

# RAPPORT DE LA 39<sup>E</sup> RÉUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

**Document supplémentaire pour ce point :** aucun

**Actions requises lors de cette réunion – Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :**

*adopter* le rapport de la 39<sup>e</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme.

**Implications financières des décisions prises :** *aucune*

## 1. OUVERTURE

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

1. La 39<sup>e</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (le Conseil) s'est tenue du 6 au 8 décembre 2016 dans la salle du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève.
2. L'Ambassadeur Valentin Zellweger, Président du Conseil de Coordination du Programme et Représentant permanent de la Suisse auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève, a accueilli les participants à la 39<sup>e</sup> réunion, faisant remarquer que de nombreux pays avaient envoyé des représentants de haut niveau, y compris des ministres. Après avoir observé une minute de silence à la mémoire de toutes les victimes du sida, le Conseil a adopté l'ordre du jour annoté.
3. Soulignant le rôle central du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida dans la riposte mondiale à la maladie, l'Ambassadeur Zellweger a mentionné le contexte financier difficile dans lequel évolue l'ONUSIDA. Il a indiqué qu'il était pourtant toujours aussi urgent de mettre en œuvre la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016–2021 (la Stratégie) et d'atteindre les objectifs fixés pour 2020, ajoutant que les efforts visant à mettre fin à l'épidémie de sida n'aboutiraient pas sans un Programme commun pleinement opérationnel.
4. Citant les bons résultats de l'ONUSIDA dans plusieurs domaines – plaidoyer, orientations, collecte et analyse de données, promotion d'activités axées sur les droits et de soutien aux communautés affectées –, l'Ambassadeur Zellweger a insisté sur la nécessité d'apporter une stabilité à long terme au Programme commun et à son action. Il s'est dit encouragé par le dialogue constructif intervenu entre le Secrétariat et les coparrainants de l'ONUSIDA, ainsi que par les contributions financières supplémentaires faites par les États membres au cours de l'année 2016.

### 1.2 Examen du rapport de la 38<sup>e</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme

5. Le Conseil a adopté le rapport de la 38<sup>e</sup> réunion du CCP.

### 1.3 Rapport du Directeur exécutif

6. Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a commencé sa présentation en saluant Pavlo Rozenko, Vice-premier ministre de l'Ukraine et Président de l'instance de coordination nationale du Fonds mondial dans son pays, les autres ministres présents et M. Gao Feng, Vice-gouverneur de la province chinoise du Yunnan.
7. M. Sidibé a indiqué que la réunion du Conseil se tenait à la fois au meilleur et au pire moment. Il a ajouté que le monde traversait une période d'incertitude et de changements de grande ampleur, marquée par un regain de nationalisme et d'isolationnisme, l'exclusion et les inégalités, une mobilité sans précédent des personnes et une série d'épidémies émergentes.
8. Pour M. Sidibé, il s'agissait du meilleur moment car les pays étaient en train d'adopter la stratégie d'accélération de la riposte au VIH en vue de mettre fin à l'épidémie de sida. Les 18,2 millions de personnes sous traitement antirétroviral à la mi-2016, alors qu'elles n'étaient que 3 millions dix ans auparavant, en sont notamment la preuve. Le nombre d'enfants sous traitement a doublé, passant à 910 000 au cours des cinq dernières années, et le nombre des nouvelles infections par le VIH chez les enfants a diminué de

60 % dans les 22 pays prioritaires du *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* (le Plan mondial). M. Sidibé a indiqué que le visage de l'épidémie de sida dans le monde avait changé, et que l'ONUSIDA était à la pointe pour fixer des objectifs ambitieux à l'échelle mondiale, et pour inspirer et soutenir des actions dans les pays. Il a ajouté que des progrès importants étaient accomplis dans le monde par rapport aux cibles 90-90-90 fixées pour 2020. Quelques pays, comme la Suède, ont déjà atteint ces cibles, tandis que d'autres (comme le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe) sont en passe de les atteindre.

9. Selon M. Sidibé, il est évident, en observant les pays où la couverture des traitements est élevée, que le « traitement comme mesure de prévention » est une méthode qui fonctionne. Il a ajouté que ces progrès avaient été possibles grâce aux 70 milliards de dollars investis dans la riposte au VIH depuis 2004 par le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). Il a insisté sur le fait que les services de prévention et de traitement agissaient en synergie.
10. Faisant référence aux lacunes persistantes concernant la prévention du VIH, M. Sidibé a informé le Conseil que l'ONUSIDA mettrait en place une grande coalition pour la prévention en 2017, dans le but de combler ces lacunes et de ramener le nombre des nouvelles infections dans le monde à moins de 500 000 en 2020. Il a ajouté qu'il revenait au Programme commun d'empêcher une reprise de l'épidémie. Une prévention renforcée du VIH dans les villes sera capitale, ainsi que le mentionne la Déclaration de Quito sur les villes et les établissements humains viables pour tous, adoptée en octobre 2016 lors de la Conférence des Nations Unies sur le logement et le développement urbain durable (Habitat III).
11. Passant en revue les progrès des actions menées contre le sida dans les différentes régions, M. Sidibé a insisté sur la nécessité d'atteindre les laissés-pour-compte, de renforcer les capacités des systèmes et les modes de prestation de services, et d'utiliser la riposte au VIH pour consolider les communautés et former des agents de santé communautaires. Le succès de la riposte au sida a un impact qui dépasse le seul combat contre le VIH : il aide les pays à gérer des épidémies émergentes et comporte d'importants avantages économiques et sociaux.
12. Selon M. Sidibé, les insuffisances qui persistent dans cette riposte exigent également de s'attaquer aux causes sous-jacentes des épidémies comme celle du VIH. Par exemple, le risque de contracter le VIH reste extrêmement élevé chez les adolescentes d'Afrique subsaharienne. Se référant aux cibles fixées dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016 (la Déclaration politique), M. Sidibé a rappelé au Conseil que l'objectif était que tous les enfants naissent sans le VIH, que tous les adolescents et toutes les jeunes femmes grandissent sans contracter le virus, et que tous les enfants et adolescents qui vivent avec le VIH bénéficient d'un traitement antirétroviral à vie de manière à ne pas développer le sida et à pouvoir se réaliser pleinement.
13. Il a particulièrement insisté sur la nécessité d'atteindre et d'autonomiser les filles et les jeunes femmes, de faire en sorte qu'elles restent dans le système scolaire, et de leur donner les moyens de prendre le contrôle de leur vie sexuelle. Citant le rapport de la Journée mondiale du sida 2016 de l'ONUSIDA, M. Sidibé a indiqué qu'un tel objectif s'insérait dans une approche visant à protéger les personnes du VIH tout au long de leur vie. Forts du succès du Plan mondial, les pays sont en train d'adopter le nouveau cadre de collaboration « Naître séronégatif, rester séronégatif, vivre sans le sida ». L'approche axée sur le cycle de vie souligne également le besoin essentiel de mettre en œuvre pour les populations clés des programmes de prévention et de traitement qui répondent aux besoins spécifiques de ces personnes tout au long de leur vie.

Rappelant qu'environ 45 % des nouvelles infections par le VIH concernent des populations clés, M. Sidibé a insisté sur l'importance de disposer de lois et de réglementations protectrices et adaptées, permettant à ces populations d'accéder aux services de lutte contre le VIH.

14. La stigmatisation et la discrimination continuent pourtant à dresser des obstacles importants qui empêchent les populations clés de bénéficier de ces services. M. Sidibé a distingué des pays de la région Asie-Pacifique qui s'attaquent à la stigmatisation liée au VIH, et notamment l'Inde, où une législation historique qui protège les personnes vivant avec le VIH ou affectées par l'épidémie a été approuvée par le Conseil des ministres. La Thaïlande est en train d'intensifier son programme de lutte contre la stigmatisation liée au VIH chez les professionnels de santé, avec pour effet, des changements signalés par des établissements dans les politiques et les pratiques. La République démocratique populaire lao et le Vietnam sont en train d'adapter ces outils pour une utilisation dans ces deux pays.
15. Le VIH ne peut être abordé isolément, a déclaré M. Sidibé aux participants. Il est essentiel de se pencher également sur les autres maladies associées au VIH, qu'il est possible de prévenir et de traiter. En 2015, sur les 1,1 million de personnes dont le décès était lié au sida, 40 000 sont mortes de tuberculose, parmi lesquelles 40 000 enfants. Cela montre que l'intégration des actions menées contre le VIH, la tuberculose, le papillomavirus humain, le cancer du col de l'utérus et d'autres comorbidités (y compris des maladies non transmissibles) doit être plus large et plus efficace. La progression de l'épidémie de VIH chez les personnes de plus de 50 ans est un problème qui doit également être abordé.
16. M. Sidibé a déclaré qu'il aurait été impossible de placer plus de 18 millions de personnes sous traitement antirétroviral (TAR) si les prix de ces traitements n'avaient pas fortement diminué. Au prix initial de 10 000 USD par personne et par an, traiter 18 millions de personnes aurait coûté chaque année 180 milliards de dollars. Cette baisse des prix a été rendue possible par un usage plus nuancé de la réglementation sur la propriété intellectuelle, par un encouragement à recourir aux flexibilités permises par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), et par d'autres changements importants. Il a demandé à ce que des avancées similaires bénéficient à d'autres produits essentiels, afin d'intensifier le déploiement des dispositifs de dépistage du VIH et de mesure de la charge virale. M. Sidibé a exposé plusieurs nouvelles initiatives régionales en cours, notamment un accord associant des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et les coparrainants de l'ONUSIDA, qui permettrait aux pays de passer immédiatement par un mécanisme international d'achat groupé pour se procurer des médicaments antirétroviraux et antituberculeux de qualité à un prix abordable.
17. Concernant les aspects financiers de la riposte au sida, M. Sidibé a félicité le Fonds mondial pour la réussite de la conférence visant à reconstituer ses ressources, et a remercié le Canada d'avoir accueilli l'évènement. Il a rappelé au Conseil qu'une utilisation optimale des investissements consacrés au VIH nécessitait un écosystème pleinement fonctionnel, y compris un Programme commun solide, et a réitéré l'importance de partenariats capables d'impliquer et de soutenir les communautés. Soulignant l'utilité du Programme commun en tant que partenaire technique et politique majeur favorisant une affectation et une utilisation efficaces des ressources du Fonds mondial, M. Sidibé a indiqué que le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Fonds mondial avaient commandé une évaluation indépendante de leur partenariat, axée sur le soutien apporté à l'élaboration, à l'exécution et au suivi des programmes dans les pays.

18. M. Sidibé a signalé que le Comité des Organismes coparrainants (COC) avaient récemment convenu d'allouer un financement de court terme au Secrétariat et au Programme commun, suite aux réformes engagées ces derniers mois. Le Secrétariat et les directeurs des organisations concernées ont également convenu de mieux rendre compte de l'utilité du Programme commun, de renforcer la redevabilité du Programme et de chaque coparrainant, d'appliquer une programmation différenciée à tous les niveaux et de continuer à travailler en étroite collaboration avec d'autres acteurs clés, notamment le PEPFAR et le Fonds mondial.
19. Parlant de la situation financière du Programme commun, M. Sidibé a rappelé que des priorités concurrentes – crise des réfugiés, changements climatiques, conflits et incertitudes politiques notamment – compliquaient la mobilisation de ressources pérennes et prévisibles sur le long terme. Dans le même temps et malgré les remarquables progrès accomplis, 1,1 million de personnes ont perdu la vie à cause du sida en 2016, le VIH infecte encore 6000 personnes par jour, et le sida reste la première cause de décès chez les enfants, les adolescents et les femmes en Afrique. Il a insisté sur le fait qu'il était inacceptable de voir deux millions de personnes contracter le VIH chaque année. Les populations clés, les femmes et les adolescents sont les laissés-pour-compte de la riposte au VIH.
20. Soulignant la place unique du Programme commun dans l'architecture mondiale de la santé et dans la riposte au sida, M. Sidibé a rappelé le rôle multiple de l'ONUSIDA dans le soutien apporté aux pays et à d'autres partenaires, y compris la société civile à tous les niveaux, pour promouvoir l'égalité, la dignité et les droits de l'homme dans le monde. Pourtant, l'ONUSIDA a dû faire face à une situation financière très difficile. Lorsque le précédent Conseil s'est réuni en juin 2016, le Programme commun n'avait rassemblé que 100 des 242 millions de dollars approuvés pour son budget, et le déficit de financement prévu pour 2017 était encore plus important.
21. Grâce à une mobilisation renforcée des ressources et à diverses mesures de réduction des coûts, les perspectives se sont améliorées et l'ONUSIDA devrait rassembler 175 millions de dollars cette année. M. Sidibé a souligné le soutien apporté par plusieurs donateurs, dont le Royaume-Uni et les États-Unis, ainsi que la Côte d'Ivoire, le Kenya, la Suède et la Suisse. La Chine, le Danemark et la Norvège ont également annoncé une possible augmentation de leurs contributions au budget de base. M. Sidibé a assuré aux membres du Conseil que le Programme commun restait uni malgré les difficultés, et que le Secrétariat et les coparrainants de l'ONUSIDA entendaient redoubler d'efforts pour mobiliser des ressources auprès de nouveaux donateurs et de donateurs non habituels. Les directeurs des organisations concernées se sont réunis pour analyser les programmes et les activités, et ont dégagé une vision claire des mesures à prendre. Une forte accélération de la riposte ainsi que l'adoption de mesures différenciées selon les coparrainants (en fonction de leurs atouts et conformément à leurs mandats) faisaient partie des principales recommandations. Ils ont également convenu de maintenir les ressources de base allouées aux coparrainants en 2017 au niveau de 2016 (soit 44 millions de dollars).
22. Néanmoins, M. Sidibé a prévenu qu'il ne fallait pas sous-estimer l'impact des baisses de financement et des déficits budgétaires, dans la mesure où ceux-ci compromettent la capacité de l'ONUSIDA à mener à bien sa Stratégie pour la période 2016–2021. Ce sont les zones géographiques et les programmes qui accusent déjà le plus de retard, qui ont le plus pâti des coupes budgétaires. Il est impossible de mettre en œuvre uniquement certains volets de la Stratégie et d'en abandonner d'autres, au risque de ralentir les progrès, de faire échouer la stratégie d'accélération et de provoquer une reprise de l'épidémie. L'évolution récente de l'épidémie de tuberculose a servi de leçon : si la stratégie d'accélération n'est pas pérennisée, l'épidémie de VIH repartira à la

hausse. Un Programme commun entièrement financé est indispensable, notamment pour faire en sorte que les ressources du Fonds mondial soient allouées et utilisées de manière efficace. M. Sidibé a prévenu que le Fonds mondial ne pourrait plus compter sur un partenaire-médiateur neutre et essentiel pour s'assurer que ses ressources sont utilisées de manière stratégique, efficace et efficiente, si la présence de l'ONUSIDA devait être réduite.

23. La situation financière a entraîné des transformations dans l'ensemble du Secrétariat et de l'ONUSIDA, du fait notamment d'une série de mesures d'économie et de réduction des coûts visant à recentrer le Programme commun sur les pays nécessitant une accélération de la riposte et sur un accroissement de l'impact. Des mesures d'économie difficiles ont en effet été prises, comprenant une réduction de l'ampleur de certains programmes, une diminution des financements alloués aux partenaires, une baisse des dépenses de fonctionnement, un renforcement de l'efficacité, et un redéploiement voire une baisse des effectifs. En 2016, le nombre de personnels travaillant sur le VIH a baissé de 233 pour l'ensemble des coparrainants, tandis que le Secrétariat a vu ses effectifs diminuer de 100 collaborateurs. M. Sidibé a informé les membres du Conseil que les coupes dans les activités et les budgets de fonctionnement, associées aux réductions d'effectifs, avaient généré une économie globale de 15 millions de dollars correspondant à une baisse de 10 % de ces budgets.
24. Les difficultés sont aussi des opportunités, a souligné M. Sidibé. Le Programme commun reste un exemple en matière de réforme des Nations Unies et représente l'avenir des solutions coordonnées apportées aux problèmes mondiaux. Le modèle de l'ONUSIDA permet de limiter les doublons, d'accroître la coopération, de réduire les coûts et d'obtenir plus de résultats. Cependant, la viabilité du Programme commun à long terme dépend d'une redynamisation des efforts menés pour mobiliser des ressources, de la mise en place d'un modèle de financement plus prévisible, plus diversifié et plus durable, et d'un renforcement de son modèle d'activité. Les directeurs des organisations concernées ont convenu que cela devrait se faire dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD). M. Sidibé a décrit les mesures que l'ONUSIDA entendait prendre pour augmenter les crédits alloués et optimiser leur utilisation, renforcer la mobilisation des ressources et parvenir à un modèle d'activité plus solide.
25. M. Sidibé a annoncé son intention de réunir, avec le président du Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUM), un groupe mondial d'experts chargé d'améliorer le modèle du Programme commun. Awa Coll-Seck, Ministre de la Santé du Sénégal, et Lennarth Hjelmåker, Ambassadeur suédois pour la santé mondiale, ont été invités à coprésider ce groupe multipartite. Le groupe commencera ses travaux dès la 39<sup>e</sup> réunion du CCP terminée.
26. Lors de la 38<sup>e</sup> réunion du CCP, le Conseil a insisté sur le fait que le Programme commun contribuerait fortement à maximiser l'impact des subventions du Fonds mondial, et a demandé à ce que des propositions soient faites concernant la manière dont l'ONUSIDA pourrait bénéficier davantage de ses relations avec le Fonds. Réaffirmant l'importance d'une relation étroite entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial, M. Sidibé a proposé que le même groupe d'experts examine également cette demande du Conseil. Il a proposé que le groupe soumette ses recommandations au président du Comité des Organismes coparrainants, avant de les présenter au CCP lors de sa 40<sup>e</sup> réunion en juin 2017.
27. En conclusion, M. Sidibé a assuré au Conseil que le Programme commun continuait à rendre service aux populations, et ce malgré les difficultés, et que sa mutation allait lui permettre d'aller encore plus loin dans son action. Le Programme commun mène et

coordonne une riposte mondiale au sida, qui englobe les déterminants socioéconomiques et d'autres déterminants structurels de l'épidémie. Il représente un atout, dont on peut se servir pour traiter des problèmes de santé mondiaux plus larges.

28. M. Sidibé a conclu en présentant M. Gao Feng, Vice-gouverneur de la province chinoise du Yunnan.
29. M. Feng a rappelé que le VIH restait l'un des plus grands problèmes de santé publique dans le monde, tout en indiquant que les résultats récents obtenus dans la province du Yunnan – qui représente environ 14% du nombre de nouvelles infections en Chine – montraient que des progrès rapides étaient possibles dans la lutte contre l'épidémie. La stratégie de prévention mise en œuvre dans la province consiste notamment à obtenir un soutien politique solide, à renforcer les infrastructures, les laboratoires et les établissements de santé locaux, et à mettre en place un dépistage de proximité. Grâce à cette stratégie, la province du Yunnan est passée du statut de province durement touchée à celui d'exemple en matière de lutte contre l'épidémie, avec des taux d'infection en forte baisse dans les populations clés et chez les enfants (36 000 infections par le VIH ont été évitées durant la décennie écoulée). Un meilleur accès aux traitements a également entraîné une baisse de la mortalité due au sida. M. Feng s'est dit convaincu que le Yunnan serait la première province chinoise à atteindre les cibles 90-90-90.
30. Le Conseil a pris note du rapport du directeur exécutif. Se félicitant des progrès accomplis ces dernières années, les membres du Conseil ont souligné le rôle central de l'ONUSIDA s'agissant de définir des programmes et des cibles, et d'établir un lien entre connaissances scientifiques, d'une part, et mobilisation et participation des communautés, d'autre part. Tout en remerciant les donateurs et les autres partenaires pour leur soutien au Programme commun, les membres du Conseil ont toutefois rappelé que l'on était encore loin d'une éradication du sida. Ils se sont dits particulièrement préoccupés par le ralentissement observé de la baisse du nombre des nouvelles infections, une tendance qui montre la nécessité de renforcer les efforts menés à l'échelle mondiale. Une grande coalition pour la prévention devrait être mise en place, dont le Programme commun serait une pièce maîtresse. Les membres du Conseil ont souligné la nécessité d'un écosystème fonctionnel et doté de moyens suffisants pour lutter contre le VIH, ainsi que le rôle central du Programme commun dans cet écosystème.
31. Ils se sont félicités des efforts déployés par le Secrétariat pour mobiliser de nouvelles ressources et faire des économies, et ont noté avec satisfaction que les perspectives pour 2017 étaient plus optimistes qu'elles ne l'étaient lors de la réunion du Conseil de juin 2016. Un certain nombre de membres ont confirmé qu'ils apportaient un soutien financier exceptionnel pour atténuer les effets immédiats de la crise budgétaire. Les membres se sont félicités du nombre croissant de pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment africains, qui contribuent financièrement au Programme commun.
32. Tout en insistant sur la nécessité de stabiliser la situation financière de l'ONUSIDA, les membres ont convenu qu'il fallait revoir le modèle d'activité du Programme commun afin de poser les bases d'une solution durable. Ils ont estimé que la crise budgétaire mettait en évidence la nécessité de réexaminer le Programme commun, tout en préservant et en renforçant les caractéristiques les plus importantes qui font de l'ONUSIDA un modèle unique. Ils ont accueilli favorablement la proposition de créer un groupe d'experts de haut niveau pour imaginer un modèle d'activité révisé et pérenne pour le Programme commun. Les membres du Conseil ont vivement insisté pour que les efforts de restructuration soient menés en fonction des objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA

pour 2016–2021, en particulier l’approche fondée sur les droits et le centrage sur la prévention, l’action dans les pays et les populations clés.

33. Les membres du Conseil ont pris note des propositions constructives et concrètes ressorties des discussions avec les coparrainants, même si certaines inquiétudes ont été exprimées concernant la transparence des activités des organisations concernées et la responsabilisation de ces dernières dans le cadre du Programme commun. Se félicitant de la décision de maintenir les ressources allouées aux coparrainants en 2017 au niveau de 2016, les membres du Conseil ont également indiqué que le projet de création d’un groupe d’experts était l’occasion d’envisager un nouveau modèle de répartition des financements, et notamment un mode de financement différencié des coparrainants. Il a été suggéré que certains coparrainants pourraient envisager de contribuer aux ressources du Programme commun, notamment en apportant un appui équilibré au Secrétariat. Les membres du Conseil ont également exprimé leur soutien en faveur d’une relation durable et renforcée entre le Programme commun et le Fonds mondial.
34. Les membres du Conseil ont rappelé aux participants que le Programme commun avait été créé pour mener l’action soutenue, conjointe et multisectorielle que nécessite l’épidémie de sida. Ils ont donc réitéré leur soutien à la Stratégie 2016–2021, et en particulier au centrage de la Stratégie sur la prévention ainsi qu’aux actions visant à sortir encore davantage la riposte au sida de son isolement pour l’intégrer plus largement dans les systèmes de santé et de développement. Des craintes ont toutefois été exprimées de voir la révision à la baisse des effectifs et des activités du Programme compromettre la réalisation des objectifs de la Stratégie. Les membres du Conseil sont convaincus que le repositionnement de l’ONUSIDA devra se faire, d’une part, en préservant le caractère intégré de la riposte au sida, et d’autre part, en permettant au Programme commun de continuer à promouvoir les droits de l’homme et la participation active de la société civile et des communautés à la riposte.
35. En réponse à ces interventions, M. Sidibé a assuré aux membres du Conseil que les directeurs des organisations prenaient très au sérieux les demandes qui leur ont été adressées concernant une plus grande responsabilité et des comptes rendus de leurs activités en rapport avec le VIH davantage axés sur les résultats. Le groupe d’experts proposé recommandera des mécanismes supplémentaires et clairs pour produire des rapports permettant une comparaison avec le prochain budget.
36. Citant la lenteur des progrès dans certaines régions, notamment en Afrique occidentale et centrale (AOC), M. Sidibé a réaffirmé la nécessité d’intensifier encore davantage les efforts de prévention dans ces régions. Il a annoncé que l’ONUSIDA, en collaboration avec l’Organisation mondiale de la Santé (OMS), Médecins Sans Frontières (MSF) et d’autres partenaires, était en train de lancer un plan d’urgence pour combler le retard pris dans la région AOC.

## **2. LE LEADERSHIP DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE AU SIDA**

37. M. Mark Dybul, Directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a attiré l’attention sur certaines des caractéristiques déterminantes de la période actuelle – mutations démographiques majeures, creusement des inégalités et migrations de grande ampleur – tout en précisant que ces difficultés avaient également ouvert de nouvelles perspectives.
38. Constatant les progrès accomplis dans la riposte mondiale au sida au cours des dernières années, M. Dybul a rappelé que nombreux sont ceux qui avaient jugé de telles avancées impossibles quinze ans auparavant, notamment en ce qui concerne les

traitements antirétroviraux. Une meilleure qualité des données, des innovations pharmaceutiques et technologiques, une action soutenue des communautés et des partenariats solides sont autant d'éléments qui ont contribué à cette réussite. M. Dybul a indiqué aux participants que les progrès à venir dans la riposte mondiale au sida nécessiteraient des données collectées et exploitées avec encore plus d'efficacité, y compris au niveau local, ce qui ne profiterait pas uniquement aux actions menées contre le VIH, mais à l'ensemble des systèmes de santé publique. La riposte au sida est déjà un exemple de la manière dont des données peuvent être utilisées efficacement pour lutter contre une épidémie majeure. En accordant beaucoup plus d'importance à l'appropriation des programmes par les pays et à l'action communautaire, elle a aussi marqué une rupture avec les approches paternalistes de la santé et du développement.

39. Attirant l'attention sur les mutations démographiques observées en Afrique, M. Dybul a insisté sur la nécessité de toucher les adolescentes et les jeunes femmes dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH, si l'on voulait contrôler l'épidémie. Il est indispensable d'apporter des améliorations structurelles dans la vie des filles et des femmes, notamment en ce qui concerne l'accès à l'éducation, la réduction des inégalités hommes-femmes, la diminution de la violence sexiste et la protection sociale.
40. Suite à cette présentation, les membres du Conseil ont félicité le Fonds mondial pour avoir reconstitué ses ressources avec succès et ont exprimé l'espoir d'un renforcement des relations entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial dans le cadre d'un nouveau modèle d'activité pour le Programme commun.
41. Répondant aux observations des membres du Conseil, M. Dybul a souligné l'importance pour le Fonds mondial de mettre en place des partenariats opérationnels solides pour atteindre ses objectifs. Le Fonds n'étant pas un organisme technique, il dépend entièrement d'autres organisations pour tous ces aspects. À cet égard, le Programme commun est irremplaçable pour les activités du Fonds mondial en rapport avec le VIH : le Fonds et l'ONUSIDA sont « comme les deux doigts de la main », a-t-il ajouté.
42. Dans ses commentaires, M. Sidibé a mentionné le protocole d'accord entre le Fonds mondial et le Programme commun, et salué la relation étroite qui s'est tissée entre les deux organisations ces dernières années. Il a assuré aux participants que le groupe d'experts proposé examinerait des moyens pour renforcer encore cette relation.

### **3. POINT SUR L'ANALYSE DES CARENCES EN MATIERE DE TRAITEMENT, DE SOINS ET D'APPUI LIÉS AU VIH CHEZ LES ENFANTS**

43. Dans sa présentation du Point sur l'analyse des carences en matière de traitement, de soins et d'appui liés au VIH chez les enfants, M. Luiz Loures, Directeur exécutif adjoint de la branche Programme de l'ONUSIDA, a résumé les progrès majeurs accomplis en ce qui concerne la réduction du nombre des nouvelles infections par le VIH et la prévention des décès liés au sida chez les enfants. Il a indiqué que la mise en œuvre du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie avait largement contribué à ces bons résultats. Il a également précisé qu'il existait très peu d'exemples dans le domaine de la santé publique, où de tels progrès avaient été réalisés à l'échelle mondiale pour mettre fin à une épidémie – ici chez les enfants – en l'absence d'un vaccin.
44. Des estimations ont montré que, depuis 2000, le nombre des nouvelles infections par le VIH chez les enfants était passé d'environ 500 000 à 150 000. Il n'en demeure pas moins que près de 1,8 million d'enfants vivaient avec le VIH mi-2016, dont 57 % environ sous traitement antirétroviral. Avec une couverture supérieure à 50 % dans une minorité

des pays prioritaires du Plan mondial, le dépistage pédiatrique du VIH reste problématique. Pour capitaliser sur les progrès réalisés et répondre aux besoins restants, de nouvelles cibles ont été fixées à l'horizon 2018, notamment avoir 1,6 million d'enfants et 1,2 million d'adolescents sous traitement antirétroviral et faire passer le nombre des nouvelles infections chez les enfants en dessous de 40 000.

45. Citant la Namibie et le Botswana en exemple pour montrer qu'il était possible d'atteindre des cibles ambitieuses, M. Loures a exprimé son inquiétude face au retard accusé par plusieurs autres pays, notamment en Afrique occidentale et centrale. M. Loures a indiqué aux participants que de nouvelles cibles devaient être fixées dans le cadre d'une accélération accrue de la riposte, du fait que la moitié des enfants infectés par le VIH avant la naissance mourraient avant l'âge de deux ans s'ils ne bénéficiaient pas rapidement d'un traitement efficace. Une modélisation a montré que 54 000 décès supplémentaires pourraient être évités chez les enfants si la couverture des TAR était portée à 80 % en 2017, puis à 95 % en 2018. Par ailleurs, l'évolution actuelle de la population des enfants qui vivent avec le VIH exige d'aller plus loin et plus vite. Le Dr Loures a indiqué aux membres du Conseil que la part des tranches d'âge 5-10 ans et 11-15 ans allait augmenter dans cette population, ce qui allait poser de nouveaux défis aux programmes de lutte contre le VIH.
46. M. Loures a présenté le nouveau cadre de collaboration « Naître séronégatif, rester séronégatif, vivre sans le sida » comme une démarche d'accélération accrue visant à combler rapidement les dernières lacunes en matière de prise en charge du VIH pédiatrique. Dirigé par le PEPFAR, ce cadre de collaboration adopte une approche axée sur le cycle de vie et rassemble une coalition de partenaires, dont l'ONUSIDA, l'OMS, la Fondation Elizabeth Glaser pour le sida pédiatrique, le partenariat DREAMS, l'Initiative pour l'accélération des traitements du VIH/sida chez les enfants et l'initiative All In. Il poursuivra plusieurs objectifs : stimuler l'engagement politique, entraîner des changements d'orientation, améliorer la prestation des services, renforcer l'engagement communautaire et favoriser la conception de produits innovants.
47. Passant aux difficultés, M. Loures a souligné que la stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH continuaient de faire obstacle à une accélération des progrès. D'autres problèmes demeurent, parmi lesquels : la difficulté à maintenir les mères sous traitement antirétroviral pendant la grossesse et l'allaitement ; la prévention de l'infection des enfants par le VIH pendant la grossesse ; la prise en charge commune des mères et des nourrissons dans les systèmes de santé ; l'intensification du dépistage des enfants en bas âge ; l'accessibilité et la disponibilité de tests de dépistage et de traitements pédiatriques appropriés.
48. Les participants ont pris note du rapport et de l'analyse. Les membres du Conseil ont insisté sur le fait qu'il sera impossible de parvenir à une génération sans sida si l'on ne parvient pas à mettre fin au sida pédiatrique à l'échelle mondiale. Ils ont demandé à ce qu'une attention particulière soit portée aux actions suivantes : intensification du diagnostic précoce chez les nourrissons ; développement de formulations antirétrovirales pédiatriques simplifiées et mieux tolérées ; suivi commun des mères et des nourrissons ; mise sous traitement rapide et maintien dans le système de soins de tous les enfants vivant avec le VIH. Le recours à des modèles de prestation différenciés et adaptés aux âges de la vie a été mis en avant, de même que la nécessité de contrer les effets de la stigmatisation, de la discrimination et des facteurs structurels qui nuisent à la santé des femmes et des enfants. Il a été demandé à l'ONUSIDA d'élaborer de nouvelles recommandations concernant des mesures appropriées pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Les membres du Conseil ont également demandé au Programme commun de produire des rapports sur les progrès de la riposte au sida

pédiatrique et de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des enfants, des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH.

49. Les participants ont exprimé leur soutien au cadre de collaboration « Naître séronégatif, rester séronégatif, vivre sans le sida » ; les membres du Conseil ont souligné que le cadre illustre le rôle essentiel de l'ONUSIDA s'agissant d'établir et de conduire des programmes ambitieux et de responsabiliser les partenaires. Aux questions des participants sur les détails de la mise en œuvre de l'approche d'accélération accrue compte tenu de la situation budgétaire actuelle, il a été répondu que l'objectif principal était d'optimiser encore davantage les ressources disponibles, y compris en débloquent des financements « bloqués » dans certains pays caractérisés par des carences importantes en matière de prise en charge du VIH pédiatrique.
50. Des préoccupations ont été exprimées par des représentants de la société civile quant au fait de continuer à utiliser l'expression « transmission mère-enfant » jugée potentiellement stigmatisante. Le terme « transmission verticale » a été proposé en remplacement. M. Loures a indiqué aux participants que le Secrétariat examinerait la proposition.

#### **4. SUIVI DU SEGMENT THEMATIQUE DE LA 38<sup>E</sup> REUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME : LE ROLE DES COMMUNAUTES POUR METTRE FIN AU SIDA D'ICI A 2030**

51. M<sup>me</sup> Mariângela Simão, Directrice du département droits, sexospécificité, prévention et mobilisation communautaire de l'ONUSIDA, a présenté un rapport de synthèse du débat thématique sur *Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030*, qui s'est tenu lors de la 38<sup>e</sup> réunion du Conseil. Citant des exemples de « précurseurs du changement » au sein des communautés, elle a décrit l'évolution récente des approches communautaires de prestation de services et l'impact de telles approches, alors que les possibilités d'action de la société civile et des communautés diminuent en raison de restrictions d'ordre politique et de contraintes budgétaires.
52. Les membres du Conseil ont pris note du rapport de synthèse. Ils ont souligné le rôle essentiel et diversifié des communautés dans la riposte au sida, tout en attirant l'attention sur les obstacles politiques, culturels et financiers qui compromettent l'action communautaire. Insistant sur la nécessaire implication des communautés pour mettre fin à l'épidémie de sida, le Conseil a exhorté les États membres à éliminer les obstacles réglementaires et autres, qui entravent la participation effective de la société civile à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques et des plans de lutte contre le VIH. Il a également recommandé que les services sociaux et les services de santé communautaires soient intégrés d'une manière plus systématique dans les systèmes de santé formels. Le Conseil a demandé au Programme commun de documenter les coûts et les avantages sanitaires de la riposte communautaire, et d'étudier les possibilités et les difficultés d'une intégration des actions menées par les communautés contre le VIH dans les plans nationaux de lutte contre le sida.
53. Observant que le financement des actions communautaires ne représentait que 1 % environ des investissements consacrés au VIH, les membres du Conseil ont appelé à faire en sorte que les organisations communautaires engagées dans la riposte au sida se voient allouer des financements suffisants, et notamment des fonds réservés à cet effet. Ils ont également insisté sur le besoin de mettre en place des environnements juridiques et politiques favorables, et de renforcer les capacités au niveau des communautés.

## 5. CADRE UNIFIE DU BUDGET, DES RESULTATS ET DES RESPONSABILITES (UBRAF) 2016–2021

54. M. Joel Rehnstrom, Directeur du département gestion financière et responsabilisation de l'ONUSIDA, a fait le point sur les finances du Programme commun en présentant notamment les effets de la baisse des financements sur la mise en œuvre de la Stratégie ainsi que les mesures prises pour faire face à ces restrictions budgétaires.
55. M. Rehnstrom a rappelé que la situation financière avait commencé à se détériorer en 2015, puis était restée difficile une grande partie de 2016 avant de s'améliorer en fin d'année, avec un niveau des ressources prévu à environ 175 millions de dollars pour un budget de 242 millions. Il a indiqué que les perspectives de ressources pour 2017 étaient similaires.
56. Faisant remarquer qu'une grande partie du financement complémentaire des coparrainants était affectée et que ces fonds ne pouvaient pas se substituer facilement au financement perdu du budget de base, M. Rehnstrom a déclaré aux participants que le déficit budgétaire affectait la capacité du Programme commun à poursuivre les objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA dans tous les domaines et dans toutes les régions. Les mesures prises par les coparrainants pour limiter l'impact de ce déficit de financement comprennent notamment une baisse des effectifs et une réduction de l'ampleur des programmes, la réaffectation de fonds aux actions prioritaires et aux pays nécessitant une accélération de la riposte, le recours à d'autres ressources organisationnelles pour effectuer le travail sur le VIH et un partage accru des coûts avec les bureaux régionaux et locaux.
57. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a été repositionné afin d'inscrire résolument la riposte au sida dans les ODD et de maximiser l'impact du Programme commun. Selon M. Rehnstrom, ces ajustements se traduiront par une présence plus légère du siège de l'ONUSIDA, par des activités régionales de moins grande ampleur et davantage axées sur les pays, et par un centrage accru sur les pays nécessitant une accélération de la riposte.
58. Au niveau des pays, une approche différenciée est adoptée, dictée par les besoins propres à chaque pays et les priorités de la stratégie d'accélération. Le soutien du Programme commun prend maintenant des formes diverses, ce qui permet à l'ONUSIDA de renforcer sa présence dans les pays les plus touchés. Les équipes d'appui aux régions sont en train d'être allégées pour se concentrer sur des tâches essentielles d'appui à l'information, à l'inclusion et à la mise en œuvre.
59. L'importance accordée au terrain se traduit par un ratio de 70/30 entre les effectifs des bureaux locaux et du siège. Par ailleurs, l'évolution du siège vers un nombre réduit d'unités et une hiérarchie plus horizontale reflète une rationalisation du fonctionnement. Selon M. Rehnstrom, ces mesures favoriseront la productivité, l'efficacité et les économies, tout en réduisant les dépenses de fonctionnement. Le Secrétariat continuera à centrer son travail sur le leadership, l'information stratégique, la sensibilisation, les partenariats, la coordination et la responsabilisation. Dans l'ensemble, les effectifs ont été réduits de 100 personnes environ en 2016, et le redéploiement du personnel du siège et des équipes d'appui aux régions vers les pays nécessitant une accélération de la riposte se poursuit. Ces mesures et d'autres mesures de réduction des coûts ont permis de réaliser une économie équivalente à 10 % du budget 2016, soit 15 millions de dollars.
60. Concernant les prochaines mesures proposées pour rassembler et allouer des fonds, M. Rehnstrom a indiqué aux participants que l'intensification des efforts menés pour

mobiliser des ressources et maximiser les gains d'efficacité serait une priorité en 2017. Le groupe d'experts proposé par le directeur exécutif étudiera un modèle opérationnel renforcé pour le Programme commun. Les recommandations formulées seront examinées lors de l'élaboration du budget de l'ONUSIDA pour 2018–2019, qui sera soumis au CCP en juin 2017.

61. Les participants ont salué le travail de l'ONUSIDA et les membres du Conseil ont réaffirmé que le Programme commun et le Secrétariat avaient un rôle central à jouer dans l'action menée pour atteindre les objectifs de la stratégie d'accélération et mettre fin à l'épidémie de sida. Le Royaume-Uni a déclaré aux participants que sa propre évaluation avait confirmé l'efficacité et la réactivité du Secrétariat. Les membres du Conseil ont invité tous les États membres à contribuer au Programme commun, appelé les donateurs actuels à accroître leurs contributions et encouragé les pays n'ayant jamais contribué au Programme à devenir des donateurs de l'ONUSIDA. Le Ghana a annoncé une contribution de 100 000 dollars.
62. Les participants ont pris note du rapport et apporté leur soutien aux efforts visant à combler le déficit budgétaire afin que l'UBRAF puisse être financé dans son intégralité. Ils ont également approuvé la proposition d'allouer aux coparrainants le même montant en 2017 qu'en 2016 (44 millions de dollars) dans le budget de base de l'UBRAF.
63. La proposition de révision du modèle opérationnel de l'ONUSIDA a reçu le soutien du Conseil, qui a demandé au directeur exécutif et au Comité des Organismes coparrainants de créer un groupe d'experts chargé de formuler des recommandations pour un Programme commun pérenne et adapté au but poursuivi, comprenant notamment une révision du modèle opérationnel<sup>1</sup>. Le groupe sera constitué d'experts indépendants ainsi que de représentants du Secrétariat, des coparrainants et des groupes constitutifs du Conseil. Les membres du Conseil ont insisté sur le fait que le groupe d'experts devait envisager tous les scénarios de financement probables et formuler des recommandations permettant au Programme commun de fonctionner dans tous les cas de figure.
64. Un calendrier serré a été proposé pour le processus. Le Conseil a demandé à ce qu'une consultation multipartite sur les révisions proposées soit organisée avant fin avril 2017, et que le modèle opérationnel révisé soit soumis à l'examen et à l'approbation du CCP lors de sa 40<sup>e</sup> réunion.
65. Les membres du Conseil ont attiré l'attention sur la nécessité d'un système de financement différencié des coparrainants, qui prendrait en compte le mandat de chacun d'eux, leurs capacités à obtenir des fonds auprès d'autres sources et les résultats des programmes dans les décisions d'allocation. Les membres du Conseil ont demandé plus de transparence et de redevabilité concernant l'utilisation par les coparrainants des fonds de base de l'UBRAF.
66. Répondant aux questions, M<sup>me</sup> Jan Beagle, Directrice exécutive adjointe, s'est félicitée que tous les membres reconnaissent l'importance de financer l'UBRAF dans son intégralité, et a remercié les États membres qui avaient maintenu voire accru leur soutien à l'ONUSIDA et leur contribution aux ressources de base de l'organisation. M<sup>me</sup> Beagle a également exprimé sa gratitude à l'égard des coparrainants.

---

<sup>1</sup> Terme utilisé par l'ONUSIDA pour désigner le modèle d'activité dans le document UNAIDS/PCB (39)/16.21.

67. Évoquant la Stratégie de l'ONUSIDA adoptée en octobre 2015, M<sup>me</sup> Beagle a souligné qu'il s'agissait de la première stratégie approuvée par le système des Nations Unies suite à l'adoption du Programme 2030, et que celle-ci était parfaitement alignée sur les ODD. M<sup>me</sup> Beagle a insisté sur la finalité du repositionnement de l'ONUSIDA, commencé plus d'un an auparavant, à savoir permettre au Secrétariat de remplir au mieux sa mission. La situation financière de l'ONUSIDA a accéléré le processus. M<sup>me</sup> Beagle a déclaré que le but du repositionnement était de parvenir à une structure cohérente et allégée ainsi qu'à des systèmes efficaces, capables de préserver la capacité du Secrétariat dans tous les domaines où celui-ci possède un avantage comparatif, de sorte qu'il puisse soutenir le Programme commun et la riposte au sida avec la plus grande efficacité. M<sup>me</sup> Beagle a ajouté que ce repositionnement se traduirait par une structure simplifiée et plus horizontale, une taille réduite du siège et un redéploiement du personnel sur le terrain, l'objectif étant de maintenir le ratio de 70/30 entre les effectifs des bureaux locaux et du siège. Le siège se concentrera sur l'appui à la stratégie d'accélération, l'information stratégique, la mobilisation communautaire, les partenariats et la mobilisation des ressources, en prêtant une attention particulière à la gestion des risques, la gestion du changement, la redevabilité et la transparence. Les bureaux régionaux et les bureaux de pays seront également allégés en fonction du contexte de chaque pays, de manière à ce que chaque zone géographique touchée reçoive un soutien adapté en fonction des informations et des données stratégiques disponibles.
68. M<sup>me</sup> Beagle a indiqué que les activités de l'ONUSIDA étaient tout à fait conformes aux points mis en avant à l'occasion de l'examen quadriennal complet lors de l'Assemblée générale, à savoir : une approche multisectorielle ; des partenariats élargis ; des liens entre les activités en rapport avec l'action humanitaire, le développement et les droits de l'homme ; une démarche fondée sur des données factuelles ; des données ventilées ; une attention portée à tous afin que nul ne soit laissé pour compte ; une gouvernance inclusive.
69. M. Rehnstrom a en outre insisté sur la nécessité de procéder en même temps à l'élaboration du budget 2018–2019 et à l'examen du modèle opérationnel, dans la mesure où le Conseil devra approuver le prochain budget lors de sa réunion de juin 2017. Il a rappelé aux membres du Conseil que la Stratégie de l'ONUSIDA continuait à servir de base au travail du Programme commun et que le budget 2018–2019 serait élaboré en fonction de la Stratégie. Concernant les critères utilisés pour allouer des fonds aux coparrainants, M. Rehnstrom a indiqué que l'ONUSIDA reconnaissait la nécessité d'évoluer vers un modèle plus différencié.

## **6. RAPPORT DE SYNTHÈSE SUR LA RECHERCHE ET LA DOCUMENTATION EXISTANTES SUR LES FACTEURS LIÉS À LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET LES AUTRES FACTEURS QUI ONT UN IMPACT SUR LA DISPONIBILITÉ, L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE ET L'ACCESSIBILITÉ DES TRAITEMENTS ET DES OUTILS DE DIAGNOSTIC DU VIH ET DES CO-INFECTIONS DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE**

70. M. Luiz Loures, Directeur exécutif adjoint de la branche Programme de l'ONUSIDA, a présenté le rapport de synthèse en rappelant qu'un accès équitable à des médicaments abordables était une priorité essentielle – et une réussite majeure – du mouvement du sida. Plus de 18 millions de personnes bénéficient aujourd'hui d'un traitement antirétroviral, un exploit rendu possible par la baisse spectaculaire des prix des antirétroviraux – en particulier des traitements de première intention – depuis le début des années 2000. Cependant, même s'ils ont un peu diminué, les prix des traitements de deuxième et troisième intention restent très élevés : ces traitements sont

respectivement 2,7 fois et 17,4 fois plus chers que les traitements de première intention. Le prix des antirétroviraux varie en outre énormément selon les régions et la catégorie de revenu des pays. Vu l'ampleur des besoins, le prix des antirétroviraux va devoir encore baisser si nous voulons atteindre les cibles 90-90-90. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la plus grande partie des patients suivent un traitement de première intention, mais on prévoit une augmentation des besoins en traitements de deuxième et troisième intention au cours des prochaines décennies.

71. Selon M. Loures, si les principaux obstacles qui empêchent d'accéder aux traitements étaient éliminés, 30 millions de personnes pourraient bénéficier d'un traitement antirétroviral à l'horizon 2020. Les obstacles actuels sont les suivants : une mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement ; des prix élevés (en particulier ceux des antirétroviraux plus récents et plus efficaces, qui sont généralement protégés par un brevet) ; l'accès limité des pays à revenu intermédiaire aux médicaments génériques ; l'inclusion des dispositions dites ADPIC-plus dans les accords commerciaux ; les lacunes dans certains domaines de la recherche et du développement (notamment en ce qui concerne le développement de nouvelles formulations pédiatriques) ; les difficultés rencontrées pour toucher les populations clés (en raison des mesures pénales, de la stigmatisation et de la discrimination qui visent ces populations, et des financements retirés aux organisations communautaires et autres organisations de la société civile). M. Loures a mentionné des données prouvant la relation entre, d'une part, accès limité aux traitements antirétroviraux et prix élevés des ARV, et d'autre part, prix élevés et forte protection par des brevets.
72. Il serait possible d'améliorer la situation : en réglant le problème des réglementations, des politiques et des pratiques qui empêchent des patients de bénéficier de traitements antirétroviraux efficaces à un prix abordable ; en tirant pleinement parti des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC ; en s'assurant que les dispositions relatives à la propriété intellectuelle dans les accords commerciaux ne compromettent pas l'accès à des médicaments essentiels comme les antirétroviraux. M. Loures a rappelé aux participants que la Stratégie de l'ONUSIDA engageait le Programme commun à : promouvoir l'innovation et garantir la disponibilité, la qualité et l'accessibilité financière des médicaments et des technologies dans le domaine du VIH ; étudier de nouveaux mécanismes d'incitation à la recherche et au développement ; favoriser l'élimination des obstacles réglementaires ; aider les pays à tirer parti des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC et faire en sorte que les dispositions ADPIC-plus ne figurent pas dans les accords commerciaux.
73. Dans son allocution, M. Michael Kirby, ancien juge à la Haute Cour de justice australienne, a déclaré devant le Conseil que les niveaux actuels d'accès aux traitements n'auraient jamais pu être atteints si l'on avait laissé les seules forces du marché fixer les prix des antirétroviraux. Après avoir exposé les conclusions du Groupe de haut niveau sur l'accès aux médicaments du Secrétaire général des Nations Unies, dont les travaux se sont achevés récemment, M. Kirby a vivement conseillé à l'ONUSIDA d'examiner en détail les principales recommandations formulées par le groupe. Parmi ces recommandations figurent : un appel à plus de transparence sur l'établissement des prix des médicaments et le statut des brevets qui les protègent ; le plein usage des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC ; la mise en place de nouvelles incitations en faveur de la recherche et du développement dans le domaine des technologies de la santé.
74. Des participants ont exposé devant le Conseil les actions qu'ils avaient menées pour élargir l'accès aux traitements antirétroviraux et le résultat de ces efforts. Des preuves ont été présentées des effets négatifs persistants des brevets sur les prix des ARV et l'accès aux médicaments dans certaines régions, tandis que des points de vue

divergents ont été exprimés quant à l'incidence des dispositions en matière de propriété intellectuelle et du prix des ARV sur l'accès aux traitements. Certains membres du Conseil ont mis en avant la nécessité d'une plus grande transparence sur les coûts de recherche et développement et les coûts de production des médicaments essentiels (reprenant ici une recommandation du Groupe de haut niveau sur l'accès aux médicaments du Secrétaire général des Nations Unies). Un membre du Conseil a estimé que la mission et les conclusions du groupe de haut niveau étaient trop restrictives ; il a fait remarquer que les droits de propriété intellectuelle et les échanges commerciaux étaient indispensables pour encourager des innovations médicales essentielles à la promotion de la santé mondiale.

75. Chacun s'est accordé à reconnaître que tous les pays devaient pouvoir tirer davantage parti des flexibilités actuelles de l'Accord sur les ADPIC, afin d'élargir l'accès à des médicaments essentiels. On a également insisté sur les arrangements législatifs permettant aux pays de profiter de ces dérogations. Plusieurs membres se sont dits préoccupés par les effets négatifs que pourrait avoir l'inclusion des dispositions ADPIC-plus dans les accords commerciaux sur l'accès aux traitements. Les participants ont admis que d'autres facteurs, comme la gestion des achats et des stocks, avaient une incidence sur l'accès aux traitements, et ont salué le rôle facilitateur de mécanismes novateurs d'octroi de licences comme la Communauté des brevets médicaux. Les efforts fructueux qui ont permis de prolonger jusqu'en 2033 la dérogation accordée aux pays à faible revenu concernant la mise en œuvre de l'Accord sur les ADPIC ont été également salués.
76. Les participants ont pris note du rapport de synthèse et ont rappelé que l'ONUSIDA – conformément à son mandat et tel que cela est réaffirmé dans la Stratégie 2016–2021 – avait vocation à traiter toutes les questions concernant l'accès aux traitements antirétroviraux, y compris les questions en rapport avec la propriété intellectuelle. Ils ont demandé au Programme commun de faciliter de nouvelles discussions sur l'accès aux médicaments, en prenant en considération le rapport du Groupe de haut niveau sur l'accès aux médicaments du Secrétaire général des Nations Unies et d'autres rapports pertinents. Il a été demandé à l'ONUSIDA de continuer à recenser les lacunes dans les données ainsi que les meilleures pratiques et les difficultés rencontrées, afin d'aider les pays à s'attaquer aux obstacles liés à la propriété intellectuelle, entre autres, qui ont une incidence sur la disponibilité, le prix et l'accessibilité des traitements et des outils de diagnostic du VIH. Les participants ont demandé au Programme commun de rendre compte des progrès réalisés à ce sujet lors de la 41<sup>e</sup> réunion du CCP.

## 7. RAPPORT DU REPRESENTANT DES ONG

77. M<sup>me</sup> Laurel Sprague, Représentante de la délégation des ONG au CCP pour l'Amérique du Nord (Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH [GNP+]) a présenté un résumé du rapport intitulé *La fin de l'épidémie de sida d'ici 2030 : un scénario peu probable sans un financement durable des actions communautaires*. De ce rapport basé sur des entretiens menés auprès de 150 organisations non gouvernementales travaillant dans 70 pays, il ressort que le soutien et le financement dont bénéficient les organisations communautaires restent insuffisants, alors même que l'importance des communautés dans la riposte au sida est largement reconnue. Des personnes interrogées ont indiqué qu'il était difficile, voire impossible, de mener des activités dans des environnements répressifs, même lorsque des ressources étaient disponibles. Les contextes politiques et juridiques restrictifs ou hostiles font partie des défis majeurs et persistants auxquels sont confrontés les organisations communautaires, notamment celles dont les activités s'adressent aux populations clés.

78. Selon M<sup>me</sup> Sprague, lorsque des financements sont disponibles, il est difficile pour des organisations aux capacités techniques limitées de se conformer aux exigences complexes et coûteuses des donateurs concernant la demande de financement et les rapports à remettre. Les procédures de responsabilité financière et les évaluations de l'impact des investissements fondées sur des données que demandent les donateurs posent souvent problème. Les fonds ont donc tendance à être octroyés aux organisations qui répondent le mieux aux attentes techniques des donateurs, et sont souvent acheminés par le biais de grandes ONG ou des gouvernements. D'après le rapport, les donateurs manquent d'appétit pour le risque lorsqu'il s'agit de financer des activités communautaires, et reportent ces risques sur les communautés. Des participants à l'enquête se sont également indiqués que l'architecture actuelle des financements consacrés au VIH forçait parfois des organisations à sacrifier la sensibilisation et le militantisme au profit d'activités de prestation de services plus « neutres ».
79. Se référant aux recommandations figurant dans le rapport, M<sup>me</sup> Sprague a appelé les donateurs et les partenaires à faire en sorte d'améliorer l'environnement politique et juridique dans lequel opèrent les organisations communautaires. Un soutien accru aux fonctions opérationnelles de base et d'autres mesures de pérennisation sont également nécessaires, tout comme il est nécessaire de prendre des mesures pour améliorer et simplifier l'accès de ces organisations à des financements et de créer des canaux de financement spécifiques pour les activités communautaires. M<sup>me</sup> Sprague a exhorté les donateurs à adapter leur évaluation des risques aux réalités de l'environnement dans lequel opèrent les organisations communautaires et à faire en sorte que des fonds soient disponibles pour des activités de sensibilisation et d'autres activités hors prestation de services.
80. Les membres du Conseil ont convenu de l'importance de financer et de soutenir les activités communautaires, non seulement pour riposter au sida, mais aussi pour régler d'autres problèmes de santé et de droits fondamentaux. Ils ont réaffirmé l'importance de communautés et d'organisations communautaires fortes pour faire avancer le Programme commun et pour atteindre, d'une part, les cibles de la stratégie d'accélération, et d'autre part, les objectifs de développement durable.
81. Se référant aux estimations de l'ONUSIDA qui indiquent qu'il faudrait tripler le financement de la mobilisation communautaire entre 2016 et 2020, les participants ont appelé les États membres à mettre au point des mécanismes permettant de financer efficacement et durablement les actions menées par les communautés contre le sida. Les membres du Conseil ont également recommandé aux gouvernements de promouvoir des environnements sociaux et politiques favorables, et d'investir davantage dans les facilitateurs sociaux, y compris les actions de sensibilisation, les réformes juridiques, la défense des droits de l'homme, la communication publique et la lutte contre la stigmatisation. Il a été demandé à l'ONUSIDA d'analyser plus en détail les obstacles à un financement efficace des actions menées par les communautés et d'encadrer l'élaboration de nouveaux cadres d'évaluation des risques associés au financement de la riposte communautaire au sida. L'ONUSIDA rendra compte de l'avancement de ces travaux à l'occasion de la 41<sup>e</sup> réunion du CCP.

## **8. PROCHAINES REUNIONS DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME**

82. Le Conseil a décidé que sa 40<sup>e</sup> réunion se tiendrait du 25 au 27 juin 2017 et que sa 41<sup>e</sup> réunion se tiendrait du 10 au 12 décembre 2017. Il a également approuvé des thèmes pour ces réunions et a chargé le Bureau du CCP de préparer les discussions thématiques. Les thèmes approuvés par le Conseil sont les suivants : *Prévention du*

*VIH à l'horizon 2020 : un partenariat mondial pour l'exécution* (40<sup>e</sup> réunion du CCP) et *Zéro discrimination dans les soins de santé* (41<sup>e</sup> réunion du CCP).

## 9. ÉLECTION DES MEMBRES DU BUREAU

83. Le Ghana, qui assure actuellement la vice-présidence du Conseil, a été élu pour en assurer la présidence pendant une année civile à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, tandis que le Royaume-Uni a été élu pour en assurer la vice-présidence. La composition de la délégation des ONG au CCP a également été approuvée. Le Conseil a demandé à la Présidence de poursuivre des consultations avec les États membres afin de pourvoir le poste de rapporteur. La désignation sera approuvée dans le cadre du processus de prise de décisions intersessions.

## 10. QUESTIONS DIVERSES

84. Aucune autre question n'a été portée à l'attention du Conseil.

## 11. SEGMENT THEMATIQUE : VIH ET VIEILLISSEMENT

85. Le président du Conseil et directeur exécutif de l'ONUSIDA, M. Michel Sidibé, ont introduit la séance thématique sur le VIH et le vieillissement. Il a expliqué aux participants que le nombre de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH augmentait en raison des mutations démographiques. Sur les près de 36,7 millions de personnes qui vivaient avec le VIH dans le monde en 2015, 5,8 millions (2,5 millions de femmes et 3,3 millions d'hommes) avaient 50 ans ou plus. On s'attend à ce que le nombre de personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH atteigne 8,5 millions en 2030, une évolution qui aura d'importantes répercussions sur la planification et le financement des budgets nationaux. M. Sidibé a insisté sur la nécessité d'adopter une approche tenant compte du cycle de vie et d'aborder l'épidémie différemment en fonction des tranches d'âge.
86. Deux intervenants issus de la communauté des personnes vivant avec le VIH ont partagé leurs expériences. M<sup>me</sup> Angeline Chiwetani, Directrice du projet *Widows Fountain of Life* au Zimbabwe, a souligné l'importance de la protection sociale pour les personnes qui vieillissent avec le VIH, et notamment des besoins de ces personnes en matière de pension, d'accompagnement social et d'assurance-vie. Venu d'Australie, John Rock, qui vit avec le VIH depuis 36 ans, a relaté son expérience personnelle du vieillissement avec le VIH, en mentionnant notamment les effets inflammatoires du virus et les effets à long terme des traitements. Il a expliqué aux participants que la dépression, la solitude, le manque de confiance en soi, l'isolement social et la « culpabilité du survivant » touchaient beaucoup de personnes qui vivent avec le VIH. M. Rock a souligné les différences de situation entre les pays développés et les pays en développement, et insisté sur l'importance des infrastructures de santé, de la protection sociale, du traitement comme mesure de prévention et de la lutte contre le rejet social et l'autostigmatisation. Il a également mentionné l'importance de certains problèmes propres aux personnes vieillissantes qui appartiennent à des populations clés.
87. Au cours de la table ronde qui a suivi, des personnes vivant avec le VIH ainsi que les représentants de plusieurs ministères de la Santé et de diverses organisations de la société civile ont fait part aux participants de leur sentiment sur les mesures à prendre pour que les personnes vivant avec le VIH puissent vivre longtemps et en bonne santé.
88. Le Professeur Peter Reiss, de l'Institut d'Amsterdam pour la santé mondiale et le développement (AIGHD), a présenté de nouvelles données scientifiques sur le VIH et le vieillissement, et notamment un aperçu complet de l'impact de l'épidémie sur la santé

physique et mentale des personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le virus. Le Pr Reiss a expliqué que le succès de la riposte au VIH entraînait une augmentation du nombre de personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH. Il a indiqué que près de 35 % des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu élevé avaient plus de 50 ans. Il a précisé que cette proportion était de 45 % aux Pays-Bas et qu'elle allait vraisemblablement atteindre 75 % d'ici 2030. Il a ajouté que près de 25 % des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH aux Pays-Bas en 2015 concernaient des personnes de plus de 50 ans.

89. Rappelant que l'âge était un facteur de risque important pour de nombreuses maladies, le Pr Reiss a indiqué que la charge de comorbidité était systématiquement élevée chez les personnes qui vivent avec le VIH, les maladies cardiovasculaires, le diabète et diverses formes de cancer figurant parmi les principales comorbidités. Il a souligné l'importance d'un diagnostic et d'une mise sous traitement précoces pour faire en sorte que les personnes infectées par le VIH puissent vivre longtemps et en bonne santé. Il a également alerté sur la nécessité de mener de nouvelles recherches pour mieux comprendre les effets cumulés de l'infection à VIH, des traitements antirétroviraux, des comorbidités et du vieillissement. Certaines études (AgeHIV et Cobra notamment) sont en train de fournir de nouvelles données importantes sur ces questions. Les données actuelles semblent montrer que le risque de comorbidité serait plus lié à la durée pendant laquelle le taux de lymphocytes CD4 est resté bas chez une personne, qu'à l'exposition globale d'un patient à des traitements antirétroviraux. Cela montre qu'il est important de diagnostiquer une infection très tôt, de démarrer un traitement antirétroviral au plus vite et d'adopter un mode de vie sain.
90. M<sup>me</sup> Ekaterine Gardapkhadze, Présidente du conseil d'administration d'ACESO *International for women* en Géorgie, a décrit les difficultés que rencontrent les personnes âgées vivant avec le VIH et les consommateurs de drogues lorsqu'ils tentent d'accéder aux services dont ils ont besoin. Elle a pointé les problèmes de violence et de stigmatisation, le manque d'information sur le vieillissement avec le VIH à destination des personnes sous traitement de substitution, et le manque de professionnels de santé formés aux questions du vieillissement et du VIH. M<sup>me</sup> Gardapkhadze a souligné l'importance d'exploiter l'expérience des personnes âgées qui vivent avec le VIH. Elle a également noté un manque de services médicaux et sociaux au sein du système pénitentiaire pour traiter des comorbidités telles que les maladies cardiovasculaires. Les services destinés aux consommatrices de drogues incarcérées sont insuffisants et les violations du secret professionnel sont monnaie courante. Elle a conclu en déclarant que la stigmatisation, la discrimination et l'isolement social pouvaient faire plus de dégâts que le VIH et la consommation de drogues sur les individus.
91. M. Stephen Ayisi Addo, Directeur du Programme national de lutte contre le sida au Ghana, a indiqué aux participants que 8 % des personnes vivant avec le VIH dans son pays avaient 50 ans ou plus et que divers obstacles les empêchaient d'accéder aux services dont elles avaient besoin. Des dispensaires de prise en charge des maladies chroniques ont été créés pour garantir un accès à ces services et réduire la stigmatisation liée au VIH. Les dispensaires prennent en charge des personnes de différentes tranches d'âge, y compris les adolescents, les personnes d'âge moyen et les plus de 50 ans.
92. M. Clive Blowes, Coordonnateur national du projet *Health, Wealth and Happiness* mis en œuvre par le Terrence Higgins Trust au Royaume-Uni, a déclaré que, malgré les soins de qualité dont bénéficiaient les personnes vivant avec le VIH, celles-ci souffraient deux fois plus d'affections de longue durée que les personnes séronégatives, et qu'il existait peu de données sur les interactions entre ces différentes maladies. Il a indiqué que la dépression, l'anxiété, le rejet social et l'autostigmatisation étaient très courants chez les personnes qui vivent avec le VIH, de même que la solitude, l'isolement social

et le sentiment d'avoir perdu des amis. Dans le cadre de ce projet, les personnes de 50 ans et plus qui vivent avec le VIH bénéficient de conseils financiers, d'un complément de revenus, d'un soutien psychologique et social, d'informations médicales et d'un programme d'aide au retour à l'emploi.

93. M<sup>me</sup> Norlela Mokhtar, Présidente de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH pour la région Asie-Pacifique, a partagé son expérience au foyer Wahidayah, une initiative pilotée au niveau communautaire en Malaisie. Elle a décrit les vulnérabilités des femmes vivant avec le VIH – en particulier, les professionnelles du sexe, les consommatrices de drogues et les veuves – qui sont souvent rejetées par leurs communautés et leurs familles, et qui finissent par avoir besoin d'une aide pour se loger.
94. La discussion de groupe s'est concentrée sur la prévention du VIH chez les femmes et les hommes d'un certain âge, avec la projection de deux spots télévisés diffusés au Brésil dans le cadre d'une campagne créative de prévention destinée à cette tranche de la population. M<sup>me</sup> Shirley Hankerson, Coprésidente du Réseau des femmes séropositives aux États-Unis d'Amérique, a parlé des questions occultées par les femmes de 50 ans et plus concernant la santé sexuelle et reproductive, et a partagé son expérience personnelle en racontant qu'elle avait été elle-même diagnostiquée séropositive à l'âge de 58 ans. Elle a insisté sur la nécessité de mieux informer les adultes âgés sur le VIH, en particulier les femmes sexuellement actives qui se retrouvent seules suite au décès d'un partenaire ou à un divorce, et dont les connaissances sur le sujet comme sur d'autres risques pour leur santé sont insuffisantes.
95. M<sup>me</sup> Kay Thi Win, Coordinatrice régionale du Réseau Asie-Pacifique des professionnelles du sexe, a mentionné les risques élevés auxquels s'exposent les populations clés vivant avec le VIH du fait de lois et de politiques restrictives et d'un manque de services. Les risques sont particulièrement importants pour les professionnelles du sexe âgées qui doivent travailler dans la rue, où elles s'exposent encore davantage à la violence. Par ailleurs, plus elles avancent en âge, moins elles sont rémunérées pour leurs services et plus elles subissent la stigmatisation et la discrimination. Les programmes de distribution de préservatifs passent souvent à côté des professionnelles du sexe vieillissantes en activité. M<sup>me</sup> Win a souligné la nécessité de fournir à ces femmes des préservatifs, des informations sur la santé sexuelle et d'autres possibilités de revenus dans le cadre des programmes d'éducation et de soutien.
96. M<sup>me</sup> Adele Benzaken, Directrice du Département MST, sida et hépatites virales au ministère brésilien de la Santé, a déclaré que la sexualité des personnes âgées était une priorité pour le gouvernement du Brésil, un pays qui compte plus de 40 millions d'habitants âgés de plus de 50 ans. Bien que la meilleure manière d'aborder la santé sexuelle et la prévention du VIH avec les personnes âgées reste encore à définir, M<sup>me</sup> Benzaken a indiqué qu'il était important de s'entretenir de ces questions avec ces personnes, lorsque celles-ci se présentent dans des services de santé pour d'autres affections. Même si les programmes de santé destinés aux personnes âgées contiennent un volet santé sexuelle, la sexualité de cette tranche de la population tend à rester taboue pour de nombreux professionnels.
97. M. Kenneth Mugayehwenkyi, Directeur exécutif de *Reach One Touch One Ministries* (Fondation Stephen Lewis) en Ouganda, a également parlé des besoins et des droits des personnes âgées. Il a décrit le puissant mouvement engagé par des grands-mères vivant avec le VIH pour que les choses changent, et le rôle essentiel que celles-ci ont

joué pour faire en sorte que la protection sociale prenne davantage de place dans les politiques nationales.

98. Pour introduire la dernière table ronde sur une adaptation des systèmes de santé à l'âge des patients, M. Gottfried Hirnschall, Directeur du Département VIH/sida et du Programme mondial de lutte contre l'hépatite de l'OMS, a observé que les systèmes de santé étaient mal préparés pour faire face au vieillissement des personnes vivant avec le VIH. D'une manière générale, les services sont très spécialisés (et très coûteux) dans les pays à revenu élevé et insuffisants dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Un renforcement des effectifs dans le secteur de la santé est indispensable pour prendre en charge le nombre croissant de patients présentant des complications multiples. Les systèmes de santé devront en outre établir des relations plus systématiques avec les systèmes de protection sociale et financière. Il a attiré l'attention des participants sur la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH pour la période 2016–2021 de l'OMS, qui traite de la problématique du VIH et du vieillissement.
99. M<sup>me</sup> Carmen Pérez Casas, Responsable de la stratégie VIH de l'UNITAID, a attiré l'attention des participants sur plusieurs problèmes. Parmi ceux-ci figure la nécessité de réduire encore le coût des traitements antirétroviraux et d'améliorer l'efficacité et la sécurité des protocoles thérapeutiques pour éviter d'avoir à prescrire à des patients des traitements coûteux de deuxième ou troisième intention. Elle a insisté sur le besoin de mettre au point des formulations antirétrovirales moins toxiques et moins chères, et a mentionné des innovations, comme l'autodépistage, qui permettent d'éliminer certains obstacles liés à la stigmatisation et à la discrimination. Elle a vivement préconisé une plus large diffusion de la prophylaxie préexposition.
100. Enfin, M<sup>me</sup> Erika Castellanos, Directrice exécutive de C-NET+ au Belize, a parlé des différences entre les priorités des jeunes vivant avec le VIH et celles des personnes plus âgées se trouvant dans la même situation. Elle a insisté sur la nécessité de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH, y compris le droit d'avoir un logement, de souscrire une assurance et de bénéficier d'un régime de retraite.
101. Dans son allocution de clôture du débat thématique, M. Luiz Loures, Directeur exécutif adjoint de la branche Programme de l'ONUSIDA, a réaffirmé la nécessité d'une démarche fondée sur les droits de l'homme à tous les stades de la vie, et appelé à poursuivre les discussions pour s'assurer que la question du VIH et du vieillissement reste en bonne place dans les priorités.

## 12. CLOTURE DE LA REUNION

102. La 39<sup>e</sup> réunion du Conseil a été levée.

[Les annexes suivent]

## Annexe 1

# CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

UNAIDS/PCB (39)/16.16

Date de publication : 25 novembre 2016

### TRENTE-NEUVIÈME RÉUNION

DATE: 6-8 décembre 2016

LIEU : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

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

## Ordre du jour annoté

### MARDI 6 décembre

#### 1. Ouverture

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

*La Présidence prononcera l'allocution d'ouverture de la 39<sup>e</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme.*

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.16*

##### 1.2 Examen du rapport de la trente-huitième réunion

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

*Document: UNAIDS/PCB (38)/16.15*

##### 1.3 Rapport du Directeur exécutif

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

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.17*

#### 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 l'analyse des carences en matière de traitement, de soins et d'appui liés au VIH chez les enfants

*Un compte rendu de l'analyse des carences en matière de traitement, de soins et d'appui liés au VIH chez les enfants, des mesures prises par la Secrétariat pour faire progresser l'ordre du jour lié au traitement pédiatrique, ainsi que de l'analyse des conséquences de la stigmatisation, de la discrimination et des obstacles structurels sur la santé des mères et des enfants, sera soumis au Conseil.*

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.18*

**4. Suivi du segment thématique de la 38e réunion du Conseil de Coordination du Programme**

*Un rapport résumant le résultat du segment thématique intitulé 'Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030' sera soumis au Conseil.*

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.19*

**MERCREDI 7 décembre**

**5. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF)**

*Un rapport sur les mesures de suivi demandées par la 38<sup>e</sup> réunion sera soumis au Conseil.*

*Documents: UNAIDS/PCB (39)/16.20 ; UNAIDS/PCB (39)/16.21*

**6. Rapport de synthèse sur la recherche et la documentation actuelles relatives à la propriété intellectuelle – facteurs influant sur la disponibilité, l'accessibilité financière et l'accessibilité en matière de traitement et de dépistage du VIH et des co-infections dans les pays à revenu faible et intermédiaire**

*Un rapport de synthèse sur la propriété intellectuelle sera soumis au Conseil*

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.22*

**7. Rapport du représentant des ONG**

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

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.23*

**8. Prochaines réunions du Conseil de Coordination du Programme**

*Le Conseil conviendra des sujets des segments thématiques de ses 40<sup>e</sup> et 41<sup>e</sup> réunions, ainsi que des dates de ses 44<sup>e</sup> et 45<sup>e</sup> réunions.*

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.24*

**9. Election du Bureau**

*Conformément à ses procédures, le Conseil de Coordination du Programme élira son Bureau pour 2017, et est invité à approuver les nominations des représentants des ONG.*

*Document: UNAIDS/PCB (39)/16.25*

**10. Divers**

**JEUDI 8 décembre**

**11. Segment thématique : VIH et vieillissement.**

*Documents: UNAIDS/PCB (39)/16.26 ; UNAIDS/PCB (39)/CRP1*

**12. Clôture de la réunion**

## Annexe 2

### 39<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA Genève, Suisse

6-8 décembre 2016

#### Décisions

Le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA,

Rappelant que tous les aspects des travaux de l'ONUSIDA sont guidés par les principes directeurs suivants et 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 à VIH ;
- Fondés sur les droits humains et l'égalité des 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 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-huitième réunion

2. *Adopte* le rapport de la 38<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme ;

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

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

#### Point 3 de l'ordre du jour : Mise à jour de l'analyse des carences en matière de prévention, de traitement, de soins et d'appui liés au VIH chez les enfants

- 4.1 *Prend note* du rapport et de l'analyse des carences relatives à l'accès des enfants aux services de traitement, de prévention, de soins et d'appui liés au VIH ainsi que des effets de la stigmatisation, de la discrimination et des obstacles structurels sur la santé des mères et des enfants, et de la nécessité d'un appui psychosocial pour les enfants et les familles affectées ;
- 4.2 *Appelle* les États Membres, avec l'appui du Programme commun, à prendre toutes les mesures nécessaires pour atteindre les cibles mondiales et régionales énoncées dans les ODD, la Déclaration politique de 2016, la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, et dans le cadre « Start Free, Stay Free, AIDS Free », en accordant une attention particulière à l'amélioration du diagnostic précoce chez les nourrissons, au repérage des couples mère-enfant, à l'inscription de tous les enfants vivant avec le VIH, notamment

les enfants plus âgés, dans le traitement avec les formulations les plus optimales, dans les meilleurs délais, et en les maintenant dans les structures de soins, tout en fournissant des modèles différenciés pour la prestation des services qui permettent l'observance et garantissent la suppression de la charge virale, quel que soit leur âge.

4.3 *Appelle* le Programme commun à soutenir les efforts des pays pour réaliser l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (ETME) et la certification OMS de la validation de l'ETME ;

4.4 *Demande* au Programme commun, en coopération avec ses partenaires, de :

- a. En s'appuyant sur les recherches et les travaux en cours par les partenaires, de recueillir et d'évaluer encore des données sur les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur les enfants, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH en tant qu'obstacle à l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui, en consultation avec ces populations, et d'élaborer des recommandations pour répondre à ces problèmes ;
- b. Renforcer l'appui aux pays en mettant en œuvre des programmes et en allouant des ressources pour éradiquer la stigmatisation et la discrimination envers les enfants, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH, notamment par le biais de la formation et de la prévention du VIH au sein et à l'extérieur des écoles conformément à la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 ;
- c. Fournir des rapports d'activité au CCP sur la prévention, le traitement, les soins et l'appui chez les enfants et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination envers les enfants, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH ;

**Point 4 de l'ordre du jour : Suivi du segment thématique de la 38<sup>ème</sup> réunion du CCP :**  
*Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030*

5.1 *Prend note* du rapport de synthèse du segment thématique du Conseil de Coordination du Programme sur *Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030* ;

5.2 *Reconnait* que :

- a. Les communautés ont joué, et continuent de jouer, un rôle essentiel dans la riposte au sida en matière de plaidoyer, de campagnes et de participation à la responsabilisation ; de prestation de services, notamment mobilisation de la demande ; de recherche participative, à assise communautaire ; et de financement communautaire ;
- b. Les communautés sont confrontées à des défis politiques, culturels et financiers considérables s'agissant de leur participation effective à la riposte au sida ;

5.3 *Encourage* les États Membres à :

- a. Identifier, prendre en compte et surmonter les barrières réglementaires et culturelles à la participation effective de la société civile et assurer l'inclusion significative de la société civile, notamment les personnes vivant avec le VIH et autres populations clés, les jeunes et les femmes à tous les niveaux de la planification, ainsi que des cadres et politiques nationaux relatifs aux donateurs pour garantir une pleine participation, une participation de qualité, et exercer une influence sur la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes ;

- b. Inclure de manière systématique et stratégique la prestation des services de santé à assise communautaire dans le cadre des systèmes de santé globaux ;

5.4 *Encourage* le Programme commun à :

- a. Intensifier les efforts, en collaboration avec les communautés et autres partenaires, pour produire des éléments plus concrets relatifs au coût et aux avantages pour la santé des ripostes communautaires au VIH ;
- b. Mener une analyse sur les obstacles à l'intégration des ripostes au VIH dirigées par les communautés dans les plans nationaux de lutte contre le sida ainsi que sur les solutions potentielles pour faire tomber ces obstacles ;
- c. Identifier des mesures novatrices pour aider les États Membres des Nations Unies à renforcer de manière effective l'apport des communautés, en accord avec le principe GIPA, au sein des comités formés pour concevoir, évaluer, et examiner les programmes nationaux de lutte contre le VIH, ainsi que des cadres politiques nationaux, relatifs aux donateurs, et de programmation pour le VIH ;

**Point 5 de l'ordre du jour : Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF)**

6.1 *Prend note* du rapport et encourage le Directeur exécutif et le Comité des Organismes coparrainants (COC) à continuer à atténuer l'impact du déficit budgétaire au moyen d'autres gains d'efficacité et par le biais de stratégies renouvelées et innovantes pour la mobilisation des ressources en vue d'un UBRAF pleinement financé, notamment en élargissant le socle des donateurs, en visant avant tout à garantir les meilleurs résultats qu'il soit possible d'atteindre conformément à la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, tout en tenant compte des priorités et des besoins aux niveaux national et régional ;

6.2 *Demande* au Directeur exécutif et au COC de poursuivre les travaux en vue d'une meilleure responsabilisation et de la soumission de rapports plus détaillés qui démontrent de manière plus efficace les contributions de tous les Coparrainants et du Secrétariat, tout en indiquant la manière dont chaque organisation utilise ses fonds de base de l'UBRAF, à partir du 40<sup>ème</sup> CCP ;

6.3 *Accepte* la proposition du Directeur exécutif visant à fournir aux Coparrainants le même niveau de fonds de base de l'UBRAF en 2017 qu'en 2016 ;

6.4 *Demande* au Directeur exécutif et au COC de :

- a. Établir un groupe d'examen pour faire des recommandations relatives à un Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida qui soit durable et réponde aux objectifs en révisant et en actualisant le modèle opérationnel<sup>2</sup>, en particulier les travaux, le financement, la responsabilité, et la gouvernance conjoints, et faire en sorte que le groupe présente ses recommandations au COC ;

---

<sup>2</sup> Tel que défini par l'ONUSIDA comme un modèle de gestion dans le document UNAIDS/PCB (39)/16.21.

- b. Inclure dans le groupe d'examen des membres du Secrétariat, des Coparrainants et des membres des groupes constitutifs du CCP, ainsi que des experts indépendants, et de l'organiser d'une manière qui permette des apports de la part de tous les intervenants concernés, tels que les États Membres, en accordant une attention spécifique à une représentation équilibrée au niveau régional, de la société civile et des personnes vivant avec le VIH et le sida ;
- c. Convoquer une consultation multi-parties prenantes sur les révisions potentielles du modèle opérationnel avant la fin d'avril 2017, sur la base des recommandations du groupe d'examen, avec un apport du COC ;
- d. Présenter un modèle d'opération révisé à la 40<sup>ème</sup> réunion du CCP pour examen et approbation, en tenant compte des recommandations du groupe d'examen ;

**Point 6 de l'ordre du jour :** Rapport de synthèse sur les recherches et la littérature existantes sur les facteurs liés à la propriété intellectuelle et autres facteurs ayant un impact sur la disponibilité, le coût abordable et l'accessibilité du traitement et des produits diagnostiques pour le VIH et les co-infections dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

7.1 *Prend note* du rapport ;

7.2 *Réaffirme* la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 et le mandat qui y est énoncé à mettre en œuvre par le Programme commun sur les nombreux sujets relatifs à l'accès aux médicaments contre le VIH et le sida, y compris la propriété intellectuelle ;

7.3 *Prie* le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida de soumettre un rapport à la 41<sup>ème</sup> réunion du CCP sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 à cet égard ;

7.4 *Prend note* du rapport du Groupe de haut niveau des Nations Unies sur l'accès aux médicaments et prie le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida de faciliter la poursuite des discussions sur l'accès aux médicaments, en gardant à l'esprit, comme il convient, le rapport sur l'accès aux médicaments et autres rapports pertinents, notamment le rapport trilatéral OMS/OMPI/OMT intitulé Promouvoir l'accès aux technologies médicales et l'innovation et de tenir le CCP informé à ce sujet ;

7.5 *Prie* le Programme commun, dans le cadre de son mandat et des ressources disponibles, en association avec tous les partenaires concernés, et en collaboration avec les États Membres, de préciser encore les lacunes en matière de données, les meilleures pratiques et les enjeux correspondants, de recueillir et d'analyser les données nécessaires, notamment les données existantes, afin de mieux aider les pays à aborder les obstacles importants liés à la propriété intellectuelle, qui ont un impact sur la disponibilité, ainsi que les autres obstacles ayant des répercussions sur le coût abordable, et l'accessibilité des médicaments, des traitements et des produits diagnostiques pour le VIH et les co-infections et comorbidités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;

**Point 7 de l'ordre du jour : Rapport du représentant des ONG**

8.1 *Rappelant* la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida de 2016, paragraphes 60d et 64a, *appelle* les États Membres des Nations Unies à rediriger leurs investissements dans les dispositifs et systèmes nationaux de financement pour déterminer où se trouvent les obstacles au financement des organisations dirigées par

les communautés, en particulier le financement pour les réseaux et organisations de personnes vivant avec le VIH et autres populations clés<sup>3</sup>, notamment les femmes et les jeunes, et à poursuivre l'élaboration de dispositifs qui financent de manière efficace et durable la riposte dirigée par les communautés ;

8.2 *Reconnait* que pour accélérer la riposte au sida et réaliser leur potentiel en vue de *mettre fin* au sida, les organisations et réseaux communautaires ont besoin de suffisamment de ressources financières et que l'ONUSIDA estime que le financement pour la mobilisation communautaire devrait être multiplié par trois de 2016 à 2020 ; la proportion des services offerts par le biais des canaux communautaires devrait atteindre 30% d'ici à 2030, et l'investissement dans les leviers sociaux – notamment plaidoyer, mobilisation politique, droit et réforme, droits humains, communication publique et réduction de la stigmatisation – devrait représenter 6% des investissements mondiaux pour le sida ;

8.3 *Rappelant* les décisions 5.2, 6.2(b) et 6.4 de la 38<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme, et les engagements figurant dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2016, paragraphes 63(a)-(e), *appelle* l'ONUSIDA à :

- a. Poursuivre l'analyse des obstacles au financement effectif des ripostes dirigées par les communautés par des bailleurs de fonds internationaux et privés et mieux comprendre les défis auxquels sont confrontés les gouvernements nationaux lorsqu'ils allouent un financement aux ripostes dirigées par les communautés ;
- b. Continuer à œuvrer sur la mobilisation des ressources et le plaidoyer pour assurer un soutien durable aux ripostes dirigées par les populations clés au niveau communautaire, le cas échéant, notamment dans les pays à revenu intermédiaire ;
- c. Adapter les mécanismes existants, notamment dans les rapports ayant trait à la Déclaration politique de 2016, comme il convient, pour aider les États Membres des Nations Unies à suivre de près et à partager leur investissement dans les ripostes dirigées par les communautés ;
- d. Fournir des orientations aux bailleurs de fonds pour l'élaboration de nouveaux cadres concernant les évaluations des risques en matière de financement destiné aux ripostes au VIH dirigées par les communautés et sur les bonnes pratiques pour le suivi et l'évaluation des fonds destinés aux organisations de terrain et à assise communautaire, et des orientations aux pays pour créer ou réformer les mécanismes nationaux permettant de financer des ripostes communautaires globales au VIH ;
- e. Collaborer avec ses partenaires pour identifier et mettre à niveau des mécanismes afin d'accroître l'investissement dans les ripostes au VIH dirigées par les communautés ;
- f. Faire le bilan des progrès réalisés lors de la 41<sup>ème</sup> réunion du CCP ;

8.4 *Reconnaissant* l'urgente nécessité d'intégrer la programmation en matière de riposte au VIH dans d'autres programmes de santé, *appelle* l'ONUSIDA à s'engager avec d'autres plateformes multilatérales, notamment, mais pas exclusivement, le Fonds mondial de

---

<sup>3</sup> Comme énoncé dans la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 (p.35).

lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; UNITAID ; les banques régionales de développement ; et les organismes d'aide au développement, afin de s'efforcer de mettre en place des mécanismes pour un meilleur soutien multilatéral de la société civile et des communautés en tant qu'acteurs indépendants du développement ;

8.5 *Encourage* les États Membres à étudier les manières d'accroître le financement tant national qu'international pour la riposte au VIH dirigée par les communautés, notamment l'investissement dans les agents de santé communautaires, et d'améliorer l'investissement dans les leviers sociaux ;

#### **Point 8 de l'ordre du jour : Prochaines réunions du CCP**

9.1 *Accepte* que les thèmes des 40<sup>ème</sup> et 41<sup>ème</sup> réunions du Conseil de Coordination du Programme soient :

- a. *La prévention du VIH pour 2020 : un partenariat mondial pour la prestation (40<sup>ème</sup>) ;*
- b. *Discrimination zéro dans les établissements de soins de santé (41<sup>ème</sup>) ;*

9.2 *Prie* le Bureau du Conseil de Coordination du Programme de prendre des mesures appropriées et en temps utile pour faire en sorte que la procédure régulière soit suivie pour l'appel relatif aux thèmes des 42<sup>ème</sup> et 43<sup>ème</sup> réunions du Conseil de Coordination du Programme ;

9.3 *Approuve* les dates des 44<sup>ème</sup> (25-27 juin 2019) et 45<sup>ème</sup> (10-12 décembre 2019) réunions du Conseil de Coordination du Programme ;

#### **Point 9 de l'ordre du jour : Élection des membres du Bureau**

10. *Élit* le Ghana comme Président et le Royaume-Uni comme Vice-Président pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017, et *approuve* la composition des ONG dans le Conseil de Coordination du Programme.

[Fin du document]