

RAPPORT DE LA 41^{ÈME} REUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

Documents complémentaires pour ce point : *aucun*

Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

Adopter le rapport de la 41^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.

Incidences en termes de coût des décisions : *aucune*

1. OUVERTURE

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

1. La 41^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (le Conseil) s'est tenue du 12 au 14 décembre 2017 dans la salle du Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à Genève.
2. M. Kwaku Agyemang-Manu, ministre de la Santé du Ghana et Président du Conseil de Coordination du Programme, a accueilli les participants à la réunion. 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. Le Président a salué la présence de représentants de haut niveau de plusieurs pays, y compris au niveau ministériel. Il a ensuite brièvement fait le point sur la riposte au VIH au Ghana.

1.2 Examen du rapport de la 40^{ème} réunion

4. Le Conseil a adopté le rapport de la 40^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.

1.3 Rapport du Directeur exécutif

5. M. Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a commencé son allocution en indiquant que la réunion du Conseil coïncidait avec la Journée de la couverture universelle de santé. Il a fait observer au Conseil qu'il se réunissait à un moment marqué par des événements spectaculaires – tels que les problèmes économiques, les crises humanitaires, le changement climatique, les migrations et d'autres facteurs – qui accroissent la volatilité et l'instabilité. Mais il existe aussi de nombreuses raisons d'espérer, a-t-il indiqué. L'activisme, l'action communautaire, l'engagement des pouvoirs publics et les innovations scientifiques apportent de l'espoir à des millions de personnes.
6. M. Sidibé a rappelé à l'auditoire que 40 ans plus tôt, des personnes vivant avec le VIH avaient déclaré « Non à la mort, au silence et à l'inaction ». Elles se sont organisées et ont poussé les gouvernements à agir. Lorsque le traitement est devenu disponible, elles se sont efforcées de faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte. La riposte au VIH reste dynamisée par cet état d'esprit.
7. Pour la première fois, le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral est supérieur au nombre de celles qui sont en attente de ce traitement. En Afrique du Sud, 90 personnes étaient sous traitement en 2000, contre 4,2 millions en 2017. À travers le monde, près de 21 millions de personnes ont accès au traitement et la charge virale a été supprimée chez 82 % d'entre elles. M. Sidibé a exhorté la communauté mondiale à atteindre les 16 millions de personnes qui restent sans traitement pour que celui-ci leur soit fourni le plus tôt possible.
8. En Afrique subsaharienne, les nouvelles infections à VIH ont diminué de près de 50 % depuis 2000 grâce à une stratégie de responsabilité partagée et de solidarité mondiale. Un plus grand nombre de pays (dont six des Caraïbes) sont parvenus à éliminer la

transmission mère-enfant du VIH et la syphilis congénitale. Des centaines de villes ont accéléré leurs ripostes au VIH.

9. M. Sidibé a toutefois rappelé avec insistance que l'épidémie de sida n'est pas pour autant éradiquée. Plusieurs problèmes majeurs doivent être résolus si l'on veut atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie à l'horizon 2030, a-t-il indiqué.
10. Les services doivent atteindre toute personne qui a besoin d'un traitement. Cette exigence impose d'apporter différentes améliorations à la riposte, notamment de recourir davantage aux approches innovantes de dépistage. Il existe par ailleurs des données probantes qui montrent que les hommes ne sollicitent pas autant les services de prévention, de dépistage ou de traitement du VIH que les femmes.
11. Certaines régions restent à la traîne et l'on observe une augmentation des nouvelles infections en Europe orientale et Asie centrale, en particulier parmi la population générale. Dans cette région, les nouvelles infections à VIH ont augmenté de 60 % depuis 2010 et les décès liés au sida progressé de 27 %. M. Sidibé a indiqué que M. Michel Kazatchkine avait été nommé Conseiller spécial sur le VIH, les IST et le VHC pour la région. Il s'est également inquiété d'une « réponse à deux vitesses » en Afrique où les ripostes au VIH des pays d'Afrique occidentale et centrale ont pris du retard.
12. Il a demandé que l'on remette l'accent sur la jeunesse pour accroître l'impact de la prévention du VIH. Il a exhorté l'auditoire pour que les filles et les jeunes femmes bénéficient d'une plus grande protection, en particulier en Afrique subsaharienne où 67 % des nouvelles infections à VIH de jeunes (15-24 ans) touchent les femmes et les filles. L'accès à une éducation à la sexualité et les connaissances en matière d'éducation sexuelle et reproductive sont essentiels.
13. M. Sidibé a déclaré que l'ONUSIDA et ses partenaires avaient lancé une nouvelle « feuille de route pour la prévention » en octobre 2017, laquelle privilégie les ripostes à assise communautaire. Plusieurs pays ont déjà finalisé leurs nouvelles stratégies de prévention.
14. Il a mis en garde concernant le fait que les Nations Unies ne parviendront pas à concrétiser leur vision pour la santé ni à atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) si elles ne s'attaquent pas à la stigmatisation et à la discrimination, et ne les éliminent pas. Une personne sur cinq qui vit avec le VIH déclare être victime de discrimination dans les milieux sanitaires, et la discrimination dénie aux personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH l'accès à des services vitaux. M. Sidibé a annoncé que l'ONUSIDA organiserait, en réponse à une proposition des délégués des organisations non gouvernementales (ONG) du Conseil, un Pacte mondial pour en finir avec la stigmatisation et la discrimination.
15. Les ODD requièrent des approches nouvelles de la santé et du développement au niveau mondial, et M. Sidibé a rappelé à l'auditoire que l'ONUSIDA reste un pionnier dans ce domaine. Il a ajouté que, globalement, la riposte au VIH transforme le secteur de la santé depuis des décennies. Il a exhorté d'autres organismes des Nations Unies à suivre l'exemple du Programme commun en intégrant des représentants de la société civile dans leurs organes directeurs.

16. Il a par ailleurs souligné qu'il était essentiel de « sortir la lutte contre le sida de son isolement ». L'ONUSIDA et ses partenaires doivent identifier des synergies avec d'autres problématiques de santé majeures (comme la tuberculose, les autres maladies sexuellement transmissibles, le cancer du col de l'utérus, etc.) et avec des problématiques de développement plus larges, et les exploiter.
17. Il a assuré le Conseil que le Programme commun et le Secrétariat étaient adaptés à leurs fonctions, qu'ils mettaient efficacement en œuvre la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA et qu'ils progressaient en direction des cibles de la Stratégie d'accélération pour veiller à ce que la communauté mondiale mette fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030. Il a commenté plusieurs initiatives importantes de l'ONUSIDA, notamment l'élaboration d'un Plan d'action du Programme commun pour un financement total de l'UBRAF, et la restructuration réussie du Programme commun (comme indiqué lors de la 40^{ème} réunion du Conseil de juin 2017) qui porte ses fruits.
18. La mise en œuvre du Plan d'action du Programme commun et du Plan stratégique de mobilisation des ressources pour 2018-2021 est en cours. Les plans font déjà évoluer les ripostes dans les pays en direction d'approches plus intégrées. Le déploiement du modèle de l'enveloppe de pays permettra en particulier à l'ONUSIDA de redynamiser le travail commun à l'échelon des pays et de déployer des ressources financières et humaines là où l'on en a le plus besoin.
19. M. Sidibé a fait état de plusieurs développements prometteurs concernant les financements. Certains pays ont augmenté leurs contributions financières, et l'Argentine, la Côte d'Ivoire et le Ghana viennent tout juste de rejoindre la communauté des contributeurs au financement du Programme commun.
20. Concernant l'avenir, il a déclaré que les efforts seraient axés sur les adolescents, la réalisation d'un accès universel aux droits à la santé sexuelle et reproductive, l'autonomisation des femmes et des filles afin qu'elles protègent leur propre santé et celle de leur communauté, l'atteinte des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés laissés pour compte, et la protection de l'accès aux services dans des environnements fragiles et des lieux touchés par des crises humanitaires. L'ONUSIDA élabore aussi un nouveau plan d'action axé sur l'égalité des sexes pour 2018. Le Programme commun continuera de s'attaquer aux problèmes environnementaux et au harcèlement sur tous les fronts.
21. Les membres du Conseil ont félicité M. Sidibé pour l'exhaustivité de son rapport et salué les travaux du Programme commun. En qualifiant l'ONUSIDA d'exemple réussi d'action multilatérale au sein des Nations Unies, ils ont déclaré que le Programme commun montrait comment s'attaquer conjointement aux problèmes de développement décrits dans le programme des ODD pour 2030. Les approches collaboratives utilisées pour s'attaquer aux problèmes qui subsistent dans les pays ont illustré la valeur ajoutée du modèle du Programme commun.
22. Ils ont rappelé que les réformes des Nations Unies ne se limitent pas à un exercice technocratique – elles doivent promouvoir la protection des droits humains, économiques et sociaux qui sont également essentiels pour mettre fin à l'épidémie de sida. Les membres ont réitéré leur engagement continu en vue de mettre un terme à l'épidémie de sida à l'horizon 2030, soulignant les liens entre cet objectif et la réalisation du droit universel à la santé.

23. Les orateurs ont salué le Programme commun pour avoir honoré ses promesses faites à la communauté internationale et pour les mesures prises afin de stabiliser la situation de son financement et d'adapter son modèle institutionnel. Ils ont salué les rapides progrès enregistrés dans la mise en œuvre du Plan d'action du Programme commun de l'ONUSIDA en le décrivant comme un exemple de la détermination de l'ONUSIDA à s'adapter à un nouvel environnement et à relever ses défis.
24. Les membres ont bien accueilli les détails du Plan d'action du Programme commun de l'ONUSIDA, notamment l'allocation des ressources aux pays et aux contextes qui en ont le plus besoin. Ils ont exprimé leur soutien aux efforts engagés pour veiller à ce que les fonds parviennent rapidement aux pays et soient alignés sur les priorités sanitaires nationales.
25. Ils ont insisté sur le caractère crucial d'un financement total de l'UBRAF, tout en reconnaissant que le financement des programmes de lutte contre le VIH et des programmes de santé posait un problème dans la plupart des régions. Encourageant les pays à continuer d'investir dans le Programme commun, ils ont aussi souligné la nécessité, pour l'ONUSIDA, de disposer de financements non affectés – lesquels lui permettront de réagir rapidement aux développements et besoins nouveaux. La Suède a annoncé une contribution supérieure à US\$ 32 millions pour 2017, qui pourrait augmenter à US\$ 37 millions en cas d'approbation par le parlement. La Côte d'Ivoire a annoncé une contribution d'US\$ 450 000 à l'ONUSIDA.
26. Un renforcement des relations de financement a été discuté entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), et certains membres ont déclaré qu'ils souhaiteraient recevoir un rapport sur les possibilités de consolidation de la coopération entre ces deux organismes.
27. Prenant acte des progrès majeurs accomplis au niveau de la riposte mondiale au VIH en 2017, les membres ont insisté sur la nécessité d'un déploiement pérenne et à grande échelle du traitement contre le VIH, parallèlement à un renforcement des systèmes de santé dans leur globalité. Ils ont rappelé que les systèmes de santé des pays en développement connaissent des problèmes majeurs de financement, technologiques et d'effectifs. Une volonté politique forte, des actions coordonnées et une plus grande intégration de la fourniture des services sont nécessaires pour atteindre les objectifs de la Stratégie d'accélération, et il conviendrait que les efforts s'harmonisent avec le cadre de la Couverture universelle de santé. Il a été recommandé d'intégrer la prise en charge du VIH dans les stratégies nationales de financement de la santé.
28. Des inquiétudes ont été exprimées concernant la persistance de lacunes tout le long de la cascade du traitement, notamment d'échecs au niveau de l'atteinte des hommes et des garçons pour leur fournir les services dont ils ont besoin. La persistance des inégalités entre les sexes a aussi été soulignée. Les membres ont demandé que l'on agisse pour promouvoir les droits en matière d'égalité des sexes et pour améliorer l'accès à une éducation à la sexualité de qualité ainsi qu'à la santé sexuelle et reproductive. Il faut parallèlement accroître les efforts pour parvenir à un accès équitable à la santé, notamment atteindre les hommes et les garçons.
29. Les membres ont réaffirmé les droits des personnes à la santé et la nécessité d'avoir un environnement porteur et exempt de stigmatisation et de discrimination. Il conviendrait

que l'éradication de la discrimination, y compris dans les établissements de soins de santé, soit au cœur d'une riposte collective au VIH. Ils ont insisté sur les expériences des populations clés qui continuent d'être victimes de discrimination et de criminalisation.

30. La lenteur de la diminution du nombre de nouvelles infections à VIH a aussi inquiété les membres et ceux-ci ont approuvé la nécessité de concentrer davantage les efforts sur la prévention. Les faiblesses des ripostes au VIH ont été soulignées en Afrique occidentale et centrale ainsi qu'en Europe orientale et Asie centrale. Les membres ont pris note de la concentration disproportionnée des nouvelles infections à VIH parmi les populations clés, ainsi que de la nécessité de recourir davantage aux modèles et aux approches efficaces pour réduire les nouvelles contaminations chez les consommateurs de drogues injectables.
31. Les membres ont aussi souligné l'intérêt des campagnes « de rattrapage » pour relancer les ripostes au VIH, en particulier à l'échelon communautaire, et lancé un appel en faveur d'une approche plus stratégique afin de s'attaquer aux épidémies de VIH dans des environnements affectés par des crises et des conflits. Ils ont salué l'accord de coopération signé entre l'ONUSIDA et l'Organisation internationale pour les migrations.
32. En réponse, M. Sidibé a remercié les orateurs de leurs informations et contributions constructives. Rappelant l'importance du partenariat avec le Fonds mondial, il a salué la nomination de son nouveau Directeur exécutif, M. Peter Sands, et remercié l'Australie de son soutien pour l'analyse commune Fonds mondial/ONUSIDA des flux de fonds futurs.
33. Évoquant les nombreux efforts qui convergent en direction de l'objectif de « santé pour tous », M. Sidibé a indiqué que les pays doivent établir des systèmes de santé solides, intégrés et présentant un bon rapport coût-efficacité, dans le contexte de la couverture universelle de santé. Il a souligné la nécessité de s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, ainsi que de promouvoir les droits à la santé sexuelle et reproductive.

1.4 Rapport du représentant des ONG

34. Le représentant des ONG, M. Lumumba Musah El-nasoor de l'Uganda Youth Coalition on Adolescent Sexual and Reproductive Health Rights and HIV, a présenté le rapport intitulé *The UNAIDS We Need Must Leave No One Behind: Getting to Zero Includes All of Us (the 10-10-10)*.
35. Basé sur des entretiens avec plus de 300 personnes réparties à travers le monde entier, principalement issues de communautés laissées pour compte, le rapport souligne l'iniquité et la négligence dont sont victimes des individus et des communautés touchées de façon disproportionnée par le VIH. Il montre que les ripostes contre le virus continuent d'ignorer ou de négliger certaines populations clés, et avertit que la Stratégie d'accélération ne permettra pas de les atteindre et de répondre à leurs besoins en pleine évolution si l'on n'applique pas de façon prioritaire et réelle des approches équitables et respectueuses des droits.
36. Alors que des pays progressent en direction des cibles « 90-90-90 », un pourcentage significatif de personnes vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiqués et ne reçoivent pas de traitement. Les populations clés sont en particulier victimes de négligences extrêmes. Outre les professionnel(le)s du sexe, les gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les consommateurs de drogues

injectables, les personnes qui sont laissées pour compte incluent les migrants socialement exclus, les pauvres, les personnes âgées, les enfants des rues et autres enfants vulnérables, les personnes enfermées dans des prisons ou autrement incarcérées, les membres de groupes ethniques des populations clés et les autochtones qui consomment des drogues. Pour la plupart, ces personnes sont simultanément victimes de nombreuses formes de marginalisation et d'exclusion.

37. Le rapport désigne ces communautés comme les « 10-10-10 » (par référence aux cibles « 90-90-90 »). M. El-nasoor a partagé des exemples de leurs expériences, telles que documentées dans le rapport, et indiqué que ces personnes ne sont pas simplement laissées pour compte parce qu'elles sont « difficiles à atteindre », mais aussi parce qu'il est facile de les ignorer. Ainsi, leurs droits humains sont régulièrement violés, alors que la société civile dispose de moins en moins d'espace pour mener ses activités dans de nombreux pays et a donc du mal à leur prodiguer le soutien dont elles ont besoin.
38. Les raisons pour lesquelles ces communautés sont négligées incluent une absence de données et d'autres informations pertinentes les concernant, différents obstacles sociaux, culturels, économiques, juridiques et politiques, la criminalisation, les préjugés, la stigmatisation et la discrimination, et l'insuffisance des capacités des ONG qui travaillent avec elles.
39. Le rapport préconise vivement un renforcement de la volonté politique pour mettre en œuvre des stratégies fondées sur le concret, des réformes juridiques et des politiques, un soutien continu à la participation aux ripostes au VIH des organisations de la société civile et des communautés touchées, et une amélioration de la collecte de données de sorte que les interventions puissent être adaptées aux différents contextes et besoins.
40. Rappelant le rôle unique de l'ONUSIDA dans le travail avec la société civile et le soutien de celle-ci, le rapport demande au Programme commun de redoubler d'efforts pour veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte. Il prie l'ONUSIDA de négocier ou d'organiser des partenariats et une coopération plus solides entre les groupes de la société civile et l'État, tout en soutenant les communautés pour qu'elles puissent participer plus efficacement à la conception et à la mise en œuvre des programmes conçus pour leur venir en aide. Il conviendrait que les programmes tiennent compte du fait que ces communautés marginalisées sont exposées à des formes croisées de vulnérabilité et de risque. Il faut améliorer la collecte de données ventilées et remédier au problème des obstacles linguistiques.
41. Dans leurs commentaires, les membres ont félicité la Délégation des ONG pour ses importants travaux de plaidoyer et l'ont remerciée pour la grande qualité et la ponctualité de son rapport. Ils ont salué la synthèse que le rapport fait des approches éprouvées et son insistance pour remettre en question un *statu quo* complaisant et pour atteindre des communautés négligées. Ils ont appelé les pays à accélérer les interventions à même de garantir un accès universel à la santé.
42. Les orateurs ont déclaré que les États Membres, les Nations Unies, la société civile et les autres partenaires avaient pour responsabilité partagée de lutter contre les inégalités et les vulnérabilités décrites dans le rapport. Rappelant que l'ONUSIDA a été le premier organisme des Nations Unies à intégrer formellement la société civile dans son système de gouvernance et autres procédures essentielles, ils ont encouragé d'autres organismes de l'ONU à suivre cet exemple.

43. Plusieurs membres ont déclaré qu'il conviendrait de placer le principe d'équité au cœur des ripostes au VIH et que concentrer les efforts sur les populations clés répondait à une obligation relevant des droits humains. Certains pays n'ont toutefois pas apporté de soutien politique suffisant aux programmes capables d'atteindre les populations clés pour leur fournir des services vitaux. Les membres ont exhorté tous les gouvernements à élargir la couverture des services de prise en charge du VIH destinés aux populations clés et demandé aux donateurs de soutenir ces efforts grâce à leurs financements. Ils ont souligné le rôle unique de l'ONUSIDA pour aider à renforcer la volonté politique et faciliter la collaboration entre la société civile et les pouvoirs publics.
44. Les membres ont indiqué qu'une réponse appropriée devra aller au-delà de la lutte contre le VIH et s'attaquer aux différents niveaux de dénuement et de marginalisation dont souffrent les communautés. Les membres ont rappelé à l'auditoire que la faiblesse des niveaux de financement et la réduction de l'espace laissé aux activités de la société civile constituaient des obstacles majeurs.
45. Les membres ont approuvé la nécessité d'identifier, de suivre et de rendre compte de l'accès aux services des populations clés. Il conviendra de renforcer les systèmes de données, et la collecte et la ventilation des données devront être réalisées de façon à ne pas stigmatiser les populations et à contribuer à des améliorations plus vastes des systèmes de gestion des données sanitaires. Il conviendrait que ces innovations ne fassent pas doublon avec les systèmes existants. La ventilation des données pourrait par exemple être réalisée en adaptant les méthodes existantes servant à leur collecte et analyse.
46. En réponse, la Délégation des ONG a souligné la nécessité d'avoir des données de meilleure qualité et ventilées, de faire tomber les obstacles juridiques et de prendre des mesures efficaces pour atténuer les violences à l'encontre des communautés marginalisées. Se félicitant que l'on reconnaisse l'importance de la société civile, la Délégation a lancé un appel pour que l'on établisse un cadre formel de coopération entre les pouvoirs publics et les groupes de la société civile. Elle a suggéré que le Programme commun et les États Membres utilisent leurs pouvoirs de mobilisation pour promouvoir et faciliter une telle coopération.

2. LEADERSHIP DANS LA RIPOSTE AU VIH

47. Mme Ruth Dreifuss, Présidente de la Commission mondiale pour la politique des drogues et ancienne Présidente de la Confédération helvétique, s'est exprimée devant l'auditoire sur la question des consommateurs de drogues injectables et des ripostes au VIH, à la tuberculose et aux épidémies d'hépatite virale.
48. Mme Dreifuss a déclaré que toute personne dispose du droit fondamental de jouir du meilleur état de santé possible. Elle a rappelé comment les attitudes et les approches adoptées en Suisse à l'égard des personnes qui consomment des drogues injectables ont évolué lorsque les décideurs se sont attaqués à l'épidémie de VIH du pays. Ces approches ont montré que les consommateurs de drogues injectables ne sont pas vulnérables *en tant que tels*, mais qu'ils sont rendus vulnérables lorsque leurs droits ne sont pas respectés, lorsqu'ils sont criminalisés et qu'on leur refuse l'accès aux moyens leur permettant de se protéger eux-mêmes.

49. Elle a indiqué qu'il incombait à l'État de fournir aux personnes – y compris celles qui sont incarcérées – les moyens de se protéger elles-mêmes. Les personnes qui s'injectent des drogues ont besoin d'informations et de services qui peuvent les aider à éviter ou à retarder la consommation de drogues, et qui peuvent les protéger lorsqu'ils en consomment. Le traitement de substitution aux opiacés et les autres traitements de substitution font partie des services que les pays doivent fournir aux citoyens. Il existe des approches réalisables et elles sont couronnées de succès lorsque les outils d'information et de prévention sont mis à disposition dans le respect des droits des personnes ainsi qu'avec compassion et solidarité. Pourtant, les consommateurs de drogues injectables continuent à travers le monde d'avoir un accès insuffisant aux services à même de les aider à arrêter ou à contrôler leur consommation et de les protéger contre des maladies infectieuses telles que le VIH et l'hépatite virale.
50. Mme Dreifuss a rappelé à l'auditoire que la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida de 2011 avait fixé pour cible de réduire de moitié les nouvelles infections à VIH chez les consommateurs de drogues injectables à l'horizon 2018. Au lieu de cela, les nouvelles infections ont augmenté de 30 % parmi cette population. Les pays continuent de rejeter ou d'ignorer des mesures de santé dont l'efficacité est scientifiquement prouvée. Ainsi, les personnes qui s'injectent des drogues ont des taux d'infection à VIH 24 fois plus élevés que les taux observés parmi la population générale.
51. Elle a insisté sur la nécessité de mettre l'accent sur la réduction des risques. Même si la consommation de drogues est illégale, les pays ont l'obligation de protéger les personnes contre le risque qui y est associé. Au milieu des années 1990, la Suisse a commencé à proposer un dépistage des substances dans les festivals musicaux, à ouvrir des lieux d'échange des aiguilles et à fournir des préservatifs gratuits. Il est avéré qu'aucune de ces mesures n'a encouragé la consommation de drogues. Elles ont à l'inverse réduit l'impact sanitaire et social de cette consommation.
52. Aujourd'hui, 90 pays seulement proposent des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et l'on ne dénombre que neuf pays (tous développés) où des sites d'injection supervisée ont été ouverts, bien qu'aucun décès n'ait été enregistré dans ces sites. Dans les rues, à l'inverse, les overdoses mortelles restent courantes.
53. Mme Dreifuss a invité les pays du G77 à ouvrir un débat sur l'efficacité des mesures de réduction des risques. Le monde dépense environ US\$ 100 milliards chaque année pour promouvoir l'interdiction des drogues. Dix pourcents simplement de ce montant seraient suffisants pour fournir des programmes appropriés de réduction des risques à l'échelle planétaire.
54. Mettre fin à la transmission du VIH via la consommation de drogues requiert par ailleurs de décriminaliser cette pratique. La décriminalisation signifie mettre un terme à l'ensemble des sanctions civiles et pénales contre la consommation de drogues. Cela permet de prévenir l'infection et de fournir un traitement et des soins. Des données probantes révèlent que les pays qui ont adopté des stratégies de santé publique et dépenalisé la consommation de drogues sont parvenus à maîtriser leurs épidémies.
55. Pour clore son allocution, Mme Dreifuss a rappelé à l'auditoire que les ODD s'appliquent à tous, y compris aux personnes qui consomment des drogues injectables. Elle a mis en garde en indiquant que la communauté mondiale ne pourrait pas réaliser les ODD si elle s'accroche au fantasme d'éradiquer la consommation de drogues. Mme Dreifuss a

exhorté toute personne agissant au nom des États ou de la société civile à utiliser ses pouvoirs et ses ressources de façon à réduire les risques, et lancé un appel pour mettre fin à la criminalisation de la consommation de drogues.

56. Dans leurs commentaires, les membres ont pris note de l'augmentation des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Ils ont reconnu que la réduction des risques est un outil de prévention éprouvé. Soulignant l'expérience du Portugal, où la dépénalisation de la consommation de drogues a eu un impact positif sur la santé, ils ont lancé un appel pour un engagement politique renforcé afin de mettre un terme à la criminalisation des drogues.
57. Dans sa réponse, Mme Dreifuss a indiqué que même si les États ne suivent pas nécessairement les mêmes modèles, ils devraient au moins partager des principes de base tels que le respect du droit à la santé et à la vie – et que ces principes devraient régir leurs interventions.
58. M. Sidibé a déclaré qu'il est difficile, mais nécessaire, de s'attaquer à de telles problématiques. Chacun porte la responsabilité de veiller à ce que les personnes aient accès à des soins et puissent protéger leur santé. Il a pris la Chine en exemple pour illustrer la manière dont les approches de santé publique peuvent être établies sur la base de données probantes scientifiques. Il a par ailleurs appelé les États Membres africains à faire le nécessaire pour éviter que les épidémies de VIH liées à la consommation de drogues ne deviennent une crise majeure sur ce continent.
59. Le Président a pris note des préoccupations soulevées par Mme Dreifuss et a ajouté que les divers représentants des gouvernements présents à la réunion devraient porter ces préoccupations à l'attention de leurs gouvernements respectifs.

3. SUIVI DU SEGMENT THÉMATIQUE DE LA 40^{ÈME} RÉUNION DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME : PRÉVENTION DU VIH À L'HORIZON 2020 – UN PARTENARIAT MONDIAL POUR L'EXÉCUTION

60. M. Tim Martineau, Directeur du Département chargé de la mise en œuvre de la Stratégie d'accélération à l'ONUSIDA, a résumé les débats sur la prévention du VIH lors de la 40^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de juin 2017. La priorité avait été de placer la prévention au centre de la riposte au VIH, de dépasser la fausse dichotomie prévention/traitement, et d'adopter une approche fondée sur les droits humains qui veille à ce que chaque personne qui en a besoin ait accès à des services de qualité.
61. Les pays avaient été invités à faire preuve d'un leadership renforcé pour s'attaquer aux obstacles structurels, en fournissant une éducation complète à la sexualité et en combattant les normes, politiques et lois préjudiciables. Le succès de la prévention du VIH sera en définitive tributaire de l'adéquation des connaissances des jeunes et de leur accès aux services pour gérer leur vie sexuelle et reproductive.
62. Les discussions avaient aussi souligné l'importance des partenariats entre les pouvoirs publics et la société civile, et de la fourniture de financements et d'autres formes de soutien aux communautés afin qu'elles puissent participer à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des interventions.

63. M. Martineau a indiqué qu'un leadership politique fort était essentiel, parallèlement à un débat ouvert sur les questions sensibles. Des objectifs de prévention clairs et mesurables sont tout aussi importants, de même qu'un suivi et une évaluation de qualité élevée au niveau national afin que les résultats puissent être évalués, comparés et améliorés. Il faut aussi disposer de financements appropriés, y compris pour les domaines négligés tels que la prévention du VIH parmi les populations clés (qui repose aujourd'hui massivement sur le soutien des donateurs).
64. M. Martineau a mentionné plusieurs exemples de bonnes pratiques pour atteindre les personnes exposées à un risque élevé d'infection à VIH, y compris au Bélarus (réduction des risques), en Inde (programmes axés sur le commerce du sexe), en Afrique du Sud (programmes de distribution de préservatifs et de circoncision médicale volontaire) et aux États-Unis d'Amérique (traitement préexposition). Ces expériences montrent qu'il est possible de déployer rapidement et à grande échelle des interventions efficaces de prévention du VIH si l'on est soutenu par un leadership fort, si des financements adéquats sont fournis et si les programmes s'attaquent aux aspects structurels de l'épidémie et ne reposent pas uniquement sur des interventions biomédicales.
65. La Coalition mondiale pour la prévention aurait besoin d'une Feuille de route basée sur ces éléments fondamentaux ainsi que d'objectifs clairs, d'activités globales de prévention bien définies, d'approches fondées sur le droit et d'une assistance technique. Les cibles devraient prioriser les droits humains, l'égalité des femmes et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination. Dans la mesure où les organisations confessionnelles sont des prestataires de soins importants dans certaines régions, il conviendrait de les intégrer à la nouvelle stratégie de prévention.
66. M. Martineau a indiqué à l'auditoire qu'un groupe de pilotage avait été constitué, s'était réuni en octobre 2017 à Genève et avait rassemblé 12 ministres de la Santé. La réunion a avalisé un projet de Feuille de route qui comprend des objectifs et des jalons clairs, y compris un plan de 100 jours. Un plan en dix points a été élaboré pour accélérer la prévention du VIH à l'échelon des pays.
67. Un Secrétariat est actuellement mis en place à Genève avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, de The Children's Investment Fund Foundation et du Gouvernement d'Allemagne, et plus de 20 pays élaborent des plans de 100 jours. Des tableaux de bord/de notation de la responsabilité sont en cours de validation.
68. Dans leurs commentaires, les membres ont exprimé leur soutien à la Coalition pour la prévention, la Feuille de route et le Plan de 100 jours, et anticipé le rôle vital du Programme commun dans le renforcement d'une prévention multisectorielle, y compris via les équipes de pays des Nations Unies.
69. Les membres ont salué le renforcement de l'accent mis sur la prévention primaire ainsi que sur les femmes et les filles. Ils ont souligné la nécessité d'avoir des approches fondées sur le concret et respectueuses des droits humains, et appelé à mettre fin à la dichotomie entre les interventions comportementales et structurelles. Ils ont également souligné l'importance de l'éducation à la sexualité et des droits à la santé sexuelle et reproductive.
70. Certains membres se sont toutefois inquiétés du fait que la Coalition n'incluait pas tous les États Membres. Ils ont demandé des informations complémentaires concernant les

capacités et les ressources techniques fournies par le Secrétariat à l'appui des travaux de la Coalition pour la prévention. Il a aussi été suggéré que, plutôt que de créer de nouvelles structures de coordination, il conviendrait d'exploiter l'architecture existante des systèmes de santé.

71. En réponse, M. Martineau a remercié l'auditoire de son soutien et pris note des points importants soulevés concernant l'intégration d'acteurs supplémentaires, la nécessité d'éviter les doublons dans l'architecture, l'adoption d'une approche de santé publique et l'utilisation de campagnes « de rattrapage ».
72. Mme Elizabeth Benomar, Coordinatrice mondiale pour le VIH/sida du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), a souligné la nécessité de renforcer les données et les chiffres qui permettent d'éclairer une relance des efforts de prévention. Elle a indiqué que l'on étudiait les listes de prestataires d'assistance technique pour orienter la fourniture de soutien technique. Elle a conclu en informant qu'aucune objection n'avait été formulée à l'accueil de tous les pays dans la Coalition pour la prévention.

4. RAPPORT SUR L'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION DU PROGRAMME COMMUN DE L'ONUSIDA

73. M. Joel Rehnstrom, Directeur exécutif adjoint par intérim et responsable de la Branche Gestion et gouvernance à l'ONUSIDA, a indiqué à l'auditoire que la mise en œuvre du Plan d'action du Programme commun de l'ONUSIDA était guidée par quatre thèmes centraux de l'Examen quadriennal complet (QCPR) :
 - i. Planification en fonction des résultats, suivi et communication
 - ii. Approches fondées sur les données, le concret, l'égalité des sexes et les droits
 - iii. Actions multisectorielles et partenariats multipartites, et
 - iv. Efficacité, efficience, responsabilisation et impact.
74. Le Programme commun demeure un modèle unique au sein des Nations Unies et incarne déjà bon nombre des changements demandés par l'Examen quadriennal complet, notamment : cohérence stratégique et activités ciblées en fonction des résultats, gouvernance inclusive et participation de la société civile, et travail commun pour améliorer l'impact à l'échelon des pays. Douze organisations des Nations Unies œuvrent de concert pour s'attaquer à un problème complexe – l'épidémie mondiale de VIH – de façon intégrée, à partir de perspectives multiples et en impliquant de nombreux secteurs et partenaires.
75. Le Panel mondial stratégique a établi un certain nombre de recommandations qui ont servi de base au Plan d'action du Programme commun – dont les suivantes sont les principales :
 - i. Renforcement du travail conjoint au niveau national, au sein du système des Nations Unies comme au-delà, afin d'accélérer la riposte
 - ii. Allocation de fonds dans les domaines prioritaires grâce à une démarche de mobilisation et d'affectation évolutive des ressources, et
 - iii. Intensification de la redevabilité et amélioration des résultats au bénéfice des personnes.

76. Les actions visant à intensifier la collaboration entre les Coparrainants de l'ONUSIDA et le Secrétariat incluent un engagement des responsables des organisations vis-à-vis des principales questions de politique dans le contexte de la réforme plus globale des Nations Unies, un affinement de la Matrice de répartition des tâches et son alignement sur la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA et le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF). En outre, dans le cadre du nouveau modèle d'allocation des ressources, les enveloppes de pays ont été finalisées et sont prêtes à être mises en œuvre sur la base des évaluations des capacités et d'une planification commune, alors que la mobilisation des ressources est parallèlement consolidée.
77. Un renforcement du travail commun à l'échelon du pays améliorera le ciblage national et soutiendra le déploiement des ressources là où l'on en a le plus besoin. Il permettra aussi de hâter les efforts d'accélération, de promouvoir la responsabilité et les résultats au profit des personnes, et d'être à la tête de la réforme des Nations Unies.
78. M. Rehnstrom a indiqué que 97 évaluations des capacités nationales ont été réalisées, que 97 plans communs des Nations Unies sur le VIH ont été élaborés et que 71 enveloppes de pays ont été établies. Cette situation confirme que l'ONUSIDA peut agir rapidement et horizontalement.
79. Des processus de planification commune, inclusive et rapide ont été conçus pour faire participer les principales parties prenantes des pays, notamment les autorités nationales, les organisations de la société civile et à assise communautaire, le Fonds mondial, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et d'autres partenaires de développement.
80. Bien que certaines contraintes de temps n'aient pas permis de mener des consultations élargies, les priorités de la société civile sont prises en compte dans les plans et les programmes communs qui ont été élaborés en fonction des objectifs nationaux, qui servent à leur tour de base à l'établissement des enveloppes de pays. M. Rehnstrom a indiqué que l'ONUSIDA garantira et documentera la participation de la société civile à la mise en œuvre des enveloppes de pays de 2018 ainsi qu'à l'allocation des financements des enveloppes pour 2019.
81. M. Pradeep Kakkattil, Directeur du Département Partenariats du Programme et Collecte de fonds à l'ONUSIDA, a présenté le nouveau Plan commun de mobilisation des ressources pour 2018-2021. Un Groupe de travail du Conseil de Coordination du Programme composé de représentants des États Membres, des Coparrainants et de la société civile a régi le processus qui a été finalisé en trois mois.
82. Examinant la situation financière de l'ONUSIDA, il a déclaré qu'US\$ 180 millions avaient été mobilisés au titre du budget de base en 2016 et US\$ 172 millions en 2017 (soit légèrement moins que le montant prévu d'US\$ 180 millions). Des mesures ont été mises en œuvre en 2017 pour réduire les coûts. Pour 2018, l'ONUSIDA espère mobiliser les US\$ 184 millions qu'il s'est fixé pour objectif. Nous sommes dans un contexte où les décaissements totaux des gouvernements donateurs au profit de la riposte au VIH sont globalement tombés à US\$ 7 milliards en 2016, après avoir atteint un pic d'US\$ 8,5-8,6 milliards en 2013-2014. Les financements de base des Coparrainants pour 2017 ont été entièrement virés, alors que les allocations 2018 devraient être virées durant le premier trimestre 2018.

83. Remarquant que l'UBRAF avait besoin d'US\$ 242 millions pour être pleinement financé, M. Kakkattil a indiqué que l'insuffisance de financement entravait la capacité du Programme commun à obtenir des résultats dans des domaines clés et que cela avait un impact sur la programmation et sur la capacité à soutenir les activités de la société civile.
84. Le nouveau Plan de mobilisation des ressources vise à améliorer la situation du financement et repose sur trois principaux piliers :
- i. Soutenir, renforcer et mobiliser le financement des donateurs gouvernementaux (l'ONUSIDA s'appuie actuellement sur 14 donateurs qui fournissent environ 95 % des financements), y compris identifier des donateurs qui sont investis dans la santé et la riposte au VIH mais ne participent pas suffisamment au soutien de l'UBRAF, et mobiliser des donateurs émergents de plus faible envergure
 - ii. Développer le financement venant du secteur privé, y compris les dons des fondations, des entreprises et des particuliers, et
 - iii. Tirer parti d'autres partenariats (en particulier avec le Fonds mondial) et de financements innovants.
85. Il a souligné que le Plan sollicitait le Programme commun dans sa globalité, et pas uniquement le Secrétariat, pour mobiliser des fonds. En outre, le partenariat avec le Fonds mondial sera renforcé avec un protocole d'accord devant cibler des domaines de résultats clairs et la valeur ajoutée par le Programme commun. L'ONUSIDA siège dans 79 % des instances de coordination nationale du Fonds mondial et 69 % de ses Comités de surveillance. Il apporte une importante valeur ajoutée à l'étendue et à la qualité des activités du Fonds. Il joue un rôle majeur dans la reconstitution des ressources du Fonds mondial et dans la gestion des subventions dans les pays.
86. Les étapes suivantes incluent la mise en œuvre du Plan, parallèlement au suivi et à la communication des progrès, la poursuite de l'engagement du leadership du Conseil et de la société civile, et la poursuite d'innovations en matière de mobilisation de fonds. Pour clore son allocution, M. Kakkattil a déclaré que l'ONUSIDA fonctionnait dans un environnement de collecte de fonds surpeuplé et qu'il était important que les activités de mobilisation de ressources ne fassent pas concurrence en interne à d'autres efforts des organismes des Nations Unies.
87. Exposant les idées du Comité des organismes coparrainants (COC), Mme Nazneem Damji, Conseillère politique sur les questions d'égalité des sexes, de santé et de VIH/sida chez ONU Femmes, a déclaré que le COC prenait note de l'esprit collaboratif dans lequel le Programme commun avait élaboré le Plan de mobilisation des ressources. Il s'agit d'un exemple supplémentaire qui montre que l'ONUSIDA se situe à l'avant-garde de la réforme des Nations Unies.
88. Les rapides progrès enregistrés autour du Plan d'action ont aussi permis de tirer des enseignements concernant la gouvernance (ex : nécessité d'une cohérence saine au sein du Conseil), le travail commun (ex : perfectionnement des principes de mise en œuvre de la Matrice affinée de répartition des tâches de l'ONUSIDA et revitalisation de la planification commune) et la Stratégie commune de mobilisation des ressources (ex : responsabilité partagée pour la mobilisation des ressources et nécessité de financer les activités de la société civile).

89. Au niveau des responsables des organismes, le COC a chargé les Coparrainants de mettre en œuvre efficacement le Plan d'action et renouvelé son engagement d'atteindre les cibles de la Coalition mondiale pour la prévention. Les partenaires nationaux doivent s'engager pleinement et il est particulièrement important d'accroître l'espace consacré aux activités de la société civile et de les pérenniser davantage. Le COC a par ailleurs pris note de l'élan en faveur d'une plus grande responsabilité et d'un plus grand suivi, de l'intégration permanente de la question du VIH aux autres initiatives et de la sortie de la lutte contre le sida de son isolement. Il a par ailleurs pris acte de la nécessité de combiner les interventions biomédicales aux interventions sociales et structurelles.
90. Le COC a considéré que, bien que loin d'être optimale, la situation financière s'était stabilisée. Cependant, pour que le Programme commun ait les moyens d'accomplir sa mission, toutes ses composantes doivent être financées de façon appropriée. La priorité reste donc de financer totalement l'UBRAF. La nouvelle stratégie de mobilisation des ressources a été considérée comme une stratégie commune qui exploite les ressources de tous les Coparrainants.
91. Les dernières expériences ont confirmé que le Programme commun restait résilient, adaptable et créatif. Parmi les nombreux exemples, l'OMS a réorienté son approche afin d'inclure la prise en charge de l'hépatite virale, et l'UNESCO intègre la riposte au VIH dans ses autres domaines d'activités.
92. S'agissant du travail commun, le COC a reconnu la nécessité de réagir rapidement à l'évolution des besoins et des priorités des pays. Il faudra peut-être actualiser la matrice de répartition des tâches au niveau national afin d'obtenir cette flexibilité. Certains se sont inquiétés de l'affaiblissement des capacités à l'échelon des pays et du fait que les allocations ne correspondaient pas toujours aux priorités épidémiques.
93. Dans leurs commentaires, les membres ont exprimé leurs remerciements pour l'exhaustivité du rapport. Ils ont salué le processus inclusif au sein duquel le Plan d'action et la Plan de mobilisation des ressources ont été élaborés, ainsi que la rapidité à laquelle l'ONUSIDA est venu à bout d'opérations de réforme et de planification aussi importantes.
94. Les membres ont félicité le Programme commun pour les plans axés sur les résultats et ont exhorté le Conseil à assortir son approbation du Plan de mobilisation des ressources d'un soutien financier accru. Ils ont aussi salué l'intention d'élargir la base de donateurs et de mobiliser des fonds auprès d'autres sources. Ils attendent avec impatience des comptes rendus plus détaillés des efforts de mobilisation des ressources et des résultats. Ils ont cependant réaffirmé que les nouveaux efforts de mobilisation de ressources ne doivent pas générer de concurrence contre-productive avec les partenaires.
95. Les orateurs ont soutenu la création d'un Registre des investissements et déclaré qu'ils étaient impatients d'être informés de l'avancement de ce processus. Les étapes essentielles suivantes incluent l'établissement d'argumentaires d'investissement qui montrent clairement les résultats atteints par le Programme commun et la « valeur ajoutée » des travaux du Secrétariat. Les membres ont aussi demandé des rapports actualisés sur le budget de l'ONUSIDA qui indiquent les financements disponibles, les allocations et les lacunes au niveau des composantes du budget de base et hors budget de base du Programme commun.

96. Le puissant partenariat entre le Fonds mondial et le Programme commun a été souligné comme étant une composante déterminante de la riposte mondiale, les membres ayant pris note de l'importance et de l'envergure du soutien fourni par l'ONUSIDA au Fonds mondial à l'échelon des pays. Un appel a été lancé aux pays donateurs pour qu'ils mettent de côté un petit pourcentage de leur donation pour l'ONUSIDA afin de protéger et d'optimiser le soutien que les pays reçoivent du Fonds mondial.
97. Les membres ont exprimé leur satisfaction à l'égard des efforts engagés pour mettre en œuvre le Plan d'action et salué la décision de distribuer des ressources au titre des enveloppes également aux pays non visés par la Stratégie d'accélération. Ils ont avalisé l'approche collaborative utilisée pour les enveloppes de pays et souligné la nécessité d'une allocation rapide des enveloppes et d'une consultation élargie lors de l'élaboration des plans nationaux.
98. Il a été indiqué que le modèle opérationnel révisé avait contribué à dynamiser les équipes communes dans plusieurs pays, mais que les coûts de transaction liés à la mobilisation de fonds supplémentaires étaient élevés et que les ripostes nationales ne pouvaient pas reposer uniquement sur les fonds de l'enveloppe de pays.
99. Quelques membres se sont inquiétés du fait que certaines des propositions actuelles d'enveloppes ne tenaient pas compte de façon suffisamment claire de la participation de la société civile et des avantages qu'elle en tirait. Compte tenu de l'importance de la société civile, l'ONUSIDA a été instamment prié d'effectuer des consultations plus larges au sujet des enveloppes de pays. D'autres informations ont par ailleurs été demandées sur les flux de ressources alloués à la société civile dans les pays. Certains ont proposé que l'on définisse une répartition claire des tâches entre les partenaires internationaux à l'échelon du pays.
100. Dans sa réponse, Mme Damji a assuré l'auditoire que la matrice proposée de répartition des tâches tenait compte de la situation des ripostes au VIH dans les pays, de leurs lacunes et du contexte des ODD. La matrice de répartition des tâches a aussi été alignée sur les domaines de résultats stratégiques. Saluant la rapidité du processus, elle a néanmoins indiqué que les produits à fournir étaient en cours d'analyse. Le processus d'examen par les pairs s'est avéré utile et se poursuivra probablement.
101. Dans sa réponse, M. Rehnstrom a indiqué que l'ONUSIDA continuait de rassembler des informations pertinentes sur la mise en œuvre du Plan d'action et partagerait plus de détails, y compris sur les allocations par domaine de résultat stratégique et pour la société civile, lors de la réunion du Conseil de juin 2018. Il a ajouté que le principe de base de l'UBRAF était le renforcement du suivi et de l'évaluation, la validation externe et la responsabilité en vertu du nouveau modèle d'allocation des ressources.
102. Concernant le processus au niveau national, les informations fournies par les bureaux de pays ont révélé que, dans certains pays, les partenaires de la société civile participaient effectivement aux débats durant l'élaboration des enveloppes de pays. Les capacités et les effectifs du Programme commun à l'échelon des pays ont été examinés dans le but d'adapter au mieux les ressources humaines et financières en fonction des besoins nationaux. L'ONUSIDA présentera aussi un rapport sur le « dimensionnement optimal » et le repositionnement du Secrétariat, et sur l'impact de ces changements. Les virements de fonds aux Coparrainants seront basés sur des Lettres d'accord (une par

Coparrainant), ce qui accélérera le virement de fonds aux pays et la mise en œuvre. Le décaissement de fonds supplémentaires pour les pays se fera en fonction des résultats.

103. M. Kakkattil a résumé les principaux messages issus du débat. L'un concernait un sentiment d'urgence et la nécessité d'accélérer la mobilisation des ressources. À cette fin, l'ONUSIDA commencera à déployer au début 2018 de solides plans de plaidoyer auprès des donateurs, en s'appuyant éventuellement sur le soutien fourni par le Groupe de travail du Conseil de Coordination du Programme. Ces argumentaires devraient clairement faire état de la valeur ajoutée apportée par l'ONUSIDA et la promouvoir. Le Registre des investissements indiquera par exemple là où les fonds sont alloués et l'impact qu'ils génèrent. Dans ce domaine, il existe selon lui des opportunités pour collaborer étroitement avec la société civile. L'ONUSIDA s'est réjoui de travailler avec cette dernière pour combler les insuffisances de financement de son plaidoyer, a-t-il ajouté.
104. Un autre message concernait la nécessité d'établir des approches et des relations fiables, et de chercher à utiliser des financements mixtes pour l'avenir. Il a assuré l'auditoire que l'ONUSIDA étudiait très sérieusement les suggestions de la société civile. Le renforcement du partenariat avec le Fonds mondial a aussi été souligné. Un engagement mutuel des conseils sera essentiel et il a confirmé que, jusqu'à présent, ces dialogues avaient été très fructueux.
105. M. Sidibé a remercié le Conseil de ses orientations durant un processus complexe et de permettre à l'ONUSIDA d'arriver à des solutions innovantes. Il a déclaré que la force du Programme commun réside dans sa nature multisectorielle et régie par les États Membres, ainsi que dans le rôle majeur joué par le Conseil pour guider et financer les travaux de l'ONUSIDA. Sans ces caractéristiques, le Programme aurait pu être réduit à un rôle de sous-traitant. La structure et la gouvernance de l'ONUSIDA doivent refléter la priorité accordée aux pays dans ses travaux.
106. Il a déclaré qu'il existait une relation symbiotique entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial, et qu'il était satisfait de discuter de la perspective d'un nouveau resserrement de la collaboration. Il a indiqué que la valeur ajoutée de l'ONUSIDA était évidente et bien connue, et que l'on pouvait en dire de même concernant le Fonds mondial. Il a exhorté les pays qui investissent dans le Fonds mondial à mettre de côté un faible pourcentage de ces financements au profit du Programme commun afin de veiller à ce que le Fonds mondial fonctionne aussi efficacement que possible. Dans son commentaire de clôture, M. Sidibé a remercié le Royaume-Uni de son examen – récent, positif et encourageant – des travaux du Programme commun.

5. POINT SUR LES ACTIONS ENGAGÉES POUR RÉDUIRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION SOUS TOUTES LEURS FORMES

107. Mme Luisa Cabal, Conseillère spéciale, Division Droits humains et Égalité hommes-femmes à l'ONUSIDA, a résumé le rapport sur les actions engagées pour réduire la stigmatisation et la discrimination durant la période 2015-2017. Le rapport a couvert deux grands domaines : le renforcement de l'engagement de la communauté mondiale en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination, et les mesures spécifiques prises pour mettre en pratique ces engagements au niveau national. Il s'est appuyé sur les informations tirées des consultations auprès des bureaux de pays, de la société civile, des partenaires gouvernementaux et d'autres sources.

108. Mme Cabal a mentionné les principaux engagements pour éliminer la stigmatisation et la discrimination, notamment la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA (qui inclut des domaines de résultats spécifiques relatifs à ces comportements), la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida et la Résolution 60/02 de la Commission de la condition de la femme sur les femmes, les petites filles et le VIH (qui met massivement l'accent sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes).
109. Ces engagements ont redynamisé des initiatives au Conseil des droits de l'homme (y compris plusieurs résolutions), la réunion de la Commission mondiale sur le VIH et le droit sur le thème « Opportunities for the Future », entre autres. Des efforts sont en cours dans plus de 88 pays pour promouvoir les recommandations de la Commission mondiale, et de nombreux pays se réforment ou examinent les lois concernées. Des organismes des Nations Unies ont également publié des déclarations communes confirmant qu'ils s'engageaient à agir contre la stigmatisation et la discrimination.
110. Au niveau national, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sont de plus en plus suivies et évaluées, alors que des politiques et des programmes luttent de façon pratique contre ces comportements. Le Programme commun fournit un précieux soutien à ces efforts, y compris via des orientations pour réduire la stigmatisation et la discrimination (notamment la discrimination et la violence sexistes), un appui technique pour réformer les lois, les réglementations et les politiques, et pour élargir l'accès à la justice. Il contribue à sensibiliser les législateurs, les juges et les responsables de l'application des lois, et à élaborer un programme pour éliminer la discrimination dans les structures de soins de santé. Les Coparrainants interviennent activement dans de nombreux domaines et leur soutien s'est traduit par des interventions concrètes dans des douzaines de villes.
111. Mme Cabal a cependant ajouté qu'il y avait plus de demandes de soutien que d'actions visant à mettre en pratique les engagements politiques, d'où la persistance de nombreuses difficultés. L'important est que les expériences mettent en évidence le caractère central des efforts communautaires et de l'engagement de nombreuses parties prenantes, ainsi que la nécessité de veiller à ce que les interventions et les politiques combattent la discrimination qui s'exerce à l'encontre des plus vulnérables.
112. Mme Laurel Sprague, Directrice exécutive du Réseau mondial de personnes vivant avec le VIH (GNP+), s'est exprimée devant l'auditoire sur la situation actuelle des mesures engagées pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Bien que l'on ait constaté des progrès encourageants dans certains domaines, il reste selon elle beaucoup à faire dans d'autres. Les mesures nécessaires pour éliminer ces comportements dans les milieux de santé sont claires et les aménagements juridiques requis apparaissent souvent évidents. Bien que d'importantes mesures aient été prises dans ces domaines, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des populations clés n'a que lentement progressé.
113. Mme Sprague a brièvement fait le point sur les constatations de l'enquête servant à l'établissement de l'Indice de la stigmatisation à l'encontre des personnes vivant avec le VIH dont la méthodologie repose sur un questionnaire. Depuis 2008, plus de 100 000 personnes ont été interrogées dans le cadre de l'enquête, laquelle a récemment été revue afin d'améliorer son évaluation des obstacles qui entravent l'accès au dépistage et au traitement.

114. Les premières constatations de l'enquête révisée montrent que plus de 60 % des répondants déclarent cacher leur statut sérologique VIH, que 23-41 % hésitent à se soumettre à un test de dépistage et que 14-36 % indiquent avoir été physiquement maltraités. Un important pourcentage de gays et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré avoir peur de chercher à se faire soigner. D'autres enquêtes de santé révèlent des constatations similaires, y compris des violences à l'encontre des femmes dans les milieux sanitaires.
115. Mme Sprague a indiqué à l'auditoire que 69 pays continuent de criminaliser la transmission du VIH en dépit de l'absence de données probantes attestant des bénéfices de cette sanction pour la santé publique. L'an dernier, 228 poursuites ont été enregistrées (la plupart au Bélarus, au Canada, en Fédération de Russie et aux États-Unis d'Amérique).
116. Elle a exhorté les pays à maintenir les efforts de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, à effectuer davantage de recherches sur la prévalence et l'impact de ces comportements, et à ajouter des indicateurs relatifs à ceux-ci dans leurs systèmes de suivi et d'évaluation. Il faut en faire davantage pour améliorer l'égalité économique et sociale, y compris l'égalité de l'accès à l'éducation, à l'emploi, au logement et à la justice. Les leaders politiques et les décideurs doivent agir avec courage.
117. Dans leurs commentaires, les membres ont apprécié l'exhaustivité du rapport, salué les efforts accrus pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination, et avalisé l'Indice de la stigmatisation. Ils ont salué les actions engagées par le Programme commun pour promouvoir les principes des droits humains (y compris les nombreux documents d'orientation publiés sur cette question) et l'ont encouragé à exploiter ses partenariats et à renforcer l'accent mis sur la stigmatisation et la discrimination dans ses activités de collecte de données.
118. Il a été demandé à l'ONUSIDA d'appliquer les points de décision de la 39^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme relatifs aux enfants, à la stigmatisation et à la discrimination. Certains ont demandé que l'on fasse le point sur l'utilisation du rapport *Faire face à la discrimination* de 2017 pour combattre la stigmatisation et la discrimination dans les pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée.
119. Les membres ont réaffirmé que la stigmatisation et la discrimination demeurent des obstacles majeurs à la riposte mondiale au VIH, et souligné que le principe de ne laisser personne pour compte s'applique à toutes les populations et doit être appliqué sans exception. Les populations clés (en particulier les personnes incarcérées, les migrants, les gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les consommateurs de drogues injectables) se voient refuser leurs droits fondamentaux, demeurent marginalisés et ont de grandes difficultés à être intégrés socialement et à avoir accès aux services de soins – notamment aux services de prise en charge du VIH. Tout être humain dispose d'un droit universel au meilleur état de santé possible, et les personnels et services de santé doivent respecter ce droit pour tout le monde. Plusieurs membres ont décrit des mesures qu'ils avaient prises pour réduire la stigmatisation et la discrimination.
120. Les membres ont lancé un appel en faveur d'un effort collectif pour éliminer la stigmatisation et la discrimination. Ils ont demandé à l'ONUSIDA de faciliter la création

d'un pacte mondial pour en finir avec la stigmatisation sous toutes ses formes, y compris en établissant des cibles mesurables et en améliorant la disponibilité des données.

121. Les membres ont insisté sur le fait que les organisations de la société civile ont un rôle central à jouer dans l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, mais qu'elles ont besoin de financements et d'autres appuis pour accomplir cette mission. Des données concrètes révèlent que les organisations communautaires sont essentielles pour combattre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés et pour améliorer leur accès aux services de prise en charge du VIH et autres services de santé.
122. Il est également essentiel d'établir des environnements juridiques non discriminatoires. Une analyse de la Commission mondiale sur le VIH et le droit révèle que la suppression des lois discriminatoires pourrait permettre d'éviter 1,2 million de nouvelles infections à VIH. Un appel a été lancé pour définir des cibles explicites et des indicateurs pour protéger les droits humains des populations clés.
123. Dans sa réponse, Mme Cabal s'est félicitée du soutien en faveur d'une collecte continue de données, y compris via l'Indice de la stigmatisation, et de l'élaboration en cours d'orientations pour les politiques des pouvoirs publics et d'autres parties prenantes. Elle a également salué les suggestions spécifiques pour accélérer le déploiement d'actions efficaces contre la stigmatisation et la discrimination.
124. Mme Sprague a mentionné certains des efforts engagés pour résister à une aggravation de la stigmatisation et de la discrimination dans certains pays, notamment le rejet par les législateurs du Malawi d'un ensemble proposé de mesures punitives liées au VIH.
125. M. Sidibé a pris note de la proposition de pacte mondial pour en finir avec la stigmatisation et la discrimination, et assuré à l'auditoire que l'ONUSIDA allait travailler à la création d'un mécanisme pour faciliter une telle initiative.

6. POINT SUR LA LUTTE CONTRE LE VIH DANS LES PRISONS ET AUTRES STRUCTURES FERMÉES

126. Mme Sabine Böhlke-Möller, Ambassadrice de la Mission permanente de la République de Namibie auprès des Nations Unies à Genève, a présenté un message vidéo de M. Bernard Haufiku, ministre de la Santé et des Services sociaux de Namibie.
127. Dans cette vidéo, M. Haufiku observait que la prévalence du VIH était beaucoup plus élevée dans les prisons et autres structures fermées que dans la population générale. Il a assuré l'auditoire que la Namibie s'était engagée à garantir le droit au niveau de santé le plus élevé possible pour tous, y compris les prisonniers et les détenus. Une bonne santé en prison se traduit en définitive par une bonne santé dans les communautés, a-t-il déclaré. Le ministère en charge de l'application des peines de Namibie est intervenu pour élargir l'accès aux services de santé en formulant une politique à l'intention des détenus et prisonniers. Les infirmiers et responsables médicaux des dispensaires des prisons ont également été formés à la fourniture de soins et d'un traitement contre le VIH.
128. Malgré de nombreux obstacles, la Namibie s'est engagée à veiller à ce que les personnes incarcérées aient facilement accès aux services de prise en charge du VIH, y

compris au traitement pré et post-exposition, aux préservatifs gratuits, à la circoncision médicale volontaire et à des services complets de dépistage et de traitement. Il a indiqué que le pays n'avait pas encore aboli les lois réprimant la sodomie datant de l'époque de l'apartheid.

129. Mme Monica Beg, Cheffe de la Section VIH/sida et Coordinatrice mondiale VIH/sida à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), a indiqué à l'auditoire que la population carcérale représentait environ 10,3 millions de personnes, soit 20 % de plus qu'en 2000. Globalement, environ 144 personnes sur 100 000 sont en prison ou en détention à travers le monde, habituellement dans des conditions de surpeuplement carcéral.
130. Elle a déclaré que de nombreux facteurs accroissaient le risque de transmission du VIH pour les personnes incarcérées. Les populations clés ont tendance à être surreprésentées dans ces établissements, les conditions d'incarcération sont mauvaises, la gestion des prisons est souvent médiocre et les détenus sont exclus du système de santé publique. En outre, la stigmatisation, la négligence et la violence sont omniprésentes.
131. Ainsi, la prévalence du VIH, de la tuberculose et de l'hépatite virale est habituellement plus élevée chez les personnes incarcérées que dans la population générale. Les femmes représentent environ 5-10 % de la population carcérale mondiale et la prévalence du VIH chez les femmes incarcérées est pratiquement toujours plus élevée que chez les hommes. La population carcérale féminine mondiale a augmenté de 50 % depuis 2000.
132. Des préservatifs et des lubrifiants sont mis à la disposition des prisonniers et des détenus dans environ 40 pays seulement (principalement dans de rares établissements seulement et dans les salles de visite conjugale). Environ 60-90 % des personnes qui consomment des drogues injectables sont incarcérées à un moment de leur vie. Pourtant, il existe très peu de pays qui proposent des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et/ou des traitements de substitution aux opiacés dans les prisons. Les besoins de santé des personnes en détention provisoire sont rarement satisfaits et les interruptions de traitement sont courantes.
133. Mme Beg a indiqué à l'auditoire que des engagements mondiaux majeurs concernant le VIH et la santé ont été pris ces dernières années, en particulier les règles dites de Nelson Mandela. La Stratégie de l'ONUSIDA stipule également la nécessité de fournir des services de prise en charge du VIH aux personnes dans les prisons et les centres de détention. Le Programme commun a élaboré des orientations techniques et des outils, et aide les pays à rédiger des politiques et des stratégies sur les services de prise en charge du VIH dans les lieux de détention (en Afrique subsaharienne ainsi qu'en Afghanistan, au Myanmar et en Ukraine, par exemple). Il soutient la collecte d'informations stratégiques au Zimbabwe et fournit un appui au renforcement des capacités en Afghanistan, en Égypte, en Ukraine et au Viet Nam. Il contribue par ailleurs à la formation du personnel carcéral en République de Moldavie. D'autres formes de soutien sont proposées en Égypte, au Pakistan et en République-Unie de Tanzanie.
134. Mme Beg a déclaré qu'il conviendrait d'améliorer l'information stratégique sur la santé dans les structures d'incarcération afin de promouvoir et d'éclairer des lois, des politiques et des pratiques de soutien. Elle a reconnu que, dans la pratique, les

changements étaient rendus complexes par le fait que la responsabilité des services de santé dans les prisons incombait généralement au ministère en charge de l'application des peines plutôt qu'au ministère de la Santé.

135. Elle a demandé que l'on prenne un ensemble de mesures pour réduire l'impact du VIH et d'autres maladies infectieuses sur les personnes incarcérées. Il conviendrait d'étudier des alternatives à l'incarcération pour les populations clés et les personnes reconnues coupables d'infractions mineures non violentes. Des initiatives de réforme des prisons devraient être élaborées et mises en œuvre, et des services complets de prise en charge du VIH devraient être financés et déployés à grande échelle dans le cadre des programmes d'amélioration des services de santé dans les prisons. Enfin, il conviendrait d'améliorer la coordination entre la santé publique, la justice pénale et d'autres secteurs gouvernementaux concernés.
136. Une courte vidéo a été projetée. Elle décrivait l'épidémiologie du VIH dans les prisons et présentait des témoignages personnels sur les insuffisances au niveau de la fourniture de services dans différentes régions géographiques.
137. Dans leurs commentaires, les membres ont remercié le Programme commun pour l'exhaustivité du rapport qui a mis en lumière la nécessité de fournir des services fondés sur le concret dans les prisons, y compris des services de traitement vitaux. Ils ont salué les travaux engagés par l'ONUSIDA pour actualiser ou élaborer des orientations techniques afin d'améliorer l'accès aux services de prise en charge du VIH dans les prisons. Ils ont enfin réaffirmé que l'épidémie de VIH et les autres épidémies qui touchent les prisons devaient être maîtrisées dans l'intérêt tant des prisonniers que de la communauté au sens large.
138. Les membres ont lancé un appel en faveur d'une coordination plus efficace entre les autorités judiciaires et sanitaires, et d'une amélioration de la collecte de données sur l'accès aux services de santé et de prise en charge du VIH dans les prisons. Ils ont demandé au Conseil de Coordination du Programme de soutenir les initiatives des gouvernements, de la société civile et des partenaires techniques visant à améliorer la disponibilité de services de prise en charge du VIH dans les prisons, et l'accès à ceux-ci. Les pays ont été instamment priés d'envisager un examen des lois pénales afin de lutter contre la surreprésentation des populations clés dans les prisons.
139. Les membres ont pris note du soutien apporté par le PEPFAR pour fournir des traitements contre le VIH dans les prisons dans différents pays. Les autres initiatives mentionnées ont été : la fourniture de services de traitement contre le VIH aux prisonniers en Pologne, le plan du Bélarus pour fournir des traitements dans les prisons en 2018, les efforts de la République islamique d'Iran pour élargir les services de prise en charge du VIH destinés aux personnes incarcérées, la promotion d'une politique nationale de soin de l'ensemble des personnes incarcérées au Brésil depuis 2014, et les nouvelles politiques adoptées en Inde pour améliorer l'accès des prisonniers et détenus aux services de santé.
140. Certains membres ont noté que le rapport ne commentait pas la prévalence des viols et violences à l'encontre des populations clés dans les prisons, alors que d'autres ont rappelé à l'auditoire que, dans de nombreux pays, les autochtones étaient massivement surreprésentés dans la population carcérale. Les membres ont souligné la détresse des adolescents en détention et dans les prisons, et l'auditoire a été informé que les

conditions de détention étaient épouvantables dans les prisons d'Afrique australe, par exemple. Des réformes complètes de la justice des mineurs sont nécessaires (à l'image de ce qui s'est récemment passé au Malawi, par exemple), parallèlement à des éventuels mécanismes d'amnistie

141. Conscients des difficultés qu'il y a à introduire des améliorations, les membres ont salué le soutien du Programme commun à l'appui des changements des lois et politiques, tout en notant que ces processus peuvent prendre du temps. Des dialogues spécialisés avec les ministères concernés – en particulier entre les ministères de la Santé, de la Justice et de l'Application des peines – contribueraient à accélérer les progrès.
142. Dans sa réponse, Mme Beg a remercié les membres pour les précieux enseignements issus du débat. Elle a indiqué que les prisonniers étaient probablement la population clé la plus négligée au sein de la riposte au VIH. Il est important que les pays et les organismes soutiennent des approches harmonisées capables d'améliorer l'accès aux services de prise en charge du VIH, y compris aux services de réduction des risques, dans les prisons et centres de détention.

7. PROCHAINES RÉUNIONS DU CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

143. Le Président a résumé les propositions reçues pour les segments thématiques des 42^{ème} et 43^{ème} réunions du Conseil, et proposé des dates pour les réunions. Le Conseil a décidé que la 46^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme se tiendrait du 23 au 25 juin 2020 et que la 47^{ème} réunion se tiendrait du 15 au 17 décembre 2020. Il a par ailleurs approuvé les thèmes des 42^{ème} et 43^{ème} réunions, et demandé au Bureau du Conseil de préparer les discussions thématiques. Les thèmes approuvés sont : *Mettre fin à la tuberculose et au sida – une réponse commune à l'ère des objectifs de développement durable* (42^{ème} réunion du Conseil) et *Santé mentale et VIH/sida – promouvoir les droits humains, une approche intégrée et centrée sur la personne pour améliorer l'observance de la thérapie antirétrovirale, le bien-être et la qualité de vie* (43^{ème} réunion du Conseil).

8. ÉLECTION DU BUREAU

144. Le Président a annoncé l'élection du Bureau et présenté deux nouveaux représentants des ONG au Conseil de Coordination du Programme. Le Conseil a élu le Royaume-Uni, Vice-président actuel, au poste de Président pour un mandat d'une année civile débutant le 1^{er} janvier 2018. Il a aussi élu la Chine au poste de Vice-président ainsi que l'Algérie au poste de Rapporteur. La composition de la Délégation des ONG du Conseil de Coordination du Programme a aussi été approuvée.

9. QUESTIONS DIVERSES

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

10. SEGMENT THÉMATIQUE : ZÉRO CAS DE DISCRIMINATION DANS LES STRUCTURES DE SOINS DE SANTÉ

146. Le segment thématique a été consacré à l'éradication de la discrimination dans les structures de soins de santé. Les présentations et les discussions ont notamment inclus des données empiriques et des récits personnels de discriminations courantes, des

comptes rendus d'interventions réussies et des propositions de mesures pour en finir avec la discrimination dans les milieux de santé et ailleurs.

147. Le Président a présenté le segment thématique. M. Mahesh Mahalingham, Directeur, Communications et Sensibilisation mondiale à l'ONUSIDA, est intervenu comme modérateur et a décrit les grandes lignes des trois principaux objectifs du segment : examiner les données concrètes de l'impact de la discrimination dans les structures de soins de santé, identifier et présenter les bonnes pratiques, et galvaniser l'action pour éradiquer cette discrimination.
148. M. Sidibé a réaffirmé l'engagement de l'ONUSIDA en faveur de l'établissement d'un Pacte mondial pour en finir avec la stigmatisation et la discrimination. Il a déclaré que la riposte au VIH avait toujours consisté à faire évoluer la manière dont la santé publique est comprise et pratiquée. Les progrès accomplis jusqu'à présent ont résulté du refus des personnes d'accepter que les « choses restent en l'état ». Cependant, la peur et la réalité de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de soins continuent d'empêcher de nombreuses personnes, en particulier les membres des populations clés, d'accéder à des services vitaux.
149. Mme Lillian Kyomuhangi Mworeko, Coordinatrice régionale de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH d'Afrique orientale, a décrit les nombreuses manières dont les femmes sont victimes de stigmatisation et de discrimination liées à leur santé. Les femmes migrantes sont particulièrement susceptibles de se voir refuser l'accès aux services de prise en charge du VIH et autres services de santé, a-t-elle indiqué. S'agissant des femmes enceintes, elles doivent obligatoirement faire l'objet d'un dépistage du VIH, pourtant de nombreuses femmes évitent ce dépistage de peur de la violence ou du rejet de leur partenaire. Des documents d'orientation importants ont été élaborés pour que les pays les utilisent afin de s'attaquer à ces violations des droits et y remédier. Mais les femmes doivent aussi avoir accès à des informations qui leur permettent de prendre les meilleures décisions pour elles-mêmes et leur famille.
150. Mme Camille Anoma, Directrice de Clinique Confiance à Abidjan, Côte d'Ivoire, a déclaré que les populations clés s'infligent une auto-stigmatisation importante en plus de la stigmatisation dont elles sont victimes de la part des autres. Beaucoup ont peur de recourir aux services des établissements de soins. Elle a décrit les services de Clinique Confiance, qui propose des services de santé gratuits et dans le respect de la confidentialité, travaille avec des groupes de pairs qui fournissent des services de prévention primaire, et s'engage auprès d'autres prestataires de services de santé pour remédier aux difficultés que rencontrent les populations clés.
151. Mme Abhina Aher, Directrice adjointe en charge des questions de sexualité, d'égalité hommes-femmes et de droits à l'India HIV/AIDS Alliance, a indiqué que les systèmes et le personnel de soins de santé ne disposent toujours pas des moyens nécessaires pour gérer la situation réelle des personnes transgenres. Les lois punitives demeurent un problème majeur. Dans la région Asie-Pacifique, par exemple, 49 des 75 pays sont dotés de lois qui permettent de punir certains comportements des populations clés.
152. M. Winfield Tannis-Abbott, Président du Réseau régional caribéen des personnes vivant avec le VIH et le sida, a souligné les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur la volonté et la capacité des jeunes à chercher à obtenir des soins médicaux, en

particulier ceux qui vivent avec le VIH. Les problèmes de santé mentale handicapent de nombreux jeunes vivant avec le virus, et la stigmatisation et la discrimination constituent souvent des facteurs aggravants.

153. M. Jim Campbell, Directeur, Département Personnel de santé à l'OMS, a mis l'accent sur la nécessité de veiller à ce que les droits des travailleurs de santé soient aussi respectés, de sorte qu'ils puissent à leur tour respecter les droits humains des personnes. La discussion sur la stigmatisation et la discrimination dans les structures de santé ne doit pas perdre de vue le fait que, si les travailleurs de santé ont des rôles et des responsabilités, ils ont aussi des droits, a-t-il rappelé à l'auditoire.
154. Mme Aher a suggéré que l'on s'efforce d'améliorer les attitudes et de protéger la dignité des personnes. Les lois et les politiques ne pourront que jeter les bases d'un changement d'attitude. Mme Mworeko a souligné l'importance de systèmes de soins de santé « sains ». On ne peut raisonnablement s'attendre à ce que les travailleurs de santé protègent les droits des patients lorsque leurs propres droits ne sont pas respectés. Il conviendrait de partager plus largement les bonnes pratiques. Mme Mworeko a évoqué les « centres d'excellence » qui ont été identifiés dans sa région et décrit la manière dont les réunions d'échange et de partage servent pour mettre en commun ses expériences avec celles d'autres prestataires de soins de santé.
155. M. Luiz Loures, Directeur exécutif adjoint à l'ONUSIDA, a introduit le débat suivant en rappelant que la stigmatisation et la discrimination sont un problème depuis les débuts de l'épidémie de VIH et qu'elles ont contribué à catalyser un mouvement social qui a permis de dispenser un traitement à plus de la moitié des 36,7 millions de personnes qui vivent avec le VIH. Mais ce résultat met aussi en évidence les défis qu'il faut encore relever, a-t-il ajouté. Environ 80 % des nouvelles infections à VIH enregistrées en dehors d'Afrique subsaharienne touchent des populations clés qui sont déjà vulnérables et victimes de nombreuses formes de discrimination. Dans cette région, un pourcentage élevé des nouvelles infections à VIH touche les femmes – lesquelles sont souvent victimes de violences et d'inégalités. Les caractéristiques actuelles de l'épidémie de VIH mettent en évidence l'importance de la stigmatisation et de la discrimination, et la violence qu'elles engendrent souvent.
156. M. Loures a insisté sur la nécessité d'avoir des données précises et ventilées qui identifient la disponibilité et l'équité des services, et qui peuvent révéler plus clairement les coûts de la stigmatisation et de la discrimination, y compris au plan économique. Il est nécessaire de consolider les formations et de renforcer les capacités des prestataires de soins de santé pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Les communautés touchées devaient, quant à elles, être impliquées au cœur de ces formations. Il faut également protéger les droits des travailleurs de santé. Des lois et des politiques mieux adaptées permettront de faire la différence, y compris des amendements des lois qui imposent aux jeunes d'obtenir le consentement de leurs parents avant de pouvoir utiliser des services de soins de santé. Pour atteindre l'objectif « zéro cas de discrimination », il faudra sensibiliser plus profondément la société, les organisations professionnelles et les communautés, a-t-il ajouté.
157. Les membres ont félicité le Secrétariat de l'ONUSIDA pour l'organisation de ce segment thématique et salué la proposition de Pacte mondial pour en finir avec la stigmatisation et la discrimination. Ils ont décrit certaines des initiatives qu'ils ont engagées pour réduire ces comportements, notamment via une décentralisation des services de santé et un

plus grand recours aux services à assise communautaire. Ils ont exhorté les pays à prendre des mesures pratiques, comme une éducation et une formation renforcées des travailleurs de santé, l'utilisation de méthodes de soutien par les pairs, la création de mécanismes de déclaration des violations des droits et de recours, et l'introduction de procédures qui tiennent compte des sexes et des spécificités.

158. Dans certains pays, d'importants défis juridiques ont été relevés pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination. La décriminalisation a aussi été citée comme un outil majeur de réduction de la discrimination contre les populations clés. Améliorer les connaissances que les femmes ont de leurs droits et leur donner les moyens de les exercer constituent d'autres évolutions souhaitables. Il faut respecter les principes éthiques de confidentialité et de consentement éclairé. Les orateurs ont souligné qu'une approche fondée sur les droits doit soutenir la riposte au VIH et rappelé que les droits humains couvrent également la vie économique et sociale. Pour que les personnes puissent jouir de leur droit à la santé, il faut protéger un large éventail de droits humains. Les Coparrainants de l'ONUSIDA ont réaffirmé leur engagement à atteindre l'objectif « zéro cas de discrimination » dans les structures de santé.
159. M. Taweessap Siraprasiri, Conseiller principal par intérim, Médecine préventive, ministère de la Santé de Thaïlande, a déclaré qu'un système de suivi de la stigmatisation et de la discrimination avait été mis en place dans son pays au niveau national et infranational, après avoir été expérimenté dans deux provinces en 2013. Fondés sur les premières constatations, les programmes participatifs spéciaux de formation destinés aux travailleurs de santé lancés en 2015 ont donné de bons résultats. L'approche montre que l'on peut suivre et évaluer la stigmatisation et la discrimination, que le suivi peut servir à définir des mesures efficaces et que les interventions peuvent être déployées à grande échelle si elles sont intégrées dans les systèmes existants.
160. Mme Charafa Boudries, Médecin légiste à l'Hôpital universitaire central d'Alger, Algérie, a décrit certaines des mesures prises par son pays pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins de santé, notamment l'utilisation des codes juridiques existants pour faire appliquer les mesures de lutte contre ces comportements. Dans sa présentation, Mme Frederike Boone, Fédération internationale des Associations d'étudiants en médecine, a souligné l'importance d'une approche centrée sur les personnes plutôt que sur la maladie. Cela impose de reconnaître que la santé des personnes est mutuellement liée à leur statut social, juridique et économique dans la société. Elle a lancé un appel en faveur de l'introduction de changements fondamentaux dans les systèmes de santé, y compris des programmes plus inclusifs et sensibles aux questions de droits pour l'enseignement de la médecine.
161. M. Richard Elliot, Directeur exécutif, Réseau juridique canadien VIH/sida, a indiqué qu'il distinguait trois niveaux de discrimination : la discrimination directe, le déni ou le refus d'accès aux soins de santé, et la criminalisation. Il a insisté sur le caractère nécessaire des programmes permettant d'acquérir « la connaissance de ses droits » ainsi que de l'élargissement de l'accès au soutien et aux services juridiques, et aux mécanismes de recours. Il a observé que, malgré leur importance, les réformes du droit de recours et des lois ne seraient pas nécessaires en l'absence de criminalisation de certains comportements.
162. Les membres ont partagé des expériences de lutte contre la stigmatisation et la discrimination à l'échelon des pays, notamment des modifications du code de la santé

publique en France et des mesures visant à réduire de tels comportements à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en quête de soins dentaires en Allemagne.

163. Mme Doina-Ioana Straisteanu, avocate spécialiste des droits de l'homme en République de Moldavie, a fait un commentaire sur le Conseil national pour l'égalité de son pays, mécanisme de médiation mis en place pour traiter les problèmes relatifs aux violations des droits. Bien que le Conseil ne dispose pas de pouvoirs d'application, ses décisions sont rendues publiques et servent à promouvoir le débat public et les mesures correctives, a-t-elle indiqué. M. José Zuniga, Président de l'International Association of Providers of AIDS Care, a déclaré que les associations professionnelles jouent des rôles majeurs pour promouvoir le droit à la santé.
164. M. Julian Kerboghossian, membre du Conseil du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, a décrit les expériences de jeunes qui vivent avec le virus au Liban lorsqu'ils essaient d'utiliser les services de soins de santé. Certains jeunes ont choisi de ne pas demander de traitement contre le VIH de peur de perdre leur emploi ou que leur famille découvre leur séropositivité et les ostracise. M. Simón Kawa, Directeur-général adjoint de la Commission des Instituts nationaux de santé du Mexique, a rappelé que les groupes les plus vulnérables de la société subissent généralement la stigmatisation et la discrimination les plus graves. Il a indiqué que des directives ont été élaborées pour établir des protocoles et des méthodologies, et distribuées aux prestataires de soins de santé. Parallèlement, des formations de soutien ont été proposées.
165. Mme Kate Thomson, Responsable du Département chargé des questions liées aux communautés, aux droits et au genre, et à la société civile du Fonds mondial, a indiqué que ce dernier mettait en place un programme quinquennal pour mettre fin aux violations des droits humains liées au VIH, à la tuberculose et au paludisme dans une sélection de 20 pays, dont 13 en Afrique. Les pays reçoivent un soutien pour documenter les cas de violation des droits humains, pour prendre des mesures afin de combattre les violations et pour chiffrer le coût de leurs mesures. Les premières évaluations ont révélé que, malgré des politiques antidiscriminatoires, les personnes vivant avec le VIH et/ou la tuberculose étaient régulièrement victimes de la stigmatisation et de la discrimination des prestataires de soins de santé, et qu'elles connaissaient mal leurs propres droits. Bien que certains pays aient essayé de lutter contre de telles violations, les initiatives ont tendance à rester isolées.
166. Introduisant la session de clôture, Mme Booke a exhorté les pays à poursuivre les objectifs « 100-100-100 ». Il sera possible d'y parvenir si les représentants des populations clés participent activement à l'élaboration des politiques et si les établissements de santé fournissent des services exempts de stigmatisation et de discrimination.
167. M. Loures a indiqué que les résultats obtenus dans le domaine des soins de santé pourraient avoir un impact beaucoup plus large dans la société. Il a confirmé que l'ONUSIDA soutiendra l'établissement d'un Pacte mondial pour en finir avec la stigmatisation et la discrimination.

11. CLÔTURE DE LA RÉUNION

168. La 41^{ème} réunion du Conseil a été ajournée.

[Annexes à suivre]

Annex 1

CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME

UNAIDS/PCB (41)/17.16

Date de publication : 29 septembre 2017

QUARANTE ET UNIÈME RÉUNION

DATE : 12-14 décembre 2017

LIEU : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

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

Projet d'ordre du jour annoté

MARDI 12 DÉCEMBRE

1. Ouverture

1. Ouverture de la réunion et adoption de l'ordre du jour

La Présidence prononcera l'allocution d'ouverture de la 41^e réunion du CCP.

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.16

2. Examen du rapport de la quarantième réunion

Le rapport de la quarantième réunion du Conseil de Coordination du Programme sera présenté au Conseil pour adoption.

Document : UNAIDS/PCB (40)/17.15

3. Rapport du Directeur exécutif

Un résumé écrit du rapport du Directeur exécutif sera présenté au Conseil.

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.17

4. Rapport du représentant des ONG

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

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.18

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

Un orateur de marque prendra la parole devant le Conseil sur une question d'actualité et d'intérêt stratégique.

3. Suivi du segment thématique de la 40^e réunion du Conseil de Coordination du Programme

Un rapport de synthèse sur l'issue du segment thématique sur la prévention du VIH pour 2020 : un partenariat mondial pour la prestation sera présenté au Conseil.

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.19

MERCREDI 13 DÉCEMBRE

4. Rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action commun du Programme de l'ONUSIDA

Un rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action commun du Programme de l'ONUSIDA sera présenté au Conseil, comme demandé lors de la 40^e réunion du CCP.

Documents : UNAIDS/PCB (41)/17.20 ; UNAIDS/PCB (41)/17.21

5. Mise à jour sur les actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination sous toutes leurs formes

Un rapport sur les actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination sous toutes leurs formes sera présenté au Conseil, comme demandé lors de la 35^e réunion du CCP.

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.22

6. Mise à jour sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés

Une mise à jour sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés sera présentée au Conseil, comme demandé lors de la 37^e réunion du CCP.

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.23

7. Prochaines réunions du CCP

Le Conseil conviendra des thèmes des segments thématiques pour ses 42^e et 43^e réunions du CCP en juin et décembre 2018, ainsi que des dates pour les 46^e et 47^e réunions du CCP

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.24

8. Élection du Bureau

Conformément à ses procédures, le Conseil de Coordination du Programme élira son Bureau pour 2018, et est invité à approuver les nominations des délégués des ONG.

Document : UNAIDS/PCB (41)/17.25

9. Divers

JEUDI 14 DÉCEMBRE

10. Segment thématique : Zéro cas de discrimination dans les structures de soins de santé

Documents : UNAIDS/PCB (41)/17.26 ; UNAIDS/PCB (41)/17.27

11. Clôture de la réunion

[Fin du document]

14 décembre 2017

**41ème réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA
Genève, Suisse**

12-14 décembre 2017

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 ;
- Fondés sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes ;
- Fondés sur les meilleures données scientifiques et connaissances techniques disponibles ;
- Promoteurs de ripostes globales au sida intégrant prévention, traitement, soins et 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 quarantième réunion

2. *Adopte* le rapport de la 40ème 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 1.4 de l'ordre du jour : Rapport du représentant des ONG

4.1 Rappelant les décisions prises lors des réunions précédentes du Conseil de Coordination du Programme mentionnées dans le Rapport des ONG (UNAIDS/PCB (41)17.18) et saluant les discussions à venir à l'occasion de la 42ème réunion du Conseil de Coordination du Programme sur le suivi de la réalisation des objectifs financiers de la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, notamment la proportion des services fournis par le biais de la communauté qui devrait passer à au moins 30% d'ici à 2030 ; et l'investissement dans les acteurs sociaux – par exemple, par des actions de sensibilisation, des mobilisations politiques, des lois et des réformes, les droits de l'homme, des communications

publiques et la réduction de la stigmatisation – qui devrait représenter 6% des investissements mondiaux relatifs au sida ;

4.2 *Prend note* du rapport ;

4.3 *Demande* à l'ONUSIDA de continuer à soutenir les États membres, en collaboration avec les organisations communautaires et la société civile, dans le suivi et les rapports, notamment par le biais du Système mondial de suivi du sida, sur les progrès réalisés en matière d'objectifs d'accélération, à l'aide de données désagrégées dans la mesure du possible, de manière à ne laisser personne pour compte ;

4.4 *Demande* à l'ONUSIDA et aux États membres, en partenariat avec les organisations de la société civile et autres parties prenantes concernées, de :

a. Élaborer et appliquer à l'échelle nationale des méthodologies de collecte de données probantes à participation communautaire pour identifier les obstacles et mesurer le niveau et la qualité de l'accès aux services pour toutes les populations à risque, de manière à ne laisser personne pour compte ;

b. Élaborer des méthodes d'évaluation de l'engagement des communautés dans les pays, conformément aux principes de base du Programme commun et de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 ;

4.5 *Demande* au Programme commun de faciliter les partenariats entre les États membres et les organisations communautaires pour aider à garantir une action efficace afin de répondre aux besoins en matière de prévention, de diagnostic précoce et de traitement du VIH de manière à ne laisser personne pour compte ;

4.6 *Demande* à l'ONUSIDA, à la lumière de ces décisions, de diffuser une mise à jour du rapport sur les écarts (Gap Report 2014) en termes de riposte au VIH et au sida et d'en rendre compte au Conseil de Coordination du Programme ;

Point 3 de l'ordre du jour : Suivi du segment thématique de la 40ème réunion du Conseil de Coordination du Programme

5.1 *Prend note* avec satisfaction de la note d'information (UNAIDS/PCB (40) /17.14) et du rapport de synthèse du Conseil de Coordination du Programme relatif au segment thématique sur la prévention du VIH à l'horizon 2020 : un partenariat mondial pour l'exécution ;

5.2 *Prend note* de la feuille de route sur la prévention du VIH à l'horizon 2020, lancée lors de la réunion inaugurale de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH les 10-11 octobre 2017 ;

5.3 *Encourage* les États membres, les parties prenantes et les partenaires à :

a. Prendre des mesures audacieuses et décisives pour renforcer les programmes de prévention et atteindre les objectifs et les engagements convenus dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida ;

- b. Élaborer des cibles nationales pour le programme de la prévention, son financement ainsi que son impact pour 2020, parallèlement aux objectifs de traitement 90-90-90 déjà établis, conformément à la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 et à la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida afin de créer des cadres juridiques, sociaux et politiques favorables et d'intensifier rapidement les efforts pour atteindre ces objectifs ;

5.4 *Demande* au Programme commun de :

- a. Soutenir les États membres, la société civile et les populations clés¹ dans leurs efforts visant à renforcer et à maintenir, notamment, selon le cas, par le biais de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH, le programme mondial de prévention, et de faire de la prévention primaire une priorité pour le Programme commun ;
- b. Accélérer les efforts visant à créer de fortes synergies entre la prévention primaire et les initiatives pertinentes afin d'atteindre les objectifs de développement durable ;
-
- c. Fournir aux pays un appui technique pour la prévention du VIH et renforcer le suivi global du programme de prévention, la gestion et l'exécution du programme pour les cinq piliers, notamment les composantes comportementales et structurelles de ces programmes ;
- d. Rendre compte chaque année au Conseil de Coordination du Programme des progrès réalisés en matière de prévention ;

5.5 *Demande* aux États membres et aux principaux donateurs d'investir de manière adéquate dans la prévention du VIH dans le cadre d'une riposte mondiale entièrement financée et de prendre des mesures concrètes pour veiller à ce qu'un quart au moins des dépenses consacrées au VIH en moyenne soit investi dans les programmes de prévention, comme convenu dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida afin de garantir une couverture adéquate des initiatives visant à atteindre les objectifs prévus ;

Point 4 de l'ordre du jour : Rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action du Programme commun

6.1 *Prend note* du rapport sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du Plan d'action de l'ONUSIDA et du Plan stratégique de mobilisation des ressources 2018-2021, et *attend avec intérêt* une nouvelle mise à jour lors de la 42ème réunion du Conseil de Coordination du Programme conformément à la décision 5.3 de la 40ème réunion du Conseil de Coordination du Programme ;

6.2 *Encourage* les États membres et autres parties prenantes à verser leurs contributions afin de financer entièrement l'UBRAF de base, conformément aux

¹ Comme énoncé dans la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 (p.31).

décisions 6.5 et 6.6 de la 40ème réunion du Conseil de Coordination du Programme, et leurs contributions supplémentaires selon le Plan stratégique de mobilisation des ressources du Programme commun ;

Point 5 de l'ordre du jour : Mise à jour sur les actions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination sous toutes leurs formes

7.1 *Prend note* du rapport ;

7.2 *Demande* au Programme commun de soutenir les États membres et la société civile dans l'intensification des programmes visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés dans le contexte de l'accélération de la riposte au VIH ;

7.3 *Demande* au Programme commun de soutenir les États membres et la société civile dans l'accélération des efforts visant à créer des environnements juridiques et sociaux favorables à l'accès non discriminatoire aux services de santé, à l'emploi, à la justice, et à l'éducation, notamment pour les populations clés.

7.4 *Demande* au Programme commun de fournir un rapport sur les avancements lors d'une réunion ultérieure du Conseil de Coordination du Programme ;

Point 6 de l'ordre du jour : Mise à jour sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés

8.1 *Prend note* du rapport ;

8.2 Rappelant les points de décision 7.2 et 7.3 de la 37ème réunion du Conseil de Coordination du Programme, et conformément à la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, préconisant des lois, politiques et pratiques pour permettre l'accès aux services et mettre fin à la stigmatisation et la discrimination liées au VIH :

- a. *Demande* au Programme commun d'aider les États membres à collecter et analyser des données désagrégées sur l'état de santé et les services en milieu carcéral, tout en respectant la confidentialité des informations médicales ;
- b. *Demande* au Programme commun de soutenir les États membres, les communautés, notamment la société civile, et les parties prenantes concernées dans leurs efforts ayant pour objet d'intensifier des ripostes nationales fondées sur les droits, non discriminatoires, et centrées sur les personnes, adaptées de manière à aborder les inégalités entre les sexes afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, la continuité et la qualité des services complets pour la prévention, le traitement et les soins relatifs au VIH et aux co-infections, pour les personnes en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés, tels qu'ils sont énoncés dans la *Mise à jour sur le VIH dans les prisons et autres milieux fermés* (UNAIDS/PCB (41)17.23), notamment les populations clés, durant leur séjour, à toutes les étapes de transfert, et après la sortie ;
- c. *Demande* au Programme commun de continuer à aider les États membres à passer en revue les lois, politiques et pratiques discriminatoires qui conduisent à

l'incarcération disproportionnée des personnes vivant avec le VIH et les plus affectées par le virus ;

8.3 *Demande* au Programme commun de faire rapport sur les progrès réalisés et les mesures concrètes qui auront été prises, lors d'une réunion du Conseil de Coordination du Programme en 2020 ;

Point 7 de l'ordre du jour : Prochaines réunions du Conseil de Coordination du Programme

9.1 *Convient* que les thèmes pour les 42ème et 43ème réunions du Conseil de Coordination du Programme soient :

- a. Mettre fin à la tuberculose et au sida – une réponse commune à l'ère des objectifs de développement durable (42ème) ;
- b. Santé mentale et VIH/sida – promouvoir les droits humains, une approche intégrée et centrée sur la personne pour améliorer l'observance de la thérapie antirétrovirale, le bien-être et la qualité de vie (43ème) ;

9.2 *Demande* au Bureau du Conseil de Coordination du Programme de prendre, en temps voulu, les mesures appropriées pour s'assurer qu'une procédure régulière sera suivie dans l'appel à propositions pour les 44ème et 45ème réunions du Conseil de Coordination du Programme ;

9.3 *Approuve* les dates des 46ème (23-25 juin 2020) et 47ème (15-17 décembre 2020) réunions du Conseil de Coordination du Programme ;

Point 8 de l'ordre du jour : Élection des membres du Bureau

10. *Élit* le Royaume-Uni comme Président, la Chine comme Vice-Présidente, et l'Algérie comme Rapporteur pour la période du 1 janvier au 31 décembre 2018, et *approuve* la composition de la délégation des ONG au Conseil de Coordination du Programme.

[Fin du document]