



**ONUSIDA**  
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR  
UNICEF  
PAM  
PNUD  
UNFPA  
UNODC  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(28)/11.3.rev.1  
30 mai 2011

**28<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme**  
**Genève, Suisse**  
**21-23 juin 2011**

**Rapport du Comité des Organismes Coparrainants**

**Documents supplémentaires pour ce point :** *aucun*

**Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à :** prendre connaissance du présent rapport et à formuler ses observations sur celui-ci

**Incidences en termes des coûts des décisions :** *aucune*

## INTRODUCTION

1. Trente ans après l'apparition du sida, des signes encourageants montrent que la riposte mise en place au niveau mondial a permis de modifier l'évolution de l'épidémie. En effet, l'incidence du VIH dans le monde est en baisse, le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement salvateur n'a jamais été aussi élevé, et les ripostes qui s'appuient sur les droits de l'homme et l'équité sont de plus en plus nombreuses. Dans 22 des pays les plus affectés en Afrique subsaharienne – la région la plus durement touchée par le sida –, le nombre de nouvelles infections à VIH a diminué de 25 % en 2010. Alors que 15 % seulement des femmes enceintes séropositives au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ont eu accès à des médicaments antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) en 2005, elles ont été 53 % en 2009. Entre 2004 et 2009, la quantité de personnes bénéficiant d'un traitement a été multipliée par 13. Le nombre d'enfants sous traitement antirétroviral a également augmenté, passant de 75 000 enfants de moins de 15 ans dans le monde en 2005 à 365 400 en 2010.
2. Pourtant, ces progrès ne profitent pas à tous de façon égalitaire, et il reste beaucoup à faire, notamment pour veiller à ce que les personnes les plus vulnérables et les plus marginalisées soient bel et bien prises en compte. Le sida est toujours une des causes principales de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde et l'un des premiers facteurs de mortalité maternelle. En Afrique subsaharienne, les femmes représentent 60 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. En Europe orientale et en Asie centrale, l'épidémie ne cesse de progresser, alimentée par de nombreux facteurs dont la consommation de drogues injectables et la transmission sexuelle. Les adultes et les enfants vivant avec le VIH ou touchés par le VIH sont trop souvent victimes de stigmatisation et de violations de leurs droits humains, ce qui non seulement peut les dissuader de chercher à obtenir un traitement ou de changer de comportement mais nuit aussi à l'efficacité des activités de lutte contre le VIH. Certes le nombre de personnes sous traitement a augmenté, mais seuls un tiers des personnes qui en ont besoin ont accès aux médicaments essentiels. En 2009, près de 10 millions de personnes pour qui le traitement contre le VIH était indiqué n'ont pas pu en bénéficier. L'accès au traitement progresse plus lentement chez les enfants que chez les adultes, et il reste plus restreint parmi les personnes marginalisées.
3. En 2010, face à l'évolution de l'impact de l'épidémie et sur la base de la Deuxième évaluation indépendante, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a redéfini sa mission et son orientation. Sa nouvelle stratégie, *Objectif : zéro 2011-2015 – Stratégie de l'ONUSIDA*, élaborée dans le cadre d'un processus consultatif et éclairée par les données les plus probantes, vise à orienter les efforts du Programme commun vers les domaines les plus susceptibles d'influer sur la trajectoire de l'épidémie.
4. Le Comité des Organismes coparrainants (COC) recommande au Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA d'approuver cette stratégie ambitieuse et maintient son engagement envers les orientations et les objectifs qu'elle renferme. En effet, plusieurs Coparrainants disposent déjà d'une stratégie relative au VIH qui coïncide avec la Stratégie de l'ONUSIDA. D'autres Coparrainants ont révisé leurs stratégies et politiques de lutte contre le VIH pour qu'elles fassent explicitement référence à la Stratégie de l'ONUSIDA – notamment le Programme alimentaire mondial (PAM), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Organisation internationale du Travail (OIT) et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO).
5. La définition des modalités de la Stratégie de l'ONUSIDA a donné lieu, en 2010, à des progrès majeurs, dont l'adoption d'une Division du travail révisée et l'élaboration d'un Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF). L'objet de ces

deux documents clés est d'améliorer l'obtention de résultats à l'échelon pays, de favoriser le travail conjoint et de renforcer la responsabilisation. À l'instar du Budget-plan de travail intégré, auquel il est censé se substituer, l'UBRAF est destiné à promouvoir les actions à l'échelon pays et à mobiliser des fonds supplémentaires pour la riposte au sida. Mais contrairement à son prédécesseur, il contient des références explicites à la Stratégie de l'ONUSIDA en vue de concrétiser la vision « Zéro nouvelle infection à VIH. Zéro discrimination. Zéro décès lié au sida. ».

6. Le présent rapport du COC traduit également la volonté de la famille de l'ONUSIDA de renforcer la cohésion, la discipline et la responsabilisation. Distribué avant la réunion et disponible en plusieurs langues, ce rapport est le premier du genre. Il est constitué de rapports succincts sur les progrès accomplis respectivement par chaque organisme, et il explique comment les Coparrainants ont fait concorder leurs activités avec les orientations stratégiques et les objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA, en mettant l'accent sur le travail conjoint et l'obtention de résultats à l'échelon pays.
7. Pour honorer la promesse de la Stratégie de l'ONUSIDA, les Coparrainants œuvrent ensemble à l'obtention de résultats à l'échelon pays, concrétisant ainsi le principe « Unis dans l'action ». La plus grande part du travail du Programme commun au niveau des pays est réalisée par les Coparrainants dans le cadre de leur mandat respectif et de la Division du travail révisée. En parlant d'une seule et même voix et en harmonisant les actions, l'Organisation des Nations Unies (ONU) peut fournir des données probantes et mettre en place des pratiques optimales, collaborer avec les groupes gouvernementaux et non gouvernementaux pour atteindre des objectifs ambitieux, et y parvenir en mettant l'accent sur le respect des droits de l'homme, de l'équité, des normes internationales et de l'égalité des sexes.
8. Chaque jour, plus de 7000 personnes sont nouvellement infectées par le VIH. De ce fait, pour être efficace, une riposte au sida doit s'attacher à combler les écarts en matière de prévention. Pour parvenir à mettre un terme à la transmission verticale à l'horizon 2015, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Secrétariat de l'ONUSIDA et d'autres partenaires proposent un cadre ambitieux pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des nouvelles infections pédiatriques. Une cellule mondiale de réflexion, constituée notamment d'un groupe de parties prenantes diverses, a présenté un compte rendu des progrès à la Réunion de haut niveau à New York, qui a eu lieu avant la présente réunion du Conseil de Coordination du Programme. Nous espérons que l'approbation générale de l'élimination des nouvelles infections pédiatriques fera partie des résultats des délibérations de l'Assemblée générale.
9. L'ONUSIDA est également résolu à mettre un terme à l'ensemble des nouvelles infections chez les consommateurs de drogues. L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) étend et renforce sa collaboration avec les gouvernements nationaux pour accroître l'accès des consommateurs aux services. Il travaille également avec les pays pour élaborer des modèles exhaustifs de prestation de services adaptée à cette population clé, en fonction des spécificités nationales et sur la base du *Guide technique de l'OMS, l'ONUDC, l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA*. Dans le cadre de ces travaux, une collaboration a également été mise en place avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), afin de réaliser un projet régional en faveur des consommateurs de drogues injectables parmi les réfugiés et les rapatriés.
10. Afin de redynamiser la prévention, il est indispensable de réduire la transmission sexuelle du VIH, en particulier chez les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels

avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe. Cette année, l'UNFPA et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ont aidé plus de 50 pays à renforcer la protection des droits de l'homme et l'accès aux services pour les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres. Ces efforts ont permis d'accroître la coordination et l'harmonisation parmi les réseaux de professionnel(le)s du sexe et les organisations qui œuvrent pour la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) et pour la santé sexuelle et reproductive, et qui étudient les liens entre santé sexuelle et reproductive, violence sexiste et droits de l'homme.

11. Afin d'aider les pays à donner aux jeunes les moyens de se protéger contre la transmission sexuelle du VIH, l'UNESCO collabore avec des partenaires coparrainants pour dispenser des cours d'éducation sexuelle dans 17 pays prioritaires. L'objectif est d'accroître l'accès au préservatif et son utilisation, le recours au dépistage du VIH et les niveaux de connaissance sur le VIH. En avril dernier, l'Équipe de travail interinstitutions (ETII) sur l'éducation, coordonnée par l'UNESCO, a organisé un symposium international sur la mise en œuvre d'une éducation sexuelle.
12. Quelque 10 millions de personnes qui avaient besoin d'un traitement contre le VIH n'y ont pas eu accès en 2010, et 40 % seulement des personnes vivant avec le VIH ont connaissance de leur statut. Des travaux sont actuellement en cours pour favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération. L'OMS, conjointement avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, a lancé l'initiative Traitement 2.0 en 2010 et élaboré une stratégie du secteur de la santé sur cinq ans ainsi qu'un plan de travail pour la prochaine période biennale. L'OMS établit un plan opérationnel pour le Traitement 2.0 et formule des orientations sur les priorités à court terme pour une utilisation optimale des médicaments et des diagnostics simplifiés. Réduire les inégalités entre les adultes et les enfants en matière de traitement est une priorité essentielle pour l'UNICEF et l'OMS.
13. Les *Directives conjointes OMS-OIT sur l'amélioration de l'accès des professionnels de la santé aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et la tuberculose* ont été parachevées, approuvées par l'ONUSIDA et présentées publiquement en novembre 2010. Le PAM, qui a dirigé la session thématique – couronnée de succès – sur l'alimentation et la nutrition au dernier Conseil de Coordination du Programme, a une nouvelle politique qui vise à garantir que les personnes vivant avec le VIH et les personnes recevant un traitement antituberculeux bénéficient d'une évaluation nutritionnelle, d'informations et de conseils et, si nécessaire, d'un appui alimentaire adapté.
14. L'UNICEF et la Banque mondiale évaluent l'efficacité de la riposte pour les enfants touchés par le sida, en cherchant à améliorer le rapport coût-efficacité et à atteindre les nombreuses familles qui fournissent des services essentiels de soins et d'appui. L'UNICEF, conjointement avec l'ETII sur les enfants et le sida, a élaboré un document d'orientation intitulé *Taking Evidence to Impact* (Des données probantes aux effets concrets), qui a été rendu public au 5<sup>ème</sup> Forum mondial des partenaires sur les enfants touchés par le VIH et le sida, organisé début juin par l'UNICEF, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). La Banque mondiale apporte également un soutien très important à des programmes de protection sociale à la demande des pays et a financé de nouveaux engagements à hauteur de 4,2 milliards de dollars des États-Unis en 2010.
15. Enfin, en 2010, les Coparrainants ont largement contribué à la promotion des droits de l'homme et de l'égalité des sexes dans le cadre de la riposte au sida. En juin, le PNUD a institué la Commission mondiale sur le VIH et le droit au nom de la famille de

l'ONUSIDA. Conformément aux responsabilités qui lui ont été attribuées dans l'*Agenda pour une action accélérée au niveau des pays* de l'ONUSIDA, le PNUD a entrepris de développer le leadership des femmes vivant avec le VIH dans 23 pays de six régions.

16. Sur la base du document *Le VIH et le commerce du sexe : note d'orientation de l'ONUSIDA*, l'UNFPA et des partenaires – dont le PNUD, l'UNODC et l'UNICEF – ont mis au point un programme de formation continue pour aider les Équipes conjointes des Nations Unies à mieux faire face à la stigmatisation dont sont victimes les populations clés et à répondre à leurs besoins liés au VIH. Par ses activités sur l'égalité des sexes, l'UNFPA renforce également les liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH et s'emploie à satisfaire les besoins des femmes et des filles. Il s'agit notamment d'aider les pays à prendre prioritairement en compte les femmes et les filles dans les programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui liés au VIH.
17. Fournir des services VIH dans les situations de crise humanitaire, de conflit ou d'urgence a été une priorité tout au long de l'année dernière. En effet, ces situations sont encore trop nombreuses dans le monde, et elles entravent notre capacité à atteindre les populations dont la situation humanitaire est préoccupante. Ce sont le HCR et le PAM qui ont été à la tête des actions menées dans ce domaine important.
18. L'UNICEF, qui fait porter une bonne part de ses efforts sur l'équité, a publié un rapport intitulé *Blame and Banishment* (Blâme et bannissement) sur l'infection chez les adolescents en Europe orientale et en Asie centrale. Il révèle qu'il existe des épidémies « cachées » parmi des enfants et des jeunes qui se heurtent aux préjugés d'une société réticente à reconnaître leurs droits, leurs besoins et leurs aspirations. L'ONU s'emploie à encourager l'adoption de lois et de politiques de soutien qui visent à promouvoir les droits des jeunes et leur accès aux services.
19. En juillet 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a créé ONU-Femmes, une nouvelle entité pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. ONU-Femmes a manifesté son intérêt pour devenir coparrainant de l'ONUSIDA. Le COC fait bon accueil à cette manifestation d'intérêt et se tient disposé à entreprendre les formalités requises à cet effet. Dans l'intervalle, le Programme commun continue de concentrer ses efforts sur les femmes et les filles et de défendre les droits des femmes et l'égalité des sexes.
20. Cette année, le Programme commun a saisi deux opportunités importantes pour progresser sur la voie des objectifs de 2015. La Réunion de haut niveau, qui s'est tenue au début du mois, a permis aux dirigeants mondiaux de réaffirmer leur volonté de s'appuyer sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et la Déclaration politique sur le VIH/sida pour orienter et superviser la riposte au VIH/sida après 2010. À la réunion, l'ONUSIDA a de nouveau souligné le caractère unique de la lutte contre le sida et la nécessité de renforcer l'intégration et les synergies pour obtenir des résultats dans d'autres domaines plus vastes de la santé et du développement. Ces idées seront également diffusées lors de la 6<sup>ème</sup> Conférence de la Société internationale du sida sur la pathogénèse, les traitements et la prévention du VIH, qui aura lieu à Rome en juillet 2011.
21. Pour l'avenir, la famille de l'ONUSIDA est déterminée à tirer parti des progrès existants et à obtenir des avancées dans de nouveaux domaines. Le COC est d'avis que l'UBRAF nous permettra d'atteindre les objectifs de 2015 avec l'expertise, les capacités, les ressources et le leadership de haut niveau que le système des Nations Unies met à disposition. Ensemble, nous nous réjouissons à l'idée de construire, dans les années à venir, une riposte au sida encore plus cohérente, efficace et coordonnée.

[Annexes à la suite]

## ANNEXE : RAPPORTS DES COPARRAINANTS

### ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL (OIT)

#### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays	US\$ 7,780,941
- au niveau régional	US\$ 965,580
- au niveau mondial	US\$ 4 220,865
- total des dépenses	US\$ 12,967,386

Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 7 117 500

---

#### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

**Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations (environ 30 % du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

Adoption de la Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du Socle de Protection Sociale au deuxième Symposium africain sur le travail décent, intitulé « Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi ».

- Au total, 47 pays d'Afrique, avec l'appui technique de l'OIT, ont adopté la Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du Socle de Protection Sociale au deuxième Symposium africain sur le travail décent, intitulé « Construire un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi », organisé par l'OIT au Cameroun. L'OIT a encouragé et soutenu les efforts déployés pour intégrer la question du VIH dans la Déclaration, en tant qu'élément à part entière des initiatives de relance de l'emploi en Afrique. Le VIH fait donc partie intégrante de l'initiative de mise en œuvre du socle de protection sociale en Afrique, ce qui permet de garantir que cette initiative tient compte de la question du VIH.

Organisation d'une formation internationale intitulée « Le VIH/sida et le monde du travail : dans une perspective de prévention et protection sociale ».

- Une formation internationale novatrice intitulée « Le VIH/sida et le monde du travail : dans une perspective de prévention et protection sociale » a été organisée par le Centre international de formation de l'OIT à Turin en 2010. Au total, 47 participants de 26 pays l'ont suivie, et 17 spécialistes de l'OIT, de l'ONUSIDA, de l'OMS, du GNP+, de l'UNICEF, du PAM et du Centre international de formation en ont animé les séances, qui portaient sur les dernières évolutions de la protection sociale. Cette formation nouvelle vise à accroître les connaissances des participants sur la prise en compte du VIH dans la protection sociale au sein des pays touchés par l'épidémie de VIH.

Génération de données probantes sur la protection sociale à travers le lieu de travail dans le secteur privé.

- L'OIT et l'ONUSIDA ont entrepris une évaluation intitulée « *The Private Workplace As A platform for Provision of Social Protection Against HIV/AIDS: Relevance, Promise and Constraints* » (Le lieu de travail dans le secteur privé comme plate-forme pour la

protection sociale contre le VIH/sida : utilité, potentiel et contraintes), sur le rôle du secteur privé dans la mise en place de dispositifs de protection sociale pour atténuer l'impact du VIH et du sida. Cette évaluation a permis de recenser un certain nombre d'initiatives prometteuses lancées par le secteur privé en matière de protection sociale. Diffusée à grande échelle, elle entre dans le cadre du processus de collecte de données sur la protection sociale.

Soutien à 15 pays pour la mise en place de dispositifs de protection sociale sur mesure pour les personnes vivant avec le VIH et les communautés touchées.

- En tout, 15 pays affichant une prévalence élevée du VIH ont été soutenus par l'OIT pour mettre en place toute une série de dispositifs de protection sociale en faveur des personnes vivant avec le VIH et des communautés touchées. Le soutien de l'OIT a consisté notamment en des prestations d'assurance maladie et de sécurité sociale pour les personnes vivant avec le VIH, des activités génératrices de revenus pour ces personnes et leur famille, des initiatives de microcrédit visant à réduire la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH, et des programmes de transferts de liquidités destinés à atténuer l'impact du VIH.

**Réduction de moitié du nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes (environ 30% du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

Adoption de la première norme internationale du travail sur le VIH et le sida et le monde du travail.

- Les États membres de l'OIT ont adopté à la quasi-unanimité la première norme internationale du travail sur le VIH et le sida et le monde du travail (Recommandation 200) en 2010 à la quatre-vingt-dix-neuvième session de la Conférence internationale du Travail (CIT), à laquelle l'ONUSIDA et l'OMS ont participé. La Recommandation vise à renforcer la contribution du monde du travail à la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015, au Cadre stratégique de l'OIT (2010-2015) et aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier l'OMD 6.
- Au total, neuf pays ont révisé leurs politiques et déclarations pour y inclure des références à la Recommandation de l'OIT. À titre d'exemple, dans le cadre d'une affaire judiciaire ayant eu lieu récemment en Afrique du Sud, le Tribunal du travail de Johannesburg a accordé des dommages et intérêts compensatoires à un plaignant qui avait été victime de licenciement abusif et de discrimination du fait de sa séropositivité ; le Tribunal a explicitement fondé sa décision sur le code de bonnes pratiques relatives aux questions essentielles liées au VIH et au sida dans le monde du travail (*Code of Good Practice on the Key Aspects of HIV and AIDS in Employment*). Il s'est aussi appuyé sur la Convention concernant la discrimination (emploi et profession) de l'OIT, 1958 (n° 111), et sur la Recommandation concernant le VIH et le sida et le monde du travail, 2010 (n° 200).

Soutien aux pays pour qu'ils réexaminent leurs lois et politiques en matière de VIH et de sida.

- L'OIT a apporté un appui à 20 pays pour qu'ils réexaminent et/ou élaborent des lois ou des politiques qui prennent en compte les questions liées aux femmes et à l'égalité des sexes, et à 10 pays pour qu'ils forment des inspecteurs du travail en usine. Dans neuf

pays, l'OIT a également soutenu la formation des juges, des magistrats et des juristes sur le VIH, le sida et le droit. L'OIT a mis en place un partenariat avec le GNP+ pour former les membres des réseaux de personnes vivant avec le VIH de sept pays sur : a) le rôle des groupements de personnes vivant avec le VIH dans l'application de la Recommandation concernant le VIH et le sida ; b) la sensibilisation sur le lieu de travail : le leadership des personnes vivant avec le VIH.

Cours international sur la lutte contre la discrimination au travail.

- L'OIT et le Centre international de formation de l'OIT (Turin) ont organisé un cours international intitulé « *Tackling discrimination at work: From theory to practice* » (Lutter contre la discrimination au travail : De la théorie à la pratique) auquel ont assisté 40 personnes de toutes les régions – fonctionnaires, représentants des ministères, responsables des organismes nationaux œuvrant pour l'égalité des chances en matière d'emploi et des organes chargés de l'égalité des sexes. Cette formation a permis aux participants de prendre connaissance des données les plus récentes et d'étudier des exemples de cas de discrimination liée au VIH sur le lieu de travail.

Cours international à l'intention des juges, des juristes et des magistrats.

- L'OIT et le Centre international de formation de l'OIT (Turin) ont organisé un cours intitulé « *International Labour Standards for Judges, Lawyers and Legal educators* » (Normes internationales du travail pour juges, juristes et professeurs de droit), auquel ont assisté 25 personnes de toutes les régions. Cette formation a permis aux participants de mieux comprendre comment utiliser les normes internationales du travail pour lutter contre les problèmes relatifs à la discrimination au niveau national, dont la discrimination liée au VIH.

**Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe (40% du total des dépenses)**

Résultats clés :

Soutien à l'intensification des campagnes régionales « *Know your status* » (Connaître son statut sérologique).

- Des pays d'Afrique de l'Est, avec l'appui de l'OIT, de la Coalition mondiale des entreprises, du Conseil des entreprises d'Afrique de l'Est et de la GTZ, ont organisé une journée de dépistage du VIH à l'intention des directeurs d'entreprise. Un message audiovisuel de l'OIT a été diffusé simultanément dans les pays durant cette manifestation de conseil et test volontaires.

Soutien aux pays pour l'intégration d'une composante « monde du travail » dans leur stratégie nationale de lutte contre le sida.

- L'OIT a aidé 31 pays à élaborer et/ou à revoir la composante « monde du travail » de leurs stratégie et plan nationaux de lutte contre le sida. Dans 25 de ces pays, le soutien de l'OIT a consisté à déterminer le coût de cette composante ; cinq de ces pays ont reçu un appui afin d'obtenir des fonds pour leur stratégie nationale. Au total, 51 pays ont indiqué à ce jour à l'OIT qu'ils avaient intégré une composante « monde du travail » dans leur stratégie nationale de lutte contre le sida.

Soutien à la mise en œuvre de programmes liés au monde du travail à l'intention des travailleurs vulnérables opérant dans des secteurs économiques clés.

- Dans 23 pays, l'OIT a fourni un appui direct pour la mise en place de programmes sur mesure destinés aux travailleurs migrants et mobiles. Des formations de remise à niveau ont été organisées pour les pairs éducateurs dans 14 pays sur les méthodes d'association de mesures de prévention du VIH. Dans 20 pays au total, l'OIT a apporté son soutien à des programmes destinés à différents groupes de la population active, dont les personnels en uniforme et les forces armées, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et les jeunes.

Soutien aux initiatives conjointes pour intensifier les programmes VIH sur le lieu de travail.

- L'OIT, la Coalition mondiale des entreprises, l'ONUSIDA, l'OMS et le Fonds mondial ont organisé une réunion régionale en Afrique du Sud en 2010 visant à : renforcer les partenariats ; présenter différentes techniques utilisées par les entreprises pour prendre part à la lutte contre la tuberculose et le VIH ; et acquérir des connaissances sur la Recommandation de l'OIT et ses conséquences pour les programmes de lutte contre la tuberculose et le VIH sur le lieu de travail. La réunion régionale était également axée sur la transmission sexuelle du VIH. L'OIT a fourni un appui technique et financier à des membres du secteur privé d'Afrique australe impliqués dans de tels programmes.

Programmes mondiaux de formation sur la sécurité et la santé au travail et le VIH.

- L'OIT et le Centre international de formation de l'OIT (Turin) ont organisé un cours sur la sécurité et la santé au travail à l'intention de participants de 14 pays d'Afrique et des Caraïbes. Le cours a porté sur la Recommandation, les Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail, et le VIH et le sida sur le lieu de travail.

---

#### **Autres points :**

**La Recommandation de l'OIT concernant le VIH et le sida et le monde du travail :** L'OIT accueille favorablement et appuie pleinement la nouvelle Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 et son approche consistant à concentrer les efforts sur trois orientations stratégiques interdépendantes : révolutionner la prévention du VIH ; favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération ; et promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes. L'adoption opportune de la première norme internationale du travail sur le VIH et le sida et le monde du travail – la Recommandation 200 – par les États membres de l'OIT donne davantage de possibilités à l'organisation pour soutenir le renforcement et l'intensification des programmes VIH et sida du monde du travail et pour contribuer davantage aux trois orientations fondamentales de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015.

La Recommandation 200 prône : la promotion des droits humains et de l'égalité des sexes, en exhortant les gouvernements à réviser leurs politiques et lois pour s'assurer qu'elles prennent en considération tous les aspects de la stigmatisation et de la discrimination liées au travail et au VIH, en faveur de l'ensemble des catégories de travailleurs ; la participation à la révolution de la prévention, en favorisant la mise en œuvre de programmes VIH et sida exhaustifs qui répondent aux différents besoins des femmes et des hommes et donnent accès à l'ensemble des moyens de prévention sur le lieu de travail même ; l'émergence d'un traitement de nouvelle génération, en veillant à ce que les employés vivant avec le VIH et les personnes à leur charge bénéficient d'un plein accès aux soins, que ce soit dans les structures de santé publique ou dans le secteur privé. L'OIT invite l'ensemble des institutions

des Nations Unies, des organisations de la société civile, des organes du secteur privé et des réseaux de personnes vivant avec le VIH à établir des partenariats et à favoriser la mise en œuvre de la Recommandation 200.

## PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DEVELOPPEMENT (PNUD)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays US\$ 276,540,426<sup>1</sup>
- au niveau régional US\$ 16,906,760<sup>2</sup>
- au niveau mondial US\$ 5,184,025<sup>3</sup>
- total des dépenses US\$ 298,631,211

**Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 8,505,000**

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

**Action coordonnée de l'ONU en faveur des droits de l'homme, des environnements juridiques et des partenariats propices à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination (40,6 % du total des dépenses<sup>4</sup>)**

#### Résultats clés :

- Des ressources de base du Budget-plan de travail intégré ont été employées pour aider 48 pays et quatre régions à examiner, réviser et mettre en œuvre des lois visant à promouvoir les droits des personnes touchées par le VIH et à élargir l'accès aux services de justice.
- En juin 2010, le PNUD a institué la Commission mondiale sur le VIH et le droit au nom de la famille de l'ONUSIDA. Cette commission a pour objet d'élaborer des recommandations éclairées par des données probantes et fondées sur les droits de l'homme, qui aideront les pays à créer et à pérenniser des environnements juridiques propices à des ripostes efficaces au VIH.
- Le PNUD, en collaboration avec l'ONUSIDA et le Fonds mondial, a publié une analyse des programmes d'accès à la justice dans les propositions liées au VIH et les subventions accordées dans le cadre des séries 6 et 7 d'octroi de subventions du Fonds mondial. Cette analyse a favorisé l'intégration d'un objectif spécifique et d'un plan opérationnel sur les droits de l'homme et l'équité dans la nouvelle stratégie du Fonds mondial.
- Des ressources de base du Budget-plan de travail intégré ont été allouées à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH et contre les facteurs sociaux qui accroissent leur vulnérabilité, dans les plans nationaux de lutte contre le sida, les stratégies ou plans sectoriels, à travers des partenariats avec différentes parties prenantes dans 30 pays.
- Plus de 37 pays ont reçu un appui technique et des orientations en matière de politiques sur les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes transgenres et le commerce du sexe, ainsi qu'un appui au financement et à la collecte de fonds.

**Prise en compte des femmes, des filles, de l'égalité des sexes et du VIH dans les ripostes nationales (29,7 % du total des dépenses<sup>5</sup>)**

#### Résultats clés :

---

<sup>1</sup> L'estimation du chiffre à l'échelon pays comprend les dépenses allouées à des projets VIH hors programme uniquement et les dépenses du Fonds mondial pour le VIH (n'inclut pas les dépenses allouées à des projets intégrés présentant une composante VIH).

<sup>2</sup> Budget de base, supplémentaire et de l'organisme.

<sup>3</sup> Budget de base, supplémentaire et de l'organisme.

<sup>4</sup> Ressources de base du Budget-plan de travail intégré aux niveaux mondial et régional.

<sup>5</sup> Ressources de base du Budget-plan de travail intégré aux niveaux mondial et régional, dont les dépenses relatives aux composantes « égalité des sexes » des droits de l'homme.

- Conformément aux responsabilités qui lui ont été attribuées dans l'*Agenda pour une action accélérée au niveau des pays* de l'ONUSIDA, le PNUD a entrepris de développer le leadership des femmes vivant avec le VIH dans 23 pays de six régions, ce qui a donné lieu au renforcement des partenariats entre les organisations/réseaux de femmes séropositives au VIH et d'autres parties prenantes nationales clés. Les capacités des réseaux nationaux de femmes vivant avec le VIH ont également été renforcées, afin d'accroître leur participation à l'accès universel (en termes de mécanismes et de communication d'informations) et à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (en termes de sensibilisation et de communication d'informations) dans 14 pays.
- Le PNUD a mené une initiative interinstitutions – *Universal Access for Women and Girls Now!* (Accès universel pour les femmes et les filles, maintenant !) – dans 10 pays, afin de les aider à intégrer la question de l'égalité des sexes dans leur riposte nationale au VIH. La Zambie est à cet égard un exemple de réussite : elle a intégré une composante « égalité des sexes » explicite et a inscrit son engagement en faveur de la lutte contre la violence sexiste dans son nouveau cadre national stratégique de lutte contre le sida (2011-2015). Elle a en outre créé une nouvelle fonction de conseiller pour l'égalité des sexes au sein du comité national de lutte contre le sida pour veiller à une intégration continue de cette question dans la riposte nationale au sida.
- L'action du PNUD en faveur de l'égalité des sexes et la Commission mondiale sur le VIH et le droit sont inextricablement liées. L'un des trois domaines vers lesquels la Commission oriente ses travaux porte sur les lois qui encouragent ou atténuent la violence et la discrimination à l'encontre des femmes. Les débats et les mesures de suivi qui ont émané des dialogues régionaux de la Commission dans six régions permettront d'orienter et de renforcer les travaux du PNUD dans ce domaine important.

**Gouvernance participative pour des ripostes nationales, décentralisées et multisectorielles** (29,7 % du total des dépenses)

Résultats clés :

- Des ressources de base du Budget-plan de travail intégré ont été employées pour aider les autorités et parties prenantes nationales de 26 pays à renforcer la gouvernance et la coordination de leur riposte au sida. Par exemple, des évaluations du secteur de la lutte contre le sida ont été effectuées en République démocratique du Congo, en Zambie et au Lesotho, afin de permettre à ces pays de mieux comprendre les points forts de leurs institutions et les obstacles à une coordination efficace et rentable de la riposte au sida aux niveaux national et infranational.
- Au total, 21 pays et deux régions ont reçu une aide pour intégrer la question du VIH dans les plans et mécanismes nationaux et sectoriels relatifs au développement, dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et dans les plans relatifs aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Une évaluation du programme d'intégration a donné lieu à un changement d'orientation, avec un accent mis sur les DSRP dans les pays affichant une prévalence élevée.
- Le PNUD a soutenu des études sur l'impact socio-économique et des initiatives en la matière dans 22 pays, dont une étude réalisée dans quatre pays d'Asie, qui compare l'impact de la crise économique sur les ménages touchés par le VIH par rapport aux ménages non touchés. Les résultats et recommandations seront intégrés au futur agenda du PNUD en matière de protection sociale.

---

**Autres points :**

Le PNUD accueille très favorablement le document *Objectif : zéro 2011-2015 – Stratégie de l'ONUSIDA*, et l'accent qu'il met sur l'établissement de liens entre la riposte au VIH et la question plus large des OMD, en particulier sur les questions des droits de l'homme et de l'égalité des sexes. Le PNUD occupe une position idéale pour contribuer à la réalisation des objectifs fixés dans cette Stratégie, grâce à la fonction de coordonnateur qu'il remplit dans le cadre de la Division du travail de l'ONUSIDA, à son implication dans plusieurs domaines prioritaires clés (voir ci-dessous des exemples de contributions importantes<sup>6</sup>) et à son rôle central consistant à coordonner les efforts de l'ONU pour suivre le degré de réalisation des OMD par les pays.

À cet égard, le PNUD a élaboré un ensemble exhaustif de stratégies, d'outils, de publications et de services visant à soutenir les stratégies nationales de développement fondées sur les OMD. Ci-dessous quelques exemples.

- Stratégie novatrice du PNUD pour accélérer la réalisation des OMD  
La stratégie novatrice du PNUD pour accélérer la réalisation des OMD (*MDG Breakthrough Strategy*) expose le plan défini par le PNUD pour aider les pays à évoluer vers une situation nouvelle leur permettant de réaliser les OMD et de pérenniser les progrès. Elle aidera les pays à cerner les obstacles à la réalisation des OMD et présente en détails des interventions dont l'efficacité a été avérée ainsi que des enseignements tirés pour lutter contre ces difficultés. Elle oriente également l'appui que nous fournissons aux pays pour préparer le terrain de la pérennisation des progrès, réduire le risque d'un retour en arrière et renforcer les partenariats qui s'imposent pour réaliser les OMD à l'horizon 2015.
- Cadre d'accélération de la réalisation des OMD - [www.undp.org/mdg/acceleration.shtml](http://www.undp.org/mdg/acceleration.shtml)  
Cet instrument donne aux pays un cadre systématique pour élaborer leur propre plan d'action sur la base des plans et mécanismes existants en vue d'atteindre les priorités qu'ils se sont fixées au titre des OMD. Il aide également les gouvernements à se concentrer sur les disparités et les inégalités – responsables du fait que les progrès ne profitent pas à tous de la même manière – en s'attachant tout particulièrement à répondre aux besoins des personnes vulnérables. En 2010, 10 pays ont commencé à tester le Cadre d'accélération de la réalisation des OMD, avec l'appui du PNUD et du système des Nations Unies au sens large. Par exemple, un appui a été apporté à la Papouasie-Nouvelle-Guinée pour la mise en place du Cadre et d'instruments d'établissement des coûts de la réalisation des OMD 4, 5 et 6. Cet appui a permis de garantir que le VIH n'était pas traité uniquement en tant que question de santé mais aussi en tant que question aux facteurs et aux effets sociaux, culturels et économiques, tels que la violence sexuelle. Le cadre et les instruments d'établissement des coûts devraient en principe être utilisés pour l'élaboration des budgets annuels et pour des allocations de ressources permettant d'obtenir de meilleurs rapports coûts/performances dans les domaines de la lutte contre VIH et de la santé.
- Le PNUD a également ouvert la voie à l'élaboration d'un document sur le sida et les OMD, qui a été rendu public au Sommet sur les OMD en 2010. Ce document fournit un cadre clair et fondé sur des données probantes pour conceptualiser les liens entre sida et OMD. Pour cela, il expose des recommandations visant à accélérer les progrès à travers des actions complémentaires qui relient les OMD entre eux, et à promouvoir une approche de l'épidémie de VIH qui soit plus axée sur le long terme et le développement. Des contributions au rapport de synthèse sur les OMD (<http://content.undp.org/go/cms->

---

<sup>6</sup> En tant qu'institution coordonnatrice unique s'agissant des lois punitives et des droits de l'homme ; en tant qu'institution coordonnatrice avec l'UNFPA pour le domaine portant sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles et le commerce du sexe, et pour le domaine des femmes, des filles et de l'égalité des sexes ; et en tant que partenaire sous la direction d'autres institutions dans six domaines.

[service/download/asset?asset\\_id=2677427](#)) et à l'évaluation internationale ([http://content.undp.org/go/cms-service/download/asset?asset\\_id=2620072](http://content.undp.org/go/cms-service/download/asset?asset_id=2620072)) ont permis de renforcer les composantes VIH de ces publications phares.

- Des ressources de base du Budget-plan de travail intégré ont été employées pour aider 21 pays à intégrer les questions du VIH et des pandémies dans les stratégies plus globales de réduction de la pauvreté, les plans de développement, les stratégies de réalisation des OMD et les allocations de ressources intérieures. Des synergies ont ainsi pu être créées entre les ripostes au VIH et les actions menées en faveur du développement à un niveau plus général.

## FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010<sup>7</sup>:

- à l'échelon pays	US\$ 168,948,708
- au niveau régional	US\$ 10,155,044
- au niveau mondial	US\$ 8,070,735
- total des dépenses	US\$ 187,174,487 <sup>8</sup>

Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 18,689,162

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

**Réduire le nombre de cas d'infection pédiatrique par le VIH ; accroître le pourcentage de femmes séropositives recevant des médicaments antirétroviraux ; accroître le pourcentage d'enfants recevant un traitement contre le VIH/sida** (environ 30,5 % du total des dépenses)

L'accord sur l'élimination des nouvelles infections pédiatriques par le VIH en tant qu'objectif mondial a renforcé la volonté de l'UNICEF d'intensifier la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et de l'inscrire parmi ses principales priorités institutionnelles. Institution coordonnatrice dans le cadre de la Division du travail de l'ONUSIDA dans le domaine « Empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH », l'UNICEF a concentré ses efforts sur le renforcement des stratégies nationales, l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services efficaces de PTME, et l'intégration de cette question à d'autres services de santé destinés aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. La réussite dans ce domaine se mesurera à partir d'un apport initial (des médicaments pour les mères) donnant lieu à un résultat concret (des enfants sans VIH).

### Résultats clés :

Ces six dernières années, le nombre de femmes enceintes séropositives au VIH bénéficiant d'un traitement antirétroviral pour la PTME a considérablement augmenté, passant de 10 % en 2004 à 53 % en 2009. Au cours de la même période, la proportion des nouvelles infections pédiatriques a diminué de 24 %. Les bureaux de pays de l'UNICEF aident les gouvernements nationaux à mettre en œuvre des stratégies ambitieuses, à se fixer des objectifs élevés, à mettre en place des services de qualité et à collecter des données éclairant la conception des programmes, en accordant la priorité à 22 pays dont la charge de morbidité est élevée et qui abritent environ 87 % de la totalité (1,4 million) des femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde. L'UNICEF soutient également la mise en place d'un traitement du sida pédiatrique qui soit mieux accessible, moins coûteux et plus efficace. Les bureaux de pays de l'UNICEF fournissent une assistance pratique pour développer les capacités dans les districts, les dispensaires et les centres de santé, et au sein des communautés et de la société civile. Par exemple, au Kenya, en Zambie et au Malawi, grâce à des techniques novatrices introduites par l'UNICEF, les laboratoires communiquent les résultats d'analyses aux centres de santé par téléphone mobile. Les dispensaires envoient des sms aux mères et aux agents de santé communautaires pour leur rappeler la date des prochains rendez-vous. L'UNICEF a aussi évalué les problèmes qui se posent pour

---

<sup>7</sup> Estimations provisoires en mars 2011.

<sup>8</sup> Les montants des dépenses figurant dans le présent rapport sont tirés du rapport quasi définitif (à la mi-mars 2011) sur les dépenses de l'UNICEF pour 2010. Par ailleurs, le montant total des dépenses pour 2010 figurant dans le rapport ONUSIDA de suivi de la performance 2010 (UNAIDS/PCB(28)/11.7) est basé sur le rapport préliminaire sur les dépenses pour la période janvier-décembre 2010 (établi en février 2011).

transposer le dépistage des enfants plus grande échelle, a apporté des solutions pour mettre les enfants séropositifs au VIH en rapport avec des services, et a contribué à intégrer le test et le traitement du VIH dans les ripostes nationales. En outre, le mandat de l'UNICEF pour la survie des mères et des enfants, la nutrition et l'accès à l'eau permet à l'organisation de piloter et d'aider à intégrer la PTME et les services de soins pédiatriques à d'autres activités essentielles dans pratiquement tous les pays à revenu faible ou intermédiaire. La mise en œuvre de stratégies dont l'efficacité est avérée a permis d'améliorer la qualité des initiatives en faveur des nouveau-nés et des nourrissons.

**Appuyer les capacités nationales pour accroître la proportion d'enfants devenus orphelins ou vulnérables du fait du VIH/sida qui reçoivent un soutien de qualité de la part de leur famille, de la collectivité et du gouvernement (environ 24,2 % du total des dépenses)**

L'équité faisant partie de ses grandes orientations, l'UNICEF a réaffirmé sa volonté de répondre aux besoins des enfants touchés par le sida et de défendre leurs droits. En 2010, 17,5 millions d'enfants de moins de 18 ans avaient perdu un de leurs parents ou les deux à cause du sida, soit 11 % du nombre total d'enfants devenus orphelins pour une autre cause. Sur la totalité de ces enfants, 90 % vivent en Afrique subsaharienne. La plupart des pays ont accompli des progrès considérables s'agissant de l'égalité de l'accès à la scolarisation pour les orphelins et les non-orphelins dans la tranche 10-14 ans. Toutefois, l'appui extérieur octroyé aux familles prenant en charge des orphelins et enfants vulnérables (OEV) s'est révélé inadéquat. L'UNICEF a tenté d'apporter des solutions dans ce domaine à travers : un soutien aux systèmes de protection sociale soucieux des enfants, notamment en recensant et en levant les obstacles à l'accès aux services sociaux ; une aide au transfert de liquidités pour les familles en situation d'extrême pauvreté ; le financement de subventions en bloc aux écoles pour exonérer les enfants vulnérables de frais et de droits de scolarité ; et des activités de plaidoyer pour la suppression des frais de l'accès aux soins de santé primaires et à l'éducation.

#### Résultats clés :

L'UNICEF consacre une part de ses efforts au renforcement des systèmes publics et à assise communautaire de protection sociale et de protection de l'enfance qui contribuent – directement ou indirectement – à fournir des services essentiels aux enfants les plus vulnérables, notamment ceux qui sont touchés par le sida. La protection financière, qui comprend les transferts de liquidités, est devenue un élément essentiel des approches efficaces en matière de protection sociale ; les initiatives visant à améliorer l'accès aux services et les politiques et lois qui encouragent l'équité et réduisent l'exclusion sociale en sont d'autres. L'UNICEF a appuyé l'élaboration de dispositifs publics de protection sociale dans plus de 20 pays. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, l'UNICEF a œuvré de façon intensive à travers l'initiative régionale en faveur des enfants et du sida *Children and AIDS Regional Initiative (CARI)*, afin d'intensifier les services destinés aux OEV et de garantir des ripostes nationales pérennes dans 9 pays prioritaires. L'examen externe du programme, réalisé en 2010, a montré que cette initiative avait franchi les étapes importantes initialement fixées. L'UNICEF a aussi soutenu l'élaboration d'outils de diagnostic et de cartographie pour aider les pays à évaluer les capacités de leurs systèmes de protection de l'enfance, à déterminer les aspects ayant besoin d'être renforcés et le coût que cela pourrait représenter. Afin de promouvoir les approches éclairées par des données probantes en matière de prise en charge des enfants, l'UNICEF a apporté son appui à Better Care Network (BCN), un réseau interinstitutions de groupements religieux, de gouvernements et de personnes, qui travaille sur la question des enfants ne bénéficiant pas d'une prise en charge familiale adéquate, notamment les OEV. L'expérience de l'UNICEF en matière de programmation sur la protection sociale a contribué à l'élaboration de l'étude de viabilité de l'ONUSIDA dans ce domaine. Des travaux réalisés à la demande de l'UNICEF sur les données probantes

relatives à la protection sociale prenant en compte les questions liées au VIH ont été présentés à la Conférence internationale sur le sida à Vienne, à une réunion de la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC) de parlementaires africains et au groupe de référence de la Banque mondiale pour les questions économiques.

**Réduire les risques et la vulnérabilité des adolescents face au VIH/sida, en facilitant l'accès et le recours à des informations, à des compétences et à des services en matière de prévention qui prennent en compte des besoins des deux sexes** (environ 29,2 % du total des dépenses)

Prévenir les nouvelles infections chez les jeunes est essentiel pour enrayer la propagation du VIH et du sida et commencer à inverser la tendance actuelle. L'UNICEF insiste sur l'importance d'analyser l'épidémie chez les adolescents, d'établir des orientations plus précises et de fournir un appui à l'échelon pays pour mettre en place un éventail de formules et porter une attention accrue aux enfants et aux jeunes de 15-24 ans dans le cadre de la riposte mondiale au sida. En 2009, on estimait à 5 millions le nombre d'enfants et de jeunes vivant avec le VIH, soit une baisse de 12 % par rapport à l'estimation de 2001 qui était de 5,7 millions. En Afrique subsaharienne, on a constaté une diminution de plus de 25 % de la prévalence du VIH chez les jeunes dans 22 pays sur la même période, ce qui traduit une activité sexuelle moins précoce, un usage accru du préservatif et une réduction du nombre de partenaires sexuels. Il n'en reste pas moins que 41 % des nouvelles infections surviennent chez les 15-24 ans.

#### Résultats clés :

En juin 2010, l'UNICEF a publié un rapport ouvrant de nouvelles perspectives intitulé *Blame and Banishment* (Blâme et bannissement), qui porte sur l'infection chez les adolescents en Europe orientale et en Asie centrale. Il révèle qu'il existe des épidémies « cachées » parmi des enfants marginalisés et des jeunes. L'UNICEF et des partenaires œuvrent pour encourager l'adoption de lois et de politiques de soutien qui visent à défendre les droits des enfants et leur accès aux services. En 2010, l'UNICEF a réuni des prestataires de services et des jeunes de 18 pays, principalement d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, dans le cadre d'une consultation mondiale sur la fourniture de services aux adolescents vivant avec le VIH. Résultat, l'UNICEF et l'OMS ont élaboré des orientations mondiales afin de mieux recenser et satisfaire les besoins de ces adolescents.

L'UNICEF est aussi à la tête d'initiatives novatrices en matière de communication sur le VIH dans les médias susceptibles de toucher les jeunes à grande échelle et d'influer sur leurs discours et comportements (par ex. : *Pasión por la Vida*, une initiative régionale mise en place en Amérique latine sur la stigmatisation ; *Brothers for Life*, en Afrique de l'Est et en Afrique australe, qui vante la participation des hommes et des changements dans le comportement masculin ; et *Shuga*, une série télévisée en trois épisodes produite par la chaîne MTV en collaboration avec l'UNICEF et le PEPFAR). Une évaluation de *Shuga* réalisée par l'Université Johns Hopkins a montré que la série élevait le niveau de connaissance des jeunes téléspectateurs, renforçait leur intention d'effectuer un test VIH et améliorerait leur attitude à l'égard des personnes vivant le VIH.

En 2010, l'UNICEF a contribué à la réalisation d'un examen exhaustif des programmes et des politiques de prévention du VIH dans 20 pays prioritaires, qui orientera la planification de l'appui technique effectuée par l'Équipe de travail interinstitutions sur les jeunes. À Kibera (Kenya), l'UNICEF a aidé des jeunes à établir la cartographie de leur propre vulnérabilité à l'aide d'outils numériques leur permettant de collecter des données sur les lieux où ils se sentaient en danger ou menacés et sur les lieux sûrs. En Asie du Sud, l'UNICEF a participé à la réalisation d'estimations de la taille des populations clés, qui recensaient les lieux où les besoins en matière de services de prévention étaient les plus criants.

**Autres points :**

**Défis liés à la priorité 1 :** Afin d'éliminer la transmission verticale et d'appliquer rapidement les nouvelles directives de l'OMS, il faut pouvoir dépister précocement le VIH chez les femmes enceintes et faire en sorte qu'elles aient davantage recours aux services existants de santé maternelle, néonatale et reproductive ainsi qu'aux services axés sur la survie des enfants. Certes le diagnostic du VIH chez les enfants de moins de deux ans est difficile, mais il permet de réduire considérablement la mortalité parmi les nourrissons. Les services de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire doivent améliorer leurs capacités à diagnostiquer le VIH chez les enfants, à élaborer des traitements qui leur soient plus adaptés et à les prendre en charge une fois leur séropositivité détectée.

**Défis liés à la priorité 2 :** Élargir et intensifier les services destinés aux enfants vulnérables tout en conservant leur qualité est un défi majeur. Fournir des soins et un appui aux OEV fait partie intégrante d'un ensemble d'interventions pour les jeunes séropositifs au VIH, qui combinent les soins, l'appui, la prévention primaire et l'accès au traitement. L'UNICEF continuera d'aider les pays à élaborer des normes de qualité pour les soins et l'appui aux OEV. De nombreuses organisations à assise communautaire rencontrent toujours des difficultés pour avoir accès à des ressources adéquates destinées aux OEV et ne sont pas en mesure de faire des demandes de fonds de donateurs. L'UNICEF et la Banque mondiale travaillent conjointement pour améliorer l'efficacité et la rentabilité des dépenses en faveur des OEV au niveau mondial.

**Défis liés à la priorité 3 :** Parce qu'il n'existe pas de stratégie de prévention universelle pouvant viser tous les jeunes de tous les pays, trouver le bon message et le moment opportun pour le diffuser n'est pas aisé. En matière de prévention, les informations et les programmes destinés à toucher les jeunes devraient être adaptés pour chaque âge et chaque contexte. Une riposte éclairée par des données probantes implique nécessairement une participation des jeunes eux-mêmes pour recenser leurs besoins et y répondre. À travers la fourniture de services intégrés destinés aux plus vulnérables, la suppression des obstacles à l'accès, une meilleure ventilation des données, et des programmes de suivi et d'évaluation, l'UNICEF aide les pays à engager leur responsabilité envers les jeunes et à concentrer leurs efforts sur des résultats mesurables pour ce qui est de la connaissance approfondie du VIH, du doublement de l'usage du préservatif et du nombre de jeunes ayant connaissance de leur statut VIH.

## ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (UNESCO)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays US\$ 11,181,057
- au niveau régional US\$ 2,732,412
- au niveau mondial US\$ 3,626,805
- total des dépenses US\$ 17,540,275

**Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 7,995,000**

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

#### **Développer les capacités des pays en matière d'action éducative efficace et pérenne de lutte contre le VIH (environ 40 % du total des dépenses)**

L'UNESCO aide les pays à veiller à ce que les sous-systèmes et les institutions de leur secteur éducatif jouent un rôle déterminant dans la prévention du VIH et à atténuer l'impact de l'épidémie sur les apprenants et les éducateurs ; l'organisation développe en outre les capacités du secteur pour qu'il atteigne des objectifs en matière d'éducation nationale et de développement. Si de nombreux pays ont réalisé des progrès dans l'élaboration de politiques et de stratégies relatives au VIH et au sida pour le secteur éducatif, des données montrent que leur application reste limitée. L'UNESCO s'attache donc tout particulièrement à renforcer les capacités du secteur éducatif à mettre en œuvre des politiques et des stratégies à tous les niveaux.

#### Résultats clés :

L'UNESCO a fourni un appui technique et a contribué au renforcement des capacités, afin que les partenaires nationaux améliorent les analyses de situations, la planification éclairée par des données probantes, la mise en œuvre, et le suivi et l'évaluation des actions de lutte contre le VIH menées par le secteur éducatif, avec un accent particulier sur l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. À cet effet, un programme commun avec l'UNICEF et le Secrétariat de la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC) a été mis en place dans la région. Il a contribué à une meilleure intégration des questions du VIH et du sida dans les politiques et stratégies éducatives d'ensemble, qui se traduit par l'amélioration des programmes scolaires sur le VIH et l'éducation sexuelle, des formations initiales et en cours d'emploi pour les enseignants, et un appui aux éducateurs et aux apprenants touchés par le VIH et le sida. Le partenariat a permis de tisser des liens essentiels avec les initiatives en place dans ce domaine, telles que le programme multipartite de soins et soutien pour l'enseignement et l'apprentissage *Care and Support for Teaching and Learning (CSTL)*. Le secteur privé a également mobilisé d'importantes ressources supplémentaires pour les pays prioritaires de la région.

#### **Renforcer l'éducation globale relative au VIH et à la sexualité (environ 30 % du total des dépenses)**

L'UNESCO a pris la tête d'un effort mondial visant à aider les pays à dispenser une éducation globale bien planifiée relative au VIH et à la sexualité, afin de donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, d'éviter les grossesses non désirées et d'améliorer la santé sexuelle et reproductive dans son ensemble. L'UNESCO porte également son attention sur les réalisations dans les domaines non sanitaires et sur les questions liées aux droits de l'homme, notamment la stigmatisation et la discrimination, les sexospécificités et l'égalité des sexes, et la diversité

sexuelle. En partenariat avec l'UNFPA et l'UNICEF, l'UNESCO appuie l'éducation sexuelle dans les 17 pays prioritaires de l'étude de viabilité de l'ONUSIDA concernant les jeunes. Cette démarche axée sur le partenariat se concrétise, au niveau régional et à l'échelon pays, par des activités coordonnées de plaidoyer et la fourniture d'un appui technique, l'objectif étant d'obtenir les résultats ambitieux consistant à accroître l'accès au préservatif et son utilisation, le recours au dépistage du VIH et les niveaux de connaissance sur le VIH.

#### Résultats clés :

L'UNESCO a aidé des pays à mettre en place une éducation relative au VIH et à la sexualité et à la transposer à grande échelle, grâce à des actions de persuasion ayant suscité un engagement chez les décideurs. En outre, elle a fourni des orientations techniques et a contribué au renforcement des capacités des responsables éducatifs, des spécialistes de la planification, des responsables des programmes scolaires et des enseignants, afin qu'ils puissent élaborer, mettre en œuvre et conduire des programmes efficaces d'éducation relative au VIH et à la sexualité. Ci-dessous quelques exemples des premiers résultats.

- Le Ministère kenyan de l'éducation a reçu un appui pour améliorer l'éducation sexuelle dans le cadre du programme scolaire de compétences psychosociales.
- Des comités d'examen technique ont été mis en place en Afrique du Sud et en Namibie, afin de procéder à une révision complète des programmes scolaires pour 2011.
- Des analyses de situations et des révisions des programmes scolaires ont été effectuées dans huit pays d'Amérique latine et des Caraïbes et sont prévues dans 10 pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe.
- Des établissements de formation d'enseignants ont été améliorés au Botswana, au Lesotho, au Malawi, en Zambie, au Zimbabwe et en Chine.
- En Thaïlande, une exposition d'un an au musée national des sciences permet de sensibiliser les adolescents à une sexualité à moindre risque et à la prévention du VIH (2 000-5 000 visiteurs par jour depuis août 2010).

**Promouvoir l'égalité des sexes et la protection des droits de l'homme** (environ 20 % du total des dépenses)

Pour être efficaces, les ripostes au VIH et au sida doivent promouvoir l'égalité des sexes et les droits de l'homme et s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, tant à travers l'éducation que par d'autres moyens. L'UNESCO encourage la tolérance envers les diversités culturelles et sexuelles, les comportements bienveillants à l'égard des personnes vivant avec le VIH, et le respect des droits des enfants et des jeunes vivant avec le VIH ainsi que la prise en compte de leurs besoins spécifiques, notamment à travers des activités novatrices visant à répondre aux besoins des apprenants séropositifs. Reconnaissant que les rôles sexospécifiques et les relations entre les sexes ont une influence non négligeable sur l'évolution et l'impact de l'épidémie, l'UNESCO a également mis un nouvel accent sur les questions liées à la sexospécificité dans sa stratégie révisée en matière de VIH et de sida, ce qui en fait une priorité stratégique pour cette période biennale et au-delà.

#### Résultats clés :

L'UNESCO a aidé des pays à intensifier et à transposer à plus grande échelle les services éducatifs, de proximité et d'appui, afin de répondre aux besoins des populations clés, notamment à travers les initiatives suivantes :

- répondre aux besoins des apprenants et enseignants séropositifs au VIH, notamment en mettant en place des groupes d'appui communautaires pour les enfants et les jeunes touchés par le VIH et le sida, en améliorant les méthodes sur le lieu de travail dans le

secteur éducatif et les réseaux d'enseignants séropositifs en Afrique australe, et, à l'échelle mondiale, en élaborant des orientations pour renforcer les actions menées par le secteur éducatif pour répondre aux besoins des jeunes vivant avec le VIH ;

- une éducation de proximité dispensée par des pairs aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en Asie et dans le Pacifique, dont un appui aux réseaux régionaux et nationaux de HSH pour qu'ils fournissent des services de conseils et d'information et sensibilisent la population à la stigmatisation et à la discrimination ;
  - élargir l'accès à la prévention du VIH et s'attaquer à la discrimination en collaboration avec les groupes marginalisés en Asie centrale, en mettant tout particulièrement l'accent sur la défense des droits des migrantes.
- 

### **Autres points :**

L'UNESCO est déterminée à veiller à ce que tous les travaux dans ces domaines prioritaires soient tournés vers l'avenir, conformes à la Stratégie de l'ONUSIDA et aux priorités nationales, et fondés sur les données factuelles les plus récentes, que ce soit en générant de nouvelles données pour étoffer le corpus ou en fournissant une aide aux pays pour analyser et exploiter les données produites, notamment par le suivi et l'évaluation des programmes. Durant cette période biennale, les travaux de recherche les plus novateurs réalisés par l'UNESCO ont porté sur l'éducation sexuelle. L'organisation a commandé une étude internationale inédite sur les coûts et l'efficacité des programmes d'éducation sexuelle dans six pays (Estonie, Inde, Indonésie, Kenya, Nigéria et Pays-Bas). Cette étude vient combler une lacune importante dans le corpus de données sur l'éducation sexuelle et montre que, si elle est bien planifiée et assurée, une éducation sexuelle exhaustive véhiculée à travers l'école est un moyen rentable d'atténuer la détérioration de la santé chez les jeunes. L'UNESCO aide également l'Équipe de travail interinstitutions (ETII) sur l'éducation de l'ONUSIDA à effectuer une enquête mondiale sur l'évolution de la participation du secteur éducatif aux ripostes nationales au VIH et au sida. S'agissant du soutien qu'elle fournit aux pays pour qu'ils puissent exploiter les données en vue de renforcer l'efficacité des ripostes à l'épidémie, l'UNESCO s'inspire des travaux de l'ETII sur l'éducation pour conduire l'élaboration d'un cadre mondial de suivi et d'évaluation des actions du secteur éducatif en matière de VIH. Des indicateurs de base ont été recensés en 2010 et seront éprouvés en 2011 dans diverses régions, dont l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe, les Caraïbes et l'Asie.

Les partenariats solides – notamment avec les ministères de l'éducation, les Coparrainants de l'ONUSIDA et les organisations et réseaux de la société civile – sont aussi d'une importance capitale pour l'efficacité des actions de l'UNESCO. Outre ses collaborations avec l'ETII sur l'éducation (qu'elle coordonne), d'autres ETII, le Groupe de travail interinstitutions sur les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH, et des équipes régionales et de pays sur le VIH, l'UNESCO a renforcé ses partenariats avec des Coparrainants sur un certain nombre de questions prioritaires, qu'il s'agisse de l'éducation sexuelle en Amérique latine ou des actions de soutien aux HSH en Asie et dans le Pacifique. Le partenariat entre l'UNESCO et l'UNICEF mis en place au niveau régional pour redynamiser les actions du secteur éducatif en Afrique de l'Est et en Afrique australe a également permis de renforcer la collaboration au niveau national.

Enfin, pour être sûre de concrétiser ses priorités, l'UNESCO a investi, durant cette période biennale, des ressources importantes pour recruter, former et soutenir du personnel national hautement qualifié. Au total, 20 administrateurs recrutés sur le plan national ont été nommés, dont 10 en Afrique de l'Est et en Afrique australe. La moitié de ces recrutements est financée par le Budget-plan de travail intégré, l'autre moitié par des fonds

extrabudgétaires. L'affectation de ces administrateurs reflète des priorités stratégiques, en particulier l'obtention de résultats ambitieux prévus dans l'étude de viabilité sur le fait de donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH, les besoins des pays et les priorités en matière d'épidémie ; elle dénote en outre une prise en compte des pays dans lesquels l'UNESCO n'assurait pas une présence régulière. Cet investissement accru en matière de personnel national a considérablement développé les capacités de l'UNESCO à recenser et satisfaire les besoins des pays, à renforcer le rôle de l'éducation dans la riposte au VIH et à traiter les questions liées au non-respect de l'égalité des sexes et des droits de l'homme, qui entravent l'efficacité des ripostes au VIH et au sida.

## FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays	US\$ 64,638,555
- au niveau régional	US\$ 11,457,876
- au niveau mondial	US\$ 20,344,336
- total des dépenses	US\$ 96,440,767

Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 13,633,750

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

#### Réduire la transmission sexuelle du VIH (33,2 % du total des dépenses)

##### Résultats clés :

L'UNFPA a aidé **52 pays** à établir un plan global pour l'achat, la gestion de l'approvisionnement et la distribution de préservatifs et d'autres produits. Ci-dessous quelques exemples de résultats.

- En Amérique latine et dans les Caraïbes, l'UNFPA a renforcé les capacités des personnels de laboratoires publics et privés en matière de normes et de spécificités des contrôles de qualité des produits relatifs à la santé reproductive, et il a amélioré la collaboration Sud-Sud grâce à la mise en place de deux réseaux électroniques de techniciens de laboratoire visant à diffuser des protocoles et des supports de formation.
- L'UNFPA a renforcé les capacités des personnels dans 13 pays en Asie et dans le Pacifique et dans 17 pays en Amérique latine et dans les Caraïbes, dans le domaine de la prestation de services essentiels de prévention du VIH.

L'UNFPA a fourni un appui technique visant à mettre en œuvre l'Approche stratégique en 10 étapes pour l'intensification de la programmation globale de promotion du préservatif dans 74 pays. Ci-dessous quelques exemples de résultats.

- L'UNFPA a contribué à améliorer l'élaboration des stratégies nationales en matière de préservatifs et des plans opérationnels chiffrés dans 38 pays ; il a contribué à la conception de stratégies pour la création de demande de préservatifs dans trois pays.
- C'est le plus important fournisseur de préservatifs masculins – 680 millions – dans les pays à revenu faible, et le deuxième fournisseur de préservatifs féminins – 14 millions fournis en 2009 contre 14,9 millions par USAID.
- Il a renforcé les capacités des personnels dans 15 pays d'Afrique pour qu'ils intègrent la programmation globale de promotion du préservatif et la sécurité de l'approvisionnement en produits de santé reproductive, ce qui a débouché sur l'élaboration de plans nationaux intégrés au Bénin, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire. Il a amélioré la disponibilité des outils, dont un cadre type pour la création de demande de préservatifs visant à adapter la demande de préservatifs masculins et féminins.

L'UNFPA a fourni un appui technique à des gouvernements nationaux pour qu'ils multiplient les services de circoncision masculine dans 13 pays, ce qui a entraîné une augmentation de 21 % du recours à cette technique au Malawi et la mise en place globale de services au Zimbabwe.

L'UNFPA a fourni un appui à 45 pays pour qu'ils améliorent la protection des droits de l'homme et l'accès aux services des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients, des

**hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et des personnes transgenres** ; 33 pays ont reçu un appui pour mettre en œuvre des orientations en matière de politiques et exploiter d'autres informations axées sur la vulnérabilité des populations les plus exposées au risque d'infection ; 45 pays ont reçu un appui pour élaborer et/ou mettre en œuvre des programmes d'élargissement et d'intensification de la fourniture de services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH ciblant les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ci-dessous quelques exemples de résultat.

- Amélioration de la coordination et de l'harmonisation parmi les professionnel(le)s du sexe et les organisations et réseaux de commerce du sexe, dans les domaines de la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), et de la santé sexuelle et reproductive ; et renforcement des liens entre la santé sexuelle et reproductive, la violence sexiste, les droits de l'homme et le VIH.
- Établissement de nouveaux partenariats avec les gouvernements, les professionnel(le)s du sexe et l'ONU dans huit pays prioritaires, afin de faciliter le travail en Asie et dans le Pacifique.
- Amélioration de la couverture et de la qualité des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe fournis par les hôpitaux et les centres de santé des provinces en Thaïlande ; exécution accrue des services de prévention du VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe dans 41 provinces.

L'UNFPA a fourni un appui à **74 pays pour qu'ils intègrent et mettent en œuvre des politiques et programmes relatifs au VIH et au sida à l'intention des populations touchées par des crises humanitaires**. Ci-dessous quelques exemples de résultats.

- Meilleure intégration de la prévention du VIH dans les plans d'urgence nationaux (Comores), et intégration de la prévention de la violence sexiste dans les protocoles visant les situations d'urgence (Mozambique) ; renforcement des capacités de 60 prestataires de services et de 120 éducateurs par les pairs sur l'Ensemble minimal de services initiaux, pour une amélioration de sa mise en œuvre (Ouganda), et de 42 ex-combattantes pour qu'elles fournissent des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH aux déplacés et aux rapatriés (Burundi) ; fourniture de services de prévention du VIH, dont des traitements contre les IST, à plus de 2 000 militaires, policiers et personnes à charge (RDC) ; et fourniture de services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH dans des camps gérés par le HCR dans 25 pays.

L'UNFPA a aidé **29 pays à intégrer le VIH dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), les plans nationaux de développement et les plans sectoriels**. Ci-dessous quelques exemples de résultats.

- La promotion du préservatif, la responsabilisation des jeunes, la santé reproductive, et les questions liées à l'égalité des sexes et au commerce du sexe ont été intégrées en tant que domaines prioritaires dans le plan stratégique national de lutte contre les IST, le VIH et le sida (Mongolie), et dans le plan national relatif à la population, la politique nationale en matière d'égalité des sexes, la stratégie nationale relative aux questions de santé, et la politique nationale sur la jeunesse (Népal).
- Une sensibilisation accrue aux politiques intégrées a débouché sur l'intégration complète des questions liées à la population, au développement, à la santé sexuelle et reproductive et au VIH dans les DSRP de huit pays d'Afrique.

**Donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH (26 % du total des dépenses)**

Résultats clés :

L'UNFPA a aidé 60 pays à concevoir et à mettre en œuvre des programmes à l'intention des jeunes les plus exposés au risque d'infection. Ci-dessous quelques exemples de résultats.

- Des plans d'action nationaux ayant intégré les trois résultats ambitieux du Cadre de résultats de l'ONUSIDA et de l'étude de viabilité de l'ONUSIDA *Empowering Young People to Protect Themselves from HIV* (Donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH) ont été élaborés (Namibie, Malawi) ; la question des jeunes est désormais un domaine prioritaire au Mozambique.
- L'UNFPA a donné des orientations plus précises dans 10 pays d'Asie sur la mise en œuvre du cadre d'action de l'UNFPA sur les adolescents et les jeunes, *Framework for Action on Adolescents and Youth*, dans les domaines de la conception de politiques de soutien, de l'éducation sexuelle, des services de santé sexuelle et reproductive (dont les services VIH) et de la participation des jeunes, ce qui a entraîné l'élaboration de plans d'action nationaux.
- L'UNFPA a renforcé les capacités du Ministère de l'éducation (Jamaïque) en matière de ressources humaines, en lui fournissant six assistants dans le domaine de la jeunesse pour dispenser des cours sur la santé sexuelle et reproductive et sur l'éducation à la santé et à la vie de famille dans le système scolaire public.
- L'UNFPA a renforcé les capacités financières et techniques du Fonds VIH des jeunes leaders pour qu'il soutienne 23 bénéficiaires de 18 pays et un programme mondial visant à mettre en œuvre des projets et à développer le suivi et l'évaluation, le plaidoyer et les techniques de gestion des projets.
- L'UNFPA a renforcé les capacités techniques de 72 décideurs et concepteurs de programmes sur la programmation visant les jeunes les plus exposés au risque d'infection en Asie et dans le Pacifique.
- L'UNFPA a amélioré la prise de conscience à l'égard des questions touchant les jeunes parmi la communauté technique internationale et les mécanismes intergouvernementaux, notamment les conférences internationales telles que la Conférence mondiale de la jeunesse et la Conférence internationale sur le sida.

**Renforcer les liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH, et répondre aux besoins des femmes et des filles en matière de VIH (22 % du total des dépenses)**

Résultats clés :

L'UNFPA a aidé 42 pays à élaborer, mettre en œuvre et évaluer des programmes de traitement, de soins et d'appui axés spécifiquement sur **l'autonomisation des femmes et des filles**, et 26 pays à élaborer et/ou à mettre en œuvre des politiques liées au VIH visant précisément à **lutter contre la violence sexiste et à mener des actions de promotion de l'égalité des sexes**. Ci-dessous quelques exemples de résultats.

- L'UNFPA a permis à 7 pays de renforcer leurs capacités pour : examiner et mettre en place des stratégies et des directives nationales sur la violence sexiste et l'égalité des sexes ; mettre en œuvre un plan national de prévention de la violence sexiste ; et faire campagne avec le Conseil des Églises pour sensibiliser les conseillers religieux à la santé sexuelle et reproductive, au VIH et à la violence sexiste.
- L'UNFPA a fourni un appui technique et financier pour créer et équiper des centres de services intégrés destinés aux victimes de la violence sexiste – le centre du Zimbabwe a accueilli 500 victimes et celui du Lesotho en a reçu plus de 10 par jour pour des services de conseil.

- L'UNFPA a permis à 15 pays de renforcer leurs capacités pour : étudier les liens entre violence sexiste et VIH dans les plans stratégiques nationaux ; établir des partenariats efficaces au niveau national afin d'intégrer la lutte globale contre la violence à l'égard des femmes et des filles dans les stratégies et plans nationaux de lutte contre le sida ; et faire participer les hommes et les garçons pour promouvoir et obtenir l'égalité des sexes.

L'UNFPA a fourni un appui technique et financier, a constitué des bases de données probantes et a diffusé des orientations et des outils visant à **renforcer les liens entre la santé sexuelle et reproductive et le VIH**. Ci-dessous quelques exemples de résultats.

- Élaboration du plan opérationnel sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents, qui aborde la question du VIH et d'autres questions transversales s'y rapportant, notamment les liens entre santé sexuelle et reproductive et VIH (Bangladesh).
- L'intégration du programme VIH dans le Conseil national de la Planification familiale a entraîné une amélioration du fonctionnement du parlement, de la gouvernance, des activités et de la prestation de services (Jamaïque) ; l'intégration des systèmes d'orientation-recours dans la formation à la prévention du VIH a donné lieu à une augmentation de l'aiguillage systématique vers les services de conseil et test volontaires et de santé maternelle (Papouasie-Nouvelle-Guinée) ; et l'intégration des services de soins prénatals et de conseil et test volontaires à l'intention des couples dans le protocole des services et les cours de formation à l'intention des soignants au sein du programme de santé maternelle et infantile a entraîné une amélioration des services de conseil et test volontaires à l'intention des couples (Thaïlande).
- Une évaluation de la mise en œuvre de l'*Outil d'évaluation rapide des liens établis entre la santé sexuelle et de la reproduction et le VIH* dans 25 pays a permis d'obtenir des informations et d'avoir connaissance de bonnes pratiques pour l'établissement de liens, et de recenser des actions visant à améliorer la santé, la protection des droits de l'homme et l'égalité des sexes en rapport avec la santé sexuelle et reproductive et le VIH.
- L'UNFPA a renforcé les capacités du personnel recruté sur le plan national dans 18 pays africains afin de l'aider à mieux comprendre les liens entre santé sexuelle et reproductive et VIH, ce qui a débouché sur une réorientation vers la PTME des propositions soumises à la série 9 d'octroi de subventions du Fonds mondial et sur l'élaboration de propositions tenant compte de ces liens pour la série 10.

---

#### Autres points :

**Empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH :**  
L'UNFPA a fourni un appui technique à 61 pays pour l'intensification des programmes de PTME et l'intégration des services, notamment par des ateliers régionaux de formation de formateurs dans cinq pays d'Afrique ainsi que par des exercices de renforcement des capacités dans de nombreux autres pays, tels que le Turkménistan et le Népal. Il a aussi fourni un appui pour l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales de prévention de la transmission mère-enfant dans des pays comme le Bangladesh, le Cambodge et le Nigéria. D'autres orientations sont en cours d'élaboration, le but étant de contribuer à l'intensification des services complets de PTME et de donner des conseils pratiques sur la manière de renforcer les politiques et les programmes pour mettre en œuvre les deux premiers volets de la prévention primaire du VIH chez les filles et les femmes, et pour prévenir les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH. S'agissant de l'avenir, l'UNFPA intégrera les quatre volets de l'approche globale de la PTME dans les stratégies et plans nationaux liés à la santé reproductive, au VIH, à la santé et au développement ; il établira des mécanismes nationaux de coordination entre la santé

sexuelle et reproductive et le VIH, afin de renforcer l'application des quatre volets ; il élaborera des plans dont les coûts auront été établis pour l'intensification d'une PTME intégrée ; et il reliera les programmes de PTME implantés dans les centres de santé avec les programmes mis en place au niveau communautaire qui traitent des questions plus générales – rôles respectifs des hommes et des femmes, éducation, stigmatisation et discrimination, et autonomisation économique.

**Donner aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux personnes transgenres les moyens de se protéger contre l'infection à VIH, d'être en pleine santé et de faire appliquer leurs droits humains.** L'UNFPA a conduit les efforts qui ont abouti à l'élaboration du document *Le VIH et le commerce du sexe : note d'orientation de l'ONUSIDA*. Pour appuyer ces travaux, l'UNFPA, le PNUD, l'UNICEF, l'UNODC et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont conçu un programme de formation interne. L'objectif de cette formation est de mieux préparer les Équipes conjointes des Nations Unies sur le sida à répondre aux besoins liés au VIH des professionnel(le)s du sexe, des consommateurs de drogues injectables et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le contexte des politiques et programmes de l'ONU en matière de lutte contre le VIH. D'immenses avancées ont également été réalisées en 2010 dans la lutte contre le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité dans le contexte du commerce du sexe, notamment la création d'un Groupe consultatif de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe, qui réunit les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA, les réseaux régionaux de commerce du sexe, la société civile et des universitaires, afin de fixer les orientations des ripostes aux niveaux national et régional.

## HAUT-COMMISSARIAT DES NATIONS UNIES POUR LES REFUGIES (HCR)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays US\$ 11,332,705<sup>9</sup>
- au niveau régional US\$ 1,125,000<sup>10</sup>
- au niveau mondial US\$ 1,380,000<sup>11</sup>
- total des dépenses US\$ 13,837,705

**Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 4,250,000**

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

**Appui à la mise en œuvre de programmes intégrés et complets de lutte contre le VIH et le sida destinés aux personnes relevant de la compétence du HCR et aux communautés d'accueil environnantes, et garantir la disponibilité des ressources nécessaires pour ces programmes (42 % du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

Les réfugiés sont intégrés aux plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH de 38 % des pays qui abritent plus de 10 000 réfugiés, et les personnes déplacées sont incluses dans les plans de 33 % des pays qui comptent des personnes déplacées.

#### Exemples d'interventions :

- Au Mozambique, le HCR a bénéficié d'un financement pour la lutte contre le VIH dans le cadre du programme commun « Unis dans l'action » ; les fonds ont permis à l'organisation de mettre en place des services plus complets à l'intention des réfugiés urbains, dont des programmes de prévention du VIH.
- Au Sud-Soudan, le HCR a fait don d'équipements et de fournitures médicaux à des centres et services de soins de santé primaires construits par l'organisation, pour soutenir les projets de retour et de réintégration dans le secteur de la santé.
- Au Népal, le HCR a aidé des ONG locales et des organisations à assise communautaire à produire des saynètes de théâtre de rue visant à sensibiliser les personnes les plus exposées à l'intérieur et à l'extérieur des camps de réfugiés aux liens entre la santé reproductive et le VIH et le sida.
- Le HCR a fourni un appui à la formation à la PTME au Tchad, afin d'améliorer la qualité des services et de renforcer les liens entre lutte contre le VIH et santé sexuelle et reproductive. Des progrès importants ont été réalisés en matière de PTME et de conseil et test volontaires dans les installations sanitaires des camps.
- En Gambie et au Ghana, des activités de proximité ont été menées au sein des communautés, consistant à déployer des équipes mobiles et des équipes faisant du porte-à-porte pour informer non seulement les réfugiés urbains et ruraux mais aussi les communautés d'accueil de l'existence de services de lutte contre le VIH/sida, de conseil et test volontaires et de PTME.
- Au Brésil, le HCR a mis en place des procédures opérationnelles permanentes visant à améliorer l'accès des personnes relevant de sa compétence aux services de prévention, de soins et de traitement en matière de VIH/sida, avec l'appui de l'Équipe conjointe des Nations Unies.

---

<sup>9</sup> US\$ 3 009 391 (ressources hors Budget-plan de travail intégré) + US\$ 2 495 000 (ressources de base du Budget-plan de travail intégré) + US\$ 3 550 000 (ressources supplémentaires) + US\$ 2 278 314 (ressources mondiales/régionales ordinaires du HCR).

<sup>10</sup> Ressources de base du Budget-plan de travail intégré.

<sup>11</sup> US\$ 630 000 (ressources de base du Budget-plan de travail intégré) + US\$ 750 000 (ressources supplémentaires).

- Au Liban, les actions de sensibilisation du HCR ont conduit à un accord avec le programme national de lutte contre le sida consistant à intégrer les réfugiés dans le plan de lutte contre le VIH/sida visant les populations les plus exposées, afin qu'ils puissent avoir accès aux services par le biais du système national.
- Un projet régional conjoint UNODC-HCR à l'intention des consommateurs de drogues injectables parmi les réfugiés et les rapatriés a été mis en œuvre. Un centre d'accueil « portes ouvertes » et un centre d'aide ont été créés par des ONG locales en Afghanistan, et un autre centre a été mis en place par DOST Welfare Foundation – un partenaire d'exécution du HCR – dans la province du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan.
- À Dadaab (Kenya), le VIH fait l'objet de stigmatisation, et il devient important de renforcer les stratégies existantes pour y intégrer la formation des responsables religieux aux questions du VIH et des droits de l'homme. Une formation sur le VIH et les populations les plus exposées a été dispensée à l'intention du personnel du HCR, avec un accent mis sur la discrimination dont sont victimes les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe dans l'accès aux services de santé. Les activités génératrices de revenus ont porté leur fruits, la plupart des professionnel(le)s du sexe ayant indiqué une diminution du nombre de leurs partenaires sexuels ; en outre, une réduction de la discrimination à l'encontre des enfants des professionnel(le)s du sexe à l'école a également été relevée. Le problème persiste toutefois dans la communauté au sens large. Il convient d'adopter une approche plus préventive dans le cadre des actions conduites par les pairs et de l'établissement de réseaux.

**Le HCR a fourni un appui à la mise en œuvre et à l'intensification des interventions de riposte au VIH et au sida à l'intention des femmes et des filles dans les situations de conflit, d'après conflit et de déplacement, dont la promotion, le soutien et la coordination d'activités de lutte contre la violence sexuelle et sexiste visant à réduire leur vulnérabilité et les comportements les exposant au risque d'infection à VIH (26 % du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

- Quelque 85 pays ont reçu une aide pour concevoir, mettre en œuvre ou évaluer les programmes/interventions de prévention, de soins, de traitement et/ou d'appui destinés spécifiquement à autonomiser les femmes et les filles.
- Des programmes de prévention du VIH et de la violence sexuelle et sexiste, notamment l'intégration de services de santé reproductive, ont été mis en œuvre dans 85 pays.
- Des études et des formations sur les groupes exposés, dont les professionnel(le)s du sexe, ont été mises en place dans 5 pays.

#### Exemples d'interventions :

- Le HCR au Brésil a participé à l'élaboration d'un manuel sur les droits des femmes et les mesures de prévention et d'intervention destinées à lutter contre le VIH/sida et la violence sexuelle et sexiste dans la région amazonienne, avec un accent sur les zones frontalières. Le manuel a été élaboré dans le cadre de l'initiative *Amazon Aids Women* (Les femmes et le sida dans la région amazonienne) lancée par l'Équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH/sida.
- Au Sud-Soudan et en République du Congo, le HCR a mené des actions de lutte contre la violence sexuelle et sexiste et a soutenu le renforcement des capacités sur les mesures de prévention et d'intervention, avec la participation de différentes parties prenantes, telles que les partenaires d'exécution, les autorités sanitaires, des ONG locales et la police.
- Au Kenya, une évaluation rapide des besoins a été effectuée à Kakuma pour étudier les interventions destinées aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients. Elle a montré

que les rapports sexuels non protégés étaient fréquents et qu'il était très difficile de négocier l'usage du préservatif. Près de 90 % des professionnel(le)s du sexe ont indiqué ne pas utiliser de moyen de contraception, et comme les services de planification familiale dans le camp ont peu de moyens, les clients qui sont séropositifs au VIH ne se voient pas toujours proposer un contraceptif. À Dadaab, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à recourir aux services de conseil et test au dispensaire de soins prénatals. Plus de 50 % des services de conseil à l'intention des couples sont délivrés au camp de Dagahaley. Des progrès ont été réalisés dans le cadre des interventions destinées aux professionnel(le)s du sexe dans les trois camps, et un nouveau programme destiné aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été mis en place.

- À Bangui (République centrafricaine), un groupe de soutien aux femmes et son réseau de travailleurs communautaires ont joué un rôle important dans la promotion des services existants de PTME soutenus par le HCR.

**Coordination, plaidoyer et appui pour l'intégration et la mise en œuvre de programmes spécifiques, notamment de santé reproductive et de compétences psychosociales, destinés aux jeunes relevant de la compétence du HCR, à travers des partenariats stratégiques renforcés avec des parties prenantes clés (12,5 % du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

- Plaidoyer contre le dépistage obligatoire en Europe, dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, dans les Amériques et d'autres régions.
- L'objectif consistant à disposer de matériel d'information, d'éducation et de communication dans toutes les opérations du HCR est atteint.

#### Exemples d'interventions :

- Au Liban, le HCR a fait campagne avec le programme national de lutte contre le sida pour intégrer les réfugiés dans le plan d'action stratégique et opérationnel pour la jeunesse sur le VIH/sida pour la période 2010-2012, qui fournira des services de santé reproductive adaptés aux jeunes, dont des services VIH/sida. Le HCR a mené des activités de sensibilisation aux côtés de l'UNFPA dans le cadre du programme Y-PEER, qui visaient les établissements d'enseignement secondaire dans lesquels sont inscrits les réfugiés irakiens.
- Au Mozambique, le HCR a soutenu l'établissement de réseaux de pairs-éducateurs jeunesse sur la prévention du VIH/sida et les questions de santé sexuelle et reproductive. Les pairs ont suivi une formation qui leur a permis de planifier et de concevoir leur projet, ainsi que de suivre sa mise en œuvre et d'évaluer sa progression. En outre, un partenaire du HCR a mené, au sein des communautés d'accueil et de réfugiés, des activités de sensibilisation sur la santé reproductive des jeunes et les questions liées au VIH qui les concernent, tout particulièrement dans les centres de santé et les établissements scolaires. Ces campagnes ont eu un impact certain sur les jeunes, qui sont désormais capables de décrire les modes de transmission du VIH, les moyens de prévention, et les différentes façons d'aider les personnes vivant avec le VIH. Surtout, il a résulté de ces campagnes une réduction considérable des commentaires discriminatoires de ces jeunes par rapport à l'année précédente.
- En Éthiopie, la stratégie du débat communautaire a donné des résultats inattendus, tels qu'une large acceptation de l'usage du préservatif parmi les jeunes Somaliens dans les camps de réfugiés (dans l'est du pays). Elle a aussi permis à la communauté d'améliorer ses connaissances et son attitude à l'égard du VIH/sida. On a également relevé une forte

réduction des niveaux de stigmatisation et de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH.

---

**Autres points :**

- Fourniture d'un appui technique visant à intensifier les programmes VIH destinés aux adolescents et aux enfants au sein des populations déplacées – dont ceux qui sont séparés de leur famille, non accompagnés ou orphelins –, à réduire leur vulnérabilité vis-à-vis du VIH, et à mettre en place le soutien et l'action nécessaires à une solution pérenne (9 % du total des dépenses). Le programme a été mis en œuvre dans 80 pays.
- Coordination et collaboration avec des parties prenantes clés, et soutien aux programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dont sont victimes les personnes relevant de la compétence du HCR, afin de protéger leurs droits humains (5 % du total des dépenses). Toutes les opérations du HCR ont contribué à mettre en place un environnement propice à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. Des activités de renforcement des capacités en matière de réduction de la stigmatisation ont été mises en place dans trois régions.
- Soutien à l'intégration du VIH dans les systèmes d'information sanitaire, et études normalisées, surveillance (biologique et comportementale), suivi, évaluation et recherche programmatique dans les zones en proie à un conflit ou à une situation de déplacement (4 % du total des dépenses). Analyse de données et d'informations dans la moitié des pays ciblés par les programmes VIH/sida du HCR. Enquêtes de surveillance comportementale dans 45 pays (dont le Kenya, la Tanzanie, l'Ouganda et le Rwanda) ; études de l'observance du traitement chez les réfugiés au Kenya et en Ouganda ; intégration de données sur le VIH dans les systèmes d'information sanitaire hors camps en République démocratique du Congo et au Pakistan. Des progrès plus soutenus sont attendus en 2011.
- Plaidoyer et appui en faveur de l'examen, de la transformation et de l'élimination des obstacles juridiques et politiques qui entravent l'accès équitable des populations déplacées aux services et produits liés au VIH et au sida (1,5 % du total des dépenses). Le HCR mène régulièrement des activités de sensibilisation pour faire en sorte que les réfugiés et les autres personnes relevant de sa compétence aient accès aux services de prévention, de soins, d'appui et de traitement en matière de VIH.

## OFFICE DES NATIONS UNIES CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME (UNODC)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays US\$ 27,846,514
- au niveau régional US\$ 6,674,200
- au niveau mondial US\$ 3,580,687
- total des dépenses US\$ 38,101,401

Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 5,902,982

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

**Fournir un appui technique aux pays pour la mobilisation des ressources, la création de groupes de travail multisectoriels, l'évaluation des besoins en matière de programmes et le renforcement des capacités pour l'établissement, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de services complets de prévention, de traitement et de soins en rapport avec le VIH, éclairés par des données probantes, pour les consommateurs de drogues injectables en milieu carcéral et les personnes exposées à la traite des êtres humains (62% du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

L'appui technique fourni par l'UNODC dans plus de 67 pays a facilité l'intensification des programmes en 2010, par exemple : en Fédération de Russie, les programmes VIH mis en place par l'UNODC à l'intention des consommateurs de drogues injectables ont réussi à toucher 5 400 nouveaux bénéficiaires ; au Népal, l'UNODC a soutenu la mise en œuvre du plus grand programme de réduction des risques dans le pays en offrant des services à plus de 12 000 consommateurs de drogues ; au Myanmar, l'appui de l'UNODC a permis d'accroître la couverture du traitement de substitution à la méthadone de 512 en 2008 à 972 en septembre 2010 ; dans les États baltes, l'UNODC a contribué au décuplement du nombre de sites proposant le traitement de substitution à la méthadone (de 1 à 10) en Lettonie, et à une augmentation de 50 % du nombre de consommateurs de drogues injectables bénéficiaires de méthadone à Vilnius (Lituanie) ; en Estonie, Lettonie et Lituanie, les projets de l'UNODC ont contribué à une tendance à la baisse des nouveaux cas diagnostiqués d'infections à VIH. La mise en place de thérapies de substitution des opioïdes a été soutenue en Afghanistan, au Maroc, au Liban et au Pakistan.

L'UNODC a organisé des ateliers et collaboré à des consultations techniques sur le suivi et l'évaluation en Afghanistan, au Maroc, au Viet Nam, en Ukraine et au Kirghizistan. À la Conférence sur le sida à Vienne en 2010, il a organisé un atelier spécial sur l'établissement d'objectifs pour l'accès universel des consommateurs de drogues injectables à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH. L'UNODC a maintenu son soutien au Groupe de référence sur le VIH et la consommation de drogues injectables, qui a réalisé les premières estimations mondiales jamais établies sur la couverture des services VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables. Ces estimations ont été publiées dans la revue *The Lancet* en 2010 et sont disponibles en ligne à l'adresse suivante : [http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/2010\\_UN\\_IDU\\_Ref\\_Group\\_Statement.pdf](http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/2010_UN_IDU_Ref_Group_Statement.pdf)

L'UNODC a contribué à la Conférence sur le sida à Vienne en 2010 en tant que partenaire international. Il y a organisé plusieurs séances de travail, des activités au Village mondial et une formation de six jours à l'intention de plus de 80 de ses collaborateurs qui mettent en œuvre des activités UNODC sur le VIH/sida dans plus de 90 pays.

**En collaboration avec les partenaires concernés, préconiser et fournir un appui technique aux pays pour traiter la question de l'hygiène du travail des personnels chargés de l'application des lois dans le contexte du VIH, et pour renforcer leurs capacités à faciliter la fourniture de services VIH complets, tenant compte des sexospécificités, respectueux des droits de l'homme et éclairés par des données probantes, pour les consommateurs de drogues injectables en milieu carcéral et les personnes exposées à la traite des êtres humains (11 % du total des dépenses)**

Résultats clés :

Soutien de l'UNODC à plus de 32 pays pour qu'ils veillent à l'hygiène du travail des personnels chargés de l'application des lois dans le contexte du VIH et renforcent leurs capacités par des formations, des lignes directrices et des outils élaborés et diffusés dans plusieurs pays, notamment en Europe orientale, en Asie centrale, en Asie du Sud, en Asie du Sud-Est, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, et en Afrique australe.

Par exemple, l'UNODC a mis au point un programme de formation des policiers en collaboration avec le programme national de lutte contre le sida, et il a soutenu la formation à la réduction des risques destinée aux forces de police en Afghanistan ; il a conçu et testé une formation type sur le VIH en milieu carcéral destinée au personnel de santé pénitentiaire au Panama ; il a mené des activités de formation et de promotion en matière de réduction des risques à l'intention de plus de 1 600 policiers au Myanmar ; et il a facilité la formation de plus de 120 gardiens de prison et a aidé à la mise en place d'un environnement de soutien en milieu carcéral dans 12 provinces d'Indonésie.

En Asie centrale, l'UNODC a élaboré un manuel à l'intention des policiers et des services à bas seuil sur les mesures de protection sanitaire à l'intention des consommateurs de drogues et des personnes exposées à la traite des êtres humains ; et, au Kirghizistan, il a mis à jour les normes professionnelles concernant le personnel pénitentiaire, qui comprennent des dispositions relatives à la protection sanitaire. En Fédération de Russie, l'UNODC a mis au point un manuel sur les programmes d'orientation des consommateurs de drogues injectables, contenant des recommandations à l'intention des agents de la force publique sur la consommation de drogues injectables, et il a organisé plus de 40 ateliers sur le VIH/sida destinés à des agents, en collaboration avec des partenaires régionaux. En Namibie, l'UNODC a participé à la fourniture de conseil et test volontaires et à la fourniture de conseils sur l'observance du traitement antirétroviral à l'intention des détenus et du personnel pénitentiaire dans 11 des 13 dispensaires pénitentiaires du pays. L'UNODC a apporté son aide pour que le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes pour les consommateurs de drogues ne soit pas interrompu pendant les gardes à vue en Estonie et en Lituanie.

**Préconiser et fournir un appui technique aux pays pour qu'ils élaborent des politiques et programmes de lutte contre le sida en milieu carcéral qui tiennent compte des sexospécificités et soient équitables et respectueux des droits de l'homme, pour les consommateurs de drogues injectables et les personnes exposées à la traite des êtres humains, conformément aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et à d'autres normes internationales en la matière (8 % du total des dépenses)**

Résultats clés :

L'aide qu'a fournie l'UNODC à plus de 49 pays pour élaborer des politiques et programmes équitables de lutte contre le sida qui soient fondés sur les droits de l'homme et tiennent compte des sexospécificités s'est traduite par des campagnes dans des pays d'Asie de l'Est et du Pacifique visant à faire supprimer la pratique d'interner les consommateurs de drogues

dans des centres obligatoires de traitement de la toxicomanie, et par un appui au développement des services de traitement volontaire de la dépendance aux drogues dont l'efficacité est scientifiquement prouvée, au sein des communautés. En septembre 2010, l'UNODC et l'Équipe d'appui aux régions de l'ONUSIDA ont organisé une consultation informelle sur les centres obligatoires de traitement de la toxicomanie à laquelle ont participé plus de 50 représentants d'organisations et de réseaux de la société civile, de partenaires donateurs, d'institutions des Nations Unies et de spécialistes techniques. La consultation a permis de faire progresser le débat international et la mobilisation de la société sur les risques d'infection à VIH et les problèmes liés au respect des droits de l'homme dans ces centres. Au Cambodge, en collaboration avec des parties prenantes clés, l'UNODC a pris la tête de la rédaction d'une position commune de l'ONU sur une approche fondée sur les droits en matière de dépendance aux drogues, de consommation de drogues et de centres obligatoires de traitement, et il a prôné la multiplication des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.

L'UNODC a en outre élaboré un document d'analyse intitulé *From coercion to cohesion: Treating drug dependence through health care, not punishment* (De la coercition à la cohésion : traitement de la dépendance aux drogues au travers de la prise en charge médicale et non de la punition), qui suggère d'abandonner les traitements obligatoires au profit de services de traitement communautaires et de réfléchir à des mesures de substitution à l'incarcération pour les consommateurs de drogues et les personnes dépendantes aux drogues.

L'UNODC a prôné la multiplication des services VIH destinés aux consommatrices de drogues et aux détenues et le développement des services VIH tenant compte des sexospécificités dans les lieux communautaires et les prisons, notamment en Afghanistan, au Bangladesh, dans le nord-est de l'Inde, en Iran et au Népal. En Fédération de Russie, il a mis en place des systèmes d'orientation (prise en charge de cas) tenant compte des sexospécificités et une formation à la prestation de services de réduction des risques destinés aux consommatrices de drogues et aux consommatrices de drogues injectables séropositives au VIH sortant de prison. L'UNODC a aussi apporté son appui à l'élaboration et à la diffusion à l'échelle mondiale de rapports sur les consommatrices de drogues pour illustrer les risques, les expériences et les besoins propres aux femmes dans le cadre de cette pratique.

---

#### **Autres points :**

Alors que, de 2001 à 2009, le taux de nouvelles infections à VIH à l'échelle mondiale s'est stabilisé ou a diminué de plus de 25 % dans au moins 56 pays, dont 34 en Afrique subsaharienne, les nouvelles infections sont de plus en plus nombreuses chez les consommateurs de drogues, notamment en Europe orientale et en Asie centrale. Des données indiquent toutefois qu'elles peuvent être complètement évitées si un ensemble complet de programmes de réduction des risques et de traitement de la dépendance aux drogues est mis en place. Alors que dans un certain nombre de pays, pratiquement aucune nouvelle infection n'est survenue chez les consommateurs de drogues injectables ces dernières années, la mise en œuvre d'une riposte exhaustive est, d'une manière générale, entravée par des politiques et des pratiques qui ne font que perpétuer la stigmatisation et la discrimination.

Les consommateurs de drogues sont toujours victimes de formes graves de discrimination et de stigmatisation dans de nombreux pays pour deux raisons principales. Premièrement, la consommation de drogues est souvent considérée comme une pratique antisociale, à laquelle s'adonnent les personnes sans volonté, au caractère difficile et à la morale

douteuse – autant d'éléments que les blâmes et les peines sévères pourraient éliminer. Résultat, il n'est pas rare que les consommateurs de drogues soient incarcérés, placés de force dans des centres et victimes de traitements cruels, et que leurs droits à la santé et aux services soient bafoués. Souvent, ils ne cherchent même pas à recourir aux services, car cela pourrait entraîner des conséquences sociales et juridiques dramatiques pour eux.

La seconde raison pour laquelle les consommateurs de drogues sont victimes de discrimination et de stigmatisation est le risque d'infection à VIH. Pendant de nombreuses années, la consommation de drogues a été perçue comme une maladie auto-infligée, tout comme le fait d'être séropositif au VIH. Il faut rappeler qu'au tout début de l'épidémie, les consommateurs de drogues ainsi que les hommes homosexuels étaient tenus pour responsables de la propagation de la maladie. Trop souvent, les personnes touchées ne pouvaient bénéficier d'aucun service, ou alors de qualité inférieure, car l'opinion publique était d'avis qu'elles méritaient « d'être infectées par le VIH et de mourir du sida ».

Des données font également état d'épidémies de VIH naissantes dans des pays où l'épidémie a pourtant toujours été largement hétérosexuelle ; c'est le cas par exemple au Kenya, à Maurice, au Mozambique, en Côte d'Ivoire, au Nigéria et au Cap-Vert. On observe également de nouvelles épidémies dans les pays en proie à une situation de conflit ou d'après-conflit, comme l'Afghanistan et l'Irak.

Un autre facteur d'augmentation du nombre de nouvelles infections à VIH est la consommation de drogues non injectables et la consommation croissante des stimulants de type amphétamine et de cocaïne sous forme de crack. À cet égard, les données indiquent une corrélation entre comportement sexuel à risque et consommation de drogues, en particulier dans les Caraïbes, en Amérique latine et dans quelques pays d'Asie du Sud-Est.

Les formes graves de stigmatisation et de discrimination entraînent le non-respect des besoins et des droits des 30 millions de personnes qui se trouvent dans le système carcéral au quotidien. L'attention et les fonds accordés par les organisations gouvernementales, non gouvernementales et internationales aux personnes en détention ne sont pas suffisants. Dans les lieux de détention, la violence sexiste et fondée sur l'âge, des conditions de vie difficiles, une mauvaise gestion et la surpopulation sont autant de facteurs qui aggravent la situation. Les politiques et les services sont inadaptés et, la plupart du temps, n'entrent pas dans le cadre des services publics ou communautaires de santé. Résultat, les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH et à la tuberculose sont bien supérieurs en milieu carcéral qu'à l'extérieur, et VIH et tuberculose sont les premières causes de décès dans bien des lieux de détention. En prison, les modes de transmission sont les mêmes qu'à l'extérieur : voie sexuelle, voie sanguine et mère-enfant. Il devient très urgent de mettre en place, dans les milieux clos, une gamme de services de prévention et de traitement du VIH normalisés, approuvés au plan international et associés à des campagnes de sensibilisation ciblées.

Un ensemble complet de programmes de réduction des risques et de traitement de la dépendance aux drogues, et des interventions visant à réformer la justice pénale en générale et le système carcéral en particulier, permettraient d'éviter de nouvelles infections à VIH et des co-infections avec la tuberculose et l'hépatite C au sein de la population générale et dans les prisons et d'autres milieux clos.

## PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL (PAM)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays US\$ 136,118,068
- au niveau régional US\$ 10,790,598
- au niveau mondial US\$ 3,220,000
- total des dépenses US\$ 150,128,666

**Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 5,265,906**

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

En 2010, les programmes VIH et sida mis en œuvre par la PAM dans 47 pays ont réussi à atteindre 3 millions de personnes, dont des enfants, qui ont bénéficié d'un programme de récupération nutritionnelle, de filets de sécurité, ou d'une combinaison de ces dispositifs, soit par le biais de centres de soins soit par des mesures d'atténuation de la charge pesant sur les ménages touchés. De nombreuses personnes vivant avec le VIH peuvent aussi bénéficier des retombées d'autres programmes du PAM qui ne s'adressent pas à eux directement, par exemple les programmes d'alimentation scolaire et les projets vivres pour la création d'actifs.

La politique du PAM en matière de lutte contre le VIH/sida a été approuvée par le conseil d'administration du PAM et par l'ONUSIDA fin 2010. Elle oriente l'action du PAM dans la ligne de la Stratégie de l'ONUSIDA à cinq ans. Elle vise en outre à garantir que les personnes vivant avec le VIH et les personnes recevant un traitement antituberculeux bénéficient d'une évaluation de leur situation nutritionnelle, d'une éducation à la nutrition et de conseils en matière de nutrition, et, si elles souffrent de malnutrition et/ou si elles sont victimes d'insécurité alimentaire, qu'elles reçoivent un appui alimentaire.

Lors de l'élaboration de sa nouvelle politique en matière de lutte contre le VIH et le sida, le PAM a collaboré avec des universités pour examiner les données relatives à la nutrition et au VIH, à la nutrition et à la tuberculose, ainsi qu'à l'insécurité alimentaire et au VIH. Trois articles résumant l'état des connaissances ont été publiés dans le supplément du *Food and Nutrition Bulletin* intitulé *Nutrition and Food Insecurity in Relation to HIV and AIDS and Tuberculosis* (L'insécurité nutritionnelle et alimentaire en rapport avec le VIH, le sida et la tuberculose). Au niveau régional, le PAM a publié une étude intitulée *Food Insecurity and Nutritional Barriers to Antiretroviral Therapy: Lessons from Latin America and the Caribbean* (Insécurité alimentaire et obstacles nutritionnels au traitement antirétroviral : enseignements tirés de l'Amérique latine et des Caraïbes).

En luttant contre le VIH et le sida dans le cadre de sa nouvelle politique, le PAM continuera de faire fond sur des programmes étayés par des informations factuelles, qui complètent ceux que mettent en œuvre ses partenaires. Le PAM prévoit de continuer l'intégration fructueuse de l'appui nutritionnel dans le contexte de l'accès universel, en transformant les politiques en actions avisées.

**Fournir aux personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement un accès universel au traitement antirétroviral (38 % du total des dépenses)**

### Résultats clés :

En 2010, près de 2 millions de personnes ont bénéficié des programmes de soins et de traitement mis en œuvre par le PAM. Au Kenya, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, au Rwanda et au Swaziland, le PAM a déployé des efforts supplémentaires pour renforcer la

formation de son personnel et de ses partenaires aux principes relatifs à l'alimentation sur ordonnance, élaborer de la documentation et fournir du matériel pour accroître l'utilisation des mesures anthropométriques lors des évaluations nutritionnelles réalisées dans les dispensaires. Le PAM travaille de concert avec les gouvernements et les partenaires pour s'assurer que le traitement s'accompagne d'une évaluation de l'état nutritionnel, d'une éducation et de conseils pour apprendre à satisfaire les besoins nutritionnels, afin d'aider les patients à stabiliser leur poids et leur état de santé tout en atténuant les effets secondaires, et le cas échéant, fournir des aliments nutritifs pour traiter la malnutrition.

Le PAM met de plus en plus en œuvre des programmes en collaboration avec les Ministères de la santé, afin de garantir que ses activités sont plutôt conçues comme des « catalyseurs » de programmes plus généraux pris en main par les pouvoirs publics que comme des activités isolées. À titre d'exemple, au Swaziland, un programme d'alimentation sur ordonnance est élaboré en collaboration avec le Conseil national de la nutrition, qui est rattaché au Ministère de la santé. Autre exemple, le Mozambique, qui pilote un système de bons pour la fourniture d'assortiments alimentaires de base à des personnes sous traitement antirétroviral souffrant de malnutrition : le projet pilote est conçu à la demande du Ministère de la santé, qui y a alloué des fonds de la Banque mondiale à travers le PAM.

La participation du PAM à des partenariats pour la recherche en Zambie (en collaboration avec le Centre de recherche sur les maladies infectieuses de Zambie – CIDRZ) a permis d'étudier les incidences des suppléments nutritionnels et de l'assistance alimentaire offerte aux ménages sur l'efficacité du traitement ainsi que sur l'enracinement social et la protection et la promotion des moyens d'existence dans les foyers des bénéficiaires. Les conclusions ont permis de fixer les orientations de la demande de subventions de la Zambie au Fonds mondial dans le cadre de la série 10.

L'introduction d'un appui nutritionnel lié au VIH dans le programme des Nations Unies sur la nutrition au Lesotho, élaboré par des institutions des Nations Unies (UNICEF, OMS, FAO et PAM) en partenariat avec le gouvernement en 2010, a aussi prôné l'introduction de mesures de dépistage de la malnutrition, complétées par une assistance alimentaire aux ménages. Des points communs dans les principes de récupération nutritionnelle entre les programmes de santé maternelle et infantile et les services liés au VIH et à la tuberculose exigent de plus en plus une convergence en matière de stratégies, de protocoles et de mécanismes de prestation de services.

### **Réduire de moitié le nombre de décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (28 % du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

En 2010, le PAM a fourni un appui nutritionnel dans le cadre du traitement contre la tuberculose dans 28 pays, ce qui a représenté 30 % de la totalité du soutien alimentaire associé aux programmes de soins et de traitement. En tout, 1 million de bénéficiaires ont reçu une alimentation, fournie sous forme de ration par individu et/ou par foyer. Dans la plupart des pays d'Afrique orientale, centrale et australe, les débats et les examens des programmes en lien avec l'alimentation sur ordonnance ont intégré les programmes de lutte contre la tuberculose, dans une volonté de rapprochement et de mise en conformité des méthodes.

En Afrique subsaharienne, le triple fléau du VIH, de la tuberculose et de la malnutrition accroît les besoins en matière d'appui nutritionnel et alimentaire. Il est largement admis qu'une personne présentant des symptômes de la tuberculose dans un pays où la prévalence du VIH est élevée aura probablement des besoins nutritionnels analogues à ceux d'un patient atteint du VIH/sida ; une personne co-infectée rencontrera probablement

des difficultés encore plus importantes sur le plan nutritionnel. En Zambie, par exemple, la prévalence du VIH et du sida chez les personnes âgées de 15 à 49 ans est de 13,5 %, dont jusqu'à 70 % sont également atteintes de tuberculose.

Des progrès importants ont été réalisés s'agissant de la reconnaissance du rôle joué par l'appui nutritionnel dans le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) au Swaziland et à Djibouti. Dans ces deux pays, l'appui alimentaire et l'appui nutritionnel ont fait l'objet de demandes de subventions au Fonds mondial dans le cadre de la série 10, qui ont toutes deux été acceptées. Les gouvernements des deux pays ont invité le PAM, qui leur avait apporté un appui technique essentiel pour l'élaboration des demandes, à participer à la conception et à la mise en œuvre d'activités intégrées aux plans de l'alimentation et de la nutrition. En Géorgie, le PAM a fourni un appui technique pour que les programmes nationaux de lutte contre le sida et la tuberculose et les parties prenantes clés mettent au point une stratégie nationale relative à l'appui nutritionnel offert aux personnes vivant avec le VIH et aux patients atteints de tuberculose.

**Prendre en compte les personnes vivant avec le VIH et les ménages touchés par le virus dans les stratégies nationales de protection sociale et leur permettre de bénéficier d'un accès aux soins essentiels et à l'appui (34 % du total des dépenses)**

#### Résultats clés :

L'utilisation des transferts monétaires et des bons d'achat alimentaire a marqué un tournant dans les programmes de lutte contre le VIH. Les bons sont utilisés, au besoin, pour fournir certains aliments bien précis et permettent ainsi d'atténuer les contraintes logistiques et de distance, ainsi que la stigmatisation. En Zambie et au Zimbabwe, les programmes d'assistance alimentaire qui proposent des bons ont été élaborés à la suite du projet pilote mis en place en Zambie début 2009. Les bénéficiaires des services de soins et de traitement (antirétroviral, antituberculeux et PTME) souffrant de malnutrition et/ou en situation d'insécurité alimentaire reçoivent une assistance alimentaire et d'autres produits (en Zambie, un bon donne aussi droit à une savonnette fournie par l'UNICEF). Ce système permet de protéger le ménage et les capacités de production au cours de la période de guérison du patient, tout en améliorant son bien-être. Le système de bons sert de modèle pour l'apprentissage national et pour une éventuelle transposition du dispositif dans des stratégies nationales de protection sociale.

Le PAM a aidé les gouvernements à concevoir des systèmes de protection sociale comme le programme de filets de sécurité productifs en Éthiopie. Ces filets de sécurité, qui sont conçus pour lutter plus contre l'insécurité alimentaire que contre le VIH, jouent néanmoins un rôle important pour enrayer la propagation du virus et répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, par exemple en les aidant à surmonter les obstacles à l'accès aux soins et à se conformer à leurs traitements (soins et appui compris), notamment la thérapie antirétrovirale. De tels filets de sécurité protègent les moyens d'existence des individus et les empêchent d'adopter des comportements d'adaptation pouvant les exposer au VIH. Lorsqu'un traitement a aidé des personnes vivant avec le VIH ou atteintes de tuberculose à se rétablir aux plans médical et nutritionnel, ces personnes peuvent bénéficier des filets de sécurité liés aux programmes nationaux de protection sociale. Lorsque de tels filets de sécurité n'existent pas, le PAM interviendra en faveur de leur création et coopérera avec les gouvernements pour s'assurer qu'ils intègrent les personnes vivant avec le VIH.

Le PAM a apporté un appui technique et programmatique au Bénin, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Kenya, au Lesotho, au Malawi, en République centrafricaine, au Swaziland et en Tanzanie pour mettre en œuvre des activités de protection sociale destinées aux enfants. Dans le cadre d'une stratégie novatrice lancée en République centrafricaine, des enfants sont placés en famille d'accueil tout en étant encadrés par un moniteur spécialisé qui fournit

une aide alimentaire et d'autres formes de soutien à la famille. Cette formule permet aux enfants de rester dans une structure familiale tout en bénéficiant de soins et d'autres services fournis par l'organisation. En outre, elle peut permettre de prévenir la maltraitance, un phénomène présent dans certaines familles d'accueil.

---

#### **Autres points :**

**Intégration de l'alimentation et de la nutrition dans les services essentiels :** En cette période de restrictions financières, il est plus important que jamais de réaliser de bons investissements. Des interventions intégrées dans les domaines de la lutte contre le VIH, de l'alimentation et de la nutrition peuvent permettre d'atteindre non seulement des objectifs « verticaux » mais aussi des objectifs « horizontaux » plus larges en matière de santé. De telles interventions devraient également être perçues comme un moyen d'accroître le rendement des investissements dans les programmes existants de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH. Les interventions alimentaires et nutritionnelles peuvent réduire la mortalité et la morbidité tout en améliorant la qualité de vie des personnes, des ménages et des communautés touchés, et, dans les cas où elles sont associées à un traitement, elles peuvent en améliorer l'observance et l'efficacité globale.

Pour conduire une riposte intégrée au VIH et au sida, il faut exploiter au mieux les points forts du secteur de la santé et des communautés. Seul le secteur de la santé peut veiller à ce que l'état nutritionnel fasse partie intégrante du traitement, mais il est trop débordé pour pouvoir pleinement aider les ménages touchés. Il convient de mener des travaux de recherche pour trouver comment mieux relier les programmes de traitement du secteur de la santé et les soins et l'appui à assise communautaire, pour garantir aux patients et à leur famille la prestation sans interruption de soins complets, grâce à un système d'aiguillage entre les centres de santé et les communautés.

**Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) :** Le PAM a examiné s'il était possible d'intégrer dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile l'appui nutritionnel fourni dans le cadre des programmes de PTME afin d'harmoniser les stratégies d'intervention nationales au Mozambique, au Rwanda et en Zambie. À cette fin, il consulte ses homologues gouvernementaux, examine les stratégies nationales de PTME et de santé maternelle, néonatale et infantile, ainsi que les aspects opérationnels avec ses partenaires d'exécution à tous les niveaux.

**Suivi & évaluation :** Il est de plus en plus nécessaire d'améliorer et de normaliser les indicateurs d'effet direct et d'impact pour les interventions portant sur l'alimentation et la nutrition dans le cadre de la lutte contre le VIH et la tuberculose. Le PAM collabore avec l'OMS, le projet FANTA et le PEPFAR sur l'élaboration d'une série d'indicateurs mondialement reconnus et harmonisés relatifs à l'alimentation et à la nutrition, notamment des indicateurs concernant les soins nutritionnels et le VIH, la PTME, et la sécurité alimentaire et le VIH. Une fois ces indicateurs fixés, le PAM mettra la dernière main à sa palette d'outils de suivi et d'évaluation et veillera à ce qu'elle soit utilisée dans ses initiatives de lutte contre le VIH à l'appui de la nouvelle politique.

## ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010<sup>12</sup> :

- à l'échelon pays US\$ 52,578,443
- au niveau régional US\$ 24,476,913
- au niveau mondial US\$ 45,314,141
- total des dépenses US\$122,369,497

**Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 20,735,000**

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

#### **Permettre aux personnes vivant avec le VIH – enfants et adultes – de bénéficier d'un traitement (41 % du total des dépenses)**

En 2010, des travaux intensifs ont été entrepris pour élaborer et mettre à jour des normes et des règles en matière de traitement du VIH, de soutien aux laboratoires et de prise en charge clinique globale.

#### Résultats clés :

Des directives en matière de traitement pour les adultes, les adolescents, les enfants et la PTME ont été publiées et rendues publiques à la Conférence internationale sur le sida à Vienne. L'OMS a fourni un appui technique direct pour l'adaptation des nouvelles directives à 30 pays dans le cadre d'ateliers régionaux, et à 10 pays dans le cadre de missions. Ces directives sont ou seront adaptées et appliquées dans toutes les régions. Un guide interactif d'aide, destiné à être diffusé sur Internet, a été parachevé au premier trimestre 2011 et sera mis en ligne au début du deuxième trimestre pour soutenir les efforts des pays.

Les *Directives conjointes OMS-OIT sur l'amélioration de l'accès des professionnels de la santé aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH et la tuberculose* ont été parachevées, approuvées par l'ONUSIDA et rendues publiques en novembre 2010.

L'OMS a fourni un appui technique à plus de 30 pays sur la conduite et l'interprétation des enquêtes sur la pharmacorésistance transmise et acquise du VIH et a dispensé des ateliers de renforcement des capacités dans 13 pays. L'OMS a continué de soutenir les enquêtes sur la transmission de la pharmacorésistance du VIH, dont les résultats de 25 pays étaient disponibles fin 2010. En 2010, des directives ont été élaborées et des formations ont été dispensées sur la surveillance des indicateurs d'alerte précoce de résistance du VIH aux antirétroviraux ; résultat, 26 pays ont mis en place ce type de surveillance. La base de données informatique de l'OMS sur la pharmacorésistance du VIH a été installée dans 10 pays. Le Réseau mondial OMS des laboratoires pour la pharmacorésistance du VIH a été renforcé par des formations destinées à 11 pays, auxquelles ont participé 80 personnes provenant d'un certain nombre d'organismes différents, et par l'élargissement des procédures d'agrément des laboratoires et des tests de mesure. Un travail conjoint a été entrepris pour garantir la pérennité des programmes sur la pharmacorésistance, notamment par l'intégration de plans pour la prévention et la surveillance de la pharmacorésistance du VIH dans les programmes nationaux, dans les demandes de subventions soumises au Fonds mondial et dans les plans opérationnels pays du PEPFAR.

---

<sup>12</sup> Au 31 décembre 2010.

Dans le domaine de la pharmacovigilance, des orientations normatives et des normes de référence ont été élaborées pour la surveillance des médicaments antirétroviraux, notamment la classification des principaux cas d'effets indésirables, et des normes pour les échelles d'évaluation de la toxicité et la prise en charge clinique. Un guide pratique sur la pharmacovigilance des médicaments antirétroviraux a été publié. Six pays prioritaires (Côte d'Ivoire, Tanzanie, Zambie, Viet Nam, Ukraine et Brésil) ont reçu un appui technique pour mettre en place des programmes dans ce domaine. Des personnes ont été embauchées pour remplir la fonction de point focal pour la pharmacovigilance dans les bureaux de l'OMS de ces pays.

L'OMS a établi des analyses pour la simplification du suivi des cohortes, afin que les pays puissent mieux surveiller les effets des interventions antirétrovirales. Elle a également rassemblé un grand nombre de données sur le maintien des patients au sein des programmes de traitement antirétroviral à l'échelon pays, sur la base des informations communiquées par les pays pour le rapport annuel du secteur de la santé sur sa riposte au VIH/sida.

En juin 2010, l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé conjointement l'initiative Traitement 2.0. Cette initiative concertée vise à favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération dans cinq domaines de travail prioritaires et encadre les actions de l'OMS sur le diagnostic, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH, conformément à la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour 2011-2015 de l'OMS. Les thèmes prioritaires pour ces actions sont : le conseil et le test, le traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants, le maintien en service de soins, les médicaments antirétroviraux et le traitement antirétroviral pour la prévention, l'utilisation optimale des médicaments et des diagnostics, la prestation de services, la pharmacovigilance et la pharmacorésistance, les comorbidités – notamment tuberculose et hépatite virale –, et la nutrition. Parmi les activités prioritaires actuellement en place figurent l'élaboration d'un plan opérationnel du Traitement 2.0 avec le Secrétariat de l'ONUSIDA et des grands partenaires internationaux, et la progression des priorités à court terme pour l'utilisation optimale des médicaments et la simplification des diagnostics.

L'OMS coordonne les groupes de travail interinstitutions sur le traitement et sur la tuberculose/le VIH, qui visent à faire progresser la planification et la mise en œuvre conjointes des activités au sein de tous les Coparrainants de l'ONUSIDA.

**Éviter que les personnes vivant avec le VIH meurent de la tuberculose (15 % du total des dépenses)**

Des travaux de grande ampleur en matière de normalisation et de sensibilisation ont été entrepris pour accélérer la mise en œuvre des activités conjointes tuberculose/VIH, notamment les activités en lien avec les « Trois I pour la tuberculose/le VIH ».

#### Résultats clés :

Les nouvelles lignes directrices pour l'intensification du recensement des cas de tuberculose et le traitement préventif à l'isoniazide destiné aux personnes vivant avec le VIH dans les endroits où les ressources font le plus défaut ont été rendues publiques à l'occasion de la Journée mondiale sida. Elles sont le résultat d'un examen exhaustif des données scientifiques disponibles et d'une consultation internationale. Ces lignes directrices reconceptualisent la politique OMS/ONUSIDA de 1998 sur la prévention de la tuberculose et orientent les programmes nationaux relatifs à la lutte contre le VIH et la tuberculose et à la prestation de services sur les moyens à mettre en place pour accélérer l'intensification du

recensement des cas de tuberculose et la mise en œuvre des programmes de traitement préventif à l'isoniazide à l'échelon pays. Elles comprennent des recommandations fondées sur des données probantes au sujet des adultes, des enfants et des nourrissons vivant avec le VIH, abordent les problèmes liés à la mise en œuvre et recensent les principales lacunes de la recherche –le but visé étant l'intensification de la prévention, du diagnostic et du traitement de la tuberculose comme composante essentielle de la riposte au VIH. Un outil de sensibilisation sur les « Trois I pour la tuberculose/le VIH » a été élaboré pour l'Afrique australe, et des ateliers de mise en œuvre ont été organisés en collaboration avec des programmes nationaux de lutte contre le VIH et la tuberculose, des représentants de la société civile et des institutions de financement.

Parmi les autres travaux de normalisation figure la révision de la *Politique actuelle de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH*. Dans le cadre de cette révision effectuée en 2010, une étude documentaire systématique a été effectuée sur : le dépistage du VIH chez les personnes atteintes de tuberculose ou dans les cas présumés de tuberculose ; le traitement préventif au co-trimoxazole pour les personnes atteintes de tuberculose et vivant avec le VIH ; et le recours au traitement antirétroviral pour la prévention de la tuberculose. En outre, un examen des données a été réalisé pour recenser les meilleurs modèles d'intégration des services de lutte contre le VIH et la tuberculose. Un programme prioritaire de recherche sur la tuberculose et le VIH a été établi et publié en 2010, parallèlement auquel une campagne de sensibilisation a été menée pour présenter les questions les plus importantes aux scientifiques et aux organismes de financement de la recherche. Des activités visant à transposer à grande échelle la fourniture du traitement antirétroviral par l'intermédiaire des services décentralisés de lutte contre la tuberculose ont été mises en place, et des analyses de situations ont été effectuées dans cinq pays d'Afrique subsaharienne. L'OMS a fourni un appui technique dans cinq pays d'Afrique – Mali, Cameroun, République démocratique du Congo, Éthiopie et Kenya –, afin qu'ils réalisent des analyses de situations pour évaluer la mise en œuvre des activités concertées de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les dispensaires traitant la tuberculose. Elle a en outre formulé des recommandations sur la fourniture du traitement antirétroviral par le biais des services de lutte contre la tuberculose. Les pays recevront un appui technique et des conseils normatifs pour transposer à grande échelle les programmes de traitement antirétroviral et de prévention du VIH par l'intermédiaire des structures et services décentralisés de lutte contre la tuberculose, en fonction de leur contexte local.

L'intégration des services de lutte contre le VIH et la tuberculose dans les prisons et les programmes visant spécifiquement les consommateurs de drogues a été encouragée à plusieurs réunions et ateliers des Régions européenne et africaine de l'OMS. Il a été établi que l'hospitalisation obligatoire des personnes atteintes de tuberculose et la trop grande indépendance des deux types de programmes en Europe orientale et Asie centrale étaient des obstacles majeurs à l'intensification des actions communes de lutte contre la tuberculose et des campagnes de sensibilisation concertées ; une consultation avec les gouvernements nationaux a été lancée.

#### **Empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH (prévention de la transmission mère-enfant – PTME) (15 % du total des dépenses)**

Au sein du Programme commun, l'OMS coordonne les activités liées à la PTME avec l'UNICEF, et codirige l'Équipe élargie de travail interinstitutions chargée de la PTME, qui comprend des institutions des Nations Unies et 18 autres partenaires d'exécution et donateurs. L'OMS codirige les groupes de travail des Équipes de travail interinstitutions sur : le suivi et l'évaluation ; la pédiatrie ; l'alimentation des nourrissons ; et l'intensification de l'élimination de la transmission verticale. Elle apporte en outre une aide à l'UNFPA pour le groupe de travail sur la prévention primaire et la planification familiale.

### Résultats clés :

En 2010, l'action de soutien de l'OMS à la PTME a consisté en des activités clés aux niveaux mondial, régional et national dans les domaines suivants : orientations normatives ; intégration de la PTME à la santé maternelle, néonatale et infantile et aux OMD ; appui au Fonds mondial ; élaboration du cadre pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; appui technique pour le suivi et l'évaluation ; soutien massif pour son rôle de coordonnateur de la PMTE à l'échelle mondiale.

Parallèlement à la révision d'autres grandes orientations normatives en matière de VIH, l'OMS a révisé les directives sur la PTME, le traitement antirétroviral et l'alimentation des nourrissons en 2010. Celles-ci ont d'abord été publiées sous une forme succincte (« Recommandations rapides »), qui a permis aux pays de procéder rapidement aux adaptations et aux révisions nécessaires. Les directives complètes ont été publiées en juillet et rendues publiques à la Conférence sur le sida à Vienne. En particulier, les directives en matière de PTME et d'alimentation du nourrisson représentent une évolution majeure vers des traitements plus efficaces et une alimentation du nourrisson plus sûre dans le contexte du VIH et de l'allaitement, et constituent le fondement normatif de l'élimination potentielle des nouvelles infections pédiatriques.

L'OMS a fourni un appui technique direct à des programmes en rapport avec la PTME dans au moins 15 pays, en plus de l'appui permanent qu'apportent ses bureaux régionaux et le personnel spécialisé dans les bureaux des 25 pays les plus touchés. Des ateliers sur l'adaptation ont été organisés dans des pays et des régions, dont l'Inde, l'Afrique (plusieurs ateliers), la Méditerranée orientale, le Pacifique occidental et l'Asie du Sud-Est. L'année dernière, presque tous les pays très touchés ont rapidement procédé à l'adoption des nouvelles directives.

Début 2010, l'OMS a publié le document intitulé *PMTCT Strategic Vision – 2010-2015* (Vision stratégique de la PTME – 2010-2015), qui propose une méthode exhaustive et intégrée pour soutenir l'intensification de la PTME dans des pays très touchés et dans toutes les régions et établir des liens entre la PTME et l'ODM 6, avec un soutien aux OMD 4 et 5. Ce document offre un cadre pour la collaboration et la coordination dans toutes les activités de l'OMS ayant trait au VIH, à la santé maternelle, néonatale et infantile, et à la santé sexuelle et reproductive, afin d'appuyer les efforts déployés pour éliminer les nouvelles infections pédiatriques à VIH.

L'OMS a fourni un appui au Fonds mondial durant une année, au cours de laquelle il avait défini la PTME comme un domaine prioritaire clé, en mettant l'accent sur le renouvellement des programmes et les nouveaux financements dans la série 10. L'OMS a activement soutenu et coorganisé une réunion du Fonds mondial qui s'est tenue à Nairobi en juin 2010. Au total, 20 pays très touchés y ont participé, afin d'élaborer des plans nationaux pour leurs demandes de subventions et des plans de transposition à plus grande échelle au niveau national. L'OMS a actualisé des directives techniques pour les propositions au Fonds mondial sur la PTME et l'alimentation des nourrissons, qui comprennent aussi la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive, et elle a fourni des examens approfondis des propositions, réalisés au niveau des pays, des régions et du Siège.

En 2010, plusieurs réunions de haut niveau ont fixé l'élimination de la transmission verticale comme objectif à atteindre. Afin d'appuyer ce nouvel agenda, l'OMS a organisé une grande consultation technique de différentes institutions et de partenaires en novembre 2010, qui visait à définir les points techniques, les buts et les cibles en matière d'élimination et à fournir un cadre d'orientation pour l'avenir. L'OMS et des partenaires travaillent activement à l'élaboration d'un cadre pour l'élimination de la transmission mère-enfant, dont un cadre

d'action, un guide stratégique pour l'élimination, et un cadre pour le suivi et l'évaluation de l'élimination. Elle a aussi activement soutenu des initiatives régionales en la matière, en assumant un leadership permanent à l'Organisation panaméricaine de la santé et en soutenant l'établissement des nouveaux cadres pour l'élimination de la transmission verticale en Asie et dans le Pacifique et en Afrique.

L'OMS n'a cessé de jouer un rôle de premier plan s'agissant du suivi et de l'évaluation de la PTME au niveau mondial, en collaborant étroitement avec l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour l'établissement des rapports mondiaux (par ex. : le rapport sur l'accès universel), notamment sur les documents clés relatifs aux progrès dans le domaine de la PTME. L'OMS a également coordonné et conduit l'élaboration d'un protocole générique pour l'évaluation de l'impact de la PTME, actuellement en cours d'application dans plusieurs pays, et elle a coorganisé une consultation technique visant à réviser les modèles Spectrum de l'ONUSIDA pour qu'ils soient conformes aux nouvelles données et directives de 2010. L'OMS a également parachevé les nouvelles orientations en matière de suivi et d'évaluation de la PTME, et elle prend part à des analyses et à des estimations sur l'établissement des coûts pour la PTME et l'élimination.

Au cours de l'année passée, l'OMS a parachevé l'élaboration d'outils et de supports de formation pour la mise en œuvre et l'intégration de la PTME, notamment la gestion intégrée du sida chez les adolescents et les adultes (IMAI), la prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles (IMCI), et la gestion intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC), et elle a intégré le système de suivi des patients. La plupart des pays où la proportion de transmission verticale est très élevée ont bénéficié d'une formation multinationale de formateurs.

---

#### **Autres points :**

En 2010, l'OMS a élaboré la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida pour 2011-2015, à travers une large consultation à laquelle ont participé et contribué respectivement plus de 90 États membres et 2 000 personnes et organisations. La Stratégie, qui orientera la riposte au VIH du secteur de la santé, présente des recommandations pour les actions des pays et les contributions de l'OMS visant à soutenir ces actions dans quatre domaines stratégiques : optimiser la prévention, le diagnostic et le traitement du VIH et les résultats des soins ; obtenir des résultats sanitaires plus larges grâce aux ripostes au VIH ; mettre en place des systèmes solides et durables ; réduire la vulnérabilité et supprimer les obstacles structurels à l'accès aux services. Les orientations spécifiques et les cibles définies dans la Stratégie de l'OMS sont conformes à la Stratégie de l'ONUSIDA, et elles éclaireront les travaux de l'OMS de 2011 à 2015.

L'OMS a publié le rapport annuel *Vers un accès universel*, qui présente les progrès réalisés pour ce qui est de la couverture des interventions liées au VIH et rend compte de la manière dont les investissements dans la lutte contre le VIH renforcent les composantes clés des systèmes de santé, telles que la surveillance des maladies. Le rapport, rendu public avant la réunion de reconstitution des ressources du Fonds mondial, a été un véritable socle pour le changement de paradigme vers l'établissement de priorités et l'augmentation de la performance dans le cadre de la riposte au VIH.

L'OMS a grandement contribué à l'établissement du rapport mondial 2010 de l'ONUSIDA et au rapport sur le bilan de la situation des enfants et du sida élaboré par l'UNICEF. Elle a également publié *Programme VIH/SIDA: faits marquants 2008-2009*, un rapport qui vise à informer les donateurs et autres partenaires des réalisations majeures qui ont été accomplies dans le cadre du programme de lutte contre le VIH de l'OMS au cours de la dernière période biennale, ainsi que le rapport *Interventions Prioritaires – Prévention*,

*traitement et soins du VIH/sida dans le secteur de la santé 2010*, qui décrit les interventions indispensables qui devraient être réalisées par le secteur de la santé et fournit des références clés et des liens vers des ressources Internet.

## BANQUE MONDIALE

### Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2010 :

- à l'échelon pays US\$ 1,799,160,000
- au niveau régional US\$ 9,453,570
- au niveau mondial US\$ 6,694,270<sup>13</sup>
- total des dépenses US\$ 1,815,307,840

Montant total reçu du Budget-plan de travail intégré en 2010 : US\$ 10,979,241

---

### Description des trois priorités principales et des résultats clés :

**Les pays sont encouragés à mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH éclairés par des données probantes, hiérarchisés et efficaces (50 % du total des dépenses)**

#### Résultats clés escomptés pour 2015 :

Dans la moitié des 22 pays où la Banque mondiale a fourni un appui technique dans le domaine de la transmission sexuelle, la prévalence du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans a diminué d'au moins 25 %.

#### Résultats clés escomptés pour 2010 :

La Banque mondiale a collaboré avec des pays pour générer des données probantes sur « ce qui marche en matière de prévention » dans divers contextes épidémiques, afin de garantir que des stratégies et programmes de prévention efficaces et efficaces sont élaborés et financés. Ci-dessous quelques exemples de l'année 2010.

**Synthèse pour la région Moyen-Orient et Afrique du Nord :** Dans le cadre des services qu'elle fournit à des gouvernements régionaux et à des partenaires du développement en matière d'analyse et de conseils, la Banque mondiale, en partenariat avec l'ONUSIDA et l'OMS, a piloté l'établissement d'un rapport de synthèse novateur sur l'épidémie de VIH et les politiques et actions en la matière, qui a donné lieu à des changements dans les programmes. Intitulé *Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in MENA* (Décrire l'épidémie de VIH/sida dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord), ce rapport montre comment le fait d'investir dans la prévention en faveur des populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH peut entraîner des avantages à long terme sur la santé et la société. Grâce à cette synthèse, les gouvernements soudanais, syrien, jordanien, égyptien et marocain ont augmenté les ressources qu'ils consacrent aux populations les plus exposées.

**Synthèse pour l'Afrique du Sud :** L'objectif premier de ce projet de synthèse est de fixer les orientations du nouveau plan stratégique national sur la manière d'améliorer la prévention du VIH et d'adapter les stratégies de prévention aux schémas actuels de transmission. L'Afrique du Sud doit affronter des difficultés importantes et croissantes dans le cadre de la lutte qu'elle s'efforce de mener contre l'épidémie. Le nombre des nouvelles infections dépassent celui des décès dus au sida, et chaque année, environ 100 000 nouveaux cas surviennent dans le pays. Même dans le cadre du plus optimiste des scénarios, il faut compter que, sur les 20 prochaines années, environ cinq millions de Sud-Africains supplémentaires seront infectés par le VIH, soit plus ou moins le nombre de personnes vivant aujourd'hui avec le virus. Afin de réduire le nombre des nouvelles infections, il faut concentrer tous les efforts sur une prévention efficace. Sans l'apparition

---

<sup>13</sup> Obtenus au niveau mondial mais dépensés à 90 % dans le cadre d'activités à l'échelon pays.

d'une nouvelle technique qui changerait la donne dans un avenir proche – un vaccin, par exemple –, il faut que les interventions existantes et importantes d'un point de vue épidémiologique soient mieux ciblées et diffusées, que leur qualité s'améliore, qu'elles soient mises en place à une échelle suffisamment grande et qu'elle délivre un message adéquat. Dans le rapport de synthèse national KYE/KYR (Connaître son épidémie. Connaître sa riposte.), le gouvernement indique qu'il espère recevoir des recommandations ambitieuses, éclairées par des données probantes et applicables, ainsi que nos conseils techniques les plus avisés sur les moyens à mettre en œuvre pour « éliminer les nouvelles infections sur les cinq prochaines années » (directeur du Conseil national d'Afrique du Sud sur le sida). Les recommandations constitueront le fondement du volet « prévention » du nouveau plan national stratégique de lutte contre le VIH, qui est en cours d'élaboration et sera parachevé dans les six prochains mois. Les participants venaient des grandes organisations prenant part au processus de synthèse (Conseil national d'Afrique du Sud sur le sida, ONUSIDA, Département de la santé, Conseil sud-africain de recherches en sciences humaines, Département du service et de l'administration publics, USAID-HPI, Centre sud-africain de modélisation et d'analyse épidémiologiques).

**Évaluations de l'impact du VIH :** Parmi les actions clés de la Banque mondiale pour soutenir les pays figuraient l'élaboration de travaux de recherche novateurs et d'orientations techniques, un suivi des programmes en temps réel et une évaluation rapide de l'impact, afin de mieux comprendre comment les services sont fournis, ce qui marche pour réduire la transmission du VIH et dans quelles circonstances. Par exemple, la Banque mondiale étudie des données pour analyser la qualité et l'efficacité des programmes de prévention du VIH. Les conclusions préliminaires indiquent que la quantité de nouvelles infections a baissé de 60 %, en grande partie grâce aux interventions destinées aux professionnel(le)s du sexe. Les résultats permettront de fournir une aide directe à l'Inde, avant tout pour influencer sur les programmes et politiques du pays.

**Étude analytique sur le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) :** En partenariat avec l'ONUSIDA, le PNUD et l'OMS, la Banque mondiale a réalisé une grande étude analytique sur l'une des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH, qui affiche une prévalence du VIH élevée à l'échelle mondiale. L'étude, intitulée *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM): Epidemiology, Prevention, Access to Care and Human Rights* (L'épidémie mondiale de VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : épidémiologie, prévention, accès aux soins et droits de l'homme), chiffre les coûts mondiaux qu'entraîne l'inaction dans ce domaine, fait un examen critique des données épidémiologiques sur la transmission du VIH et un examen rigoureux des données relatives à l'efficacité et aux coûts des interventions ; elle modélise en outre les coûts et l'impact de la satisfaction des besoins des HSH dans différents contextes épidémiques. D'après l'étude, le taux de couverture des services essentiels destinés aux HSH au sein des systèmes de santé des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) reste faible : seul entre un HSH sur cinq et un HSH sur 10 a accès à des services de prévention du VIH adaptés. L'étude conclut que lutter contre l'épidémie parmi les HSH entraîne des retombées considérables sur l'épidémie d'un pays dans sa globalité, même dans les contextes d'épidémie généralisée comme en Afrique subsaharienne.

**Les pays reçoivent un appui pour renforcer la planification stratégique en vue d'améliorer l'efficacité, l'efficience et la pérennité de l'allocation des ressources et des programmes (20 % du total des dépenses)**

Résultats clés escomptés pour 2015 :

Dans les pays prioritaires, les plans stratégiques de lutte contre le VIH ont été élaborés sous la direction du pays, et leurs coûts ont été évalués. La moitié au moins des ressources nécessaires pour la mise en œuvre de ces plans a été garantie.

Résultats clés escomptés pour 2010 :

Durant la période considérée, 40 demandes ont été faites par des pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe, d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Asie et du Pacifique, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, et d'Europe. Sur ces 40 demandes, 26 émanaient de pays qui n'en avaient jamais fait. La Banque mondiale a fourni un appui en matière d'information stratégique et de planification, qui a permis aux pays d'établir des stratégies nationales de lutte contre le sida hiérarchisées et dont les coûts sont évalués, et d'améliorer leur efficacité en termes d'allocation des ressources, ce qui a donné lieu à des ripostes nationales performantes, axées sur les dynamiques de l'épidémie. Par exemple, le Ghana, le Bénin, la Sierra Leone, la Zambie, l'Ukraine, la Géorgie, Sainte-Lucie, la Trinité-et-Tobago, le Népal et la République démocratique populaire lao, ont été en mesure de hiérarchiser les ressources et de les concentrer sur les dynamiques de l'épidémie, ce qui a permis de définir des priorités nationales ciblées sur une riposte efficace et efficiente.

**Les pays d'Afrique subsaharienne reçoivent un appui pour élaborer et mettre en œuvre des programmes de protection sociale efficaces, efficients et sensibles aux questions du VIH (20 % du total des dépenses)**

Résultats clés escomptés pour 2015 :

Au moins 50 % des programmes de protection sociale dans les pays très touchés disposent de filets de sécurité sociale qui protègent les personnes que le VIH/sida a rendues vulnérables.

Résultats clés escomptés pour 2010 :

Le monde connaît ou a connu récemment différentes crises – alimentaire, énergétique et financière –, qui ont souligné l'importance des filets de sécurité efficaces pour protéger les personnes les plus vulnérables et pour garantir que les bénéfices durablement gagnés de la croissance économique se traduisent par un développement équitable. La Banque mondiale offre un appui majeur à des programmes de protection sociale à la demande des pays ; elle a, à ce titre, financé des nouveaux engagements à concurrence de US\$ 4,2 milliards rien que durant l'exercice fiscal (EF) 2010. Au cours des cinq dernières années (EF 2005-EF 2009), la Banque mondiale a approuvé 123 projets relatifs aux filets de sécurité dans 60 pays, et les allocations de ressources rien qu'en faveur des filets de sécurité sociale se sont élevées à US\$ 3,13 milliards pour l'EF 2009 et à US\$ 2,58 milliards pour l'EF 2010 – y compris pour 20 pays qui recouraient pour la première fois au système de portefeuille de prêts destinés à ces filets. Il est ressorti d'une concertation avec des pays clients que ces investissements massifs devaient être exploités pour réaffirmer la nécessité de prendre en compte les résultats liés au VIH dans le domaine du développement. L'expérience de la Banque mondiale dans des pays à revenu faible ou intermédiaire d'Amérique latine illustre parfaitement à quel point les filets de sécurité sociale améliorent la vie des pauvres, et elle peut contribuer à orienter les efforts dans d'autres régions, en particulier dans les pays d'Afrique australe et d'Afrique de l'Est les plus touchés par l'épidémie de VIH/sida.

S'agissant de l'avenir, la Banque mondiale coordonnera et évaluera les principaux aspects de la protection sociale ayant une incidence sur la lutte contre le VIH, dont les transferts sociaux (espèces, vivres, prestations en nature) intégrés dans les programmes nationaux

de protection sociale, la fourniture de produits alimentaires, indispensables pour garantir l'efficacité du traitement antirétroviral, et les filets de sécurité, nécessaires pour faire en sorte que les aidants non professionnels puissent prendre en charge (accueil et suivi) des enfants infectés et touchés. Parmi les pays prioritaires figureront le Burkina Faso, le Cambodge, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Kenya et le Rwanda.

En outre, durant la période considérée, **l'évaluation des ripostes des communautés au VIH et au sida** est arrivée à mi-parcours. Mise en place par la Banque mondiale dans six pays (Afrique du Sud, Burkina-Faso, Kenya, Lesotho, Nigéria et Zimbabwe) en partenariat avec le Département pour le développement international (Royaume-Uni), UK NGO AIDS Consortium (consortium d'ONG britanniques sur le sida) et d'autres partenaires, cette évaluation vise à étudier la mesure dans laquelle une riposte vigoureuse de la part des communautés permet de renforcer la riposte au sida du pays entier. Les conclusions permettront de comprendre si les communautés conduisant une riposte plus vigoureuse affichent des différences en termes de santé, de VIH, d'indicateurs comportementaux et sociaux, et si elles ont un meilleur accès et un recours plus fréquent aux services VIH et sida. Ces résultats donneront des informations sur les possibilités de mettre en place des partenariats efficaces entre les ministères et les organisations de la société civile.

---

#### **Autres points :**

Avec 10 000 collaborateurs travaillant dans plus de 100 bureaux de pays à travers le monde, la Banque mondiale est la plus grande institution de développement. Elle joue un rôle essentiel dans l'amélioration des activités visant à l'efficacité de l'aide au développement, des états de santé préoccupants et des filets de sécurité sociale des habitants les plus pauvres de la planète, et elle prémunit des millions de personnes contre la pauvreté.

*La Banque mondiale reste un partenaire engagé dans la lutte contre le VIH :* La Banque mondiale joue depuis toujours un rôle de premier plan dans le domaine du VIH, en finançant des activités de lutte contre le sida et en fournissant un appui technique pour améliorer l'efficacité, l'efficacité et la pérennité des ripostes au VIH. Aux niveaux mondial et institutionnel, la Banque mondiale est déterminée à soutenir les gouvernements dans les domaines suivants : prévention du VIH, planification stratégique de la lutte contre le VIH et protection sociale sensible aux questions du VIH. Dans le cadre du rôle qu'elle joue actuellement sur le plan financier, la Banque mondiale consent des prêts à hauteur de US\$ 1,8 milliard à des projets de lutte contre le sida. Dans le cadre de son rôle consultatif, elle aide divers pays – Brésil, Afrique du Sud, Nigéria, Kenya, Inde et Chine, notamment – à acheter les meilleurs produits avec les dollars dont ils disposent pour la lutte contre le sida.

*En cas de baisse des fonds alloués à la lutte contre le VIH, le rôle de la Banque mondiale en matière de financement des activités VIH pourra se renforcer :* Si les subventions diminuent, les pays peuvent se tourner de plus en plus vers la Banque mondiale pour obtenir des financements ; de son côté, la Banque se tient prête à les leur fournir, par le biais d'une vaste panoplie de mécanismes qui varient selon les contextes et les besoins du client, dont des crédits spécifiques pour la lutte contre le sida, des projets contenant une composante « sida » dans le domaine de la santé, et des instruments de financement axés sur les résultats.

*Le rôle de la Banque mondiale en tant que banque de connaissances sur les efforts de prévention du VIH qui portent leurs fruits ne pourra que s'accroître* : La Banque mondiale soutient de nombreuses évaluations sur la prévention du VIH pour faire avancer la science en la matière au niveau mondial.

Conformément à la Stratégie de l'ONUSIDA approuvée par le Conseil de Coordination du Programme en 2010, améliorer l'efficiences et l'efficacité de la planification stratégique et de la prévention, et faire en sorte que les programmes de protection sociale prennent davantage en compte les questions liées au VIH, sont des priorités institutionnelles, sectorielles et programmatiques qui se trouvent au centre du mandat de la Banque mondiale.

[Fin du document]