



UNAIDS/PCB(26)/10.5
24 mai 2010

**26^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme
de l'ONUSIDA
Genève, Suisse
22-24 juin 2010**

**Rapport de synthèse sur la mise en œuvre
du Budget-plan de travail intégré 2008-2009**

Documents complémentaires pour ce point :

- i. Rapport financier 2008-2009 (*UNAIDS/PCB(26)/10.4*)
- ii. Mise à jour intermédiaire de la gestion financière de l'exercice biennal 2008-2009 pour la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2010 (*UNAIDS/PCB(26)/10.6*)
- iii. Document de conférence complémentaire sur les résultats du Budget-plan de travail intégré 2008-2009 (*UNAIDS/PCB(26)/10.CRP.1*)

Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à examiner et exprimer ses commentaires sur le rapport, et à fournir des conseils sur la manière d'améliorer le suivi de la performance de l'ONUSIDA.

Incidences en termes de coûts des décisions : *aucune*

I. Introduction : Suivre la performance du Programme commun

1. Le présent rapport destiné au Conseil de Coordination du Programme résume les principales observations relatives aux réalisations de l'ONUSIDA dans le cadre du Budget-plan de travail intégré 2008-2009. Il est axé sur les réalisations globales du Programme commun considéré dans son ensemble. Un document de conférence distinct, joint à ce rapport, fournit des informations complémentaires sur les réalisations accomplies pendant l'exercice biennal 2008-2009, des informations financières détaillées et des descriptions des réalisations de chaque coparrainant et du Secrétariat.
2. Ce rapport couvre une période marquée par des réalisations sans précédent au niveau de la riposte mondiale au VIH ainsi que par des difficultés exceptionnelles. Pour la seule année 2008, le nombre de personnes de pays à revenu faible ou intermédiaire sous traitement antirétroviral a augmenté de plus d'un million, ce qui représente une multiplication par dix de la couverture du traitement en l'espace de cinq ans seulementⁱ. L'élargissement et l'intensification des services de prévention de la transmission mère-enfant du virus – qui avaient pris du retard au cours des années précédentes – ont aussi été accélérés de sorte qu'en 2008, 45 % des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral préventifⁱ. Au niveau mondial, le taux de nouvelles infections a continué de se ralentir et le nombre de nouveaux cas d'infection recensés en 2008 était inférieur de 17 % à au nombre enregistré en 2001ⁱⁱ.
3. Au cours de l'exercice biennal 2008-2009, le monde a subi une grave crise économique et financière. Bien que l'on ne dispose pas encore des chiffres définitifs concernant les ressources financières pour 2009, des enquêtes réalisées par l'ONUSIDA donnent à penser que les ripostes nationales de nombreux pays sont aujourd'hui en difficulté du fait de la récession économiqueⁱⁱⁱ.
4. Afin de maximiser l'efficacité, l'orientation stratégique et la responsabilité en vue de résultats, le Programme commun a élaboré et mis en œuvre un nouveau cadre stratégique présenté dans le document 'Une action conjointe en vue de résultats, Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011' qui est une approche collaborative pour atteindre des résultats spécifiques dans dix domaines prioritaires. Grâce à une intensification de la collaboration et de l'orientation programmatique, l'ONUSIDA et ses partenaires ont pris des mesures pour aider à atteindre les résultats nécessaires pour endiguer l'épidémie. Les domaines prioritaires recensés dans le Cadre de résultats sont essentiels pour la réalisation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH.
5. Les progrès dans ces dix domaines prioritaires seront également essentiels pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'exercice biennal 2008-2009 a été le premier à se situer dans la seconde moitié du délai fixé pour la réalisation des OMD. En tant que programme multisectoriel et parrainé qui inclut des organismes tournés vers la santé, le développement, d'autres secteurs spécifiques et le financement, le Programme commun reflète lui-même à quel point la riposte au VIH couvre de manière transversale le large éventail des OMD. Comme le Secrétaire général des Nations Unies l'a lui-même souligné dans son dernier rapport devant l'Assemblée générale sur les progrès de la lutte contre le VIH, il existe une relation synergique entre la riposte au virus et l'ordre du jour du développement au sens large^{iv}. Les progrès au niveau de la réduction de l'incidence du VIH, de la morbidité et de la mortalité liées au virus et de l'impact socioéconomique plus large de l'épidémie soutiennent les efforts mondiaux engagés pour réduire la pauvreté et la

faim, promouvoir l'égalité des femmes et les droits humains, garantir une éducation universelle et générer de vastes avancées en termes de résultats de santé. Réciproquement, les réalisations couvrant tout l'éventail des OMD soutiennent les initiatives axées sur le VIH visant à réduire le risque d'infection et la vulnérabilité au virus, à fournir des traitements et des soins essentiels contre le VIH, à dynamiser des systèmes nationaux essentiels et à promouvoir des partenariats innovants pour la santé.

6. Au niveau national, le Cadre de résultats permet aux Nations Unies de renforcer et de recentrer leur riposte pour obtenir des résultats. Il s'appuie sur les efforts précédemment engagés pour aligner les ordres du jour des coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA afin de produire des biens et des résultats précis, de maximiser l'impact, d'exploiter les avantages comparatifs et de soutenir les priorités nationales. Les domaines prioritaires mentionnés dans le Cadre de résultats constituent le fondement d'une nouvelle stratégie de l'ONUSIDA qui a été demandée par le Conseil de Coordination du Programme à la suite de l'examen du rapport et des recommandations de la Deuxième évaluation indépendante.

II. Mettre en œuvre le Cadre de résultats de l'ONUSIDA : réalisations accomplies dans les domaines prioritaires en 2008-2009

7. Tous les membres du Programme commun se sont engagés à intensifier la collaboration, l'orientation stratégique et l'action à l'échelon des pays pour obtenir des résultats au profit des personnes dans les dix domaines prioritaires qui composent le Cadre de résultats. Reprenant ce cadre, cette section recense les données disponibles sur les progrès accomplis dans chacun de ces domaines prioritaires en 2008-2009 et résume les principales contributions du Programme commun dans chaque domaine respectif.
8. Afin de permettre un examen plus large des réalisations enregistrées dans le cadre du Budget-plan de travail intégré 2008-2009, un document de conférence distinct reliant les investissements et les résultats a été remis au Conseil de Coordination du Programme.
9. Conformément à l'approche convenue dans le Cadre de suivi des résultats du Budget-plan de travail intégré pour 2008-2009, les descriptions des réalisations dans chaque domaine prioritaire incluent deux composantes. La première résume les résultats enregistrés à ce jour pour la riposte globale au VIH, en s'appuyant principalement sur des informations tirées de sources de données standardisées, notamment le document *Le point sur l'épidémie de sida 2009*ⁱⁱ, le rapport d'activité 2009 sur l'*Accès universel*ⁱ, les informations remises par les pays sur les indicateurs clés élaborés pour suivre la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et les chiffres de la surveillance de la tuberculose au niveau mondial compilés par l'Organisation mondiale de la Santé. La deuxième composante indique les contributions spécifiques de l'ONUSIDA en direction de ces résultats globaux, en s'appuyant sur les mécanismes de compte rendu mentionnés dans le Budget-plan de travail intégré 2008-2009, notamment les rapports de pays de l'ONUSIDA et les rapports de suivi standardisés remis par chaque coparrainant et le Secrétariat sur les indicateurs du Budget-plan de travail intégré convenus.

Réduire la transmission sexuelle



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

10. Des progrès significatifs ont été enregistrés au niveau de la réduction des taux de transmission sexuelle du VIH dans certains pays. Dans cinq pays où deux enquêtes ont été récemment menées auprès des ménages, l'incidence du VIH diminue, avec notamment des réductions statistiques importantes dans la République dominicaine et en Tanzanie, ainsi que parmi les femmes en Zambie^v. Au niveau mondial, le nombre annuel de nouvelles infections enregistrées en 2008 a été inférieur de plus de 20 % à ce qu'il était en 1996ⁱⁱ.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

11. Pendant l'exercice biennal 2008-2009, le Programme commun a été l'initiateur de progrès dans la compilation et la diffusion d'informations stratégiques destinées à éclairer des stratégies basées sur le concret dans le but de prévenir la transmission sexuelle. L'ONUSIDA a soutenu des synthèses épidémiologiques couvrant 27 pays au moins ainsi que des études épidémiologiques et comportementales sur des populations clés, telles que les travailleurs du secteur du transport en Géorgie, les professionnel(le)s du sexe en Indonésie, les populations autochtones au Guyana, les réfugiés en Afrique orientale et australe, et les populations vulnérables au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. L'appui fourni à 58 pays par le biais du Service ASAP (Stratégie et Plan d'action sur le sida) a aidé à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies qui font face à des tendances épidémiologiques documentées et s'attaquent à la transmission sexuelle, avec des examens formels – par le Service ASAP – des plans nationaux dans 18 pays.

12. En s'appuyant sur la base élargie d'informations stratégiques, le Programme commun a élaboré de nouveaux outils pour aider les pays dans la mise en œuvre de programmes de prévention efficaces, optimaux et bien planifiés, y compris des composantes essentielles portant sur la transmission sexuelle. L'ONUSIDA a lancé un processus multi-parties prenantes pour formaliser un lexique des interventions de prévention du VIH dans le but de faciliter une amélioration du suivi et de l'évaluation, un renforcement de la qualité des services et des prises de décisions plus rationnelles. Le Programme commun a aussi travaillé avec le Groupe de référence sur la prévention de l'ONUSIDA pour élaborer une définition formelle et un document

d'orientations opérationnelles pour la planification, la mise en œuvre et le suivi de programmes combinés de prévention du VIH.

13. Les orientations normatives publiées par l'ONUSIDA sur la prévention du VIH ont fortement influencé l'action à l'échelon des pays autour de la question de la transmission sexuelle. Quatre-vingt-cinq des 88 pays sondés ont déclaré qu'ils utilisaient les directives pratiques de l'ONUSIDA pour intensifier la prévention du VIH. Des orientations politiques et un appui technique ont été fournis dans 70 pays pour accélérer l'intégration des programmes de lutte contre le VIH dans le monde du travail ; parallèlement, 31 pays ont bénéficié d'un appui pour intégrer le secteur du travail dans les stratégies nationales de lutte contre le virus. En 2008-2009, toutes les opérations de l'ONUSIDA concernant des réfugiés offraient un accès à des matériels d'information, d'éducation et de communication sur le virus, et la majorité d'entre elles avaient engagé des mesures pour intégrer des systèmes d'information sur le virus dans leurs programmes de lutte contre le VIH et le sida.
14. L'ONUSIDA a pris des mesures en 2008-2009 pour améliorer la pertinence, l'accessibilité et l'efficacité de la prévention du VIH pour les personnes vivant avec le virus, en incluant à nouveau des composantes essentielles sur la transmission sexuelle. En avril 2009, l'ONUSIDA et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH ont organisé une consultation mondiale qui s'est soldée par la formulation d'une nouvelle approche de la prévention du VIH. Connue sous le nom de 'Santé, dignité et prévention positives', cette approche lance un appel en faveur d'efforts globaux pour faire participer les personnes vivant avec le VIH aux programmes de prévention et pour intensifier l'action afin de protéger et de promouvoir leurs droits humains, combattre la stigmatisation et la discrimination, et relier les efforts de prévention à des actions plus larges pour garantir l'accès au traitement et aux soins.
15. Des études décrivant la capacité de la circoncision à réduire de 60 % la transmission sexuelle du VIH de la femme à l'homme ont conduit l'ONUSIDA à intensifier ses orientations normatives et son appui technique aux pays prioritaires afin de mettre en œuvre des services de circoncision, en tant que composante essentielle de leurs plans de prévention du VIH. Les 13 pays prioritaires – ciblés pour l'élargissement et l'intensification des services de circoncision des hommes adultes dans un but de prévention du VIH – ont tous réalisé des analyses de situation et plusieurs ont rédigé des directives nationales pour accélérer l'accès à la circoncision volontaire. Le Kenya a pour objectif de garantir un accès immédiat aux services de circoncision pour tous ceux qui le désirent d'ici à 2013 ; parallèlement, la Zambie a fixé pour objectif de circoncire 250 000 hommes chaque année. Ces efforts ont été soutenus par des orientations opérationnelles publiées en 2009 pour favoriser un élargissement et une intensification des services de circoncision. Le Programme commun a aussi enregistré des progrès en direction de l'élaboration d'un ordre du jour de la recherche sur la circoncision, intégrant des questions de fourniture du service, des questions communautaires et des questions de plaidoyer.
16. L'utilisation du préservatif pour prévenir la transmission sexuelle du VIH a été promue par un plaidoyer mondial, des orientations techniques et la fourniture de biens. Les partenaires du Programme commun ont distribué 50 millions au moins de préservatifs féminins en 2009 – dont 36,2 millions en Afrique subsaharienne (contre 21,1 millions en 2008). Soixante-quinze pays ont mis en œuvre des outils en ligne pour élargir l'accès aux préservatifs et 89 pays ont utilisé un logiciel normalisé pour la prévision et la fourniture de produits contraceptifs.
17. On a également assisté, pendant l'exercice biennal 2008-2009, à l'émergence d'un nouvel axe de recherche important pour la prévention du VIH – l'évaluation du

potentiel du traitement antirétroviral pour prévenir les nouvelles infections par un abaissement de la charge virale dans des groupes communautaires. En novembre 2008, une modélisation entreprise par des scientifiques travaillant pour le Programme commun a conclu que le dépistage universel volontaire du VIH de tous les adultes, une fois par an en moyenne, suivi par un traitement antirétroviral immédiat après diagnostic, pourrait accélérer le passage dans des épidémies généralisées du stade endémique au stade d'éradication finale du VIH^{vi}. En 2009, une consultation réunissant plus de 100 spécialistes de premier plan s'est achevée par la formulation de recommandations pour axer les recherches futures sur l'évaluation du potentiel du traitement antirétroviral pour prévenir le VIH.

18. L'ONUSIDA a poursuivi et renforcé ses efforts engagés de longue date pour intégrer les services de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive. Le Programme commun a soutenu la traduction et la diffusion d'un outil d'évaluation rapide pour relier les services de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive en arabe, en français, en russe et en espagnol. Un appui a aussi été fourni pour une méta-analyse par le Cochrane Review Group d'études évaluant les liens entre VIH et santé sexuelle et reproductive ; par ailleurs, des études de cas sur l'intégration des services ont été réalisées en Haïti, au Kenya et en Serbie. Un appui technique intensif a été fourni à des parties prenantes dans 10 pays au moins pour améliorer les liaisons avec les services de santé sexuelle et reproductive. L'ONUSIDA a élaboré des politiques et des actions programmatiques pour renforcer les liens entre les programmes de santé sexuelle et reproductive et les programmes de prise en charge du VIH destinés aux populations en situation de crise humanitaire.

Empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

19. Bien que la transmission mère-enfant (TME) du VIH ait été pratiquement éliminée dans les pays à revenu élevé, une nouvelle infection sur six a touché des enfants à travers le monde en 2008, ce qui souligne qu'il faut de toute urgence accélérer une utilisation efficace d'outils vitaux pour protéger les nouveaux nés contre l'infection. Au moment où des services de prévention sont élargis dans les centres prénatals, il est nécessaire d'intensifier les efforts pour protéger la santé et le bien-être des femmes enceintes et des mères séropositives. Empêcher les mères de mourir est non seulement au centre de la riposte au VIH, mais c'est aussi essentiel pour accélérer

les progrès en direction du cinquième des Objectifs du Millénaire pour le développement – qui prévoit une réduction de 75 % du taux de mortalité maternelle d'ici à 2015.

20. En 2008-2009, des progrès importants ont été accomplis dans l'élargissement de l'accès aux services destinés à empêcher les mères de mourir et les bébés d'être infectés par le VIH. Le nombre de pays dotés d'un plan national d'élargissement et d'intensification des services de prévention de la TME ayant des objectifs démographiques a augmenté de 34 en 2005 à 70 en 2008ⁱ. Le taux de couverture des traitements antirétroviraux destinés à prévenir la transmission mère-enfant a atteint 45 % en 2008, contre 10 % en 2004ⁱ. On estime que l'élargissement de l'accès aux services de prévention de la TME a permis d'éviter 200 000 nouvelles infections chez les nouveaux nés au cours des 12 dernières annéesⁱⁱ. Le taux d'accès à la prévention de la TME pour les réfugiés a augmenté de 57 % en 2007 à 75 % en 2009^{vii}.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

21. Les orientations normatives du Programme commun ont contribué à guider l'action à l'échelon des pays pour empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH. En 2009, de nouvelles directives sur la prévention de la TME ont été publiées. Celles-ci recommandent que les femmes enceintes soient mises sous traitement antirétroviral de manière plus précoce, que la durée du traitement antirétroviral préventif soit allongée et qu'un traitement similaire soit administré après la naissance pour éviter que les nouveaux nés ne soient contaminés par le VIH lors de l'allaitement au sein. En outre, un cadre de programmation de soins pédiatriques a été lancé pour promouvoir l'intégration des traitements pédiatriques dans les systèmes de santé nationaux. Des orientations sur l'alimentation des nourrissons et le VIH dans les milieux de réfugiés et de personnes déplacées ont également été publiées.
22. Afin d'accélérer davantage les progrès dans la prévention de l'infection chez les nouveaux nés, l'ONUSIDA a initié des réunions régionales et des évaluations de situation dans le but d'accélérer l'élargissement et l'intensification des programmes de prévention. Un examen des expériences nationales conduites dans 8 pays a révélé des progrès significatifs au niveau de l'accélération de l'accès aux installations et de l'élargissement de la couverture démographique des services de prévention de la transmission mère-enfant. L'ONUSIDA a apporté son appui à un projet destiné à estimer les coûts unitaires de mise en œuvre des services de prévention de la TME et de fourniture de soins pédiatriques du VIH dans cinq pays. Des projets pilotes visant à intensifier les partenariats pour prévenir la transmission mère-enfant ont été lancés en Côte d'Ivoire et en République démocratique du Congo. Une consultation d'experts sur la recherche opérationnelle organisée à Washington DC a recensé les projets de recherche planifiés pour accélérer la mise en œuvre de la prévention de la TME, identifié les manques et approuvé des questions de recherche opérationnelle prioritaires pour 2010-2011.
23. Le Programme commun a soutenu les réunions du Secrétaire général des Nations Unies avec 17 entreprises pharmaceutiques et de diagnostic, qui se sont soldées par des engagements en faveur d'investissements supplémentaires de recherche et développement sur des nouveaux médicaments du VIH pour les milieux dans lesquels les ressources sont limitées. Des évaluations de la gestion des achats et de l'approvisionnement ont été réalisées dans huit pays d'Afrique occidentale et centrale. Ces opérations ont aussi eu pour objectif de garantir une fourniture continue et fiable de biens destinés à la prévention de la TME.

24. Un appui a été fourni au Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) des Etats-Unis pour élaborer une trousse à outils conviviale contenant des biens pour la prévention de la TME. Des partenariats avec la Fondation Clinton ont aidé à obtenir des réductions de prix pour les antirétroviraux au Kirghizstan et au Panama. Un appui a été fourni au développement de l'assistance d'UNITAID à neuf pays supplémentaires pour l'achat de biens essentiels et de diagnostics. Les biens achetés par des partenaires de l'ONUSIDA pendant la seule année 2008 pour apporter un soutien aux services de prévention de la TME ont représenté plus de 68 millions de dollars. Des pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont aussi travaillé conjointement avec les coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour entreprendre une initiative commune en vue d'éliminer la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis en 2008.
25. Un appui technique pour mobiliser des ressources et élargir/intensifier les programmes a aidé une douzaine de pays à développer l'accès à la prévention du VIH pour les mères et les nouveaux nés en 2008-2009. L'ONUSIDA a aidé au développement et à l'intégration d'initiatives de prévention de la TME dans des propositions soumises au Fonds mondial par des pays tels que la Papouasie-Nouvelle-Guinée et la République démocratique du Congo ; par ailleurs, 18 pays ont intégré des recommandations mondiales pour la prévention de la TME dans leurs plans nationaux à la suite de missions conjointes de l'Equipe spéciale interinstitutions. Un appui ciblé en vue de l'élargissement et de l'intensification des services de prévention de la TME a été fourni dans 13 pays. En collaboration avec des partenaires, le Programme commun a achevé des évaluations des meilleures pratiques des programmes de prévention de la TME de 10 pays en 2008. Plus de 20 pays ont bénéficié d'un appui technique pour intégrer des composantes 'alimentation' et 'nutrition' dans des programmes de prévention de la transmission mère-enfant.
26. S'agissant de ses travaux sur la prévention de la TME, l'ONUSIDA a intensifié ses efforts en 2008-2009 pour promouvoir des soins et des traitements appropriés pour les mères. Par exemple, le Programme commun a fourni un appui dans tous les pays durement touchés d'Afrique orientale et australe pour développer l'accès aux antirétroviraux afin de venir en aide aux femmes enceintes, dans le cadre de l'élargissement et l'intensification des services de prévention de la TME.

Faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

27. L'élargissement rapide de l'accès au traitement du VIH dans les milieux dans lesquels les ressources sont limitées constitue l'une des réalisations remarquables dans les domaines de la santé et du développement à l'heure actuelle. Le nombre de personnes de pays à revenu faible ou intermédiaire recevant un traitement antirétroviral a atteint plus de 4 millions en décembre 2008, ce qui signifie un taux de couverture du traitement chez les adultes de 43 % (contre 3 millions sous traitement, soit un taux de couverture de 33 % en 2007) ⁱ. Le nombre d'enfants de moins de 15 ans bénéficiant d'un traitement antirétroviral s'élevait à environ 275 700 à la fin 2008, c'est-à-dire 3,5 fois de plus qu'en 2005 ⁱ. Des progrès particulièrement notables ont été enregistrés dans le développement de l'accès au traitement en Afrique orientale et australe – sous-région la plus durement touchée par l'épidémie – où le taux de couverture du traitement chez les adultes atteignait 49 % en décembre 2008 ⁱ. De plus, de 2007 à 2009, le nombre de réfugiés ayant accès à un traitement antirétroviral a augmenté de 44 % à 87 % ^{vii}.
28. On estime que les progrès enregistrés au niveau de l'accès au traitement ont permis de sauver 1,4 million de vies depuis 2004, dont 1,1 million en Afrique subsaharienne ⁱⁱ. Le coût moyen des traitements antirétroviraux de première intention a diminué de 10-40 % entre 2006 et 2008, et ce, bien que les traitements de deuxième intention demeurent nettement plus chers ⁱ.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

29. Les révisions des orientations normatives opérées par le Programme commun en 2008-2009 ont eu pour objectif d'améliorer les résultats médicaux en favorisant une optimisation de la date d'instauration du traitement antirétroviral. En s'appuyant sur les dernières preuves scientifiques, l'ONUSIDA a révisé les directives internationales de traitement pour recommander un diagnostic et un commencement plus précoces du traitement contre le VIH, l'utilisation de traitements plus sûrs qui sont mieux tolérés et l'élargissement des tests de laboratoire pour améliorer le diagnostic, le traitement et les soins du VIH. Des orientations normatives pour les interventions du secteur de la santé ont aussi été proposées ou révisées dans plusieurs domaines, y compris le conseil et le test VIH, la prévention, le traitement et les soins intégrés du VIH, la gestion des achats et de l'approvisionnement, et la surveillance de la résistance aux médicaments du VIH.

30. L'ONUSIDA a poursuivi ses travaux pour renforcer les systèmes nationaux de gestion des achats et de l'approvisionnement de médicaments et de diagnostics. Pour garantir un accès continu au traitement et renforcer les capacités nationales à pérenniser celui-ci, le Programme commun s'est associé à des partenaires d'approvisionnement clés pour appuyer une initiative internationale coordonnée d'achat de produits et de biens, et pour définir des garanties de volume minimum pour ceux-ci. L'appui technique a contribué à renforcer la gestion de la chaîne des achats dans 24 pays au moins, et des partenaires de pays ont bénéficié de l'introduction de manuels sur la gestion des achats et de l'approvisionnement ainsi que de l'harmonisation des indicateurs de gestion des achats et de l'approvisionnement.
31. Une aide élargie au renforcement des capacités a permis de consolider les systèmes de santé nationaux afin de soutenir le développement et la pérennisation des programmes de traitement du VIH. Plus de 90 pays ont élaboré des politiques pour s'attaquer à la pénurie de ressources humaines *via* une délégation des tâches et 63 % des pays d'Afrique subsaharienne sont maintenant dotés de telles politiques. Soixante-quinze pays ont bénéficié d'une aide au renforcement des capacités pour adopter des politiques commerciales et sanitaires favorables, et des examinateurs de brevet de 22 pays ont reçu une formation pour promouvoir l'examen des brevets pharmaceutiques dans une perspective de santé publique. Un appui technique a été fourni à 44 pays pour faciliter l'exploitation des flexibilités de l'accord sur les ADPIC afin de promouvoir un accès accéléré aux médicaments essentiels. Un appui a aussi été fourni pour l'organisation d'une réunion portant sur la manière de réduire les obstacles à un approvisionnement rationnel en produits de laboratoire. Ces actions, et d'autres, qui visent à renforcer les systèmes de santé nationaux ont non seulement soutenu la riposte au VIH, mais aussi généré des avantages annexes au profit des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (OMD 4-6).
32. Les investissements consacrés par le Programme commun à la compilation et à la diffusion d'informations stratégiques ont soutenu les efforts nationaux de mise en place à grande échelle du traitement du VIH et de maximisation de l'efficacité des programmes de traitement. Des rapports sur les prix de négociation des antirétroviraux et des diagnostics ont permis aux pays de profiter des tarifs les plus favorables pour les biens de traitement du VIH. Un réseau de surveillance de la résistance du VIH est désormais opérationnel dans des pays à travers le monde – notamment 15 pays d'Afrique subsaharienne – ce qui fournit aux décideurs des informations pertinentes pour les besoins prévisionnels d'antirétroviraux et le suivi des stratégies de promotion de l'observance du traitement. Des actions ont été engagées en 2008-2009 pour établir des bases de données mondiales en ligne sur les toxicités des antirétroviraux.
33. Grâce aux recommandations de l'ONUSIDA relatives à la mise en œuvre du conseil et du test à l'initiative du fournisseur en complément d'autres stratégies de dépistage, des progrès significatifs ont été accomplis au niveau de l'amélioration de la connaissance de son statut VIH en 2008-2009. Le nombre de pays déclarant être dotés de politiques nationales de conseil et de test du VIH a augmenté de 70 % en 2007 à près de 90 % en 2008. Dans 39 pays à revenu faible ou intermédiaire, le nombre de dépistages du VIH réalisés a plus que doublé entre 2007 et 2008 alors que le nombre de sites proposant des services de conseil et de test du VIH a augmenté de 35 % dans 66 pays durement touchés. Une déclaration de politique sur le conseil et le test du VIH à l'initiative du fournisseur dans les centres de santé a été publiée concernant les réfugiés et les personnes déplacées internes. Malgré de nets

progrès, on estime à 60 % le nombre de personnes vivant avec le VIH toujours non diagnostiquées en 2008.

34. Le Programme commun a intensifié les efforts visant à élargir l'accès au traitement pour les enfants vivant avec le VIH, ce qui est essentiel non seulement pour réaliser les engagements internationaux de riposte au VIH, mais aussi pour accélérer les progrès en direction du quatrième des Objectifs du Millénaire pour le développement relatif à la réduction de la mortalité infantile. En 2008-2009, un appui a été fourni pour évaluer et documenter des mécanismes optimaux pour des systèmes durables, fiables et efficaces permettant de réaliser un diagnostic précoce chez les nourrissons – des examens ont notamment été effectués dans quatre pays qui ont donné des résultats encourageants concernant l'efficacité du programme. L'ONUSIDA a lancé un cadre de programmation pour la prévention, le diagnostic, les soins et le traitement des nourrissons et des enfants, a entrepris des examens communs des soins pédiatriques et de la prévention de la TME dans cinq pays d'Afrique, et a recalculé des estimations épidémiologiques du nombre d'enfants ayant besoin d'un traitement afin de faciliter la fixation d'objectifs plus ambitieux et plus précis.
35. Plus de 30 pays ont bénéficié d'un appui technique pour faciliter l'intégration de composantes 'alimentation' et 'nutrition' dans les programmes nationaux de traitement antirétroviral. Un certain nombre de pays ont reçu un soutien concernant l'inclusion d'aliments composés enrichis à l'appui des programmes d'alimentation sur ordonnance et des soins/du traitement du VIH. Dans 30 pays environ, l'ONUSIDA a fourni un appui technique à l'élaboration d'activités de suivi et d'évaluation des programmes de riposte au virus axés sur l'alimentation et la nutrition. En collaboration avec l'Alliance mondiale pour une meilleure nutrition, le Programme commun a apporté un soutien aux recherches analytiques engagées pour orienter l'intégration de composantes 'alimentation' et 'nutrition' dans les programmes de traitement du VIH ; par ailleurs, un document portant sur l'alimentation sur ordonnance a été publié en 2009, parallèlement à la première phase d'examen de programmes au Kenya et au Rwanda. L'évaluation d'un programme au Zimbabwe a révélé que l'appui nutritionnel améliorait l'observance du traitement antirétroviral et se traduisait par des prises de poids significatives chez les participants au programme.
36. Le Programme commun a travaillé au développement de la base de preuves pour agir et garantir un traitement et des soins efficaces. Des outils génériques destinés à la recherche opérationnelle ont été élaborés et sont axés sur des thèmes tels que le conseil et le test du VIH et l'observance du traitement antirétroviral. Un appui a aussi été fourni pour une recherche ciblée en vue d'une simplification du suivi clinique et de laboratoire, d'une validation des algorithmes de diagnostic chez les nourrissons et d'un suivi sur site pour recenser les facteurs associés à l'apparition de la résistance aux médicaments.

Eviter que les gens vivant avec le VIH meurent de la tuberculose



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

37. Bien que la tuberculose demeure une cause majeure de décès parmi les personnes vivant avec le VIH – avec le décès d'entre 450 000 et 620 000 patients coinfecteds par le VIH et la tuberculose en 2008^{viii} – des progrès prometteurs ont été enregistrés en 2008-2009 au niveau des efforts engagés pour éviter que les gens vivant avec le VIH meurent de la tuberculose. Au plan mondial, l'incidence de la tuberculose semble avoir atteint son plus haut niveau en 2004 et les financements alloués aux activités de lutte contre la tuberculose (toutes origines confondues) ont augmenté à plus de 2,4 milliards de dollars en 2009 (contre moins de 2,2 milliards de dollars en 2007)^{viii}. Le nombre de patients tuberculeux ayant connaissance de leur statut VIH a augmenté à 1,4 million en 2008 – contre 1,2 million en 2007 – et 75 % au moins des patients tuberculeux connaissaient leur statut VIH dans 50 pays au moins, dont 11 pays d'Afrique^{viii}. Le nombre de personnes séropositives au VIH ayant fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose a plus que doublé en 2008, augmentant à 1,4 million, contre 600 000 en 2007^{viii}.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

38. L'ONUSIDA a travaillé pour renforcer la base de preuves afin d'agir de manière plus stratégique pour lutter contre la coinfection VIH/tuberculose. Le Programme commun a soutenu quatre évaluations nationales pour examiner l'intégration des services de prise en charge du VIH et de la tuberculose, et parrainé des activités de renforcement des capacités pour aider à l'élaboration de feuilles de route stratégiques afin de lutter contre la coinfection VIH/tuberculose dans 30 pays. Sept pays ont suivi le processus étape par étape d'un guide destiné à intégrer des programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH sur le lieu de travail, et 19 pays ont bénéficié d'un appui au renforcement des capacités pour des programmes collaboratifs sur le VIH et la tuberculose. Cinq pays asiatiques ont bénéficié d'un appui technique pour intégrer la gestion de la coinfection VIH/tuberculose dans les programmes nationaux de riposte au VIH. Au Swaziland, l'assistance a permis de mettre en œuvre des activités de lutte contre le VIH/la tuberculose dans 24 entreprises commerciales.

39. En collaborant avec le Groupe de travail sur la tuberculose/le VIH du Partenariat Halte à la tuberculose, le Programme commun a contribué à promouvoir le principe des « Trois 'i' » pour le VIH/la tuberculose. Cet ensemble de mesures – 'i' pour Intensification de la recherche des cas de tuberculose (dépistage de la tuberculose), 'i' pour traitement préventif à l'isoniazide, et 'i' pour lutte contre l'Infection – vise à réduire le poids de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. L'ONUSIDA a aussi apporté son appui à la publication de nombreux articles sur le VIH et la tuberculose – lesquels portaient notamment sur des questions telles que la multirésistance aux médicaments, l'impact économique du traitement antirétroviral et le rôle de la rifabutine.
40. Les réunions mondiales animées ou organisées par l'ONUSIDA en 2008-2009 ont considérablement accéléré la dynamique pour lutter contre la coinfection VIH/tuberculose. Le Programme commun a fourni un appui technique et logistique élargi pour le premier Forum mondial des Leaders sur le VIH et la tuberculose animé par Jorge Sampaio (Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour l'initiative Halte à la tuberculose) avant la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le VIH/sida de juin 2008. L'ONUSIDA a aussi contribué à organiser une réunion spéciale sur la recherche sur le VIH/la tuberculose au Cap, parallèlement à la 5^{ème} Conférence de l'International AIDS Society sur la pathogénèse du VIH, le traitement et la prévention. Une réunion mondiale multi-parties prenantes a permis d'élaborer un modèle pour une fourniture décentralisée d'antirétroviraux à des patients coinfectés ; par ailleurs, les directives de suivi et d'évaluation des activités collaboratives de lutte contre le VIH/la tuberculose ont été révisées.
41. En 2008-2009, des efforts intensifiés ont été axés sur la fourniture d'un appui nutritionnel et/ou alimentaire aux programmes de riposte à la coinfection VIH/tuberculose. Au Soudan, plus de 200 000 patients participant à un programme de traitement de la tuberculose ont reçu 3 757 tonnes d'aide alimentaire par l'intermédiaire du Programme commun.

Protéger les consommateurs de drogues contre l'infection à VIH



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

42. On estime à 15,9 millions le nombre de consommateurs de drogues injectables (CDI) à travers le monde et à jusqu'à 3 millions ceux d'entre eux qui ont été infectés par le VIH^{ix}, avec une prévalence médiane mondiale du VIH de 13 % parmi les CDIⁱ. Dans

cinq pays (Indonésie, Kenya, Myanmar, Népal et Thaïlande), plus d'un CDI sur trois est infectéⁱ. On trouve les concentrations les plus élevées de consommateurs de drogues injectables séropositifs au VIH en Europe orientale, en Asie de l'est et du sud-est, et en Amérique latine.

43. Bien que plusieurs pays aient pris des mesures ces dernières années pour élargir les services de prévention et de traitement du VIH destinés aux consommateurs de drogues – y compris la Chine, le Pakistan et l'Ukraine, l'accès à ces services reste beaucoup trop limité compte tenu des ravages de l'épidémie parmi ce groupe de population. Au niveau mondial, 2 aiguilles/seringues seulement sont distribuées par CDI par mois, 8 % seulement des CDI reçoivent un traitement de substitution aux opiacés et 4 % seulement des CDI séropositifs au VIH reçoivent un traitement antirétroviral^x.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

44. En 2008-2009, le Programme commun a substantiellement intensifié son appui aux ripostes nationales au VIH particulièrement axées sur les consommateurs de drogues injectables. Il a publié un guide technique pour fixer des objectifs en vue de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour les CDI – guide qui définissait également un ensemble essentiel de neuf interventions pour un programme complet à l'intention des consommateurs de drogues. Des orientations techniques concernant les services collaboratifs de lutte contre le VIH et la tuberculose destinés aux consommateurs de drogues ont été élaborées, de même qu'un document de politique générale sur le dépistage volontaire du VIH en milieu carcéral, des directives pour le traitement pharmacologique de la dépendance aux opiacés et un guide pour gérer l'élargissement et l'intensification des programmes destinés aux consommateurs de drogues. Une trousse à outils pour lutter contre la traite d'êtres humains a été diffusée dans plus de 80 pays.
45. Le Programme commun a complété l'appui qu'il fournit à l'élargissement des programmes en intensifiant son aide pour parvenir à la mise en place d'un environnement favorable pour les programmes de riposte au VIH destinés aux consommateurs de drogues. A cet égard, il a soutenu un examen et une analyse de la législation dans six pays d'Asie centrale, ce qui a conduit à un amendement des lois dans trois pays. En Asie du sud et du sud-est, le Programme commun a apporté son appui à l'examen des lois dans 15 pays. Une étude a été réalisée sur les centres de désintoxication obligatoire en Asie. Avec l'appui de l'ONUSIDA, le professeur Lars Kallings, Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le sida en Europe orientale et Asie centrale, a continué d'axer son plaidoyer sur la réduction des risques et de la discrimination à l'encontre des consommateurs de drogues ; il a notamment participé à d'importantes réunions régionales.
46. Un élargissement et une intensification des programmes destinés aux consommateurs de drogues ont été soutenus dans plus de 50 pays. Pour accélérer les progrès afin de répondre aux besoins des consommateurs de drogues en rapport avec le VIH, le Programme commun a fourni un appui technique à des partenaires de la société civile dans plus de 65 pays – dans les domaines de l'élargissement du traitement de substitution aux opiacés et de la participation à des organes de planification stratégique régionaux et nationaux. Une évaluation de l'appui fourni en Estonie, en Lettonie et en Lituanie a révélé que le projet avait accéléré le développement d'un consensus national sur la réduction des risques et contribué à un élargissement de l'accès au traitement de substitution aux opiacés. Le Programme commun a soutenu des activités de réduction des risques pour les CDI

parmi les réfugiés en Afghanistan, au Bangladesh, en Iran, au Myanmar et au Népal, et parmi les personnes retournant dans leur pays en Afghanistan.

47. Dans plus de 40 pays, des groupes de la société civile ont profité d'une aide au renforcement des capacités pour réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des consommateurs de drogues. Un plaidoyer, des orientations politiques et un appui technique ont facilité la prise en compte des consommateurs de drogues dans la stratégie nationale de lutte contre le VIH du Népal, ainsi que l'intégration des services de réduction des risques tenant compte des différences entre les sexes dans la stratégie de riposte au VIH en Inde. Des centres de connaissances régionaux et infrarégionaux sur la réduction des risques ont reçu un soutien en Iran, au Liban, en Lituanie et au Maroc, avec pour but de développer les capacités régionales de réduction des risques. Dans l'objectif de conduire l'élaboration et la mise en œuvre de politiques éclairées par le concret en Asie centrale, un appui a été fourni pour sept conférences internationales sur la question de la réduction des risques dans le respect des droits, cinq séminaires régionaux, deux conférences régionales et six réunions nationales. En Fédération de Russie, plus de 150 membres des forces de police ont reçu une formation sur la réduction des risques dans cinq régions.

48. Une intensification des efforts a soutenu l'élaboration de politiques, la programmation et la recherche portant sur le VIH dans les milieux carcéraux. Un examen des preuves de l'efficacité des interventions de prévention, de traitement et de soins du VIH dans les prisons a été diffusé et a permis de soutenir des opérations de plaidoyer visant à promouvoir des politiques et des programmes basés sur le concret dans les prisons. Plus de 58 pays ont obtenu un soutien pour l'élaboration, la traduction et la diffusion de documents d'orientation technique sur le VIH dans les prisons. En Amérique latine et dans les Caraïbes, des délégués de 20 pays ont participé à une consultation régionale sur le VIH dans les milieux carcéraux, laquelle a permis d'établir des recommandations pour améliorer la programmation d'actions collaboratives de riposte contre le VIH. Au Kenya, des détenus et du personnel de 20 prisons ont reçu une formation sur le VIH ; parallèlement, des responsables chargés de l'application des lois et de la lutte contre la drogue du Myanmar ont suivi un programme portant sur la lutte contre la traite d'êtres humains et le VIH. Le Programme commun a contribué à l'inclusion de services de prise en charge du VIH/de la tuberculose dans les milieux carcéraux dans 6 pays et parrainé un séminaire sur ce sujet en Indonésie – auquel 110 responsables de prisons et représentants d'organisations non gouvernementales ont participé. Un appui collaboratif à la Commission de l'Océan Indien a conduit à l'établissement d'un réseau régional de plaidoyer en faveur de la lutte contre le VIH dans les prisons.

Réduire la transmission du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les transgenres.



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

49. Les données concrètes disponibles indiquent que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont confrontés à un risque élevé d'infection à VIH dans toutes les régions. Au niveau mondial, des enquêtes réalisées dans 35 pays ont permis d'estimer la prévalence médiane du VIH chez les HSH à 6 % en 2008, avec toutefois une prévalence nettement plus élevée constatée dans certaines enquêtes nationales (ex : 26 % en Colombie, 25 % au Ghana, 29 % au Myanmar et 22 % au Sénégal) ¹. Dans de nombreux pays à revenu élevé, une résurgence des nouvelles infections entre HSH entraîne une aggravation des épidémies nationales qui semblaient auparavant maîtrisées ². La couverture de la prévention du VIH ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes demeure inappropriée, 27 % seulement de ce groupe de population bénéficiant de services de prévention du VIH dans 26 pays qui ont publié des statistiques pour 2008 ¹. Des enquêtes indiquent également que les communautés de transgenres sont confrontées à des risques considérables d'infection à VIH car leur accès à des services adaptés au plan culturel est retreint du fait d'une vaste stigmatisation, discrimination et marginalisation sociale.
50. Les enquêtes nationales semblent indiquer qu'au niveau mondial, 3 % au moins des professionnel(le)s du sexe vivent avec le VIH et que la prévalence du virus dépassait 30 % dans quatre pays d'Afrique au moins en 2008 ¹. Des avancées importantes ont été enregistrées au niveau de l'élargissement de l'accès des professionnel(le)s du sexe aux services de prévention du VIH, et ce, même s'ils/elles restent confronté(e)s à des obstacles considérables pour bénéficier de services primordiaux, notamment les cadres juridiques qui renforcent leur marginalisation sociale, le harcèlement des personnes chargées de l'application des lois, une insuffisance criante de réseaux de services conviviaux pour eux/elles et dans lesquels ils/elles ne sont pas jugés.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

51. Les partenaires du Programme commun ont joué des rôles majeurs dans l'initiative mondiale pour le développement du Cadre d'action de l'ONUSIDA sur l'accès universel pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres. Une stratégie régionale ciblant les HSH a été lancée en Amérique latine

et un appui a été fourni pour le lancement d'un réseau de HSH dans la Fédération de Russie. Des manuels d'éducation par les pairs ont été élaborés pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes afin d'accélérer le développement et la mise en œuvre de programmes au Cambodge, en Mongolie et en Thaïlande. Le Programme commun a fourni son soutien à un projet de recherche plurinational pour recenser les obstacles au traitement des HSH séropositifs au VIH ainsi qu'à une étude distincte dans sept pays pour connaître et comprendre les facteurs qui permettent de mettre plus facilement en place des politiques et des programmes efficaces pour les HSH. L'ONUSIDA fournit un appui permanent à l'APCOM (Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health), notamment pour l'évaluation du coût d'une stratégie régionale de prévention pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et a accueilli un administrateur de projet du Partenariat Pan-Caraïbe contre le sida afin de dynamiser une orientation programmatique renforcée dans la région.

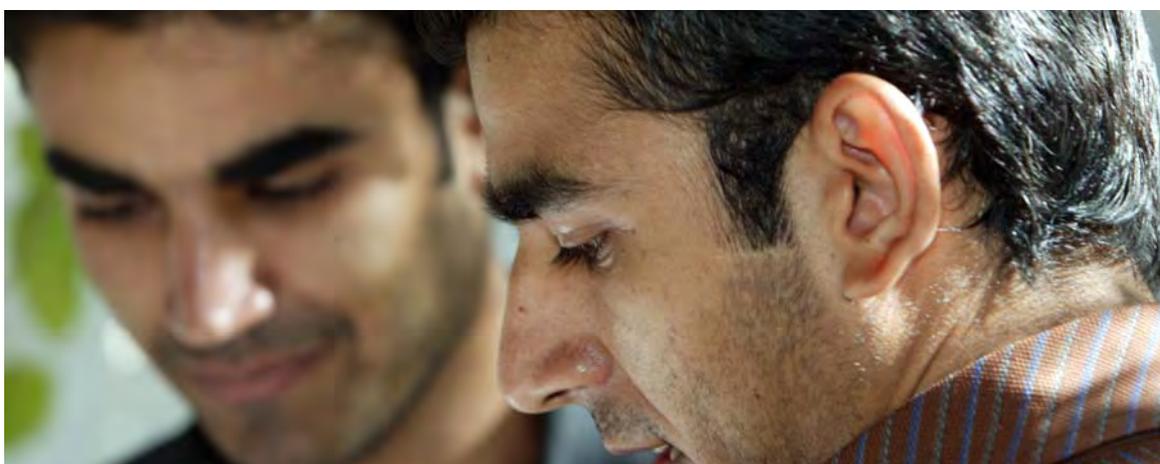
52. Le Programme commun a beaucoup renforcé son soutien à des ripostes au VIH efficaces et respectueuses des droits ciblant les minorités sexuelles. Les partenaires de l'ONUSIDA ont organisé une consultation mondiale en septembre 2008 pour aider à définir des interventions et clarifier le rôle du secteur de la santé dans la mise à grande échelle des services de prévention et de traitement du VIH destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des consultations régionales ont été organisées en Asie et dans le Pacifique, en Europe, en Amérique latine, dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne avec pour objectif de recenser les tendances épidémiologiques dans chaque région et de renforcer les ripostes régionales et nationales.
53. Des orientations normatives et un appui technique ont permis d'accélérer la planification de programmes et l'élaboration de politiques concernant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Soixante pays sur 88 ont déclaré avoir utilisé les directives de l'ONUSIDA sur le VIH et les rapports sexuels entre hommes en 2008-2009. Un apport financier et technique a été fourni à 12 pays pour favoriser la mise en place de programmes et de politiques de lutte contre le VIH basés sur les droits.
54. Le Programme commun a apporté un appui technique et financier à plus de 20 pays pour élaborer des politiques et des programmes ciblant les lesbiennes, les gays, les bisexuels et les transgenres. Cela a inclus un soutien à la première conférence nationale des gays, lesbiennes, bisexuels, travestis et transgenres au Brésil, ainsi que l'élaboration d'une Note d'orientation sur les demandes de reconnaissance du statut de réfugié relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. L'ONUSIDA a fourni un appui technique pour l'élaboration de propositions régionales de sept pays soumises au Fonds mondial afin de lutter contre le VIH parmi les populations de HSH et de transgenres dans les Caraïbes et en Asie du sud, ce qui s'est traduit par l'approbation du premier projet régional axé sur les HSH financé par le Fonds mondial.
55. L'ONUSIDA s'est opposé avec vigueur aux mesures nationales visant à institutionnaliser la discrimination à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le sida en Amérique latine et dans les Caraïbes (Sir George Alleyne) a particulièrement insisté sur la nécessité de lutter contre l'homophobie dans son plaidoyer régional.
56. Les enquêtes indiquant qu'un(e) professionne(le) du sexe sur cinq d'Afrique subsaharienne est séropositif(ve) au VIH, l'ONUSIDA a pris des mesures pour

renforcer son leadership dans le domaine de la prévention du VIH pour les professionnel(le)s du sexe. La Note d'orientation sur le VIH et le commerce du sexe publiée par l'ONUSIDA – qui milite en faveur d'approches respectueuses des droits, basées sur le concret et intensifiées – a été avalisée par le Comité des Organismes coparrainants et adoptée par un large éventail de partenaires sur le terrain. S'appuyant sur la dynamique créée par la note d'orientation, le Programme commun a mis en place le Groupe consultatif des Nations Unies sur le VIH et le commerce du sexe, coprésidé par le Global Network of Sex Work Projects – qui inclut des organismes des Nations Unies et des réseaux de professionnel(le)s du sexe du monde entier.

57. Le rapport final de la Commission sur le sida en Asie, remis au Secrétaire général en mars 2008, a souligné les ravages de l'épidémie parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients dans de nombreuses épidémies dans la région et lancé un appel en faveur d'une action concertée pour renforcer les initiatives de prévention du VIH ciblant le commerce du sexe. En Asie, le Programme commun a soutenu ou facilité les importantes avancées enregistrées par les activités visant à promouvoir des ripostes axées sur le VIH et les professionnel(le)s du sexe éclairées par le concret et basées sur les droits. Une consultation nationale organisée au Pakistan s'est traduite par l'établissement du premier cadre stratégique national sur le commerce du sexe et le VIH ; au Bangladesh, un forum national a réuni des représentants des professionnel(le)s du sexe, des ministères publics, d'ONG, des forces de police et des personnes chargées de l'application des lois ; en Chine, des consultations sur le VIH et le commerce du sexe ont conduit à l'élaboration de nombreuses approches nationales et infranationales visant à améliorer la programmation de la riposte au VIH ciblant les professionnel(le)s du sexe ; enfin, en Thaïlande, de nouvelles approches ont été élaborées pour les professionnel(le)s du sexe ne travaillant pas dans des maisons closes.
58. Un appui au renforcement des capacités a été fourni à des organisations de professionnel(le)s du sexe dans quatre régions au moins et un nouveau module de formation a été élaboré sur le VIH et le commerce du sexe. Au Pérou, le Programme commun a apporté son soutien à la formation d'officiers de police et de responsables du secteur de la santé pour améliorer leurs capacités à fournir des services appropriés aux professionnel(le)s du sexe. Le Programme commun a également soutenu la communauté des transgenres et des partenaires pour élaborer des directives pour un travail multisectoriel avec les populations de transgenres dans le contexte du commerce du sexe et du VIH.
59. L'ONUSIDA a encouragé l'élaboration d'approches de la question du VIH et du commerce du sexe spécifiquement ciblées sur les Caraïbes, lesquelles incluent des activités intensives de renforcement des capacités pour les organisations de professionnel(le)s du sexe à Antigua et au Guyana, et des consultations infrarégionales auprès d'organisations de professionnel(le)s du sexe. En 2008-2009, le Programme commun a intensifié son appui aux organisations et réseaux établis de professionnel(le)s du sexe en Afrique subsaharienne, et à l'établissement de services de santé et juridiques pour les professionnel(le)s du sexe dans plusieurs pays. Un appui a été fourni pour sept études ciblées sur le VIH et le commerce du sexe dans 4 pays. Dix-neuf pays ont bénéficié d'un soutien financier et technique destiné à développer des interventions axées sur le VIH et le commerce du sexe dans des situations de crise humanitaire.
60. Une formation élargie de proximité avec des partenaires de l'ONU a contribué à améliorer les capacités du système des Nations Unies concernant les questions relatives au VIH et aux professionnel(le)s du sexe, aux hommes ayant des rapports

sexuels avec des hommes, aux transgenres et aux consommateurs de drogues injectables. Grâce aux contributions de ces groupes, des membres du personnel des Nations Unies de 19 pays des états arabes et d'Asie/du Pacifique ont participé au test des matériels de formation. Le Programme commun a soutenu l'élargissement et l'intensification de services conviviaux pour les professionnel(le)s du sexe en Egypte. Globalement, les partenaires de l'ONUSIDA ont déclaré des activités sur le VIH et le commerce du sexe dans au moins 65 pays, ce qui est beaucoup plus qu'au cours de l'exercice biennal précédent. Cela a pu être réalisé grâce à des partenariats solides avec des organisations et des réseaux mondiaux, régionaux et nationaux de professionnel(le)s du sexe.

Supprimer les lois punitives, les politiques, les pratiques, la stigmatisation et la discrimination qui bloquent les ripostes efficaces au sida



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

61. Récemment, des progrès importants ont été accomplis au niveau de la promotion et de la protection des droits humains des personnes vivant avec ou affectées par le VIH. Plusieurs pays, dont la République tchèque, la Corée du Sud et les Etats-Unis d'Amérique, ont pris des mesures pour supprimer les restrictions au voyage liées au VIH. En 2009, la Haute Cour de New Delhi, Inde, a abrogé une loi criminalisant les rapports sexuels entre personnes de même sexe.
62. Pourtant, malgré ces progrès, les violations des droits humains continuent d'entraver les efforts visant à empêcher les gens d'être infectés par le VIH. Plus de 30 pays ont adopté des lois spécifiquement axées sur le VIH qui criminalisent la transmission du VIH ou l'exposition au virus, et plus de vingt-quatre pays ont eu recours à des lois non spécifiquement axées sur le VIH pour poursuivre des personnes pour des motifs similaires. Bien qu'un ensemble croissant de données documente clairement le niveau élevé de prévalence du VIH chez les HSH dans toutes les régions, un certain nombre de pays ont réduit les programmes efficaces de prévention du VIH ciblant cette population vulnérable en adoptant ou en envisageant d'adopter des lois qui criminalisent les rapports sexuels entre personnes de même sexe. Un grand nombre de pays interdisent ou limitent l'accès à des services de réduction des risques efficaces aux consommateurs de drogues.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

63. Grâce au plaidoyer, aux orientations politiques et à l'appui technique, l'ONUSIDA a renforcé ses actions en 2008-2009 pour parvenir à la suppression de lois, de politiques et de pratiques punitives, de la stigmatisation et de la discrimination. Cinquante-huit des 85 pays sondés ont déclaré qu'ils avaient appliqué les politiques de l'ONUSIDA pour supprimer la criminalisation de la transmission du VIH pendant l'exercice biennal 2008-2009. Soixante-deux pays ont reçu un appui technique pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes de riposte au VIH respectueux des droits et tenant compte des différences entre les sexes. Dans plus de 30 pays, les Equipes conjointes des Nations Unies ont fourni un appui technique pour lutter contre les obstacles à une riposte efficace au VIH relatifs aux droits humains, y compris pour supprimer les dispositions juridiques criminalisant la transmission du VIH et pour faciliter un accès élargi à la justice pour les personnes affectées par l'épidémie. Des programmes pilotes ont été lancés dans cinq pays ciblant une réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans les situations de crise humanitaire. Le Programme commun a fourni son soutien à l'élaboration d'une convention parlementaire arabe, avalisée en 2009, sur la promotion et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH. Il a aussi dirigé un examen de la situation de base du niveau d'intégration des programmes clés visant à réduire la stigmatisation et la discrimination ainsi qu'un élargissement de l'accès à la justice dans 56 pays. En outre, l'ONUSIDA a plaidé en faveur de l'amendement des lois dans quatre pays d'Europe orientale concernant le dépistage obligatoire des réfugiés et des demandeurs d'asile.
64. Grâce au plaidoyer, à des informations stratégiques et à l'exploitation de ses capacités d'organisation au niveau mondial, l'ONUSIDA a contribué aux progrès évoqués précédemment visant à supprimer les restrictions discriminatoires au voyage. Le Programme commun a aidé à organiser une Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH, laquelle a publié des observations et des recommandations qui ont été conjointement approuvées par le Conseil du Fonds mondial et le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. Le Programme commun a recensé les restrictions internationales au voyage et s'est également associé à des partenaires pour publier un manuel décrivant le fondement factuel de la campagne en faveur de la suppression des restrictions au voyage imposées aux personnes vivant avec le VIH.
65. Des organisations de personnes vivant avec le VIH ont reçu un appui au renforcement de leurs capacités et une aide au développement du leadership dans 45 pays. Des orientations politiques ont été publiées pour promouvoir des partenariats de travail plus étroits entre les personnes vivant avec le virus, les gouvernements et la société civile. En travaillant avec le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, l'ONUSIDA a aidé 30 pays à mettre en place l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH – qui fournit un outil pour évaluer et caractériser la stigmatisation liée au VIH et pour détecter les tendances associées.
66. Afin de s'assurer que les protections juridiques existantes sont appliquées comme il convient, le Programme commun a engagé des efforts considérables pour éduquer et sensibiliser des acteurs clés du système judiciaire. Une réunion tout à fait novatrice sur le VIH et la loi regroupant plus de 30 juges de haut niveau venant de 15 pays d'Afrique subsaharienne a conduit à l'adoption d'une Déclaration de principe sur le VIH et le système judiciaire. Plus de 180 juges spécialisés en droit du travail de neuf pays ont été formés à une mise en œuvre et une application efficaces des lois protégeant les droits humains des personnes vivant avec le VIH. Pour favoriser une application performante des dispositions relatives aux droits humains dans le

contexte du VIH, les compétences en matière de droits humains et de sexospécificité des groupes constitutifs du monde du travail ont été renforcées dans plus de 50 pays.

67. En 2009, l'ONUSIDA a conclu la première discussion du processus d'adoption d'une Norme internationale de travail sur le VIH/sida et le monde du travail. Des représentants des gouvernements, des employeurs et des salariés ont contribué à la rédaction du projet de texte de la norme. La participation de ces groupes à l'élaboration et à la finalisation de la Norme internationale de travail contribue à lutter contre la stigmatisation et la discrimination basées sur la séropositivité réelle ou supposée des personnes, et aide à créer un environnement porteur pour des programmes de lutte contre le VIH complets et qui tiennent compte des différences entre les sexes.
68. Il est essentiel pour la riposte au sida de s'attaquer et de dépasser la stigmatisation et la discrimination, et il faut par ailleurs tenir compte des diversités culturelles. L'ONUSIDA a engagé des efforts intensifs pour consolider les réseaux de partenariats avec des organisations confessionnelles au niveau régional, ce qui a culminé avec la création du premier Réseau mondial interconfessionnel sur la population et le développement. L'ONUSIDA a publié un Cadre stratégique de partenariat avec les organisations confessionnelles.
69. Plus de 4 000 leaders religieux venant de 19 pays des états arabes ont été formés pour devenir formateurs sur les questions de VIH, de sexospécificité et de droits humains afin de créer un environnement porteur pour les personnes vivant avec le VIH. Au total, 100 000 leaders religieux ont été sensibilisés. L'ONUSIDA a élaboré un outil pour aider à revoir les formulations discriminatoires dans les politiques et les pratiques dans plus de 400 municipalités en Afrique, en Asie et dans le Pacifique.
70. cle à la campagne mondiale qui vise à atteindre, comme convenu, l'égalité entre les sexes d'ici à 2014 (conformément au troisième des Objectifs du Millénaire pour le développement). Dans une étude portant sur quatre pays, près d'une femme sur quatre a déclaré que son premier rapport sexuel avait eu lieu sous la contrainte. Selon des enquêtes réalisées au Bangladesh, en Ethiopie, au Pérou, à Samoa, en Tanzanie et en Thaïlande, entre 40 et 60 % des femmes déclarent avoir été physiquement ou sexuellement abusées par leur partenaire.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

71. En 2008-2009, le Programme commun a travaillé pour établir une base de preuves pour agir et réduire la violence à l'encontre des femmes et conduire le consensus autour des orientations programmatiques futures. L'ONUSIDA a réalisé un examen systématique des données concrètes des interventions efficaces pour réduire la violence à l'encontre des femmes. Le Programme commun a organisé une réunion sur les violences faites aux femmes qui a contribué à établir un consensus sur les approches programmatiques futures pour lutter contre cette violence et contre le VIH.
72. L'ONUSIDA a travaillé pour élargir les programmes de lutte contre les violences faites aux femmes. Dans neuf pays, un appui a été fourni pour mettre en œuvre des initiatives multi-parties prenantes visant à prévenir cette violence. Le Programme commun a collaboré avec des partenaires pour mettre en place une initiative pilote dans quatre pays visant à éviter les violences contre les filles. Il a soutenu l'application d'une loi contre la violence domestique au Zimbabwe. L'Envoyée spéciale du Secrétaire général des Nations Unies pour le sida en Afrique (Mme Elizabeth Mataka) a souligné le rôle des pratiques culturelles préjudiciables

dans son plaidoyer de lutte contre la féminisation de l'épidémie dans la région. De même, le Dr Nafis Sadik, Envoyée spéciale du Secrétaire général des Nations Unies pour le sida en Asie et dans le Pacifique, a continué de plaider en faveur du respect des droits reproductifs et de l'émancipation des femmes en tant que composantes essentielles d'une prévention efficace contre le VIH. L'ONUSIDA a collaboré avec des partenaires afin d'élaborer et de perfectionner des indicateurs nationaux au Sierra Leone et en Ouganda pour prévenir la violence sexiste.

73. Les partenaires de l'ONUSIDA ont intensifié une programmation et un plaidoyer communs pour réduire les mutilations génitales féminines. A la fin 2009, douze pays participaient à une initiative conjointe, ce qui correspond à une augmentation de cinq pays sur l'exercice biennal 2008-2009. Les données provenant de différents pays, dont l'Egypte, l'Ethiopie, le Kenya et le Sénégal, permettent de penser que ces efforts portent leurs fruits, la prévalence des mutilations génitales féminines diminuant.
74. Les activités du Programme commun pour prévenir la violence à l'encontre des femmes et des filles sont intégrées dans des efforts plus larges en faveur d'une prise en compte des aspects sexospécifiques de l'épidémie. L'ONUSIDA a consulté 87 organisations dans 76 pays pour élaborer le Cadre d'action de l'ONUSIDA sur les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH. Des orientations politiques ont été publiées en anglais, en espagnol et en français concernant les actions essentielles permettant de réduire la vulnérabilité des femmes au VIH ; des orientations normatives et un appui technique ont été fournis à 42 pays pour intégrer les stratégies nationales de lutte contre le VIH et les stratégies de promotion de l'égalité des sexes. L'ONUSIDA a fourni des fonds d'accélération programmatique à 35 pays pour soutenir un renforcement des travaux sur les femmes et les filles dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH. L'initiative Universal Access Now! a été lancée dans dix pays pour renforcer les activités visant à intégrer des actions clés en faveur de l'égalité des sexes dans les stratégies et plans nationaux de riposte au sida et des actions clés sur le VIH dans des plans nationaux promouvant l'égalité des sexes.

Donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

75. Dans la mesure où l'on estime que les jeunes de moins de 25 ans représentent 40 % ou plus des infections incidentes au VIH à travers le monde, la nécessité de renforcer les actions visant à donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le virus est restée une urgence en 2008-2009. On a cependant recensé certaines tendances encourageantes pendant l'exercice biennal. La baisse de la prévalence du VIH parmi les jeunes femmes dans certaines parties de Zambie et du Botswana a suggéré, parallèlement aux changements constatés au niveau des comportements à risque des jeunes d'Afrique du Sud, que les efforts de prévention portaient leurs fruits parmi ce groupe de population dans certaines régions d'Afrique australe où le VIH est désormais endémiqueⁱⁱ. Le pourcentage de jeunes ayant des connaissances complètes et précises concernant le VIH a légèrement augmenté dans la plupart des pays d'Afrique où de nombreuses enquêtes ont été réalisées, et il semble qu'une tendance émerge selon laquelle les premiers rapports sexuels interviennent à un âge plus tardif dans plusieurs pays d'Afrique^{xi}.

76. Bien que prometteuses, ces tendances demeurent insuffisantes pour modifier profondément l'évolution de l'épidémie. Le pourcentage de jeunes ayant des connaissances complètes concernant le VIH (40 % environ) reste très inférieur à l'objectif de 95 % fixé par la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001^{xi}. En Afrique subsaharienne, les jeunes filles demeurent très vulnérables à l'infection dans la mesure où leur risque d'être contaminées est plusieurs fois plus élevé que celui des garçons de leur âge^{xi}.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

77. L'ONUSIDA a fourni un plaidoyer et un appui technique élargis pour accélérer les programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes au cours du dernier exercice biennal. Le Programme commun a coparrainé une réunion des Ministres de la Santé et de l'Éducation de la région Amérique latine et Caraïbes à l'issue de laquelle ils se sont engagés à mettre en œuvre des stratégies multisectorielles pour fournir une éducation à la sexualité complète en milieu scolaire. Pour transformer la déclaration en action, l'ONUSIDA a lancé des analyses de situation de l'éducation à la sexualité

dans 15 pays. Le Programme commun a aussi publié des orientations techniques internationales pour fixer de nouveaux référentiels mondiaux pour les normes en matière d'éducation à la sexualité ainsi que pour aider les autorités des secteurs de l'éducation, de la santé et d'autres secteurs à élaborer et à mettre en œuvre des programmes et des matériels d'éducation à la sexualité en milieu scolaire. Des directives mondiales sur la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH pour les jeunes ont aussi été élaborées et diffusées.

78. Le Programme commun a ciblé d'importants efforts en vue de maximiser une exploitation efficace des écoles pour soutenir la prévention du VIH et réduire la vulnérabilité des jeunes. Par le biais d'EDUSIDA (Initiative mondiale sur l'éducation et le VIH & sida) et d'autres initiatives, l'ONUSIDA a intensifié les activités visant à renforcer les programmes sur le VIH dans les écoles, y compris en lançant une trousse à outils pour intégrer les ripostes au virus dans les secteurs de l'éducation et en développant des cadres stratégiques régionaux sur le VIH et l'éducation en Asie et dans le Pacifique, en Europe orientale et en Asie centrale ainsi que dans les états arabes. Sept pays d'Afrique australe ont reçu une aide pour intégrer des interventions sur le VIH pour une prise en charge en milieu scolaire et un appui aux jeunes.
79. Des parties prenantes de sept pays d'Europe orientale ont bénéficié d'une assistance technique qui a conduit à l'élaboration de stratégies nationales de riposte au sida et de plans opérationnels pour mettre en œuvre des activités de prévention basées sur le concret ciblant les adolescents les plus exposés au risque d'infection. Un plaidoyer intensif s'est traduit par des réformes importantes des lois en Europe orientale et en Asie centrale, notamment par une proposition officielle en Ukraine prévoyant l'abaissement de l'âge de l'accès au conseil et au test volontaires. En Afrique orientale et australe, 120 missions d'assistance technique ont soutenu une accélération de la mise en œuvre de programmes de prévention avec et pour les adolescents ; parmi les résultats de ces opérations, citons l'ouverture de nouveaux centres d'activités axés sur les programmes de prévention pour les jeunes dans trois districts où la prévalence est élevée au Lesotho, ainsi que l'élaboration de nouvelles stratégies de prévention ciblées sur les jeunes au Malawi, en Afrique du Sud et en Tanzanie. Des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale, et d'Afrique orientale et australe ont bénéficié d'un appui technique pour élaborer des plans de travail pour le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH destinés aux jeunes. Au Zimbabwe, une formation sur les services conviviaux pour les jeunes a été fournie à plus de 300 infirmiers et infirmières et à plus de 400 jeunes faisant fonction d'éducateurs pour les pairs, alors qu'une formation de sensibilisation aux questions de santé sexuelle et reproductive était fournie à plus de 2 500 directeurs d'écoles et 1 500 enseignants en Ouzbékistan.
80. L'ONUSIDA a engagé de nombreux efforts pour renforcer les capacités des jeunes à participer à la riposte au VIH. Quatre ateliers régionaux couvrant 27 pays ont permis de renforcer les capacités d'organisations de jeunes et de ministères nationaux en vue d'accroître la participation des hommes et des garçons aux programmes de prévention du VIH. Un appui a été fourni à plus de 600 jeunes pour faciliter leur participation à des réunions internationales importantes, notamment la Conférence internationale sur le sida de Mexico. Grâce au soutien du Programme commun, des activités de sensibilisation à la question du VIH ont été intégrées dans des programmes d'alimentation en milieu scolaire en République centrafricaine et au Sierra Leone.
81. Pour constituer une solide base de preuves pour agir, des analyses approfondies de données d'enquêtes menées auprès des ménages ont été réalisées dans cinq pays

d'Afrique ; elles ont révélé une relation significative entre la séropositivité des jeunes femmes et le nombre et l'âge moyens de leurs partenaires sexuels. Une autre analyse de données venant de huit pays a révélé qu'avoir ses premiers rapports sexuels avant 15 ans augmentait le risque d'infection à VIH chez les jeunes femmes. Le Programme commun a aussi apporté son soutien à des études de surveillance comportementale des enfants et des adolescents vivant dans les rues en Egypte, ce qui a permis d'établir des données de base pour des interventions ciblées. Une évaluation des besoins des jeunes vulnérables a également été entreprise dans trois centres urbains au Pérou.

82. L'ONUSIDA a soutenu des initiatives d'éducation par les pairs et de renforcement des capacités pour prévenir le VIH parmi les jeunes dans des situations de crise humanitaire dans 60 pays. Cela a notamment inclus des activités de lutte contre la malnutrition, l'anémie et les carences en micronutriments chez les enfants. En Colombie, une stratégie commune de prévention du VIH et de riposte à celui-ci a été élaborée en collaboration avec la société civile et le gouvernement.

Renforcer la protection sociale en faveur des personnes affectées par le VIH



Progrès d'ensemble dans ce domaine prioritaire

83. De nombreuses données concrètes, qui ont pour l'essentiel été compilées à la demande des coparrainants de l'ONUSIDA ou établies par eux, démontrent que des programmes de soutien financier et d'autres stratégies de protection sociale permettent d'atténuer de manière significative l'impact de l'épidémie^{xi}. Toutefois, les progrès dans la protection des enfants et des adultes affectés par l'épidémie demeurent très insuffisants. Bien que la plupart des pays où la prévalence est élevée soient dotés de stratégies pour soutenir les enfants rendus orphelins ou vulnérables par l'épidémie, peu de programmes nationaux atteignent plus qu'une petite minorité de ces enfants^{xi}.

Contributions de l'ONUSIDA dans ce domaine prioritaire en 2008-2009

84. En 2008-2009, l'ONUSIDA a intensifié ses efforts pour dynamiser un engagement et une action plus importants afin de répondre aux besoins des enfants et des adultes affectés par l'épidémie. Les capitaux des donateurs ont été alloués à des missions ciblées sur le développement d'un consensus technique autour des futures actions nécessaires pour élargir et intensifier la riposte au VIH. L'ONUSIDA a aussi aidé des pays à intégrer des services d'alimentation et de nutrition dans leurs systèmes nationaux d'aide sociale – par exemple pour les orphelins et les enfants vulnérables, ainsi que pour les personnes vivant avec le VIH.
85. En 2008, le Quatrième Forum mondial des partenaires sur les enfants touchés par le sida a permis d'établir un consensus mondial sans précédent concernant une base de preuves solide pour les enfants affectés par le sida. En réponse, l'Equipe spéciale interinstitutions sur les enfants et le VIH/sida a travaillé au renforcement des programmes nationaux destinés aux enfants affectés.
86. En 2008-2009, l'ONUSIDA a aidé à l'élargissement et à l'intensification de programmes de protection sociale qui tiennent compte des enfants dans 29 pays, y compris 20 pays qui appliquent des programmes de soutien financier ou réalisent des études concernant la faisabilité de telles initiatives. Quinze pays ont reçu un appui pour élaborer des politiques spécifiques sur les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le sida. Dans 15 pays au moins, le Programme commun a contribué à la fourniture d'un appui nutritionnel et alimentaire destiné aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par l'épidémie. Des orientations formelles ont été publiées pour aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des systèmes de suivi et d'évaluation des programmes de lutte contre le VIH ciblant les enfants. Les partenaires de l'ONUSIDA ont engagé des efforts particuliers pour redynamiser des programmes de prise en charge et d'appui en milieu scolaire pour les enfants affectés par le sida. L'ONUSIDA a aussi soutenu l'élaboration d'une stratégie nationale pour renforcer les moyens de subsistance et la protection sociale des orphelins et des enfants vulnérables, groupe pour lequel l'alimentation et la nutrition demeurent des composantes importantes de la prise en charge et de l'appui.
87. Pour renforcer la base de preuves pour agir et aider les enfants, le Programme commun a soutenu des évaluations de la situation nationale concernant les enfants affectés par le sida en Chine, en Indonésie et en Malaisie. Leurs conclusions ont servi à mettre en œuvre des plans d'action et à éclairer des propositions de financement. Des évaluations nationales réalisées dans huit pays d'Afrique orientale et australe ont permis l'élaboration de cadres de protection sociale, de lois et de structures pour aider et protéger les enfants.
88. En 2008-2009, l'ONUSIDA a renforcé ses activités pour aider les personnes vivant avec le VIH en contribuant à développer des opportunités de travail. Des projets pilotes ont reçu un soutien dans dix-sept pays pour créer des opportunités de travail dans le cadre d'initiatives de microcrédit ; par ailleurs, des réseaux de personnes vivant avec le VIH et d'autres parties prenantes de 17 pays ont bénéficié d'un appui technique pour élaborer des programmes de protection sociale et pour développer des activités génératrices de revenus pour les personnes vivant avec le VIH. Sept pays d'Afrique et d'Asie ont reçu des orientations et un appui pour élargir les régimes de sécurité sociale aux personnes vivant avec le VIH, y compris pour mettre en œuvre de nouvelles politiques en Inde afin de garantir que les femmes dont le mari est décédé du sida aient accès à des pensions de veuve même si elles n'ont pas encore l'âge requis pour pouvoir en bénéficier.

89. Des études nationales de l'impact de l'épidémie dans le secteur privé, le secteur informel et le secteur des transports ont été réalisées dans dix pays. Le Programme commun a aussi fourni son soutien à un examen de 70 études sur l'impact socioéconomique de l'épidémie, avec pour but d'aider à l'élaboration de meilleures stratégies d'atténuation de l'impact.
90. L'ONUSIDA a facilité des examens des évaluations des coûts et des analyses de la vulnérabilité pour garantir une meilleure intégration des services d'alimentation et de nutrition dans les systèmes nationaux. En Zambie, par exemple, un système de fourniture et de suivi mobile a été mis en place qui exploite, ce qui est très novateur, les téléphones mobiles pour enregistrer les bénéficiaires et rationaliser une fourniture sûre de produits alimentaires et des activités de renforcement des moyens de subsistance.

III. Conclusion

91. En 2008-2009, l'ONUSIDA a contribué concrètement à la riposte mondiale, aidant à renforcer et à accélérer un élargissement et une intensification sans précédent des ripostes nationales au sida. Le Programme commun a servi de source centrale d'informations stratégiques et d'orientations normatives, maintenu son rôle de premier défenseur mondial d'une riposte exceptionnelle contre le sida, favorisé l'engagement de communautés et de secteurs essentiels, intensifié et rationalisé son appui technique aux partenaires de pays, et contribué à mobiliser des ressources vitales pour la riposte. Pour améliorer l'orientation stratégique du Programme commun et l'efficacité en vue de résultats, l'ONUSIDA a adopté un Cadre de résultats qui prévoit une intensification du leadership et de l'action dans dix domaines prioritaires.
92. Le présent rapport – en plus du document de conférence plus détaillé qui l'accompagne – reflète l'engagement permanent du Programme commun en termes de responsabilité et de transparence. Cet engagement est encore plus visible au niveau du renforcement des activités mises en œuvre à cet égard dans le Budget-plan de travail intégré actuel pour 2010-2011. Conformément aux orientations du Conseil de Coordination du Programme à la suite de son examen de la Deuxième évaluation indépendante, l'ONUSIDA prend des mesures supplémentaires pour clarifier sa mission et son orientation stratégique, simplifier son budget et la planification de son travail, et permettre à toutes les parties prenantes de relier les ressources allouées au Programme commun à des résultats spécifiques au profit des populations.

IV. Rapports financiers

Tableau 1 : Budget-plan de travail intégré 2008-2009 – Budgets de base et supplémentaire, et dépenses

Organisme	Budget	Dépenses
HCR	6 400 000	6 400 000
UNICEF	20 800 000	20 462 078 [*]
PAM	7 000 000	7 000 000
PNUD	13 760 000	13 760 000
UNFPA	18 200 000	18 199 982 [*]
UNODC	9 500 000	9 500 000
OIT	9 500 000	9 606 316
UNESCO	10 600 000	10 060 598 [*]
OMS	26 500 000	25 910 820 [*]
Banque mondiale	12 410 000	12 356 628 [*]
Secrétariat	192 900 000	191 668 000
Interinstitutions [§]	157 250 000	155 488 000
Total	484 820 000	480 412 422

* Le solde restant est à comptabiliser sur l'allocation du Budget-plan de travail intégré 2010-2011. Les dépenses totales représentent le niveau réel déclaré par les coparrainants pour l'exercice considéré. Il est inférieur au montant déclaré dans le Rapport financier (PCB(26)10.4) dans lequel les allocations des coparrainants sont indiquées comme étant intégralement dépensées.

§ Contient le fonds d'urgence qui a été utilisé pour mettre en œuvre les activités interinstitutions.

Tableau 2 : Budget-plan de travail intégré 2008-2009 – Budgets supplémentaire, mondiaux/régionaux des coparrainants, et dépenses

Organisme	Budget supplémentaire des coparrainants ¹		Ressources mondiales/régionales des coparrainants ²		Estimation des ressources des coparrainants à l'échelon des pays ³
	Budget ⁴	Dépenses	Budget ³	Dépenses	Dépenses
HCR	1 320 000	1 346 213	7 845 000	7 215 000	27,087,565
UNICEF	33 408 000	18 356 006	38 493 000	1 069 961	367 768 188
PAM	1 600 000	10 230 586	14 051 000	2 200 000	249 033 963
PNUD	21 700 000	6 147 116	12 000 000	19 397 659	365 217 422
UNFPA	38 800 000	37 364 241	28 590 000	17 195 510	83 454 443 ⁵
UNODC	39 600 000	46 379 891	13 200 000	8 607 079	5 014 396
OIT	16 000 000	10 138 911	4 400 000	3 832 326	11 999 965
UNESCO	12 500 000	5 621 986	11 500 000	6 159 965	18 596 032
OMS	71 600 000	37 894 943	31 200 000	21 914 700	65 168 691
Banque mondiale	11 135 000	14 227 000	23 457 000	21 181 000	434 400 000
Total	247 663 000	187 706 893	184 736 000	108 773 200	1,627,740,665

¹ Indique les ressources financées par des contributions volontaires mobilisées par les coparrainants.

² Indique les ressources allouées sur les ressources propres des coparrainants par le biais de leur budget normal financé par des contributions volontaires ou établies.

³ Ressources supplémentaires mobilisées par les coparrainants ou venant des ressources propres des coparrainants en dehors du Budget-plan de travail intégré pour les activités à l'échelon des pays.

⁴ Les budgets ont été compilés par les coparrainants en 2007 sur la base des meilleures estimations des anticipations de fonds, y compris à partir des mobilisations volontaires, pour 2008-09. Dans certains cas, les coparrainants ont transféré des fonds de leur Budget supplémentaire et de leur Budget au titre du Budget-plan de travail intégré à leurs Ressources à l'échelon des pays qui, bien que formellement extérieures au Budget-plan de travail intégré, sont incluses ici pour fournir une vision plus complète des ressources de mise en œuvre des activités des coparrainants.

⁵ N'inclut pas les chiffres de la plupart des bureaux de pays d'Afrique de l'UNFPA.

Références

-
- ⁱ OMS, ONUSIDA, UNICEF (2009). *Vers un accès universel : Étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé.*
- ⁱⁱ ONUSIDA, OMS (2009). *Le point sur l'épidémie de sida.*
- ⁱⁱⁱ ONUSIDA, Impact de la crise économique et financière mondiale sur la riposte au sida, 25^{ème} réunion du Conseil de Coordination du programme de l'ONUSIDA, décembre 2009, UNAIDS/PCB(25)/09.26.
- ^{iv} Assemblée générale des Nations Unies (2010). *Rapport du Secrétaire général sur les progrès faits dans l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida. A/64/735.*
- ^v Hallett TB et al. (2010). Estimates of HIV incidence from household-prevalence surveys. *AIDS* 24:147-152.
- ^{vi} Granich RM (2009). Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *Lancet* 373:48-57.
- ^{vii} HCR (2010). *Rapport de la 47^{ème} session du Comité permanent.*
- ^{viii} OMS (2009). *Rapport de l'OMS 2009. Lutte contre la tuberculose dans le monde.*
- ^{ix} Mathers, B. et al. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review, *Lancet*, 372: 1733-1745.
- ^x Mathers, B. et al. (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and national coverage, *Lancet* 375:1014-1028.
- ^{xi} ONUSIDA (2008). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida.*