



Conseil économique et social

Distr. générale
13 décembre 2013
Français
Original : anglais

Commission de la condition de la femme

Cinquante-huitième session

10-21 mars 2014

Suivi de la quatrième Conférence mondiale
sur les femmes et de la session extraordinaire
de l'Assemblée générale intitulée « Les femmes
en l'an 2000 : égalité entre les sexes, développement
et paix pour le XXI^e siècle » : prise en compte
systématique de la problématique hommes-femmes,
situations et questions de programme

Les femmes et les filles face au VIH et au sida

Rapport du Secrétaire général

Résumé

La persistance des inégalités entre les sexes et des violations des droits de l'homme qui font courir un risque accru d'infection aux femmes et aux filles continue de freiner les efforts déployés pour empêcher la propagation du VIH et améliorer l'accès à un traitement antirétroviral. Outre le fait que les femmes et les filles sont plus exposées au VIH en raison de leur constitution physique, de nombreux problèmes socioculturels, économiques et juridiques interdépendants augmentent leur vulnérabilité à l'infection.

Les défis à surmonter pour assurer la santé et le bien-être des femmes et des filles, notamment le manque de services de santé accessibles et abordables, de même que de possibilités d'éducation et d'emploi, les inégalités dans l'exercice des droits de propriété et de succession, les normes culturelles néfastes et la pratique des mariages d'enfants, sont autant de facteurs qui persistent dans de nombreux pays et entravent les efforts entrepris pour lutter contre l'épidémie.

Les États Membres ont accompli des progrès en améliorant la situation des femmes et des filles infectées par le VIH et affectées par ce virus. Toutefois, compte tenu du caractère pluridimensionnel des répercussions de l'épidémie sur les femmes et les filles, une intensification et une accélération des interventions sont nécessaires aux niveaux national, régional et international. Des lacunes importantes persistent sur le plan des mesures et du financement nécessaires pour offrir des programmes et



des services sexospécifiques conçus pour tenir compte des défis et obstacles allant de pair avec les réalités structurelles et sociales. Il faut faire davantage pour éliminer les normes sexistes néfastes et les lois discriminatoires, de même que pour promouvoir la participation concrète des femmes et des filles aux processus nationaux et internationaux de prise des décisions.

Le présent rapport met en lumière les progrès signalés par les États Membres et au sein du système des Nations Unies dans la mise en œuvre de la résolution [56/5](#) de la Commission de la condition de la femme, ainsi que les lacunes et défis auxquels il faut encore faire face, et se conclut par des recommandations sur les mesures futures à prendre.

I. Introduction

1. Dans sa résolution 56/5, la Commission de la condition de la femme a prié le Secrétaire général de lui présenter, à sa cinquante-huitième session, un rapport sur la situation des femmes et des filles face au VIH et au sida¹, en mettant l'accent sur l'intensification des mesures prises, conformément à la Déclaration et au Programme d'action de Beijing, au Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, aux Déclarations politiques de 2006 et 2011 sur le VIH et le sida, et à la Déclaration d'engagement de 2011 sur le VIH et le sida. Le présent rapport est soumis pour faire suite à cette demande.

2. Les exemples figurant dans le présent rapport s'inspirent des contributions de 18 États Membres² et de 11 entités des Nations Unies³ pour la période comprise entre septembre 2011 et octobre 2013. En outre, ce rapport contient d'autres renseignements pertinents issus de recherches, notamment les résultats de l'examen à mi-parcours du Programme visant à intensifier l'action menée au niveau des pays en faveur des femmes et des filles, et de l'égalité des sexes dans le cadre de la lutte contre le sida.

II. Contexte

3. On estime qu'à l'échelle mondiale, 35,3 millions d'adultes et d'enfants vivaient avec le VIH à la fin de 2012; parmi les 32,1 millions d'adultes vivant avec le VIH en 2012, 17,7 millions étaient des femmes. Cela représente une augmentation de 1 million de personnes depuis 2011⁴. En 1997, 41 % des adultes vivant avec le VIH étaient des femmes. Cette proportion est passée à 49 % en 2001, et à 55 % en 2012. Depuis la publication du rapport précédent (E/CN.6/2012/11), la proportion de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH a diminué dans toutes les régions, sauf en Europe de l'Est et en Asie centrale, régions où elle est passée de 26 % en 2010 à 33 % en 2012. Le rythme de baisse du nombre de nouvelles infections à VIH chez les femmes à l'échelle mondiale a ralenti depuis 2008⁴. Chez les adultes âgés de 15 ans ou plus, 47 % des nouvelles infections ont été observées chez les femmes en 2012⁴, bien que les femmes aient été particulièrement affectées

¹ Le sida est une définition épidémiologique fondée sur des signes cliniques et des symptômes. Il est causé par le VIH, qui détruit la capacité du corps humain à combattre l'infection et la maladie, ce qui, en dernier ressort, peut entraîner la mort. La thérapie antirétrovirale ralentit la réplication du virus, mais elle n'élimine pas l'infection par le VIH.

² Brésil, Burkina Faso, Cameroun, Colombie, Danemark, Espagne, Finlande, Gambie, Japon, Kenya, Norvège, Paraguay, Pays-Bas, Pologne, Qatar, République-Unie de Tanzanie, Roumanie et Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Le nombre de réponses reçues d'États Membres a diminué depuis 2009, pour tomber de 30 à 18 pour le présent rapport.

³ Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique, Organisation internationale du travail, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Organisation des Nations Unies pour le développement industriel, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) et Programme alimentaire mondial.

⁴ ONUSIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013* (Genève, 2013).

en Afrique subsaharienne, où 56 % des nouvelles infections chez les adultes sont survenues chez des femmes, et dans les Caraïbes, où 52 % des nouvelles infections chez les adultes ont été recensées chez des femmes⁵. Les filles courent un risque d'infection particulièrement élevé. Environ deux tiers des nouvelles infections à VIH chez les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) étaient recensées chez les filles à la fin de 2012⁶. D'après l'ONUSIDA, toutes les heures, 50 jeunes femmes de plus sont infectées par le VIH⁷. En 2012, 36 % de tous les décès liés au sida ont été recensés chez des femmes⁴, et à l'échelle mondiale, le sida reste la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer⁸.

4. Les femmes infectées par le VIH courent également un risque de morbidité plus élevé en contractant d'autres maladies. Dans les environnements où la prévalence du VIH est élevée, les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans affichent des taux de tuberculose de 1,5 à 2 fois plus importants que les hommes de la même tranche d'âge⁴. Les femmes vivant avec le VIH sont également davantage exposées au cancer du col de l'utérus. Une méta-analyse récente a révélé que les femmes infectées par le VIH courent un risque six fois plus élevé de contracter le cancer du col de l'utérus⁹.

5. C'est à la transmission hétérosexuelle qu'est attribuable le plus fort taux de prévalence du VIH à l'échelle mondiale. Le mariage protège rarement les femmes et il peut même entraîner une augmentation de l'exposition au VIH. Plus des quatre cinquièmes des nouvelles infections à VIH chez les femmes ont lieu dans le cadre de relations conjugales ou à long terme avec leur principal partenaire¹⁰. En fait, en Asie et dans la région du Pacifique, un nombre important de femmes sont infectées par le VIH non pas en raison de leur propre comportement sexuel, mais parce que leur partenaire masculin a un comportement à risque¹¹. Les femmes, dans toute leur diversité¹², sont également confrontées à un risque accru : à titre d'exemple, à l'échelle mondiale, les travailleuses du sexe sont 13,5 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les autres femmes¹³, et les transsexuelles sont plus susceptibles,

⁵ ONUSIDA, estimation sur le VIH 2012 non publiée.

⁶ UNICEF, *Vers une génération sans sida : enfants et sida, sixième bilan de la situation, 2013* (New York, 2013).

⁷ ONUSIDA, « Le sida en chiffres » (Genève, 2013).

⁸ ONU-Femmes, « The gender dimension of the Millennium Development Goals Report 2013 », 1^{er} juillet 2013. Accessible à partir du site www.unwomen.org/en/news/stories/2013/7/the-gender-dimension-of-the-millennium-development-goals-report-2013.

⁹ Myassa Dartell et collaborateurs, « Risk factors for high-risk human papillomavirus detection among HIV-negative and HIV-positive women from Tanzania », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 40, n° 9 (septembre 2013), p. 737 à 743.

¹⁰ FNUAP, *État de la population mondiale 2005 : la promesse d'égalité – égalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement* (New York, 2005).

¹¹ Voir, à titre d'exemple, Asia-Pacific Inter-Agency Task Team on Women, Girls, Gender Equality and HIV, *Country Briefs on HIV and Key Affected Women and Girls in ASEAN* (2013).

¹² Cette expression englobe les femmes des régions rurales et d'accès difficile, les jeunes femmes, les femmes vivant avec le VIH, les handicapées, les femmes vivant dans des zones de conflit, les transsexuelles, celles qui ont des relations sexuelles avec d'autres femmes, les travailleuses du sexe, les réfugiées, les femmes toxicomanes et les femmes indigènes [selon les définitions proposées par le réseau Athena et par d'autres sources, « In women's words: action agenda » (2011)].

¹³ Deanna Kerrigan et collaborateurs, *The Global HIV Epidemics among Sex Workers* (Washington, Banque mondiale, 2013).

dans une proportion de presque 49 %, de vivre avec le VIH que les adultes du même âge, selon les résultats d'une méta-analyse entreprise dans 15 pays¹⁴.

III. Cadre normatif

6. Le cadre normatif établi pour assurer aux femmes et aux filles la pleine jouissance des droits fondamentaux, notamment en matière d'égalité et de non-discrimination, dans le contexte du VIH et du sida, est constitué d'éléments provenant de plusieurs sources. Il s'agit notamment des instruments suivants : Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida (résolution 65/277 de l'Assemblée générale, annexe), qui a fixé un ensemble de 10 objectifs spécifiques et assortis de délais précis, à atteindre d'ici 2015, et consistant notamment à répondre aux besoins des femmes et des filles et à mettre un terme aux inégalités fondées sur le sexe, de même qu'aux mauvais traitements et aux violences sexistes; de la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida (résolution 60/262 de l'Assemblée, annexe), dans laquelle un appel a été lancé aux États pour qu'ils prennent toutes les mesures nécessaires afin d'instaurer un environnement qui favorise l'autonomisation des femmes; et la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida (résolution S-26/2 de l'Assemblée), dans laquelle les États se sont engagés à mettre en œuvre des stratégies nationales en vue d'encourager la promotion des femmes et de permettre à celles-ci de jouir pleinement de tous les droits fondamentaux. Parallèlement à ces instruments, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes définit les principes directeurs applicables en matière de droits de l'homme et le cadre des mesures à prendre pour lutter contre le VIH/sida chez les femmes et les filles.

7. Pendant la période considérée, des questions d'égalité des sexes dans le contexte du VIH et du sida ont été soulevées dans diverses perspectives telles que la paix et la sécurité, les droits de l'enfant, la violence à l'égard des femmes et les droits de l'homme. Dans sa résolution 2106 (2013), le Conseil de sécurité a constaté qu'il existe un lien entre les violences sexuelles commises en période de conflit armé ou d'après conflit et l'infection au VIH, et que le fardeau disproportionné que le VIH et le sida imposent aux femmes et aux filles constitue toujours un obstacle à l'égalité des sexes; dans la même résolution, le Conseil a invité instamment les entités des Nations Unies, les États Membres et les donateurs à appuyer le développement et le renforcement des capacités de systèmes de santé nationaux et de réseaux de la société civile afin qu'ils puissent fournir durablement une assistance aux femmes et aux filles vivant le VIH et le sida ou infectées par le virus en période de conflit armé ou d'après conflit.

8. Dans sa recommandation générale n° 30 sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après-conflit (CEDAW/C/GC/30), le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a reconnu le lien qui existe entre la violence sexuelle et le VIH, notamment en ce qui concerne la transmission délibérée de ce virus, a encouragé la prise de mesures plus vigoureuses pour tenir compte de l'interdépendance et des liens qui existent entre ces problèmes, et a insisté pour que l'on mette l'accent sur la nécessité de permettre aux femmes

¹⁴ Frits van Griensven, Prempreeda Pramroj Na Ayutthaya et Erin Wilson, « HIV surveillance and prevention in transgender women », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 13, n° 3 (mars 2013), p. 185 et 186.

d'avoir accès à des services de prévention du VIH, à des traitements, à des soins et à un soutien lorsqu'elles font face à des situations de ce genre. Dans son Commentaire général n° 15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible (art. 24), le Comité des droits de l'enfant a invité instamment les États à « envisager la possibilité d'autoriser les enfants à consentir à certains traitements ou interventions médicales sans l'autorisation d'un parent, d'un prestataire de soins ou d'un tuteur, comme le test du VIH ou des services de santé sexuelle et procréative, notamment un enseignement et des conseils concernant la santé sexuelle, la contraception et l'avortement médicalisé » (CRC/C/GC/15, par. 31). Dans les conclusions concertées sur l'élimination et la prévention de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, adoptées par la Commission de la condition de la femme à sa cinquante-septième session (E/2013/27-E/CN.6/2013/11, sect. IA), la Commission a demandé instamment d'intensifier les efforts pour s'attaquer à la conjonction des problèmes du VIH/sida et de la violence contre les femmes et les filles, de même que d'éliminer la discrimination et la violence à l'encontre des femmes et des filles vivant avec le VIH ainsi qu'à l'égard de celles qui fournissent des soins aux personnes infectées par ce virus.

9. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a adopté une observation générale sur l'article 14 du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, dans laquelle elle a énuméré les obligations des États d'assurer le respect du droit des femmes de se protéger du VIH¹⁵.

IV. Mesures prises par les États Membres et les organismes des Nations Unies

10. Depuis la publication du dernier rapport de la Commission, certains progrès ont été accomplis par des États Membres, l'Organisation des Nations Unies et d'autres intervenants clefs pour répondre aux besoins des femmes et des filles dans le contexte du VIH et du sida, comme en témoignent les mesures et les résultats signalés. Des progrès ont été signalés dans la mise en œuvre de mesures visant à éliminer les inégalités entre les sexes, notamment par l'intégration des dimensions d'égalité des sexes dans les stratégies et plans nationaux de lutte contre le sida, l'augmentation du financement des interventions ciblant les femmes et les filles dans le contexte du VIH, les mesures prises pour renforcer l'autonomisation et les droits des femmes et des filles et pour promouvoir leur participation à la lutte contre le VIH/sida, les efforts déployés pour assurer l'égalité d'accès des femmes et des filles aux programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien, de même qu'à des services intégrés de santé sexuelle et procréative et de lutte contre le VIH, et l'intensification des mesures visant à éliminer la violence fondée sur le sexe et à mobiliser les hommes et les garçons dans la promotion de l'égalité des sexes.

¹⁵ Accessible à partir du site www.achpr.org/news/2012/11/d65.

A. Intégration du principe de l'égalité des sexes aux mesures nationales de lutte contre le VIH et le sida

11. Les États Membres ont utilisé différentes stratégies pour tenir compte de l'égalité des sexes dans la riposte au VIH et au sida au niveau des grandes orientations, notamment en intégrant une perspective sexospécifique dans leurs politiques, structures, programmes et plans nationaux de lutte contre le VIH et le sida (Brésil, Burkina Faso, Colombie, Finlande, Gambie, Kenya, Paraguay et République-Unie de Tanzanie). Certains États Membres ont signalé avoir intégré des mesures de lutte contre le VIH/sida à leurs plans nationaux d'action en faveur de l'égalité des sexes (Cameroun, Espagne, Gambie, Paraguay et République-Unie de Tanzanie).

12. Bien que tels efforts soient en concordance avec les mesures prises pour concrétiser sous la forme de politiques nationales les engagements et les objectifs énoncés dans le cadre de la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida, les recherches révèlent une réalité différente. Les États Membres ont accompli des progrès en reconnaissant les sexospécificités et en appliquant des mesures visant à assurer l'égalité entre les sexes dans la mise en œuvre de leurs politiques nationales de lutte contre le VIH et le sida, mais ces interventions ne sont pas suffisamment vigoureuses pour influencer sur les facteurs structurels de l'épidémie, qui représentent un aspect crucial à prendre en compte dans la riposte¹⁶. Une évaluation des plans stratégiques nationaux de 20 pays d'Afrique australe et de l'Est a révélé que peu d'entre eux entreprenaient des interventions concrètes pour s'attaquer aux facteurs structurels de la transmission du VIH, notamment en créant un cadre juridique et politique propice à la promotion de l'égalité entre les sexes¹⁷.

13. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et ses organisations coparrainantes, en particulier le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), en collaboration avec divers partenaires, ont renforcé leur soutien aux États Membres en intégrant les aspects liés à l'égalité des sexes à leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, notamment en encourageant le renforcement des capacités et des compétences en matière d'égalité des sexes dans les organismes nationaux de coordination de la lutte contre le VIH et le sida. Les entités des Nations Unies, en collaboration avec le projet d'évaluation MEASURE, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, l'Agence des États-Unis pour le développement international et plusieurs partenaires nationaux et de la société civile ont également mis au point des outils pour effectuer une évaluation sexospécifique de l'épidémie et des mesures prises pour l'enrayer; pour procéder à un audit tenant compte des sexospécificités afin d'évaluer les compétences relatives à la problématique hommes-femmes dans des institutions clefs ou d'entreprendre l'élaboration d'une feuille de route axée sur les sexospécificités pour mener des

¹⁶ L'expression « facteurs structurels » désigne notamment les facteurs sociaux, économiques, politiques et environnementaux qui contribuent à l'épidémie de VIH en augmentant la sensibilité à ce virus et en compromettant l'efficacité des efforts de prévention et de traitement.

¹⁷ Andrew Gibbs et collaborateurs, « The inclusion of women, girls and gender equality in national strategic plans for HIV and AIDS in Southern and Eastern Africa », *Global Public Health*, vol. 7, n° 10 (2012).

activités de plaidoyer; et pour exploiter les données probantes rassemblées sur les stratégies efficaces pour les femmes et les filles. Ces données se présentent notamment sous la forme de conseils sur les programmes à adopter pour lutter contre le VIH et tenir compte des liens qui existent entre ce virus et la violence à l'égard des femmes, et d'un recueil d'indicateurs relatifs à l'égalité des sexes et au VIH pour faciliter la surveillance et le suivi détaillés des résultats.

B. Financement de la riposte au VIH/sida pour les femmes

14. Globalement, les États Membres n'ont pas indiqué qu'ils avaient assuré un suivi portant spécifiquement sur les affectations budgétaires consacrées aux priorités en matière d'égalité des sexes dans le cadre des ripostes nationales au VIH/sida. Une exception notable est la République-Unie de Tanzanie, qui a décrit les efforts déployés pour suivre les dépenses consacrées aux programmes ciblant les femmes, les filles, l'égalité entre les sexes et le VIH par le biais d'une évaluation, selon des critères sexospécifiques, des dépenses nationales engagées dans la lutte contre le sida. Des recherches complémentaires indiquent que le Rwanda a commencé à inclure dans son budget un état tenant compte des aspects sexospécifiques pour permettre une répartition appropriée des affectations de ressources destinées aux femmes dans le cadre des politiques et programmes liés à la lutte contre le VIH.

15. Le montant des ressources financières nationales et internationales consacrées spécifiquement à la lutte contre le VIH est passé de 15 milliards de dollars à 18,9 milliards de dollars (selon les estimations) en 2012, ce qui reste encore en deçà du montant nécessaire (soit de 22 à 24 milliards de dollars, toujours selon les estimations) pour entreprendre sur tous les fronts une riposte d'envergure mondiale au VIH. L'organisme intitulé Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a approuvé jusqu'à présent l'affectation de plus de 15,5 milliards de dollars au titre des efforts consacrés à la lutte contre le VIH dans plus de 140 pays¹⁸, tandis que le secteur privé, notamment grâce aux contributions de fondations et d'entreprises, a également joué un rôle majeur dans le financement de la riposte au VIH/sida, une action particulièrement efficace étant menée par la Fondation Bill et Melinda Gates. Compte tenu du caractère limité des données recueillies sur les dépenses consacrées à la lutte contre le VIH, ventilées selon le sexe, et du manque d'outils d'évaluation nécessaires pour assurer le suivi des dépenses consenties au titre des interventions ciblant les facteurs structurels de l'épidémie, il est difficile d'estimer la part du financement consacré à la lutte contre le VIH et le sida qui a été affectée à des interventions visant à répondre aux besoins des femmes et des filles. D'après l'ONUSIDA, seulement 57 des 104 pays ayant présenté un rapport s'étaient dotés d'une stratégie de lutte contre le VIH assortie d'une enveloppe budgétaire spécifiquement réservée aux femmes¹⁹. Un autre facteur qui complique la collecte de données probantes est le manque de critères clairement définis applicables aux interventions visant à remédier aux inégalités entre les sexes dans le cadre des ripostes au VIH et au sida; il y aura peut-être

¹⁸ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, portefeuille de subventions. Accessible à partir du site <http://portfolio.theglobalfund.org/>.

¹⁹ ONUSIDA, matrice des résultats, des responsabilités et du budget de l'ONUSIDA 2014-2015 (UNAIDS/PCB(32)/13.9).

avantage à intégrer de tels critères aux outils et moyens d'orientation utilisés dans l'évaluation des dépenses²⁰.

16. Malgré le manque généralisé de données nécessaires pour assurer un suivi des affectations de fonds consacrées à des interventions sexospécifiques, une analyse des données existantes portant sur les dépenses engagées dans la lutte contre le VIH en faveur des femmes et des filles indique que la prévention des nouvelles infections chez les enfants et le maintien des mères en vie représentent une part importante des interventions anti-VIH ciblant les femmes. D'après les données disponibles, lorsque l'on considère le montant total des fonds finançant spécifiquement les interventions anti-VIH ciblant les femmes entre 2009 et 2011, on estime que 71 % des sommes en cause ont été consacrées à la prévention de la transmission verticale; 23 % ont été affectés à des programmes de prévention destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients (qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes); 5 % à des programmes de lutte contre les violences sexistes; et 1 % seulement à tous les autres programmes destinés spécifiquement aux femmes²⁰. Dans ce contexte, des organisations de la société civile, parmi lesquelles des réseaux de femmes vivant avec le VIH, ont exprimé des préoccupations au sujet de la réduction des financements destinés à soutenir leurs efforts, ce qui affecte négativement leur capacité à s'engager et à participer efficacement à la riposte contre ce virus. On estime que 42 % des investissements effectués par le Fonds mondial servent à soutenir la santé des femmes et des filles en réduisant la mortalité infantile et en améliorant la santé maternelle²¹. Les pays qui mettent en œuvre des programmes visant à empêcher les nouvelles infections chez les enfants et à maintenir les mères en vie ont demandé des fonds principalement destinés à la fourniture de médicaments antirétroviraux aux femmes pendant la grossesse et/ou le travail, plutôt que pour répondre aux besoins des femmes vivant avec le VIH en matière de traitements de longue durée, de services globaux de santé procréative ou de planification familiale²². Parmi les organismes donateurs qui ont contribué notablement à la riposte internationale au VIH/sida, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida a octroyé des montants importants pour soutenir les femmes qui font face au VIH. Parmi les autres initiatives entreprises en faveur de l'égalité des sexes, le Plan d'urgence s'était fixé comme objectif d'affecter 155 millions de dollars à la lutte contre la violence sexiste entre 2010 et 2011.

C. Autonomisation, participation et droits des femmes et des filles dans le contexte du VIH et du sida

1. Cadre juridique pour la prise en compte des droits des femmes, des adolescentes et des filles dans le contexte du VIH/sida

17. La promulgation de lois visant à protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles vivant avec le VIH et le sida et en subissant les effets est essentielle

²⁰ ONUSIDA, *Les femmes s'expriment : le rôle des femmes vivant avec le VIH dans la lutte mondiale contre le sida* (Genève, 2012).

²¹ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Des investissements stratégiques pour garantir l'impact : Synthèse des résultats 2012 du Fonds mondial* (Genève, 2012).

²² Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, « An analysis of gender-related activities in Global Fund-approved proposals from rounds 8 and 9 » (2011).

pour créer un environnement propice à des ripostes efficaces au virus. En particulier, des cadres juridiques conçus pour soutenir les femmes et les filles et pour atténuer l'épidémie sont importants afin de dépénaliser la transmission du VIH, interdire les mariages d'enfants, précoces ou forcés, et renforcer les droits de propriété des femmes. Reconnaisant l'importance de ces cadres, la Commission mondiale sur le VIH et le droit, organisme indépendant créé par le PNUD et l'ONUSIDA et regroupant des experts des questions juridiques, politiques et de santé publique, a invité instamment les gouvernements à appliquer les règles du droit pour protéger les femmes contre les inégalités et toutes les formes de violence. Dans un document préparé à l'intention de la Commission mondiale, il a été indiqué que les lois discriminatoires comportant une composante liée à l'infection par le VIH ont souvent un effet disproportionné sur les femmes²³.

18. Les mariages précoces, forcés ou d'enfants, de même que les relations sexuelles précoces, augmentent le risque d'infection par le VIH chez les jeunes femmes et les filles. Dans 146 pays, la législation de l'État ou le droit coutumier permettent aux filles âgées de moins de 18 ans de se marier avec le consentement de leurs parents ou d'autres personnes exerçant une autorité sur elles²⁴. Une fois mariées, les filles sont fréquemment dans l'impossibilité d'obtenir que les maris, qui sont souvent plus âgés et plus expérimentés sur le plan sexuel, adoptent des pratiques sexuelles moins risquées²⁵. Elles sont également plus susceptibles d'abandonner l'école. Tous ces facteurs rendent les filles particulièrement vulnérables au VIH et à d'autres infections sexuelles²⁵. Étant donné, que dans de nombreux pays, l'initiation aux relations sexuelles se produit fréquemment à un âge précoce, les lois empêchant les filles et les adolescentes de chercher à avoir accès à des services de santé sexuelle et procréative, y compris pour le dépistage du VIH, contribuent également à augmenter le risque d'infection par le VIH²⁴. Plusieurs pays d'Afrique orientale et australe et d'Asie du Sud, régions présentant des taux particulièrement élevés de mariages précoces, forcés ou d'enfants, accomplissent certains progrès sur la voie menant vers l'éradication de ces types de pratiques; il s'agit notamment du Bangladesh, de l'Éthiopie, du Lesotho, du Népal, de l'Ouganda, de la République-Unie de Tanzanie, du Rwanda, de la Tanzanie et du Zimbabwe. Ces pratiques restent cependant répandues dans la plus grande partie de ces régions²⁴.

19. Le Cameroun et le Kenya ont signalé que la promotion de campagnes de sensibilisation aux méfaits résultant du mariage précoce était importante pour le succès d'une approche globale de prévention de l'infection par le VIH. La République-Unie de Tanzanie a identifié la prévalence du mariage précoce comme une entrave à la mise en œuvre des politiques et des programmes de lutte contre le VIH/sida. Plusieurs pays ont signalé des faits nouveaux dans le contexte des droits légaux des femmes vivant avec le VIH ou affectées par ce virus; à cet égard, le Burkina Faso a indiqué qu'il se doterait bientôt de dispositions assurant aux femmes un accès égal aux terres et à la propriété, tandis que le Kenya a fait savoir qu'il avait amélioré l'accès des femmes à des moyens de recours légaux en éliminant les frais de justice. Certains États Membres ont également publié des informations sur des

²³ Aziza Ahmed, « Property and inheritance laws: the impact on women and OVC in the context of HIV », document élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.

²⁴ FNUAP, *Marrying Too Young: End Child Marriage* (New York, 2012).

²⁵ FNUAP et UNICEF, *Women's and Children's Rights: Making the Connection* (New York, 2010).

lois interdisant la stigmatisation et la discrimination fondées sur l'état sérologique vis-à-vis du VIH (Paraguay, République-Unie de Tanzanie et Royaume-Uni).

20. La prise en compte du problème que représentent les mariages d'enfants constitue une composante essentielle des activités entreprises par le FNUAP pour défendre les droits des adolescents et des jeunes. À titre d'exemple, un programme soutenu par le FNUAP au Népal, intitulé « Choisis ton avenir », enseigne aux filles qui ne fréquentent pas l'école des notions sur la santé et les encourage à acquérir des aptitudes à la vie pratique.

21. Les régimes juridiques applicables à la propriété et à la succession peuvent répartir les biens et d'autres avoirs selon des modalités qui entraînent des inégalités économiques, ce qui affecte la santé des femmes²⁶. Les femmes vivant avec le VIH et le sida sont particulièrement vulnérables aux violations de leurs droits de propriété et de succession en raison de la stigmatisation associée au VIH. Dans certains pays, l'accès limité des femmes aux services juridiques et aux tribunaux compromet leur aptitude à faire valoir leurs droits de propriété pour autant que ceux-ci existent²⁶.

22. Parmi les entités des Nations Unies, ONU-Femmes a œuvré en partenariat avec 20 groupes locaux et communautaires établis dans neuf pays d'Afrique subsaharienne pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH et atténuer l'impact de ce virus par le biais de programmes conçus pour améliorer leur accès aux droits de propriété et de succession. Ils ont notamment permis à plus de 15 000 femmes vivant avec le VIH et le sida ou touchées par le virus d'améliorer leur niveau de connaissance des notions élémentaires de droit. Le PNUD, en collaboration avec plusieurs organisations non gouvernementales, a lancé récemment « Tools for Change », une ressource rassemblant divers instruments internationaux de promotion des droits de l'homme traitant de questions relatives à l'accession à la propriété et aux modalités de succession pour les femmes afin de permettre aux défenseurs de leurs droits de trouver et d'utiliser facilement les renseignements dont ils ont besoin.

2. Participation des femmes et des filles dans le contexte du VIH et du sida

23. Un principe fondamental de la riposte mondiale au sida, et l'une des raisons de son succès, est que les personnes vivant avec le VIH et affectées par ce virus doivent participer pleinement aux processus de prise des décisions. Cela constitue à la fois un impératif stratégique, étant donné que la participation des femmes et des filles est essentielle pour créer des politiques et programmes efficaces, et une obligation normative dont l'énoncé figure dans plusieurs accords, engagements et déclarations internationaux (voir [A/HRC/20/26](#)). À l'échelle mondiale, on a assisté à un déclin de la participation des femmes et des filles aux processus nationaux de planification de la lutte contre le VIH. L'ONUSIDA a signalé que, dans les pays où elle est présente, le pourcentage de pays où les femmes vivant avec le VIH prennent part aux mécanismes formels de planification a diminué entre 2010 et 2012, passant de 66 à 61 %²⁷. Dans le même ordre d'idées, les femmes n'ont représenté que 29 % des représentants siégeant dans les instances de coordination nationale du Fonds

²⁶ ONU-Femmes, *Le progrès des femmes dans le monde 2011-2012 : en quête de justice* (New York, 2011).

²⁷ Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA 2012 (UNAIDS/PCB(32)/13.5).

mondial en 2012, contre 36 % à la fin du quatrième trimestre de 2010²⁸. Les recherches ont montré que la participation des femmes est affectée par la stigmatisation et la discrimination, le manque d'accès à l'information et aux ressources, le fardeau que représentent les soins à donner et les responsabilités domestiques, et l'analphabétisme²⁹. Les recherches indiquent également qu'un environnement propice peut faire augmenter le taux de participation³⁰.

24. Rares sont les États Membres qui ont signalé avoir accompli des progrès dans le cadre des efforts déployés pour assurer la participation des femmes aux ripostes nationales au VIH et au sida. En particulier, le Burkina Faso a indiqué que des réseaux d'organisations de la société civile avaient été établis pour servir de plateforme aux échanges et intensifier les activités de plaidoyer aux niveaux national et sous-national dans le contexte d'une programmation anti-VIH qui tienne compte de la problématique hommes-femmes. Dans le cadre de la riposte nationale au VIH/sida, le ministère des Affaires féminines du Cameroun a entrepris des activités de sensibilisation ciblant les femmes par l'entremise de groupes organisés et en mettant sur pied des manifestations destinées aux personnes vivant avec le VIH.

25. Des entités des Nations Unies ont appelé l'attention sur les mesures visant à encourager le leadership chez les femmes et leur participation à la riposte au VIH. L'Équipe spéciale interinstitutions pour la prévention et le traitement du VIH chez les femmes enceintes et les mères et leurs enfants a, avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du FNUAP et d'autres partenaires, lancé un projet de responsabilisation auquel ont collaboré 22 pays et dont l'objectif était de renforcer l'esprit de leadership des femmes vivant avec le VIH. En Asie et dans le Pacifique, une équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies chargée de défendre les intérêts des femmes et des filles a soutenu le programme intitulé « Unzip the lips » (« Exprimez-vous »), ce qui a contribué à encourager des groupes clefs de femmes et de filles affectées à participer de manière plus efficace et systématique à la promotion des politiques au niveau régional de la part. En Afrique sub-saharienne, l'Union africaine a, avec le soutien du PNUD, d'ONU-Femmes, de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et de l'ONUSIDA, lancé le réseau intitulé GlobalPOWER Africa Women Network en 2012. Cette initiative pilotée par des femmes, qui reposait sur un concept de base élaboré par des décideuses africaines et leurs homologues américaines, constituera une plateforme politique stratégique à partir de laquelle il sera possible d'intensifier les mesures de prévention de l'infection par le VIH et de promotion de la santé sexuelle et procréative des femmes et des filles en Afrique, de même que la défense de leurs droits dans ces contextes. En outre, l'ONUSIDA, le PNUD, ONU-Femmes et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture ont utilisé diverses stratégies pour exploiter la capacité de leadership

²⁸ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Rapport sur la composition des instances de coordination nationale : données mondiales et régionales sur l'équilibre entre les sexes 2009-2011. Accessible à partir du site www.theglobalfund.org/en/ccm/data.

²⁹ Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (ONU-Femmes) et réseau Athena, *Transforming the National AIDS Response: Advancing Women's Leadership and Participation* (New York, ONU-Femmes, 2010).

³⁰ ONUSIDA, rapport final de l'examen à mi-parcours du Programme pour une action accélérée en faveur des femmes, des filles, de l'égalité des sexes et contre le VIH (UNAIDS/PCB(31)/12.20).

des femmes et des filles vivant avec le VIH et de populations clefs³¹ dans 60 pays. L'ONUSIDA a aidé les femmes à faire entendre leur voix en publiant *Les femmes s'expriment : le rôle des femmes vivant avec le VIH dans la lutte mondiale contre le sida* en 2012.

D. Accès universel aux programmes de prévention, aux traitements, aux soins et aux mesures de soutien

26. La satisfaction des besoins de santé et la protection des droits des femmes et des filles continuent de constituer des défis à surmonter pour riposter au VIH et au sida. La stigmatisation et la discrimination persistent. Les efforts déployés pour intégrer la riposte au VIH aux services de santé sexuelle et procréative, notamment en élargissant la portée des services et des programmes d'éducation sexuelle destinés aux adolescents, ne sont pas entrepris aussi rapidement ou de manière aussi complète qu'on pourrait l'espérer. Bien que les systèmes de santé s'efforcent de répondre aux besoins, ils sont insuffisants dans de nombreux cas, et le fardeau que représentent les soins à fournir continue d'être disproportionné pour les femmes et les filles.

1. Programmes de prévention, traitements, soins et portée des mesures de soutien

27. Le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral pour réduire le risque de transmission mère-enfant de manière significative est passé de 48 à 65 % entre 2010 et 2012 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais les progrès ont été inégaux selon les régions. Le taux de couverture a été le plus élevé en Europe orientale et centrale ainsi que dans les Caraïbes (plus de 90 %), et a été beaucoup plus faible en Asie, dans le Pacifique, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (moins de 20 %)³². Malgré les progrès observés, les services destinés à empêcher la transmission mère-enfant continuent d'être hors de portée de nombreuses femmes vivant avec le VIH. Ces services, en particulier dans les zones rurales et au niveau des soins de santé primaires, sont souvent inexistantes en raison d'une décentralisation mal conçue, de ressources financières limitées, d'une infrastructure faible, de graves contraintes au niveau des ressources humaines et d'un manque de capacités chez les fournisseurs. En 2012, seulement 58 % des femmes enceintes qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral pour leur propre santé en ont reçu un³². Bien que les données ne soient pas ventilées selon le sexe, dans les pays prioritaires identifiés dans le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, seulement 3 enfants sur 10 ont reçu un traitement anti-VIH³². Même si la portée des recherches est limitée, certaines preuves indiquent que

³¹ Il s'agit notamment des femmes et des filles présentant des incapacités, de celles qui s'injectent des drogues et de celles qui sont incarcérées, des transgenres, des migrantes et des travailleuses du sexe.

³² ONUSIDA, *Rapport d'avancement sur le plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie* (Genève, 2013).

l'accessibilité et la qualité des services thérapeutiques anti-VIH offerts aux travailleuses du sexe et aux transgenres laissent gravement à désirer³³.

2. Efforts de mise en œuvre portant sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien

28. La majorité des États Membres qui ont présenté des contributions (Burkina Faso, Cameroun, Colombie, Finlande, Gambie, Japon, Kenya, Norvège, Paraguay, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Qatar et République-Unie de Tanzanie) ont signalé des efforts sexospécifiques liés à la prévention du VIH et à la fourniture de traitements, de soins et d'un soutien aux personnes affectées. La Finlande, La Norvège et les Pays-Bas ont octroyé des fonds à des organisations non gouvernementales qui entreprennent des programmes, notamment en vue de l'échange de renseignements sur les services anti-VIH, à l'intention des immigrantes vivant avec le VIH et affectées par ce virus. Dans le contexte de la prévention, les pays ont présenté des renseignements sur l'utilisation et l'accessibilité accrues des contraceptifs, notamment des préservatifs masculins et féminins (Brésil, Burkina Faso et Colombie), et sur les efforts entrepris pour empêcher la transmission mère-enfant (Brésil, Burkina Faso, Colombie, Finlande, Gambie, Japon, Kenya, Norvège, Pologne, République-Unie de Tanzanie et Roumanie). Plusieurs États Membres ont signalé une expansion des services de prévention du VIH, de traitement et de conseil pour les femmes et les filles, y compris les travailleuses du sexe (Brésil, Colombie, Finlande et Pologne) et les consommatrices de drogues injectables (Roumanie). La fourniture de traitements à toutes les personnes admissibles a été signalée par plusieurs États Membres (Danemark, Finlande, Pays-Bas, Pologne, Roumanie et Royaume-Uni).

29. En 2013, l'OMS a émis de nouvelles lignes directrices sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux dans le cadre du traitement et de la prévention de l'infection à VIH et a, à cet effet, recommandé l'instauration d'un traitement antirétroviral à vie chez toutes les femmes enceintes ou allaitantes vivant avec le VIH. Pour accélérer le recours à grande échelle aux traitements contre le VIH, le Malawi a mis ces lignes directrices en œuvre et a commencé à offrir une thérapie antirétrovirale à vie aux femmes enceintes vivant avec le VIH (connue sous le nom de « Option B+ »), ce qui a permis de multiplier par 7,5 fois le nombre de femmes de cette catégorie qui ont reçu ce traitement au cours d'une période de 15 mois. Outre le Malawi, sept pays ont modifié leurs lignes directrices nationales pour adopter l'option B+ (Cambodge, Fidji, Indonésie, Maldives, Népal, Papouasie-Nouvelle-Guinée et Thaïlande). Toutefois, les femmes vivant avec le VIH ont exprimé des préoccupations au sujet des modalités de mise en œuvre de l'option B+. Elles ont fait valoir que les renseignements diffusés étaient insuffisants, que le temps réservé aux délibérations était trop limité, et que les efforts déployés pour permettre un consentement éclairé et un choix en connaissance de cause étaient trop restreints³⁴.

³³ Kerrigan et collaborateurs, *The Global HIV Epidemics among Sex Workers*; Sam Winter, *Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region* (Bangkok, Centre régional du PNUD pour l'Asie et le Pacifique, 2012); Coalition mondiale sur les femmes et le sida, *Women who Use Drugs, Harm Reduction and HIV* (Genève, 2011).

³⁴ ONUSIDA, document UNAIDS/PCB(32)/13.5.

30. Dans 11 pays de la région de l'Afrique occidentale et centrale, le FNUAP a soutenu une stratégie de prévention combinée du VIH à l'intention des femmes et des filles, en mettant l'accent sur l'analyse des situations, la mise au point de stratégies, l'éducation par les pairs, la santé sexuelle et procréative, et la prestation de services anti-VIH³⁴. Au Népal, afin de prendre en compte les besoins particuliers des femmes qui consomment des drogues, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, de concert avec une organisation non gouvernementale locale, a mis sur pied un camp de santé novateur en s'inspirant d'un modèle de soins et de soutien ancré dans la communauté et n'impliquant que des coûts modiques. L'OMS, en partenariat avec le FNUAP, l'ONUSIDA et le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe, a élaboré de nouvelles lignes directrices pour améliorer l'accès des travailleurs du sexe aux services de santé³⁵. L'ONUSIDA, l'OMS et l'UNICEF ont diffusé des renseignements sur le soutien ininterrompu qu'elles accordent en vue de la réalisation des objectifs du Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants en 2015 au plus tard et à maintenir les mères en vie. L'UNICEF, le FNUAP et le PNUD ont aidé les pays à élargir la portée de programmes et interventions efficaces visant à empêcher la transmission du VIH par voie hétérosexuelle, notamment en établissant des partenariats multiples entrepris en parallèle. Le Programme alimentaire mondial a intégré un soutien alimentaire et nutritionnel à la thérapie pour augmenter les chances de succès, favoriser l'observance des traitements et réduire la malnutrition. ONU-Femmes a encouragé la participation des communautés aux activités de plaidoyer afin d'élargir la portée des traitements et d'intégrer les services aux soins de santé destinés aux mères et aux mesures de lutte contre la violence à l'égard des femmes.

3. Satisfaction des besoins de santé sexuelle et procréative, et protection des droits des femmes et des filles

31. Des services de santé sexuelle et procréative intégrés, parmi lesquels des services de prévention et de traitement de l'infection à VIH et de soins aux personnes affectées, de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus, de soins de santé maternelle et de planification familiale, sont essentiels dans la lutte contre le VIH. Dans le cas des jeunes femmes et des filles, l'accès aux services de prévention, traitements et soins anti-VIH est entravé par toute une série de facteurs, parmi lesquels les lacunes en matière d'éducation sexuelle et d'information sur les questions de santé, et l'inégalité des rapports de force dans leurs relations avec les hommes. Un rapport récent de l'UNESCO a révélé que tous les pays de la région de l'Afrique orientale et australe ont une politique ou stratégie de promotion de l'éducation des jeunes sur le VIH axée sur l'acquisition des compétences nécessaires dans la vie courante. Cependant, les données probantes limitées dont on dispose ont indiqué que ces politiques ou stratégies n'étaient pleinement mises en œuvre et chiffrées que dans de rares cas. Ces tendances sont reflétées dans le faible nombre de jeunes sexuellement actifs suffisamment au courant des méthodes de prévention³⁶. Dans neuf³⁷ des pays où la prévalence du VIH est la plus élevée parmi

³⁵ OMS, *Prévention et traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les travailleuses du sexe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : Recommandations pour une approche de santé publique* (Genève, 2012).

³⁶ Commission mondiale sur le VIH et le droit, *Le VIH et le droit : risques, droits et santé* (New York, PNUD, 2012).

³⁷ Kenya, Lesotho, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

les adolescents, 30 % des adolescentes seulement ont subi des tests de dépistage et connaissent leur statut sérologique vis-à-vis du VIH³⁸. Les jeunes femmes et les filles présentant un handicap courent un risque particulièrement élevé, étant donné qu'elles peuvent ne pas avoir accès à des renseignements sur la prévention, soit parce que l'on pense qu'elles sont des êtres asexués et ne courent par conséquent aucun risque, soit parce qu'elles ne fréquentent pas un établissement scolaire où elles pourraient recevoir des renseignements sur la prévention de l'infection par le VIH³⁹.

32. L'augmentation des possibilités d'éducation pour les filles constitue une étape critique à franchir pour réduire leur vulnérabilité au VIH. Des données probantes montrent que la fréquentation scolaire réduit la probabilité de relations sexuelles précoces et de comportements à risque, deux facteurs qui, à leur tour, ont une incidence sur la transmission du VIH. Les filles courent un risque accru de décrochage scolaire à l'approche de l'adolescence, qui est également une période pendant laquelle le risque d'infection par le VIH augmente⁴⁰. Les programmes de versements en espèces ont ciblé les filles pour les garder à l'école et réduire les taux de mariage et de grossesse précoces. Une étude menée récemment au Malawi a révélé que les versements en espèces visant à garder les filles à l'école se sont traduits par une réduction de 64 % de la prévalence de l'infection après 18 mois⁴¹. Cependant, les effets bénéfiques à long terme de tels programmes n'ont pas encore été définis clairement. Les conditions structurelles qui favorisent les inégalités entre les sexes ne se laissent pas résoudre par des programmes de versements en espèces, de sorte qu'il est encore difficile d'évaluer avec précision leur efficacité à long terme⁴².

33. Le Brésil, l'Espagne, le Kenya, les Pays-Bas, le Paraguay, la République-Unie de Tanzanie et la Roumanie ont présenté un rapport sur les efforts qu'ils déploient pour intégrer leur riposte au VIH aux services de santé sexuelle et procréative, tandis que le Brésil, le Cameroun, l'Espagne, la Finlande et les Pays-Bas ont signalé avoir pris des mesures pour améliorer l'enseignement qu'ils dispensent aux adolescents sur le VIH et la santé sexuelle et procréative.

34. L'UNESCO a aidé les ministères de l'éducation de 75 pays à renforcer les programmes de cours d'éducation sexuelle globaux, en mettant systématiquement l'accent sur l'égalité des sexes en tant que condition préalable à remplir pour obtenir des résultats positifs. Avec le soutien de l'UNICEF, du FNUAP et de l'UNESCO, 17 pays africains ont renforcé leurs capacités et leurs ressources pour évaluer et élargir leurs programmes de cours en vue de réduire les comportements à risque chez les jeunes³⁴.

³⁸ *Progrès pour les enfants : un bilan sur les adolescents*, n° 10 (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.12.XX.2).

³⁹ Poul Rohleder et collaborateurs, « HIV/AIDS and disability in Southern Africa: a review of relevant literature », *Disability and Rehabilitation*, vol. 31, n° 1 (janvier 2009), p. 51 à 59.

⁴⁰ UNICEF, « Promoting equity for children living in a world with HIV and AIDS » (2012).

⁴¹ Sarah J. Baird et collaborateurs, « Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomized trial », *The Lancet*, vol. 379, n° 9823 (avril 2012), p. 1320 à 1329.

⁴² Paul Pronyk et Brian Lutz, « Policy and programme responses for addressing the structural determinants of HIV », *Structural Approaches to HIV Prevention Position Paper Series* [Arlington, Virginie et Londres, US Aid (Agence des États-Unis pour le développement international) et DFID (Ministère du développement international du Royaume-Uni), 2013).

35. Un autre défi important à relever pour préserver la santé et le bien-être des femmes et des filles est représenté par le fardeau qu'elles doivent supporter lorsqu'elles sont appelées à fournir des soins à leurs proches. Il est indéniable que les femmes et les filles accomplissent la plupart des tâches non rémunérées consistant à prodiguer des soins aux membres de leur foyer, et qu'elles représentent la majorité des soignants qui, dans ce contexte, soutiennent les personnes vivant avec le VIH ou faisant face au sida. Des études ont démontré que ces tâches accomplies dans le cadre des soins fournis, la plupart du temps ignorées et non rémunérées, ont une incidence négative sur la santé physique et mentale des femmes⁴³. En outre, les femmes et les filles paient un coût d'opportunité lorsqu'elles se consacrent à des tâches non rémunérées dans le cadre des soins à fournir aux personnes atteintes de maladies liées au VIH et au sida, étant donné que leur aptitude à participer à des activités génératrices de revenus, à l'éducation et au renforcement des compétences s'en trouve réduite. Il est important de mesurer et d'évaluer la contribution que représentent ces tâches. Au Kenya, des organisations communautaires regroupant des aidantes de personnes infectées par le VIH ont rassemblé des données sur le temps que les femmes passent en se consacrant à des activités bénévoles et en fournissant des soins et un soutien dans leurs collectivités. Les aidantes se sont mobilisées après avoir pris connaissance de ces données et sont désormais représentées dans les structures de prise des décisions telles que les comités de santé des districts⁴⁴.

E. Élimination de la violence sexiste et mobilisation de la participation des hommes et des garçons

36. La violence sexiste est un problème de santé publique et de droits de l'homme qui a atteint des proportions extrêmement alarmantes. Une étude publiée par l'OMS en 2013 a révélé que plus de 35 % des femmes à l'échelle mondiale ont été victimes d'actes de violence commis par des personnes autres que leur partenaire et/ou d'actes de violence sexuelle imputables à un partenaire intime, ou les deux, la prévalence la plus élevée étant recensée en Afrique (45,6 %) et en Asie du Sud-Est (40,2 %)⁴⁵. Cela étant, les pays ont pris des mesures afin de faire obstacle au fléau que représente la violence sexiste. Le nombre de pays ayant mis en place des lois contre la violence sexiste a doublé entre 2010 et 2012⁴⁶. L'examen à mi-parcours du programme pour l'intensification des mesures concernant les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH a mis en relief la nécessité de rassembler d'urgence davantage de données probantes sur la violence sexiste et le VIH afin de guider les politiques et programmes à appliquer au niveau des pays. Bien que presque deux tiers des pays qui ont lancé ce programme aient indiqué qu'ils avaient adopté des

⁴³ Voir A/68/293; voir également le mémoire établi par Olagoke Akintola, « Towards equal sharing of AIDS caring responsibilities: learning from Africa », pour une réunion d'experts sur la répartition à parts égales des responsabilités entre hommes et femmes, y compris les soins fournis dans le contexte du VIH/sida, Genève, octobre 2008.

⁴⁴ Shannon Hayes, « Valuing and compensating caregivers for their contributions to community health and development in the context of HIV and AIDS: an agenda for action » (New York, Commission Huairou, 2010).

⁴⁵ OMS, *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire* (Genève, 2013).

⁴⁶ ONUSIDA, document UNAIDS/PCB(32)/13.5.

politiques nationales de lutte contre la violence sexiste, un tiers d'entre eux sont dépourvus de données sur les liens entre ce type de violence et le VIH⁴⁷.

37. L'infection par le VIH et la violence sexiste sont inextricablement liées et se renforcent mutuellement. Les femmes et les filles sont, par leur constitution physique, plus vulnérables au VIH que les hommes, de sorte qu'elles courent un risque de contamination accru suite aux lésions provoquées par des rapports sexuels forcés. Par conséquent, dans certaines régions, les femmes qui ont été victimes d'actes de violence sexuelle commis par un partenaire intime sont 1,5 fois plus susceptibles de contracter le VIH que celles qui n'ont pas subi de tels sévices⁴⁵. Dans les situations de conflit, les femmes et les filles sont confrontées à un risque plus élevé de violence sexuelle et physique, et notamment de viol, ce qui accroît leur risque de contracter le VIH⁴⁸.

38. Inversement, les femmes vivant avec le VIH peuvent être confrontées à un risque de violence particulièrement élevé en raison de leur statut sérologique VIH⁴⁹. Les résultats d'une analyse effectuée à l'aide de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH indiquent que les femmes vivant avec ce virus sont plus fréquemment la cible de violences verbales et physiques que leurs homologues masculins⁵⁰. La stigmatisation, la honte et la discrimination empêchent souvent les survivantes d'actes de violence et les femmes et les filles vivant avec le VIH de solliciter les services dont elles ont besoin, et celles qui y parviennent constatent fréquemment qu'ils n'existent pas ou font l'objet de pratiques discriminatoires. Une étude menée dans six pays d'Asie a révélé que 30 % des participantes avaient été encouragées à envisager la stérilisation⁵¹. De plus, des cas de stérilisation involontaire de femmes vivant avec le VIH ont été signalés en Argentine, au Chili, au Mexique et en Namibie⁵².

39. Bien qu'il existe un cadre législatif solide destiné à réprimer la violence sexiste dans plusieurs pays, le manque de fonds et d'engagement politique compromet souvent la mise en œuvre de programmes et stratégies efficaces. On a constaté que les fournisseurs de services chargés de répondre aux besoins des survivantes d'actes de violence qui vivaient avec le VIH étaient typiquement à la limite de leurs moyens, sous-financés et insuffisamment soutenus⁵³. Ainsi, bien que

⁴⁷ ONUSIDA, document UNAIDS/PCB(31)/12.20.

⁴⁸ OMS, « La violence à l'encontre des femmes et le VIH/sida : principaux points de recoupement – la violence sexuelle dans les situations de conflit et le risque d'infection à VIH », Série de bulletins d'information de l'OMS, n° 2 (Genève, 2004).

⁴⁹ E. L. Machtinger et collaborateurs, « Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis », *AIDS and Behavior*, vol. 16, n° 8 (novembre 2012), p. 2091 à 2100.

⁵⁰ ONUSIDA, *Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012* (Genève, 2012).

⁵¹ Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida, « Positive and pregnant: how dare you? A study on access to reproductive and maternal health care for women living with HIV in Asia » (mars 2012).

⁵² Lilian Sepúlveda, « Forced sterilization preys on women living with HIV/AIDS », 27 juillet 2012. Accessible à partir du site <http://reproductiverights.org/en/press-room/chile-forced-sterilization-lilian-hiv-aids-oped>.

⁵³ Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes et ONU-Femmes, « Approches efficaces pour lutter contre le lien entre la violence à l'égard des femmes et le VIH/sida : conclusions des programmes appuyés par le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes » (2012).

12 pays d'Afrique australe disposent de services accessibles, abordables et spécialisés pour les survivantes d'actes de violence sexiste, les fournisseurs de ces services continuent de manquer de ressources, et leur capacité à s'acquitter de leur mandat est limitée.

40. Plusieurs États Membres (Brésil, Burkina Faso, Cameroun, Colombie, Espagne, Gambie et République-Unie de Tanzanie) ont intensifié leurs efforts de prévention de la violence sexiste. À titre d'exemple, la Gambie a élaboré un plan visant à accélérer l'abandon des mutilations génitales féminines. Au Brésil, une campagne de sensibilisation à la situation des femmes et à leurs droits a été lancée à l'aide d'outils multimédia pour appeler l'attention sur la gravité des actes de violence commis contre les femmes. Le gouvernement du Cameroun a formé des agents de santé communautaire pour combattre la violence contre les femmes et les filles. Ces efforts pourraient réduire le risque d'infection par le VIH.

41. Les organismes des Nations Unies ont pris toute une série de mesures visant à éliminer la violence sexiste. Grâce à la collaboration entre l'Organisation internationale du Travail, des gouvernements et des regroupements d'employeurs et de travailleurs, huit pays (Botswana, Cambodge, Cameroun, Chili, Kenya, Mozambique, République Dominicaine et Zambie) ont adopté des politiques nationales de lutte contre le VIH et le sida sur le lieu de travail spécifiquement destinées à remédier aux problèmes de la violence et du harcèlement sexistes. L'UNICEF pilote un programme de mise en œuvre de normes sociales et de soins communautaires destiné aux survivantes d'actes de violence sexiste commis dans des situations de conflit en Somalie et au Soudan du Sud. Le PNUD a lancé la toute première évaluation rapide des aptitudes des institutions à fournir des services de lutte contre la violence sexiste et le VIH en Papouasie-Nouvelle-Guinée pour améliorer l'intégration des prestations fournies.

42. Après l'inclusion, en 2011, d'un indicateur sur la violence entre partenaires intimes aux directives de l'ONUSIDA relative à la présentation de rapports sur les progrès accomplis dans la riposte mondiale au sida, 50 pays sur 186 ont communiqué des données sur cet indicateur dans le cadre de leurs rapports nationaux en 2013⁵⁴. Compte tenu du fait que cet indicateur représente une variable supplétive faisant partie des outils utilisés pour évaluer les inégalités entre les sexes, il serait important que les pays soient plus nombreux à soumettre des données sur les progrès accomplis par rapport à cet indicateur afin de permettre un meilleur suivi des résultats obtenus.

43. Des recherches effectuées dans une base de données probantes de plus en plus étendue ont permis de constater que les interventions mobilisant la participation des hommes et des garçons à la lutte contre les normes et pratiques sexistes néfastes peuvent réduire la violence et favoriser l'adoption de comportements sexuels moins risqués⁵⁵. Il y a cependant encore beaucoup à faire dans ce domaine. À l'échelle mondiale, seul un pays sur dix parvient à faire participer les hommes et les garçons

⁵⁴ ONUSIDA, *Rapport mondial 2013*.

⁵⁵ Shari L. Dworkin, Sarah Treves-Kagan et Sheri A. Lippman, « Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually active men: a review of the global evidence », *AIDS and Behavior*, vol. 17, n° 9 (novembre 2013), p. 2845 à 2863.

aux efforts nationaux visant à promouvoir l'application de normes sexospécifiques saines dans le contexte du VIH⁵⁶.

44. Peu d'États Membres ont présenté des rapports sur des programmes qui ont mobilisé la participation des hommes et des garçons aux efforts de promotion de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH et du sida (Pays-Bas, République-Unie de Tanzanie et Roumanie). Parmi les organisations de la société civile et les entités des Nations Unies, le réseau Athena, le réseau Sonke de justice pour les femmes, le FNUAP, le PNUD, l'OMS, l'ONUSIDA et ONU-Femmes ont fourni un soutien technique et financier à 36 pays pour encourager les hommes et les garçons à participer aux efforts de prévention de la violence dans le cadre de la riposte au VIH.

V. Conclusions et recommandations

45. Les États Membres, les entités des Nations Unies et les organisations de la société civile ont pris des mesures importantes pour intensifier l'intégration des principes d'égalité des sexes aux ripostes nationales et internationales au VIH. Les États Membres ont présenté des rapports sur les mesures prises pour accorder un degré de priorité plus élevé aux questions d'égalité entre les sexes dans les plans et stratégies nationaux de lutte contre le VIH et le sida, ainsi que dans les plans d'action en faveur de l'égalité entre les sexes; promouvoir la participation des femmes et des filles aux organes de prise des décisions, ainsi que leurs droits légaux; augmenter l'accès aux programmes de prévention du VIH, aux traitements, aux soins et aux soutiens; et mettre en œuvre des mesures visant à réduire l'incidence des actes de violence sexiste. Des obstacles restent cependant encore à surmonter. Les barrières structurelles, au nombre desquelles les lois discriminatoires et la stigmatisation, l'inégalité des rapports de force et le manque d'accès à l'éducation et à la sécurité économique, de même que le financement et l'engagement politique insuffisants, entravent les progrès. En outre, les efforts déployés pour obliger les États à rendre des comptes et pour surveiller et évaluer les initiatives sont compromis par le fait que des données essentielles, notamment sur les nouvelles infections, sont rarement ventilées selon le sexe.

46. Une action concertée est nécessaire pour que le principe de l'égalité entre les sexes soit intégré aux ripostes au VIH et au sida à tous les niveaux. La réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dépend de l'aptitude des États Membres à considérer que l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes et des filles constituent des droits de l'homme et des objectifs essentiels du développement, tous ces facteurs représentant des éléments de base de plans et programmes efficaces et viables de lutte contre le VIH et le sida. Les débats portant sur le programme de développement pour l'après-2015 offrent une occasion supplémentaire de tenir compte des besoins particuliers des femmes et des filles dans le contexte du VIH, que ce soit dans l'optique de la formulation d'un objectif distinct concernant la santé ou de la

⁵⁶ Commission de l'Union africaine, Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique, et ONUSIDA, *Produire des résultats pour mettre fin aux épidémies de sida, de tuberculose et de paludisme en Afrique : reddition de comptes de l'Union africaine sur les engagements du partenariat Afrique-G8 2013* (2013).

fixation d'autres buts pertinents, parmi lesquels ceux qui ont trait à l'égalité entre les sexes, à l'éducation et à la santé, et aux droits en matière de sexualité et de procréation. Toutefois, rares sont les rapports de consultation nationaux qui, jusqu'à présent, ont mis en lumière les besoins particuliers des femmes et des filles dans le contexte du VIH et du sida dans le programme pour l'après-2015⁵⁷.

47. En conséquence, la Commission souhaitera peut-être encourager les États Membres à faire preuve d'un engagement politique plus vigoureux pour assurer le bien-être des femmes et des filles et protéger leurs droits, afin d'accélérer la prévention, augmenter le taux de couverture du traitement et œuvrer à l'atténuation des répercussions du VIH et du sida en adoptant des stratégies globales conçues pour remédier aux inégalités entre les sexes et éliminer les normes et lois sexospécifiques néfastes, par la prise de mesures telles que :

a) Faire en sorte que les plans et politiques nationaux de lutte contre le VIH accordent la priorité aux besoins des femmes et des filles, et que des programmes ciblés, visant notamment à institutionnaliser les structures nécessaires pour permettre l'application des politiques et la création de cadres de surveillance robustes pour assurer la reddition de comptes, soient chiffrés, budgétisés et mis en œuvre;

b) Élargir la base de données factuelles, notamment en rassemblant et en ventilant celles-ci selon le sexe et l'âge aux niveaux local, national et international, pour guider des interventions ciblées et assurer que les besoins particuliers des femmes et des filles dans toute leur diversité soient correctement satisfaits;

c) Réviser les lois, règlements et programmes existants qui se rapportent aux droits des femmes et des filles vivant avec le VIH et affectées par ce virus, et institutionnaliser les cadres juridiques pour assurer, entre autres, l'élimination de toutes les formes de discrimination fondées sur le statut sérologique, le sexe ou l'orientation sexuelle; la jouissance de droits de propriété et de succession pour les femmes, la dépénalisation de la séropositivité et de la transmission du VIH; et l'élimination de toutes les formes de pratiques contraignantes et discriminatoires dans les services de santé, telles que la stérilisation forcée;

d) Augmenter la coopération et la volonté de faire participer les femmes vivant avec le VIH et affectées par ce virus à la mise sur pied de cadres stratégiques nationaux, notamment en renforçant les capacités et en affectant les ressources nécessaires pour permettre à des réseaux de femmes et de filles de jouer un rôle concret et de premier plan dans la prise des décisions à tous les niveaux, en particulier lors de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH; et établir des objectifs minimaux et des mécanismes de surveillance pour assurer la participation des femmes et des filles;

⁵⁷ Megan Dersnah, « An analytical review of national post-2015 consultation reports from a gender perspective », document d'information préparé pour la réunion du groupe d'experts sur les contraintes structurelles et stratégiques à surmonter afin de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en faveur des femmes et des filles, Mexico, octobre 2013.

e) Intensifier les interventions et augmenter les investissements dans les programmes qui tiennent compte de l'incidence différentielle du VIH et du sida sur les femmes et les filles, et transformer la dynamique sexospécifique en une force permettant d'instaurer une égalité et une justice plus grandes pour les femmes et les filles, notamment en veillant à ce que les modèles nationaux d'investissement fassent de l'égalité entre les sexes l'un de leurs principes fondamentaux;

f) Investir dans des mesures conçues pour s'attaquer aux causes structurelles de l'infection par le VIH, par exemple en entreprenant des activités destinées à augmenter l'accès des femmes et des filles aux possibilités d'emploi et d'éducation, aux ressources économiques, à la propriété et à la succession, ainsi que des programmes conçus pour réduire la stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes et des filles qui vivent avec le VIH et sont affectées par ce virus;

g) Augmenter l'accès aux services de traitement, de prévention et de soins pour les femmes et les filles dans toute leur diversité, notamment en dehors de la période périnatale et pour les adolescentes; et élargir l'accessibilité des services de conseil et de dépistage du VIH utilisés volontairement pour les femmes et les filles, en mettant l'accent sur le consentement et la protection des renseignements confidentiels;

h) Reconnaître les besoins et les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative dans toute leur diversité, notamment en mettant en œuvre tous les instruments législatifs et engagements nationaux, régionaux et internationaux destinés à promouvoir et protéger les droits des femmes et des filles en matière de sexualité et de procréation, en plus d'intégrer la planification familiale et d'autres services de santé procréative aux interventions anti-VIH, sans exception aucune; renforcer les liens entre les services anti-VIH et ceux se rapportant à des maladies non transmissibles; mettre en œuvre des programmes assurant un accès universel à une éducation sexuelle globale pour les filles et les garçons à l'intérieur et à l'extérieur du milieu scolaire; et faire obstacle aux pratiques qui sont nuisibles à la santé et aux droits des femmes et des filles, telles que les mariages précoces ou forcés;

i) Fournir un soutien financier aux femmes et aux filles qui assument des fonctions de soignantes dans le contexte du VIH/sida dans le cadre de politiques et programmes nationaux pertinents, et leur permettre de participer aux processus de prise des décisions se rapportant au VIH et au sida, en plus des interventions destinées à améliorer leur accès aux services sociaux;

j) Mettre en œuvre une riposte multisectorielle à la violence sexiste en renforçant l'environnement juridique et politique pour faire en sorte que des lois interdisant les actes de violence sexiste soient promulguées et appliquées, afin de prévenir la violence sexiste sous toutes ses formes et pour fournir un recours aux personnes qui en sont victimes; fournir un financement suffisant pour les interventions destinées à faciliter l'accès des survivantes à la justice et aux recours, de même que pour prévenir la violence sexiste et réduire le nombre de cas où elle se manifeste, notamment en ce qui concerne les interventions visant à sensibiliser les forces de maintien de l'ordre, les professionnels de la santé et les membres de l'appareil judiciaire à la nécessité de réagir plus efficacement lorsque sont commis des actes de violence sexiste;

k) Intensifier les efforts visant à encourager les hommes et les garçons à contester la validité des normes et pratiques sociales néfastes, et soutenir leur participation aux initiatives entreprises pour empêcher la transmission verticale du VIH et favoriser l'adoption de comportements sexuels et procréatifs moins risqués et plus responsables.

48. La Commission souhaitera peut-être aussi encourager le système des Nations Unies et d'autres intervenants internationaux et régionaux à :

a) Collaborer plus étroitement avec les États Membres, la société civile et les partenaires de développement à l'évaluation de l'efficacité de la riposte au VIH des points de vue de l'égalité et de l'inclusion, notamment en facilitant la mise en œuvre de mécanismes de suivi et de responsabilisation et en fournissant une assistance technique aux organismes nationaux chargés de la coordination de la lutte contre le sida et à leurs partenaires dans l'élaboration et le suivi d'objectifs et d'indicateurs pour mesurer les résultats et effets sexospécifiques des ripostes au VIH et au sida;

b) Assurer le financement soutenu et renforcé des réseaux de femmes et de filles vivant avec le VIH et affectées par ce virus pour encourager vigoureusement la participation pleine et active des femmes aux ripostes nationales et internationales au VIH et au sida, notamment en investissant dans les efforts de développement des capacités et de mentorat;

c) Fournir une orientation destinée à assurer que les cadres et modèles d'investissement stratégique en cours d'élaboration dans les pays fassent de l'égalité entre les sexes un principe fondamental qui soit appliqué dans tous les domaines d'activité;

d) Fournir un soutien soutenu et durable aux partenaires nationaux, et notamment aux organisations de la société civile, dans le cadre des efforts qu'ils déploient pour promouvoir l'égalité entre les sexes lors de la mise en œuvre de leurs stratégies et programmes de lutte contre le VIH/sida.

49. La Commission souhaitera peut-être encourager les organisations de la société civile à :

a) Soutenir, par des initiatives d'organisation, de formation et de mentorat, la participation active des femmes et des filles, et en particulier des jeunes femmes et des adolescentes vivant avec le VIH et affectées par ce virus, à l'identification et à la conception de programmes et de plans liés à la riposte au VIH et au sida, notamment lors de l'élaboration de stratégies destinées à permettre de surveiller les résultats, les fonds affectés et les évaluations des dépenses consacrées à la réalisation des priorités et à la satisfaction des besoins des femmes et des filles dans toute leur diversité, et de tenir les gouvernements responsables du respect des engagements pris;

b) Intervenir auprès des gouvernements pour réclamer la création de mécanismes conçus pour permettre une interaction soutenue avec les femmes vivant avec le VIH et celles qui sont affectées par ce virus et le sida, et pour influencer et guider les politiques et programmes sur le VIH et le sida aux niveaux national et sous-national;

c) Prendre contact avec des partenaires s'occupant des multiples questions relatives au lien entre l'égalité des sexes et la lutte contre le VIH/sida

afin d'établir des synergies et des stratégies communes, et d'augmenter la collaboration dans la mise en œuvre des programmes.

50. La Commission souhaitera peut-être encourager le secteur privé à Évaluer le financement des activités anti-VIH et les projets de directives pour s'assurer qu'ils favorisent l'élaboration de propositions susceptibles de promouvoir l'égalité entre les sexes et de répondre aux besoins des femmes et des filles dans toute leur diversité; et intégrer les objectifs et indicateurs relatifs à l'égalité entre les sexes aux structures de suivi et d'évaluation des résultats.
