusion de ces programmes dans des notes conceptuelles au Fonds mondial et dans des Plans opérationnels nationaux pour PEPFAR.

L'accès en action : expérience vécue de la protection sociale et du VIH

98. Le Dr Mehdi Karkouri, de l'Association de Lutte contre le sida au Maroc, a décrit l'épidémie concentrée au Maroc, y compris les charges considérables et les barrières d'accès auxquelles sont confrontées les populations clés. Il a par exemple expliqué à quel point il était souvent difficile pour les personnes vivant avec le VIH d'obtenir des rendez-vous dans les temps pour les épreuves diagnostiques en raison des longues distances jusqu'aux services de VIH, de la pauvreté et de la stigmatisation associée au VIH. Le Dr Karkouri a parlé d'un programme soutenu par le Fonds mondial qui recrute des travailleurs sociaux pour aider les personnes vivant avec le VIH à s'y retrouver dans les systèmes de services sociaux et de santé afin d'avoir accès au traitement et aux services diagnostiques nécessaires. Ces interventions comprennent un support élémentaire pour le transport, les besoins basiques comme la nourriture, les vêtements et un abri temporaire pour les personnes vivant avec le VIH qui habitent loin des structures de santé.

99. Le Dr Pornpet Panjapiyakul, du ministère thaï de la Santé, a décrit comment la Thaïlande avait pris des mesures pour assurer l'accès à la sécurité sociale et aux soins de santé des travailleurs migrants. Il a indiqué que la Thaïlande comptait trois millions de migrants, dont 1,8 million étaient sans papiers. Les migrants représentent 2.700 des 460.000 personnes vivant avec le VIH dans le pays. Grâce à une nouvelle procédure qui permet aux migrants d'obtenir une identification nationale, les migrants et leurs familles sont à présent en mesure d'accéder aux services de soins de santé essentiels, dont les services de soins et d'appui, de traitement, et de prévention du VIH. Il a indiqué que 140.000 migrants ont jusqu'à présent été couverts par le plan et que celui-ci deviendrait autosuffisant lorsque le nombre de participants serait de 200.000.
100. M. Charles King, Directeur exécutif de Housing Works, une organisation non gouvernementale de New York City, a décrit comment son organisation avait travaillé pour vaincre les effets du sans-abrisme et de la toxicomanie sur la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH. Parmi les personnes qui vivent dans le programme de logement collectif de House Works, plus de 65% sont des patients à suppression virale et environ deux tiers arrêtent ou réduisent leur consommation de drogue. Le programme de logement de l'organisation assure aussi un accès aux services de réduction des risques volontaires, aux services de santé mentale, aux formations professionnelles et aux opportunités d'emploi. M. King a demandé de toute urgence un plus grand soutien financier pour le logement et l'accès à de plus nombreuses opportunités d'emploi pour les sans-abris, et ce en tant qu'intervention clé pour traiter les facteurs économiques et sociaux du VIH.
101. Comme l'a expliqué M. Krishan Ballabh Agarwal (Inde), le VIH suscite souvent le désespoir des personnes qui en sont touchées et de leur famille. L'Inde a étendu ses programmes de protection sociale pour également assurer la couverture des personnes vivant avec le VIH. Il a indiqué parmi les résultats notables que 35 plans nationaux et centraux avaient été amendés pour inclure les personnes vivant avec le VIH. En décembre 2013, plus de 600.000 personnes vivant avec le VIH avaient accès à ces plans, reprenant les remboursements des transports, des subventions, des compensations pour le salaire non perçu, des opportunités d'emploi, des pensions de veuf/veuve, des logements subventionnés et une assurance médicale. Le programme semble être durable, puisqu'il est protégé légalement.
102. Mme Maureen Owino, du Comité pour un Traitement accessible (Toronto, Canada), a décrit les défis auxquels sont souvent confrontés les immigrants pour obtenir les services de traitement du VIH. On peut citer parmi les importantes barrières d'accès pour les immigrants la crainte de l'expulsion, les difficultés de compréhension du processus de migration, le manque de conseils adaptés d'un point de vue culturel sur l'immigration, et les multiples dimensions de la vulnérabilité. Le nombre croissant d'immigrants noirs accusés de transmission criminelle du VIH est un autre obstacle à l'accès aux services de VIH pour les migrants. En réponse à cela, des prestataires de services se sont réunis pour créer l'organisation pour laquelle elle travaille, qui cible spécifiquement l'amélioration de l'accès pour les immigrants. Depuis sa création en 1999, elle est passée du statut d'organisation dirigée par des prestataires de services à celui d'organisation gérée et contrôlée par des immigrants vivant avec le VIH.

103. En réponse aux présentations, les membres du Conseil se sont réjouis et ont apprécié les efforts du Programme commun visant à placer la protection sociale au centre de la riposte. Les orateurs ont demandé que des efforts soient fournis en vue d'assurer un soutien psychosocial aux personnes vivant avec le VIH et de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte par rapport à la couverture de protection sociale. L'ONUSIDA a été encouragée à diriger les efforts visant à améliorer la résilience des groupes vulnérables (dont les sans-abris), à inclure la protection sociale dans le programme de l'après-2015, et à faire valoir des arguments économiques persuasifs pour l'investissement dans la protection sociale vis-à-vis des ministres des Finances.

Eradication du sida : Personne ne sera délaissé

104. La dernière série de présentations de la session thématique s'est concentrée sur les expériences de populations clés et la nécessité d'une transformation sociale afin de réduire la vulnérabilité au VIH.

105. M. Andrés Scagliola, du ministère uruguayen du Développement social, a abordé les efforts fournis par son pays en vue de traiter les besoins des transsexuels, dont l'espérance de vie n'est que d'environ la moitié de celle de l'ensemble du pays. On estime que la prévalence du VIH parmi les transsexuels en Uruguay est de 21%, tandis que les transsexuels sont confrontés à d'importants obstacles pour accéder aux services, en partie en raison de la discrimination présente au sein du système des soins de santé. L'Uruguay a pris des mesures pour aligner les plans d'identification nationaux avec chaque identité sexuelle des individus. La TUS Transcard a été développée et est disponible dans l'ensemble du pays. Elle a permis à 1088 transsexuels d'obtenir des transferts de liquidités inconditionnels. Des organisations issues de la communauté transsexuelle sont apparues et le pays a participé à une campagne nationale de lutte contre la stigmatisation à l'égard des transsexuels.

106. Mme Penninah Mwangi, Directrice du Bar Hostess Empowerment and Support Programme (BHESP) à Nairobi (Kenya), a décrit la création de son organisation en 1997-1998, lorsque de nombreux(es) professionnel(le)s du sexe mouraient du VIH. L'organisation a commencé à former les professionnel(le)s du sexe sur la prévention du VIH et les droits de l'homme. L'organisation distribue des préservatifs, fournit des tests VIH et des conseils, et facilite la liaison avec les services de soins. En réponse à la violence exercée à l'encontre des professionnel(le)s du sexe, l'organisation a plaidé pour une plus grande sécurité à partir des organisations répressives. BHESP a aidé à former et à renforcer 30 réseaux de professionnel(le)s du sexe, a formé plus de 500 auxiliaires juridiques et plus de 600 pairs-éducateurs, a fourni un support biomédical à plus de 1.000 professionnel(le)s du sexe et à 400 hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes (par exemple préservatifs, PEP, PrEP, traitement VIH), et a parrainé 15 cliniques d'aide juridique gratuites pour les professionnel(le)s du sexe. L'organisation assure aussi des services juridiques pour les professionnel(le)s du sexe victimes de harcèlement de la part d'agents des forces de l'ordre, remportant 10 affaires dans lesquelles les arrestations ont été contestées.

107. M. Derrick Malumo, de Zambie, a évoqué l'expérience des prisonniers vivant avec le VIH. Avec le soutien de l'ONUSIDA, le gouvernement zambien dispense à présent des services pour les détenus vivant avec le VIH et les anciens détenus. Assurer la continuité des soins pour les détenus qui sont libérés dans la communauté reste toutefois difficile. De nombreuses personnes libérées de prison sont confrontées au sans-abrisme et à un manque d'opportunités économiques, ce qui débouche souvent sur de nouvelles arrestations. Il a demandé d'urgence un plus grand accès aux services sociaux pour les détenus, dont un soutien au logement pour faciliter l'intégration socio-économique des anciens détenus.
108. Mme Maksym Demchenko, d'Ukraine, a demandé que de l'attention soit accordée aux besoins de protection sociale des personnes consommatrices de drogues par injection. Le Réseau ukrainien des personnes séropositives a réussi à obtenir plusieurs avantages gouvernementaux. Une riposte durable nécessite toutefois que l'on accorde de l'attention aux facteurs sociaux et aux causes premières du risque d'infection à VIH et de la vulnérabilité. Les agents des forces de l'ordre doivent particulièrement être sensibilisés et arrêter de harceler les toxicomanes. Des programmes de réduction des risques renforcés et une approche intégrée qui associe la prévention du VIH et le traitement sont nécessaires. Il a été observé en Ukraine que les récents troubles politiques ont exacerbé le défi que représente le VIH parmi les toxicomanes suite à l'interruption de l'accès aux services.
109. Après la présentation, les membres du Conseil ont plaidé pour un leadership actif des populations clés par rapport aux programmes qui les ciblent. Les défis rencontrés par les populations autochtones ont été soulignés, les membres du Conseil observant qu'elles sont actuellement délaissées par la riposte et appelant à une action concertée pour traiter leurs besoins liés au VIH. Les efforts fournis par la Zambie en vue de traiter le VIH en prison ont été applaudis. Il a été observé que d'autres pays issus de diverses régions ont également pris des mesures pour améliorer la programmation relative au VIH et la politique portant sur les structures carcérales.
110. Lors du résumé des résultats de la session thématique, Mme Simão a répété qu'il existait désormais de solides preuves que les programmes de protection sociale fonctionnent pour réduire la vulnérabilité, améliorer la justice sociale et réduire le risque d'infection à VIH. La protection sociale est aussi abordable, puisque ne rien faire coûte bien plus cher que les investissements requis pour les programmes de protection sociale. Elle a déclaré que les gouvernements avaient un rôle majeur à jouer dans l'extension de l'accès à la protection sociale, bien que l'engagement des communautés et de la société civile soit essentiel à la réussite. Elle a ajouté que l'ONU était un partenaire évident pour les efforts visant à étendre l'accès à la protection sociale.

10. CLOTURE DE LA REUNION

111. Au nom du Programme commun, Mme Beagle a remercié la présidence et la vice-présidence et a indiqué apprécier le soutien que témoigne le Conseil par rapport à la vision de l'ONUSIDA ainsi que l'extension de la Stratégie de l'ONUSIDA.

112. La présidence clôture la 34ème réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA.
113. La 34ème réunion du Conseil de l'ONUSIDA a arrêté plusieurs décisions, recommandations et conclusions (Annexe 2).

[Les annexes suivent]

Annexe 1



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

UNAIDS/PCB (34)/14.1

Date de publication : 17 juin 2014

TRENTE-QUATRIEME REUNION

DATE : 1^{er} - 3 juillet 2014

LIEU : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

HEURE : 09 h 00 - 12 h 30 | 14 h 00 - 18 h 00

Projet d'ordre du jour annoté

MARDI, 1er JUILLET

1. Ouverture

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

La Présidence prononcera l'allocution d'ouverture de la 34^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.

1.2 Examen du rapport de la trente-troisième réunion

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

Document: ONUSIDA/CCP (33)/13.23

1.3 Rapport du Directeur exécutif

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

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.2

1.4 Rapport de la Présidence du comité des Organismes coparrainants (COC)

La Présidence du Comité des organismes coparrainants présentera le rapport du Comité.

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.3

2. Le leadership dans le cadre de la riposte au sida

Un ou plusieurs orateurs de marque prendront la parole devant le Conseil sur une question d'actualité et d'intérêt stratégique.

3. Point sur la riposte au sida dans l'agenda de développement pour l'après-2015

Le Conseil recevra un rapport sur les progrès accomplis à ce jour sur la place accordée à la riposte au sida dans l'agenda de développement pour l'après-2015.

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.4 ;
ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP1 ; ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP2.

4. Suivi du segment thématique de la 33ème réunion du Conseil de Coordination du Programme

Le Conseil recevra un rapport de synthèse sur les résultats obtenus dans le cadre du segment thématique « Le VIH, les adolescents et les jeunes »

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.5

MERCREDI, 2 JUILLET

5. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA pour 2012-2015

5.1 Examen à mi-parcours

Le Conseil recevra un rapport sur l'examen à mi-parcours du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2012-2015. Les principaux résultats des examens externes de l'ONUSIDA ainsi que des études de cas des pays figurent en annexes. Un aperçu de l'action de l'ONUSIDA dans les pays fortement touchés sera présenté au Conseil sous la forme d'un document de séance, illustrant l'action du Programme commun à l'échelon des pays.

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.6 ; ONUSIDA/CCP (34)/14.7 ;
ONUSIDA/CCP (34)/14.8 ;
ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP3.

5.2 Suivi des performances

Le Conseil recevra un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA en 2012-2013. Un cadre d'indicateurs révisé pour 2014-2015 est présenté en annexe. La matrice des résultats, des responsabilités et du budget pour 2012-2013, un rapport sur la collaboration de l'ONUSIDA avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et avec le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), ainsi qu'un rapport sur les travaux du Programme commun réalisés avec la société civile, seront présentés sous la forme de documents de séance.

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.9 ; ONUSIDA/CCP (34)/14.10 ;
ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP4 ; ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP5.

5.3 Information financière

Le Conseil recevra le rapport financier et les états financiers audités pour 2013, comprenant le rapport des vérificateurs externes pour 2013. Le Conseil recevra aussi un point sur la situation financière au 31 mars 2014.

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.11 ; ONUSIDA/CCP (34)/14.12.

6. Point sur des questions de gestion stratégique des ressources humaines

Le Conseil recevra un compte rendu sur des questions de gestion stratégique des ressources humaines.

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.13

7. Déclaration du représentant de l'Association du Personnel de l'ONUSIDA

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.14

8. Questions diverses

JEUDI, 3 JUILLET

9. Segment thématique : Traitement des facteurs économiques et sociaux du VIH par le biais de la protection sociale.

Document: ONUSIDA/CCP (34)/14.15 ;
ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP6.

10. Clôture de la réunion



Annexe 2

3 juillet 2014

34ème Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA Genève, Suisse 1-3 juillet 2014

Décisions

Le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA,

Rappelant que tous les aspects du travail de l'ONUSIDA sont orientés par les principes directeurs suivants et qu'ils sont donc :

- Alignés sur les priorités des parties prenantes nationales ;
- Fondés 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 ;
- Fondés sur les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes ;
- Fondés sur les meilleures données scientifiques et connaissances techniques disponibles ;
- Promoteurs de ripostes complètes au sida qui intègrent la prévention, le traitement, les soins et l'appui ; et
- Fondés sur le principe de la 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-troisième réunion

- 2.1 *Adopte* le rapport de la 33^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ;
- 2.2 *Elit* El Salvador comme Rapporteur pour 2014 ;

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 Président du Comité des Organismes coparrainants (COC)

4. *Prend note* du rapport du Président du Comité des organismes coparrainants (COC) ;

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

- 5.1 *Se félicite* du point sur la riposte au sida dans le programme de développement pour l'après-2015 et ;
- 5.2 *Prend note* de la décision du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA lors de sa 32^{ème} réunion relative au programme de développement pour l'après-2015, en particulier :
- a. *Souligne* l'importance de veiller à ce que le VIH et le sida figurent au cœur du programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015 et de préconiser l'inclusion de cibles au titre des objectifs pertinents afin de parvenir à zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida ; et
 - b. *Tire parti* des enseignements de la riposte au VIH et au sida pour relever d'autres défis complexes en matière de santé dans l'après-2015 ;
- 5.3 *Prend note* de la résolution de l'ECOSOC E/RES/2013/11, en particulier :
- a. *Reconnaît* la valeur des enseignements tirés de l'action menée au niveau mondial afin de lutter contre le VIH et le sida pour le programme de développement de l'après-2015, et notamment de ceux tirés de l'approche unique du Programme commun et que le Programme commun offre aux Nations Unies un exemple utile devant être considéré, selon qu'il convient, comme un moyen de renforcer la cohérence stratégique, la coordination, l'orientation fondée sur les résultats et l'impact au niveau des pays, sur la base des situations et des priorités nationales ;
- 5.4 *Prend note* des travaux en cours du Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable qui mentionnent explicitement « la fin des épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme » ;
- 5.5 *Appelle* les Etats Membres et le Programme commun des Nations Unies à rechercher, conformément à notre vision commune de l'objectif zéro, un engagement clair dans le programme de développement de l'après-2015 pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique et qu'obstacle au développement durable en général d'ici à 2030, défini provisoirement comme la réduction rapide des nouvelles infections à VIH, de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations vulnérables ainsi que des populations clés¹, et des décès

¹ Telles que définies dans la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 « Objectif: Zéro », note de bas de page n°41 : « Les populations clés, ou populations clés plus exposées au risque d'infection, sont des groupes plus

liés au sida de 90% par rapport aux niveaux de 2010, au moyen d'interventions fondées sur des données probantes afin d'inclure l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, de sorte que le sida ne représente plus une menace majeure pour aucune population et pour aucun pays ;

- 5.6 *Encourage* le Programme commun des Nations Unies et les Etats Membres à poursuivre des indicateurs sensibles au VIH conformément à plusieurs domaines d'objectifs, notamment, mais ne s'y limitant pas, la santé, la sexospécificité, l'éducation, les partenariats et la jeunesse, afin d'assurer une cohérence politique et une action concentrée pour aborder les déterminants sociaux, politiques, économiques et environnementaux du VIH, la mauvaise santé, la pauvreté et les inégalités (aux niveaux communautaire, national et mondial) ; et des mécanismes inclusifs de responsabilité renforcés pour permettre une large participation et une appropriation concernant la mise en œuvre et le suivi du programme de l'après 2015.

Point 4 de l'ordre du jour : Suivi du segment thématique de la 33^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme consacré au VIH, aux adolescents et à la jeunesse

- 6.1 *Prend note* avec satisfaction du rapport de synthèse de la session thématique sur le VIH, les adolescents et les jeunes ;
- 6.2 *Reconnaît* avec une vive inquiétude que sur le plan mondial les jeunes femmes de 15 à 24 ans ont des taux d'infection par le VIH deux fois plus élevés que les jeunes hommes, et qu'il y a un écart persistant et significatif entre les taux de couverture du traitement antirétroviral pour les adultes par rapport aux adolescents et aux enfants ;
- 6.3 *Encourage* les États Membres à intensifier de toute urgence des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH intégrant une dimension sexospécifique, adaptés aux jeunes et fondés sur des données probantes, à accroître l'accès au traitement pédiatrique du VIH, à élargir les programmes de soins et de soutien et à habiliter les associations dirigées par des jeunes afin d'assurer leur participation tout au long du cycle de programmation concernant le VIH, notamment la conception, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation ;
- 6.4 *Appelle instamment* les Etats Membres à renforcer les initiatives qui augmenteraient les capacités des jeunes femmes et des adolescentes à se protéger contre l'infection à VIH ;

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. »

- 6.5 *Prie* le Programme commun d'aider les pays, s'ils le demandent, à mener un examen de leurs politiques de dépistage, de conseil et de traitement concernant le VIH et d'agir sur les obstacles juridiques, réglementaires et sociaux liés à l'âge et au sexe que rencontrent les adolescents en matière de dépistage, de prévention, de traitement, de soins et de soutien dans le domaine du VIH ;
- 6.6 *Encourage* les Etats Membres et le Programme commun à effectuer un suivi des points de décision 8.5 et 8.9 du 24^{ème} Conseil de Coordination du Programme ayant trait à une programmation complète pour les adolescents et les jeunes qui s'injectent des drogues ;
- 6.7 *Demande en outre* au Programme commun de soutenir les pays afin d'améliorer la collecte, la diffusion et l'analyse systématiques et coordonnées des données ventilées par âge et par sexe aux niveaux national et sous-national ;
- 6.8 Reconnaissant la contribution des jeunes à chaque étape du cycle des programmes et aux processus décisionnels, *demande* à l'ONUSIDA d'élaborer des indicateurs de suivi de la participation des jeunes à la riposte au sida ;

Point 5 de l'ordre du jour : Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA pour 2012-2015

Point 5.1 de l'ordre du jour : Examen à mi-parcours

- 7.1 *Prend note* du rapport ; salue le rôle que le Programme commun a joué dans la riposte au sida ; et demande instamment que l'ONUSIDA redouble d'efforts pour aider les pays à atteindre les cibles relatives à la lutte mondiale contre le sida adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2011 ;
- 7.2 *Décide* de prolonger la durée de la stratégie existante pour deux ans jusqu'à la fin de 2017, en demandant à l'ONUSIDA de mettre à jour les objectifs figurant dans la stratégie actuelle et de présenter sur cette base un UBRAF mis à jour pour 2016-2017 lors de la 36^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme, en tenant compte des enseignements tirés de l'examen à mi-parcours de l'UBRAF et du processus consultatif en cours visant à améliorer l'UBRAF, notamment la nécessité d'une chaîne de résultats claire reliant les produits à fournir et les résultats, et l'impact prévu pour le Programme commun.
- 7.3 *Demande* à l'ONUSIDA d'élaborer la prochaine phase de la stratégie (à partir de 2018), un cadre de résultats et un budget à soumettre pour examen à la 40^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme, qui s'appuieront sur la stratégie actuelle et notre vision commune de l'objectif zéro, alignées sur la résolution sur l'Examen quadriennal complet (EQC) des activités opérationnelles de développement et tenant compte des enseignements tirés de la mise en œuvre de l'EQC et de l'UBRAF.

Point 5.2 de l'ordre du jour : Suivi des performances

- 7.4 *Prend note* du rapport (Rapport sur le suivi des performances) et *demande* à l'ONUSIDA de fournir un Rapport consolidé sur le suivi des performances au 36^{ème} Conseil de Coordination du Programme décrivant les progrès réalisés par rapport aux indicateurs de base ainsi qu'aux dépenses ; montrant le lien vers les résultats, les objectifs et les cibles ; faisant une distinction entre les résultats des Coparrainants, du Secrétariat et les résultats communs ; et en utilisant la structure de l'UBRAF, de démontrer les performances des pays.
- 7.5 *Demande* au Secrétariat de préparer un document de séance pour la 35^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme sur les actions concrètes prises pour aborder et mettre en oeuvre les précédents points de décision approuvés par le Conseil de Coordination du Programme qui ont trait à la société civile ;

Point 5.3 de l'ordre du jour : Information financière

- 7.6 *Accepte* le rapport financier et les états financiers ayant fait l'objet d'un audit pour l'exercice s'achevant au 31 décembre 2013 ;
- 7.7 *Prend note* de la mise à jour à mi-parcours concernant la gestion financière pour l'exercice biennal 2014-2015 pour la période allant du 1^{er} janvier 2014 au 31 mars 2014, y compris le financement partiel des engagements liés au personnel et la reconstitution du fonds de rénovation du bâtiment ;
- 7.8 *Encourage* les gouvernements donateurs à débloquer le plus tôt possible leur contribution au Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités pour 2012-2015 ;
- 7.9 *Demande* à l'ONUSIDA d'effectuer une analyse pour déterminer la limite inférieure du seuil pour la réserve de fonds nette et de faire rapport à la 36^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme ;
- 7.10 *Demande* à l'ONUSIDA de tenir un dialogue sur le financement visant à assurer un financement prévisible et durable, la gestion efficace des fonds et la transparence pour une mise à jour effective de l'UBRAF dans le cadre de la riposte globale au sida. Le dialogue sur le financement devrait avoir lieu avant la fin de 2014 pour discuter de la responsabilité et des rapports financiers, pour examiner la répartition des fonds de base et autres et pour fournir des données de suivi sur les tendances en matière de financement et de dépenses relatives aux directions et fonctions stratégiques ;

Point 6 de l'ordre du jour : Point sur les questions de gestion stratégique des ressources humaines

8. *Prend note* du point fait sur les questions de gestion stratégique des ressources humaines ;

Point 7 de l'ordre du jour : Déclaration du représentant de l'Association du Personnel de l'ONUSIDA

9. *Prend note* de la déclaration du représentant de l'Association du Personnel de l'ONUSIDA.

[Fin du document]