



Conseil économique et social

Distr. générale
23 décembre 2015
Français
Original : anglais

Commission de la condition de la femme

Soixantième session

14-24 mars 2016

Point 3 c) de l'ordre du jour provisoire**

**Suite donnée à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes
et à la vingt-troisième 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

L'action menée à l'échelle mondiale contre le sida a permis d'enrayer et d'inverser notablement le cours de l'épidémie. Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les femmes et les filles s'est stabilisé et le nombre de décès liés au sida a nettement diminué dans le monde entier. L'accès à un traitement antirétroviral vital s'est considérablement élargi, en particulier chez les femmes enceintes, et la prévention de la transmission mère-enfant a permis de réduire les nouvelles infections à VIH chez les nouveau-nés. Toutefois, les progrès réalisés en faveur des femmes et des filles n'ont pas été identiques dans toutes les régions. Il faut s'employer davantage à promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, intensifier les efforts en matière de prévention et de traitement chez les femmes et les filles et s'attaquer aux facteurs d'ordre juridique, économique et social qui continuent de leur faire courir un risque accru d'infection à VIH.

* Nouveau tirage pour raisons techniques (28 janvier 2016).

** E/CN.6/2016/1.



Le présent rapport présente les faits marquants de l'action menée par les États Membres et les entités des Nations Unies pour mettre en œuvre la résolution 58/3 de la Commission de la condition de la femme sur les femmes et les filles face au VIH et au sida. Il identifie les bonnes pratiques, les difficultés et les disparités rencontrées aux niveaux national, régional et mondial, et se termine par des recommandations sur les mesures à prendre pour accélérer la riposte face au VIH chez les femmes et les filles. Le rapport s'appuie sur des recherches empiriques et des données récentes afin de refléter les nouvelles tendances et les approches prometteuses. Les exemples figurant dans le présent rapport s'inspirent des contributions de 25 États Membres (Autriche, Chine, Colombie, Fédération de Russie, Finlande, Hongrie, Japon, Lettonie, Libéria, Lituanie, Ouganda, Malawi, Mexique, Norvège, Ouganda, Paraguay, Pérou, Philippines, Pologne, République dominicaine, Sierra Leone, Singapour, Suède, Togo, Turquie et Uruguay) et de six entités des Nations Unies (le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, le Secrétariat de l'Instance permanente sur les questions autochtones, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient et l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes).

I. Introduction

1. Les progrès réalisés pour enrayer et inverser le cours de l'épidémie du VIH et répondre aux besoins des femmes et des filles varient selon la région, le pays, l'âge et le groupe démographique clé. En 2014, sur près de 34,3 millions [31,8 millions - 38,5 millions] d'adultes de 15 ans et plus vivant avec le VIH dans le monde, 51 % étaient des femmes (voir le tableau 1)¹. Sur 3,9 millions de jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH, près de 60 % étaient des jeunes femmes et des filles².

2. En 2014, sur près de 1,8 million [1,7 million - 2 millions] de nouvelles infections dans le monde chez les personnes de 15 ans et plus, 48 % ont été dépistées chez des femmes et des filles (voir tableau 2). Les jeunes femmes sont particulièrement touchées, puisque 56 % des nouvelles infections survenues en 2014 chez les jeunes de 15 à 24 ans les concernaient. Sur près de 1,2 million [980 000–1,6 million] de décès liés au sida enregistrés en 2014 chez les personnes de 15 ans et plus, 42 % concernaient des femmes et des filles, et 75 % de ces décès ont été recensés en Afrique subsaharienne.

3. Certains groupes sont plus particulièrement touchés par le VIH. Une méta-analyse basée sur plusieurs études mesurant la prévalence ou l'incidence du VIH dans 50 pays a mis en évidence un taux global de prévalence du VIH de 11,8 % chez les travailleuses du sexe, ce qui a permis d'établir qu'elles sont, au niveau mondial, environ quatorze fois plus susceptibles de contracter le VIH que les autres femmes en âge de procréer³. Les chiffres montrent qu'il y a eu environ 70 000 [55 000–83 000] nouvelles infections à VIH chez les travailleurs du sexe en 2013³. Selon les données fournis par 30 pays, le taux global de prévalence du VIH chez les femmes qui consomment des drogues injectables est de 13 % contre 9 % chez les hommes qui consomment des drogues injectables⁴.

¹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) *How AIDS Changed Everything: MDG 6: 15 Years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response* (2015).

² Les principaux indicateurs extraits des estimations d'ONUSIDA pour 2014 sont disponibles dans la base de données en ligne AIDSinfo à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org/>. Sauf mention contraire, les constatations formulées dans le présent rapport s'appuient sur les estimations de la base de données en ligne AIDSinfo pour l'année 2014. Les autres données désagrégées proviennent d'estimations de 2014 qui n'ont pas été publiées par ONUSIDA. Elles sont issues de modèles propres à chaque pays pour l'épidémie de sida. Il faut recourir à une modélisation, car il est impossible d'estimer, à l'échelon national, le nombre exact de personnes vivant avec le VIH, de nouvelles infections ou de personnes décédées du sida pendant l'épidémie. Les valeurs entre crochets correspondent aux bornes de l'intervalle de confiance à l'intérieur duquel se trouve la valeur exacte.

³ Stefan Baral *et al.*, « Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 12, n° 7 (15 mars 2012).

⁴ ONUSIDA, *The Gap Report* (Genève, 2014).

Tableau 1
Prévalence, nouvelles infections et décès liés au sida en 2014 chez les femmes et les hommes de 15 ans et plus

Région	Prévalence			Nouvelles infections			Décès liés au sida		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Monde	17 400 000	16 900 000	34 300 000	870 000	950 000	1 800 000	420 000	610 000	1 000 000
	[16 100 000- 20 000 000]	[15 700 000- 19 500 000]	[31 800 000- 38 500 000]	[790 000- 950 000]	[870 000- 1 000 000]	[1 700 000- 2 000 000]	[310 000- 730 000]	[450 000- 1 000 000]	[760 000- 1 800 000]
Afrique subsaharienne	13 800 000	9 700 000	23 500 000	650 000	510 000	1 200 000	310 000	350 000	660 000
	[12 800 000- 16 000 000]	[9 000 000- 11 300 000]	[21 800 000- 26 200 000]	[600 000- 710 000]	[470 000- 550 000]	[1 100 000- 1 300 000]	[220 000- 570 000]	[250 000- 650 000]	[470 000- 1 200 000]
Asie et Pacifique	1 700 000	3 100 000	4 800 000	110 000	210 000	320 000	69 000	160 000	230 000
	[1 500 000- 2 000 000]	[2 800 000- 3 500 000]	[4 300 000- 5 400 000]	[75 000- 150 000]	[150 000- 300 000]	[230 000- 450 000]	[47 000- 120 000]	[110 000- 280 000]	[150 000- 410 000]
Amérique latine	540 000	1 100 000	1 600 000	25 000	60 000	85 000	12 000	28 000	39 000
	[450 000- 640 000]	[930 000- 1 300 000]	[1 400 000- 2 000 000]	[20 000- 30 000]	[48 000- 72 000]	[68 000- 100 000]	[8 700- 22 000]	[20 000- 51 000]	[29 000- 73 000]
Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord	530 000	1 900 000	2 400 000	18 000	67 000	85 000	4 700	21 000	26 000
	[340 000- 770 000]	[1 200 000- 2 700 000]	[1 500 000- 3 500 000]	[10 000- 27 000]	[37 000- 99 000]	[47 000- 130 000]	[2 400- 8 500]	[11 000- 38 000]	[13 000- 47 000]
Europe de l'Est et Asie centrale	600 000	900 000	1 500 000	54 000	80 000	130 000	25 000	36 000	61 000
	[520 000- 710 000]	[770 000- 1 100 000]	[1 300 000- 1 800 000]	[46 000- 66 000]	[67 000- 96 000]	[110 000- 160 000]	[13 000- 66 000]	[20 000- 96 000]	[33 000- 160 000]
Caraïbes	130 000	130 000	260 000	5 800	7 200	13 000	3 200	5 000	8 200
	[110 000- 170 000]	[100 000- 160 000]	[200 000- 320 000]	[4 200- 7 200]	[5 100- 8 900]	[9 300- 16 000]	[1 700- 8 500]	[2 700- 13 000]	[4 400- 22 000]
Moyen-Orient et Afrique du Nord	72 000	150 000	220 000	5 800	14 000	20 000	3 200	7 700	11 000
	[51 000- 92 000]	[110 000- 190 000]	[140 000- 300 000]	[3 500- 8 700]	[8 300- 21 000]	[12 000- 30 000]	[1 400- 8 900]	[3 500- 22 000]	[5 000- 30 000]

Source: ONUSIDA, 2014, base de données en ligne AIDSinfo.

Tableau 2
Évolution du pourcentage de nouvelles infections à VIH entre 2001 et 2014

<i>Région</i>	<i>Femmes et filles</i>	<i>Hommes et garçons</i>
Monde	(34)	(31)
Afrique subsaharienne	(38)	(39)
Asie et Pacifique	(28)	(26)
Amérique latine	(25)	(9)
Europe de l'Est et Asie centrale	27	5
Caraïbes	(48)	(40)
Moyen-Orient et Afrique du Nord	15	24

Source: ONUSIDA, 2014, base de données en ligne AIDSinfo.

II. Cadre normatif

4. En 2011, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la « Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida » (résolution 65/277, annexe), qui comprend 10 objectifs assortis d'un échéancier, notamment l'élimination des inégalités entre les sexes et de la violence sexiste. Elle fait fond sur les précédents engagements tels que la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida (résolution S-26/2) et la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida (résolution 60/262, annexe), qui considèrent l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes comme des éléments indispensables au succès des efforts visant à réduire la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH et au sida. En l'an 2000, le VIH et le sida sont devenus des priorités en matière de développement avec l'adoption du sixième objectif du Millénaire pour le développement qui visait à enrayer la propagation du VIH/sida d'ici à 2015 et à commencer à inverser la tendance actuelle.

5. Conformément à sa décision 68/555, l'Assemblée générale convoquera en 2016 une réunion de haut niveau sur le VIH/sida qui mènera un examen approfondi des progrès accomplis dans la réalisation de la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida et des Déclarations politiques de 2006 et de 2011 sur le VIH/sida. L'objectif de la réunion sera de faire le point sur les succès remportés, les enseignements tirés de l'expérience, les défis à relever et les espoirs suscités, et de formuler des recommandations sur la manière d'orienter la lutte contre le sida après 2015, notamment en définissant des stratégies spécifiques pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 et en accélérant l'action menée de manière globale, universelle et intégrée. La réunion ouvrira ainsi la voie à un engagement politique renouvelé en faveur de l'égalité des sexes et des droits des femmes dans le cadre même de la lutte.

6. Les succès remportés et les lacunes identifiées en matière de promotion des droits des femmes et des filles dans le contexte du VIH, notamment les résultats et les progrès décrits dans le présent rapport, seront consignés dans le rapport de 2016

du Secrétaire général sur l'accélération de la lutte contre le sida, qui sera utilisé pour préparer la réunion et la déclaration politique attendue en 2016.

7. En 2015, l'Assemblée générale a adopté deux cadres intergouvernementaux essentiels, le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement (résolution 69/313, annexe), qui intègre pleinement l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes dans le financement du développement, et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (résolution 70/1) dont le 5^e objectif vise à parvenir à l'égalité des sexes et à l'autonomisation de toutes les femmes et les filles. Les six grandes cibles de l'objectif, qui visent à mettre fin à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles partout dans le monde, à éliminer toutes les formes de violence faites aux femmes et aux filles, à éliminer toutes les pratiques préjudiciables telles que le mariage d'enfants, le mariage précoce ou le mariage forcé, à faire une place aux soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser, à garantir la participation entière et effective des femmes et leur accès en toute égalité aux fonctions de direction, à assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et à faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, fournissent des repères pour intégrer les dimensions sexospécifiques dans la lutte contre le VIH/sida. Par ailleurs, le 3^e objectif, dont l'ambition est de permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge, comprend une cible ambitieuse qui consiste à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030.

8. Dans sa résolution 29/14 sur l'intensification de l'action menée pour éliminer toutes les formes de violence à l'égard des femmes, le Conseil des droits de l'homme a engagé les États à prendre des mesures pour donner aux femmes les moyens d'être indépendantes en leur garantissant un accès sans restriction, dans des conditions d'égalité, à une éducation de qualité, y compris à une éducation sexuelle complète.

9. À sa cinquante-neuvième session, la Commission de la condition de la femme a procédé à un examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration et du programme d'action de Beijing, 20 ans après leur adoption lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue en 1995 (voir E/CN.6/2015/3). Les résultats de cet examen ont montré que les progrès ont été lents et inégaux. Aucun pays n'est pleinement parvenu à réaliser l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles, et bon nombre d'entre elles sont en butte à des formes multiples et conjuguées de discrimination, de vulnérabilité et de marginalisation tout au long de leur vie. Sur le plan sanitaire, l'examen a révélé une hausse du nombre de femmes vivant avec le VIH, une mortalité maternelle élevée et des difficultés rencontrées par les femmes et les filles pour accéder aux services de santé sexuelle et procréative. En matière de santé, l'examen préconise une approche globale, axée sur les droits, garantissant la participation des femmes à la prise de décisions relatives aux politiques et aux services de santé, et améliorant la disponibilité, le coût et l'accessibilité à des services de qualité, notamment pour la santé et les droits sexuels et procréatifs des femmes et des filles de tous âges.

III. Mesures prises par les États Membres et le système des Nations Unies

10. Grâce aux découvertes scientifiques et biomédicales réalisées ces 15 dernières années, l'épidémie du sida n'est plus une crise menaçant les pays et les collectivités, mais une affection chronique de longue durée relevant du domaine de la santé publique. Toutefois, selon la tranche d'âge considérée, les femmes et les filles n'ont pas bénéficié de ces découvertes de la même manière. L'inégalité des sexes est depuis longtemps considérée comme un facteur clé affectant la dynamique de l'épidémie. Les difficultés varient d'un pays et d'une collectivité à l'autre, mais le manque de pouvoir dont pâtissent les femmes dans leur relation, leur famille et leur collectivité, de même que la stigmatisation, la discrimination et la violence qu'elles subissent nuisent à leur capacité de prévenir l'infection à VIH et d'atténuer ses effets. Malgré l'existence de solides cadres normatifs sur le VIH comprenant des engagements en faveur de l'égalité des sexes, les politiques nationales de lutte contre le VIH ne tiennent souvent pas suffisamment compte des effets de l'inégalité entre les sexes. Les partis pris sexistes dans les politiques et les institutions ont également une influence sur l'accès aux services et un impact sur la capacité des femmes et des filles à solliciter et à recevoir ces services. La ventilation des données par sexe et la réalisation d'analyses sexospécifiques sont donc des préalables essentiels pour bien comprendre de quelle façon les femmes et les filles souffrent des inégalités dans l'action menée contre le VIH. Des plans et des programmes de lutte contre le VIH comprenant des mesures sexospécifiques adéquatement financées contribueront à améliorer l'accès des femmes et des filles à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH. Un environnement favorable est nécessaire pour réduire les facteurs qui contribuent à vulnérabiliser les femmes et renforcer ceux qui les protègent. Des interventions ciblant les vecteurs sociaux, juridiques, économiques et culturels de l'épidémie permettraient de gommer les inégalités persistantes et omniprésentes dans les programmes de lutte contre le VIH. Pour que les priorités soient fixées selon une approche axée sur les droits et la personne humaine, il faut que les femmes vivant avec le VIH aient leur mot à dire dans les décisions qui touchent aux stratégies, aux politiques, aux plans et aux budgets. L'action menée contre le VIH sera d'autant plus pertinente si elle s'accompagne d'un investissement en faveur de la participation et de l'accès des femmes vivant avec le VIH à des postes à responsabilité en matière de gouvernance. Il a été démontré que, faute de s'attaquer aux inégalités entre les sexes et de mettre en œuvre des interventions visant à autonomiser les femmes et les filles, on ne parviendrait pas à atteindre l'objectif dit des « trois zéros » (zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida).

11. Pendant la période à l'examen, les États Membres et le système des Nations Unies ont réalisé d'importantes avancées pour répondre aux besoins des femmes et des filles dans l'action menée contre le VIH. Des progrès ont été signalés dans la mise en œuvre de démarches intégrant les engagements en faveur de l'égalité des sexes dans l'administration des programmes de lutte contre le VIH, notamment l'adoption de mesures conférant aux femmes un rôle moteur et favorisant leur participation à cette lutte, le lancement d'initiatives visant à assurer aux femmes et aux filles un meilleur accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien, et le déploiement de stratégies destinées à promouvoir un environnement propice à leur autonomisation politique, sociale et

économique, autant d'actions considérées comme essentielles pour réduire la vulnérabilité au VIH.

A. Intégration de l'égalité des sexes dans la riposte nationale face au VIH

12. L'intégration de l'égalité des sexes et des droits de l'homme dans la riposte nationale face au VIH permet aux pays de répondre aux besoins et aux priorités des femmes et des filles, de s'attaquer aux obstacles sexospécifiques qui entravent l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, et d'allouer des ressources en conséquence. Des orientations actualisées et détaillées sur l'intégration des dimensions sexospécifiques dans l'action menée au niveau national contre le VIH permettront aux partenaires nationaux de renforcer les politiques et d'appréhender les besoins des femmes et des filles dans toute leur diversité. Il a été démontré que pour transformer la riposte nationale face au VIH il fallait un investissement soutenu à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et des programmes afin de respecter les engagements en faveur de l'égalité des sexes.

13. Plusieurs pays, notamment l'Autriche, la Chine, la Fédération de Russie, la Finlande, le Libéria, l'Ouganda, le Mexique, la Norvège, le Paraguay, les Philippines et le Togo ont décrit l'action qu'ils mènent pour intégrer des mesures tenant compte de l'égalité des sexes dans les politiques, les programmes, les cadres d'évaluation et de suivi, et les budgets nationaux relatifs au VIH. L'Ouganda a indiqué avoir inclus des indicateurs de résultats ventilés par sexe et par âge dans les cadres nationaux de suivi et d'évaluation du VIH. La République dominicaine a divisé son budget consacré à la lutte contre le VIH pour la période 2015-2018 de façon à ce qu'hommes et femmes puissent en bénéficier de manière équitable. Le Pérou et le Mexique ont incorporé les priorités relatives au VIH et au sida dans des plans nationaux d'action en faveur de l'égalité des sexes.

14. Pour soutenir la mise en œuvre de la Stratégie de lutte contre le sida des États arabes, le Gouvernement algérien et la Ligue des États arabes ont organisé, en 2014, avec le concours de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) et du Programme commun des Nations pour le VIH/sida (ONUSIDA)⁵, une réunion de haut niveau à laquelle ont participé des dirigeantes arabes. La réunion s'est terminée par un appel à l'action en vue de promouvoir l'égalité des sexes et l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH, de répondre aux besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et procréative, et de mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH.

15. Depuis la parution du précédent rapport que le Secrétaire général a présenté à la Commission de la condition de la femme (E/CN.6/2014/12), ONUSIDA a

⁵ ONUSIDA regroupe le Haut-Commissariat des Nations Unies aux réfugiés, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme mondial pour l'alimentation, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, l'Organisation internationale du travail, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, l'Organisation mondiale de la santé et la Banque mondiale.

élaboré, avec le concours de partenaires clés, plusieurs outils destinés à renforcer la capacité d'intégration de l'égalité des sexes dans l'action menée contre le VIH, parmi lesquels figurent un instrument de programmation pour la lutte contre la violence à l'égard des femmes dans le contexte de l'épidémie du VIH⁶, un guide sur des services liés au VIH tenant compte des sexospécificités pour les femmes qui consomment des drogues injectables⁷, un recueil spécifiant les liens existant entre santé sexuelle et procréative et VIH, et décrivant des indicateurs⁸, ainsi qu'un outil permettant d'évaluer la situation du VIH et de la tuberculose dans une perspective de genre. Le dossier d'information élaboré par ONU-Femmes pour promouvoir l'égalité des sexes et le leadership des femmes dans la riposte face au VIH présente les enseignements tirés de l'expérience acquise en matière d'intégration de l'égalité des sexes dans l'action nationale menée contre le VIH au Cambodge, en Jamaïque, au Kenya, en Papouasie Nouvelle-Guinée et au Rwanda⁹. Le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) a élaboré un document d'orientation sur le VIH et le commerce du sexe, qui vient enrichir les informations stratégiques et les bonnes pratiques¹⁰.

16. En 2014 et 2015, ONUSIDA a aidé 40 pays à évaluer la place réservée aux femmes dans la riposte nationale face au VIH afin qu'ils puissent identifier les lacunes en matière de données, de couverture de services et de mesures répondant aux besoins spécifiques des femmes et des filles. Dans 15 pays (Afrique du Sud, Brésil, Cambodge, État de Palestine, Guatemala, Indonésie, Jamaïque, Kirghizistan, Ouganda, Malawi, Panama, Tadjikistan, Thaïlande, Tunisie et Zimbabwe), ONU-Femmes a renforcé, avec le concours de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Organisation panaméricaine de la santé et d'ONUSIDA, les compétences du personnel chargé des programmes de santé sexuelle et procréative et des programmes de lutte contre le VIH afin qu'il puisse effectuer un suivi tenant compte des spécificités hommes-femmes. Au début de l'année 2015, ONUSIDA et ses partenaires, le FNUAP, l'OMS, l'UNICEF, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Fondation MTV Staying Alive et le HIV Young Leaders Fund ont lancé la plateforme « Tous inclus » pour améliorer la collecte et l'analyse de données ainsi que la couverture des services aux adolescents. Le nouveau modèle de financement du Fonds mondial privilégie les investissements qui élargissent et intensifient les services et les interventions visant à réduire les

⁶ Organisation mondiale de la santé, *16 Ideas for Addressing Violence against Women in the Context of the HIV Epidemic: A Programming Tool* (Genève, 2013). Disponible en anglais uniquement à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf?ua=1.

⁷ "Women who inject drugs and HIV: addressing specific needs", policy brief (Vienne, ONUDC, 2014). Disponible à l'adresse http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/WOMEN_POLICY_BRIEF2014.pdf

⁸ Fédération internationale pour la planification familiale, FNUAP et OMS, « Sexual and reproductive health and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools » (Londres, décembre 2014). Disponible en anglais uniquement à l'adresse http://srhhivlinkages.org/wp-content/uploads/SRH-HIV-Linkages-Compendium_rev.pdf.

⁹ ONU-Femmes, « Championing gender equality in the HIV response: the experiences of five programme countries », (2015). Disponible en anglais uniquement à l'adresse <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/4/championing-gender-equality-in-the-hiv-response-the-experiences-of-five-programme-countries>.

¹⁰ Voir la série « HIV and sex workers », The Lancet (23 July 2014). Disponible en anglais uniquement à l'adresse <http://www.thelancet.com/series/hiv-and-sex-workers>.

inégalités entre les sexes¹¹. Dans ce contexte, l'OMS, ONUSIDA, ONU-Femmes et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ont aidé les partenaires nationaux à intégrer les considérations d'égalité entre les sexes dans les notes conceptuelles adressées au Fonds mondial. Ces notes sont des demandes de financement qui privilégient les interventions venant combler les lacunes identifiées dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH.

Coût et financement des mesures en faveur des femmes et des filles dans la riposte face au VIH

17. On estime que les investissements nationaux et internationaux en faveur de la lutte contre le VIH et le sida se chiffraient à 21,7 milliards de dollars à la fin de l'année 2015³. En date de septembre 2015, le Fonds mondial avait octroyé 15 milliards de dollars de subventions pour financer la lutte contre le VIH¹². Le pourcentage des dépenses consacrées aux femmes et aux filles représentait 42 % des dépenses totales du Fonds mondial en 2013 contre près de 60 % en 2015³. Ce sont notamment les domaines de la santé procréative, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents qui ont le plus bénéficié de cette augmentation.

18. La part du budget VIH consacrée à la programmation sexospécifique en vue de répondre aux besoins des femmes et des filles n'est pas encore connue. Des interventions sexospécifiques dont le rapport coût-efficacité a été prouvé et des outils améliorés de budgétisation peuvent aider les gouvernements à traduire les engagements en faveur de l'égalité des sexes en mesures concrètes, à condition que ces mesures soient assorties des crédits budgétaires suffisants. Les réseaux de femmes vivant avec le VIH restent largement sous-financés³. Si l'engagement politique en faveur de l'investissement dans le leadership des femmes et des filles se renforce, les ressources destinées à soutenir leurs efforts d'organisation et leur action collective ne sont pas à la hauteur¹³.

19. Bien qu'il existe peu de données sur le financement de programmes sexospécifiques dans la lutte contre le VIH, certains États Membres ont réalisé des progrès. Le Mexique a indiqué avoir octroyé des fonds spécifiquement destinés à encourager le maintien des femmes vivant avec le VIH dans des programmes de traitement antirétroviral. Dans le cadre de sa nouvelle stratégie nationale, la Finlande alloue des fonds pour financer des mesures de prévention ciblant les femmes qui vivent dans des régions où l'incidence du VIH est élevée, les migrantes et les travailleuses du sexe. La Pologne et la Suède ont fourni un appui financier à des organisations de la société civile ayant mis en place des activités de prévention du VIH telles qu'une campagne nationale de dépistage du VIH ciblant les femmes en âge de procréer et des enquêtes sur la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH.

20. ONUSIDA et la London School of Hygiene & Tropical Medicine ont procédé à une analyse systématique du rapport coût-efficacité des interventions de lutte contre

¹¹ Le Fonds mondial, Addressing gender inequalities and strengthening responses for women and girls, note d'information (Avril 2014).

¹² Voir <http://www.theglobalfund.org/en/financials/> (En anglais uniquement)

¹³ Angelika Arutyunova et Cindy Clark, « Arroser les feuilles, affamer les plantes : l'état du financement pour les organisations de droits des femmes et de l'égalité des genres, (Ontario, Canada, Association for Women's Rights in Development, 2013).

le VIH tenant compte des sexospécificités¹⁴. L'analyse a permis d'identifier des interventions sexospécifiques prometteuses pour augmenter le taux d'utilisation des services de traitement du VIH, améliorer l'observance thérapeutique et induire des changements de comportement, et elle a également montré qu'il était justifié d'investir davantage en faveur de l'égalité des sexes et de recourir au cofinancement en faisant appel à d'autres secteurs tels que l'éducation.

Renforcer l'engagement, le rôle et la participation des femmes et des filles

21. Les femmes participent peu à la prise de décision dans la riposte au VIH et n'y exercent qu'un rôle limité en raison d'un manque d'accès à l'information, des rares possibilités qui leur sont données de s'engager, de la stigmatisation et de la discrimination, des soins qu'elles dispensent au sein du foyer et de la collectivité, et des restrictions budgétaires. Au sein des instances de coordination nationale, qui sont des organismes multipartites chargés d'élaborer les propositions soumises au Fonds mondial et de suivre leur mise en œuvre, la représentation féminine est passée de 34 % en 2010 à près de 40 % en 2015¹⁵. Toutefois, ces données ne fournissent aucune indication sur le rôle des femmes au sein de ces mécanismes, puisque la participation et l'influence des femmes, notamment de celles vivant avec le VIH, dans l'action menée au niveau national contre le VIH, ne font pas l'objet d'une évaluation systématique.

22. L'Autriche, la Fédération de Russie, la Norvège, la Sierra Leone et l'Ouganda ont établi des partenariats avec des organisations de femmes vivant avec le VIH et des organisations féminines afin de soutenir l'offre de services de prévention du VIH et les activités organisées pour sensibiliser la population aux liens existant entre la violence à l'égard des femmes et le VIH. La Lettonie, la Sierra Leone, le Togo et l'Ouganda ont encouragé la participation des femmes, notamment des femmes vivant avec le VIH, aux mécanismes nationaux de coordination de la lutte contre le VIH.

23. Dans plus de 30 pays, le FNUAP, ONU-Femmes, ONUSIDA et le PNUD ont investi dans le renforcement des capacités des femmes vivant avec le VIH. ONU-Femmes a facilité la participation, à l'échelon national, des femmes vivant avec le VIH à l'examen réalisé 20 ans après la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing, ce qui a été pour elles l'occasion de partager leurs principales priorités. En Chine, en Inde, au Kazakhstan, au Tadjikistan et au Viet Nam, le FNUAP, ONU-Femmes et le PNUD ont encouragé des réseaux de femmes vivant avec le VIH à apporter leur contribution au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes en signalant les problèmes de discrimination rencontrés par ces femmes lors de l'accès aux services dispensés dans les établissements de santé. ONU-Femmes a lancé une stratégie en faveur de la jeunesse afin que les jeunes femmes, notamment les plus marginalisées, puissent s'émanciper et devenir des leaders.

¹⁴ Michelle Remme *et al.* « The cost and cost effectiveness of gender responsive interventions for HIV: a systematic review. » *Journal of the International AIDS Society*, vol. 17 (2014).

¹⁵ Voir <http://www.theglobalfund.org/en/womengirls/>. (En anglais uniquement)

B. Intensifier l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour les femmes et les filles

24. Lors de la période à l'examen, des progrès considérables ont été réalisés dans la prévention et le traitement du VIH. La cible de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement, qui visait à assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida, a été atteinte. Plus de 15 millions de personnes reçoivent un traitement. On a démontré que les médicaments antirétroviraux pouvaient être intégrés dans une approche globale de la prévention et qu'en démarrant le traitement dès que le diagnostic d'une séropositivité au VIH est confirmé, on pouvait considérablement améliorer l'état de santé. Les recherches sur le traitement pédiatrique du VIH ont beaucoup progressé. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH a permis de diminuer les nouvelles infections chez les nouveau-nés. Les options de traitement à vie sont plus facilement accessibles pour les femmes enceintes. Ces résultats sont relayés au niveau national dans des directives reposant sur des données probantes.

25. La stratégie actualisée d'ONUSIDA pour 2016-2021 est parfaitement en phase avec le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et s'est donnée comme priorité la réalisation de l'égalité entre les sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et les filles. Elle comprend une cible qui vise à ce que les femmes et les filles ne soient plus soumises aux inégalités entre les sexes et à la violence sexiste afin d'atténuer les risques et l'impact du VIH. En vue de poursuivre dans la continuité des bons résultats obtenus grâce au sixième objectif du Millénaire pour le développement, ONUSIDA a inclus dans sa stratégie des cibles ambitieuses destinées à accélérer la riposte¹⁶. L'objectif de traitement 90-90-90 vise à ce que, d'ici à 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées recevront un traitement antirétroviral durable et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral parviendront à un état de suppression virale¹⁷. Parallèlement aux principales cibles de traitement, des cibles relatives à la non-discrimination et à la prévention ont été fixées afin d'accélérer la riposte et de répondre aux besoins en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Toutefois, si l'on ne s'attaque pas aux difficultés rencontrées par les femmes et les filles tout au long du processus de prévention et de traitement, ces cibles ne seront pas atteintes.

Promouvoir la prévention et le dépistage du VIH

26. Il est important de fournir aux femmes et aux filles une éducation sexuelle précise et complète tenant compte de leur âge et de leurs différences culturelles. Le manque d'information en matière de prévention du VIH et d'autorité pour utiliser cette information au cours des rapports sexuels, notamment dans le cadre du mariage, sape la capacité des femmes à négocier l'utilisation du préservatif et à

¹⁶ L'initiative « Accélérer la riposte » vise à accélérer le rythme de la mise en œuvre et fixe des objectifs ambitieux en matière de prévention et de traitement. Pour de plus amples renseignements, voir ONUSIDA. *Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. (Genève 2014)

¹⁷ La suppression virale se définit comme la suppression ou la réduction de la fonction et de la réplication d'un virus. Dans le cas du VIH, un traitement est jugé très efficace lorsqu'il parvient à diminuer la charge virale, c'est-à-dire la quantité de virus présente dans le sang, à un niveau indétectable.

exiger des pratiques sexuelles moins risquées. En étant mieux informées, les femmes et les filles peuvent prendre des décisions éclairées et prévenir l'infection à VIH. En Afrique subsaharienne, seulement 26 % des adolescentes possèdent des connaissances complètes et correctes sur le VIH, contre 36 % des adolescents⁹. L'examen de 22 programmes scolaires d'éducation sexuelle et d'éducation au VIH a révélé que 80 % de ces derniers abordaient les relations de pouvoir entre hommes et femmes, ce qui avait contribué à réduire notablement le nombre de grossesses et/ou d'infections sexuellement transmissibles¹⁸.

27. Les méthodes de prévention du VIH contrôlées par les femmes, comme les préservatifs féminins ou la prise d'une combinaison de médicaments antirétroviraux à titre de prophylaxie préexposition chez les personnes séronégatives pour réduire le risque d'infection à VIH, peuvent fournir aux femmes plus vulnérables à l'infection à VIH les moyens de diminuer ce risque et de se protéger contre l'infection¹⁹. Bien que comparables du point de vue de l'acceptabilité et de l'efficacité, les préservatifs féminins sont moins utilisés que les préservatifs masculins en raison des problèmes d'accessibilité et de leur prix supérieur à celui des préservatifs masculins²⁰. Il est également essentiel d'aborder les questions d'accès et de coût si l'on veut améliorer le taux d'utilisation effective de la prophylaxie préexposition pour prévenir l'infection à VIH.

28. La Colombie, la Finlande, la Hongrie, le Mexique, la République dominicaine, Singapour et la Suède ont déclaré appuyer la prévention du VIH, la santé et l'éducation sexuelle dans les écoles, ainsi que plusieurs programmes sur la santé et les questions relatives au VIH pour la jeunesse. Singapour appuie la prévention du VIH en mettant en œuvre des initiatives éducatives sur le lieu de travail. La Sierra Leone a déclaré qu'elle distribuait des préservatifs dans des centres de documentation et d'information sur le VIH et le sida, et qu'elle proposait des services de santé sexuelle et procréative adaptés aux adolescents. En Colombie, des préservatifs masculins et féminins sont distribués par le biais du régime de santé obligatoire. L'initiative DREAMS (determined, resilient, empowered, Aids-free, mentored and safe women)²¹ lancée dans le cadre du PEPFAR s'efforce de réduire les nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes de 10 pays d'Afrique australe et orientale, grâce au déploiement d'initiatives de prévention basées sur des données probantes qui diminuent le risque d'infection à VIH chez les filles²².

¹⁸ Nicole A. Haberland, « The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies », *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 41, No. 1 (Mars 2015).

¹⁹ National Institute of Allergy and Infectious Diseases, « Young South African women can adhere to daily pre-exposure prophylaxis regimen as HIV prevention, study finds », 20 juillet 2015, disponible en anglais uniquement à l'adresse <http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2015/Pages/HPTN067.aspx>.

²⁰ What Works for Women and Girls, « Male and female condom use », disponible en anglais uniquement à l'adresse <http://www.whatworksforwomen.org/chapters/5-Prevention-for-Women/sections/1-Male-and-Female-Condom-Use>.

²¹ L'initiative DREAMS relève d'un partenariat public-privé avec la Fondation Bill et Melinda Gates et la Fondation Nike.

²² Voir PEPFAR, « Fact sheet », Septembre 2015. Disponible en anglais uniquement à l'adresse <http://www.pepfar.gov/documents/organization/247548.pdf>.

29. Le FNUAP a soutenu des programmes complets sur l'utilisation des préservatifs dans 52 pays et distribué 750 millions de préservatifs masculins et 15 millions de préservatifs féminins. Dans 97 pays, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et le FNUAP ont soutenu le développement de programmes d'éducation sexuelle complets, de qualité, et adaptés à l'âge et aux différences culturelles. Faisant suite à l'Engagement ministériel de 2013 sur l'éducation sexuelle complète, ces mesures visaient tout particulièrement les 21 pays d'Afrique orientale et australe.

30. L'intensification des activités de dépistage est importante en matière de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH. Près de 17,1 millions de personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas encore leur statut²³. La plupart des femmes ont accès à des services de dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals. Selon les estimations d'ONUSIDA, 40 % des femmes enceintes vivant dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont bénéficié de services de conseil et de dépistage du VIH en 2012, contre 26 % en 2009. Les données disponibles montrent toutefois que les femmes subissent moins de tests de dépistage que les hommes, exception faite de celles qui ont accès aux services de soins prénatals²³. Il est essentiel d'intégrer le dépistage dans les services de santé sexuelle et procréative et les services de planification familiale pour atteindre les femmes qui ne sont pas enceintes et il faut veiller à ce que les femmes appartenant à des groupes démographiques clés, comme les travailleuses du sexe ou les femmes qui consomment des drogues injectables, puissent accéder à des services dans lesquels la discrimination et la stigmatisation n'ont pas leur place. Par ailleurs, les femmes handicapées et les autres groupes de femmes marginalisées doivent faire l'objet d'un soutien ciblé afin que leurs besoins soient également pris en compte dans la riposte face au VIH.

31. La Finlande, le Liberia, la Lituanie, le Malawi, le Mexique, le Pérou, les Philippines, la Pologne, la Sierra Leone, Singapour et l'Uruguay ont pris des mesures en vue de proposer des services de conseil et de dépistage du VIH dans le cadre des services de dépistage prénatal et ont organisé des campagnes de sensibilisation. La Colombie, Singapour et le Malawi ont également encouragé la généralisation du dépistage en proposant aux femmes et aux filles des services communautaires élargis, des tests rapides et des centres de dépistage anonyme. ONUSIDA a soutenu l'intensification du dépistage lorsque cette démarche s'inscrivait dans une perspective de prévention de la transmission mère-enfant du VIH²⁴.

Éliminer la transmission mère-enfant du VIH et maintenir les mères en vie

32. Des progrès considérables ont été réalisés pour atteindre les objectifs de prévention de la transmission mère-enfant du VIH fixés dans le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie et dans la Stratégie mondiale du Secrétaire général

²³ Carla Malhlouf Obermeyer et Michelle Osborn, « The utilization of testing and counseling for HIV: a review of the social and behavioral evidence », *American Journal of Public Health*, vol. 97, n° 10 (Octobre 2007). (En anglais uniquement)

²⁴ ONUSIDA, « UNAIDS performance monitoring report 2014 », document préparé pour la trente-sixième réunion du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 30 juin-2 juillet 2015 (2015). (En anglais uniquement)

pour la santé de la femme et de l'enfant. À la fin de l'année 2014, 73 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde avaient reçu un traitement antirétroviral et le nombre de nouvelles infections à VIH chez l'enfant avait diminué de 58 % entre 2000 et 2014³. La proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral pour leur propre santé est passée de 11 % en 2009 à 62 % en 2014. De nombreux pays, notamment la quasi-totalité des 22 pays hautement prioritaires du Plan mondial, mettent en œuvre l'option B+, qui propose aux femmes enceintes vivant avec le VIH un traitement à vie contre le virus. Si les taux de transmission mère-enfant du VIH ont diminué partout dans le monde, toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH n'ont pas accès à un traitement antirétroviral. Les taux de couverture sont particulièrement faibles au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et dans la région Asie-Pacifique, soit respectivement 13 % et 38 %²⁵.

33. En juin 2015, Cuba est devenu le premier pays au monde à avoir éliminé la transmission mère-enfant du VIH²⁶. La Finlande, la Lettonie, le Libéria, la Lituanie, le Malawi, le Mexique, les Philippines, la Pologne, la Sierra Leone, Singapour, le Togo et l'Uruguay ont déclaré avoir considérablement progressé dans l'élimination de ce type de transmission. Le Libéria, le Malawi et la Sierra Leone ont indiqué que, conformément aux lignes directrices de l'OMS, ils fournissaient un traitement antirétroviral à vie à toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH.

Garantir l'accès au traitement et l'observance thérapeutique chez les femmes et les filles vivant avec le VIH

34. En date de mars 2015, 15 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement antirétroviral, soit 41 % du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH³. En 2013, les femmes représentaient 59 % de toutes les personnes recevant un traitement²⁷. Ce chiffre cache néanmoins d'importantes disparités chez les femmes. Des études ont révélé que les adolescentes et les femmes âgées de plus de 50 ans ne bénéficiaient pas d'un accès adéquat aux traitements²⁸. Les femmes consommant des drogues injectables sont encore moins nombreuses à accéder à un traitement et seulement 36 % des travailleuses du sexe vivant avec le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu moyen reçoivent un traitement³. Il est difficile d'identifier les disparités en matière d'accès aux traitements compte tenu de l'absence de données ventilées par sexe, par âge et par groupe démographique.

35. En 2014, avec le concours de l'ATHENA Network, de l'AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC) et du Salamander Trust, ONU-Femmes a réalisé un examen global des principaux facteurs liés à la sexospécificité qui entravent ou

²⁵ ONUSIDA, « How AIDS Changed Everything: MDG 6: 15 Years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response—fact sheet », 2014. Disponible à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150714_FS_MDG6_Report_en.pdf. (En anglais uniquement)

²⁶ OMS, « L'OMS valide l'élimination de la transmission mère-enfant et de la syphilis à Cuba », 30 juin 2015. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mctc-hiv-cuba/fr/>.

²⁷ OMS, UNICEF et ONUSIDA, *Global Update on HIV Treatment 2013: Results, Impacts, and Opportunities*. (Genève, juin 2013) (En anglais uniquement)

²⁸ Melanie Croce-Galis, Jill Gay et Karen Hardee, « Gender considerations along the HIV treatment cascade: an evidence review with priority actions », Treatment brief, (Washington D.C., What Works Association, Septembre 2015). (En anglais uniquement)

favorisent l'accès des femmes au traitement contre le VIH. Les résultats préliminaires révèlent que parmi ces obstacles figurent le manque d'autonomie dans la prise de décisions portant sur la santé, la violence et la peur de la violence, ainsi que la stigmatisation et la discrimination exercées par la famille, les membres de la collectivité et les professionnels de santé²⁹.

36. L'alimentation et la nutrition sont essentielles pour garantir l'observance du traitement antirétroviral. Des études ont montré que la distribution de nourriture peut améliorer l'observance du traitement contre le VIH et qu'un problème non résolu d'insécurité alimentaire peut influencer négativement l'efficacité du traitement³⁰. Le Mexique a déclaré avoir mis en œuvre, dans 29 États, un programme fournissant aux femmes vivant avec le VIH des services complets, notamment en matière d'alimentation et de nutrition, pour améliorer l'observance thérapeutique et la continuité des soins. Le Malawi a élaboré des directives nutritionnelles permettant d'évaluer les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH. Le Programme mondial pour l'alimentation (PAM) a fourni un appui technique aux programmes nationaux de prévention de la transmission mère-enfant du VIH afin d'intégrer une aide alimentaire et nutritionnelle dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile dispensés aux femmes enceintes souffrant de malnutrition.

Promouvoir l'intégration de l'information et des services relatifs au VIH dans les services de santé sexuelle et procréative

37. L'intégration de l'information et des services relatifs au VIH dans les services de santé sexuelle et procréative améliore l'accès des femmes à ces services et a un effet bénéfique sur leur santé. L'intégration réduit la stigmatisation liée au VIH, accroît l'utilisation des services et améliore l'efficacité et le rapport coût-efficacité des programmes. Il est essentiel d'intégrer le dépistage de la tuberculose et celui du VIH dans les services de santé procréative compte tenu du risque accru de mortalité maternelle en cas de coïnfection tuberculose-VIH pendant la grossesse et après la naissance de l'enfant³¹.

38. La Finlande, le Mexique et le Paraguay ont décrit l'action menée pour appuyer la prévention du VIH dans les stratégies nationales de santé sexuelle et procréative. En 2014, la Finlande a actualisé son programme d'action en matière de santé sexuelle et procréative afin d'y inclure des mesures en faveur de la prévention et de la détection précoce du VIH. La stratégie du Mexique dans le domaine de la santé sexuelle et procréative met particulièrement l'accent sur les adolescents, les femmes enceintes et les populations clés³². Elle s'efforce d'assurer l'approvisionnement en contraceptifs et le dépistage précoce du VIH et des autres infections sexuellement

²⁹ ONU-Femmes *et al.*, « Key barriers to women's access to HIV treatment: making fast-track a reality » (2015) (En anglais uniquement)

³⁰ Saskia de Pee *et al.*, « The enabling effect of food assistance in improving adherence and/or treatment completion for antiretroviral therapy and tuberculosis treatment: a literature review », *Aids and Behaviour*, vol. 18, supp. 5 (12 mars 2014). (En anglais uniquement)

³¹ OMS, « Tuberculosis in women », 2014, disponible en anglais uniquement à l'adresse http://www.who.int/tb/publications/tb_women_factsheet_251013.pdf.

³² Selon ONUSIDA, les quatre groupes démographiques clés sont les homosexuels de sexe masculin et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transgenres et les personnes qui consomment des drogues injectables, voir ONUSIDA, « Guide de terminologie d'ONUSIDA – 2015 », (Genève 2015).

transmissibles. Au Paraguay, le plan national de santé sexuelle et procréative pour la période 2014-2018 propose une ligne de conduite axée sur les droits de l'homme dans sept domaines stratégiques, notamment celui de la prévention et du contrôle des infections sexuellement transmissibles. Dans le contexte de la lutte contre la coïnfection tuberculose et VIH, la Lettonie et la Fédération de Russie ont intégré des programmes conjoints de lutte contre la tuberculose et le VIH dans leurs politiques nationales de santé.

39. Le FNUAP a aidé la Communauté de développement de l'Afrique australe à élaborer des normes minimales en matière de santé sexuelle et procréative et d'intégration du VIH, que les ministres de la Santé de la Communauté de développement de l'Afrique australe ont approuvées en janvier 2015²⁴. Au Botswana, au Lesotho, au Malawi, en Namibie, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe, le FNUAP a également appuyé l'intégration du VIH et de la santé et des droits sexuels et procréatifs dans des efforts nationaux plus larges déployés en faveur de la santé et du développement.

C. Privilégier les interventions qui créent un environnement social et juridique propice à la prévention du VIH et à l'atténuation de ses effets

40. La suppression des lois discriminatoires, de la stigmatisation et de la violence sexiste accélère les progrès en faveur des femmes et des filles dans la riposte au VIH. Un investissement favorisant l'accès à l'éducation et l'émancipation économique peut donner aux femmes les moyens de mieux assurer leur subsistance et contribuer à créer un environnement propice à la réduction du risque d'infection à VIH. En associant les hommes et les garçons à la riposte et en instaurant avec eux un dialogue dans le but de faire évoluer les normes et les stéréotypes sexistes ainsi que les dynamiques culturelles discriminatoires, on peut améliorer la prévention et atténuer l'impact du VIH et du sida.

Des cadres juridiques et politiques propices à la prévention du VIH et à l'atténuation de ses effets

41. Les programmes de prévention, de traitement et de soins en faveur des femmes et des filles n'atteindront leurs objectifs que s'ils sont mis en œuvre dans un cadre juridique et politique qui s'efforce de protéger et de promouvoir les droits des femmes et des filles, notamment les droits de propriété et de succession, la protection contre la violence, la non-discrimination sur le lieu de travail et le droit de prendre des décisions en toute indépendance concernant le mariage, le divorce et la procréation. Dans de nombreux cas, les lois et les politiques perpétuent les discriminations à l'égard des femmes et des filles et renforcent les inégalités entre les sexes, ce qui a pour conséquence d'entraver l'accès aux services (voir E/CN.6/2015/3). Si la pratique du mariage d'enfants, du mariage précoce et du mariage forcé régresse à l'échelle mondiale, 700 millions de filles dans le monde ont encore été mariées avant leur dix-huitième anniversaire³³. Dans le cadre des objectifs de développement durable, les États Membres se sont engagés à éliminer toutes les pratiques préjudiciables telles que le mariage d'enfants, le mariage

³³ UNICEF, « Ending child marriage : progress and prospects » (New York, 2014) En anglais uniquement.

précoce et le mariage forcé. Il est indispensable de mettre un terme au mariage d'enfants afin de réduire la vulnérabilité au VIH et les risques d'infection chez les jeunes filles et les femmes. Elles ne jouissent souvent que d'un accès restreint à l'information en matière de prévention et d'un pouvoir limité pour se protéger contre l'infection à VIH. Les lois et les politiques sur l'âge du consentement sont des facteurs susceptibles d'entraver l'accès des jeunes femmes aux services liés au VIH, notamment aux services de consultation et de dépistage du VIH et aux services de santé sexuelle et procréative⁹. L'exercice effectif des droits de propriété et de succession des femmes améliore leur sécurité économique et peut jouer un rôle important dans la prévention de la propagation du VIH. Il confère aux femmes un pouvoir de négociation accru au sein du foyer, leur permettant de mieux négocier des rapports sexuels plus sûrs et de réduire ainsi le risque de contracter une infection à VIH. Le respect des droits de propriété et de succession des femmes est donc une composante essentielle d'une politique nationale efficace de lutte contre le VIH. Les pays qui incriminent les populations clés dissuadent les travailleuses du sexe et les femmes qui consomment des drogues injectables de s'adresser à des services de santé essentiels en matière de VIH.

42. La Colombie, la Finlande, la Lettonie, la Lituanie, le Mexique, la Pologne, la Suède et l'Uruguay ont évoqué les garanties constitutionnelles et les lois existantes en matière de non-discrimination et d'égalité entre les sexes, notamment les lois protégeant le droit à la santé. L'Autriche, le Paraguay et l'Ouganda ont fait référence à des lois spécifiques garantissant le respect des droits des personnes vivant avec le VIH. Le Libéria a rendu compte des efforts entrepris pour rédiger un projet de loi sur la violence familiale et la Colombie a indiqué qu'elle élaborait une législation pour lutter contre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination. Le Malawi a franchi une étape importante en éliminant le mariage d'enfants, le mariage précoce et le mariage forcé avec l'adoption, en 2015, de la loi sur le mariage, le divorce et les relations familiales, qui relève à 18 ans l'âge minimum du mariage sans consentement parental. L'Union africaine a déployé, dans 10 pays de la région, une campagne en faveur de l'élimination du mariage d'enfants, qui préconise la mise en œuvre de lois interdisant cette pratique.

43. Au Bangladesh, au Cambodge, en Indonésie, en Jamaïque, au Kenya, au Myanmar, en Thaïlande et au Viet Nam, ONUSIDA a appuyé la révision de lois et de politiques discriminatoires sur l'obligation faite aux adolescents d'obtenir le consentement de leurs parents pour accéder à des services de consultation et de dépistage du VIH, sur la violence familiale et les délits sexuels, ainsi que sur la protection sociale et la dépénalisation du VIH. Au Kenya, au Nigeria, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, ONU-Femmes a continué d'encourager les femmes affectées par le VIH et le sida à faire valoir leurs droits en matière de propriété et de succession, ce qui a contribué à améliorer leur connaissance du droit et à renforcer les capacités des assistants juridiques à fournir des services juridiques et sociaux. Dans 41 pays, le PNUD a soutenu l'instauration de cadres juridiques et politiques favorables aux femmes et aux filles affectées par le VIH, notamment en appuyant la modification de lois empêchant les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH, les personnes exposées à un risque accru d'infection à VIH et les populations clés d'accéder aux services liés au VIH.

Mettre un terme à la double épidémie de la violence sexiste et du VIH/sida

44. La violence sexiste est une violation des droits humains et un problème de santé publique ayant des conséquences sanitaires et sociales immédiates et à long terme, notamment un risque accru d'infection à VIH. Elle amoindrit la capacité des femmes et des filles à négocier des rapports sexuels protégés, à révéler leur statut VIH et à s'adresser à des services de santé essentiels. Elle entraîne également une détérioration de l'état de santé des femmes atteintes du VIH et contribue à une plus forte incidence des infections opportunistes et à une augmentation du risque de mortalité³⁴.

45. L'OMS estime que plus d'un tiers des femmes dans le monde ont souffert de violences physiques et/ou sexuelles infligées par un partenaire intime ou de violence sexuelle infligée par une personne autre que leur partenaire³⁵. Les femmes victimes de violence conjugale sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH³⁶. Les femmes vivant avec le VIH sont davantage susceptibles de subir la violence de leur partenaire intime en plus de la violence infligée par la famille, la collectivité et les milieux institutionnels, notamment l'avortement imposé et la stérilisation forcée. Une étude récente a mis en évidence qu'un comportement dominant de la part de l'homme, en tant qu'indicateur de violence grave et permanente, est associé de manière indépendante à une augmentation du risque d'infection à VIH chez la femme³⁷. Les travailleuses du sexe, les femmes qui consomment des drogues injectables et les femmes handicapées subissent davantage d'actes de violence que le reste des femmes⁹.

46. En Finlande, la prévention et la répression de la violence sexiste font partie intégrante du programme d'action en matière de santé sexuelle et procréative, qui s'aligne sur la stratégie nationale de lutte contre le VIH. Déterminé à promouvoir une vie sans risques et sans violence au Paraguay, le ministère de la Femme a lancé une campagne nationale qui comportait des messages sur les différentes formes de violence et les méthodes de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Au Pérou, dans le cadre du programme national de lutte contre la violence familiale et sexuelle, des dispositions relatives aux soins spécifiques des personnes vivant avec le VIH ont été prises et intégrées dans un nouveau manuel complet de soins destiné aux Centres d'urgence pour femmes. Ces centres fournissent aux victimes de violence sexiste un accompagnement juridique, psychosocial et social. La Sierra Leone propose aux personnes ayant subi des violences sexuelles des services de consultation et de dépistage du VIH, notamment une prophylaxie postexposition.

47. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a renforcé l'intégration des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en

³⁴ Abigail M. Hatcher *et al.*, « Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis », *AIDS*, vol. 29 (2015). (En anglais uniquement)

³⁵ *The World's Women 2015: Trends and Statistics* (publication de l'ONU, n° de vente E.15.XVII.8). (En anglais uniquement)

³⁶ ONUSIDA, *Rapport mondial, Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013* (Genève, 2013).

³⁷ Dirk Durevall et Annika Lindskog, « Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us? », *Lancet Global Health*, vol. 3, No. 1 (Janvier 2015). (En anglais uniquement)

matière de VIH et de violence sexuelle et sexiste dans la protection humanitaire et les mécanismes de coordination ainsi qu'au sein des collectivités. Le FNUAP, l'OMS et ONU-Femmes ont élaboré un guide clinique à l'usage des prestataires de soins de santé sur les services et les soins à prodiguer aux personnes ayant subi des violences, notamment l'administration d'une prophylaxie postexposition pour prévenir la transmission du VIH³⁸. Au Burundi, au Soudan et au Togo, le PNUD a apporté son soutien à la mise en place de services intégrés de santé et de lutte contre la violence sexiste pour les femmes et les filles, dispensés par le biais d'installations regroupant sous un même toit une assistance complète en matière juridique, médicale et psychosociale.

Renforcer l'éducation des filles pour promouvoir la prévention du VIH

48. On sait que l'éducation des filles peut contribuer à sauver des vies, car elle améliore la prévention et les soins en matière de VIH. Les jeunes femmes instruites sont moins susceptibles de contracter l'infection, car elles connaissent les modes de transmission du VIH³⁹. Dans 17 pays d'Afrique et 4 pays d'Amérique latine, on a constaté que les filles plus instruites retardaient l'âge du premier rapport sexuel et qu'elles étaient plus susceptibles d'utiliser des préservatifs³. Une étude réalisée au Botswana a montré que chaque année supplémentaire de scolarisation dans le secondaire entraînait chez les filles une réduction de 12 % du risque d'infection à VIH⁴⁰. De nouvelles études cliniques évaluant des transferts monétaires conditionnels à la scolarisation, mis en œuvre en Afrique du Sud pour réduire le risque d'infection à VIH chez les filles, affichent des résultats prometteurs en matière de réduction des comportements à risque face à l'infection à VIH, notamment une diminution importante du nombre de partenaires et du nombre de rapports non protégés, ainsi qu'une augmentation du nombre de tests de dépistage du VIH rapportés par les jeunes femmes⁴¹. D'autres études montrent qu'en proposant aux jeunes femmes un régime intégré de protection sociale, on diminue de moitié les comportements à risque face à l'infection à VIH⁴². Ces exemples prouvent que les programmes de transfert monétaire peuvent entraîner une amélioration des comportements. Ils se sont effectivement avérés prometteurs pour maintenir les filles à l'école et influencer favorablement la prévention du VIH. Toutefois, pour pouvoir produire un effet durable, ils doivent être intégrés dans des

³⁸ OMS, « Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook » (Genève, 2014). Disponible en anglais uniquement à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf?ua=1.

³⁹ UNESCO, « L'éducation transforme nos existences » (Paris, 2013)

⁴⁰ Jan-Walter De Neve *et al.*, « Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment » *The Lancet Global Health*, vol. 3, No. 8. (Août 2015) (En anglais uniquement)

⁴¹ Quaraisha Abdool Karim *et al.*, « Impact of conditional cash incentives on herpes simplex virus 2 (HSV-2) and HIV in rural South African high school students » et Audrey Pettifor *et al.*, « HIV Prevention Trials Network 068 conditional cash transfer to prevent HIV infection among young women in South Africa: results of a randomized controlled trial », exposés présentés au huitième congrès de la Société internationale du sida sur la pathogénèse du VIH, Vancouver, Canada, juillet 2015.

⁴² Lucie D. Cluver *et al.*, « Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa » *AIDS*, vol. 28, supp.3 (2014). (En anglais uniquement)

approches intersectorielles plus larges⁴³ s'attaquant aux obstacles qui empêchent les filles de rester à l'école, notamment l'insécurité en milieu scolaire, le mariage précoce, le mariage forcé et le mariage d'enfants. Néanmoins, compte tenu de la nature conditionnelle et de la durée limitée de ces programmes, des preuves supplémentaires à l'appui de leur efficacité à long terme sont nécessaires.

49. Le Malawi a décrit un programme social de transfert monétaire en faveur des enfants, notamment des orphelins et des filles dont les parents sont morts du sida et qui ont quitté l'école pour s'occuper de leurs frères et sœurs. Le programme, qui a permis d'atteindre 70 % des orphelins et des enfants vulnérables, vise à accroître les taux de scolarisation, de rétention et d'achèvement de la scolarité. En Éthiopie, au Nigeria, au Pakistan, au Sénégal et en République-Unie de Tanzanie, l'UNESCO s'est efforcée d'améliorer la qualité de l'enseignement secondaire dispensé aux filles et aux femmes dans le cadre du Partenariat mondial pour l'éducation des femmes et des filles. Au Congo, au Ghana, en Éthiopie, au Lesotho, au Myanmar, au Swaziland et en Zambie, les programmes de distribution de repas scolaires du PAM ont permis d'améliorer le taux de fréquentation scolaire des filles.

Promouvoir l'émancipation économique afin de prévenir et d'atténuer l'impact du VIH

50. La dépendance économique des femmes vis-à-vis des hommes et leur accès inégal à la terre et aux ressources productives peuvent accroître leur vulnérabilité à l'infection à VIH en raison des rapports sexuels forcés ou monnayés⁴⁴. Le fardeau disproportionné du travail domestique qui pèse sur les femmes et les filles renforce leur désavantage socioéconomique en limitant leur accès à l'éducation, aux soins de santé et aux activités génératrices de revenus⁴⁵. En Afrique, l'impact du VIH et du sida exerce une pression supplémentaire sur les femmes en les obligeant à fournir des soins au sein du foyer⁴⁶. La mise en œuvre combinée de mesures en faveur de l'émancipation économique et d'interventions liées au VIH permet d'obtenir des résultats prometteurs pour réduire le risque d'infection à VIH et les facteurs de vulnérabilité chez les femmes et les filles.

51. Le Libéria et le Togo proposent des crédits pour améliorer les perspectives économiques des femmes et réduire leur vulnérabilité à l'infection à VIH. En Afrique du Sud, au Malawi, au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe, ONUSIDA et l'Organisation internationale du travail ont soutenu, en partenariat avec la Communauté de développement de l'Afrique australe, les efforts menés conjointement pour favoriser l'émancipation économique, ainsi que pour prévenir le VIH et faire évoluer les normes sexistes. Grâce au programme, les membres de la collectivité ont pu améliorer leurs compétences commerciales et augmenter ainsi les profits et l'épargne. L'éducation par les pairs leur a également permis d'améliorer leurs connaissances en matière de prévention du VIH. Une

⁴³ Lori Heise, *et al.*, « Cash transfers for HIV prevention: considering their potential », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 16 (2013). (En anglais uniquement)

⁴⁴ Karen Hardee *et al.*, « Strengthening the enabling environment for women and girls: what is the evidence in social and structural approaches in the HIV response? », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 17 (2014). (En anglais uniquement)

⁴⁵ ONU-Femmes, *Progress of the World's Women 2015-2016: Transforming Economies, Realizing Rights* (New York, 2015). (En anglais uniquement)

⁴⁶ Nancy Folbre, « The care economy in Africa: subsistence production and unpaid care », *Journal of African Economies*, vol. 23, supp. 1 (2014). (En anglais uniquement)

orientation vers les services de santé compétents était également prévue dans le cadre du programme. Ces démarches ont finalement conduit les membres de la collectivité à adopter des stratégies visant à réduire le risque d'infection à VIH.

Éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH

52. Les femmes et les filles, notamment celles vivant avec le VIH, souffrent de multiples formes de discrimination au sein de la famille, de la collectivité, sur le lieu de travail et dans les établissements de santé. L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH⁴⁷ montre que, dans la région Asie-Pacifique, les femmes vivant avec le VIH sont plus susceptibles que les hommes vivant avec le VIH d'être la cible d'agressions verbales et de violences physiques, et ce en raison de leur statut VIH. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH auxquelles les femmes et les filles sont confrontées, notamment les femmes appartenant aux populations clés comme les travailleuses du sexe et les femmes consommant des drogues injectables, demeurent les obstacles les plus graves et les plus fréquemment cités en matière d'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien concernant le VIH.

53. À Singapour, des aides sociales ont été accordées aux personnes vivant avec le VIH de façon à réduire la stigmatisation et la discrimination, et une meilleure rétention dans le circuit de soins a été encouragée. ONUSIDA a contribué à une analyse sur les violations des droits des femmes affectées par le VIH dans les établissements de santé en Asie et a réalisé un travail identique en Amérique latine et aux Caraïbes⁴⁸. L'étude a attiré l'attention sur la discrimination, la violence et les mauvais traitements subis par les femmes vivant avec le VIH lorsqu'elles ont recours aux services de santé.

Associer les hommes et les garçons à la lutte contre le VIH

54. Il est essentiel de mobiliser les hommes et les garçons pour faire évoluer les normes sexistes qui perpétuent le statut inégal des femmes et des filles dans la société et leur vulnérabilité. Les interventions capables, à l'échelle de la collectivité, d'instaurer un débat entre femmes et filles et hommes et garçons sur les inégalités entre les sexes se sont avérées efficaces pour faire évoluer les normes sexistes⁴⁹. Le Malawi, la Sierra Leone, le Togo et l'Ouganda ont déclaré avoir mobilisé les hommes et les garçons afin d'appuyer des mesures de lutte contre les violations des droits des femmes dans le contexte du VIH. Au Malawi, les chefs traditionnels ont signé une déclaration pour repousser l'âge minimum du mariage et éliminer le mariage d'enfants. En Ouganda, près de 500 000 chefs religieux et culturels ont renforcé les

⁴⁷ L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est un outil utilisé par et pour les personnes vivant avec le VIH afin de recueillir des preuves et de mieux comprendre ce que vivent les personnes confrontées à la stigmatisation et à la discrimination. Disponible à l'adresse <http://www.stigmaindex.org>.

⁴⁸ ONUSIDA, « Performance monitoring report highlights », document préparé pour la trente-sixième réunion du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Genève, 30 juin-2 juillet 2015 (2015).

⁴⁹ Tanya Abramsky *et al.*, « Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda », *BioMed Central Medicine*, vol. 12, No. 122 (31 juillet 2014).

moyens à leur disposition pour promouvoir la santé maternelle et prévenir la violence sexiste et le VIH. Le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies à l'appui de la lutte contre la violence à l'égard des femmes a aidé la Coalition des femmes vivant avec le VIH et le sida au Malawi à mobiliser les femmes, les hommes et les chefs traditionnels pour remettre en question les normes culturelles et communautaires qui alimentent les agressions à caractère sexiste. Les collectivités de 12 districts ont été mobilisées pour revendiquer une législation plus efficace, notamment une loi pénalisant le viol conjugal⁴³.

IV. Conclusions et recommandations

55. L'élimination du VIH et du sida est un impératif de santé publique qui passe par une lutte transformatrice. Des progrès indéniables ont été réalisés dans l'action menée contre le sida. Les cibles du sixième objectif du Millénaire pour le développement se rapportant au sida ont été atteintes. Le cours de l'épidémie a été freiné et inversé. En l'an 2000, moins de 700 000 personnes recevaient des médicaments antirétroviraux; aujourd'hui, près de 15 millions de personnes ont accès à ce traitement, ce qui signifie que l'un des objectifs de traitement les plus importants de l'histoire a été atteint. Ainsi que l'a signalé ONUSIDA, au cours des 15 dernières années, le nombre de nouvelles infections à VIH a diminué de 35 % et, après avoir atteint un pic en 2004, le nombre de décès liés au sida a baissé de 42 %. De nombreux pays ont également fait des progrès considérables pour garantir l'élargissement de la couverture du traitement antirétroviral aux femmes enceintes vivant avec le VIH et éliminer la transmission mère-enfant grâce à une intégration renforcée dans les services de santé sexuelle et procréative. Les États Membres et les entités des Nations Unies ont fait d'importants progrès en vue de satisfaire les besoins des femmes et des filles dans la riposte au VIH. Les priorités relatives à l'égalité des sexes sont mieux représentées dans les plans stratégiques nationaux sur le VIH et les femmes participent davantage à la prise de décision et à l'élaboration des politiques.

56. Malgré les progrès enregistrés, le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescentes est en hausse. Le seul groupe dans lequel le nombre de décès liés au sida est en augmentation est celui des adolescentes et, en Afrique subsaharienne, le sida est la principale cause de décès chez les adolescentes. Des lacunes persistent dans la riposte face au VIH et au sida et menacent de compromettre et d'anéantir les avancées réalisées. La tolérance zéro à l'égard de la violence sexuelle, de la stigmatisation et de la discrimination, et la satisfaction des besoins et des droits des filles en matière de santé sexuelle et procréative sont des objectifs qui doivent être dûment financés et intégrés dans les politiques et les programmes de santé, de lutte contre le VIH et de développement au sens large. L'adoption des objectifs de développement durable définit le cadre qui permettra de réaliser l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes tout en visant la cible de l'élimination du sida d'ici à 2030. La nouvelle stratégie d'ONUSIDA pour la période 2016-2021 et la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent pour 2016-2030 insistent explicitement sur les droits des femmes et des filles dans le contexte du VIH et fournissent des orientations importantes pour réaliser le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Pour

mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030, il est essentiel d'éliminer les inégalités entre les sexes et d'autonomiser toutes les femmes et les filles.

57. La Commission souhaitera peut-être encourager les États Membres :

a) À harmoniser les cadres juridiques et politiques nationaux avec les cadres normatifs internationaux sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles, en révisant les lois discriminatoires et en s'efforçant d'éliminer les normes et les stéréotypes qui perpétuent le statut inégal des femmes et des filles dans les sociétés et exacerbent le risque d'infection à VIH;

b) À renforcer l'intégration des engagements en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes dans tous les plans nationaux sur le VIH et la santé, ainsi que dans les stratégies de développement, les plans opérationnels, les cadres de suivi et d'évaluation, et les budgets;

c) À mettre en œuvre des stratégies destinées à promouvoir un environnement favorable à l'émancipation sociale, politique et économique des femmes afin de réduire le risque d'infection à VIH et d'atténuer son impact;

d) À élargir les approches basées sur des données probantes pour s'attaquer aux vulnérabilités propres aux jeunes femmes et aux filles afin de réduire le risque d'infection à VIH et d'aider les jeunes femmes et les filles vivant avec le VIH;

e) À redoubler d'efforts pour améliorer la diffusion des connaissances et de l'information sur le VIH, notamment par le biais d'une éducation sexuelle complète;

f) À renforcer l'intégration des services de prise en charge du VIH au sein de services de santé plus larges, notamment au sein de services de santé sexuelle et procréative, et à inclure des activités collaboratives VIH/tuberculose dans des services de santé élargis, ainsi qu'au sein de services juridiques pour lutter contre la violence sexiste et les violations des droits des femmes, notamment des droits de propriété et de succession;

g) À mener des interventions capables de modifier les normes qui ont un effet négatif et qui augmentent le risque d'infection à VIH chez les femmes et les filles, notamment chez les populations clés;

h) À élargir l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien concernant le VIH pour les femmes et les filles dans toute leur diversité;

i) À éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'égard des femmes et des filles, dans toute leur diversité, et à faire en sorte que les violations des droits humains soient traitées afin d'améliorer l'accès aux services de prévention, de traitement et d'aide;

j) À encourager les femmes vivant avec le VIH à jouer un rôle moteur, notamment en finançant leurs groupes et leurs réseaux, pour qu'elles participent activement aux mécanismes de coordination des politiques et de prise de décision sur le VIH.

58. La Commission souhaitera peut-être encourager le système des Nations Unies et les autres acteurs internationaux :

- a) À contrôler l'affectation des ressources et les dépenses engagées par l'ensemble des institutions en faveur de l'égalité des sexes, des priorités y afférentes et des besoins des femmes et des filles dans l'action menée contre le VIH afin de répertorier les investissements consacrés à l'égalité des sexes dans la riposte au VIH;
- b) À appuyer les capacités nationales de collecte, d'analyse et d'utilisation des données ventilées par sexe, âge et groupe démographique clé, et à améliorer les capacités d'analyse des données sexospécifiques afin de refléter précisément les priorités des femmes et des filles dans les programmes et les politiques;
- c) À promouvoir les efforts déployés à l'échelle nationale pour intensifier et élargir les services de prévention, de traitement, de soins et de soutien destinés aux femmes et aux filles, dans toute leur diversité;
- d) À privilégier les investissements améliorant la disponibilité, le coût et l'accès à des méthodes de prévention globales, efficaces et sans risques reposant sur des techniques de prévention du VIH mises en œuvre par les femmes et à promouvoir des approches qui confèrent aux femmes les connaissances, les compétences et le pouvoir d'utiliser ces options pour se protéger contre l'infection à VIH;
- e) À identifier les obstacles sexospécifiques auxquels les femmes et les filles sont confrontées dans l'accès au traitement et à réagir en conséquence, en veillant à ce que les efforts soient guidés par les principes des droits de l'homme relatifs à l'égalité, la non-discrimination, la confidentialité et le consentement éclairé;
- f) À renforcer l'appui aux réseaux et aux organisations de femmes vivant avec le VIH par l'octroi d'un soutien financier pluriannuel, le développement institutionnel, la formation d'alliances et la mobilisation des groupes intéressés afin de promouvoir leur participation et d'asseoir leur autorité en tant qu'acteurs clés dans la riposte face au VIH;
- g) À garantir une plus grande intégration des services liés au VIH au sein des autres secteurs de développement, notamment l'éducation, la protection sociale, l'emploi, la sécurité alimentaire, les droits de l'homme, le maintien de l'ordre et le système judiciaire, pour mieux exploiter les synergies et maximiser l'impact pour les femmes et les filles.