

UNAIDS/PCB(30)/12.8
28 mai 2012

**30^e réunion du Conseil de Coordination du Programme de
l'ONUSIDA
Genève, Suisse
5 - 7 juin 2012**

Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA 2010-2011

Documents complémentaires pour ce point de l'ordre du jour :

- i. Rapport de la Présidence du Comité des Organismes coparrainants (UNAIDS/PCB(30)/12.3)
- ii. Supplément technique : Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA Certaines réalisations par rapport aux indicateurs (UNAIDS/PCB(30)/CRP1)
- iii. Étude de cas : Renforcer la réduction des risques et étendre la couverture des services pour les consommateurs de drogues injectables en Europe orientale et en Asie centrale (UNAIDS/PCB(30)/CRP2)
- iv. Étude de cas : La composante VIH/sida du Plan d'aide au développement de l'ONU en Tanzanie (UNAIDS/PCB(30)/CRP3)
- v. Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice biennal 2010-2011 (UNAIDS/PCB(30)/12.6)
- vi. Informations actualisées sur les indicateurs, le suivi et l'évaluation du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2012-2015 (UBRAF) (UNAIDS/PCB(30)/12.9)

Suite à donner lors de cette réunion : Le Conseil de Coordination du Programme est invité à *examiner* et à *commenter* le rapport, et de donner des orientations sur les moyens de renforcer le suivi des performances de l'ONUSIDA.

Implications financières : *aucune*

Présentation

1. Le Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA pour 2010-2011 offre un résumé des principales réalisations du Programme commun par rapport au Budget-plan de travail intégré (BPTI). Il montre comment l'ONUSIDA contribue aux progrès accomplis dans la riposte au sida et aux efforts visant à concrétiser sa vision des « trois zéros », à savoir, *zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida*.

Progrès réalisés sur la voie de l'objectif des « trois zéros »

Zéro nouvelle infection

- Le nombre des nouvelles infections à VIH est actuellement à son plus bas niveau depuis l'époque où il a atteint son niveau maximum. Il y a eu 2,7 millions de nouvelles infections à VIH en 2010, soit une réduction de 21% par rapport à l'année 1997. Les jeunes étant en train de changer de comportement sexuel, la baisse s'observe surtout chez les 15-24 ans. Cependant, le nombre des nouvelles infections à VIH continue d'augmenter en Europe orientale et en Asie centrale, en Océanie, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Zéro discrimination

- Le nombre de pays, territoires ou régions imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence fondées sur le VIH est passé de 63 en 2008 à 47 en décembre 2011.

Zéro décès lié au sida

- À l'échelle mondiale, le nombre des décès causés par des maladies associées au sida tend à diminuer. On estime à environ 1,8 million le nombre de ces décès en 2010, contre 2,2 millions chaque année durant le pic observé dans le milieu des années 2000.
- Près de la moitié des personnes nécessitant un traitement, soit 6,6 millions sur 14,2 millions, y ont désormais accès. On estime à 2,5 millions le nombre de décès dus au sida qui ont pu être évités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire grâce à l'introduction des traitements antirétroviraux. L'ONUSIDA estime que, durant la seule année 2010, les traitements antirétroviraux ont permis d'éviter 700 000 décès liés au sida.
- À la fin de l'année 2010, environ 34 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde, soit une hausse de 17% par rapport à 2001. Cela reflète le nombre encore important des nouvelles infections et un accroissement significatif de l'accès aux traitements antirétroviraux.

2. Pour atteindre les résultats du BPTI 2010-2011, les coparrainants et le Secrétariat ont travaillé ensemble, dans le cadre de leurs mandats respectifs et de la Division du travail actualisée, embrassant ainsi l'esprit de l'initiative pour une « Unité d'action des Nations Unies ». Le BPTI est l'instrument de l'ONUSIDA qui a permis de faire en sorte que les coparrainants et le Secrétariat parlent d'une même voix, de renforcer la cohérence du Programme commun et d'améliorer l'impact des actions des l'ONUSIDA visant à aider les organisations gouvernementales et non gouvernementales à avancer dans la riposte au sida.
3. Ce rapport résume les réalisations de l'ONUSIDA au cours des deux dernières années aux niveaux national, régional et mondial. Des informations supplémentaires sur les

principales réalisations et contributions des coparrainants figurent dans le Rapport de la Présidence du Comité des Organismes coparrainants au Conseil de Coordination du Programme (UNAIDS/PCB(30)/12.3). Les réalisations remarquables pour la période 2010-2011 sont notamment :

- L'accélération de la riposte mondiale au sida, qui a culminé en juin 2011 avec la Réunion de haut niveau et la Déclaration politique des Nations Unies ; le plaidoyer pour un nouveau paradigme fondé sur une responsabilité partagée, des sources novatrices de financement et davantage de prévisibilité et de pérennité des investissements consacrés à la riposte au VIH.
 - Le suivi et la mesure des progrès accomplis dans la riposte mondiale (avec des rapports de situation nationaux sur les indicateurs UNGASS remis par 182 des 192 États membres, contre 153 quatre ans auparavant), ainsi que la capacité renforcée des pays à produire et à utiliser des données épidémiologiques pour affecter les ressources disponibles en fonction des priorités épidémiques et améliorer le ciblage et l'efficacité des programmes de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH.
 - La mobilisation de fonds pour la riposte au sida dans les pays, y compris par le biais, par exemple, des Dispositifs d'appui technique de l'ONUSIDA qui ont aidé les pays à mobiliser 1,7 milliard de dollars lors des trois dernières séries de demandes de subventions auprès du Fonds mondial.
 - La mobilisation de la riposte au sida autour d'objectifs portant sur la santé, le développement et les droits de l'homme avec : l'initiative Ruban rouge-Ruban rose ; l'[Agenda pour une action accéléré en faveur des femmes et des filles](#) ; le plaidoyer pour l'intégration du sida avec d'autres Objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs de paix et de sécurité par le biais de la Résolution 1983 du Conseil de sécurité.
 - L'établissement d'un consensus parmi les partenaires en vue de renforcer l'appropriation et la viabilité des actions contre le sida ; la documentation et la diffusion de bonnes pratiques et de pratiques novatrices ; la sensibilisation à l'importance d'une participation des communautés à la riposte au sida et de l'élargissement de l'accès aux services.
4. Le BPTI lui-même a permis de mobiliser des fonds dans l'ensemble du programme de l'ONUSIDA. En plus du budget de base de 515 millions de dollars, 304 millions supplémentaires ont été mobilisés au titre d'un BPTI supplémentaire aux niveaux mondial et régional. Par ailleurs, 3,2 milliards de dollars ont été décaissés au niveau des pays, portant le financement total acheminé dans le cadre du dernier exercice biennal du système des Nations Unies, y compris les prêts concessionnels et les subventions de la Banque mondiale, à près de 4 milliards de dollars, soit près de sept fois plus que le BPTI de base.
 5. La **Partie I** de ce rapport présente les réalisations globales par rapport aux domaines prioritaires du BPTI 2010-2011 et montre comment le travail de l'ONUSIDA contribue à la réalisation des objectifs fixés en juin 2011 lors de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies.
 6. La **Partie II** présente les réalisations en rapport avec les stratégies transversales du BPTI, qui n'apparaissent pas dans la première partie du rapport.
 7. La **Partie III** donne un aperçu des résultats aux niveaux national et régional, sélectionnés en fonction de leur pertinence par rapport aux contextes, aux épidémies et

aux défis des pays et des régions. Elle répond à une demande pour davantage d'informations programmatiques de ce type.

8. La **Partie IV** expose les informations financières : les budgets et les dépenses au titre du BPTI de base, mais aussi les ressources propres des coparrainants, afin de présenter un tableau plus complet du travail réalisé par les différentes composantes de l'ONUSIDA dans les pays.
9. Pour que ce rapport soit aussi concis que possible tout en permettant aux lecteurs d'accéder à des informations plus détaillées, des liens hypertextes ont été inclus dans la version électronique, ainsi que des liens vers des vidéos (icône ¹). Des informations complémentaires sur le Secrétariat et les coparrainants de l'ONUSIDA, qui constituent la base de ce rapport, sont disponibles sur la [page BPTI/UBRAF du site web de l'ONUSIDA](#).
10. Le rapport sera complété par deux études de cas qui seront présentées comme documents de séance lors de la réunion du 30^e Conseil de Coordination du Programme. Par ailleurs, un document de séance a été préparé, qui présente une sélection des résultats obtenus au regard des indicateurs mondiaux.

¹ Ces liens hypertextes fonctionnaient lorsque ce rapport a été publié, mais ils ont pu être modifiés au fil du temps.

I. Résultats obtenus dans les domaines prioritaires

A. Réduire la transmission du VIH par voie sexuelle ; donner aux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux personnes transsexuelles les moyens de se protéger contre le VIH et d'accéder aux traitements antirétroviraux ; donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH²



Objectif : réduire de moitié la transmission par voie sexuelle d'ici à 2015

État d'avancement général

À l'échelle mondiale, le nombre de nouvelles personnes infectées chaque année est en baisse. En 2010, environ 2,7 millions de personnes ont été infectées par le VIH, contre 3,1 millions en 2001, ce qui correspond à une baisse de 15% des nouvelles infections. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 42 % des nouvelles infections. Là aussi, les progrès sont évidents. Dans 21 des 24 pays où la prévalence du VIH est supérieure ou égale à 1%, des baisses statistiquement significatives de la prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes (15-24 ans) ont été attestées par de nombreuses sources au cours de la dernière décennie. Dans 33 pays, dont 22 en Afrique subsaharienne, l'incidence du VIH a diminué d'au moins 25% entre 2001 et 2009.

Plusieurs facteurs ont contribué à la baisse de l'incidence dans ces pays, notamment des pratiques sexuelles à moindre risque, l'accès aux services et aux produits de prévention et de traitement ainsi que la couverture de ces services, et les progrès scientifiques réalisés dans le domaine des techniques de dépistage, de diagnostic et de prévention. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont commencé à mettre en œuvre des programmes de circoncision des hommes adultes afin de prévenir la transmission sexuelle de la femme à l'homme. Plus de 550 000 circoncisions masculines ont été pratiquées dans neuf pays en 2010. Le nombre croissant de PVV sous traitement commence à montrer les effets du « traitement comme moyen de prévention » dans une population.

Il faut pourtant faire plus pour atteindre l'objectif de zéro nouvelle infection :

- Dans 14 pays où la prévalence du VIH dépasse 2% et où des données représentatives au niveau national sont disponibles, plus de 70% des femmes et des hommes qui ont eu des pratiques sexuelles à haut risque au cours de l'année dernière ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.
- L'examen de la situation des pays concernant l'accès universel laisse apparaître que de nombreux pays connaissent des interruptions dans l'approvisionnement en préservatifs, ce qui nuit aux efforts déployés pour mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH.
- En Afrique subsaharienne, des éléments probants montrent qu'une part plus importante des transmissions par voie sexuelle concerne des couples sérodifférents mariés ou vivant en concubinage, dans lesquels le partenaire non infecté peut ne pas avoir connaissance de la séropositivité du partenaire infecté.
- La forte prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe en Afrique subsaharienne met en évidence le fait que les rapports sexuels tarifés et non protégés demeurent un mode de transmission important. Au Kenya par exemple, on estime que 14% des nouvelles infections à VIH sont liées au commerce du sexe.
- Un nombre croissant d'infections à VIH se produisent par voie sexuelle chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, parmi lesquels beaucoup ont également des partenaires féminines.

[OMS/ONUSIDA/UNICEF – La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de la santé vers un accès universel, 2011 \(en anglais\)](#)

[Centre d'échange d'informations sur la circoncision masculine pour la prévention du VIH \(en anglais\)](#)

[Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe \(2009\), comportant quatre annexes complémentaires \(ajoutées en 2011\), élaborée par le Groupe consultatif de l'ONUSIDA sur VIH et le commerce du sexe \(en anglais\)](#)

[Assurer l'avenir aujourd'hui. Synthèse de l'information stratégique sur le VIH et les jeunes, ONUSIDA 2011](#)

[Prévention et traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres : recommandations pour une approche de santé publique \(OMS, 2011\)](#)

² Domaines prioritaires 1, 6 et 9 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

11. La baisse du nombre des nouvelles infections à VIH correspond à une évolution positive observée sur les principaux indicateurs comportementaux tels que l'usage accru du préservatif, le report des premiers rapports sexuels et la diminution des partenariats multiples et simultanés. Tout au long de la période 2010-2011, des capacités ont été mises en place avec l'appui de l'UNFPA afin de renforcer les liens entre santé sexuelle et reproductive (SSR) et VIH par le biais d'une série de consultations mondiales et régionales (www.srhivlinkages.org, lien en anglais), et de partenariats stratégiques (par exemple, liens entre les groupes de travail interinstitutions sur la SSR et sur le VIH, réseaux représentant les PVV et les populations clés). Vingt-trois pays ont mené une évaluation des politiques, des systèmes et des prestations de services, à l'aide de l'Outil d'évaluation rapide des liens établis entre SSR et VIH, afin de renforcer ces liens dans leurs plans nationaux. Seize rapports ont été préparés et communiqués, qui en résument le processus, les conclusions, les enseignements tirés et les recommandations. Pour évaluer les progrès réalisés dans l'établissement de liens entre SSR et VIH au niveau des pays, 17 évaluations d'impact ont été menées dans les premiers pays ayant mis en œuvre l'évaluation rapide.

12. Le Programme de planification complète du préservatif restant un des piliers de la prévention du VIH, 86 pays mettent en œuvre, dans le cadre de l'Initiative mondiale en faveur du préservatif, « l'Approche stratégique en 10 étapes » de ce programme avec le soutien de l'UNFPA. Trente-huit de ces pays ont élaboré des stratégies nationales pour l'usage du préservatif ainsi que des plans opérationnels chiffrés au cours de l'exercice biennal ; 10 pays ont finalisé ou révisé leurs politiques et stratégies nationales sur l'usage du préservatif. En 2010, 840 millions de préservatifs masculins (sur un total de 2,8 milliards) et 9,8 millions de préservatifs féminins (sur un total de 18 millions) ont été fournis par l'UNFPA aux pays à faible revenu.

Étude de cas : utiliser l'humour pour réduire la stigmatisation qui entoure l'usage du préservatif

Le Condom Project, un projet de promotion des préservatifs soutenu par l'UNFPA, cherche à éliminer les inhibitions qui empêchent les gens de manipuler, d'utiliser ou de parler des préservatifs au Burkina Faso, en Éthiopie, en Inde, au Nigeria et en Thaïlande. À travers une collaboration avec des organisations partenaires locales, des jeunes réalisent leurs propres vidéos de 30 secondes montrant des utilisations fantaisistes des préservatifs, dans le but de briser la glace et d'amener les gens à rire et à parler des préservatifs. Des milliers de personnes ont vu ces vidéos qui ont été présentées sur des supports très divers (projections sur des draps accrochés à des arbres, diffusion sur les chaînes de télévision au Nigeria et en Thaïlande, etc.).

13. À la fin de l'année 2011, la Banque mondiale avait alloué 5 milliards de dollars au financement de la riposte au sida (dont 1,8 milliard de dollars pour la période 2010-2011), un montant qui inclut 15 années d'un soutien continu aux programmes de lutte contre le sida du Brésil et de l'Inde en tant que seul financier extérieur ainsi qu'un nouveau crédit de 400 millions de dollars pour le Nigeria. Les projets de la

Un défi : confirmer le rapport de cause à effet

Il est difficile de confirmer le rapport de cause à effet car l'ensemble des données concernant la prévention du VIH reste limité. Pour intensifier des programmes efficaces de prévention du VIH, il est donc essentiel d'évaluer l'impact de la prévention afin de mesurer réellement le nombre d'infections évitées. À l'appui de ses opérations de prêt et en complément de celles-ci, la Banque mondiale finance un travail d'analyse pour aider les pays à mieux comprendre les caractéristiques de leur épidémie de VIH et à planifier des actions de prévention efficaces. Cela implique un soutien à l'élaboration d'évaluations de l'efficacité de la prévention du VIH, l'accent étant mis sur la collecte et l'analyse de preuves de l'efficacité des initiatives au niveau des populations (pour la prévention du VIH), par le biais d'études prospectives, d'analyses des données et de recoupements systématiques des données tout au long de la chaîne de résultats. En 2010 et 2011, la Banque mondiale a lancé des évaluations d'impact et des études d'efficience-efficacité dans plus de 15 pays, dont la Chine, l'Inde, le Kenya, le Nigeria, l'Afrique du Sud, l'Ouganda, l'Ukraine, la Zambie et le Zimbabwe. Il est ressorti de l'évaluation d'impact menée en Inde que le programme national de lutte contre le sida soutenu par la Banque mondiale avait permis d'éviter 3 millions d'infections par le VIH.

Banque mondiale dans le domaine du sida financent principalement des activités de prévention (avec d'autres grands acteurs mondiaux tels que le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial, dont les actions portent essentiellement sur les traitements). La raison de l'attention portée à la prévention est double : d'une part, si on ne « ferme pas le robinet » des nouvelles infections, le VIH restera un problème de développement persistant dans un avenir proche ; d'autre part, une prévention efficace exige une compréhension des causes des nouvelles infections ainsi que de la relation entre les programmes de prévention du VIH et la baisse signalée du nombre annuel des nouvelles infections (diminution de 20% des nouvelles infections à VIH ces 10 dernières années).

14. Suite aux résultats concluants d'essais scientifiques menés dans ce domaine, le [Cadre d'action commun](#) (lien en anglais) ONUSIDA/OMS a été mis en place pour accélérer l'intensification de la circoncision masculine médicale et volontaire (CMMV) à des fins de prévention du VIH en Afrique orientale et australe. Ce cadre stratégique, lancé en décembre 2011 lors de l'ICASA, fournit des orientations afin d'intensifier la circoncision masculine dans 13 pays, en complément des études de coûts déjà réalisées en Tanzanie et actuellement menées au Botswana. L'intensification de la CMMV a été modeste dans la plupart des pays, mais, à la fin de l'année 2010, plus de 550 000 hommes avaient été circoncis à des fins de prévention du VIH dans les pays prioritaires.
15. Des avancées concernant la prophylaxie pré-exposition (PPrE) sont en cours suite à des résultats prometteurs obtenus dans le cadre d'une collaboration entre l'ONUSIDA, l'Université de Georgetown et l'Imperial College de Londres. Un plan de travail commun pour toutes les activités de PPrE a été élaboré et l'OMS a reçu l'autorisation du Comité d'évaluation des directives de travailler à des conseils rapides sur le recours à la PPrE pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les couples sérodifférents. Les préparatifs ont commencé pour une évaluation en 2012 de la PPrE pour les couples sérodifférents. Une étude d'impact menée par l'OIT dans 17 pays qui ont mis en œuvre les Stratégies en entreprises en réponse au VIH/sida a montré que la disponibilité des préservatifs et l'usage du préservatif avaient augmenté respectivement de 44,3% et 14,4% entre l'étude initiale et l'étude d'impact.
16. Dans la Déclaration politique de juin 2011, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont été reconnus comme des groupes plus exposés au risque d'infection par le VIH, qui nécessitent donc des actions appropriées et ciblées. En 2011, l'OMS, le PNUD et l'ONUSIDA ont publié les [Directives concernant la prévention et le traitement de l'infection à VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et chez les personnes transgenres](#), les premières directives de santé publique portant sur des populations spécifiques, à l'intention des décideurs, des responsables de la mise en œuvre de programmes et du personnel médical, en vue d'intensifier l'accès à la prévention et aux traitements.
17. On estime que les villes abritent environ la moitié des personnes vivant avec le VIH. Ce sont donc des lieux où les actions entreprises peuvent avoir un impact important sur la diminution des nouvelles infections à VIH et qui peuvent contribuer à un réalignement des actions nationales sur les besoins spécifiques des populations plus exposées au risque

Un défi : le nombre d'infections en Afrique du Sud

On estime à 5 millions le nombre de Sud-Africains qui contracteront le VIH au cours des deux prochaines décennies, ce qui aura pour effet de multiplier environ par deux le nombre de PVV dans le pays. Pour éviter cela, les initiatives doivent être davantage ciblées, mieux mises en valeur et de meilleure qualité. Elles doivent être mises en œuvre à une échelle suffisante en associant une bonne communication aux meilleurs conseils techniques.

d'infection. Le PNUD a soutenu l'examen, l'élaboration et/ou la mise en œuvre de plans d'action municipaux visant à accroître l'accès aux services pour les HSH et les personnes transsexuelles en Asie³, et pour les HSH, les personnes transsexuelles et les professionnel(le)s du sexe en Afrique, en Amérique latine et en Europe orientale⁴.

18. Pour renforcer le corpus de données sur la prévention du VIH, des évaluations systématiques ont été effectuées afin d'orienter les programmes portant sur le VIH et les IST destinés aux professionnel(le)s du sexe et à leurs clients. Les éléments examinés couvrent la violence à l'encontre des professionnel(le)s du sexe, la responsabilisation des communautés ainsi que le traitement présomptif régulier et la prise en charge syndromique des IST. Une étude des valeurs et des préférences, qui a rassemblé des experts, des chercheurs, des professionnel(le)s du sexe, l'OMS, l'UNFPA, le PNUD et le Secrétariat de l'ONUSIDA, a été réalisée par le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP).
19. Les gouvernements de l'Argentine, de l'Équateur, du Salvador, du Guatemala, du Panama et du Paraguay ont réaffecté leurs ressources budgétaires de manière à mieux cibler les actions de prévention à la suite d'une étude de la Banque mondiale réalisée en 2010. Suite à ces études, les ressources affectées aux programmes destinés aux principales populations affectées ont été multipliées par neuf par rapport à 2008.
20. Des indicateurs ventilés par âge et par sexe – épidémiologiques, comportementaux, en rapport avec les services – portant sur les jeunes ont fait l'objet d'une analyse complète, dont les résultats ont été rassemblés dans un rapport du Programme commun piloté par l'UNICEF et intitulé [Tirer parti de la crise : prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte](#) (lien en anglais). Le rapport met l'accent sur les défis que représentent les besoins en matière de prévention du début de l'adolescence à l'entrée dans l'âge adulte, ainsi que les enseignements retenus dans ce domaine, et contient un état des connaissances actuelles sur les adolescents vivant avec le VIH. Pour la première fois, un rapport comporte des estimations par pays du nombre d'adolescents vivant avec le VIH (garçons et filles) et du nombre de nouvelles infections chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans.
21. Un sommet de la jeunesse, qui a rassemblé plus de 150 jeunes venus de plus de 70 pays, a été organisé conjointement par le gouvernement malien et l'ONUSIDA. Un des résultats de ce sommet a été un « appel à l'action » en ligne pour inciter les jeunes du monde entier à prendre les devants dans la riposte au sida et à demander des comptes aux gouvernements par rapport aux engagements pris par ces derniers. Au Liberia, un jeune militant a réussi à lui seul à obtenir l'adhésion de 20 000 personnes, avant que l'appel ne soit transmis à la Réunion de haut niveau en juin 2011. Un mois plus tôt, l'archevêque Desmond Tutu avait symboliquement « passé le relais » à une nouvelle génération de jeunes leaders à Robben Island en Afrique du Sud.

³ Bangkok, Chengdu, Ho-Chi-Minh-Ville, Jakarta, Yangon et Manille

⁴ Dar es Salaam, Kampala, Kigali, Lagos, Lusaka, Maputo et Ouagadougou ; Georgetown, New Amsterdam, Saint-Domingue, Zacatecas et Belgrade

B. Éviter que les mères décèdent et que les nourrissons soient infectés par le VIH⁵

Objectif : éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire de moitié les décès maternels liés au sida d'ici à 2015



État d'avancement général

En 2005, 14% seulement des femmes enceintes séropositives vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire étaient traitées par des médicaments antirétroviraux dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Ce chiffre est passé à 48% en 2010. Des améliorations ont été notamment observées en Afrique subsaharienne, la région la plus touchée au monde, avec 64% des femmes enceintes vivant avec le VIH sous ARV en Afrique orientale et australe, et 18% en Afrique occidentale et centrale, contre 18% et 4% respectivement en 2005. Ces chiffres sont d'autant plus impressionnants qu'ils tiennent compte de l'abandon des traitements administrés sous la forme d'une dose unique de névirapine. Par ailleurs, les directives de l'OMS de 2010 recommandent que les femmes vivant avec le VIH subissent une évaluation clinique afin de déterminer si elles doivent commencer un traitement. En 2010, cette évaluation a concerné 45% des femmes vivant avec le VIH, contre 51% en 2009.

Du fait de l'amélioration de l'accès aux services de PTME, le nombre d'enfants qui contractent l'infection à VIH annuellement a diminué de manière significative ces dernières années. En 2010, on estime que 390 000 enfants ont été infectés par le VIH, soit 30% de moins par rapport au pic de 560 000 enfants infectés chaque année observé en 2002 et 2003. Les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont pratiquement cessé dans les pays à revenu élevé. Depuis 1995, plus de 350 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants ont pu être évitées dans le monde. Cette tendance reflète le développement constant des services visant à prévenir la transmission du VIH aux nourrissons et, dans une moindre mesure, le développement de l'accès aux traitements pour les enfants. En 2010, 35% des femmes enceintes vivant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire connaissaient leur statut sérologique, contre 8% en 2005. Des augmentations ont été observées dans presque toutes les régions. Le pourcentage de femmes enceintes ayant subi un test de dépistage du VIH a en effet augmenté d'environ 10% voire plus entre 2009 et 2010 en Afrique orientale et australe ainsi qu'en Asie centrale et en Asie de l'Est, du Sud et du Sud-Est. Au cours de l'année 2010, dans 65 pays à revenu faible ou intermédiaire, il a été rapporté que 28% des nourrissons avaient subi un test de dépistage du VIH dans les deux premiers mois suivant la naissance, contre 6% en 2009.

Avec l'amélioration des protocoles thérapeutiques et le renforcement des engagements dans ce domaine, il semble désormais possible d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et de maintenir leurs mères en vie.

[OMS/ONUSIDA/UNICEF – La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de la santé vers un accès universel, 2011 \(en anglais\)](#)

[Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie](#)

⁵ Domaine prioritaire 2 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

22. Le [Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie](#) (ETME), lancé lors de la Réunion de haut niveau de juin 2011, a été élaboré par un collectif regroupant plus de 30 pays et 50 groupes communautaires, organisations non gouvernementales et organisations internationales, réunis à l'initiative de l'ONUSIDA et du PEPFAR. Ce plan a contribué à la mobilisation de ressources supplémentaires consacrées à l'ETME, avec notamment des engagements majeurs du PEPFAR (avec 75 millions de dollars en plus des 300 millions déjà alloués), de fondations et du secteur privé.

23. L'approche globale adoptée renforce les quatre volets du plan, à savoir : prévention des nouvelles infections à VIH ; éviter les grossesses non désirées ; prévention de la TME ; traitement et appui médico-social pour les enfants et les femmes qui vivent avec le VIH. Il se concentre sur 22 pays les plus touchés dans lesquels les autorités nationales ont été encouragées à mettre en place des plates-formes nationales pour la mise en œuvre et l'élaboration de plans nationaux chiffrés pilotés par les pays. À la fin de l'année 2011, la moitié de ces pays avaient lancé leurs plans nationaux.

Étude de cas

Vingt-cinq premières dames ont lancé un appel commun à l'intégration des programmes de lutte contre le VIH et des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, lors d'un événement spécial organisé par l'ONUSIDA pendant la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur le sida. Par la suite, à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida de 2011, 11 des 22 pays faisant l'objet d'une attention particulière ont annoncé des plans chiffrés d'élimination de la TME.

24. Un groupe de pilotage coprésidé par l'ONUSIDA et le gouvernement des États-Unis a été formé pour superviser la mise en œuvre du Plan mondial, fournir des orientations normatives, suivre les progrès réalisés et coordonner l'assistance technique. Le groupe de pilotage est soutenu par l'UNICEF et l'OMS, qui réunissent l'équipe spéciale interinstitutions chargée de fournir les orientations normatives, de suivre les progrès réalisés et d'apporter une assistance technique coordonnée.

25. Plus de 25 pays ont reçu le soutien de l'UNFPA pour adapter et mettre en œuvre les directives en matière de PTME et les stratégies visant à intensifier l'accès aux services de PTME. Les capacités en la matière ont été renforcées dans plus de 38 pays. L'UNICEF a aidé plus de 80 pays à renforcer leurs plans dans le domaine de la PTME et/ou de la pédiatrie, et à élaborer des plans pour éliminer la TME.

Quatre-vingts pour cent des pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont accompli des progrès rapides par rapport à l'Initiative pour l'élimination de la TME. Les programmes de PTME sont mieux intégrés avec les services de santé maternelle et infantile et les services de nutrition, ce qui permet à la fois d'empêcher la transmission du VIH et d'obtenir de meilleurs résultats sur le plan sanitaire.

Principales réalisations

Grâce à l'initiative commune UNFPA/ONUSIDA visant à « renforcer les liens entre VIH et santé sexuelle et reproductive Afrique australe », l'ONUSIDA est devenu un partenaire de choix pour les délégations de l'UE et a contribué à l'élaboration de stratégies des pays de l'UE pour les droits de l'homme et les droits de l'enfant.

Le sida a pris sa place dans les nouvelles politiques de développement de l'UE sur l'égalité des sexes, la santé mondiale et les OMD, ainsi que dans les nouveaux cadres d'action de l'UE dans les domaines de la recherche et de la santé publique pour la période 2014-2020.

26. Dix-sept (77%) des 22 pays prioritaires pour l'élimination de TME ont achevé leur évaluation nationale initiale. À la fin de l'année 2011, dix pays avaient élaboré des plans nationaux chiffrés qui entrent maintenant dans une phase de mise en œuvre.

27. Le document intitulé [Prévenir le VIH et éviter les grossesses non désirées : Cadre stratégique 2011-2015](#) (lien en anglais) élaboré pour étayer le Plan mondial, contient un ensemble de services, de points d'entrée principaux, de listes de vérification pour la mise en œuvre des plans nationaux et de stratégies pour : établir des liens entre santé sexuelle et reproductive et VIH ; impliquer les communautés, les PVV et les hommes ; faire disparaître la stigmatisation et la discrimination. Il aborde également la question des capacités nationales nécessaires pour accélérer l'élimination de la TME grâce à des politiques, des systèmes et des services liés à la SMNI et à d'autres programmes de SSR.

C. Garantir que les personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement⁶

Objectif : procurer un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH



État d'avancement général

Le nombre de personnes qui vivent avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et qui bénéficient d'un traitement antirétroviral a augmenté de 27% en 2010, pour atteindre plus de 6,6 millions de personnes. Dix pays à revenu faible ou intermédiaire ont atteint 80% de couverture par les traitements antirétroviraux et sept pays ont atteint une couverture estimée entre 70% et 79%. Bien que ces progrès aient permis de sauver des vies, le traitement des enfants a quant à lui augmenté à un rythme beaucoup trop faible, la couverture étant passée de 21% en 2009 à 23% en 2010. Dans l'ensemble, le nombre annuel de décès dus au sida a diminué d'environ 20% entre 2005 et 2010. Cette année-là, l'accès aux traitements antirétroviraux a permis d'éviter environ 700 000 décès dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; depuis leur apparition au milieu des années 1990, ce sont plus de 2,5 millions de décès qui ont pu être évités.

Les progrès observés en général dans l'accès aux traitements et aux soins ne sont pas uniformément répartis dans l'ensemble de la population vivant avec le VIH. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la couverture totale estimée demeure inférieure à 50%. En 2010, la couverture thérapeutique était toujours supérieure pour les femmes que les hommes (53% contre 40%) et également plus élevée pour les adultes que pour les enfants (51% contre 23%). En 2010 toujours, les consommateurs de drogues injectables des pays à revenu faible ou intermédiaire d'Europe et d'Asie centrale représentaient 62% des personnes vivant avec le VIH, mais seuls 22% d'entre eux bénéficiaient d'un traitement antirétroviral. Les évaluations de l'accès universel menées dans les pays avec le soutien de l'ONUSIDA ont permis d'identifier plusieurs problèmes qui nuisent à l'intensification des traitements antirétroviraux et à l'optimisation des résultats obtenus sur le plan sanitaire. Les interruptions de l'approvisionnement en médicaments, la capacité limitée des laboratoires et le maintien insuffisant des patients sous antirétroviraux dans les programmes de traitement sont quelques-uns des principaux problèmes susceptibles d'avoir des répercussions sur les résultats du traitement et le risque d'apparition de résistances aux médicaments.

[OMS/ONUSIDA/UNICEF – La riposte mondiale au VIH/sida : le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de la santé vers un accès universel, 2011 \(en anglais\)](#)

[Cadre d'action de l'initiative Traitement 2.0 \(OMS, 2011\) \(en anglais\)](#)

[Utilisation stratégique des médicaments antirétroviraux à des fins préventives et thérapeutiques \(OMS, 2011\) \(en anglais\)](#)

28. En juin 2010, l'initiative Traitement 2.0 a été lancée conjointement par le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'OMS. Conçue comme une plate-forme de traitement du VIH radicalement simplifiée visant à faire diminuer le nombre des décès liés au sida et à favoriser les

⁶ Domaine prioritaire 3 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

efforts de prévention, elle s'appuie sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ainsi que sur les preuves et l'expérience accumulées au cours des 10 dernières années.

29. L'initiative Traitement 2.0 a été lancée pour accélérer l'accès aux traitements grâce à de meilleures combinaisons thérapeutiques, à des outils de diagnostic simplifiés et moins onéreux, et à une approche communautaire et économique de la distribution. Le travail de l'ONUSIDA a contribué à une augmentation spectaculaire de la couverture des traitements antirétroviraux en Afrique subsaharienne. Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a ainsi augmenté de plus de 1,35 million en 2010. À la fin de l'année 2011, 30 pays avaient reçu un appui technique direct pour le traitement et la prise en charge du VIH à travers des ateliers régionaux organisés dans 3 régions, 10 pays avaient bénéficié de cette appui dans le cadre de missions nationales, et 27 laboratoires avaient été accrédités pour les tests de génotypage sur plasma. Quarante-deux formulations différentes d'antirétroviraux ont été présélectionnées, ainsi que 13 épreuves diagnostiques dans les domaines de la sérologie VIH, de la numération des CD4 et de l'analyse de la charge virale.

Étude de cas : les résultats révolutionnaires de l'étude HPTN 052

Les résultats de l'essai « Traitement à des fins préventives » (HPTN 052) ont montré que, si une personne séropositive se conforme à un protocole thérapeutique efficace, le risque de transmettre le virus au partenaire sexuel non infecté peut être réduit de 96%. L'ONUSIDA a largement diffusé ces résultats issus de [l'étude HPTN 052](#) (lien en anglais) menée en Thaïlande et en Afrique.

30. Dans le but d'accroître le choix de médicaments antirétroviraux et de faire baisser les prix, l'OMS a présélectionné 42 formulations d'ARV différentes au cours de l'exercice biennal. Un programme de présélection des épreuves diagnostiques a également été lancé, qui a abouti à la présélection de 13 épreuves diagnostiques en rapport avec le VIH (sérologie, numération des CD4, analyse de la charge virale). La [Boîte à outils de Gestion des Achats et des Stocks](#) en ligne, développée par l'OMS, l'AMDS et des organisations partenaires, a été consultée par plus de 50 000 utilisateurs en 2010.

31. Les capacités ont été renforcées par le PNUD dans 42 pays en ce qui concerne l'adoption de politiques et de lois habilitantes en matière de commerce et de santé (par exemple, le PNUD, en partenariat avec la société civile et GTZ, a apporté son appui à la Communauté de l'Afrique de l'Est sur la question de la prolifération des législations anti-contrefaçon, ce qui a entraîné l'adoption par le Secrétariat de la CAE des propositions du PNUD visant à modifier le projet de loi anti-contrefaçon de la CAE ; cela permettra de pérenniser l'utilisation des médicaments génériques au sein de la CAE, lesquels représentent 90% de l'ensemble des médicaments consommés dans la région).

Les enseignements retenus

Beaucoup de pays pourraient utiliser plus efficacement les flexibilités et les garanties de l'accord sur les ADPIC pour diminuer le prix des médicaments et accroître l'accès au traitement. À cet effet, le [guide des bonnes pratiques](#) (lien en anglais) et la [politique générale](#) (lien en anglais) publiés en 2010 par le PNUD, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA contiennent des exemples de mécanismes d'intervention complets et accessibles.

32. Un accès accru aux services de dépistage du VIH et de conseil (D&C) est un élément essentiel de l'intensification des traitements. L'efficacité des modèles tels que le dépistage et le conseil volontaires (DCV), le dépistage et le conseil à l'initiative du prestataire (DCIP), le dépistage dans les communautés et les foyers, le dépistage sur

les lieux de travail et les campagnes de D&C, a été évaluée par rapport à leur capacité à améliorer l'accès au dépistage dans différents groupes de population. Par exemple, le Programme de lutte contre le sida de la ville de São Paulo au Brésil a fait état de 200 000 personnes dépistées en 2010, tandis que celui du Kenya a fait état de plus d'un 1 million de personnes dépistées. Le PAM a travaillé avec les gouvernements et les partenaires de 35 pays pour s'assurer que les traitements soient accompagnés d'évaluations de l'état nutritionnel, d'informations et de conseils nutritionnels dans le but de maintenir le poids corporel et l'état de santé des personnes concernées et d'atténuer les effets secondaires du traitement, et, lorsque cela était nécessaire, en fournissant des aliments nourrissants pour traiter la malnutrition. Avec les programmes sur le VIH dans les lieux de travail, l'OIT participe aux efforts visant à générer une demande pour des traitements par la promotion de journées du DCV. Rien qu'au Ghana et au Zimbabwe, 27 215 travailleurs se sont adressés à des services de DCV.

33. L'identification précoce des nourrissons infectés par le VIH a été consolidée dans 17 pays par la fourniture des produits nécessaires pour mettre en œuvre les techniques utilisant des gouttes de sang séché et les techniques d'amplification génique de l'ADN par polymérisation en chaîne (PCR), avec le soutien de l'UNICEF. Ces innovations améliorent la qualité des services et en facilitent l'accès et l'utilisation.

D. Éviter que les personnes vivant avec le VIH décèdent de la tuberculose⁷

Objectif : réduire de moitié le nombre des décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015



État d'avancement général

La tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Les dernières estimations de l'OMS montrent qu'il y a eu 1,1 million de nouveaux cas de tuberculose et 360 000 décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en 2010. Cependant, des améliorations dans l'intensification des services de prise en charge commune du VIH et de la tuberculose ont contribué à accélérer la diminution du nombre de décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et ont eu pour résultat une baisse de 10% de ces décès entre 2009 et 2010.

Les efforts entrepris pour diagnostiquer une co-infection par le VIH et la tuberculose et pour intervenir avec des protocoles préventifs et thérapeutiques efficaces ont montré certains progrès. Des progrès ont également été observés en ce qui concerne l'accès aux services liés au VIH pour les personnes atteintes de tuberculose. Conformément aux nouvelles directives de l'OMS, toute personne vivant avec le VIH et atteinte de tuberculose devrait se voir administrer un traitement antirétroviral. Or, même si le pourcentage de personnes atteintes de tuberculose ayant subi un test de dépistage du VIH a augmenté par rapport à 2003 (4%) et à 2009 (26%), il n'a été que de 34% en 2010. Le traitement antirétroviral réduit le risque de décès chez les personnes atteintes de tuberculose qui vivent avec le VIH, mais 46% seulement des personnes co-infectées ont bénéficié d'un tel traitement en 2010. Deux des pays ayant la plus forte charge de morbidité due à la tuberculose liée au VIH ont procuré un traitement pour les deux maladies à plus de la moitié des personnes concernées.

La prévention des décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH a progressé, mais reste un défi. En 2010, le nombre de personnes vivant avec le VIH dépistées pour la tuberculose équivalait à plus de la moitié (58%) du nombre déclaré de personnes bénéficiant d'une prise en charge du VIH dans le monde. Le dépistage de la tuberculose dans les lieux de dispensation des traitements contre le VIH demeure insuffisant. La malnutrition chez les personnes co-infectées compromet l'efficacité du traitement et doit être mieux prise en compte. En 2010, moins de 1% des personnes vivant avec le VIH se sont vu administrer un traitement préventif à base d'isoniazide. Ces observations soulignent la nécessité urgente de renforcer la collaboration dans la lutte contre le VIH et contre la tuberculose.

Un modèle épidémiologique mis au point par le Partenariat Halte à la tuberculose, l'OMS et l'ONUSIDA a montré qu'il est possible de réduire considérablement les décès dus au SIDA dans le monde par la prévention et le traitement de la tuberculose. Les résultats montrent que la prévention et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH peuvent sauver un million de vies d'ici à fin 2015.

[La tuberculose et le VIH \(en anglais\)](#)

[Fiche d'informations de l'OMS sur le VIH et la tuberculose en 2011 \(en anglais\)](#)

⁷ Domaine prioritaire 4 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

34. En 2010, l'ONUSIDA a signé un protocole d'entente avec le Partenariat Halte à la tuberculose. L'accord lie les deux organisations dans un but commun : réduire de moitié le nombre de décès par tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015, par rapport aux niveaux de 2004.

35. La politique de collaboration pour les activités de lutte contre la tuberculose et le VIH a été mise à jour et finalisée, suite à un examen systématique et à l'établissement de directives visant à actualiser le groupe et à élargir le processus d'examen par les pairs. Les directives portant sur le traitement préventif à l'isoniazide, la prévention des infections et l'intensification du dépistage ont été finalisées et publiées. Avec le soutien de l'ONUSIDA, les pays ont accéléré la mise en œuvre des « Trois I », c'est-à-dire : Intensification du dépistage des cas de tuberculose, traitement préventif à l'isoniazide et prévention des Infections. North Star Alliance et le Partenariat Halte à la tuberculose de l'OMS,

Évaluation

Les consommateurs de drogues injectables et les détenus traités pour la tuberculose devraient recevoir un traitement pour les maladies concomitantes (y compris la dépendance à la drogue, les problèmes de santé mentale, l'infection à VHC, l'infection à VIH et d'autres infections) ainsi qu'un soutien psychosocial. En revanche, la dispensation d'un traitement contre la tuberculose ne doit jamais dépendre du traitement de maladies concomitantes.

en collaboration avec les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose au Kenya et en Ouganda, ont lancé un projet pilote visant à tester la possibilité d'utiliser GeneXpert pour détecter rapidement la tuberculose dans les populations mobiles le long du corridor nord. Un séminaire de formation régional a été organisé en Afrique du Sud par l'OIT, la Coalition mondiale des entreprises, le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS et le Fonds mondial, dans le but de : renforcer les partenariats entre les institutions des secteurs public et privé ; présenter les méthodes utilisées par les entreprises pour mettre en œuvre des programmes sur la tuberculose et le VIH dans les lieux de travail (comprenant notamment le dépistage des cas de tuberculose) ; renforcer les capacités pour mettre en œuvre la Recommandation (n° 200) concernant le VIH/sida et le monde du travail.

36. Des directives sur l'amélioration de l'accès des personnels de santé aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien pour le VIH et la tuberculose ont été élaborées conjointement par l'OIT, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA, sur la base d'un examen systématique des résultats d'études. Ces directives conjointes ont été publiées officiellement en novembre 2010 et diffusées auprès des décideurs afin qu'elles puissent contribuer aux plans nationaux.

37. Dans 28 pays, les patients sous traitement antituberculeux ont bénéficié d'un soutien nutritionnel qui représente 30% de l'ensemble du soutien alimentaire apporté dans le cadre de la prise en charge et des traitements. Les denrées alimentaires ont été distribuées sous forme de rations individuelles et/ou familiales à près d'un million de bénéficiaires en 2010-2011. Les éléments probants sur les relations entre nutrition et VIH, nutrition et tuberculose, et insécurité alimentaire et VIH, ont été examinés et actualisés dans trois documents de référence publiés en 2010 dans un supplément du Food and Nutrition Bulletin. Le soutien alimentaire et nutritionnel du PAM ainsi que les traitements antituberculeux de brève durée sous surveillance (DOTS) ont été inclus dans les propositions pour lutter contre la tuberculose de Djibouti, de la République démocratique populaire lao, du Swaziland et du Tadjikistan, lors de 10^e série de subventions du Fonds mondial ; les propositions de Djibouti et du Swaziland ont été approuvées.

E. Éviter que les consommateurs de drogues soient infectés par le VIH⁸

Objectif : réduire de moitié la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues d'ici à 2015



État d'avancement général

On estime à 3 millions le nombre des consommateurs de drogues injectables qui vivent avec le VIH dans le monde (sur un total de 15,9 millions). L'Europe orientale et l'Asie centrale, l'Asie de l'Est et du Sud-Est, et l'Amérique latine sont les régions qui comptent le plus grand nombre de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH.

L'accès des consommateurs de drogues aux services de prévention du VIH a augmenté mais de manière insuffisante. Des modélisations récentes ont montré qu'une combinaison des traitements antirétroviraux, des traitements de substitution des opioïdes (TSO) et des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues (PAS) avec une couverture élevée pourrait réduire de moitié les infections à VIH chez les consommateurs de drogues injectables en 5 ans. L'« ensemble complet de neuf interventions » mis au point par l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA définit neuf activités essentielles à mettre en œuvre dans le cadre des stratégies nationales de lutte contre le VIH pour obtenir une diminution maximale de la transmission.

En 2010, la couverture médiane déclarée des programmes de prévention du VIH ciblant les consommateurs de drogues était de 32% (comprise entre 0% à 64% dans 29 pays ayant communiqué des données). En 2011, la proportion de pays ayant déclaré une couverture élevée (telle que définie par l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA en 2009) variait de 18% à 44% dans 82 pays ayant communiqué des données sur les différents services destinés spécifiquement aux consommateurs de drogues dans un contexte collectif, selon les rapports de l'ONUSIDA. La proportion de pays ayant déclaré une couverture élevée pour des services aux individus était de 28,5% pour les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, de 35,3% pour les traitements de substitution des opioïdes, de 38,1% pour le dépistage du VIH et le conseil, et de 43,9% pour les traitements antirétroviraux.

À l'échelle mondiale, la couverture de ces programmes est encore insuffisante : seulement 8% des consommateurs de drogues injectables ont accès aux TSO ; 4% des consommateurs de drogues injectables nécessitant un traitement antirétroviral bénéficient d'un tel traitement ; la moitié des pays signalant une consommation de drogues injectables sur leur territoire n'ont pas de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues.

En 2010, plusieurs pays ont modifié leurs politiques nationales afin d'y incorporer les principaux éléments de la réduction des risques, comme les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution des opioïdes. Les femmes qui consomment des drogues injectables, en particulier, sont davantage susceptibles d'être confrontées à la violence, à une stigmatisation plus forte et à une mort précoce. Au cours de l'exercice biennal, plusieurs pays ont réalisé des progrès notables dans l'élaboration de programmes sur le VIH tenant compte de la problématique hommes-femmes, destinés aux consommatrices de drogues et aux détenues.

[Le VIH chez les consommateurs de drogues : The Lancet \(2010\) \(en anglais\)](#)

[Les femmes qui consomment des drogues injectables \(en anglais\)](#)

[Le VIH en milieu carcéral \(en anglais\)](#)

38. Tout en révélant de nouvelles découvertes scientifiques, la Conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Vienne en 2010 a permis d'attirer l'attention sur les épidémies croissantes en Europe orientale et en Asie centrale, et d'insister sur le fait que la protection des droits de l'homme constitue une condition préalable fondamentale à une riposte efficace au VIH. Avec l'appui technique de l'ONUSIDA, la série de la revue The

⁸ Domaine prioritaire 5 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

Lancet sur les consommateurs de drogues injectables a été lancée en juillet 2010 à Vienne à l'occasion de la Conférence internationale sur le sida. Des conseils ont également été formulés quant aux considérations éthiques entourant la participation des consommateurs de drogues injectables aux essais biomédicaux sur la prévention du VIH.

Les enseignements retenus : l'appropriation par les pays

L'appropriation des initiatives par le gouvernement est indispensable à l'action tout comme la participation des consommateurs de drogues. Ceux-ci doivent être encouragés à participer à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des stratégies et des programmes portant sur la consommation de drogues et le VIH. Une participation significative des consommateurs de drogues renforce l'efficacité de la riposte au VIH, dans la mesure où elle permet l'élaboration de programmes plus appropriés et mieux adaptés aux besoins des personnes les plus touchées.

39. La cinquante-quatrième session de la Commission des stupéfiants des Nations Unies (CND) a adopté une résolution pour parvenir à zéro nouvelle infection à VIH chez les consommateurs de drogues, injectables ou non. Il a été demandé à l'ONUSIDA de continuer à fournir des conseils et des orientations sur des mesures efficaces permettant d'intensifier la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues, et sur des solutions pour réduire la stigmatisation et la discrimination.
40. Un plaidoyer de haut niveau a produit des résultats positifs à la CND, et un certain nombre d'avancées politiques et programmatiques se sont produites dans plusieurs pays asiatiques en ce qui concerne le VIH et les consommateurs de drogues injectables. Parmi celles-ci figurent notamment une loi sur les stupéfiants fondée sur les droits de l'homme au Cambodge, la suppression des obstacles politiques aux Philippines, l'introduction des traitements à la méthadone au Laos, des programmes d'échange d'aiguilles et des groupes de travail sur la réduction des risques.
41. Avec le soutien de l'ONUSIDA, le [Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et la consommation de drogues injectables](#) (lien en anglais) a produit les toutes premières estimations mondiales, régionales et nationales de la couverture des services liés au VIH chez les consommateurs de drogues injectables en 2010. En 2011, un rapport de référence capital a été publié sur les femmes qui consomment des drogues.
42. Au cours de l'exercice biennal, des lignes directrices opérationnelles ont été publiées pour suivre et évaluer la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. Au moins 71 pays ont bénéficié d'une assistance technique dans ce domaine. Un appui technique a été apporté pour mettre en place des groupes de travail multisectoriels, pour mobiliser des ressources supplémentaires, pour évaluer les besoins programmatiques et le renforcement des capacités nécessaire, et pour mettre en œuvre, suivre et évaluer des programmes complets de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH éclairés par des données probantes, destinés aux consommateurs de drogues injectables en milieu carcéral.
43. Dans l'ensemble, ce sont près de 1000 personnes – décideurs, responsables, fonctionnaires techniques et prestataires de services – qui ont reçu une formation et un appui technique de l'ONUSIDA – outils programmatiques et stratégiques fondés sur des

Les défis

En dépit d'une prévalence élevée du VIH, des comportements à risque courants et des preuves de l'efficacité des actions menées dans le milieu carcéral, aucun programme de prévention et de traitement du VIH, y compris les PAS, les TSO et les traitements antirétroviraux, n'est mis en œuvre dans la plupart des prisons et des centres de détention dans le monde. De même, les services médicaux proposant un traitement pour la tuberculose, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles sont souvent inexistantes dans des milieux fermés.

données probantes, directives, meilleures pratiques – en Asie centrale, en Asie du Sud et du Sud-Est et en Europe orientale. Des directives techniques sur des services complets liés au VIH destinés aux consommateurs de drogues injectables et aux détenus, comprenant les procédures de suivi et d'évaluation de ces services, ont été traduites dans plusieurs langues locales pour être diffusées et utilisées dans le cadre de cette formation.

44. Une épidémie souterraine de VIH en Europe orientale et en Asie centrale est en train de prendre de l'ampleur à une vitesse alarmante, nourrie par la consommation de drogues, les comportements sexuels à haut risque et un niveau élevé de stigmatisation sociale, qui dissuade les personnes concernées de chercher un traitement ou des informations sur la prévention. Lors de la Conférence sur le sida qui s'est tenue à Vienne en 2010, l'UNICEF a publié un rapport intitulé [Blâme et bannissement](#) (lien en anglais) qui met en lumière les problèmes rencontrés par les enfants vivant avec le VIH, par les adolescents qui ont des comportements à risque, par les femmes enceintes qui consomment des drogues et par plus d'un million d'enfants et d'adolescents qui vivent ou travaillent dans les rues de la région. Les jeunes marginalisés sont quotidiennement exposés à des dangers multiples, notamment la consommation de drogues, le commerce du sexe et d'autres formes d'exploitation et d'abus, d'où un risque accru de contracter le VIH. Cette évolution est particulièrement inquiétante dans la mesure où la région compte 3,7 millions de consommateurs de drogues injectables, soit près d'un quart du total mondial. En outre, la consommation de drogues commence pour beaucoup dès l'adolescence.

F. Supprimer les lois, politiques et pratiques répressives, la stigmatisation et la discrimination qui font obstacle aux ripostes au sida⁹

Objectif : Éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec ou affectées par le VIH



Objectif : Éliminer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence fondées sur la séropositivité au VIH d'ici à 2015



État d'avancement général - Lois répressives, stigmatisation et discrimination

Dans le monde entier, les gouvernements citent la stigmatisation comme le plus grand obstacle à l'accélération des progrès dans la riposte au sida. Jusqu'à maintenant, les programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination n'ont pas bénéficié de ressources suffisantes. D'après une analyse des documents de planification nationaux, bien que de nombreuses stratégies mentionnent les droits de l'homme, la stigmatisation et la discrimination, celles-ci ne se traduisent pas par des programmes complets, bien ciblés et financés.

Données de base :

- 47 pays, territoires ou régions continuent d'imposer une certaine forme de restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence pour les personnes qui vivent avec le VIH (chiffres de novembre 2011).
- 56 pays ont des lois qui criminalisent spécifiquement la transmission du VIH ou l'exposition au virus.
- Environ 30% des pays dans le monde n'ont pas de lois interdisant la discrimination liée au VIH.
- Plus des deux tiers des pays ont indiqué avoir des lois ou des politiques qui, indirectement ou involontairement, réduisent l'accès aux services des populations clés plus exposées aux risques d'infection (rapports UNGASS 2010).
- 27 pays ont été signalés pour la mise en détention obligatoire des consommateurs de drogues, souvent en dehors des procédures prévues et des normes minimales de détention ou de traitement.

Le nombre de pays signalant l'existence de lois, de règlements ou de politiques qui protègent les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination est passé de 87 en 2008 à 124 en 2010. En 2010, 91% des pays ont inclus la stigmatisation et la discrimination dans leurs stratégies nationales et 90% ont déclaré avoir mené des initiatives pour lutter contre la stigmatisation, contre 39% en 2006.

Les efforts visant à supprimer les lois, les politiques et les pratiques répressives, ainsi que la stigmatisation et la discrimination, sont confrontés à des obstacles considérables. Bien que le nombre de pays dotés de lois interdisant toute discrimination liée au VIH ait augmenté, moins de 60% des pays ont déclaré avoir un mécanisme pour enregistrer, documenter et traiter les cas de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH ou les populations plus exposées au risque d'infection. Même si les efforts pour réduire la stigmatisation figurent de plus en plus dans les stratégies nationales, un très petit nombre de pays affectent des budgets suffisants aux programmes de lutte contre la stigmatisation.

Certains pays ont révisé ou engagé des consultations en vue de réviser leurs législations et leurs pratiques concernant la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité, de l'exposition au VIH et de la transmission du virus. Parmi eux figurent le Congo, le Danemark, la Finlande, la Guinée, la Norvège, la Suisse, le Togo et les États-Unis d'Amérique. En septembre 2011, le parlement du Guyana a rejeté une motion visant à criminaliser la non-divulgence de la séropositivité, de l'exposition au VIH et de la transmission du virus, au motif que cette mesure porterait atteinte à la riposte au sida dans le pays.

[Faire contribuer la loi à la lutte contre le VIH : un aperçu de certaines lois qui favorisent ou entravent l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en matière de VIH \(en anglais\)](#)

[Informations sur la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité, de l'exposition au VIH et de la transmission du virus](#)

État d'avancement général - Restrictions aux voyages liées au VIH

Entre 2010 et 2011, six pays ont abrogé les restrictions aux voyages liées au VIH (l'Arménie, la Chine, les Îles Fidji, la Namibie, l'Ukraine et les États-Unis), et deux autres (l'Équateur et l'Inde) ont publié des clarifications indiquant que de telles restrictions n'étaient plus en vigueur sur leur territoire. Quarante-sept pays, territoires ou régions continuent d'imposer une certaine forme de restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence pour les personnes qui vivent avec le VIH.

⁹ Domaine prioritaire 7 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

45. Créée en juin 2010, la [Commission mondiale sur le VIH et le droit](#) (lien en anglais) a pour mission d'examiner l'impact de la législation sur la riposte au VIH dans les pays et d'accélérer l'adoption de mesures dans le domaine juridique. Des premiers résultats ont déjà été enregistrés. Les Fidji ont choisi de ne pas criminaliser la transmission du VIH et de lever leurs restrictions aux voyages. En Moldavie et au Kirghizistan, la législation sur les brevets a été révisée. La Commission est dirigée par le PNUD pour le Programme commun, et bénéficie également du soutien de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Secrétariat de l'ONUSIDA, du HCDH et de l'UIP. La Commission se concentre sur les moyens de faire en sorte que la législation et l'application de la loi favorisent, au lieu d'entraver, des actions efficaces contre le VIH, par une sensibilisation et une mobilisation accrues autour de ces questions. Sept cents intervenants de 140 pays, issus de gouvernements et de la société civile, ont participé à un débat constructif sur la création d'environnements juridiques s'appuyant sur les droits de l'homme pour favoriser des actions efficaces contre le VIH. La Commission a organisé sept débats dans toutes les régions du monde, axés sur quatre thèmes : 1) les lois et les pratiques qui criminalisent effectivement les personnes vivant avec le VIH et les personnes plus exposées au risque d'infection ; 2) les lois et les pratiques qui entretiennent ou atténuent la violence et la discrimination auxquelles les femmes sont confrontées ; 3) les lois et les pratiques qui facilitent ou entravent l'accès aux traitements du VIH ; 4) les questions juridiques portant sur les enfants et les adolescents dans le contexte du VIH.

46. En partenariat avec des organisations de la société civile, des « instantanés » des environnements juridiques régionaux et nationaux en rapport avec le VIH (lois protectrices et répressives) ont été produits et intégrés dans les rapports nationaux à l'intention de l'UNGASS. Plusieurs grands médias, dont [The Economist](#) (lien en anglais), ont publié des articles à ce sujet.

Les enseignements retenus

Les parlementaires sont une cible essentielle du plaidoyer sur la stigmatisation et la discrimination, tout comme les ONG locales et les organisations communautaires présentes sur le terrain, dont elles ont une bonne connaissance. Ils sont en effet à même d'identifier et de faire participer au débat les réseaux de PVV ou de personnes affectées par le VIH. Dans les deux cas, des relations et des négociations suivies sont préférables à une activité ponctuelle.

47. En collaboration avec le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et d'autres partenaires, l'ONUSIDA a élaboré un [Cadre d'action pour la santé positive, la dignité et la prévention](#) (lien en anglais). Ce cadre d'action met l'accent sur l'importance de maintenir le bon état de santé et d'améliorer le bien-être des personnes vivant avec le VIH, ce qui contribue en retour à la bonne santé et au bien-être de leurs partenaires, de leurs familles et de leurs communautés. Ceci s'oppose directement aux approches antérieures de la « prévention positive », qui pouvaient être interprétées comme un traitement des personnes vivant avec le VIH en tant que vecteurs de transmission. En se concentrant sur le parcours des personnes vivant avec le VIH, du dépistage, à la prise en charge médico-sociale et au traitement, le cadre d'action « Santé positive, dignité et prévention » place les besoins et le vécu des personnes vivant avec le VIH en matière sanitaire et sociale dans un cadre fondé sur les droits de l'homme.

48. Les rapports sur l'[Indice de stigmatisation des PVV](#) (un outil mis au point pour accumuler des preuves de la stigmatisation subie par les PVV au sein de leurs communautés et pour en mesurer l'ampleur – lien en anglais) ont été finalisés dans plus de 60 pays en collaboration avec GNP+ et avec le soutien de l'ONUSIDA. L'indice détecte les tendances en ce qui concerne la stigmatisation et la discrimination vécues par les personnes vivant avec le VIH, et en mesure l'évolution. Dans cette initiative, le processus est tout aussi important que le résultat. Celle-ci a pour objectif de lutter contre la stigmatisation liée au VIH, tout en sensibilisant aux principaux problèmes qui perpétuent cette stigmatisation et qui constituent un obstacle majeur au traitement, à la prévention et à la prise en charge médico-sociale du VIH.

Étude de cas : l'impact de l'Indice de stigmatisation en Argentine

L'utilisation de l'Indice de stigmatisation des PVV en Argentine a eu des retombées concrètes en ce qui concerne l'accès à la justice et le soutien psychosocial apporté aux PVV. Par exemple :

- Des facultés de droit et des écoles de droit public se sont mises d'accord pour traiter ensemble les problèmes de stigmatisation et de discrimination rencontrés par les PVV ;
- Les capacités ont été renforcées dans plusieurs conseils municipaux de Buenos Aires, où des consultations juridiques sur le VIH ont été mises en place ;
- Des ateliers destinés aux familles et aux amis des PVV ont été créés dans le but de renforcer le réseau de soutien social ;
- Une résolution visant à éliminer les obstacles rencontrés pour souscrire une assurance et qui facilite l'accès au crédit et aux prêts pour les PVV a été élaborée avec le Surintendant des assurances de la Nation.

49. Le Groupe consultatif de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe, créé en 2009, a fourni des orientations générales et un appui technique aux organisations de professionnel(le)s du sexe, dont les capacités ont été renforcées. Quatre documents d'orientation destinés à un usage dans les pays ont été produits, dont un sur [L'environnement juridique et politique du commerce du sexe, notamment les lois pénales et autres lois qui concernent les professionnel\(le\)s du sexe](#). (lien en anglais)

50. Le 14 juin 2011, le Conseil des droits de l'homme de l'ONU a adopté une résolution historique intitulée [Résolution sur les droits de l'homme, l'orientation sexuelle et l'identité de genre](#) (lien en anglais). Quatre mesures figurent dans la résolution, notamment une demande faite au Haut-Commissaire aux droits de l'homme de commander une étude mondiale visant à documenter les lois et pratiques discriminatoires ainsi que les actes de violence aux personnes motivés par l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Les droits de l'homme et la loi étaient également à l'honneur lors de la 5^e Conférence francophone sur le sida.

51. En décembre 2011, le Secrétaire général de l'ONU a déclaré que le harcèlement homophobe était « une violation grave des droits de l'homme et une crise de santé publique ». Le harcèlement homophobe a des conséquences négatives sur la santé des jeunes LGBTI, notamment un risque accru de s'adonner à des comportements sexuels à risque et une plus grande vulnérabilité vis-à-vis du VIH. En décembre 2011, l'UNESCO a organisé la toute première [consultation internationale des Nations Unies sur le harcèlement homophobe dans les établissements d'enseignement](#). Il en est ressorti des preuves tangibles de l'ampleur du harcèlement homophobe dans le monde entier, ainsi que des pratiques éprouvées en matière de politiques et de programmes pour éviter et contrer ce phénomène.

G. Répondre aux besoins des femmes et des filles concernant le VIH et faire cesser la violence sexuelle et sexiste¹⁰

Objectif : éliminer les inégalités entre les sexes ainsi que les agressions et les violences sexistes pour que les femmes et les filles puissent se protéger contre le VIH



État d'avancement général

Le VIH est la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer et contribue à 20% au moins des décès maternels. Les jeunes femmes en particulier sont plus vulnérables vis-à-vis du VIH, avec des taux d'infection deux fois supérieurs à ceux de leurs homologues masculins. Le résultat est hélas le suivant : chaque minute, une jeune femme âgée de 15 à 24 ans est infectée par le VIH dans le monde.

La violence sexiste est reconnue comme un facteur socioculturel sous-jacent de l'épidémie de VIH, qui contribue à la propagation du virus et empêche les femmes et les filles d'adopter un comportement positif en matière de santé. Le nombre de pays déclarant avoir des politiques en place pour assurer aux femmes et aux hommes une égalité d'accès aux services de prévention, de traitement et d'appui, est passé de 111 en 2008 à 144 en 2010. Toutefois, bien que davantage de pays reconnaissent l'importance d'une riposte au VIH tenant compte de la problématique hommes-femmes, ils sont peu nombreux à prendre des mesures en ce sens. Alors que quatre stratégies nationales de lutte contre le VIH sur cinq abordent expressément la question des femmes et des filles, 46% seulement ont prévu des budgets pour de telles activités.

La fréquence élevée des actes de violence sexiste, qui touchent jusqu'à 70% des femmes dans certains pays, continue de nuire à l'efficacité de la riposte au VIH. Les données communiquées en décembre 2011 par 93 pays montrent que moins d'un sur cinq (18 sur 93) dispose de données nationales sur le rapport entre violence sexiste et VIH, et que le problème de la violence sexiste est abordé dans les politiques de santé de 40% d'entre eux (38 sur 93). Pour mesurer les progrès accomplis sur le plan de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH, un indicateur mondial sur « la fréquence des actes de violence récents de la part du partenaire intime » a été ajouté à l'ensemble d'indicateurs de base actuellement utilisé par les pays pour rendre compte des progrès réalisés dans la riposte au sida.

[Chapitre 5 sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes du Rapport mondial 2010](#)

¹⁰ Domaine prioritaire 8 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

52. En juin 2011, le Conseil de sécurité a adopté à l'unanimité la [Résolution 1983](#), qui reconnaît le lien désastreux entre infection à VIH et violences faites aux femmes durant et après les périodes de conflits. La résolution appelle à des efforts accrus de la part des États membres pour traiter le problème du VIH lors des missions de maintien de la paix, tout en s'efforçant de mettre fin à la violence sexuelle durant et après les périodes de conflits.

Les enseignements retenus

Dans plusieurs régions, il existe encore une forte tendance à limiter la « sexospécificité » aux « questions féminines », en ne tenant aucun compte des relations entre les sexes, qui sont pourtant au cœur des problèmes et des difficultés, avec des conséquences sanitaires négatives telles que l'infection à VIH ou les IST. Afin de s'assurer que les plans d'action nationaux pour faire face à la violence sexiste et les plans nationaux de lutte contre le VIH se renforcent mutuellement et gagnent en efficacité, il est nécessaire de développer des liens plus solides entre les instances nationales concernées (c'est-à-dire les autorités chargées de la riposte au sida) et les principales organisations de la société civile, notamment des organisations impliquant des hommes et des garçons.

Cette résolution du Conseil de sécurité, qui a été présentée par un pays africain, est la première qui relie les thèmes du VIH et de la violence sexuelle à celui de la sécurité nationale et internationale. Les membres du Conseil de sécurité ont convenu de respecter et de protéger les droits de l'homme durant et après les conflits et ont déclaré que le viol des femmes et des filles en tant que tactique de guerre ne serait pas toléré. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'UNFPA ont joué un rôle central durant le processus en soutenant l'élaboration de la résolution et en facilitant les négociations. Les deux organisations ont travaillé avec le Département des opérations de maintien de la paix et les États membres pour intégrer des programmes de prévention du VIH et de la violence sexiste dans les missions de maintien de la paix des Nations Unies.¹¹

53. En décembre 2011, plus de 94 pays avaient commencé à mettre en œuvre l'[Agenda pour l'intensification des mesures concernant les femmes, les filles, l'égalité entre les sexes et le VIH](#), avec la participation de plus de 700 organisations de la société civile, y compris des réseaux de femmes vivant avec le VIH et des groupes de défense des droits des femmes. À l'échelle mondiale, les gouvernements de 80% des pays (137 sur 171) ont déclaré inclure les femmes dans les stratégies multisectorielles de lutte contre le VIH. ONU-Femmes a participé avec succès, en tant que partenaire, à la mise en œuvre de l'Agenda et un rapport sur les [aspects sexospécifiques des ripostes au sida](#) a été présenté par l'ONUSIDA lors de la 27^e réunion du CCP.

Étude de cas : Ensemble pour les filles

Le partenariat [Ensemble pour les filles](#) (lien en anglais), lancé en 2009 dans le cadre de l'Initiative mondiale de Bill Clinton, se concentre sur trois points essentiels : mener et appuyer des enquêtes nationales sur l'ampleur et l'impact de la violence contre les enfants, et en particulier de la violence sexuelle contre les filles ; soutenir un programme d'actions coordonné basé sur les résultats des enquêtes ; mener un plaidoyer et sensibiliser le public à l'échelle mondiale afin d'attirer l'attention sur le problème et de promouvoir des solutions étayées par des données factuelles. Le partenariat rassemble l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS, le Secrétariat de l'ONUSIDA, ONU-Femmes, le gouvernement des États-Unis et des représentants du secteur privé.

Un rapport sur la question des enfants et de la violence en Tanzanie a été établi conjointement par sept ministères tanzaniens, des organisations de la société civile et l'ONUSIDA. Il apporte un nouvel éclairage sur les facteurs sous-jacents de la violence psychologique, physique et sexuelle, dans le but de renforcer le plan d'action de la Tanzanie dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la justice, de l'action sociale et de la réponse policière. Chaque ministère et des représentants de la société civile se sont engagés à entreprendre des actions spécifiques pour traiter les problèmes soulevés dans le rapport.

54. Le Programme commun a apporté son appui à 83 pays dans l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation de programmes de prévention, de traitement et d'appui médico-social portant spécifiquement sur l'autonomisation des

¹¹ UNAIDS/PCB(30)/12.11 offre plus d'information sur la résolution 1983 et le suivi effectué par les partie-prenantes principales.

femmes et des filles, ainsi que, pour 37 pays, sur la violence sexiste. Le Groupe de travail interinstitutions sur l'égalité des sexes (pilote par le PNUD et l'UNFPA avec l'appui de l'UNICEF, de l'OMS, du Secrétariat de l'ONUSIDA et de l'UNIFEM) a aidé 31 pays à intégrer des actions concernant la violence sexiste dans leurs stratégies et leurs plans de lutte contre le VIH. Par exemple, le Belize a intégré des stratégies sur le thème de la violence sexiste dans son Plan stratégique national 2012-2016 et augmenté son soutien aux mesures d'urgence en faveur des victimes de violence sexuelle.

55. En 2010, 37 pays (sur 94) ont indiqué avoir des données sur les liens entre violence sexiste et VIH, comme en témoigne la Feuille de résultats sur l'égalité des sexes dans les ripostes nationales au VIH. Des conseils pour aborder la violence contre les femmes dans les programmes de lutte contre le VIH/sida et une politique générale sur le traitement de ce thème dans les programmes de dépistage du VIH et de conseil ont été publiés en 2011. Un ensemble d'indicateurs sur la sexospécificité et le VIH destiné aux programmes nationaux est en cours d'élaboration dans le cadre d'un travail interinstitutions dirigé par ONU-Femmes.
56. Préparé par l'UNFPA pour contribuer au sommet de 2010 sur les OMD, le document intitulé [Huit vies : Histoires de santé reproductive](#) (lien en anglais) rassemble les témoignages de huit femmes et relate les nombreux problèmes de santé reproductive auxquelles elles ont été confrontées, y compris le VIH et le sida, ainsi que la stigmatisation associée à ces problèmes. Il aborde également certaines mesures essentielles nécessaires pour accélérer les progrès et faire en sorte que l'accès universel aux services de santé reproductive devienne une réalité pour les femmes et les filles dans le monde entier. La publication et certains des témoignages personnels seront présentés dans le magazine trimestriel de l'Association suédoise des Nations Unies, qui est envoyé à plus de 6000 membres.
57. Dix pays (l'Éthiopie, l'Inde, le Kenya, Madagascar, le Malawi, la Namibie, le Rwanda, le Swaziland, la Tanzanie et la Zambie) ont traité le thème de l'égalité des sexes dans leurs ripostes nationales au VIH à travers l'initiative interinstitutions dirigée par le PNUD [L'accès universel pour les femmes et les filles, maintenant!](#) (lien en anglais) Les résultats sont une prise en compte claire de la problématique hommes-femmes et une volonté résolue d'aborder la violence sexiste et l'égalité des sexes dans riposte au VIH en Zambie. En Inde, les résultats de recherches sur les obstacles qui empêchent les professionnelles du sexe et les épouses de migrants d'accéder aux services liés au VIH ont influencé la mise en œuvre du quatrième Programme national de lutte contre le sida.

H. Améliorer la protection sociale des personnes affectées par le VIH¹²

Objectif : éliminer les systèmes parallèles de services liés au VIH pour renforcer l'intégration de la riposte au sida dans l'ensemble des efforts entrepris dans les domaines de la santé et du développement



État d'avancement général - la protection sociale

Les États membres des Nations Unies se sont engagés, dans la Déclaration politique de 2011, à renforcer, d'une part, les systèmes nationaux de protection sociale et de protection des enfants, et, d'autre part, les programmes d'appui médico-social destinés aux enfants, et en particulier aux fillettes et aux adolescentes touchées par le VIH, ainsi qu'à leurs familles et aux soignants non professionnels. Les transferts sociaux, sous forme de denrées alimentaires, d'espèces ou de bons, combinés avec des soins à assise communautaire, aident à surmonter les obstacles qui nuisent à l'accès aux services et à l'observance des traitements. Même si la protection sociale a clairement un rôle à jouer dans le renforcement de la riposte au VIH, l'intensification de la collaboration entre spécialistes du VIH et de la protection sociale est nécessaire pour garantir des programmes dans ce domaine, qui répondent aux besoins des ménages affectés par le VIH et des personnes qui vivent avec le virus.

Les partenaires gouvernementaux manifestent un intérêt croissant pour l'élaboration de politiques de protection sociale tenant compte du VIH, qui permettraient d'inclure les populations touchées par le VIH et le sida et de réduire les inégalités structurelles qui augmentent les risques et la vulnérabilité face au virus.

La protection sociale contribue à des résultats sanitaires répartis plus équitablement dans la mesure où elle réduit les inégalités structurelles qui alimentent l'épidémie de VIH – les inégalités entre les sexes par exemple – et aide à surmonter les obstacles à l'accès aux traitements. Au niveau national, la protection sociale a été identifiée comme un élément qui contribue de manière essentielle à des résultats plus équitables en matière de développement, en réduisant la pauvreté et l'exclusion sociale des ménages et des enfants affectés par l'épidémie de VIH. En décembre 2010, le nombre d'enfants ayant perdu au moins un de leurs parents à cause du sida était estimé à 16,6 millions, dont près de 15 millions en Afrique subsaharienne. Le nombre d'enfants devenus orphelins ou vulnérables à cause du VIH semble avoir atteint un pic en 2009, principalement du fait de l'augmentation des traitements par antirétroviraux et des programmes destinés à prévenir les infections chez les enfants. Cependant, les rapports des pays indiquent que la plupart des ménages ayant des enfants touchés par le VIH ne reçoivent aucune forme d'aide gratuite. L'approche la plus efficace et la moins stigmatisante consiste à inclure cette aide dans des programmes plus larges qui répondent aux besoins de tous les enfants vulnérables.

[Une protection sociale qui tient compte du VIH : ce que disent les faits \(UNAIDS, 2010\) \(lien en anglais\)](#)

[Note d'orientation sur le VIH et la protection sociale \(ONUSIDA, 2011\)*](#)

58. Des progrès satisfaisants ont été accomplis dans le renforcement du corpus de données et de conseils sur une protection sociale tenant compte du VIH. Cela comprend des travaux sur les transferts en espèces et la prévention du VIH, des recherches

¹² Domaine prioritaire 10 du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

* L'accès en ligne à ce document nécessite une inscription préalable sur AIDSspace.

empiriques sur les transferts en espèces et les risques liés au IST dont le VIH, et la description de modèles de protection sociale tenant compte du VIH et de la situation des enfants en Afrique orientale et australe. La plupart de ces éléments ont servi à l'élaboration par le Groupe de travail technique sur la protection sociale et l'appui médico-social d'un [document d'orientation commun sur la protection sociale](#) (lien en anglais), qui comprend des exemples provenant à la fois de l'ONU et d'organisations de la société civile.

59. L'UNICEF co-organise avec la Banque mondiale les travaux sur la protection sociale et l'appui médico-social, et joue un rôle de premier plan dans la production de données probantes et de conseils sur la façon dont les programmes de protection sociale peuvent répondre aux besoins des ménages touchés par le VIH. En 2010 et 2011, l'UNICEF a soutenu le développement de régimes de protection sociale nationaux dans plus de 20 pays très touchés par le VIH.

60. La Banque mondiale a réalisé une évaluation des filets sociaux de sécurité sociale, de la pauvreté et de l'épidémie de VIH/sida, au Botswana, en Namibie et au Swaziland. Des filets sociaux de sécurité¹³ formels et informels existent dans ces trois pays, mais tous sont débordés par l'ampleur de l'épidémie de VIH/sida. Avant la propagation du VIH, le Botswana et la Namibie disposaient tous deux de filets sociaux de sécurité formels relativement développés, alors que le Swaziland possédait peu de mécanismes formels pour atténuer les effets de la pauvreté sur les personnes concernées. La hausse de la prévalence du VIH a entraîné une augmentation des taux de mortalité chez les adultes, une diminution de la productivité économique et une augmentation du nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables.

Qui sont les enfants vulnérables ?

Une analyse statistique des données des enquêtes DHS et MICS (enquête par grappes à indicateurs multiples) sur les ménages a été effectuée par l'UNICEF afin d'identifier les principaux déterminants de la vulnérabilité des enfants dans le contexte du VIH et du sida. L'analyse a montré que le fait d'être orphelin d'un ou des deux parents n'est pas toujours une variable prédictive de la vulnérabilité des enfants et que la pauvreté intensifie l'impact du VIH et du sida sur la vie des enfants. Une combinaison de variables est donc nécessaire pour identifier et atteindre les enfants vulnérables, notamment la richesse des ménages, le statut d'orphelin et les schémas résidentiels. Cette recherche a reçu Prix IAS/CCABA 2010 récompensant l'excellence d'une étude sur les besoins des enfants affectés par le sida.

Alors que de plus en plus d'adultes étaient infectés et que leur état de santé se détériorait, ils se retrouvaient alors incapables de subvenir à leurs besoins ou à ceux de leurs familles. Les dépenses de santé toujours plus importantes ont encore grevé davantage les budgets des ménages. Dans de nombreux pays, cela a conduit à la mise en œuvre de programmes ad hoc ciblant les personnes les plus touchées par l'épidémie. Or, la pérennité de ces programmes a souvent été fragilisée par le fait qu'ils ont été financés par des programmes sur le VIH/sida sans lien avec des programmes existants de protection sociale.

61. Un document d'orientation sur les enfants touchés par le sida intitulé [Des données probantes aux effets concrets](#) (lien en anglais) a été élaboré par l'UNICEF avec 15 autres institutions, dont le gouvernement des États-Unis, et a été présenté lors du Forum mondial des partenaires. Il recommande de mettre l'accent sur le renforcement des systèmes de protection sociale et de protection de l'enfance, ainsi que sur une protection

¹³ La Banque mondiale définit les filets sociaux de sécurité comme les programmes de transfert non contributifs destinés aux populations pauvres et vulnérables dans le but de protéger celles-ci contre les chocs économiques. Les filets sociaux de sécurité sont conçus pour œuvrer en parallèle à d'autres programmes gouvernementaux tels que les programmes pour la santé, l'éducation ou l'assurance sociale, afin de promouvoir la croissance économique et de limiter les risques.

sociale tenant compte du VIH. L'UNICEF a également fourni un appui technique pour intensifier une protection sociale tenant compte du VIH dans huit pays d'Afrique orientale et australe ainsi qu'en Asie du Sud.

62. Lors de la 99^e session de la Conférence internationale du Travail en 2010, la première [norme internationale du travail concernant le VIH et le sida et le monde du travail \(Recommandation n° 200\)](#) a été adoptée par une écrasante majorité des États Membres de l'OIT. Dans cette recommandation, il est demandé aux pays d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes sur le VIH/sida dans le monde du travail suite à des consultations tripartites, et de les intégrer dans les politiques et stratégies globales du pays en matière de VIH/sida, de développement et de protection sociale. Quarante-deux pays ont élaboré des politiques sur le VIH/sida dans le monde du travail issues de consultations tripartites et basées sur la Recommandation n° 200 et le Recueil de directives pratiques du BIT. Un processus de formation de grande envergure a été lancé afin que la Recommandation n° 200 se concrétise dans les programmes et les politiques des pays.

Étude de cas : promouvoir une protection sociale tenant compte du VIH

Huit pays prioritaires (le Cambodge, la Chine, l'Inde, l'Indonésie, la Chine, le Népal, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la Thaïlande et le Vietnam) ont intégré le VIH dans leurs stratégies nationales sur la protection sociale, avec l'appui du PNUD, de l'UNICEF, de l'OIT et du Secrétariat de l'ONUSIDA. Ce travail a bénéficié, d'une part, des évaluations de l'impact socioéconomique menées par le PNUD qui a fourni l'ensemble des données nécessaires aux actions gouvernementales et le fondement des mesures d'atténuation de l'impact, et, d'autre part, d'une cartographie des programmes de protection sociale tenant compte du VIH réalisée par l'UNICEF.

Suite à une consultation régionale organisée au Cambodge au milieu de l'année 2011, les gouvernements de la région ont mené une réflexion sur les résultats, partagé leurs expériences et se sont engagés à faire avancer la question d'une protection sociale tenant compte du VIH. Le Premier ministre indien a ultérieurement demandé de manière explicite la mise en place d'une protection sociale tenant compte du VIH, en particulier dans le domaine de l'emploi. Après le succès de ce processus dans la région Asie-Pacifique, le PNUD projette de le reproduire en Amérique latine.

I. Renforcer l'intégration de la question sida des SIDA dans des programmes de développement plus larges¹⁴

Objectif : éliminer les systèmes parallèles de services liés au VIH pour renforcer l'intégration de la riposte au sida dans l'ensemble des efforts entrepris dans les domaines de la santé et du développement



État d'avancement général

Recentrage des actions sur les priorités stratégiques

Aider les pays à optimiser leurs actions à travers une attention plus clairement portée sur l'investissement est une attitude qui a été adoptée par les principaux acteurs internationaux de l'aide au développement dans le domaine du sida. L'approche basée sur l'investissement est au centre d'une nouvelle stratégie élaborée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et de la stratégie de prévention du VIH récemment lancée par le Fonds d'urgence américain de lutte contre le sida. Un plan d'action est en train de voir le jour, qui aligne clairement l'intérêt des donateurs pour l'optimisation des ressources sur l'intérêt des pays où les actions sont mises en œuvre à obtenir les meilleurs résultats possible.

Évaluation et recentrage des actions et de l'assistance technique

Un nombre croissant de pays dans toutes les régions ont bénéficié d'études sur les modes de transmission, qui ont estimé le nombre des nouvelles infections pour chaque mode de transmission et comparé les priorités nationales en matière de prévention avec les tableaux épidémiologiques. En quantifiant le décalage entre les tableaux épidémiologiques et les ressources allouées à la prévention, ces études ont incité plusieurs pays à commencer à recentrer leurs programmes de lutte contre le VIH afin de répondre aux besoins réels.

Au niveau des pays, les Équipes communes des Nations Unies sur le VIH/sida et les Programmes communs d'appui servent de point de départ à un travail commun des Nations Unies, pour la mobilisation des ressources, l'évaluation des performances et les rapports d'exécution. La stratégie de l'ONUSIDA en matière d'appui technique 2011-2015 a été conçue pour accroître l'impact et la viabilité des réponses nationales au VIH grâce à un appui technique de qualité. Les dispositifs d'appui technique présents dans cinq régions ont apporté une assistance technique dans 67 pays pour un total de 14 700 jours, en recourant à des consultants régionaux pour 85% des missions. L'assistance a été fournie pour remédier à des manques de capacité technique spécifiques et pour contribuer à l'élaboration de plans nationaux d'appui technique.

63. Tout au long de l'exercice biennal, des progrès ont été accomplis dans plusieurs domaines et à différents niveaux pour accroître l'intégration de la riposte au sida dans les plans d'action pour la santé et le développement.

¹⁴ Entre dans le cadre des stratégies transversales du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

64. Dans neuf pays où l'ONUSIDA a signé un [accord IHP+](#) (lien en anglais), le Programme commun a apporté un soutien afin que les aspects sanitaires des plans d'action et des plans stratégiques contre le VIH/sida soient intégrés dans les plans nationaux pour la santé (Burkina Faso, Burundi, RDC, Djibouti, Éthiopie, Mali, Mozambique, Népal et Nigeria). Un appui continu a également été fourni pour mettre au point des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et renforcer les systèmes de santé (notamment par un renforcement des capacités et des propositions au Fonds mondial). L'ONUSIDA a en outre participé aux évaluations mutuelles des progrès accomplis dans le secteur de la santé, en utilisant des cadres nationaux d'évaluation des performances, permettant ainsi d'établir des liens opérationnels entre le Plan national de développement sanitaire et le Plan stratégique national de lutte contre le sida.
- Exemples d'intégration**

L'accord révisé de Cotonou, qui régit les relations entre l'UE et l'Afrique, les Caraïbes et les États du Pacifique, comporte désormais une section portant spécifiquement sur le sida, qui reflète les priorités stratégiques de l'ONUSIDA.

Le sida figure en meilleure place dans les nouvelles politiques de développement de l'UE sur les sexospécificités, la santé mondiale et les OMD, ainsi que dans les cadres d'action de l'UE pour la recherche et la santé publique pour la période 2014-2020.
65. En septembre 2011, l'ONUSIDA, le PEPFAR, le George W. Bush Institute et un certain nombre d'autres organisations ont lancé l'initiative conjointe [Ruban rouge-Ruban rose](#), un partenariat novateur visant à tirer parti des investissements publics et privés dans la santé mondiale pour lutter contre le cancer du col de l'utérus. L'initiative Ruban rouge-Ruban rose s'attachera à accroître les capacités de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus et à promouvoir l'enseignement de la prise en charge du cancer du sein, en particulier dans les pays en développement où les femmes sont plus exposées au risque de contracter un cancer du col de l'utérus du fait de leur séropositivité au VIH.
66. L'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont participé à la toute première Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles (MNT). Notre apport inclut des contributions à la Déclaration politique sur les MNT, notamment par une sensibilisation à la question des liens existant entre les maladies non transmissibles et le VIH, et à la nécessité d'intégrer les actions menées contre le VIH et les MNT. Un événement d'envergure, organisé en marge de l'AG, a réuni les directeurs de l'OMS et l'ONUSIDA ainsi que des représentants des États membres et de la société civile, afin de renforcer la synergie des actions menées contre le VIH et les MNT.

J. Intensifier la mobilisation de ressources consacrées à la riposte au sida¹⁵

Objectif : combler le déficit dans les ressources consacrées à la riposte au sida à l'échelle mondiale et parvenir à un investissement annuel total compris entre 22 et 24 milliards de dollars dans les pays à revenu faible ou intermédiaire



État d'avancement général

Suite aux investissements sans précédent réalisés dans le secteur de la santé, la prévalence du VIH est en baisse grâce à des programmes visant à faire diminuer les prises de risque, plus de six millions de personnes reçoivent un traitement antirétroviral vital, des millions d'orphelins ont reçu une éducation de base et bénéficié d'une prise en charge médicale, et l'environnement social est devenu plus propice et plus tolérant dans de nombreux pays.

Bien que rien de tout cela n'aurait été possible sans la forte mobilisation de la communauté internationale et sans des financements d'un montant sans précédent, un écart subsiste entre les besoins d'investissement et les ressources disponibles, et ce dans une période de contraintes budgétaires.

Une part importante (23%) de l'aide internationale passe par des institutions multilatérales comme le Fonds mondial de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Or, pour 52 des 92 pays bénéficiaires de cette aide, celle-ci a représenté la principale source de financement de la riposte au sida. De nombreux pays à faible revenu restent fortement tributaires des financements et des ressources extérieurs pour organiser la riposte au VIH. Dans 56 pays, au moins 70% des ressources consacrées au VIH proviennent des donateurs internationaux, alors que, pour la première fois en dix ans, le montant global de ces financements a diminué de 10% en 2010.

67. Pour combler le déficit de ressources dans les pays, l'ONUSIDA a dû adopter une approche multiforme pour aider ces derniers à mobiliser des ressources supplémentaires, à affecter ces ressources le plus efficacement possible et à optimiser l'utilisation des ressources disponibles. Tout au long de l'exercice biennal, un appui technique a été fourni aux pays pour mobiliser des fonds supplémentaires, notamment par l'intermédiaire du Fonds mondial, et pour aider à mise en œuvre de ces fonds. L'ONUSIDA a contribué à la mobilisation de ressources supplémentaires destinées à la riposte au VIH, en renforçant la capacité des pays à demander, à planifier et à mettre en œuvre les subventions du Fonds mondial. Le soutien massif a été apporté aux pays par l'ONUSIDA pour l'élaboration et la soumission des propositions destinées au Fonds mondial dans le cadre de la 10^e série de subventions du Fonds, avec un taux de réussite de 69% (pour les pays ayant bénéficié de l'appui de l'ONUSIDA), contre 41% pour l'ensemble des propositions.
68. Au cours de l'exercice biennal, les capacités de gestion et de gouvernance des Mécanismes de coordination du Fonds mondial dans les pays (CCM) ont été renforcées dans 27 pays avec l'appui de l'ONUSIDA, par une aide apportée aux pays pour naviguer dans le paysage complexe des financements et de la coordination des activités de lutte contre le sida. Avec l'appui technique de l'ONUSIDA, les systèmes de gestion financière

¹⁵ Entre dans le cadre des stratégies transversales du Budget-plan de travail intégré (BPTI) 2010-2011.

et d'obligation redditionnelle ont été renforcés dans 15 pays, notamment par le biais de procédures de passation des marchés améliorées (en Angola par exemple), de systèmes nationaux de S&E plus solides et de processus améliorés de transferts des fonds à des organisations de la société civile (en Éthiopie par exemple), afin de garantir une utilisation optimale des ressources et un meilleur retour d'information au Fonds mondial. À une époque marquée par une réforme de l'architecture des subventions au sein du Fonds mondial, ce travail spécifique a été essentiel pour s'assurer que les pays satisfont aux critères d'admissibilité afin de pouvoir pérenniser les services et continuer à fournir des produits indispensables.

69. Tout en soutenant les processus de planification nationaux destinés à fixer des priorités et à affecter des ressources en conséquence, l'ONUSIDA a mis au point le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF 2012-15), un instrument servant à mobiliser des fonds pour le sida au-delà des coparrainants et qui a pour objectif d'améliorer la planification commune, le suivi des performances, l'obligation de rendre des comptes et l'efficacité du Programme commun d'appui. L'UBRAF 2012-15 prévoit un cycle de planification sur 4 ans et succède au BPTI.
70. Le [Cadre d'investissement de l'ONUSIDA](#) est une démarche visant à aider les pays à prendre les décisions concernant les dépenses consacrées au sida en se concentrant sur les domaines prioritaires où le rapport coût/efficacité sera le meilleur. Une modélisation de l'impact du cadre montre que sa mise en œuvre permettrait d'éviter 12,2 millions de nouvelles infections et 7,4 millions de décès liés au sida entre 2011 et 2020. Le Cadre, qui s'appuie sur les activités qui ont fait la preuve de leur efficacité dans les domaines de la prévention, des traitements et de l'appui médico-social en matière de VIH, a été présenté dans un document de politique générale publié dans la revue *The Lancet* (Schwartzländer et al) en juin 2011. Il est destiné à faciliter une utilisation plus ciblée et plus stratégique de ressources limitées. Il a été élaboré par un groupe composés d'experts internationaux issus de l'ONUSIDA, du Futures Institute, de l'École de santé publique de Londres, de l'Université de Washington, de la Coalition internationale pour la préparation au traitement, du Programme national de lutte contre le sida du Brésil, du Fonds mondial, du PEPFAR, de la Fondation Bill & Melinda Gates, de l'UNICEF, du Ministère sud-africain de la Santé, de la Banque mondiale, de l'OMS et de l'Institut de médecine tropicale d'Anvers.

II. Stratégies transversales

A. Amener la planification et les initiatives de la riposte au sida dans les cadres nationaux de développement et de responsabilisation

71. Les [consultations sur l'accès universel menées dans 117 pays et 7 régions](#) ont été l'occasion pour les intervenants et les groupes constitutifs de faire le point sur les progrès accomplis, d'identifier les obstacles, et de décider de mesures pour parvenir à l'accès universel et atteindre les OMD. Au cours des années 2010 et 2011, l'ONUSIDA a soutenu ces consultations, puis a réuni 32 responsables de gouvernements et de la société civile pour examiner les progrès réalisés. La Déclaration de consensus a aidé des groupes de la société civile à créer un dynamique autour de la Déclaration politique de juin 2011, et le processus a permis d'intégrer des informations nationales et régionales dans les décisions et les rapports de l'ONUSIDA.
- Évaluation : évaluations par pays de la DdT**

Les évaluations de la mise en œuvre de la Division du Travail (DdT) menées dans 21 pays ont influencé les travaux de la consultation sur la Deuxième évaluation indépendante organisée à Bangkok en mars 2010 avec diverses parties prenantes. Les résultats de cette consultation et les évaluations des équipes communes menées dans 11 pays ont contribué aux recommandations concernant le devenir des équipes communes, qui ont été transmises au Bureau de coordination des opérations de développement des Nations Unies. Deux de ces évaluations (au Nigeria et aux Philippines) ont servi de base aux études de cas destinées au CCP de juin 2011.
72. À la fin de l'année 2011, 69 pays avaient incorporé des composantes sur le monde du travail dans leurs stratégies nationales de lutte contre le sida. L'OIT a apporté sa contribution sur le thème du monde du travail aux stratégies nationales de lutte contre le sida de 51 pays, et dans 35 de ces pays, les stratégies récemment élaborées ou révisées reflètent les principes de la [Recommandation n° 200](#) (la première norme internationale du travail sur le VIH/sida et le monde du travail) (lien en anglais).
73. Dans 47% des pays abritant plus de 10 000 réfugiés et 38% des pays dont certaines populations sont déplacées, le travail de plaidoyer du HCR a abouti à la prise en compte de ces populations dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH.
- Un défi : les instances de coordination de la lutte contre le sida**

Dans certains pays, les commissions nationales de lutte contre le sida (CNLS) sont caractérisées par une certaine fragilité et par l'absence d'une véritable obligation de rendre des comptes. Par exemple, la société civile y est parfois sous-représentée et les membres de ces commissions sont essentiellement des représentants des gouvernements, qui n'ont pas l'expertise nécessaire. La tenue des réunions est parfois irrégulière. Des chevauchements peuvent également exister entre les différents mécanismes gouvernementaux (CNLS, CCM et PAN, par exemple) et rares sont ceux qui sont véritablement multisectoriels. Par ailleurs, les jeunes y sont rarement représentés.
74. Quarante-cinq pays mettent en place des plans stratégiques et opérationnels améliorés, c'est-à-dire, des plans éclairés par des données probantes, chiffrés, aux priorités clairement établies, et axés sur l'efficacité et l'efficacités. Ceci est le résultat d'un appui technique ciblé lors de la préparation des Stratégies nationales et des plans d'action contre le VIH/sida (ASAP), coordonné par la Banque mondiale.

B. Optimiser le soutien des Nations Unies pour la préparation des propositions soumises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et pour la mise en œuvre des programmes

75. L'ONUSIDA a élaboré un [Kit de ressources pour les propositions du Fonds mondial](#), qui comprend des conseils stratégiques et techniques. L'ONUSIDA et ses partenaires ont également développé un [outil d'orientation destiné à intégrer le renforcement des systèmes communautaires \(RSC\)](#) dans les propositions nationales et régionales soumises au Fonds mondial.
76. Le partenariat du PNUD avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a contribué à développer la capacité des pays à mettre en œuvre efficacement des programmes sanitaires à grande échelle. Durant cet exercice biennal, le PNUD a été le récipiendaire principal de 727 millions de dollars versés par le Fonds mondial pour financer des programmes dans 33 pays. En tant que récipiendaire principal, le PNUD a aidé les pays confrontés à des situations exceptionnellement difficiles à obtenir des résultats malgré les défis rencontrés. De 2003 à 2010, le PNUD, en sa qualité de récipiendaire principal, a contribué aux réalisations suivantes dans ces pays : 47 millions de personnes qui ont bénéficié de services de prévention ; 403 millions de préservatifs distribués ; un dépistage du VIH et des conseils pour 7 millions de personnes ; 493 000 cas de tuberculose détectés et traités ; 1,1 million de cas d'infections sexuellement transmissibles traités ; 774 000 personnes actuellement sous traitement antirétroviral ; 32 millions de cas de paludisme traités et 14 millions de moustiquaires distribuées. Quatre-vingt-quatre pour cent des subventions gérées par le PNUD sont notées A ou B1 par le Fonds mondial (attentes satisfaites à dépassées). Le PNUD a fait office de récipiendaire principal dans 41 pays entre 2003 et 2010. Dans 14 de ces pays, le PNUD a transmis ce rôle à une entité nationale, ce qui reflète les résultats obtenus en matière de développement des capacités. Il est en train de faire de même dans neuf autres pays pour au moins une subvention.
77. Avec l'appui du PAM, neuf pays (le Cambodge, le Libéria, la Sierra Leone, Djibouti, l'Éthiopie, le Ghana, la République démocratique populaire lao, le Swaziland et le Zimbabwe) ont intégré avec succès l'alimentation et la nutrition dans les propositions faites au Fonds mondial dans le cadre de la 10^e série de subventions du Fonds. Suite à cela, le PAM, en partenariat avec le PEPFAR, FANTA II (le Projet d'assistance technique en matière d'alimentation et de nutrition financé par USAID) et l'OMS, a élaboré un manuel et un ensemble d'outils destinés à aider les pays à mieux intégrer l'alimentation et la nutrition dans leurs propositions au Fonds mondial.

Un défi : la dépendance à l'égard du Fonds mondial

Dans de nombreux pays, la part la plus importante des financements extérieurs consacrés aux dépenses nationales dans le domaine du VIH/sida est fournie par le Fonds mondial, ce qui soulève les questions suivantes : viabilité à long terme ; nécessité de diversifier les portefeuilles de financement en augmentant les financements intérieurs ; améliorer la mise en œuvre et la gestion des fonds afin d'en optimiser l'utilisation.

78. Les propositions faites par onze pays dans le cadre de la 10^e série de subventions du Fonds mondial (l'Azerbaïdjan, le Bhoutan, le Cambodge, le Kazakhstan, le Kenya, les Maldives, la Moldavie, le Népal, l'Afrique du Sud, le Soudan et la Zambie) portaient

notamment sur la consommation de drogues injectables et le milieu carcéral, et ont reçu le soutien de l'ONUSIDA.

79. Avec l'appui de l'UNFPA, les relations entre SSR et VIH dans la PTME ont été reprogrammées dans la mise en œuvre des propositions faites au Fonds mondial dans le cadre de la série 9 et dans l'élaboration des propositions faites par 18 pays dans le cadre de la série 10.
80. L'incorporation dans les stratégies nationales de lutte contre le sida d'une composante sur le monde du travail et la présence de représentants du monde du travail et du secteur privé dans les instances nationales de coordination ont facilité les efforts destinés à mobiliser des ressources dans de nombreux pays. Pour les séries de subventions 9 et 10 du Fonds mondial, l'OIT a aidé les entités et pays suivants à élaborer leurs propositions : la Communauté de développement de l'Afrique australe, le Bénin, la Bosnie-Herzégovine, le Burkina Faso, le Cameroun, la Guinée, l'Inde, le Mozambique, la Sierra Leone, l'Afrique du Sud, le Sri Lanka et l'Ukraine. Près de 48 millions de dollars ont été mobilisés pour des activités en rapport avec le monde du travail.
81. L'UNICEF a aidé la Thaïlande et le Népal à élaborer leurs propositions dans le cadre de la 10^e série de financements du FMSTP, ce qui a permis à ces deux pays d'obtenir des subventions de 42 et 57,3 millions de dollars respectivement. En Thaïlande, ces fonds serviront à renforcer les capacités et le suivi des systèmes de protection et d'appui médico-social pour les enfants infectés ou affectés par le VIH/sida. Au Népal, ces fonds seront utilisés non seulement pour mettre en place des actions de PTME à travers le pays, mais aussi pour combler l'absence actuelle de protection sociale tenant compte du VIH pour les familles et les enfants touchés par le VIH/sida. Ces financements sont les plus élevés jamais mobilisés pour les enfants touchés par le sida en Asie du Sud.

C. Améliorer dans chaque pays la production, l'analyse et l'utilisation de données stratégiques, notamment par la mobilisation de nouvelles sources d'informations

L'épidémie de VIH et la riposte

En garantissant la validité, la cohérence interne et la comparabilité des données entre les pays et dans le temps, le [Rapport mondial de l'ONUSIDA](#) et le processus de collecte des données ont renforcé les approches programmatiques, ce qui a permis de mettre au point des ripostes nationales plus solides et éclairées par des données probantes. En novembre 2010, le Rapport a montré que le nombre des nouvelles infections à VIH avait diminué de près de 20% au cours des 10 années précédentes, que les décès liés au sida avaient diminué de près de 20% au cours des 5 années précédentes, et que nombre de personnes vivant avec le VIH s'était stabilisé. Ce résultat se traduit par une stabilisation, voire une baisse importante, des taux de nouvelles infections à VIH dans au moins 56 pays.

82. En 2010, la disponibilité et la qualité des données sur le sida dans le monde ont atteint un niveau sans précédent, avec plus de 182 pays (95%) ayant remis des rapports à l'ONUSIDA sur les objectifs de l'UNGASS, un record pour les Nations Unies dans ce domaine. Dans le cadre du processus d'examen de l'accès universel, des fiches épidémiologiques nationales ont été développées par l'ONUSIDA et mises à la disposition du public, accompagnées de plusieurs articles scientifiques portant sur des

estimations épidémiologiques. En octobre 2011, l'ONUSIDA a publié des [directives concernant les indicateurs de base utilisés dans le rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde](#), afin que les gouvernements nationaux puissent suivre les progrès réalisés par rapport aux objectifs de la Déclaration politique.

83. Trente-quatre pays ont ainsi amélioré le suivi et la surveillance continue de leur épidémie en utilisant le Système d'information sur la riposte des pays (CRIS), un système évalué comme étant très satisfaisant. [AIDSinfo](#) a été lancé en 2010 afin de faciliter l'accès à des données mondiales sur le sida (environ 200 visites par jour), suivi par une application pour iPad lancée lors de la Réunion haut niveau de juin 2011. Ces deux outils ont été mis au point par le Secrétariat de l'ONUSIDA.

84. La quasi-totalité des 116 pays formés par le Secrétariat de l'ONUSIDA au module Estimations et Projections Pays (EPP) de Spectrum portant sur l'ajustement de courbes, qui remplace l'ancienne méthode Workbook, ont continué à utiliser le progiciel, ce qui a contribué à l'amélioration de la qualité globale des données sur le VIH. Le modèle Spectrum amélioré permet d'estimer le nombre de nouvelles infections, la prévalence du VIH, les besoins en matière de services et le nombre d'enfants rendus orphelins par le sida.

**Les enseignements retenus :
l'importance de pouvoir
présenter des données
probantes**

Dans son travail visant à accroître l'accès des travailleurs vulnérables à la prévention du VIH, l'OIT a constaté que l'utilisation de données probantes était l'un des outils de sensibilisation les plus efficaces, en particulier dans le cas d'épidémies de faible intensité et concentrées.

85. Avec le soutien du Secrétariat de l'ONUSIDA, quinze pays ont effectué une analyse des modes de transmission (ou examen des données épidémiologiques) pour appuyer leur planification stratégique. En déterminant où se produisent les nouvelles infections, cette analyse permet une planification et une exécution efficaces des programmes de prévention du VIH.

86. Afin d'identifier les priorités des programmes en vue d'un impact maximal en matière de prévention des nouvelles infections, des méthodes permettant d'estimer la taille des populations clés plus exposées au risque d'infection ont été abordées dans cinq ateliers régionaux organisés par l'ONUSIDA, auxquels ont participé 60 pays. Le Programme commun a élaboré des directives portant sur ce thème et sur la surveillance de deuxième génération. Dans 26 pays, l'UNFPA et le PNUD ont apporté leur appui à la production, la cartographie et l'évaluation de données sur les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi qu'à l'estimation de la taille de ces deux populations.

Évaluation : les indicateurs sectoriels

Une évaluation rapide du S&E par l'UNESCO a mis en évidence le besoin d'avoir des indicateurs de base sur le VIH/sida propres au secteur éducatif et collectés directement par les ministères de l'éducation. Pour y répondre, l'ETII de l'ONUSIDA sur l'éducation a élaboré un ensemble d'indicateurs de base, dont les essais sur le terrain ont commencé. Cela a pour effet d'améliorer les capacités nationales de collecte, de saisie et d'analyse des données, et de développement de systèmes viables de S&E pour mesurer l'impact du VIH sur le secteur de l'éducation.

87. La planification de l'ONUSIDA jusqu'en 2015 s'est davantage concentrée sur les priorités épidémiques et sur l'impact dans les pays, ce qui amènera des améliorations en matière d'information, de mise en œuvre, de suivi et de comptes rendus au sein du Programme commun. Un large processus consultatif a conduit à l'élaboration du Cadre unifié du

budget, des résultats et des responsabilités 2012-2015 (UBRAF) ([Première partie](#) et [Seconde partie](#)).

Les enseignements retenus : l'utilisation et l'échange d'informations stratégiques

L'échange régulier d'informations avec les bureaux de pays, la collaboration avec les partenaires et le soutien financier des donateurs sont utiles au renforcement de systèmes d'information stratégique. Cependant, souvent en raison du manque de ressources humaines qualifiées dans les pays, promouvoir l'utilisation de l'information stratégique pour une planification commune par l'ensemble des partenaires reste problématique.

88. Le Système d'information sanitaire du HCR est maintenant opérationnel dans plus de 40 pays où il est utilisé par tous les partenaires du secteur humanitaire. Il permet de suivre les services de santé offerts aux quelques 1,5 million de réfugiés habitant des camps. Ces services ont pour objectif d'améliorer l'état de santé de cette population par la formulation de politiques fondées sur des données factuelles, par une meilleure gestion des programmes de santé reproductive et des programmes sur le VIH et, enfin, par des actions directes destinées à améliorer la santé des réfugiés.
89. L'UNICEF, en collaboration avec la London School of Hygiene and Tropical Medicine, a renforcé les moyens de plus de 80 chercheurs nationaux qui ont procédé à 23 études quantitatives et qualitatives pour comprendre les profils des adolescents les plus exposés au risque d'infection dans 7 pays d'Europe centrale et orientale. L'« ensemble d'outils de recherche sur les adolescents plus exposés au risque d'infection » contient des outils et des protocoles élaborés pour guider le travail de collecte et d'analyse des données. La formation et l'ensemble d'outils ont facilité une meilleure analyse des profils de risque et de la situation du VIH chez les adolescents et les jeunes.

D. Accéder à la gestion des programmes d'assistance technique et réaligner ces programmes

90. La note d'orientation sur [Division du travail de l'ONUSIDA](#) (DdT) a consolidé l'appui aux pays dans 15 domaines de travail. La responsabilité de chaque domaine incombe à un ou deux organismes coordonnateurs en fonction du mandat et de l'expertise technique du Secrétariat et des coparrainants. En tant que telle, la DdT permet d'optimiser l'appui technique de l'ONU en vue d'obtenir les meilleurs résultats possible, tout en obligeant à se rendre mutuellement des comptes.
91. La stratégie de l'ONUSIDA en matière d'appui technique expose des orientations permettant aux pays de mettre en œuvre efficacement leurs programmes et d'atteindre leurs objectifs fixés au niveau national en ce qui concerne le VIH. Son approbation par le CCP en décembre 2010 a eu les effets suivants :
- Des plans stratégiques nationaux davantage fondés sur des données probantes et plus sensibles à la question des droits de l'homme. La Banque mondiale et l'ONUSIDA ont piloté les processus de planification stratégique dans 43 pays et soumis 21 projets de stratégies à une évaluation collégiale.
 - Vingt-deux pays ont élaboré des plans nationaux d'appui technique et de renforcement des capacités.
 - Amélioration de la capacité des pays dans toutes les régions à mobiliser des ressources, notamment, mais pas seulement, par la préparation des propositions destinées au Fonds mondial, par la signature de subventions, par le déblocage

d'obstacles à la mise en œuvre, par un renforcement des capacités dans la gestion des programmes et des fonds, ainsi que dans le suivi et l'évaluation.

- Résolution de problèmes liés à la mise en œuvre des subventions dans 27 pays grâce à 40 missions d'appui technique différentes menées par les Dispositifs d'appui technique de l'ONUSIDA.

92. Un [document sur les progrès du soutien technique de l'ONUSIDA](#) a été présenté au CCP en décembre 2011, et une mise à jour a été préparée pour le 30^e CCP (UNAIDS/PCB(30)12.10).

E. Élaborer des messages communs pour un engagement politique, un leadership et un plaidoyer sur la durée

93. La vision exposée par l'ONUSIDA en 2011 – zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida – a entraîné des changements profonds, comme le montrent le succès de la Réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale et la Déclaration politique sur le VIH/sida. Devenue un point de convergence pour les dirigeants politiques, les responsables du secteur privé et les militants, elle se trouve au centre des ripostes nationales et a résonné dans le monde entier à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2011, notamment dans les paroles du premier ministre Wen, du président Obama et du président Woldegiorgis.

94. La [Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015](#) a été adoptée par un grand nombre de pays comme cadre pour leurs propres stratégies nationales sur le VIH, notamment par les dix États membres de l'ANASE, la Chine, l'Inde et plusieurs pays insulaires du Pacifique.

Déclaration politique sur le VIH/sida

Une résolution historique, la [Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 : Intensifions nos efforts pour éliminer le VIH/sida](#), a été ratifiée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida, qui s'est tenue du 8 au 10 juin 2011. La Réunion de haut niveau (RHN) a réuni plus de 3000 participants (dont 32 chefs d'État, de gouvernement ou vice-présidents, ainsi que des représentants d'institutions des Nations Unies, de la société civile, d'organisations non gouvernementales, de missions permanentes et du secteur privé) pour faire le point et dessiner l'avenir de la riposte mondiale au sida :

- Cette déclaration des Nations Unies est la première qui reconnaît que les populations clés – hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et professionnel(le)s du sexe – sont touchées de manière disproportionnée par l'épidémie de VIH.
- Au total, ce sont 34 événements qui ont été organisés ou co-organisés par l'ONUSIDA pendant les cinq jours de la RHN. Ces événements ont contribué à une collaboration dans l'ensemble du Programme commun dans des domaines allant du plaidoyer et de la sensibilisation au lancement d'initiatives majeures, en passant par une démonstration de l'énergie et de l'engagement qui animent l'ensemble des partenaires de la riposte au sida. Vingt-cinq premières dames ont notamment lancé un appel commun à l'intégration des programmes de lutte contre le VIH et des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile.
- De la couverture de *The Economist* aux quelques 5000 articles de presse publiés dans plus de 150 pays, la Réunion de haut niveau a bénéficié d'une attention considérable de la part des médias et d'un formidable écho auprès du public. Cette réunion de haut niveau a démontré au monde entier que, même après 30 ans, le sida restait une priorité de l'agenda politique mondial.

95. L'ONUSIDA a veillé à ce que le thème du VIH soit présent dans diverses manifestations sportives, notamment la Coupe du Monde de la FIFA, les Jeux Olympiques d'hiver, les Jeux Olympiques de la Jeunesse et la Coupe du monde de cricket. Cela a contribué à renforcer et à accroître la volonté résolue d'agir contre le VIH, notamment de la part des présidents et des premières dames des pays organisateurs.

 « Un jour sur Terre » (video en anglais)

Le 11 novembre 2011, l'ONUSIDA a fait équipe avec l'initiative mondiale « Un jour sur Terre » pour filmer les nombreux visages de la riposte au VIH. Plus de 50 bureaux locaux de l'ONUSIDA ont pris part au projet dans toutes les régions du globe.

96. Divers défenseurs de la cause du sida, y compris des envoyés spéciaux des Nations Unies et des ambassadeurs itinérants du Programme commun, ont collaboré avec l'ONUSIDA pour aborder des questions relatives au VIH et au SIDA avec des millions de personnes. On peut citer notamment les exemples suivants : le footballeur brésilien Ronaldinho a encouragé la sensibilisation au sida à travers le sport ; SAR la Princesse héritière Mette-Marit de Norvège a contribué à attirer l'attention sur les besoins des jeunes ; « JYJ », le groupe sud-coréen a diffusé une vidéo sur la stigmatisation et la discrimination auprès de plus d'un million de fans, une question également abordée par le joueur de kora malien Toumani Diabaté ; le présentateur vedette de MTV, James Chau, a présenté un clip sur la santé, qui a été diffusé sur CCTV auprès de millions de téléspectateurs en Chine ; une « équipe unie ruban rouge », composée d'anciens grands noms du football professionnel, ont joué un match inaugural de charité contre une équipe composée d'hommes politiques éminents, de chefs d'entreprise et d'anciens sportifs internationaux russes ; l'actrice Naomi Watts s'est rendue en Inde pour y intensifier le soutien en faveur de la PTME ; la chanteuse Annie Lennox s'est rendue à Washington pour sensibiliser au problème des femmes face au sida.

Conférence internationale sur le sida 2010, Vienne

Des politiques et des lignes directrices ont été diffusées à l'occasion de la Conférence. Cinq sessions satellites ont été organisées par l'ONUSIDA, qui ont porté sur : une approche de prévention fondée sur les droits de l'homme ; l'ETME ; la prévention du VIH et les systèmes de santé ; le VIH et les jeunes ; l'association de mesures de prévention. Un million de préservatifs ont été distribués en 100 heures dans le cadre de la [campagne CONDOMIZE!](#). (lien en anglais)

La remise du Prix Ruban Rouge et un espace de dialogue communautaire mis en place lors de la Conférence ont permis, d'une part, de fournir un renforcement des capacités et un soutien financier à 25 organisations communautaires de 20 pays différents, et, d'autre part, de créer des plates-formes de mise en commun des meilleures pratiques et de participation à l'élaboration des politiques mondiales et régionales.

97. La [Commission de haut niveau sur la prévention du VIH](#), composée de 15 dirigeants mondiaux de renom, a été créée en 2010 pour relancer le programme de prévention du VIH. Dans le message diffusé à l'issue d'une réunion organisée à Robben Island (mai 2011 ) (video en anglais), les membres de la commission ont invité les États membres participant à la Réunion de haut niveau sur le sida à s'engager dans une révolution mondiale de prévention du VIH, et à orienter l'avenir de la riposte mondiale au VIH par des engagements fermes, des actions audacieuses et des objectifs ambitieux, afin de s'assurer que tout est fait pour mettre fin aux nouvelles infections. À l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida en 2010, des milliers de conversations en ligne se sont déroulées sur Twitter et Facebook (avec le hashtag #PreventionRevolution ). Les vidéos de sensibilisation créées pour cette initiative ont été vues 100 000 fois rien que sur YouTube.

L'évolution des rapports avec les BRICS

L'engagement de l'ONUSIDA dans les BRICS a contribué à de nombreuses réalisations, notamment le rôle plus grand désormais joué par ces pays dans la gouvernance et le financement de la riposte mondiale au sida. En juin 2011, les ministres de la santé des BRICS, lors d'une première réunion organisée à Pékin, ont formulé un nouvel agenda pour une coopération Sud-Sud afin d'accélérer les innovations dans les technologies de la santé.

- Le président brésilien Luiz Inácio Lula da Silva a reçu le « Prix ONUSIDA du leadership » 2010 en reconnaissance de sa contribution au développement socioéconomique et à la riposte au sida (notamment par la création de partenariats et l'encouragement d'une coopération Sud-Sud).
- En octobre 2011, la Fédération de Russie a organisé un forum de haut niveau sur l'OMD 6, à l'occasion duquel un nouveau Plan d'action pour l'OMD 6 a été lancé, qui met l'accent sur le financement et les partenariats régionaux. Les différentes contributions, notamment une [déclaration commune](#) (lien en anglais) des trois organisations internationales coprésidentes de la réunion, à savoir, le Secrétariat de l'ONUSIDA, la Banque mondiale et le Fonds mondial, ont été primordiales pour la formulation du plan d'action.
- Afin de garantir la disponibilité des médicaments antirétroviraux génériques, l'Inde a annoncé en juillet 2011 qu'elle rejeterait toute tentative visant à inclure des clauses sur « l'exclusivité des données » dans les accords commerciaux bilatéraux. Le pays a également adopté des directives portant sur une nouvelle couverture d'assurance maladie pour les personnes vivant avec le VIH.
- En décembre 2011, la Chine s'est engagée à combler le déficit de ses ressources consacrées au VIH.
- Un changement d'orientation majeur s'est produit en Afrique du Sud dans la manière d'aborder l'épidémie, avec notamment une augmentation de 22% des dépenses publiques consacrées au sida en 2010 par rapport à 2009 et le lancement en avril 2010 d'une campagne nationale de dépistage du VIH.
- Le Botswana, le Kenya, le Lesotho, la Namibie et l'Afrique du Sud contribuent désormais à leurs actions nationales contre le sida pour un montant total combiné supérieur à 2 milliards de dollars par an, donnant ainsi l'exemple d'une appropriation de la riposte par les pays.

98. L'émission de trois millions de timbres pour la seule année 2011, accompagnée d'affiches et de programmes sur les lieux de travail, ont contribué à une prise de conscience du problème du VIH à l'échelle mondiale. Pour marquer la découverte du VIH en 1981 et les 30 ans d'un monde vivant et le sida, 30 timbres-poste nationaux différents ont été émis dans le cadre de la [campagne pour la prévention du VIH lancée par l'OIT, UNI Global Union et l'Union postale universelle](#).

Le secteur privé

En collaboration avec le Programme commun, le secteur privé a contribué à générer de nouvelles ressources financières destinées au Plan mondial pour l'ETME et à sensibiliser davantage aux questions des droits de l'homme et de la prévention. D'autres exemples figurent ci-après :

- Dans le cadre d'un partenariat avec la Standard Bank à l'échelle mondiale, des milliers de personnes ont été incitées à effectuer un test de dépistage du VIH à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida, au Ghana, au Nigeria, en Afrique du Sud et en Ouganda, grâce à un soutien apporté aux services nationaux de dépistage et de conseil.
- Sir Richard Branson, PDG de Virgin Atlantic, a tweeté « Devenez des militants » au nom de l'ONUSIDA dans le cadre de la Campagne mondiale contre le sida 2011, atteignant ainsi des millions de personnes parmi ses « followers ». Dans le même temps, le Secrétariat de l'ONUSIDA, en collaboration avec The Body Shop et le photographe mondialement connu Rankin, a lancé une campagne de solidarité internationale sur le VIH.
- En marge du Sommet sur les OMD de 2010, l'ONUSIDA a participé au Forum des Nations Unies pour le secteur privé, présidé par le Secrétaire général de l'ONU et qui a réuni plus de 150 présidents-directeurs généraux, 60 chefs d'État et de gouvernement et des directeurs d'institutions des Nations Unies. Ce forum a permis d'identifier des actions concrètes que le secteur privé pourrait entreprendre pour aider à combler l'écart entre la réalité actuelle et les OMD au cours des cinq prochaines années.

99. En juin 2011, l'ONUSIDA a publié [OUTLOOK 30](#), un rapport complet sur les 30 années écoulées depuis la découverte du VIH et sur l'avenir de la riposte au sida.
100. Lors d'une visite au Secrétariat de l'ONUSIDA à Genève, le Secrétaire général Ban Ki-moon a réaffirmé son attachement au programme sur le sida et encouragé le personnel à œuvrer toujours plus pour « faire disparaître les obstacles cachés » dans la riposte au sida. Le Secrétaire général a également souligné l'importance de faire davantage pour prévenir les infections à VIH et s'est engagé à défendre cette cause. Il a insisté sur la nécessité pour les pays de supprimer les lois discriminatoires qui restreignent la libre circulation et les déplacements des personnes vivant avec le VIH.

F. Élargir et renforcer la participation des communautés, de la société civile et des réseaux de personnes vivant avec le VIH à tous les niveaux de la riposte au sida

101. Un [document d'orientation sur la collaboration du Programme commun avec la société civile](#) (lien en anglais) a été élaboré en 2011, suite à la rédaction définitive des orientations pour les partenariats du Programme commun dans le cadre de la stratégie de l'ONUSIDA. Il traite essentiellement d'un nouveau paradigme pour les partenariats, fondé sur la solidarité et le partage des responsabilités.

102. En mars 2010, le Secrétariat a organisé la première réunion du genre en rassemblant plus de 40 responsables religieux bahá'ís, bouddhistes, chrétiens, hindous, juifs, musulmans et sikhs, qui se sont engagés à renforcer les efforts destinés à lutter contre le VIH et à promouvoir une prévention globale, une riposte adaptée aux priorités et le respect de toutes les personnes vivant avec ou affectées par le VIH. Le Secrétariat a également apporté son soutien à l'organisation d'une rencontre qui a réuni 400 responsables de différentes religions en Inde, dans le but de contribuer au dialogue sur les mesures à prendre pour lutter contre la stigmatisation.

Les enseignements retenus : le travail avec les partenaires locaux

Pour lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination, il est important de travailler avec les ONG locales et les organisations communautaires, car ce sont souvent elles qui ont la meilleure connaissance du terrain et qui y sont le mieux représentées. De ce fait, elles sont les mieux placées pour identifier les réseaux de personnes vivant avec ou affectées par le VIH et pour faire participer ces réseaux aux initiatives de lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

103. L'établissement de partenariats stratégiques avec des organisations de la société civile (OSC) a favorisé la mise en application de la Recommandation n° 200 de l'OIT et a renforcé le rôle moteur et la visibilité des programmes sur les lieux de travail. Le BIT a formé 250 OSC et réseaux de PVV dans 27 pays sur les dispositions de la Recommandation et sur les points d'entrée potentiels au niveau national.

104. Au total, ce sont 5267 décideurs des ministères du travail, 4425 représentants des employeurs et 18335 représentants des travailleurs venus de 40 pays qui ont reçu une formation sur le VIH/sida basée sur les documents du BIT. Un des cours s'intitule « VIH/sida et monde du travail : Perspective de prévention et de protection sociale ». Conçu pour les décideurs, il a été donné en 2010 et 2011, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, le PAM, GNP+, HelpAge, la FAO, le Fonds mondial et le Secrétariat de l'ONUSIDA.

105. Avec le soutien du PNUD, un renforcement des capacités des réseaux et des associations de femmes vivant avec le VIH en matière de leadership a été entrepris dans 52 pays répartis dans six régions. Les participantes ont élaboré des initiatives novatrices, dont beaucoup sont actuellement mises en œuvre dans les pays. Ces initiatives comprennent, entre autres, des actions stratégiques de sensibilisation ainsi que la mise en place de systèmes de microcrédit et de projets générateurs de revenus. Une fois la phase pilote terminée, ces programmes ont été repris dans plusieurs pays par les instances nationales.

106. Avec l'aide de subventions du Fonds VIH des jeunes leaders soutenu par l'UNFPA, les jeunes les plus touchés par le VIH dans 19 pays ont mis au point des initiatives dans les domaines du plaidoyer, des prestations de services par d'autres jeunes et de la mobilisation communautaire.

107. Six centres de l'Alliance internationale contre le VIH/sida, soutenus par l'ONUSIDA, ont fourni 4100 jours d'appui technique aux organisations communautaires. Conjointement avec GIZ (Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit), le Secrétariat a également apporté un soutien financier direct à l'Équipe d'action de la société civile (CSAT), une initiative mondiale du Réseau international d'organisations d'entraide et de lutte contre le sida (ICASO), pilotée par la société civile. Grâce à des centres régionaux, la CSAT coordonne, négocie et plaide pour un appui technique

destiné aux organisations de la société civile qui effectuent une demande de subventions auprès du Fonds mondial ou qui mettent en œuvre des subventions déjà accordées.

108. La campagne *Stigma Fuels HIV* (La stigmatisation alimente la propagation du VIH), lancée en juin 2011 par L'ONU avec nous et UN Plus, a touché des milliers d'employés de l'ONU dans plus de 70 pays (diffusée par de nombreux bureaux, notamment le bureau éthiopien et le siège de l'ONUSIDA – vidéo en anglais). Plus de 15 entités différentes des Nations Unies ont participé à cette vidéo qui a été réalisée bénévolement par la société publicitaire internationale *Saatchi & Saatchi*. En 2010, L'ONU avec nous a reçu des éloges particuliers de la part du Secrétaire général de l'ONU à l'occasion de la remise des prix ONU 21. Des ateliers de formation de formateurs ont été organisés en vue de renouveler la capacité des équipes de pays de L'ONU avec nous à mettre en œuvre les 10 normes minimales dans l'ensemble des institutions et des lieux d'affectation des Nations Unies.

Évaluation : l'assurance maladie du personnel séropositif de l'ONU

UN Plus a réalisé une enquête concernant le statut du personnel séropositif en matière d'assurance maladie dans plus de 10 lieux d'affectation, et a entrepris une étude sur l'assurance maladie dans le contexte du VIH et d'autres maladies chroniques. L'étude a été achevée à la fin de l'année 2011. Au cours de l'année 2012, elle sera utilisée dans le plaidoyer pour l'amélioration des régimes d'assurance maladie au sein du système des Nations Unies en ce qui concerne le VIH/sida et d'autres maladies chroniques.

III. Résultats dans les régions et les pays

109. Cette partie présente les résultats obtenus aux niveaux régional et national. C'est la première fois que ceux-ci font l'objet d'une telle attention dans les rapports sur le BPTI, ce qui répond aux demandes faites en ce sens par le CCP¹⁶. Dans chaque région, les résultats ont été sélectionnés pour deux (trois pour Afrique orientale et australe) effets directs principaux. Dans l'ensemble, la longueur du texte par résultat principal et par région est proportionnelle au montant des dépenses dans le BPTI.

A. Asie et Pacifique

Effet direct escompté : renforcement des politiques et des stratégies tenant compte des différences entre les sexes et respectueuses des droits de la personne qui visent à réduire la stigmatisation et la discrimination, y compris, le cas échéant, les initiatives ciblées sur le commerce du sexe, la consommation de drogues, l'incarcération et la diversité sexuelle

Produit clé escompté : politiques et programmes respectueux des droits de la personne coordonnés et promus dans tous les milieux, et vulnérabilité au VIH réduite grâce à un environnement juridique habilitant et un accès à la justice pour ceux qui sont affectés

110. L'élaboration d'un certain nombre de politiques concernant les consommateurs de drogues a été facilitée par l'ONUDC et l'ONUSIDA. Une stratégie commune de plaidoyer a été mise au point pour demander la fermeture des centres de détention obligatoires pour consommateurs de drogues. Des représentants de dix pays d'Asie ont été réunis pour mettre en commun des stratégies et participer à un dialogue sur les mesures à prendre. Au Cambodge, une nouvelle loi sur les stupéfiants fondée sur les droits de l'homme, qui inclut la prévention, le traitement et la prise en charge du VIH pour les consommateurs de drogues, a été rédigée et examinée en collaboration avec l'OMS et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et d'autres parties concernées.
111. L'ONUDC a également contribué à d'autres initiatives régionales et nationales diverses s'adressant aux consommateurs de drogues. Le Groupe de travail régional de haut niveau pour l'Asie de l'Est et le Pacifique a fourni une plate-forme pour faciliter l'élaboration de politiques et le plaidoyer. En Indonésie, par exemple, les membres du Parlement ont été sensibilisés et formés afin d'être en mesure de mieux répondre aux besoins des consommateurs de drogues et d'autres populations clés. Au Myanmar, des recommandations pour un examen des lois affectant les consommateurs de drogues ont été diffusées. Au Laos, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et de traitement de substitution à la méthadone ont été expérimentés dans deux provinces.
112. Le PNUD et l'APCOM (Coalition pour la santé sexuelle masculine dans la région Asie-Pacifique) ont mené une étude dans 20 pays d'Asie sur l'accès aux services de santé, dont ceux liés au VIH, pour les HSH et les personnes transsexuelles, étude qui a fait le sujet d'un éditorial dans la revue *The Lancet*. Les recommandations de l'étude ont été adoptées lors du Forum Asie-Pacifique des institutions nationales des droits de l'homme. Les résultats de l'étude et les consultations techniques liées à l'étude ont reçu une attention considérable de la part des gouvernements, du pouvoir judiciaire,

¹⁶ Voir par exemple les décisions 5.2 (23^e CCP), 4.7 (25^e CCP) et 10.3 (26^e CCP)

des parlementaires et des universités de la région. Par exemple, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Ministère du Développement communautaire et le Ministère de la Justice ont appelé à une révision des lois réprimant les pratiques homosexuelles et les rapports sexuels rémunérés.

113. Avec l'appui de l'ONUSIDA, quatre pays (les Kiribati, les Îles Salomon, les Tuvalu et le Vanuatu) ont rédigé un document ministériel afin que la protection des droits des PVV soit garantie dans la législation sur le VIH.

Produit clé escompté : politiques et programmes de riposte au VIH s'attaquant à la stigmatisation, à la discrimination et aux autres principaux déterminants sociaux de la vulnérabilité

114. Une exposition intitulée « Une sexualité saine : Histoire de l'amour »  (video en anglais) a été organisée par le Musée national des sciences de Thaïlande avec le soutien de l'UNESCO. Elle a permis de toucher plus d'un million d'adolescents avec des messages sur les relations sexuelles, la grossesse et l'accouchement, la contraception, les rapports sexuels à moindre risque et la violence sexuelle. L'ensemble du contenu exposé a été élaboré et/ou approuvé par des jeunes Thaïlandais. Un [site web](#) (lien en anglais) a été créé pour relayer les messages au-delà du musée et une exposition réduite tournera dans tout le pays pendant encore deux ans.
115. [YouthLEAD](#) (lien en anglais) est une initiative qui vise à créer une culture du pluralisme en soutenant les animateurs de groupes de jeunes et à inspirer les adultes par l'exemple donné, grâce à un réseau de points focaux répartis dans plus de 15 pays. Cette initiative a été lancée avec le soutien de l'UNICEF, de l'UNFPA et des Sept Sœurs (la Coalition des réseaux de la région Asie-Pacifique sur le VIH/sida). L'organisation a participé avec succès à plusieurs événements politiques majeurs, notamment à la Consultation régionale Asie-Pacifique sur l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Les termes d'une suppression des restrictions à l'accès aux services de prévention du VIH pour les jeunes des populations clés – restrictions d'âge et autorisation parentale obligatoire notamment – ont été inclus dans la résolution issue de la consultation.
116. La prévention du VIH et l'éducation par les pairs à destination des HSH et des personnes transsexuelles en Asie et dans le Pacifique ont été renforcées par l'ONU et des partenaires nationaux. En Thaïlande, 300 modules de formation sur la prévention du VIH à l'intention des HSH et des personnes transsexuelles ont été produits pour être utilisés par des pairs éducateurs et des travailleurs de proximité dans 30 provinces à travers le pays. Au Bangladesh, une vidéo a été créée par la Bandhu Society pour des interventions auprès des MSM. Plus de 500 personnes ont été formées à l'éducation par les pairs. Au Cambodge, l'UNESCO a soutenu la création du premier Plan stratégique quinquennal du Réseau national des HSH.
117. En partenariat avec USAID, le PNUD a contribué à l'élaboration d'actions locales contre le VIH à destination des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transsexuelles dans 6 villes d'Asie du Sud-Est. Une consultation technique sur les initiatives mises en place à Bangkok, Chengdu, Ho-Chi-Minh-Ville, Jakarta, Manille et Yangon a été organisée à Hong Kong. Cette consultation, qui a rassemblé plus de 150 partenaires gouvernementaux, communautaires et régionaux, a abouti à six projets de plans d'action pour ces villes, qui visent à améliorer la qualité et la portée des services de santé et de prévention existants.

Produit clé escompté : programmes s'attaquant plus efficacement aux problèmes d'inégalité entre les sexes, de violence sexiste et de discrimination contre les femmes et les filles, y compris grâce à une participation des hommes et des garçons à ces programmes

118. En Inde, l'Organisation nationale de lutte contre le sida a incorporé des modèles différents et plus rentables de prestation de services pour les femmes dans ses directives opérationnelles et budgétaires nationales, en ce qui concerne les actions menées auprès des consommateurs de drogues injectables. Cela a fait suite au travail réalisé dans le pays (dans les États du Manipur, du Meghalaya, du Mizoram et du Nagaland) par l'ONUSIDA qui a identifié le modèle de prestation de services pour les femmes le plus solide techniquement et le plus rentable.
119. Le Bangladesh, le Cambodge, le Myanmar, le Népal et le Vietnam ont mis en œuvre à grande échelle un cours intitulé « Créer des liens » avec le soutien de l'UNICEF. Ce cours, qui s'adresse aux adolescentes mais aussi à leurs mères, favorise l'enseignement de la santé sexuelle et reproductive, et défie avec délicatesse les normes sociales qui imposent un silence sur la sexualité, dans le cadre d'une stratégie plus large de prévention du VIH. Après une formation régionale des formateurs organisée en mars 2011 à l'intention de représentants des pays par l'UNICEF, l'UNFPA, l'UNESCO et l'Université de Melbourne, la formation a été reproduite au niveau national, avec notamment : la mise en œuvre du cours à l'échelle nationale ; l'intégration d'éléments du cours dans les clubs d'adolescentes, de filles et de mères ; la mise en place de programmes pour les garçons dans les minorités ethniques.
120. Un dialogue national organisé en Papouasie-Nouvelle-Guinée en liaison avec la Commission mondiale sur le VIH et le droit a offert un forum aux PVV et aux populations clés, qui ont pu débattre avec des décideurs des graves violations des droits de l'homme auxquelles elles sont confrontées dans le pays. Le dialogue qui s'en est suivi a donné un élan au mouvement demandant que 22 sièges soient réservés aux femmes au Parlement de Papouasie-Nouvelle-Guinée, un mouvement que l'ONU soutient depuis ces dernières années. Cette mesure a été adoptée par le Parlement en novembre 2011.
121. En Afghanistan, plus de 1000 femmes qui consomment des drogues et plus de 300 conjointes de consommateurs de drogues ont bénéficié de services complets de prévention et de traitement du VIH de la part de l'ONUSIDA. La sensibilisation et la formation qui ont accompagné ces initiatives (dans trois districts et deux prisons) ont été bien acceptées par le gouvernement et les communautés, ce qui a permis de renforcer la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans les services et contribué à la création de nouveaux lieux de prestation de services pour les femmes.

Étude de cas : la consommation de drogues chez les femmes au Pakistan

Les services complets concernant le VIH destinés aux femmes et aux filles vulnérables qui consomment des drogues ne prennent généralement pas en compte la problématique hommes-femmes, ce qui dissuade nombre d'entre elles de se tourner vers les services dont elles ont besoin. Par exemple, les femmes peuvent être empêchées d'accéder à certains services si elles sont enceintes, séropositives ou si elles ont des enfants. D'autres obstacles à l'accès aux services peuvent également se présenter du fait de responsabilités familiales, d'un manque de soutien familial, de réseaux de relations sociales et/ou de contraintes financières. Les situations où l'intimité et la confidentialité sont insuffisantes peuvent engendrer une peur d'être identifiée et stigmatisée.

Un projet de l'ONUSD au Pakistan a pour objectif une plus grande équité dans l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH/sida pour les femmes. Le projet en lui-même est une innovation, dans la mesure où il s'agit du premier effort entrepris dans le pays pour répondre aux besoins des femmes et des filles très vulnérables en matière de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH.

Plus de 1600 femmes qui consomment des drogues ou conjointes de consommateurs de drogues réparties dans 11 villes ainsi que 1400 détenues réparties dans neuf prisons ont bénéficié dans le cadre du projet de services complets de prévention et de traitement du VIH, comprenant notamment DCV, dépistage des hépatites B et C, soins de santé reproductive, prévention des IST, diagnostic et gestion du syndrome, tests de grossesse, consultations psychosociales, prise en charge médicale de base et services d'hygiène.

Une étude résultant du projet réalisée par l'ONUSD, [La consommation de drogues chez les femmes au Pakistan : estimations cartographiques, résultats ethnographiques et évaluation comportementale](#), a confirmé la nécessité de répondre aux préoccupations des femmes qui consomment des drogues concernant le VIH. La capacité des prestataires de services à offrir des services spécifiques pour les femmes et les hommes a été considérablement améliorée. Ce travail a contribué à l'élaboration de programmes ciblés dans des zones géographiques précises.

Produit clé escompté : droits de la personne des populations les plus exposées au risque d'infection promus et protégés, y compris un accès équitable aux services

122. Un atelier sur les traitements de substitution des opioïdes (TSO) organisé aux Maldives par la Banque mondiale a réuni plus de 50 décideurs, responsables de la mise en œuvre de programmes, chercheurs et représentants des consommateurs de drogues. Il a permis d'identifier les facteurs décisifs qui contribuent à l'efficacité et à la viabilité des programmes de TSO. Les équipes de pays se sont engagées sur un plan d'action en 100 jours assorti de résultats à atteindre.

123. Les Émirats Arabes Unis ont entamé des discussions avec différentes ambassades de pays asiatiques à Abu Dhabi en vue d'améliorer les droits des migrants à la santé. Treize pays fournisseurs de main-d'œuvre ont ainsi été mieux préparés pour discuter des questions entourant la santé des travailleurs migrants lors du Processus de consultation ministérielle de Colombo en 2011. Cela est le résultat d'une série de débats régionaux organisés par le Programme régional du PNUD sur les risques sanitaires des travailleurs migrants originaires d'Asie, conjointement avec l'OIM, le Secrétariat, l'OIT, l'OMS et la JUNIMA.

Analyse : le financement des programmes destinés aux populations clés

Mobiliser des ressources suffisantes pour financer des programmes destinés aux populations clés reste un défi. Une analyse des financements accordés par le Fonds mondial dans le cadre de la phase 1 de la 8^e série de subventions montre que sur 903 millions de dollars alloués aux budgets consacrés au VIH, 8,8% (79 millions) ont été affectés spécifiquement aux populations clés – HSH (2,1%, 19 millions), professionnel(le)s du sexe (3,2%, 29 millions) et consommateurs de drogues injectables (3,5%, 31 millions).

Effet direct escompté : élargissement de la couverture et meilleure pérennisation des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH, et qui luttent contre la vulnérabilité et l'impact associés au commerce du sexe, à la consommation de drogues, à l'incarcération et aux rapports sexuels entre hommes

Produit clé escompté : politiques et pratiques éclairées par le concret et meilleure coordination et harmonisation des approches de prévention, du traitement et de la prise en charge du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transsexuel(le)s

124. En Chine, le programme d'échange d'aiguilles et de seringues mis en œuvre dans la ville de Chengdu dans la province du Sichuan a été présenté aux autorités nationales comme un exemple de bonnes pratiques contribuant à l'intensification des services, avec l'appui de l'ONUSDC.

125. En octobre 2010, le Programme commun a organisé la toute première [consultation régionale sur le VIH et le commerce du sexe en Asie](#) à Pattaya. Cette consultation a

réuni quelques 150 participants venus de huit pays de la région (comprenant notamment des ministres, des responsables de la santé, des représentants de la police, des professionnel(le)s du sexe et des représentants d'ONG travaillant sur le commerce du sexe), qui ont demandé à ce que les programmes s'attachent davantage à garantir l'accès universel aux services de prévention, de traitement, de prise en charge et d'appui en matière de VIH pour les professionnel(le)s du sexe. En collaboration avec le Réseau Asie-Pacifique des professionnel(le)s du sexe (APNSW), les participants ont mis en commun des stratégies et élaboré des plans d'action nationaux. Les initiatives découlant des recommandations émises lors de la consultation comprennent : une analyse des besoins et des possibilités pour faire valoir le commerce du sexe en tant que travail et favoriser des environnements de travail plus sûrs (pilotée par l'OIT) ; des orientations concernant les mesures prioritaires destinées à renforcer les activités du secteur de la santé dans le domaine du commerce du sexe (travail piloté par l'OMS) ; des projets de rapports sur des environnements propices en matière de politique juridique et de droits de l'homme (PNUD et UNFPA) ; une étude régionale sur les violences faites aux professionnel(le)s du sexe (UNFPA et PNUD).

Étude de cas : élargir l'accès aux antirétroviraux

Un [rapport du PNUD](#) (en anglais) sur le fait que l'Inde demeure ou non un fournisseur de médicaments abordables cinq ans après s'être conformée à l'accord sur les ADPIC a influencé les discussions du gouvernement indien sur les licences obligatoires, une flexibilité essentielle des ADPIC. Étant donné que l'Inde fournit 80% des médicaments antirétroviraux consommés en Afrique, cela pourrait avoir d'importantes conséquences pour l'accès aux médicaments sur le continent. Le PNUD et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont organisé une table ronde avec les fabricants indiens de médicaments génériques sur l'importance d'un maintien en l'état de la législation nationale indienne, ce qui permettrait au pays de continuer à fournir le reste du monde en médicaments antirétroviraux. La table ronde complémentaire a examiné les répercussions du respect par l'Inde de l'accord sur les ADPIC depuis 2005, telles que celles-ci sont analysées dans le rapport du PNUD. Ces efforts devraient aboutir à une plus grande cohérence entre les politiques de l'Inde et celles de plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire qui importent des produits pharmaceutiques, dans le but de maintenir ou d'accroître l'accès à des traitements abordables.

126. Le Pakistan a organisé une consultation nationale sur le VIH et le commerce du sexe en 2008 et des représentants ont participé à la conférence de Pattaya. Ces deux événements soutenus par l'UNFPA ont abouti à une collaboration accrue entre le gouvernement, les institutions bilatérales, la communauté des professionnel(le)s du sexe et les ONG. Ils ont également entraîné une intensification des services destinés aux professionnel(le)s du sexe sur la base d'un ensemble convenu de services, ce qui a permis d'atteindre un nombre plus important de professionnel(le)s du sexe avec une gamme de services plus étendue sur une aire géographique plus importante.
127. Le HCR et le Conseil national du sida de Malaisie ont mené une évaluation des risques et des vulnérabilités associés au commerce du sexe chez les réfugiés à Kuala Lumpur. Une évaluation similaire a été menée au Bangladesh. Les services de prévention du VIH destinés au professionnel(le)s du sexe ont été considérablement améliorés grâce à l'éducation par des pairs et des groupes de soutien mutuel.
128. Avec l'appui du Programme commun, huit pays (l'Indonésie, l'Iran, la Mongolie, le Népal, le Sri Lanka, la Thaïlande, le Timor-Leste et le Vietnam) ont élaboré et mis en œuvre des programmes destinés aux jeunes plus exposés au risque d'infection. Par exemple, l'UNFPA a organisé une courte formation en ligne visant au renforcement des capacités et portant sur les programmes destinés aux jeunes plus exposés au risque d'infection dans des contextes d'épidémies peu importantes ou concentrées. Cette formation a été suivie par 122 responsables de l'élaboration des politiques et des programmes dans la région.

Produit clé escompté : services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH élargis et intensifiés avec, par et pour les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, sans oublier les personnes incarcérées et les autres milieux dans lesquels les personnes sont exposées au risque d'infection

129. Le PNUD s'est associé avec l'Institut humaniste pour la coopération (HIVOS) et des organisations communautaires pour formuler et soumettre, avec succès, une demande pour une subvention d'un montant de 12,5 millions de dollars auprès du Fonds mondial dans le cadre de la 10^e série de financements, pour mener des activités portant sur le VIH chez hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est (l'Indonésie, la Malaisie, les Philippines et le Timor-Leste).
130. Une stratégie régionale pour l'Asie du Sud-Est et le Pacifique occidental visant à stopper la propagation du VIH et à inverser la tendance de l'épidémie de sida chez les consommateurs de drogues injectables en Asie a été élaborée et publiée par l'OMS en collaboration avec des partenaires régionaux.

Étude de cas : le soutien aux initiatives impliquant des professionnel(le)s du sexe

L'UNFPA a soutenu plusieurs pays dans la région. Par exemple :

- En Inde, les Conseils d'autoréglementation ont été évalués et un soutien leur a été apporté. Il s'agit de dispositifs dirigés par des professionnel(le)s du sexe, dont l'objectif est d'identifier et de traiter les cas de trafic d'êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle et les cas d'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales. Des professionnel(le)s du sexe et des fonctionnaires locaux ont convenu d'un plan d'action fondé sur les droits de l'homme pour les victimes de ce type de trafic. Les rapports de police du Bengale occidental indiquent que plus de 80% des cas de trafic dans l'état du Bengale occidental sont actuellement identifiés par les Conseils d'autoréglementation mis en place par le DMSC (Durbar Mahila Samanwaya Committee).
- Au Bangladesh, le travail effectué avec le Comité de district de lutte contre le sida a conduit à la création d'un « Forum pour un partenariat local sur le VIH et le commerce du sexe ». Une plate-forme d'appui technique et financier a été créée pour des activités destinées à défendre les droits humains et sexuels des professionnel(le)s du sexe dans les maisons de passe.
- Aux Philippines, des fonds ont été mobilisés pour dresser la carte du commerce du sexe et établir le profil des professionnel(le)s du sexe. Les informations rassemblées dans le rapport intitulé « Le commerce du sexe au temps du VIH : risques et vulnérabilités aux Philippines » ont été utilisées lors de l'élaboration du 5^e Plan à moyen terme de lutte contre le sida.

131. En Mongolie et en Chine, des activités visant à renforcer les connaissances, à changer les attitudes et à promouvoir des comportements sains ont été organisées pour plus de 60 000 personnes appartenant à des populations mobiles et 538 professionnelles du sexe à des fins de prévention du VIH et d'autres IST. En partenariat avec les Sociétés de la Croix-Rouge de Mongolie et de Chine, l'UNFPA a soutenu un projet transfrontalier de prévention du VIH destiné aux jeunes professionnelles du sexe âgées de 18 à 25 ans ainsi qu'à leurs clients (des commerçants itinérants et des chauffeurs routiers qui traversent régulièrement la frontière depuis 2009). Ce projet, qui a utilisé des approches novatrices telles que l'utilisation de l'Internet et de la téléphonie mobile et auquel ont participé des propriétaires de lieux de divertissement, a eu pour effet d'accroître la capacité des sociétés locales de la Croix-Rouge à mener des activités durables de prévention du VIH à plus grande échelle.

B. Caraïbes

Effet direct escompté : renforcement des ressources humaines, des systèmes publics et de la société civile pour élaborer, mettre en oeuvre et élargir et intensifier des ripostes au VIH complètes et éclairées par le concret.

Produit clé escompté : capacités renforcées des autorités nationales de lutte contre le sida à conduire et coordonner une riposte au sida multisectorielle, à assise large et participative.

132. Une étude régionale menée par le PNUD témoigne de l'impact de la crise financière sur les ripostes nationales au VIH (en collaboration avec la Commission des Nations unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes) dans cinq pays (la République dominicaine, le Salvador, le Guatemala, la Jamaïque et le Panama).

Produit clé escompté : stratégies et plans d'action nationaux de lutte contre le sida dont les coûts sont évalués, participatifs, multisectoriels, pérennes et dont les priorités sont définies et éclairées par des preuves scientifiques concrètes, tenant compte des données épidémiologiques et sociales.

133. Le Groupe de travail technique sur le commerce du sexe et le VIH aux Caraïbes a été créé afin de parfaire et de favoriser des ripostes dans le cadre d'une coordination et d'un échange améliorés. Il est à l'origine de la Déclaration de Georgetown sur le VIH et le commerce du sexe, organisée par le FNUAP. Des ministres de la Santé, différents programmes nationaux de lutte contre le sida, des parlementaires, la société civile, des organisations multilatérales et bilatérales ont notamment participé au Groupe. Deux conférences régionales ont mis en place une feuille de route pour 2012/2013. Deux autres ont jugé la capacité de 28 professionnels du sexe de 7 pays venus plaider pour un meilleur accès aux services de santé et ont rassemblé 52 directeurs de programme originaires de 11 pays pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits des professionnels du sexe.
134. Le PNUD a soutenu techniquement (analyse et révision du document) et financièrement deux associations aidant les femmes contaminées par le virus du sida (ICW Latina et CRN+ aux Caraïbes) pour faire le point et évaluer les progrès réalisés sur l'égalité des sexes, les droits de l'homme et les Objectifs du Millénaire pour le développement (3, 5 et 6) afin de combattre le VIH/sida du point de vue de femmes vivant avec le VIH.

Produit clé escompté : dispositifs nationaux de planification, de formation, de rémunération et de fidélisation des ressources humaines améliorés dans tous les secteurs concernés par la riposte.

135. Le [AIDS Act N°135-11 adopté le 7 juin 2011](#) en République dominicaine a explicitement mentionné la recommandation (n°200) concernant le VIH, le SIDA et le Monde du travail.
136. Le Réseau des services en uniforme d'Amérique latine et des Caraïbes a reçu une subvention de 55 millions de dollars de la part du Fonds mondial (la première subvention du Fonds mondial servant à couvrir les personnels en uniforme à un niveau régional). Cette aide a été réalisée au travers de la plate-forme du Groupe de travail des services en uniforme sur le VIH et les services en uniformes (un mécanisme de coordination mondiale co-présidé par le Secrétariat de l'ONUSIDA et le ministère de la Défense des États-Unis).

Produit clé escompté : programmes pérennes visant à atténuer l'impact socioéconomique du sida élaborés et mis en oeuvre grâce aux capacités renforcées des pays partenaires.

137. Des recommandations sur l'éducation sexuelle ont été élaborées pour les ministères de l'Éducation membres du CARICOM et un manuel de formation pour les enseignants centré sur l'éducation à la santé et à la vie de famille (HFLE) a été mis à jour dans la région pour prendre en compte des bonnes pratiques de la santé à l'école comprenant l'éducation sexuelle et des conférences régionales sur les points essentiels de la HFLE aux Caraïbes organisées par l'UNESCO et la Banque mondiale.

Produit clé escompté : systèmes nationaux de gestion des achats et des fournitures et lois visant à faciliter un accès à des médicaments du VIH de qualité et financièrement abordables, des diagnostics, des préservatifs et d'autres biens essentiels en rapport avec le VIH renforcés.

138. Des capacités de gestion d'achat et de financement ont été développées dans des projets de lutte contre le sida en Barbade et en Jamaïque dans le cadre de formations fiduciaires de la Banque mondiale à travers des ateliers et des formations sur le lieu de travail même.

Étude de cas : Haïti

Les services de prévention et de traitement contre le VIH sont redevenus fonctionnels un an après le tremblement de terre qui a dévasté le pays. L'ONUSIDA estimait, avant le séisme, que les trois départements qui ont ensuite été impactés par la secousse sismique comptaient 68 000 personnes séropositives, soit 57 % du total national (1 200 000 personnes). Trois mois après la catastrophe de janvier 2010, 80 % des personnes soustraient anti-VIH dans ces départements pouvaient de nouveau avoir accès à des médicaments antirétroviraux grâce au soutien du Programme commun. Quarante-vingt-deux mille malades du VIH ont bénéficié du PAM servant de riposte au tremblement de terre de Haïti représentant un filet de sécurité et proposant un programme d'alimentation sur ordonnance. Le HCR a soutenu les campagnes de prévention luttant contre les violences sexospécifiques.

Le PNUD, principal bénéficiaire du Fonds mondial, a soutenu des actions liées à la santé et au VIH dans différentes étapes de début de rétablissement (comprenant les programmes « argent contre travail » et de lutte contre les violences sexospécifiques) pour garantir un accès aux services de soins contre le VIH auprès de PVVIH et d'autres groupes vulnérables dont les professionnels du sexe, les HSH et les jeunes adultes.

Les besoins dans la prévention du VIH des HSH vivant à Haïti sont traités par la mise en place d'un programme sur la diversité sexuelle. Ils ont été élaborés conformément aux recommandations survenues à l'occasion d'une réunion entre les réseaux des HSH, des PVVIH et d'autres groupes de société civile dont des ONG (fondées par le Fonds d'accélération programmatique et coordonnées par le FNUAP) et la contribution d'un groupe de travail technique qui a organisé un atelier à la veille de la Journée internationale contre l'homophobie de 2011.

Le Plan national post-catastrophe d'urgence à moyen terme de lutte contre le VIH/sida d'Haïti a été élaboré avec le soutien de la Stratégie et Plan d'action contre le sida (ASAP) qui a permis une évaluation rapide des besoins et aidé Haïti à établir des relations de travail stratégiques avec les partenaires locaux et internationaux en se concentrant sur les résultats.

Effet direct escompté : renforcement des politiques et des stratégies tenant compte des différences entre les sexes et respectueuses des droits de la personne qui visent à réduire la stigmatisation et la discrimination, y compris, le cas échéant, les initiatives ciblées sur le commerce du sexe, la consommation de drogues, l'incarcération et la diversité sexuelle.

Produit clé escompté : politiques et programmes respectueux des droits de la personne coordonnés et promus dans tous les milieux et vulnérabilité au VIH réduite grâce à un environnement juridique habilitant et un accès à la justice pour ceux qui sont affectés.

139. Le Programme commun a aidé la région à élaborer plusieurs lois. Le Premier ministre et le chef de l'opposition de Jamaïque ont signé une déclaration les engageant à traiter le problème de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que de faire un projet de loi sur le VIH. Ces projets de loi sur le VIH ont été mis en place en République dominicaine, en Guyane et à Haïti. L'UNICEF a soutenu les modifications apportées par le gouvernement concernant une politique de conseils et tests confidentiels volontaires (VCCT) pour les adolescents de moins de 16 ans.

Produit clé escompté : programmes s'attaquant plus efficacement aux problèmes d'inégalité entre les sexes, de violence sexiste et de discrimination contre les femmes et les filles, y compris grâce à une participation des hommes et des garçons à ces programmes.

140. Le programme d'action de l'ONUSIDA pour les femmes et les filles a été lancé à Barbade, aux Bahamas, en République dominicaine, en Guyane, à Haïti, en Jamaïque ainsi qu'à Trinité-et-Tobago. Le Programme commun a permis de renforcer les commissions nationales de femmes pour mener des ripostes à l'inégalité des sexes au Belize, en République dominicaine, à Haïti et à Trinité-et-Tobago.

Produit clé escompté : droits de la personne des populations les plus exposées au risque d'infection promus et protégés, y compris un accès équitable aux services.

141. L'UNICEF a organisé une formation régionale pour les décideurs nationaux de Barbade, Guyane, Jamaïque, Saint-Christophe-et-Niévès et du Suriname qui ont renforcé la capacité de besoins et de droits des adolescents des principales populations affectées en ciblant mieux les problèmes d'ordre sociaux, sur la santé et le VIH. Cette formation reposait sur la formation pour la région Asie-Pacifique de 2011 (l'UNICEF, le FNUAP et l'Université de Melbourne).

C. Europe de l'Est et Asie centrale

Effet direct escompté : renforcement des ressources humaines, des systèmes publics et de la société civile pour élaborer, mettre en oeuvre et élargir et intensifier des ripostes au VIH complètes et éclairées par le concret

Produit clé escompté : capacités renforcées des autorités nationales de lutte contre le sida à conduire et coordonner une riposte au sida multisectorielle, à assise large et participative.

142. Le Forum international pour l'OMD 6 a eu lieu à Moscou entre le 10 et le 12 octobre dans le but de favoriser un débat stratégique sur le progrès dans le cadre de l'Objectif 6 du Millénaire pour le développement en Europe de l'Est et en Asie centrale. Le Forum a été organisé et élaboré avec le ministre des Affaires étrangères et le ministre de l'Économie de Russie ainsi que l'ONG Infoshare et le soutien d'ONUSIDA. Un plan d'action pour améliorer la coopération au développement dans la région a été adopté à la suite du Forum, avec la promesse d'un engagement plus important des organisations et des partenaires protégeant les femmes. Le Forum a également soutenu les communications marketing dans la réalisation d'objectifs comportementaux de la santé, particulièrement dans les ripostes au VIH/sida. Un réseau de spécialistes de la COMBI sur le VIH dans la région a été formé et des stratégies de communication locales ont été élaborées avec le soutien de l'OMS.

143. La [5^{ème} Conférence interparlementaire des pays d'Asie centrale](#) (lien en anglais) a été organisée conjointement avec la Banque mondiale, l'ONUDC et le Secrétariat à Bakou en juin 2010 et a rassemblé plus de 70 participants dont des membres du parlement et des hauts fonctionnaires venus d'Azerbaïdjan, du Kazakhstan, du Kirghizstan, du Tadjikistan et d'Ouzbékistan. Les pays se sont mis d'accord quant à une [résolution](#) (lien en anglais) nécessitant des mesures législatives afin d'éradiquer toute forme de stigmatisation et de discrimination envers les consommateurs de drogue et les personnes incarcérées pour

Bilans des pays suite à la 5^{ème} Conférence interparlementaire des pays d'Asie centrale :

En Azerbaïdjan, une nouvelle loi sur le VIH a été adoptée visant comprenant des clauses visant à améliorer l'accès à la prévention du VIH, les traitements et les soins pour les consommateurs de drogue et les prisonniers ;

Au Kazakhstan, un programme pour mettre en place des alternatives aux incarcérations des délinquants toxicomanes ayant commis des crimes non violents a été adopté ;

Au Kazakhstan, au Kirgyrwan, au Tadjikistan et en Ouzbékistan, les problèmes liés aux stigmatisation et à la discrimination ont été intégrés à des modules d'enseignement pour des prestataires de services de santé et pour des étudiants en école de médecine et de droit ainsi que des formations pour des travailleurs sociaux (en Azerbaïdjan, au Kazakhstan, et au Kirgyzstan);

En Ouzbékistan, des antagonistes des opioïdes (naloxone et naltrexone) sont maintenant disponibles pour prévenir les overdoses et les rechutes.

un accès aux services de prise en charge du VIH.

144. Une conférence régionale sur l'éducation à la prévention a été organisée à Almaty en avril 2011 par l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF, l'OIT, l'ONUSIDA, le Secrétariat et le GZT. Elle a permis une grande avancée dans l'éducation sexuelle : la [résolution](#) a reconnu l'éducation sexuelle comme faisant partie intégrante de l'éducation à la prévention, indispensable pour remplir l'objectif des trois zéros. Un plan d'action régional a été élaboré pour donner plus d'importance à l'éducation à la prévention avec l'Arménie et l'Ukraine, premiers pays à préconiser sa mise en place. Une éducation à la santé obligatoire a ainsi été introduite (notamment des formations d'éducation sexuelle et à la prévention du VIH) et des plans ont été établis pour renforcer sa capacité sur le long terme.

Produit clé escompté : stratégies et plans d'action nationaux de lutte contre le sida dont les coûts sont évalués, participatifs, multisectoriels, pérennes et les priorités sont définies et éclairées par des preuves scientifiques concrètes, tenant compte des données épidémiologiques et sociales.

145. Une stratégie et un plan d'opération national pour la suppression de l'utilisation de narcotiques ont été élaborés par le ministre de la Sécurité de Bosnie-Herzégovine avec le soutien de l'UNICEF. Ce plan propose un cadre juridique pour les ONG dans le cadre de services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues, dont des adolescents de plus de 15 ans, sans violer la loi. Des recherches opérationnelles ont été réalisées dans quatre pays (en Bosnie, Moldavie, Serbie et Ukraine) avec le soutien de l'UNICEF afin d'obtenir de meilleures données auprès des jeunes consommateurs de drogues par injection. L'introduction dans les études nationales de surveillance comportementales d'informations liées à la première injection de drogues a permis de mieux comprendre l'âge et les circonstances de cette période. Les [conclusions](#) renforcent également le développement de programmes visant à réduire les débuts de consommation de drogues et les risques des pratiques d'injection.
146. Des mécanismes d'évaluation des dépenses nationales relatives au SIDA ont été menés en Biélorussie et au Tadjikistan pendant deux ans avec l'assistance du Secrétariat soutenant le développement de stratégies nationales contre le SIDA et de plans d'actions nationaux chiffrés prioritaires.

Produit clé escompté : informations stratégiques et systèmes de responsabilisation au niveau national, y compris un cadre approuvé de suivi et d'évaluation de la riposte au VIH, élaborés et mis en oeuvre

147. Trois centres de connaissances ont été soutenus par l'OMS qui a actualisé des programmes, introduit des changements dans les dernières directives de l'OMS et de l'ONUSIDA et maintenu et mis à jour la base de données des formations des centres. Le [Centre régional de connaissances pour les soins et les traitements](#) (lien en anglais) en Russie a continué de réaliser des formations sur la santé reproductive, des mentorats cliniques ainsi que de former des formateurs à la gestion de bases de données et de traitement pédiatrique ARV. Le [Centre de connaissances pour la surveillance](#) (lien en anglais) en Croatie, est utilisé comme ressources régionales dans les problèmes de surveillance du VIH/sida (tout

Un accès universel dans l'EEAC :

En tant qu'élément important dans le renforcement des capacités nationales en matière d'accès universel, près de 90 spécialistes ont suivi une formation dans d'importants pays de la zone EEAC afin de générer des données fiables et améliorer l'utilisation d'informations stratégiques dans le développement de plans d'actions nationaux dans la lutte contre le sida et le VIH, les systèmes de suivi et d'évaluation, les objectifs de l'accès universel et plaidoyer. Des formations ont été menées sur (1) les études sur les modes de transmission ; (2) les méthodes d'estimation de la taille des populations; (3) la triangulation des données relatives au VIH ; et (4) les méthodologies de projection.

Des consultations sur l'accès universel ont été réalisées et les patients répartis dans l'ensemble des pays sont assistés par des équipes d'appui de l'ONUSIDA et régionales, obtenant la totalité des comptes-rendus sur l'AU.

particulièrement pour la seconde génération de surveillance du VIH) en mettant en place un groupe d'intervenants, en facilitant des missions d'assistances techniques directes, des formations pour les professionnels de la santé et en adaptant des outils et des directives. Ce centre s'est également penché sur la formation, l'assistance technique, la recherche et la mise en réseau. Le [Centre de connaissances sur la réduction des risques](#) (lien en anglais) en Lituanie a rassemblé de nombreux formateurs et intervenants et a développé des outils de formation pour aider les pays à renforcer leurs programmes de réduction des risques et des formations en matière de plaidoyer sur des traitements de substitution par voie orale pour des consommateurs de drogues par injection, des formations de réduction des risques dans les prisons et des formations sexospécifiques pour des fournisseurs de services de réduction des risques. Des efforts communs ont également soutenu la [triangulation des données en Estonie, en Moldavie et en Ukraine](#) (lien en anglais).

148. Le système national de suivi et d'évaluation lié au VIH/sida au Kazakhstan a été conjointement examiné et évalué par l'ONUSIDA et le CDC débouchant sur un plan d'action visant à renforcer le système. En Ukraine, la capacité des systèmes de suivi et d'évaluation a été renforcée en développant une stratégie et un plan d'action pour un système de suivi et d'évaluation national, en élaborant un projet de décret du Conseil des ministres d'Ukraine ainsi qu'un plan national de suivi et d'évaluation, en identifiant des stratégies et des directives pour développer des systèmes de suivi et de gestion régionaux, en renforçant les capacités des institutions nationales pour analyser et utiliser des informations stratégiques et en menant une étude nationale des dépenses consacrées à la lutte contre le sida.

Produit clé escompté : systèmes communautaires renforcés grâce à un renforcement des capacités et l'intégration aux ripostes nationales des personnes vivant avec le VIH et des groupes les plus exposés au risque d'infection, affectés et vulnérables.

149. Sept pays (l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la Moldavie, le Monténégro, la Roumanie, la Serbie et l'Ukraine) ont placé les « adolescents les plus exposés » en tant que groupe cible dans leurs stratégies et/ou plans opérationnels de lutte contre le sida en suivant trente-deux études et des renforcements de capacité de 80 chercheurs nationaux pour mieux comprendre les risques éventuels au sein du groupe. L'UNICEF a apporté son soutien dans ce travail ainsi que dans le plaidoyer et le support technique de Russie et d'Ukraine afin de réduire l'abandon et le placement en établissement spécialisé de ces enfants nés de mères séropositives. Une collaboration a donc eu lieu avec des organisations de sociétés civiles, des services sociaux gouvernementaux ainsi que des systèmes de protection de l'enfance pour que les réformes concernant les soins des enfants prennent en compte les besoins de ces derniers vivant avec le VIH.

Produit clé escompté : programmes pérennes visant à atténuer l'impact socioéconomique du sida élaborés et mis en oeuvre grâce aux capacités renforcées des pays partenaires

150. La Moldavie, la Serbie et l'Ukraine ont réexaminé leurs systèmes de structure de soins de santé et leur lutte sociale pour fournir des services plus complets suivant la campagne de l'UNICEF. Par exemple, le travail de la Moldavie avec le gouvernement et les partenaires de société civile concernant l'accès aux services sociaux et de santé à travers le développement d'un système d'aiguillage visant à répondre aux besoins des enfants et des adolescents en difficulté ainsi que de leur famille. Ce système emploie des « assistants sociaux » comme gestionnaires de cas pour suivre et évaluer les progrès des plans d'interventions dans le but de faciliter l'accès des enfants et des membres de la famille à l'assistance sociale, la santé, l'éducation, le système juridique pénal et aux organisations de société civile.

151. Cinq pays de cette région (la Biélorussie, le Kazakhstan, le Kirghizstan, la Moldavie et l'Ukraine) ont été davantage aptes à mettre en place des ripostes durables au sida et atténuer les effets négatifs de la propriété intellectuelle sur le traitement grâce à l'apport du PNUD. Elles visent également à aider les pays à introduire une flexibilité dans les services de santé publics dans la convention ADPIC de l'OMS de la législation nationale relative aux droits de la propriété intellectuelle et de les utiliser afin de réduire le coût des médicaments de première nécessité.

Produit clé escompté : systèmes nationaux de gestion des achats et des fournitures, et lois visant à faciliter un accès à des médicaments du VIH de qualité et financièrement abordables, à des diagnostics, à des préservatifs et à d'autres biens essentiels en rapport avec le VIH renforcés.

152. Une évaluation du système de gestion logistique informatique (SGLI) a été menée au Tadjikistan et en Ouzbékistan. Le Tadjikistan a renforcé ses systèmes de sécurité communautaire de santé reproductive comprenant la gestion, le stockage, le SGLI, des chaînes d'approvisionnement ainsi qu'une efficacité accrue et une réduction des coûts. Le ministère de la Santé a réservé des fonds pour la maintenance du SGLI et a commencé à allouer des fonds pour des marchandises incluses dans le cadre d'une stratégie sanitaire globale des approches et programmes sectoriels jusqu'en 2020.

Effet direct escompté : élargissement de la couverture et meilleure pérennisation des programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH, et qui luttent contre la vulnérabilité et l'impact associés au commerce du sexe, à la consommation de drogues, à l'incarcération et aux rapports sexuels entre hommes.

Produit clé escompté : politiques et pratiques éclairées par le concret et meilleure coordination et harmonisation des approches de prévention, du traitement et de la prise en charge du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transsexuel(le)s.

153. Des données régionales concernant de nouveaux cas de consommateurs de drogues par injection enregistrés en 2008 indiquent que le taux d'infection continue généralement de chuter dans l'Union européenne, après les pics de 2001-2002 attribués à des épidémies survenues en Estonie, en Lettonie et en Lituanie. Sur les quatre pays possédant le taux le plus important de nouvelles infections (l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie et le Portugal) tous présentent une tendance à la baisse, importante chez les pays Baltes (Estonie et Lettonie), où l'ONUSDC a mis en place de nombreuses activités de programmes de lutte contre le VIH/sida depuis 2006. En Estonie, une baisse avait été observée passant de 86 cas pour un million en 2007 à 27 en 2008 (soit une diminution de 34 %) et de 62 cas en 2007 à 44 en 2008 en Lettonie. (Source : [rapport annuel de l'OEDT de 2010](#)).

Produit clé escompté : services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en rapport avec le VIH, élargis et intensifiés avec, par et pour les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, sans oublier les personnes incarcérées et les autres milieux dans lesquels les personnes sont exposées au risque d'infection.

154. Un séminaire international portant sur le traitement de l'addiction aux drogues à Kiev, en Ukraine (juillet 2010), coparrainé par l'ONUSDC, a mis en place une collaboration entre des centres de recherche des États-Unis, d'Ukraine et des pays d'Asie centrale dans le but de renforcer le rôle du TSO en Europe de l'Est et en Asie Centrale.

D. Afrique orientale et australe

Effet direct escompté : renforcement des ressources humaines et des systèmes publics et de la société civile pour élaborer, mettre en oeuvre et élargir et intensifier des ripostes au VIH complètes et éclairées par le concret

Produit clé escompté : capacités renforcées des autorités nationale de lutte contre le sida à conduire et coordonner une riposte au sida multisectorielle, à assise large et participative.

155. La RDC, la Zambie, le Lesotho et le Malawi ont réalisé des évaluations du secteur institutionnel liés au sida avec des subventions du PNUD, la Banque mondiale et le Secrétariat qui ont permis aux pays de comprendre les forces et les limites institutionnelles ainsi que les défis pour une coordination effective et efficace de la riposte au VIH au niveau national et à des niveaux sous-nationaux. Les unes après les autres, les conclusions suite aux évaluations ont éclairé des décisions politiques dont des restructurations de conseils nationaux sur le sida ou redéfini le rôle des ministères compétents dans la coordination des ripostes au sida.

156. Plus de 750 pays partenaires ont bénéficié de 27 opérations de renforcement de capacité ciblées afin d'élargir les processus de proposition et de mise en place de subvention du Fonds mondial. Elles ont été organisées par la DAT d'Afrique australe et orientale avec le soutien du Secrétariat qui a permis le développement de modules de formations pour les ateliers nationaux et régionaux concernant une consolidation de subvention, conformément aux nouveaux besoins par le Fonds national.

Produit clé escompté : stratégies et plans d'action nationaux de lutte contre le sida dont les coûts sont évalués, participatifs, multisectoriels, pérennes, dont les priorités sont définies et éclairés par des preuves scientifiques concrètes, tenant compte des données épidémiologiques et sociales.

157. Le Botswana, le Lesotho, le Malawi, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la Zambie ont réalisé des plans d'action pour traiter rapidement les problèmes spécifiques aux pays en matière de VIH et de disparités entre les sexes dans les réglementations concernant l'évaluation des répercussions environnementales dans ces pays. Dans tous les pays, les liens entre les sexes, la vulnérabilité au VIH et de grands projets d'infrastructures s'établissent et sont mieux compris. Conjointement à la SADC, le PNUD a travaillé avec ces pays (ainsi que le Mozambique et la Namibie) pour traiter ces problèmes, en sachant que d'important « projets de capitaux » peuvent augmenter le risque de transmission du VIH, notamment sur l'impact que cela pourrait avoir sur les migrations de main d'œuvre.

158. Des intervenants du secteur de l'alimentation et de la nutrition de sept pays sélectionnés (le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Rwanda, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe) se sont familiarisés aux systèmes d'information réguliers des patients pour une meilleur intégration des indicateurs nutritionnels et une gestion complète de l'information. L'opération, menée par le PAM en collaboration avec l'OMS, le Secrétariat et l'organisation spécialiste du PSIS, a généré une dynamique en harmonisant les systèmes de données des homologues nationaux, permettant ainsi d'améliorer la gestion de programme et le développement de preuve sur l'efficacité des interventions dans le domaine de la nutrition.

Produit clé escompté : informations stratégiques et systèmes de responsabilisation au niveau national, y compris un cadre approuvé de suivi et d'évaluation de la riposte au VIH, élaborés et mis en oeuvre

159. Les conseillers et les homologues nationaux de suivi et d'évaluation dans l'ensemble des pays d'Afrique orientale et australe ont suivi une formation du Secrétariat de

l'ONUSIDA portant sur le nouveau logiciel EPP et les mises à jour des pays et des données épidémiologiques.

Évaluation

95 % des pays de cette région ont réalisé des suivis et des évaluations pour déterminer les priorités de suivi et d'évaluation du VIH en 2010, un chiffre plus important comparé à d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire. Cependant, seuls 60 % des pays ont utilisé une base de données de suivi et d'évaluation du VIH centralisée et 75 % ont réalisé des rapports annuels de ces suivis et évaluations.

La Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH et le sida ont généralement eu de bons retours, mais n'avait pas été utilisé comme rapport national sur le sida par la

Produit clé escompté : systèmes communautaires renforcés grâce à un renforcement des capacités et l'intégration aux ripostes nationales des personnes vivant avec le VIH et des groupes les plus exposés au risque d'infection, affectés et vulnérables.

160. Pour encourager et soutenir un engagement efficace et de qualité auprès des sociétés civiles africaines concernant les ripostes au VIH au niveau national et formaliser un partenariat de longue date, le Secrétariat de l'ONUSIDA a signé un protocole d'accord avec le Conseil africain des organisations de lutte contre le sida en décembre 2010.

Étude de cas : commerce du sexe et VIH en Namibie

Les professionnels du sexe ont été nommés comme population prioritaire dans le cadre du Plan national stratégique de Namibie entre le 1er et le 14 mai 2010, grâce auquel l'Alliance des professionnels du sexe africains de Namibie ont pu parler au nom des professionnels du sexe dans le programme. Le FNUAP et le Secrétariat ont participé à plusieurs initiatives sur la question du commerce du sexe dans le pays, dont le soutien à deux réseaux de professionnels du sexe. La procédure d'évaluation des besoins a été novatrice et construite sur les principes de partenariat sérieux et de propriété communautaire, et est la preuve de l'importance des fonds catalytiques.

161. En Afrique, les participants des sociétés civiles ont contribué à l'accès universel des consultations de 2010/2011 et à l'élaboration de politiques nationales. En tant que membre, le Secrétariat de l'ONUSIDA avec le soutien de partenaires, dont l'UNICEF, ont rassemblé 35 sociétés civiles venant de plusieurs pays, dans les organisations intergouvernementales africaines (l'UA, la SADC, la CEDEAO, la Commission africaine des droits de l'homme et des personnes et son Comité des droits des PVVIH et des populations clés).

Produit clé escompté : dispositifs nationaux de planification, de formation, de rémunération et de fidélisation des ressources humaines améliorés dans tous les secteurs concernés par la riposte.

162. Le réseau de Centres de connaissances d'Afrique orientale et australe soutenus par l'OMS a mis en place des formations de support technique pour les pays afin de décentraliser leurs activités de formation, renforcer la gestion de capacité des équipes de gestion de la santé du district en faveur des ARV, de la prévention et des soins ainsi que de développer et utiliser des modules de formation des directeurs sur les outils de pilotages des ARV contre le VIH.

Produit clé escompté : programmes pérennes visant à atténuer l'impact socioéconomique du sida élaborés et mis en oeuvre grâce aux capacités renforcées des pays partenaires.

163. Rien qu'au Malawi, une subvention de 28 138 \$ a été versée à des ménages comprenant 67 887 enfants malades du sida dans le cadre d'une [initiative régionale pour les enfants dans la lutte contre le sida](#) (lien en anglais) soutenue par l'UNICEF. Elle se base sur la recherche d'un programme de protection sociale financé par le

gouvernement qui a prouvé que de telles subventions aidaient véritablement les enfants marginalisés et exclus à augmenter l'assiduité dans les écoles primaires et contribuaient à la réduction des inégalités persistantes. L'UNICEF a également réalisé la cartographie et le diagnostic de la protection de l'enfance, des soins et des systèmes de soutien des enfants de 15 pays d'Afrique subsaharienne.

164. Le PNUD, le Secrétariat de l'ONUSIDA et la Banque mondiale ont élaboré un partenariat avec la SADC pour amorcer un dialogue afin de soutenir les programmes de lutte contre le sida dans un contexte de baisse des financements extérieurs avec 13 États membres de la SADC. Cela a conduit à l'adoption d'un plan d'action régional de suivi avec un haut niveau d'engagement de la part des États membres et de la SADC.

Produit clé escompté : systèmes nationaux de gestion des achats et des fournitures, et lois visant à faciliter un accès à des médicaments du VIH de qualité et financièrement abordables, à des diagnostics, à des préservatifs et à d'autres biens essentiels en rapport avec le VIH renforcés.

165. Le FNUAP a mobilisé plus de 240 millions de dollars dans le cadre du Programme mondial pour la sécurité des approvisionnements en produits de santé procréative (GRHCS) dans 56 pays, en fournissant des contraceptifs tels que des préservatifs et des médicaments vitaux essentiels et éviter ainsi le risque de manque et de pénurie. Quatorze des vingt pays d'Afrique orientale et australe fondé par le GRHCS ont un plan stratégique pour la sécurité des approvisionnements en produits de santé procréative qui est en train d'être mis en place et 17 pays ont une ligne budgétaire dans leur GRHCS.
166. La communauté d'Afrique orientale (CAE) a modifié un projet de loi anti-contrefaçon dans une approche sensible à la santé publique permettant de continuer à utiliser des médicaments génériques représentant 90 % de la consommation totale dans la région, grâce à un partenariat avec le PNUD, le GTZ et la société civile.
167. La fragmentation de programmes d'opérations de la chaîne d'approvisionnement a été réduite par la création d'approches systémiques complètes afin de garantir l'accès de 1 200 à 2 500 biens gérés par des systèmes de prestation de service dans le domaine de la santé. La Banque mondiale a ainsi fourni une assistance technique dans plusieurs pays comprenant le développement d'un projet dans le secteur de la santé de 100 millions de dollars (dont 55 millions dans la logistique des biens et des chaînes d'approvisionnement dans ce même secteur), ainsi qu'un projet de sécurité des produits dans le domaine de la santé au Mozambique de 36 millions de dollars.
168. L'UNICEF a soutenu le Malawi, le Swaziland, la Zambie, le Rwanda, la Tanzanie, le Lesotho, le Zimbabwe et l'Ouganda, également aidé à travers les planification et mise en œuvre de l'UNITAID afin d'améliorer la gestion d'approvisionnement et des achats et assurer une coordination efficace afin de réduire les gaspillages, les initiatives parallèles et le manque de médicaments et de produits dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Effet direct escompté : renforcement des capacités nationales à élargir et intensifier la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH

Produit clé escompté : prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST renforcée, y compris par le biais d'un rapprochement des programmes, politiques et services de santé sexuelle et reproductive.

169. Le FNUAP a soutenu un large éventail de services médicaux intégrés dont la circoncision chez les hommes. Le Zimbabwe a développé un modèle intégré des services communautaires CCP/MC/PTME¹⁷, utilisé par des partenaires du monde entier. En juillet 2011, 31 000 hommes ont été circoncis. Au Malawi, une augmentation de 21 % de circoncisions a été enregistrée chez les hommes. Le Rwanda a élaboré un plan opérationnel dans le cadre de la circoncision chez les hommes, conformément au plan national stratégique contre le VIH de 2009/2012.

Enseignements tirés : l'éducation sexuelle

Les enseignements tirés des [principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle](#) de l'UNESCO a suscité un plus grand intérêt de la part des responsables à ce sujet.

Certains blocages politiques et communautaires qui perdurent sur la question de la sexualité chez les jeunes dans les écoles ont permis l'élaboration de nouvelles approches sur l'utilisation de preuve et de plaidoyer, reliant les risques du VIH à d'autres problèmes de santé sexuelle tels que les grossesses non désirées, en mettant en place un dialogue avec des intervenants, nécessaires pour l'éducation dans les écoles.

Une analyse de la situation au Kenya a souligné les défis de mettre en place des leçons de vie, le besoin de formation pour les professeurs ainsi qu'un espace réservé au programme et le soutien institutionnel d'une matière non évaluée.

170. En Ouganda, le HCR a soutenu la promotion d'une campagne mondiale sur la circoncision chez les hommes et l'élargissement aux camps de réfugiés.

171. Le Lesotho, le Swaziland, l'Afrique du Sud, l'Ouganda et la Zambie ont introduit des leçons apprises dans les révisions de leurs programmes et le Zimbabwe a élaboré une politique privilégiant l'éducation sexuelle. Ce sont les effets directs initiaux d'un atelier sur le renforcement des capacités pour 70 spécialistes dans le développement de programmes des ministères de l'Éducation et du personnel des Nations unies responsable des jeunes adultes de dix pays membres du SADC (le Botswana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe), organisé par le FNUAP, l'UNICEF et l'UNESCO. Cet atelier a aidé les pays à concevoir et mettre en place une éducation sexuelle efficace ainsi qu'un programme de prévention du VIH chez les adolescents dans les établissements scolaires.

Produit clé escompté : programmes complets de prévention de la transmission mère enfant élargis et intensifiés.

172. Le Programme commun a joué un rôle essentiel en soutenant le Plan mondial dans de nombreux pays. Une politique de PTME a été mise en place au Burundi, aux Comores, en Tanzanie et en Ouganda. Au Rwanda, de nouvelles directives de l'OMS liées à la politique de PTME ont été adoptées et sont en train d'être mises en place alors qu'au Kenya, cette même politique est réexaminée en vue de renforcer les points 1 et 2, revendiquant également une réintégration de planification familiale. En Éthiopie, la formation nationale de la PTME a été réexaminée et aborde à présent les points 1 et 2. Le Malawi a élaboré un plan national pour une élimination virtuelle de la transmission mère-enfant du VIH (élimination de la TME). En Namibie, les points 1 et 2 de la PTME ont été complètement introduits dans la révision de la PTME et tous les efforts sont employés afin de les intégrer dans le plan d'élimination de la TME. Une assistance

¹⁷ Programme global sur les préservatifs/Circoncision chez les hommes/Prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

technique pour le développement des plans d'élimination de la TME dans 12 pays a été mise en place par l'UNICEF (dont 6 plans chiffrés au Burundi, en Éthiopie, au Lesotho, au Swaziland, en Tanzanie et en Ouganda).

Produit clé escompté : interventions visant à prévenir la transmission du VIH dans les milieux sanitaires et professionnels (y compris la sécurité transfusionnelle, les pratiques d'injection dans le respect de l'hygiène, les précautions universelles, les normes de santé dans le milieu professionnel, le traitement post-exposition) élargies et intensifiées.

173. Les pays de la région ont été tenus au courant par l'OMS des progrès scientifiques concernant la prophylaxie pré-exposition lors de consultations régionales à Johannesburg et Nairobi et des consultations des pays en Zambie et au Zimbabwe.
174. En novembre 2010, l'OIT, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont lancé conjointement un guide politique en vue d'améliorer l'accès à la prévention, aux soins et aux services d'aide du VIH/de la tuberculose auprès du personnel médical. L'assistance technique de l'OIT a permis d'introduire des stratégies de ressources humaines (pour la santé) dans les stratégies nationales de lutte contre le sida dans 20 pays dont le Botswana, l'Éthiopie et la Tanzanie.

Produit clé escompté : services complets de traitement et de soins du VIH élargis et intensifiés

175. RapidSMS (messagerie téléphonique) est en train d'être mis en place au Lesotho, au Malawi, en Afrique du Sud, en Ouganda et en Zambie afin de renforcer le suivi des nourrissons sous traitement et le continuum des soins de santé avec le soutien de l'UNICEF. Le projet Mwana en Zambie a amélioré le continuum des soins élargis pour les mères et à la santé des nouveau-nés et des enfants, dont la PTME du VIH en faisant notamment attention à l'alimentation infantile. Jusqu'à présent, plus de 3 000 résultats de dépistages du VIH sur des nouveau-nés ont été communiqués via la technologie RapidSMS, avec une réduction du délai de près de 50 pour cent. L'accès à des soins pédiatriques ARV est également en train d'être amélioré grâce au renforcement de l'intégration de services de santé maternelle et de l'enfance pour les enfants vivants avec le VIH. Des résultats prometteurs ont été signalés au Kenya, au Lesotho, au Malawi, au Swaziland et en Ouganda.
176. Des points communs des principes de rétablissement de troubles de l'alimentation entre les programmes de santé maternelle et de l'enfance et des services de lutte contre le VIH/la tuberculose appellent à une volonté de convergence progressivement à une stratégie de convergence dans les mécanismes de stratégie, de protocole et de prestation de services. Suite aux consultations avec les partenaires, le PAM a recentré ses programmes au Djibouti, en Éthiopie, au Lesotho et au Zimbabwe afin que les services d'alimentation et de nutrition aient pu progressivement être intégrés dans les programmes de soins et de traitements du secteur de la santé.

Produit clé escompté : accès équitable et utilisation de services de conseil et de test du VIH qui garantissent la confidentialité, un consentement éclairé, des conseils et des aiguillages appropriés.

177. Des tests et des conseils de routine proposés par le fournisseur de soins pour enfant ont été introduits dans les soins de santé maternelle et infantile, des services de pédiatrie et des centres de nutrition dans la majorité des priorités des pays de la région par l'UNICEF. Des interventions liées au VIH ont été introduites dans les Journées de la santé de l'enfant. Des cliniques de vaccination dans la majorité des pays de la région ont réalisé des diagnostics précoces sur des nourrissons.

Produit clé escompté : planification, formation, approvisionnement et fourniture de services de prise en charge du VIH/de la tuberculose pour une riposte au VIH/à la tuberculose élargie, intensifiée et harmonisée.

178. Des formations sur la circoncisions chez les hommes et la tuberculose ont été mises en place au Swaziland par l'OIT auprès de pairs éducateurs dans le cadre d'une formation adaptée couvrant des approches structurelles, comportementales et biomédicales liées au VIH/à la tuberculose. En Afrique du Sud, l'OIT a fourni des données techniques lors du développement et du lancement du plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et les MST (entre 2012 et 2016). En Namibie, l'OIT a joué un rôle important dans le développement, la révision et la mise en place d'un cadre tripartite national de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose. Au Kenya et au Botswana, 287 personnes supposées séropositives par des entreprises ont été envoyées dans des établissements de santé publics par des pairs éducateurs dans le cadre de la stratégie visant à améliorer le dépistage de la tuberculose.

Effet escompté : élargissement de la couverture et meilleure pérennisation des programmes, notamment ceux qui luttent contre la vulnérabilité et l'impact du VIH sur les femmes et les filles, les jeunes, les populations affectées par des situations de crise humanitaire et les populations mobiles

Produit clé escompté : protection, prise en charge et appui fournis aux enfants affectés par le sida.

179. Des plans nationaux stratégiques fondés sur des preuves avérées pour la protection, les soins et le soutien d'enfants vulnérables ont été mis en place par l'UNICEF dans 13 pays, dont la première étape a été de cartographier les systèmes de protection de l'enfance. L'UNICEF a travaillé aux côtés du gouvernement des États-Unis (USG) et du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) pour renforcer les systèmes de sécurité sociale et a pu fournir le financement nécessaire à ces plans dans plusieurs pays dont le Malawi, le Swaziland e l'Ouganda. Un « fonds d'appui » mis en place par l'UNICEF a intensifié et élargi les ripostes aux enfants malades du sida de différentes manières comme en évaluant les systèmes de protection sociale (en Namibie) et en soutenant différents modèles de gestion de cas communautaires innovateurs (au Mozambique).

Produit clé escompté : politiques, programmes et services destinés aux jeunes, en particulier ceux qui sont les plus exposés au risque d'infection, mis en oeuvre.

180. Le HCR a soutenu une initiative régionale sur le commerce sexuel en situation de crise humanitaire en Afrique orientale. Des partenaires et des ministères de la Santé ont participé à une intervention pour répondre aux besoins spécifiques en matière de santé et de protection des professionnels du sexe, des adolescents impliqués dans les relations sexuelles permettant d'assurer la survie et les exploitations sexuelles ainsi que les HSH. Des évaluations et des programmes ont été élaborés et/ou renforcés dans des pays clés, notamment par des formations spécialisées et un soutien apporté par des équipes multifonctionnelles dans trois pays (en Éthiopie, au Kenya et en Ouganda). Dans ces pays, les services de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive pour les professionnels du sexe se sont améliorés de manière significative, des communautés ont été sensibilisés et les réseaux animés par des pairs développés. Le HCR Kampala a mis en place cette initiative dans des camps urbains et de réfugiés, initiative qui a été reprise dans d'autres départements pour garantir un accès aux services de soins aux professionnels du sexe et réduire leur vulnérabilité au VIH et le profit d'activités génératrices de revenus alternatifs.

Étude de cas : adolescents vivant avec le VIH (AVVIH)

En Afrique orientale et australe, 54 % des 2,7 millions d'adolescents vivent avec le VIH. L'UNICEF, le FNUAP et l'OMS ont collaboré avec huit pays cibles (le Botswana, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, le Rwanda, le Swaziland, l'Ouganda et le Zimbabwe) afin d'améliorer les services de santé pour les AVVIH, cerner les enjeux en trouvant des traitements et en les maintenant en vie, sains et productifs ainsi que d'identifier les domaines de priorités pour améliorer les services de santé allant du diagnostic précoce à la santé sexuelle et reproductive et à l'appui à la prévention.

Suite à une consultation régionale, des équipes des pays ont reçu des moyens pour former des formateurs dans la prévention, les traitements, les soins et le soutien des AVVIH et élaboré des plans chez les pays pour assurer l'efficacité du transfert de connaissances et de la mobilisation.

La Namibie a développé une stratégie de communication autour des AVVIH avec le Zimbabwe et a organisé une consultation nationale d'intervenants en vue d'améliorer les services de planification et de santé. Elles s'incorpore dans deux dispositifs internationaux afin d'assurer une orientation continue, une coordination et un plus grand impact : l'OMS développe une orientation sur les dépistages et les services pour les AVVIH alors que l'UNICEF réexamine les enseignements sur le terrain pour fournir une ressource pratique en mettant en place des diagnostics, des divulgations, une initiation aux ARV, un soutien aux malades dans son traitement, des soins de santé primaires et une transition pour les AVVIH.

Dans le secteur de l'éducation, l'UNESCO a identifié des leçons individuelles. Des ripostes ont largement ciblé la prévention ou la sensibilisation du VIH avec peu d'attention portée à l'égard de l'existence, des besoins et des désirs des AVVIH. Les barrières présentes à l'école sont liées à d'importantes stigmatisations et discriminations de la part du personnel et des autres élèves tout comme

181. Avec le soutien du FNUAP, la Tanzanie a adopté des directives sur la communication pour le changement de comportement (CCC) dans la prévention du VIH chez les adolescents pour améliorer les capacités des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux dans ce domaine.

Produit clé escompté : transmission du VIH et impact du virus sur les femmes et les filles réduits grâce à la fourniture de services tenant compte des différences entre les sexes et à un accès aux biens.

182. L'Éthiopie a mené un programme de vulgarisation des femmes à grande échelle qui a atteint plus de 1,14 millions de filles grâce au soutien du FNUAP. De même, plus de 1 600 femmes vulnérables dont des professionnelles du sexe ont pu bénéficier et prendre part à des projets générant des revenus, tels que des formations de vie visant à réduire leur vulnérabilité, améliorer leur pouvoir de négociation et les prévenir des nouvelles infections.
183. La recherche appuyée par l'UNICEF dans le cadre d'une initiative au Malawi (les « Sisters to Sisters ») a prouvé que les formations d'éducation sexuelle animées par des pairs auprès d'adolescentes a permis de meilleure prise de conscience, attitude et comportement, enregistrant alors une augmentation de l'utilisation du préservatif chez ces adolescentes lors de leur dernière relation sexuelle passant de 55 à 81 %.
184. Des subventions de la Série 10 du Fonds mondial intégrant les genres ont été allouées à l'Érythrée, au Kenya, à l'Afrique du Sud et à la Zambie avec le soutien du Secrétariat de l'ONUSIDA.

Produit clé escompté : politiques et programmes de riposte au VIH mis en place ciblant les populations affectées par des situations de crise humanitaire.

185. Des mécanismes nationaux pour coordonner des ripostes au VIH en urgence ont été réalisées en Éthiopie, au Kenya, au Malawi, au Mozambique et au Zimbabwe. Des politiques de gestion des catastrophes, y compris au Kenya et en Namibie, ont été réexaminées, renforcées et soutenues. Cela a été possible grâce au support technique du Secrétariat de l'ONUSIDA et du HCR auprès de ces pays et de 6 autres (le

Guatemala, Haïti, la Côte d'Ivoire, le Libéria, la Libye et le Soudan du Sud) pour lutter contre le VIH en cas de situation d'urgence.

Étude de cas : la North Star Alliance

La [North Star Alliance](#) travaille en partenariat avec d'autres organisations afin de mettre en place des réseaux de dispensaires situés en bord de route en Afrique où l'affluence est forte afin que les travailleurs mobiles puissent avoir un accès durable à des services de santé de bonne qualité. Elle a été fondée par le PAM et la société de distribution TNT dans le cadre d'un consortium avec des organisations partenaires et est un sous-bénéficiaire de la subvention majeure du Fonds mondial de la SADC pour faire face au VIH dans 32 points transfrontaliers à travers l'Afrique australe.

Fin 2011, la North Star Alliance administrait 23 centres de santé en bord de route qui fournissaient des services de soins et de préventions sur le risque du VIH auprès de chauffeurs routiers de longue distance, des professionnels du sexe et des membres de la communauté dans 10 pays. En 2011, un total de 268 405 personnes sont passées par ces cliniques, 8 120 cas de MST ont été soignés et 39 740 dépistages du VIH ont été réalisés. Jusqu'à présent, 7 États membres de la SDAC ont signé un protocole d'accord avec la SDAC pour fournir des services de santé transfrontaliers mobiles.

Au Kenya, le PAM a aidé des centres de santé de bord de route se trouvant tout au long du corridor Nord et des subventions ont été allouées par le Département pour le développement international (DFID), dans le cadre du Programme commun. Le gouvernement du Kenya considère la clinique de Mlolongo comme une approche systémique et soutient l'association entre la prévention et les traitements contre le VIH et d'autres maladies transmissibles et chroniques.

Au Zimbabwe, le PAM et la North Star Alliance ont soutenu une série d'ateliers de prévention du VIH organisés par Art pour AIDS International qui associe des renseignements factuels, des techniques de réduction des stigmatisations, des activités de groupe et des créations individuelles de collage et d'œuvres d'art. L'œuvre d'art originale créée par des chauffeurs routiers, des professionnels du sexe et des adolescents a été reproduite et les bénéfices obtenus par la vente des copies seront reversés à des associations pour les filles.

E. Amérique latine

Effet direct escompté : renforcement et mise à disposition des informations stratégiques nécessaires pour aider les pays à connaître leur épidémie, orienter une riposte éclairée par le concret et permettre une meilleure responsabilisation

Produit clé escompté : approches et systèmes de suivi et d'évaluation du VIH mieux coordonnés et harmonisés.

186. Huit pays (l'Argentine, le Chili, la Colombie, le Salvador, le Guatemala, le Nicaragua, l'Uruguay et le Venezuela) ont évalué des renseignements factuels et les résultats se basent sur des plans stratégiques nationaux en utilisant la méthodologie de Stratégie et de Plan d'action contre le sida (ASAP). L'ASAP, mené dans le cadre d'un processus participatif comprenant la société civile, des populations clés et des PVVIH a permis aux pays de « connaître leur épidémie » et de leur fournir des outils pour développer des propositions du FMSTP (séries 8, 9 et 10).

Produit clé escompté : données, informations et analyses fiables et actualisées sur les tendances mondiales, régionales et nationales mises à disposition et utilisées, estimations des besoins de ressources pour riposter contre le VIH au niveau mondial et à l'échelon des pays améliorées et suivi des flux financiers renforcés.

187. En vue de compléter l'exercice de l'ASAP, de nouvelles données sur les modes de transmission ont été obtenues au Salvador, au Guatemala et au Panama et des préparatifs sont en cours au Brésil et au Mexique. Treize évaluations des dépenses nationales relatives au sida ont été réalisées dans la région, ce qui permettra une

répartition efficace des ressources et le développement de nouvelles stratégies du PSN et des droits de l'homme.

Enseignements tirés : l'utilité et la difficulté d'obtenir des valeurs fiables

L'expérience dans de nombreux pays de la région souligne l'importance d'avoir des données et des renseignements fiables pour garantir des ripostes nationales au sida ainsi que des programmes de recherche et d'évaluation. En revanche, un manque de données fiables a retardé les ripostes dans certains pays. Par exemple, des lacunes dans les systèmes d'information du VIH au Pérou soulignent que des efforts doivent être réalisés pour renforcer des bases de connaissances et ne pas sous-déclarer le nombre de cas touchés par le VIH.

Il y a également de nombreux autres défis visant à obtenir des données comprenant des disponibilités de ressources humaines et des moyens financiers limités. Renforcer une diffusion au moment opportun et l'utilisation d'informations stratégiques est également l'un de ces défis.

188. Une meilleure disponibilité et utilisation d'informations stratégiques concernant l'épidémie ont contribué à des campagnes de mobilisation et de communication, à améliorer les connaissances des ripostes aux épidémies parmi les chefs des gouvernements, de la société civile et des populations clés dans la région dans le cadre d'une diffusion des quatre analyses régionales. Elles comportent une révision de l'épidémie du VIH pour le rapport sur les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire du CEPALC, une analyse consolidée des rapports UNGASS 2010 soumis par les pays, un accès universel au rapport et la feuille de route ainsi qu'un rapport sur les enseignements tirés et des recommandations d'estimations démographiques des populations clés.
189. Les progrès réalisés dans la région sur l'égalité entre les sexes et les droits de l'homme ont été présentés à l'occasion du Sommet des OMD en 2010. L'analyse et la cartographie ayant servi de base à cette étude ont été réalisées par deux réseaux de femmes vivant avec le VIH. Ils ont reçu une aide technique et financière du PNUD et ont par la suite soutenu la conception et la mise en place d'interventions interinstitutionnelles au niveau national dans dix pays de la région.
190. L'étude intitulée [l'insécurité alimentaire et les barrières de la malnutrition au traitement antirétroviral : enseignements d'Amérique latine et des Caraïbes](#) (lien en anglais) de l'OMS a été publiée en mai 2011. Elle indique que l'insécurité alimentaire et la sous-alimentation sont étroitement liées à la qualité de vie, à l'état de santé et à l'accès aux soins ainsi qu'aux observations de traitements ARV dans la région.
191. Le Brésil, la Colombie et le Pérou ont achevé l'étude sur les progrès mondiaux en matière d'éducation de 2011 de l'Équipe spéciale interinstitutions de l'ONUSIDA (IATT) qui avait été entreprise lors de sa deuxième édition dans près de 40 pays du monde que coordonne l'UNESCO. Dans chacun des pays, des représentants des ministères et de la société civile ont élaboré un consensus afin d'identifier les forces, les faiblesses et les tendances dans la riposte nationale au VIH. La révision du Brésil comprenait la révision de l'éducation dans le domaine de la santé dans quatre pays.

Produit clé escompté : programmes d'évaluation et de recherche dans les domaines biomédical, socioéconomique, comportemental et opérationnel élaborés et promus pour élargir et intensifier la riposte.

192. Les budgets nationaux alloués à la lutte contre le VIH auprès de populations clés touchées dans six pays (en Argentine, en Équateur, au Salvador au Guatemala, au

Panama et au Paraguay) ont été multipliés par neuf entre 2008 et 2010. En 2010, 27 millions de dollars avaient été alloués pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 10 millions pour des professionnels du sexe contre respectivement 1,1 million et 1,8 millions en 2008. Des ressources importantes ont été réalisées dans des campagnes ciblant des prisonniers et des personnes consommant des drogues par injection. Ces augmentations ont suivi une étude de la Banque mondiale sur l'allocation efficace des ressources après que plusieurs gouvernements aient réaffecté des fonds dans la prévention et élargi le champ d'action.

Défis : Établir un ministère de la Santé (MS) solide et stable

Les bureaux de l'ONUSIDA situés dans de nombreux pays dont l'Argentine, l'Équateur, le Guatemala, le Honduras, le Paraguay, le Pérou et l'Uruguay, ont énoncé de nouveaux défis concernant le MS et les institutions qui y sont associées.

En Équateur, au Pérou et en Uruguay par exemple, il y a eu des lacunes dans les capacités de direction, de gestion et techniques dans des périodes où le MS était restructuré ou décentralisé (ou avait simplement subi un roulement important du personnel). En Équateur et au Pérou, cela a provoqué des déficits fréquents dans l'approvisionnement en ARV. Les services pour les PVVIH ont également été touchés au Guatemala suite à des catastrophes naturelles. Le MS avait alors dû suspendre ses activités pour se consacrer uniquement aux problèmes provoqués par cette crise. En Argentine, l'élaboration de politiques publiques dans le MS est un nouveau défi de part la nature fédérale du pays.

De plus, étant donné que le MS doit pouvoir diriger le programme de lutte contre le VIH et le sida, une gouvernance et des capacités fragile peuvent donner une faible priorité aux ripostes multisectorielles.

193. Au Chili, une étude de prévalence du VIH a fourni des informations concernant la gestion des risques et de l'exposition pour la première fois dans la riposte au VIH du pays.

Effet direct escompté : renforcement des capacités nationales à élargir et intensifier la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH

Produit clé escompté : prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST renforcée, y compris par le biais d'un rapprochement des programmes, politiques et services de santé sexuelle et reproductive.

194. La prévention du VIH a été introduite dans les services de SSR en Colombie et en Équateur dans le cadre d'une initiative Integra soutenue par le FNUAP. Le FNUAP a également contribué à identifier et à partager les meilleures méthodes d'extension des services de conseil et de dépistage du VIH au niveau sous-régional.
195. Au Venezuela, le HCR a lancé un programme commun avec le FNUAP et le Secrétariat de l'ONUSIDA afin de financer un projet d'éducation et de sensibilisation sur les problèmes de la santé sexuelle et reproductive, des violences sexuelles et basées sur le sexe et du VIH/sida à travers la région frontalière. Le programme avait pour cible les jeunes et les adolescents vulnérables dans des communautés avec une forte présence de « personnes relevant de la compétence » du HCR.

Produit clé escompté : programmes complets de prévention de la transmission mère-enfant élargis et intensifiés.

196. Les dépistages du VIH auprès de femmes enceintes ont sensiblement augmenté en Bolivie et au Pérou. Avec le soutien de l'UNICEF, les ministères de la Santé ont formé des professionnels de la santé et des sages-femmes pour réaliser des dépistages rapides dans des centres manquant de laboratoires. L'UNICEF a également soutenu le Honduras pour construire des laboratoires mobiles afin d'effectuer des dépistages du

VIH, de superviser et de fournir un soutien technique dans les trois pays et ainsi élargir et intensifier les bonnes méthodes et partager les enseignements tirés.

Produit clé escompté : interventions visant à prévenir la transmission du VIH dans les milieux sanitaires et professionnels (y compris la sécurité transfusionnelle, les pratiques d'injection dans le respect de l'hygiène, les précautions universelles, les normes de santé dans le milieu professionnel, le traitement post exposition) élargies et intensifiées.

197. Trois modules de formation virtuelle (sur les sexes, les droits de l'homme et la SHR ; la masculinité et la conception de projet) ont été introduits dans 33 projets des forces armées et des corps de police dans 13 pays. Plusieurs dispositions de suivi comprenaient 1 118 personnes du personnel des services en uniforme au Paraguay et ont fourni 1 950 trousseaux d'hygiène à des personnes touchées par des catastrophes naturelles au Honduras et au Panama. Les modules ont été développés par la Faculté latino-américaine de sciences sociales (FLACSO) avec le soutien du FNUAP.

198. La recommandation n°200 sur le VIH, le sida et le Monde du travail a été évoquée lors de procès au Brésil car des travailleurs vivant avec le VIH avaient été victimes de discriminations en raison de leur maladie en suivant des programmes de formation de l'OIT du personnel judiciaire. Les tribunaux ont ordonné leur réintégration et une indemnisation pour les salaires et les avantages perdus.

Produit clé escompté : services complets de traitement et de soins du VIH élargis et intensifiés.

199. Le Nicaragua et le Honduras ont élargi et intensifié leurs campagnes de prévention du VIH, de dépistages volontaires, des conseils et des traitements dans les prisons grâce au soutien de l'ONUSIDA. Le Salvador a lancé une procédure de réforme de son système pénitentiaire et le Honduras, le Nicaragua et le Panama ont entrepris des réformes suivant les évaluations de l'ONUSIDA et une [étude \(en espagnol\) sur le VIH et les prisons dans ces quatre pays](#).

200. Mis en place en 2010, le projet de l'OPS concernant la [prestation de soins complets pour les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en Amérique latine et aux Caraïbes](#) (lien en anglais) propose un dispositif important de services de santé afin d'améliorer l'accès et la qualité des traitements.

Produit clé escompté : accès équitable et utilisation de services de conseil et de test du VIH qui garantissent la confidentialité, un consentement éclairé, des conseils et des aiguillages appropriés.

201. Au Brésil, le Programme national de lutte contre le sida a offert des tests rapides pendant sept jours lors du festival « Rock in Rio » qui a rassemblé environ un million de personnes tandis que le Programme commun a apporté un soutien technique pour l'analyse, la gestion et la planification des données.

202. En Bolivie et au Pérou, des tests rapides et des résultats immédiats ont permis d'orienter efficacement les personnes vers des centres médicaux grâce aux personnels de santé et aux sages-femmes locales qualifiées qui effectuent des tests rapides dans les endroits dépourvus de laboratoires. Grâce à des efforts conjoints entre les ministères de la Santé et l'UNICEF, le nombre de tests de dépistage chez les femmes enceintes a connu une nette augmentation dans ces pays.

F. Moyen-Orient et Afrique du Nord

Effet direct escompté : renforcement et mise à disposition des informations stratégiques nécessaires pour aider les pays à connaître leur épidémie, orienter une riposte éclairée par le concret et permettre une meilleure responsabilisation

Produit clé escompté : approches et systèmes de suivi et d'évaluation du VIH mieux coordonnés et harmonisés.

203. L'Iran, le Maroc et la Tunisie ont recentré leurs plans stratégiques nationaux afin de lutter plus efficacement contre le VIH, notamment grâce à l'aide de l'ONUSIDA. Sur l'ensemble de la région, des études sur les modes de transmission ont été réalisées au Djibouti, en Iran, au Maroc et en Tunisie. Le Maroc et le Yémen ont finalisé les études sur les HSH et le Maroc a réalisé une autre étude sur des personnes qui consomment des drogues par injection. Dix-sept pays ont fourni des estimations et des projections du VIH (par l'intermédiaire de l'UNGASS) et 13 pays ont entrepris des évaluations des dépenses nationales relatives au sida (NASA).

Défis et opportunités : complexité sociale et politique changeante de la région

Malgré l'apparition de nombreux espoirs dans la région depuis le « Printemps arabe », certains pays font face à de réels défis pendant cette période de transition puisque les services de prise en charge du VIH et du sida peuvent être interrompus ou ne pas être à l'ordre du jour. La stigmatisation et la discrimination sont très présentes dans certains pays, ce qui signifie que les populations clés n'ont pas pu avoir accès à ces services. Travailler avec la Ligue des États arabes a contribué en partie à combler cette lacune.

Produit clé escompté : données, informations et analyses fiables et actualisées sur les tendances mondiales, régionales et nationales mises à disposition et utilisées, estimations des besoins de ressources pour riposter contre le VIH au niveau mondial et à l'échelon des pays améliorées et suivi des flux financiers renforcés.

204. En 2010, l'OMS, la Banque mondiale et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont réalisé la première évaluation stratégique complète du VIH parmi différents groupes de populations. Le rapport intitulé « [Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa: Time For Strategic Action](#) » (lien en anglais) met l'accent sur la nécessité de concentrer les efforts politiques sur les groupes à risque dans la région du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord plutôt que sur la population en général où la transmission du VIH est très limitée. Il attire également l'attention sur le besoin de développer des systèmes de surveillance solides afin de contrôler la propagation du VIH parmi les populations prioritaires. Le rapport constitue une source utile d'informations épidémiologiques et une analyse de la situation. Il est mis à la disposition des gouvernements afin que les ministères de la Santé prennent des décisions stratégiques en matière de lutte contre le VIH et mettent en place une politique efficace. Diffusé lors [d'une réunion de haut niveau à Dubaï en juin 2011](#), il a conduit à une déclaration qui préconisait des politiques et des pratiques renforçant la riposte au VIH et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.
205. La surveillance du VIH a été renforcée en Afghanistan, en Iran, en Libye, au Maroc, en Oman, au Pakistan, en Somalie, au Soudan, en Syrie et au Yémen grâce à l'appui technique et au renforcement des capacités de l'OMS.

Produit clé escompté : programmes d'évaluation et de recherche dans les domaines biomédical, socioéconomique, comportemental et opérationnel élaborés et promus pour élargir et intensifier la riposte.

206. L'UNICEF a mené des recherches opérationnelles sur la situation et les besoins des enfants affectés par le sida au Djibouti, au Liban, au Maroc, en Oman et au Soudan et les populations clés en Oman. Elle a également réalisé des études sur la connaissance, l'attitude, le comportement et les pratiques en Iran, au Liban et dans le territoire palestinien occupé ainsi que sur la PTME au Djibouti, au Liban, au Maroc et en Oman.

Effet direct escompté : élargissement de la couverture et meilleure pérennisation des programmes, notamment ceux qui luttent contre la vulnérabilité et l'impact du VIH sur les femmes et les filles, les jeunes, les populations affectées par des situations de crise humanitaire et les populations mobiles

Produit clé escompté : protection, prise en charge et appui fournis aux enfants affectés par le sida.

207. Les programmes pour les adolescents les plus à risque (MARA) ont obtenu de meilleurs résultats dans au moins 6 pays de la région grâce à la cartographie, aux recherches, aux services de prise en charge et à d'autres types d'intervention. Lors d'un atelier dans la région, l'UNICEF a réuni des représentants de 14 pays, notamment les Programmes nationaux de lutte contre le sida, les sociétés civiles, la Ligue des États arabes, la Banque mondiale et d'autres partenaires des Nations Unies dans le but de renforcer les capacités en terme de prévention du VIH et de programmation pour les MARA.

Produit clé escompté : politiques, programmes et services destinés aux jeunes, en particulier ceux qui sont les plus exposés au risque d'infection, mis en œuvre.

208. Quatre mille chefs religieux ont suivi une formation et plus de 100 000 ont entrepris des campagnes de sensibilisation au VIH, dans le cadre de l'Initiative des chefs religieux organisée par le PNUD (dans 31 pays au total). En Égypte et en Libye, des séances de sensibilisation sont organisées pendant les sermons et sont destinées aux étudiants musulmans et aux partenariats des ONG concernant la condition de la femme afin de fournir aux prisonnières des séances de sensibilisation.
209. Au Liban, 72 % (185) des éducateurs de santé scolaire ont suivi une formation grâce à l'appui de l'UNESCO afin d'apporter dans les écoles une éducation de bonne qualité sur le VIH/sida basée sur les aptitudes dans la vie quotidienne, en utilisant un enseignement et des approches d'apprentissages interactifs. Des exemplaires du manuel de formation seront distribués dans toutes les écoles secondaires publiques afin de fournir l'aide nécessaire aux éducateurs de santé scolaire lors des heures de classe et des activités extrascolaires.
210. Un plaidoyer multimédia complet et un projet éducatif soutenus par le FNUAP, intitulé [La jeunesse dans les États arabes : pour un monde meilleur](#) (lien en anglais) ont souligné les efforts menés par le réseau mondial de la jeunesse Y-PEER pour atteindre les OMD, dont l'OMD 6.

Produit clé escompté : politiques et programmes de riposte au VIH mis en place ciblant les populations affectées par des situations de crise humanitaire.

211. Au Liban, les réfugiés sont inscrits dans le Plan stratégique et opérationnel d'action pour la jeunesse de 2010-2012, suite au plaidoyer du HCR et du Programme national de lutte contre le sida. Ce plan propose désormais des services de santé reproductive adaptés aux jeunes, y compris concernant le VIH/sida. Le HCR a également collaboré avec le FNUAP lors des campagnes de sensibilisation dans le cadre du programme Y-PEER, concernant les réfugiés irakiens du secondaire.

Enseignements tirés : préparation aux situations de crise

Il était important que l'ONUSIDA soit prête à montrer ses qualités de dirigeant afin de lutter contre la vulnérabilité au sida lors des situations de crise humanitaire comme en Libye, en Syrie et au Yémen et lors de la crise alimentaire dans la corne de l'Afrique, en Somalie et au Soudan.

Produit clé escompté : accès équitable à des services complets de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH sur le lieu de travail et pour les populations mobiles.

212. Le Djibouti a reçu une subvention de la série 10 du Fonds mondial impliquant une intervention du PAM et offre des activités intégrées relatives à l'alimentation et à la nutrition (destinées notamment aux 13 500 réfugiés des pays voisins). Une autre évaluation du PAM sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle a contribué à l'élaboration du plan stratégique national du pays.
213. Des études portant sur le cadre législatif du VIH/sida et du monde du travail ont été achevées en Jordanie et au Liban avec l'aide de l'OIT et mettent en avant un certain nombre d'articles du code du travail qui requièrent des modifications.

G. Afrique occidentale et centrale

Effet direct escompté : renforcement des ressources humaines et des systèmes publics et de la société civile pour élaborer, mettre en oeuvre et élargir/intensifier des ripostes au VIH complètes et éclairées par le concret, permettant une meilleure responsabilité.

Produit clé escompté : capacités renforcées des autorités nationales de lutte contre le sida à conduire et coordonner une riposte au sida multisectorielle, à assise large et participative.

214. Une évaluation interinstitutionnelle du VIH chez les personnes déplacées à l'intérieur du territoire de l'ouest de la Côte d'Ivoire en 2011 a permis d'identifier les endroits où le traitement antirétroviral, la PTME et le soutien nutritionnel ont été interrompus et d'y cibler les actions. Le HCR s'est chargé de la coordination avec la participation d'autres agences de l'ONU, des ministères de la Santé et des Affaires sociales, des ONG et des PVVIH.
215. En Côte d'Ivoire, l'UNICEF a soutenu une analyse de vulnérabilité qui établit un rapport entre la prévalence du VIH, la tranche d'âge la plus touchée, les facteurs de vulnérabilité, les comportements sexuels à risque, les systèmes de soins de santé et les facteurs environnementaux favorables tels que les problèmes liés au soutien familial, la violence sexuelle et l'exploitation sexuelle dans les écoles. Ces informations sont utilisées dans le but d'améliorer les stratégies de prévention du VIH à l'échelle nationale et d'identifier d'autres données manquantes.

Produit clé escompté : stratégies et plans d'action nationaux de lutte contre le sida dont les coûts sont évalués, participatifs, multisectoriels, pérennes, dont les priorités sont définies et éclairées par des preuves scientifiques concrètes, tenant compte des données épidémiologiques et sociales.

216. La République démocratique du Congo a modifié sa politique de protection sociale en ce qui concerne les besoins des PVVIH, en utilisant une étude sur la vulnérabilité sociale menée par la PAM avec l'aide du Secrétariat de l'ONUSIDA. Cette étude a révélé que, si les personnes découvrent leur séropositivité, beaucoup d'entre elles peuvent quitter leur réseau de soutien habituel, perdre leur emploi et avoir des difficultés à s'occuper de leurs enfants.
217. Après le renforcement de la capacité des membres du gouvernement de trois pays et la création de liens avec six pays d'Afrique orientale de l'IGAD (Autorité intergouvernementale pour le développement) en vue d'améliorer la collaboration transnationale et d'unifier les efforts politiques et des programmes au-delà des frontières, les gouvernements du Bénin, de la Côte d'Ivoire, du Ghana et du Niger ont analysé l'épidémie, l'alignement des priorités nationales et les interventions économiques éprouvées grâce à l'aide de la Banque mondiale. La collaboration avec l'ONUSIDA a également contribué à l'élaboration du plan stratégique régional concernant le sida dans la CEDEAO qui a été approuvé par les gouvernements des pays concernés.
- Défis : Stigmatisation, discrimination et capacité de la société civile**

La stigmatisation et la discrimination empêchent toujours, dans de nombreux pays de la région, l'élargissement et l'intensification des services pour les populations clés et les PVVIH. La famille de l'ONUSIDA a renforcé la coordination et les capacités institutionnelles et managériales des sociétés civiles dans les domaines de la mobilisation des ressources, de la promotion et des systèmes communautaires.
218. L'UNICEF, en collaboration avec le FNUAP, l'ONUSIDA et d'autres partenaires, a soutenu l'élaboration de stratégies et de plans nationaux pour la prévention du VIH parmi les jeunes et les personnes en marge de la société dans la région. Par exemple, (1) le Nigeria a modifié le plan national de prévention qui favorise la prévention combinée et qui décrit un ensemble « minimum » de standard pour la prévention ; (2) la République centrafricaine a achevé son plan sectoriel contre le VIH en faveur des jeunes, basé sur l'étude de la vulnérabilité chez les jeunes ; (3) la politique nationale en faveur des jeunes 2009/2018 de Gambie a été approuvée par le conseil des ministres ; (4) le plan de prévention du VIH chez les jeunes développé au Mali (2010/2012) a posé les bases pour des stratégies plus adaptées aux jeunes ; et (5) la politique et le plan stratégique contre le VIH/sida dans le secteur de l'éducation ont été développés au Liberia en collaboration avec des partenaires.
219. Les membres du gouvernement de 12 pays ont suivi une formation sur la planification stratégique axée sur les résultats (six modules) afin d'orienter l'élaboration de plans nationaux prioritaires de lutte contre le sida (dans le cadre d'une initiative commune de l'ASAP/de la Banque mondiale, du bureau régional du Secrétariat et du gouvernement français). Les modules amenant à une amélioration de l'allocation et de l'utilisation des ressources ont été mis en place lors la conférence ICASA de 2011. Fin 2011, cinq pays (la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Mauritanie, le Sénégal et la Sierra Leone) ont élaboré leur PSN en utilisant une approche basée sur les résultats.

Produit clé escompté : systèmes communautaires renforcés grâce à un renforcement des capacités et l'intégration aux ripostes nationales des personnes vivant avec le VIH et des groupes les plus exposés au risque d'infection, affectés et vulnérables.

220. La Côte d'Ivoire a élaboré une stratégie nationale sur la gestion des violences à caractère sexiste. Le Programme commun, qui a conduit à l'élaboration de cette stratégie, a soutenu les groupes de la société civile afin de fournir des services de soins novateurs pour les victimes de violences sexuelles, tels que l'orientation vers des services de lutte contre le VIH. Le FNUAP a appuyé, dans le pays, une étude technique sur le rapport sexe/VIH qui a contribué à identifier les violations graves des droits de l'homme et a donné des recommandations au gouvernement afin de régler ce problème.
221. Le Sénégal a mis en place un système d'alerte et de surveillance précoce pour lutter contre les violations des droits de l'homme chez les PVVIH et les populations clés, suite à une étude publiée par le PNUD, l'École de santé publique John Hopkins et l'Enda Santé (ONG sénégalaise pour le développement). Cette étude a analysé les effets de la criminalisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et leur accès aux services de santé et de lutte contre le VIH.
222. Une étude et un programme de soutien du FNUAP ont noté une diminution du nombre de violations des droits de l'homme chez les professionnels du sexe au Ghana. Cette étude a conclu que les violations des droits de l'homme étaient fréquentes et qu'il fallait sensibiliser les personnes afin d'assurer la protection des droits des professionnels du sexe. Des cadres moyens et supérieurs de la police ont organisé des séances de sensibilisation sur la question et la manière de réagir face aux auteurs de ces violations. La capacité des professionnels du sexe à témoigner de ces violations a également été renforcée.
223. Cinq pays (le Bénin, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la RDC et le Togo) ont intégré le concept de Santé positive, Dignité et Prévention dans leur plan stratégique national à la suite d'une consultation régionale organisée par le Secrétariat de l'ONUSIDA avec la participation du PNUD, du FNUAP et de l'UNESCO.

Produit clé escompté : dispositifs nationaux de planification, de formation, de rémunération et de fidélisation des ressources humaines améliorés dans tous les secteurs concernés par la riposte.

Étude de cas : amélioration des capacités municipales pour lutter contre les épidémies chez les populations clés au Lagos (Nigeria)

La politique contre l'expansion et l'opérationnalisation du VIH au niveau national et au niveau des préfectures et des municipalités est un réel défi mais est essentiel pour s'assurer de toucher les populations. Au Lagos, deux grandes zones du gouvernement local (Shomolu et Ikeja) en sont un bon exemple : les présidents se sont engagés à faire preuve de leadership et à fournir les ressources nécessaires afin de mettre en place le premier plan d'action au Lagos pour les populations clés.

Dans l'État du Lagos, environ 190 000 personnes (5,1 %) sont séropositives, les professionnels du sexe (23,5 % parmi ceux qui travaillent dans les maisons closes et 12,9 % pour les autres cas) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (24,5 %) ayant un taux de prévalence plus élevé. Ces fortes estimations ont mené à la priorisation des populations clés dans le plan stratégique contre le sida de l'État en 2009. Les structures de coordination contre le sida agissent dans 20 zones du gouvernement local du Lagos.

Le PNUD et le FNUAP ont travaillé avec les autorités locales de Shomolu et Ikeja afin d'évaluer les besoins de recherches et de services et ont porté une attention particulière sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe. L'évaluation a révélé la complexité de la lutte contre les épidémies du VIH dans la ville, étant donné la faible priorisation de ces groupes et l'absence d'engagement de la part des décideurs politiques concernant le sida. L'évaluation a également dénoncé plusieurs cas de violations de droits : les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe sont souvent bafoués, notamment lorsqu'ils révèlent leur orientation sexuelle ou lorsqu'ils sont contraints à travailler comme professionnels du sexe. Ces violations sont alimentées par des lois répressives, la stigmatisation et des pratiques discriminatoires qui limitent leur accès à des services juridiques et de prise en charge du VIH.

Grâce à un processus de dialogue ouvert impliquant tous les acteurs, les autorités municipales se sont engagées et informées sur les efforts menés par les ONG afin d'améliorer la couverture des services pour les populations clés de la ville. Cela a pu avoir un impact bénéfique sur les autorités municipales et quelques-uns des hommes politiques élus. Entre 2012 et 2013, des avancés sur la mise en œuvre du plan d'action basé sur les trois priorités suivantes seront anticipées : donner le pouvoir aux dirigeants locaux et aux communautés, améliorer les services de traitement, de soins et de soutien pour les populations clés ainsi que renforcer l'accès à la justice et aux programmes axés sur les droits. Les acteurs municipaux se sont mis d'accord pour que les efforts menés au niveau municipal puissent compléter les efforts nationaux et des autres États afin de lutter contre l'épidémie du sida au Nigeria. Les futurs efforts de l'équipe de l'ONU dans le pays se concentreront sur l'importance critique de travailler avec le gouvernement local des autres villes du Nigeria.

224. Au Ghana, la collaboration de 20 associations commerciales a permis à l'OIT de toucher 44 000 travailleurs de l'économie informelle grâce aux services de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien. La promotion de conseils et de tests volontaires a conduit 13 808 travailleurs de l'économie informelle à faire un test de dépistage.
225. Le Cameroun, la RCA, le Tchad, la République démocratique du Congo, la Guinée équatoriale et le Gabon ont mis en place un programme de formation à distance sur le VIH et le sida pour les enseignants et les formateurs d'enseignants en utilisant des DVD et des émissions de radio pour les enseignants situés dans les régions les plus reculées de ces pays. En travaillant avec les gouvernements nationaux, 98 spécialistes pédagogiques nationaux ont pu être formés. Le Cameroun compte à lui seul 5 100 enseignants formés répartis dans 241 écoles.

Produit clé escompté : systèmes nationaux de gestion des achats et des fournitures et lois visant à faciliter un accès à des médicaments du VIH de qualité et financièrement abordables, à des diagnostics, à des préservatifs et à d'autres biens essentiels en rapport avec le VIH renforcés.

226. Les chaînes d'approvisionnement concernant les biens de prise en charge du VIH ont été renforcées au Cameroun, en RCA, en Côte d'Ivoire et au Nigeria grâce au soutien technique fourni par l'UNICEF et comprennent notamment la formation du personnel national sur la prévision et la quantification des biens UNITAID. Au Cameroun, l'UNICEF a mis en place un mécanisme de coordination pour la gestion des achats et des fournitures pour le traitement qui sert de référence et de chef de file dans la gestion et l'achat en ce qui concerne la PTME, le soutien, les soins pédiatriques et les produits pour le traitement du VIH.
227. Grâce à la formation du FNUAP sur les systèmes d'informations de gestion logistique, le Bénin, le Burundi et la RDC ont renforcé leur capacité nationale en terme de gestion d'achat et de chaîne d'approvisionnement des biens de santé reproductive tels que les préservatifs.
228. Le Togo (2010) et le Burundi (2011) ont pu éviter une possible rupture de stock des médicaments antirétroviraux lorsque l'équipe régionale commune de l'ONU a dirigé une analyse de la situation et un plan de soutien technique d'urgence qui a identifié une source à court terme en matière de médicaments ainsi qu'un plan à long terme afin de surmonter les défis de gestion des achats et des fournitures. Des missions communes (le HCR, l'UNICEF, le PNUD, l'OMS, le Secrétariat de l'ONUSIDA ainsi que l'USAID et le Fonds mondial) ont contribué à résoudre les questions de gestion relatives à la mise en œuvre du Fonds Mondial et l'accès aux traitements (par exemple, en Mauritanie, en RCA et le projet de couloir de transport en Abidjan-Lagos).
229. La RDC, le Ghana, l'Éthiopie, le Nigeria et la Sierra Leone ont reçu une assistance technique de la part de la Banque mondiale afin d'entreprendre des réformes concernant le système d'achat et de s'occuper du financement des médicaments et des chaînes d'approvisionnement. Elle comprenait la participation des pays dans les échanges de connaissances régionales Sud-Sud afin d'améliorer leur capacité et leurs connaissances. Le Kenya, le Mozambique et l'Afrique du Sud ont le taux de participation le plus élevé.

Effet direct escompté : renforcement des capacités nationales à élargir et intensifier la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH

Produit clé escompté : prévention de la transmission sexuelle du VIH et des IST renforcée, y compris par le biais d'un rapprochement des programmes, politiques et services de santé sexuelle et reproductive.

230. Dix-huit pays ont reçu une formation de la part du FNUAP sur la compréhension des liens entre SSR et VIH, la reprogrammation des subventions de la série 9 du Fonds mondial à propos de la PTME et la garantie des propositions de la série 10 qui ont été élaborées afin de s'adapter aux liens intégrés entre le SSR et le VIH/sida. La Guinée-Bissau, le Mali, le Sénégal et le Togo ont achevé d'autres plans d'intégration de la santé reproductive.
231. Avec l'aide de l'UNESCO, les ministères de l'Éducation du Cap-Vert, de la RDC, de la Guinée-Bissau et du Sénégal ont étudié et évalué l'intégration de l'éducation sexuelle dans les politiques et les programmes scolaires et de formation des enseignants. L'outil d'analyse et d'évaluation de l'éducation sexuelle a permis d'identifier facilement les besoins dans un contexte épidémiologique et les lacunes correspondantes dans

les politiques et les programmes. Une attention particulière a été portée sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes. L'analyse a inspiré les plans de tous ces pays en ce qui concerne la sensibilisation et le soutien technique.

Produit clé escompté : interventions visant à prévenir la transmission du VIH dans les milieux sanitaires et professionnels (y compris la sécurité transfusionnelle, les pratiques d'injection dans le respect de l'hygiène, les précautions universelles, les normes de santé dans le milieu professionnel, le traitement post exposition) élargies et intensifiées.

232. A de maintes reprises, le FNUAP a fourni un soutien technique. En RDC, 4 000 personnes qui travaillaient pour les services du personnel en uniforme ont reçu des CTV intégrés et une planification familiale. En Gambie, 53 infrastructures possèdent un PEP et plus de 43 117 personnes ont réalisé un test de dépistage, les résultats et des conseils après le test ; la PTME et les CTV sont intégrés dans plus de 75 % des services de SMI où 15 953 femmes enceintes ont pu recevoir des CTV et connaître leur résultat ; une planification familiale a également été intégrée dans les centres de traitement antirétroviral.

Produit clé escompté : services complets de traitement et de soins du VIH élargis et intensifiés.

233. Treize pays ont reçu le soutien de l'UNICEF afin d'adapter et d'adopter les directives concernant le traitement pédiatrique national conformément aux dernières directives de l'OMS. L'UNICEF a également été la première à introduire des innovations telles que le diagnostic précoce chez les nourrissons en utilisant la technologie de gouttes de sang séchées, la mise au point des diagnostics, y compris le CD4, le développement et l'intégration des biens pour le diagnostic et les médicaments ainsi qu'à élaborer des outils de programmation.

234. Onze pays (le Burkina Faso, la République centrafricaine, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Libéria, le Mali, la Mauritanie, le Niger et la Sierra Leone) ont mis en place des programmes nutritionnels afin de soutenir les traitements antirétroviraux avec l'aide du PAM. Les résultats du S&E et les preuves anecdotiques tirées de la mise en œuvre de partenaires ont révélé que, généralement, le soutien nutritionnel augmente les chances de réussite du traitement et un meilleur état nutritionnel réduit les risques de mortalité, notamment lors des premiers mois du traitement.

Produit clé escompté : accès équitable et utilisation de services de conseil et de test du VIH qui garantissent la confidentialité, un consentement éclairé, des conseils et des aiguillages appropriés.

235. Grâce au soutien de l'UNICEF, les services de santé reproductive, maternelle et infantile se sont parfaitement intégrés dans les propositions du Fonds mondial de la série 13 qui se concentraient sur la PTME. Des modules de formation régionale sur la stratégie accélérée de survie de l'enfant incluant la PTME et des soins pédiatriques du VIH sont venus compléter ces services et seront utilisés afin de renforcer le potentiel d'action des professionnels de santé à tous les niveaux.

Produit clé escompté : intensification et harmonisation de la planification, formation, approvisionnement et fourniture de services de prise en charge du VIH/de la tuberculose pour une riposte au VIH/à la tuberculose.

236. Dans le but d'intégrer un soutien alimentaire et nutritionnel dans les programmes qui luttent contre le VIH et la tuberculose, le PAM a fourni une assistance technique et des formations au Ghana, en Guinée et en Sierra Leone. En Guinée, 60 membres du personnel de santé ont été formés au S&E. Le module de formation comprenait des indicateurs pour les programmes alimentaires et nutritionnels pour les PVVIH et les

personnes affectées par la tuberculose, ainsi que pour la collecte de données et les formulaires de S&E.

237. Plus de 150 prisonniers et de gardiens de prison ont suivi une formation de l'ONUSIDA sur le VIH, la tuberculose et la prise en charge conjointe du VIH et de la tuberculose dans les 9 prisons du Bénin.

I. Informations financières

Les rapports de la fin des deux années d'exercice pour la période du 1^{er} janvier 2010 au 31 décembre 2011 sont présentés dans les tableaux et graphiques suivants :

- Dépenses par organisation par rapport au budget principal du BPTI, au budget supplémentaire, aux copartenariats et aux ressources mondiales et régionales
- Dépenses par effet direct principal pour le budget principal du BPTI, le budget supplémentaires, les copartenariats et les ressources mondiales et régionales
- Dépenses par organisation par rapport aux ressources à échelon des pays
- Dépenses par organisation et par domaine prioritaire
- Dépenses par organisation sur stratégies transversales
- Bilan des dépenses
- Graphiques

Tableau 1 : Dépenses du BPTI par organisme en 2010/2011 :

Organisme	Budget principal			Budget supplémentaire			Ressources mondiales et régionales des coparrainants			Ressources totales du BPTI		
	Budget ¹⁸	Dépenses	Réalisation en %	Budget	Dépenses	% Dépenses / Engagement	Budget	Dépenses	% Dépenses / Engagement	Budget	Dépenses	Réalisation en %
HCR	8 854 145	8 854 145	100,00 %	8 600 000	7 960 678	92,57 %	5 800 000	12 716 056	219,24 %	23 254 145	29 530 879	126,99 %
UNICEF	24 996 473	24 627 152	98,52 %	3 019 253	14 030 895	464,71 %	877 769	3 567 854	406,47 %	28 893 495	42 225 901	146,14 %
PAM	8 865 034	8 738 000	98,57 %	9 906 000	24 608 178	248,42 %	8 632 000	4 896 866	56,73 %	27 403 034	38 243 044	139,56 %
PNUD	17 734 713	17 734 713	100,00 %	6 000 000	5 338 186	88,97 %	20 000 000	24 738 419	123,69 %	43 734 713	47 811 318	109,32 %
FNUAP ¹⁹	21 891 289	21 665 187	98,97 %	29 250 000	23 053 188	78,81 %	28 590 000	20 233 890	70,77 %	79 731 289	64 952 265	81,46 %
ONUSDC	11 968 404	12 206 377	101,99 %	4 050 000	5 746 762	141,90 %	1 095 000	8 992 900	821,27 %	17 113 404	26 946 039	157,46 %
OIT	11 428 404	11 427 328	99,99 %	4 800 000	5 639 442	117,49 %	6 500 000	4 710 477	72,47 %	22 728 404	21 777 247	95,82 %
UNESCO	12 836 366	12 454 197	97,02 %	12 500 000	11 927 967	95,42 %	11 500 000	7 835 028	68,13 %	36 836 366	32 217 192	87,46 %
OMS	33 272 915	32 676 970	98,21 %	85 310 000	87 428 982	102,48 %	21 140 000	13 993 299	66,19 %	139 722 915	134 099 251	95,98 %
Banque mondiale	16 066 213	15 841 000	98,60 %	9 020 000	5 410 360	59,98 %	15 150 000	12 598 400	83,16 %	40 236 213	33 849 760	84,13 %
Secrétariat ²⁰	217 400 000	210 370 351	96,77 %	0	0		0	0		217 400 000	210 370 351	96,77 %
Interinstitution ²¹	131 950 000	133 226 393	100,97 %	0	0		0	0		131 950 000	133 226 393	100,97 %
TOTAL	517 263 956	509 821 812	98,56 %	172 455 253	191 144 638	110,84 %	119 284 769	114 283 189	95,81 %	809 003 978	815 249 640	100,77 %

¹⁸ Les subventions des copartenariats pour 2010/2011 ont été revues et reprogrammées selon la révision mi-semestrielle et comprend le fonds des interinstitutions pour l'assistance technique.

¹⁹ Dépenses des composants de SSR et des programmes luttant pour l'égalité entre les sexes.

²⁰ La proposition du Directeur général pour une augmentation de 30 millions de dollars du budget principal du BPTI au cours de l'exercice 2010/2011 a été approuvée par le PCB en décembre 2011.

²¹ La subvention des interinstitutions ne prend pas en compte les 4,5 millions de dollars du fonds dédiés à l'assistance technique qui ont été transférés aux subventions du budget principal des copartenariats.

Tableau 2 : Dépenses du BPTI par effet direct principal en 2010/2011 :

Effet direct principal	Core			Budget supplémentaire			Ressources mondiales et régionales			Ressources totales du BPTI en 2010/2011		
	Budget	Dépenses	Réalisation en %	Budget	Dépenses	Réalisation en %	Budget	Dépenses	Réalisation en %	Budget	Dépenses	Réalisation en %
EDP1 : Leadership et mobilisation des ressources	74 147 662	77 978 656	105,67 %	6 275 000	6 012 248	95,81 %	3 205 000	3 192 558	99,61 %	83 627 662	87 183 462	104,25 %
EDP 2 : Information stratégique	37 626 448	43 412 817	115,93 %	13 585 244	13 552 210	99,76 %	6 877 463	5 265 906	76,57 %	58 089 155	62 230 934	107,13 %
EDP 3 : Ressources humaines du gouvernement et société civile	102 659 869	112 568 950	110,17 %	52 765 166	53 562 879	101,51 %	31 751 817	23 819 504	75,02 %	187 176 852	189 951 332	101,48 %
EDP 4 : Droits de l'homme et égalité des sexes	19 745 869	20 793 486	105,81 %	8 081 218	8 355 806	103,40 %	11 643 612	12 201 608	104,79 %	39 470 699	41 350 901	104,76 %
EDP 5 : Capacités nationales pour une prévention du VIH élargie et intensifiée	48 735 360	40 567 344	83,64 %	46 121 458	70 316 978	152,46 %	21 862 034	16 135 578	73,81 %	116 718 852	127 019 900	108,83 %
EDP 6 : Populations les plus à risque	15 201 082	14 665 185	96,93 %	16 100 000	14 811 568	92,00 %	6 950 000	10 223 665	147,10 %	38 251 082	39 700 418	103,79 %
EDP 7 : Femmes, filles, adolescents, enfants et populations ayant besoin d'aide humanitaire	38 074 396	27 862 411	73,53 %	23 370 167	19 914 812	85,21 %	19 769 843	26 847 568	135,80 %	81 214 406	74 624 791	91,89 %
EDP 8 : Coordination d'alignement et d'harmonisation	181 073 270	171 972 962	95,43 %	6 157 000	4 618 137	75,01 %	17 225 000	16 596 802	96,35 %	204 455 270	193 187 901	94,49 %
TOTAL	517 263 956	509 821 812	98,56 %	172 455 253	191 144 638	110,84 %	119 284 769	114 283 189	95,81 %	809 003 978	815 249 640	100,77 %

Tableau 3 : Dépenses à l'échelon des pays par région²² en 2010/2011

Organisme	Asie / Pacifique	Europe et Asie centrale	Afrique orientale et australe	Afrique occidentale et centrale	Amérique latine	Caraïbes	Moyen-Orient et Afrique du Nord	TOTAL DES DÉPENSES	Ressources à l'échelon des pays (prévision)	% des dépenses / ressources à l'échelon des pays (prévision)
HCR	-	-	2 534 391	-	100 000	-	400 000	3 034 391	11 500 000	26,39 %
UNICEF	48 706 344	9 256 856	168 178 300	46 704 207	8 214 298	3 866 796	15 425 245	300 352 046	309 077 023	97,18 %
PAM ²³	11 626 938	900 000	132 355 080	63 562 573	831 323	224 000	9 345 451	218 845 366	216 309 000	101,17 %
PNUD ²⁴	33 431 852	55 933 041	212 006 176	98 448 966	13 645 933	17 247 576	69 286 456	500 000 000	300 000 000	166,67 %
FNUAP ²⁵	13 038 194	8 396 452	71 132 479	3 389 723	16 265 956	2 251 281	8 585 885	123 059 970	100 000 000	123,06 %
ONUDC	9 877 589	10 272 310	4 054 775	97 500	16 415 038	-	2 942 573	43 659 785	45 150 000	96,70 %
OIT	869 873	154 008	5 207 981	1 699 168	829 831	307 692	-	9 068 553	11 700 000	77,51 %
UNESCO	442 982	6 360	131 858	1 335 488	18 229 045	-	56 465	20 202 198	28 500 000	70,88 %
OMS	42 267 863	5 538 187	22 816 235	11 408 117	2 298 601	1 149 300	20 603 472	106 081 774	127 549 000	83,17 %
Banque mondiale	522 510 000	29 900 000	429 520 000	673 125 400	109 200 000	17 000 000	17 900 000	1 799 155 400	599 940 000	299,89 %
Secrétariat	16 336 243	2 852 356	17 883 051	8 609 457	4 308 778	1 787 075	2 088 204	53 865 165	40 000 000	134,66 %
TOTAL	699 107 877	123 209 570	1 065 820 326	908 380 600	190 338 802	43 833 720	146 633 753	3 177 324 648	1 789 725 023	177,53 %

²² Les ressources à échelon des pays dans ce tableau sont supplémentaires et se distinguent du BPTI.

²³ Les dépenses à échelon des pays de l'OMS comprennent les coûts estimés des produits alimentaires.

²⁴ Les dépenses estimées à échelon des pays du PNUD dans la lutte contre le VIH pour les deux années d'exercice comprennent uniquement des projets d'autonomie et des programmes de lutte contre le VIH fondés par le Fonds mondial.

²⁵ Les dépenses à échelon des pays du FNUAP comprennent les composants de la SSR et des programmes de lutte pour l'égalité entre les sexes.

Tableau 4 : Dépenses du BPTI par domaine prioritaire en 2010/2011

Organisme	DOMAINES PRIORITAIRES										TOTAL
	Transmission sexuelle	PTME	Traitement pour les PVVIH	VIH/TB	PUD	HSH, transsexuels et professionnels du sexe	Lois répressives	Femmes et filles	Adolescents	Protection sociale	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
HCR	2 400 000	4 158 176	4 800 000	750 000	700 000	1 550 000	1 590 000	3 872 113	2 000 000	2 207 000	24 027 289
UNICEF	4 305 422	5 277 523	6 043 535	417 305	426 171	-	140 706	1 011 787	6 974 491	9 892 138	34 489 079
PAM	1 027 757	887 589	26 045 550	5 697 500	-	-	-	218 010	-	2 518 638	36 395 044
PNUD	3 464 308	-	994 282	-	360 465	7 758 479	5 719 206	9 471 103	-	2 360 934	30 128 777
FNUAP	8 765 048	8 488 922	56 217	-	149 824	6 237 187	742 827	8 653 968	11 813 372	44 900	64 952 265
ONUSDC	2 371 890	-	2 699 183	302 118	11 639 482	-	4 144 271	3 150 627	1 020 692	1 617 777	26 946 039
OIT	2 395 497	-	1 851 066	2 068 838	-	-	2 831 042	2 068 838	1 415 521	2 613 270	15 244 073
UNESCO	5 202 724	-	829 121	-	448 550	678 698	1 569 590	1 480 844	9 612 934	1 381 173	21 203 634
OMS	8 046 839	14 748 267	41 578 714	14 750 034	5 360 440	6 700 550	6 700 550	670 053	1 340 110	670 053	100 565 610
Banque mondiale	15 016 660	-	-	-	1 391 250	1 484 250	-	-	-	6 087 400	23 979 560
Secrétariat	11 717 629	8 625 184	6 374 222	7 005 333	8 940 740	6 731 851	12 033 184	9 403 555	13 421 628	6 921 185	91 174 510
Interinstitution	8 713 006	6 981 063	7 500 646	6 981 063	6 434 835	3 463 886	7 154 257	6 981 063	7 420 710	3 517 177	65 147 706
TOTAL	93 426 780	49 166 724	98 772 536	37 972 191	35 851 758	34 604 901	42 625 634	46 981 960	55 019 457	39 831 645	
TOTAL DES DÉPENSES DANS LES ZONES PRIORITAIRES											534 253 585
Pourcentage de l'ensemble des dépenses du BPTI dans les zones prioritaires											65,53 %

Tableau 5 : Rapport des dépenses par stratégies transversales du BPTI de 2010/2011²⁶

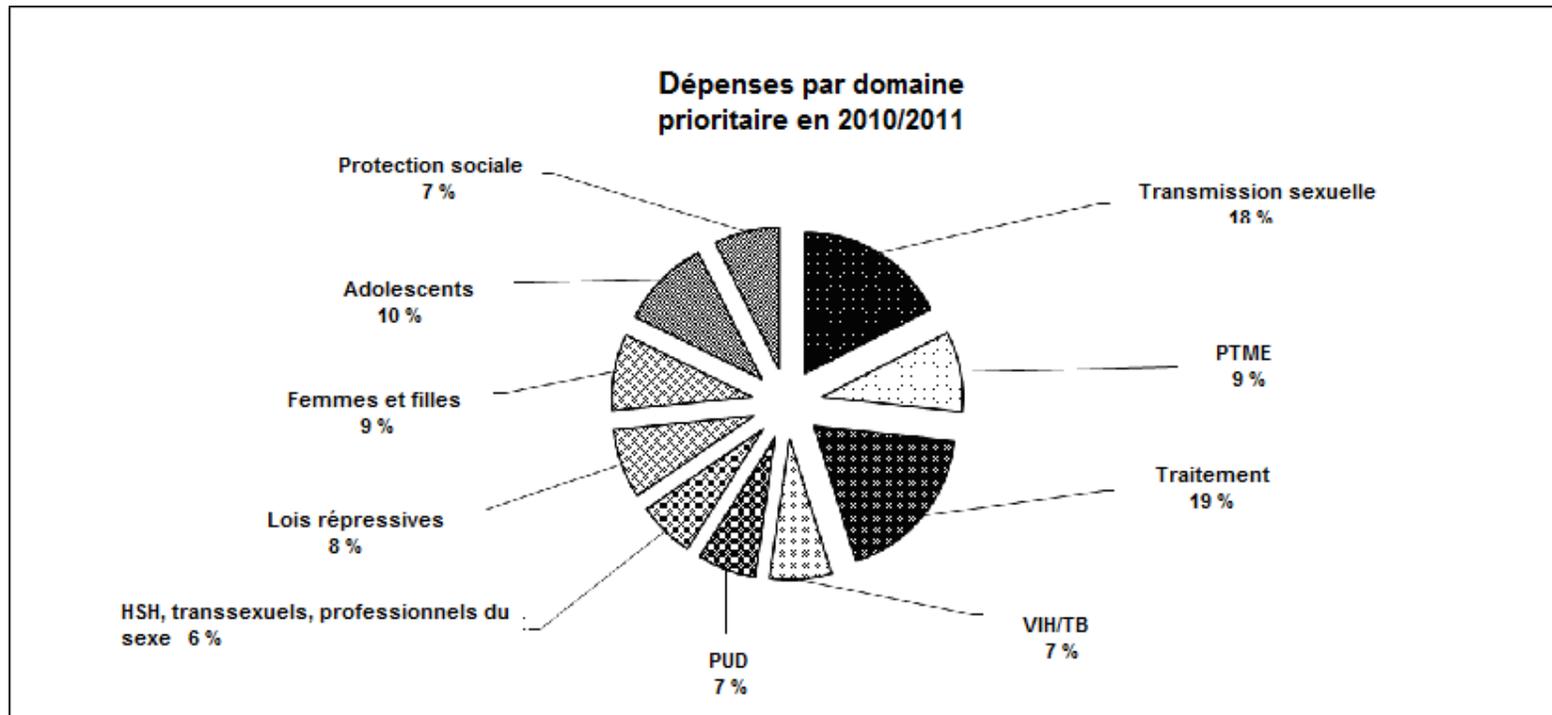
Organisme	Stratégies transversales						TOTAL
	Planification de lutte contre le sida	Fonds mondial	Information stratégique	Assistance technique	Leadership & plaidoyer	Société civile et partenariats	
	1	2	3	4	5	6	
HCR	400 000	45 000	820 000	3 913 590	165 000	160 000	5 503 590
UNICEF	1 572 153	1 787 201	4 126 863	-	-	250 605	7 736 822
PAM	300 000	392 000	410 000	420 000	203 000	123 000	1 848 000
PNUD	4 637 677	10 645 543	-	-	-	2 399 321	17 682 541
FNUAP	-	-	-	-	-	-	-
ONUSD	-	-	-	-	-	-	-
OIT	1 524 407	1 742 180	1 306 635	653 317	435 545	871 090	6 533 174
UNESCO	4 228 354	187 298	1 459 290	1 196 210	2 291 910	1 650 497	11 013 558
OMS	6 704 964	5 369 268	9 385 181	1 348 938	4 020 326	6 704 965	33 533 641
Banque mondiale	-	-	9 870 200	-	-	-	9 870 200
Secrétariat	28 105 479	11 023 406	26 738 072	16 429 924	12 180 443	24 718 516	119 195 841
Interinstitution	5 089 248	12 416 700	9 645 591	32 440 627	3 264 047	5 222 475	68 078 687
TOTAL	52 562 282	43 608 596	63 761 831	56 402 606	22 560 271	42 100 468	
TOTAL DES DÉPENSES DES STRATÉGIES TRANSVERSALES							280 996 054
Pourcentage de l'ensemble des dépenses du BPTI des stratégies transversales							34,47 %

²⁶ Les tableaux 4 et 5 représentent les dépenses du BPTI. Les copartenariats n'affichant pas de dépenses dans le tableau 5 ont assigné les dépenses par domaine prioritaire présents dans le tableau 4.

Tableau 6 : Bilan des dépenses (BPTI et échelon des pays) de 2010/2011

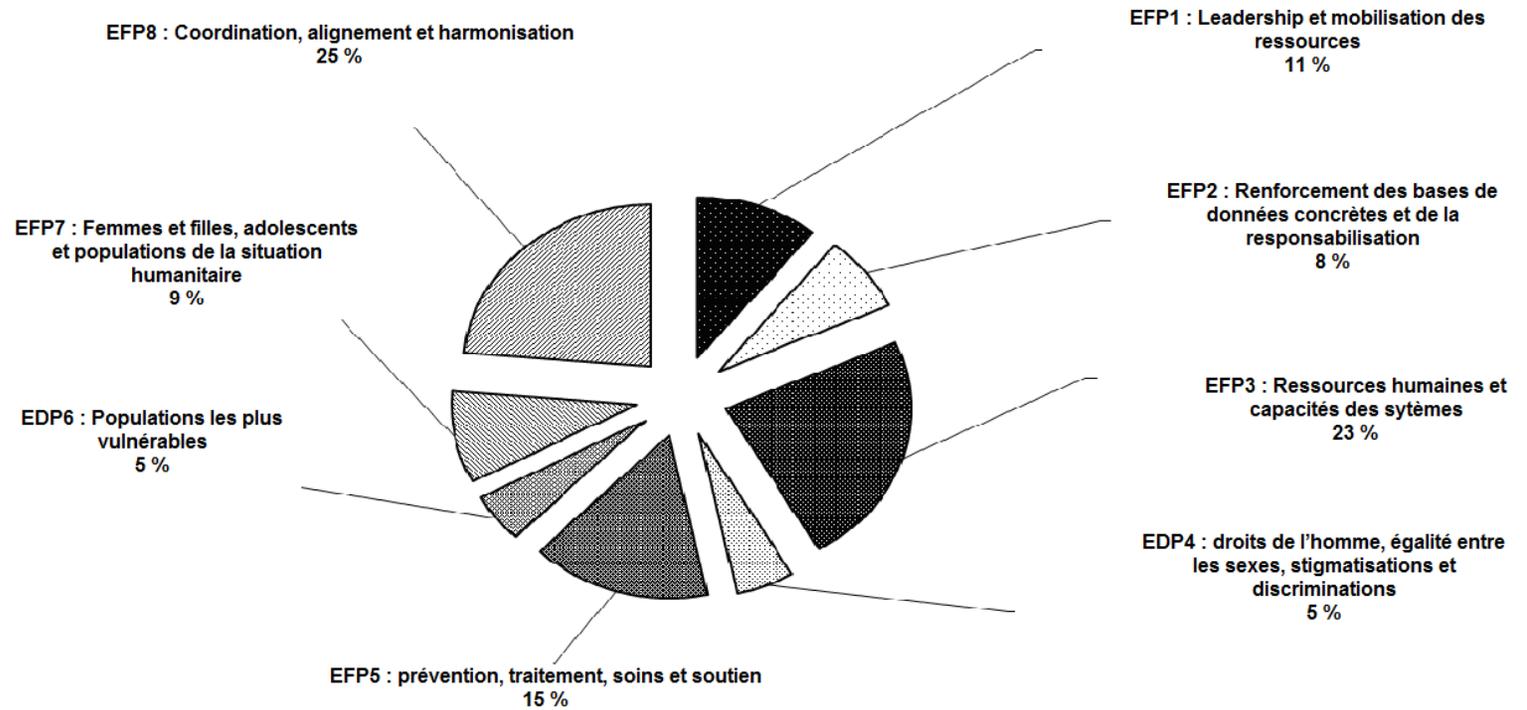
Organisme	Budget total prévu pour 2010-2011	Dépenses en 2010/2011				
		Budget principal	Budget supplémentaire	Dépenses mondiales et régionales	Dépenses à l'échelon des pays	TOTAL
HCR	34 754 145	8 854 145	7 960 678	12 716 056	3 034 391	32 565 270
UNICEF	337 970 518	24 627 152	14 030 895	3 567 854	300 352 046	342 577 947
PAM	243 712 034	8 738 000	24 608 178	4 896 866	218 845 366	257 088 410
PNUD	343 734 713	17 734 713	5 338 186	24 738 419	500 000 000	547 811 318
FNUAP	179 731 289	21 665 187	23 053 188	20 233 890	123 059 970	188 012 235
ONUSDC	62 263 404	12 206 377	5 746 762	8 992 900	43 659 785	70 605 824
OIT	34 428 404	11 427 328	5 639 442	4 710 477	9 068 553	30 845 800
UNESCO	65 336 366	12 454 197	11 927 967	7 835 028	20 202 198	52 419 390
OMS	267 271 915	32 676 970	87 428 982	13 993 299	106 081 774	240 181 025
Banque mondiale	640 176 213	15 841 000	5 410 360	12 598 400	1 799 155 400	1 833 005 160
Secrétariat	257 400 000	210 370 351	0	0	53 865 165	264 235 516
Interinstitution	131 950 000	133 226 393	0	0		133 226 393
TOTAL	2 598 729 001	509 821 812	191 144 638	114 283 189	3 177 324 648	3 992 574 288

Graphique 1



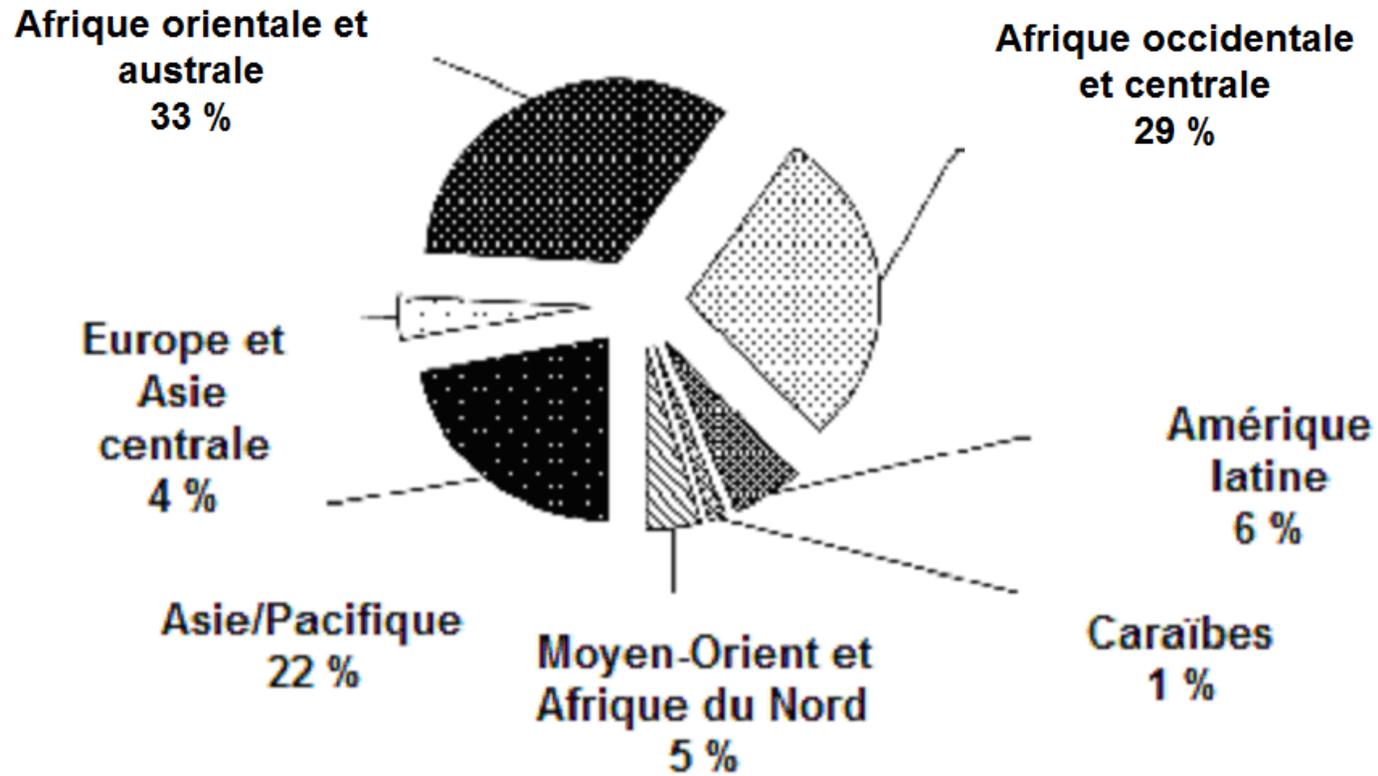
Graphique 2

Dépenses par effet direct principal de 2010/2011



Graphique 3

Dépenses par région de 2010/2011



ABBREVIATIONS

ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
APCOM	Coalition Asie-pacifique sur la santé masculine
ARV	Traitement antirétroviral
ASAP	Stratégie et plans d'action contre le sida
AU	Accès universel
AVVIH	Adolescents vivant avec le VIH
BCOPNU	Bureau pour la coordination des opérations de développement des Nations unies
BHCDH	Bureau du Haut commissariat aux droits de l'homme
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
BII	Bureau international de l'immigration
BPTI	Budget-plan de travail intégré
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud
CAE	Communauté d'Afrique orientale
CBO	Organismes communautaires
CCABA	Coalition sur les enfants malades du SIDA
CCM	Mécanismes de coordination des pays
CCO	Comité des organisations de cosponsors
CCP	Conseil de Coordination du Programme
CCP	Programmation complète du préservatif
CD4	Cluster de différenciation 4 (type de lymphocyte ou globule blanc)
CDAA	Communauté de développement d'Afrique australe
SSR	Santé sexuelle et reproductive
CDC	Centre pour le contrôle et la prévention des maladies
CEEAC	Commission économique des États d'Afrique occidentale
CND	Commission des stupéfiants
CNLS	Cadres nationaux de lutte contre le SIDA
CRIS	Système d'information sur la riposte des pays
CRN +	Réseau régional des Caraïbes pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida
CSATs	Équipe d'action de la société civile
CSOs	Organisations de la société civile
CSS	Renforcement des systèmes communautaires
DCV	Dépistage et conseil sur le VIH
DHS	Enquête Démographique et de Santé
DoL	Département du travail des États-Unis
ECLAC	Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
EEAC	Europe de l'Est et Asie centrale
EGIM	Enquête par grappes à indicateurs multiples
EPP	Estimation et projection des pays
eTME	Élimination de la transmission de la mère vers l'enfant
FANTA	Projet d'assistance technique en matière d'alimentation et de nutrition
FMLSTP	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
FNUAP	Fonds des Nations unies pour la population
GNP+	Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/SIDA
GTZ	Coopération technique Allemande
GVB	Violence basée sur le genre
HCR	Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés
HFLE	Éducation pour la santé et la vie familiale
HLM	High Level Meeting
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IAWG	Groupe de travail Inter-Agences
ICASA	Conférence internationale sur le SIDA et les IST en Afrique
ICASO	Conseil international des ONG de lutte contre le sida
ICNUMASE	Initiative commune des Nations unies sur la mobilité et le VIH/sida en Asie du Sud-Est
ICW	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH
ILO	Organisation internationale du travail
IST	Infections sexuellement transmissibles
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
MDT	Modes de transmission
NASA	Évaluation des dépenses nationales relatives au SIDA
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PA	Protocole d'accord
PAM	Programme alimentaire mondial
PAS	Programme d'aiguilles et de seringues
PEPFAR	Plan d'urgence du président des secours sida
PITC	Dépistage et conseil initié par le soignant
PNLS	Programmes nationaux de lutte contre le sida
PNS	Plan national stratégique
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPE	Prophylaxie post-exposition
PPrE	Prophylaxie pré-exposition
PTME	Prévention de la transmission de la mère vers l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
REPV	Réseau d'études sur la prévention du VIH
RPRTS	Réseau pour les projets relatifs au travail sexuel
S&E	Suivi et évaluation
SIS	Société internationale du sida
SMNE	Santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant
SPSR	Sécurité des produits de santé reproductive
SWAps	Approches et programmes sectoriels
TPI	Traitement préventif par l'isoniazide
UA	Union africaine
UBRAF	Cadre unifié du budget de résultats et de responsabilité de l'ONUSIDA
UIP	Union inter-parlementaire
UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
UNGASS	Sessions extraordinaires de l'Assemblée générale des Nations unies
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds de développement des Nations unies pour la femme
VCT	Conseil et dépistage volontaires
VHC	Virus de l'hépatite C
VMMC	Circoncision médicale volontaire

Annexe : Évolution des cadres stratégiques et opérationnels, objectifs et engagements

