



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR UNODC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(28)/11.7
3 juin 2011

**28^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme
de l'ONUSIDA
Genève, Suisse
21-23 juin 2011**

Rapport de suivi de la performance de l'ONUSIDA 2010

Documents complémentaires pour ce point : UNAIDS/PCB(28)/11.CRP.1

Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à : *prendre note* du rapport de suivi de la performance de l'ONUSIDA 2010.

Incidence en termes de coûts : aucune

VUE D'ENSEMBLE

Résumé

1. Le rapport de suivi de la performance de l'ONUSIDA 2010 présente de façon détaillée les réalisations et les contributions communes et individuelles du Programme commun par rapport au Budget-plan de travail intégré 2010-2011. Il inclut également des informations précises sur les dépenses par ligne budgétaire, région et résultat. Le rapport sera complété par une étude de cas de pays présentée lors de la 28^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.
2. Au niveau mondial, l'incidence du VIH a diminué de près de 20 % entre 1999 et 2009, et le nombre de nouvelles infections a pu être stabilisé ou ralenti de façon significative dans 56 pays au moins. Avec plus de 6,5 millions de personnes sous traitement antirétroviral en décembre 2010 – ce qui représente une augmentation de 25 % pour la seule année 2010, le nombre annuel de décès liés au sida a chuté de 19 % entre 2004 et 2009. Des progrès réguliers ont été accomplis en direction de l'élimination de la transmission verticale du virus, avec une couverture des services de prévention du VIH supérieure à 50 % pour la première fois en 2009 et un nombre de personnes nouvellement infectées en baisse de 24 % entre 2004 et 2009.
3. Alors que plusieurs pays ont supprimé les restrictions au voyage liées au VIH en 2010, le nombre de nations dotées de lois ou de politiques interdisant la discrimination liée au virus a augmenté. Toutefois, les progrès sont contrastés au niveau des réponses apportées aux besoins en rapport avec le VIH des populations clés fortement exposées au risque d'infection. Bien que de plus en plus de pays tiennent compte du rôle de l'inégalité entre les sexes dans leurs stratégies nationales de lutte contre le VIH, beaucoup de nations ne sont toujours pas dotées de programmes budgétisés axés sur les questions relatives à la sexospécificité. En outre, bien que les ressources financières totales allouées à la lutte contre le VIH aient été 10 fois plus importantes en 2009 qu'en 2001, les financements de la riposte dans les pays à revenu faible ou intermédiaire se sont stabilisés et l'on a même constaté en 2009 le premier recul jamais enregistré de l'aide internationale à la lutte contre le VIH.
4. Le Programme commun a été confronté à un certain nombre de difficultés en 2010, lesquelles sont décrites dans la Section II. Celles-ci incluent une stabilisation du soutien financier apporté aux programmes de riposte au VIH, la persistance de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, et des problèmes de capacités à l'échelon des pays.

Introduction

5. Le Budget-plan de travail intégré regroupe les efforts et les budgets des dix Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA afin catalyser une action plus forte contre le sida à l'échelon des pays. Il éclaire différentes les parties prenantes sur l'approche stratégique de la riposte au sida du Programme commun et sert d'outil de responsabilisation pour évaluer les progrès par rapport à des objectifs et des cibles spécifiques.
6. Le Budget-plan de travail 2010-2011 est aligné sur le *Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011 : une action conjointe en vue de résultats* qui recense des domaines prioritaires et des stratégies transversales pour guider les travaux de l'ONUSIDA (et qui a servi à guider l'élaboration de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-

2015). Ce rapport décrit les effets directs principaux et les produits clés atteints par rapport aux domaines prioritaires et aux stratégies transversales du Cadre de résultats.

7. Le Budget-plan de travail intégré 2010-2011 vise à atteindre 8 effets directs principaux et 34 produits clés au moyen de 125 grandes activités spécifiques du Programme commun. Une série d'indicateurs a été élaborée pour évaluer les progrès par rapport aux effets directs principaux auxquels l'ONUSIDA contribue collectivement et aux produits clés réalisés avec la contribution spécifique des membres du Programme commun. Il a été demandé aux Coparrainants et au Secrétariat de l'ONUSIDA de rendre compte des progrès enregistrés par rapport à ces indicateurs.
8. Le Budget-plan de travail intégré 2010-2011 précise les ressources allouées individuellement aux Coparrainants et au Secrétariat par produit clé auquel chaque organisme apporte sa contribution, ce qui permet aux parties prenantes de comparer les résultats déclarés aux allocations budgétaires et aux dépenses réelles.
9. Ce rapport fournit une évaluation à mi-parcours des accomplissements de l'ONUSIDA au titre du Budget-plan de travail intégré 2010-2011. La période couverte par ce rapport n'étant que la première des deux années de l'exercice biennal en cours, les résultats enregistrés par rapport aux produits clés ne seront que partiels ; pour leur part, les allocations budgétaires et les indicateurs de performance concernent l'ensemble de la période de deux années.
10. Dans le cadre du réalignement stratégique du Programme commun opéré dans le but de soutenir la mise en œuvre de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015, un nouvel instrument a été élaboré pour succéder au Budget-plan de travail intégré – le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2012-2015 qui a été présenté pour examen et approbation lors de la 28^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme.

Structure/grandes lignes du rapport

11. Le présent rapport est divisé en 4 sections principales :
 - La **Section I** décrit les évolutions de la riposte globale au sida et les réalisations de l'ONUSIDA dans chacun des domaines prioritaires et stratégies transversales du Cadre de résultats, en s'appuyant principalement sur les progrès enregistrés par rapport aux indicateurs des produits clés. Elle décrit également dans les grandes lignes les principales difficultés auxquelles le Programme commun a été confronté en 2010 au niveau des domaines prioritaires et des stratégies transversales, ainsi que les lacunes persistantes auxquelles il conviendra de remédier.
 - La **Section II** recense les nouvelles difficultés rencontrées par le Programme commun en 2010 ainsi que les principaux enseignements tirés et les principales opportunités exploitées. Cette section décrit les grandes lignes des travaux en cours de l'ONUSIDA pour améliorer la performance et recenser les problèmes émergents puis y répondre.
 - La **Section III** décrit les résultats au niveau des effets directs principaux et des produits clés du Budget-plan de travail intégré 2010-2011. Les produits clés sont les résultats des efforts cumulés et communs de plusieurs Coparrainants et du

Secrétariat. Les effets directs principaux sont les évolutions de la riposte au sida auxquels les produits clés contribuent. Les résultats de cette section sont principalement tirés des rapports sur les grandes activités remis par chaque Coparrainant et le Secrétariat. Cette section permet au lecteur d'apprécier les liens entre les activités/résultats des initiatives de l'ONUSIDA et les progrès mondiaux, mettant ainsi en évidence les contributions spécifiques du Programme commun.

- La **Section IV** présente des informations financières sur les dépenses par organisme, par région, par domaine prioritaire et stratégie transversale du Cadre de résultats, et par effet direct principal.

SECTION I : CONTRIBUTIONS EN DIRECTION DES DOMAINES PRIORITAIRES ET DES STRATÉGIES TRANSVERSALES DU CADRE DE RÉSULTATS DE L'ONUSIDA 2009-2011

12. Le Cadre de résultat de l'ONUSIDA 2009-2011 est axé sur les 10 domaines prioritaires dans lesquels il est fondamental d'enregistrer des progrès pour lutter contre l'épidémie mondiale de VIH. Pour accélérer la réalisation des résultats dans ces domaines prioritaires et pour améliorer l'efficacité et l'efficience opérationnelles de l'ONUSIDA, le Cadre de résultats a recensé 6 stratégies transversales.
13. Les sources de données utilisées pour évaluer les résultats incluent les rapports de pays sur les indicateurs de base élaborés pour suivre les progrès de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de 2001 (indicateurs de l'UNGASS), les rapports nationaux des Coordonnateurs de l'ONUSIDA dans les pays, les résultats des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) nationales, les études nationales sur l'accès universel et les estimations épidémiologiques des pays. Les bases de départ ont des dates variables. Alors que des données de 2009 sont disponibles pour certains indicateurs (tels que ceux qui sont basés sur des estimations épidémiologiques ou la couverture des services), d'autres indicateurs (tels que ceux fondés sur les enquêtes DHS) identifient des tendances temporelles qui sont susceptibles de varier entre les pays.
14. Cette section décrit les progrès dans chaque domaine prioritaire et chaque stratégie transversale. Compte tenu de la diversité des sources de données, le délai d'évaluation des progrès varie selon les domaines prioritaires et les stratégies transversales. Comme ils sont axés sur des résultats quantifiables et des actions à l'échelon des pays, les indicateurs permettent d'évaluer des tendances pertinentes et l'ampleur des progrès accomplis tout en mettant en évidence les lacunes qui subsistent.

Domaines prioritaires

Nous pouvons réduire la transmission sexuelle du VIH

15. Entre 2001 et 2009, le nombre annuel d'infections à VIH a été réduit d'environ 25 % au niveau mondial. Dans 33 pays, dont 22 d'Afrique subsaharienne, l'incidence du VIH a diminué d'au moins 25 % sur la même période. Les changements de comportement sexuel contribuent à faire baisser le nombre de nouvelles infections. Selon des données de pays où l'on a procédé à des enquêtes multiples auprès des ménages sur la dernière décennie, le pourcentage de jeunes (15-24 ans) ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel a augmenté entre la première moitié de la décennie et la seconde. Beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne prennent également des mesures pour mettre en œuvre des interventions de circoncision des hommes adultes dans le but de prévenir la transmission de la femme à l'homme. Le nombre d'hommes circoncis dans 8 des 13 pays prioritaires a augmenté de 100 000 en 2009 à 350 000 en 2010.
16. Bien qu'elles soient encourageantes, ces tendances ne sont pas universelles. Les nouvelles infections se multiplient dans les régions Europe orientale et Asie centrale, et Moyen-Orient et Afrique du Nord, et dans certains pays à revenu élevé. Même si l'utilisation des préservatifs semble augmenter au niveau mondial, elle reste inférieure à un niveau optimal dans de nombreux pays. Dans 14 pays où la prévalence du VIH dépasse 2 % et où l'on dispose de données représentatives au niveau national, plus de 70 % des hommes et des femmes qui ont eu des rapports sexuels à haut risque au cours de la dernière année déclarent ne pas avoir utilisé de

préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Selon des études nationales sur l'accès universel, beaucoup de pays souffrent d'interruptions dans les approvisionnements en préservatifs, ce qui fait obstacle à la fourniture de programmes de prévention du VIH. En outre, dans certains contextes, le fait que les préservatifs restent très stigmatisés empêche les jeunes de les utiliser.

Nous pouvons empêcher que les mères meurent et que leurs bébés soient infectés par le VIH

17. Entre 2008 et 2009, le pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant reçu un traitement antirétroviral a augmenté de 45 % à 53 %. Le nombre d'enfants nouvellement infectés par le virus a diminué de 24 % entre 2004 et 2009, et la couverture de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH a atteint 80 % dans 15 pays à revenu faible ou intermédiaire. De nouvelles directives pour la prévention de la transmission verticale du VIH (publiées en 2010) visent à améliorer l'impact des programmes de PTME. Ces directives insistent sur une mise sous traitement antirétroviral plus précoce des femmes enceintes séropositives au VIH, des examens de routine de la santé des femmes enceintes vivant avec le virus et une intégration étroite des centres/programmes de soins prénatals et de traitement du VIH. Elles fournissent également des recommandations pour prévenir la transmission du virus de mères séropositives à leur nourrisson pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et l'allaitement au sein.
18. Les études nationales sur l'accès universel ont recensé la persistance de plusieurs problèmes qui entravent les efforts de prévention de la transmission verticale du VIH. Par exemple, les femmes enceintes séropositives et leur nourrisson doivent recevoir des services réguliers de PTME, mais dans certains cas, le continuum des soins et la qualité des services ne sont pas garantis. Une meilleure intégration et un renforcement des liaisons entre les services de prise en charge du VIH, les services de santé maternelle, néonatale et infantile, et les autres services de santé sexuelle et reproductive aideraient à remédier à ces problèmes. Un accès élargi et intensifié au diagnostic précoce chez les nourrissons, avec la garantie d'un schéma de traitement antirétroviral pédiatrique de qualité pour tous les nourrissons infectés par le VIH, représenterait aussi un pas en avant significatif.

Nous pouvons faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement

19. Le nombre de personnes de pays à revenu faible ou intermédiaire recevant un traitement antirétroviral a augmenté d'environ 25 % en 2010, atteignant au moins un chiffre de 6,5 millions à travers le monde, et la couverture des traitements antirétroviraux a atteint 80 % dans 8 pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces progrès sauvent des vies et le nombre de décès du sida a diminué de 19 % entre 2004 et 2009.
20. Les personnes vivant avec le VIH ne profitent pas toutes uniformément des progrès au niveau de l'accès au traitement. En 2009, la couverture du traitement antirétroviral a été plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (39 % contre 31 %) et parmi les adultes que parmi les enfants (37 % contre 28 %). Sur les 39 pays qui ont présenté un rapport sur la couverture du traitement destiné aux personnes consommant des drogues injectables en 2009, la moitié environ (19) ont atteint moins de 10 % des personnes visées. Les études nationales sur l'accès universel recensent plusieurs difficultés pour élargir et intensifier les traitements du VIH, et pour optimiser les résultats sanitaires, notamment en ce qui concerne les

interruptions dans l'approvisionnement en médicaments, le caractère inadapté des capacités de laboratoire et le manque de fidélisation des patients sous antirétroviraux participant aux programmes de traitement – ce qui induit des conséquences au niveau de la résistance aux médicaments.

Nous pouvons éviter que les gens vivant avec le VIH meurent de la tuberculose

21. Les activités visant à diagnostiquer la co-infection VIH/tuberculose et à intervenir avec des schémas préventifs et thérapeutiques efficaces donnent des résultats. Le pourcentage de patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH a augmenté de 4 % en 2003 à 26 % en 2009 et l'on a opéré un dépistage du VIH chez 75 % au moins des patients tuberculeux dans 55 pays (contre 50 en 2008). En 2009, 1,6 million de patients tuberculeux avaient connaissance de leur statut VIH, contre 1,4 million en 2008.
22. Les efforts engagés pour prévenir les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH continuent d'être insuffisants et l'on dénombrait 380 000 décès de ce type en 2009. Bien que le traitement antirétroviral réduise le risque de décès parmi les tuberculeux vivant avec le VIH, on constate pourtant que 37 % seulement des personnes co-infectées ont reçu un traitement antirétroviral en 2009. Le dépistage de la tuberculose dans les centres de traitement du VIH demeure insuffisant et l'on estime à 5 % seulement le nombre des personnes vivant avec le virus qui ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose en 2009. La malnutrition chez les personnes co-infectées remet en question l'efficacité du traitement et il est nécessaire de mieux s'y attaquer. En 2009, moins de 1 % des personnes vivant avec le VIH ont reçu un traitement préventif à l'isoniazide. Ces données soulignent le besoin urgent d'une plus grande collaboration des efforts de lutte contre la co-infection VIH/tuberculose.

Nous pouvons protéger les consommateurs de drogues contre l'infection à VIH

23. En 2010, plusieurs pays ont modifié leurs politiques nationales pour permettre l'accès à des stratégies clés de réduction des risques, telles que les programmes d'échange d'aiguilles/de seringues et le traitement de substitution aux opiacés.
24. Malgré ces évolutions encourageantes, des problèmes considérables empêchent ces initiatives de protéger les personnes qui consomment des drogues de la contamination. En 2010, la couverture de la prévention ciblant les personnes qui consomment des drogues injectables mise en place dans 29 pays (32 %) a été inférieure à la couverture moyenne déclarée dans 27 pays en 2008 (46 %)¹. Les programmes d'échange d'aiguilles/de seringues et les traitements de substitution aux opiacés n'étaient pas disponibles dans la plupart des pays ayant communiqué des données en 2010. Moins de 10 pays publiant des informations fournissent des services complets de prévention du VIH dans les milieux carcéraux.

Nous pouvons donner les moyens aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux personnes transsexuelles de se protéger eux-mêmes contre l'infection à VIH et leur permettre d'accéder pleinement à la thérapie antirétrovirale

25. Les informations sont limitées sur l'accès à la prévention du VIH et au traitement antirétroviral des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), des

¹ Ces données sont cependant susceptibles de ne pas être comparables entre pays dans le temps du fait de méthodologies différentes et doivent être interprétées avec prudence.

professionnel(le)s du sexe et des transgenres. En 2010, la couverture de la prévention ciblant les HSH déclarée dans 43 pays (57 %) a été supérieure à celle déclarée en 2008 dans 27 pays (40 %)². Le pourcentage des budgets de lutte contre le VIH alloués à des services destinés aux populations clés a augmenté entre 2008 et 2010 dans les pays ayant des épidémies de faible niveau et généralisées, mais diminué dans ceux ayant des épidémies concentrées.

26. Une situation quelque peu différente a été décrite concernant la couverture de la prévention ciblant les professionnel(le)s du sexe. En 2010, la couverture de la prévention dans 54 pays (49 %) a été plus faible que celle (de 60 %) déclarée dans 39 pays en 2008. Les obstacles aux progrès dans ce domaine prioritaire incluent la contre-productivité des politiques et des cadres juridiques à l'égard de ces populations et d'autres populations marginalisées, ainsi que l'insuffisance du soutien financier apporté aux programmes visant ces populations. En 2010, les programmes destinés aux populations clés représentaient 22 % des dépenses allouées à la riposte au VIH dans les pays ayant des épidémies de faible niveau, 9 % dans les pays ayant des épidémies concentrées et 2 % dans les pays ayant des épidémies généralisées.

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

27. En 2010, la Chine, la Namibie, l'Ukraine et les États-Unis d'Amérique ont abrogé leurs restrictions au voyage liées au VIH respectives et deux autres pays (Équateur et Inde) ont publié des textes confirmant que ces restrictions n'étaient plus en vigueur. Parallèlement, le nombre de pays déclarant l'existence de lois et réglementations qui protègent les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination a augmenté de 87 en 2008 à 124 en 2010. Le pourcentage de pays dotés de lois interdisant la discrimination liée au VIH a augmenté de 56 % en 2006 à 71 % en 2010. Pour cette dernière année, 91 % des pays avaient des composantes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans leurs stratégies nationales, et 90 % ont fait état d'activités visant à combattre la stigmatisation (contre 39 % en 2006).
28. Les initiatives visant à supprimer les lois, les politiques et les pratiques répressives, la stigmatisation et la discrimination sont confrontées à des obstacles considérables. Bien que le nombre de pays dotés de lois combattant la discrimination liée au VIH ait augmenté, moins de 60 % des pays ont déclaré disposer d'un mécanisme pour enregistrer, documenter et traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes séropositives au VIH ou des populations clés fortement exposées au risque d'infection. De même, alors que les mesures de lutte contre la stigmatisation sont de plus en plus prises en compte dans les stratégies nationales, une minorité seulement de pays leur allouent un budget approprié.
29. Dans 48 pays, territoires et entités, on continue d'imposer, sous une forme ou une autre, des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH. 116 pays criminalisent certains aspects du commerce du sexe, 79 pays et territoires criminalisent les rapports sexuels entre personnes de même sexe, et 32 pays sont dotés de lois qui autorisent la peine de mort pour certains délits liés aux drogues.

² Cependant, du fait de méthodologies et de contextes différents, ces chiffres doivent être interprétés avec prudence et ne sont pas nécessairement représentatifs de tendances.

Nous pouvons répondre aux besoins des femmes et des filles en matière de VIH et mettre un terme à la violence sexuelle et sexiste

30. Le nombre de pays déclarant être dotés de politiques visant à garantir aux femmes et aux hommes un accès égal aux services de prévention, de traitement et de soins a augmenté de 111 en 2008 à 144 en 2010. Au niveau mondial, les gouvernements de 80 % des pays (131 sur 171) ont déclaré considérer les femmes comme un secteur de leur stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH. Plus de 60 pays ont commencé à mettre en œuvre l'*Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH*, obtenant la participation de plus de 400 organisations de la société civile – notamment des groupes de femmes. 60 % des pays déclarent avoir promu une participation accrue des hommes et des garçons aux programmes de santé reproductive.
31. Même si de plus en plus de pays ont conscience qu'il est important que les ripostes tiennent compte des différences entre les sexes, peu d'entre eux transforment cette prise de conscience en action. Bien que 4 stratégies nationales de lutte contre le VIH sur 5 prévoient des activités expressément axées sur les femmes et les filles, 46 % seulement d'entre elles ont alloué des budgets à de telles activités. La prévalence élevée de la violence sexiste – qui affecte plus de 50 % des femmes dans certains pays d'Afrique subsaharienne – continue de faire obstacle à ces ripostes efficaces.

Nous pouvons donner aux jeunes les moyens de se protéger contre le VIH

32. Entre 2001 et 2009, la prévalence du VIH parmi les jeunes (15-24 ans) a diminué de plus de 25 % dans 10 pays à prévalence élevée d'Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, le pourcentage de jeunes ayant des connaissances précises et complètes sur le VIH a légèrement augmenté en 2009 ; dans 10 pays, les niveaux de connaissances complètes dépassent même 60 % chez les jeunes hommes et les jeunes femmes.
33. Le caractère limité des progrès enregistrés au niveau des connaissances des jeunes concernant le VIH porte atteinte aux efforts engagés pour leur donner les moyens de se protéger contre le virus. Au niveau mondial, 34 % seulement des jeunes ont des connaissances précises concernant la prévention du VIH. Bien que l'on constate certaines évolutions favorables des comportements dans de nombreux pays, on note pour 15 pays où le taux de prévalence du VIH est supérieur à 2 % que l'âge des premiers rapports sexuels n'a augmenté de façon significative que dans 7 pays pour les hommes et dans 11 pays pour les femmes.

Nous pouvons renforcer la protection sociale en faveur des personnes affectées par le VIH

34. Des évaluations récentes effectuées dans certains pays où la prévalence est élevée révèlent comment des programmes de transfert monétaire et des initiatives visant à faciliter l'accès aux services contribuent à améliorer la sécurité alimentaire, la nutrition, l'éducation et les résultats de santé dans certains des ménages les plus pauvres et les plus vulnérables, y compris ceux affectés par le VIH et le sida. Des progrès significatifs ont été enregistrés en direction d'un équilibre au niveau de la scolarisation des orphelins et des non orphelins âgés de 10 à 14 ans.
35. Parmi les problèmes persistants, citons les faiblesses sous-jacentes de nombreux systèmes nationaux de protection sociale : la stigmatisation et la discrimination permanentes liées au VIH fragilisent les efforts visant à accroître l'accès aux

services, de même que le caractère limité de la protection juridique et des lois promouvant l'égalité et réduisant l'exclusion sociale.

Stratégies transversales

Intégrer la planification et l'action de la riposte au sida dans les politiques nationales de développement et les cadres de responsabilité au sens large

36. En 2010, l'ONUSIDA a prioritairement défendu les initiatives visant à sortir la riposte au VIH de son isolement et à l'intégrer à des activités plus larges de santé et de développement. La mise en relation de la riposte au VIH et des objectifs du Millénaire pour le développement est un élément clé du Rapport sur le VIH 2010 du Secrétaire général à l'intention de l'Assemblée générale des Nations Unies. L'ONUSIDA a soutenu la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général – avalisée par une large communauté d'acteurs et bien accueillie par les 192 États Membres. La Stratégie mondiale vise à intensifier et mieux coordonner les efforts pour générer des résultats au niveau des OMD liés à la santé. En 2010, l'ONUSIDA a apporté son appui à plus de 50 pays pour intégrer la question du VIH dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et d'autres instruments classiques de planification du développement. 57 pays ont reçu un soutien pour intégrer la question du VIH dans des programmes nationaux en faveur du travail décent.

Optimiser l'appui des Nations Unies pour les demandes de subventions au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et la mise en œuvre des programmes du Fonds mondial

37. En 2010, l'ONUSIDA a apporté un soutien à 68 soumissionnaires (pays et régions) pour élaborer des propositions pour la série 10 des subventions du Fonds mondial. Le Programme commun a choisi 15 pays pour leur fournir un appui supplémentaire et hiérarchisé en fonction du poids de la maladie, du niveau de revenu et du taux d'approbation des soumissions précédemment déposées auprès du Fonds mondial. 69 % de ces pays ont vu leurs projets acceptés, contre un taux d'approbation global des soumissions de 41 %. Le soutien de l'ONUSIDA lors de la préparation des soumissions pour la série 10 a aidé les pays à avoir accès à des financements totaux de US\$ 732 millions pour la riposte au VIH.
38. L'ONUSIDA a renforcé les mécanismes de coordination dans les pays (CCM) dans 15 états en fournissant environ 1 400 jours d'appui technique pour la mise en œuvre des tableaux de bord des CCM, les politiques sur les conflits d'intérêt et des orientations à l'intention des nouveaux membres des CCM. Plus de 30 pays ont bénéficié d'une assistance technique pour mettre en œuvre des programmes dont le financement était approuvé par le Fonds mondial.

Améliorer la production, l'analyse et l'utilisation d'informations stratégiques pays par pays, notamment par le biais de la mobilisation de sources novatrices

39. Dans 81 pays, des rapports annuels ou biennaux ont été établis sur les objectifs fixés pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui. 67 pays ont publié un rapport sur les estimations nationales (différent du rapport UNGASS) en 2010. Le nombre de pays ayant communiqué à l'ONUSIDA des données sur les indicateurs de base relatifs aux progrès nationaux a augmenté de 153 en 2008 à 182 en 2010.

40. L'ONUSIDA a collaboré avec 151 pays pour établir des estimations épidémiologiques de la prévalence du VIH, de l'incidence du virus, des décès liés au sida et des besoins de services en 2010. Le Programme commun a aussi apporté un appui à des études sur les modes de transmission dans 13 pays en 2010.

Évaluer et réaligner la gestion des programmes d'assistance technique

41. À l'échelon des pays, on a dénombré 89 équipes conjointes des Nations Unies sur le VIH/sida, complétées par 72 programmes communs d'appui dont 61 ont été adoptés. Les 'programmes communs d'appui' sont définis comme tels lorsque leur structure répond à trois critères, à savoir qu'ils sont (a) adoptés par les équipes conjointes, (b) adoptés par l'UNCT/le groupe thématique, et (c) utilisés comme base pour le travail commun des Nations Unies, la mobilisation de fonds, les évaluations et les comptes rendus. Une stratégie d'appui technique pour la société civile a été conçue et des consultations ont été engagées. Dans 5 régions, des dispositifs d'appui technique ont fourni 14 700 jours d'assistance technique à 67 pays, en ayant recours à des conseillers régionaux dans 85 % de l'ensemble des missions. 5 plans nationaux d'appui technique supplémentaires ont été élaborés, outre les 11 déjà en place en décembre 2009.

Élaborer des messages communs pour un engagement politique, une promotion du leadership et un plaidoyer soutenus

42. Le Programme commun s'est distingué par sa présence et sa visibilité lors de la Conférence internationale sur le sida de Vienne de 2010. Lors du Sommet des Nations Unies sur les OMD, l'ONUSIDA a publié des données sur les progrès en direction de l'OMD 6 et appelé à exploiter la riposte au sida pour soutenir tous les OMD. L'ONUSIDA a joué un rôle actif lors du Sommet de l'Union africaine en juillet 2010 – à l'issue duquel les leaders africains ont approuvé l'objectif d'élimination de la transmission verticale du virus. Le Sommet de haut niveau des dirigeants religieux sur la riposte au VIH a été soutenu par l'ONUSIDA et a permis de recenser des opportunités pour que les communautés religieuses promeuvent l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, et s'expriment haut et fort contre la stigmatisation et la discrimination qui affectent les personnes vivant avec le virus. Le Fonds mondial et l'ONUSIDA ont réuni des représentants de 20 pays pour examiner leurs objectifs et stratégies de PTME, ce qui a permis de compléter et/ou de reprogrammer les subventions concernées du Fonds mondial.
43. Le Conseil de Coordination du Programme a approuvé une nouvelle vision, une nouvelle mission et une nouvelle stratégie pour l'ONUSIDA pour 2011-2015. Celles-ci mettent l'accent sur des actions essentielles nécessaires pour parvenir à « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida ». L'ONUSIDA a révisé et réaligné sa matrice de division du travail dans le but de renforcer les efforts collectifs d'ensemble du Programme commun pour obtenir de meilleurs résultats et accroître l'efficacité, l'efficacéité et la responsabilisation mutuelle du Secrétariat et des Coparrainants. L'ONUSIDA a lancé la Commission mondiale sur le VIH et le droit pour améliorer les connaissances de l'impact de l'environnement juridique sur les ripostes nationales au VIH.

Élargir et renforcer l'engagement aux côtés des communautés, de la société civile et des réseaux de personnes vivant avec le VIH à tous les échelons de la riposte

44. L'ONUSIDA a élaboré un nouveau cadre général de partenariat qui soutient un pacte mondial en faveur d'une responsabilité partagée, d'une sélectivité et d'une concentration des activités accrues, et de mécanismes de responsabilisation mutuelle en vue de l'obtention de résultats. Le Programme commun a soutenu la mise en œuvre de l'approche globale 'Santé positive, Dignité et Prévention' qui promeut une mise en relation des services de prévention du VIH destinés aux personnes vivant avec le virus, d'un dispositif solide de protection des droits humains et d'un accès amélioré au traitement du VIH et à d'autres services essentiels. L'ONUSIDA a également apporté son soutien au déploiement de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH à l'échelon national dans plus de 30 pays.
45. Les dispositifs d'appui technique ont fourni environ 3 500 jours d'appui technique à des organisations de la société civile en 2010. En collaboration avec Alliance Hubs (www.aidsalliance.org) et CSAT (www.csactionteam.org), un cadre de renforcement des systèmes communautaires a été élaboré pour consolider les activités à assise communautaire visant à améliorer la santé, en privilégiant particulièrement la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial. UN Cares a reçu des éloges remarquables lors de la remise du Prix ONU 21 (reconnaissant l'innovation, l'efficacité et l'excellence dans la fourniture de services des Nations Unies).

SECTION II : PRINCIPALES DIFFICULTÉS ET PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS TIRÉS

46. Pour l'établissement des comptes rendus sur 2010, il a été demandé aux Coparrainants et au Secrétariat de recenser les difficultés rencontrées et les principaux enseignements tirés pendant la première année de l'exercice biennal 2010-2011. Cette section présente certains des points saillants de la riposte à l'épidémie et tout paragraphe sur les principales difficultés est suivi d'un autre paragraphe (en alinéa signalé par une flèche ►) sur les enseignements tirés. Le Programme commun analysera collectivement ces constatations majeures et en tiendra compte dans l'adaptation et la révision des stratégies et des approches afin de maximiser les résultats pendant la deuxième année du Budget-plan de travail intégré.
- **Difficultés au niveau des financements et des capacités.** La stabilisation de l'appui international à la lutte contre le VIH – combinée à des besoins concurrents et à un accroissement du nombre de personnes vivant avec le virus – exerce des pressions significatives sur la riposte au VIH et menace la pérennité des progrès récemment enregistrés. En outre, la dépendance massive de nombreux pays vis-à-vis de soutiens externes pourrait mettre en danger les ripostes nationales. De plus, 10 ans après l'adoption des objectifs datés de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001, des limites au niveau des ressources humaines et des capacités institutionnelles subsistent dans les domaines technique et de la gestion – qui continuent de ralentir les ripostes nationales.
 - Le financement de la riposte au VIH est une *responsabilité commune* qui requiert un soutien continu des donateurs internationaux, des allocations et un engagement politique plus importants de la part des gouvernements nationaux, un leadership plus fort des économies émergentes et du secteur privé, et des progrès plus ciblés pour améliorer l'efficacité et maximiser l'impact.

- **Comptes rendus sur l'épidémie.** Les parties prenantes qui participent à la riposte au VIH doivent mieux faire pour documenter clairement de façon quantitative et qualitative l'impact des programmes de lutte contre le virus – par exemple, en termes de vies sauvées et d'infections évitées.
 - ▶ Le suivi de l'impact aide non seulement les personnes chargées de la mise en œuvre des programmes à recenser les facteurs qui les ralentissent (et à s'y attaquer) et à améliorer la qualité des services, mais sera aussi essentiel pour orienter les décideurs afin qu'ils déploient les ressources là où elles peuvent avoir le plus d'impact. En outre, la multiplication des données ventilées par âge et par sexe a amélioré la capacité à plaider efficacement pour une riposte plus ciblée et mieux hiérarchisée. De même, des études récentes sur les modes de transmission ont encouragé plusieurs pays à commencer à réaligner l'ensemble de leurs programmes et politiques pour répondre aux besoins émergents et faire face aux priorités négligées.

- **Nouveaux outils, nouvelles technologies et connaissances.** En décembre 2010, près de 4 ans après la publication par l'OMS de recommandations sur le recours à la circoncision des hommes adultes à des fins de prévention du VIH, environ 500 000 hommes seulement de pays clés d'Afrique subsaharienne ont été circoncis.
 - ▶ En 2010, les résultats des recherches – en particulier concernant les microbicides vaginaux, le traitement antirétroviral pré-exposition et les programmes de transfert monétaire conditionnel au profit des jeunes – montrent qu'il est possible de renforcer considérablement la riposte au VIH. Ces avancées décisives de la recherche soulignent à quel point il est important de maintenir des investissements soutenus dans la recherche sur le virus. Cependant, il est tout aussi essentiel d'utiliser les nouveaux outils efficacement.
 - ▶ En 2010, de nouvelles données probantes ont été enregistrées concernant les avantages en termes de prévention d'un élargissement et d'une intensification du traitement. Ces constatations ont non seulement souligné la nécessité d'accélérer l'élargissement de l'accès au traitement, mais aussi le besoin essentiel d'établir des liaisons entre prévention du VIH et traitement, à tous les niveaux de la planification stratégique, de la fourniture de services et de l'évaluation de l'impact.

- **Impact des violations des droits humains.** La stigmatisation, la discrimination et les violations des droits humains continuent de faire obstacle à des ripostes efficaces. Par exemple, des lois répressives peuvent inciter des populations marginalisées à rester dans l'ombre et les empêcher d'avoir accès aux services et à l'appui dont elles ont besoin.
 - ▶ Les décisions prises récemment par différents pays pour supprimer les restrictions au voyage liées au VIH fournissent des preuves encourageantes qui montrent que les progrès sont possibles, mais le rythme des changements demeure inapproprié.

- **Programmes et politiques tenant compte des femmes et des jeunes filles.** Trop peu de pays ont budgété des programmes qui tiennent compte des aspects sexospécifiques de l'épidémie de VIH.
 - ▶ Pour renforcer la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, il faut obtenir l'engagement d'un plus grand nombre de réseaux nationaux et

régionaux de femmes vivant avec le VIH et d'organisations de défense des droits des femmes. Une participation accrue des hommes et des garçons constitue par ailleurs une priorité majeure.

- **Élimination de la transmission verticale du VIH.** Bien que des progrès significatifs aient été accomplis concernant l'élargissement de la couverture de la prévention de la transmission verticale du VIH et la réduction du nombre d'enfants nouvellement infectés par le virus, le fait que la couverture de la prévention soit faible dans plusieurs pays durement touchés empêche d'enregistrer des progrès plus rapides au niveau de la protection des enfants contre le VIH. L'intégration de programmes de prévention primaire du VIH et de prévention des grossesses non désirées dans la PTME pose des problèmes à la fois au niveau des politiques et de la mise en œuvre.
 - ▶ Les objectifs d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et d'accès universel ne pourront pas être réalisés tant que les pays et les communautés n'auront pas atteint les membres les plus marginalisés de la société et répondu à leurs besoins. Un soutien politique plus important, un appui technique plus ciblé et des services plus intégrés sont nécessaires pour garantir un élargissement et une intensification des programmes dans les pays où les progrès tardent à se manifester. Une approche complète – assortie de procédures pratiques normalisées et confirmées par des données probantes des avantages de l'intégration – est également essentielle pour convaincre les parties prenantes d'élargir et d'intensifier les programmes. Le Groupe de travail interinstitutions sur la PTME a joué un rôle déterminant pour soutenir l'élargissement/l'intensification des programmes de prévention de la transmission verticale et pour fournir des soins et un traitement pédiatriques.
 - ▶ Dans les situations de crise humanitaire, il est important que l'intégration et l'élargissement/l'intensification des programmes de santé sexuelle et reproductive et des programmes de prise en charge du VIH commencent rapidement une fois la crise stabilisée.
- **Répondre aux besoins des jeunes.** Des recherches récentes en Afrique subsaharienne et des expériences dans des situations de crise humanitaire indiquent que de nombreux jeunes, y compris ceux qui ont bénéficié d'une éducation et d'une formation sur le VIH, continuent d'entretenir des idées fausses concernant le virus.
 - ▶ Les informations et les programmes sur le VIH doivent être fournis dans le cadre d'un continuum de programmes adaptés à l'âge de leurs bénéficiaires et au contexte dans lequel ils vivent, qui ont été conçus avec la participation et des contributions des jeunes. La suppression des obstacles politiques et juridiques à l'accès à des services adaptés à la jeunesse – de sorte que les jeunes n'en soient pas exclus – réduit leur risque d'exposition au VIH. L'expérience montre également que l'éducation à la sexualité offre un moyen utile pour améliorer les résultats de santé chez les jeunes. En outre, travailler en direction d'objectifs mesurables (ex : des connaissances complètes, le dépistage du VIH et l'utilisation de préservatifs par les jeunes) dans des pays prioritaires a des effets responsabilisants et multiplicateurs plus marqués et aidera à obtenir des résultats visibles au niveau de la réduction des nouvelles infections.

- **Attention inadaptée aux besoins des populations clés.** Les pays continuent pour la plupart d'allouer des ressources inadaptées aux programmes destinés aux populations clés. La stigmatisation, la discrimination et l'homophobie persistent, parallèlement à des engagements politiques inappropriés. Dans certains pays, le fait d'avoir une société civile peu engagée entrave les efforts entrepris pour répondre aux besoins des populations clés. Le manque d'informations quantitatives et qualitatives implique que les cadres théoriques concernant les questions de sexospécificité, de sexualité et d'identité sont peu étayés, ce qui conduit à des connaissances superficielles des besoins et des comportements, et entraîne par voie de conséquence la mise en place de programmes inopérants. En outre, l'efficacité des ripostes et des efforts engagés pour travailler en partenariat avec les populations clés peut être handicapée par différentes situations, telles que la criminalisation du commerce du sexe et des relations sexuelles entre personnes de même sexe, ou un traitement obligatoire de la toxicomanie.
 - ▶ Des évolutions récentes des politiques liées à un leadership politique plus efficace et à une allocation plus ciblée des ressources ont aidé à élargir l'accès à des services éclairés par le concret destinés aux populations clés ; elles démontrent que des progrès sont possibles. Un environnement porteur doit être créé pour que les populations clés participent à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies et des programmes qui affectent leur vie. Pour que l'attention accordée aux besoins des populations clés soit efficace, cela requiert également une approche globale, y compris des mesures de lutte contre la stigmatisation, et des travaux avec les organes chargés de l'application des lois et d'autres parties prenantes pour répondre aux questions générales.
- **Programmes destinés aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le sida.** De nombreux pays, en particulier en Afrique subsaharienne, ont enregistré des progrès significatifs en direction d'une égalité au niveau de la scolarisation des orphelins et des non orphelins. Malgré des avancées impressionnantes, des préoccupations subsistent concernant la faiblesse de la couverture de l'appui externe aux foyers qui prennent en charge des orphelins et des enfants vulnérables. Le nombre d'enfant dans le besoin est important mais beaucoup de programmes ciblant les orphelins et les enfants vulnérables restent de faible envergure et fragmentés, et n'arrivent pas à être associés à des initiatives de prévention et de traitement plus larges.
 - ▶ La base de connaissances pour une programmation efficace axée sur les enfants s'est considérablement développée ces dernières années. Par exemple, des études ont révélé que le facteur le plus marquant qui détermine la vulnérabilité d'un enfant n'est pas la présence d'un adulte ayant une maladie chronique, mais plutôt le niveau d'éducation du chef du foyer ou de la femme la plus âgée vivant dans le foyer, ce qui met en évidence l'étroitesse des liens entre la riposte au VIH et l'effort mondial pour parvenir à une éducation universelle. En outre, l'expérience de nombreux pays qui ont développé à grande échelle les programmes de protection sociale révèle la faisabilité et la valeur de tels programmes. Les données concrètes disponibles indiquent que la protection sociale joue un rôle important pour garantir le succès de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui ainsi que des activités d'atténuation de l'impact. L'expérience récente met en évidence l'importance de l'alimentation et de la nutrition pour l'efficacité des soins et de l'appui des enfants affectés par le sida.

- **Protection sociale tenant compte du VIH.** De nombreux pays ne sont pas dotés de programmes nationaux de protection sociale et pour ceux qui le sont, il est nécessaire réfléchir de façon approfondie pour savoir comment rendre ces lois, politiques et programmes plus réactifs aux besoins des personnes affectées par et vivant avec le VIH. Pour beaucoup, l'accès aux services est limité du fait d'une pauvreté généralisée à laquelle se combinent les obstacles de la stigmatisation et de la discrimination.
 - ▶ Les régimes de protection sociale liés à l'emploi offrent des opportunités considérables aux personnes vivant avec ou affectées par le VIH. En outre, les politiques, lois et réglementations tenant compte du VIH qui soutiennent les droits économiques et sociaux de tous, y compris les plus vulnérables et les populations clés, peuvent aider à développer les solutions de création de revenus, à protéger les droits à l'héritage, à garantir l'accès aux biens et services essentiels, et à réduire la stigmatisation et la discrimination.
- **Intégration des services et stratégies de fourniture.** Bien qu'il existe dans certains milieux un continuum de soins entre les centres de traitement du VIH et les organisations à assise communautaire, ce continuum est très difficile à assurer dans la réalité du fait de différents facteurs tels que le manque de volonté politique et de ressources, l'insuffisance des capacités des groupes communautaires, et le manque d'entente entre les groupes communautaires et les travailleurs de santé.
- La mise en relation de la prise en charge du VIH et de la santé sexuelle et reproductive continue de poser des problèmes dans de nombreux pays. L'accent est souvent mis sur l'intégration au niveau des services et l'on accorde moins d'attention aux questions structurelles et humaines plus larges. Des systèmes d'approvisionnement et logistiques inopérants font obstacle à une fourniture efficace de services. De plus, dans un certain nombre de pays, le manque de collaboration entre les services de prise en charge du VIH et les services de prise en charge de la tuberculose affaiblit les efforts visant à réduire la morbidité et la mortalité liées à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH. Certains pays n'ont toujours pas pleinement conscience du grand nombre de passerelles qui existent entre les services et sont susceptibles de bénéficier du soutien des subventions du Fonds mondial.
 - ▶ Un examen approfondi des programmes de soins et de traitement du VIH a recensé différents changements possibles pour améliorer l'accès aux services et leur qualité. Ceux-ci incluent la réorganisation des soins et du traitement du VIH au niveau des provinces, y compris des nouveaux centres de traitement dans certains districts, une numération des CD4 sur le lieu de fourniture des services, des efforts ciblés de renforcement des capacités des équipes de traitement, et la mise en place d'un continuum de soins entre les centres de traitement du VIH et les organisations à assise communautaire. L'opération met en évidence l'utilité potentielle des examens stratégiques pour l'évaluation des problèmes de fourniture et la conception de stratégies novatrices pour y remédier.
 - ▶ Des interruptions dans la fourniture de produits clés (ex : médicaments antirétroviraux, traitements pour les maladies opportunistes, kits de dépistage du VIH, préservatifs, etc.) font obstacle à des ripostes efficaces et soulignent à quel point il est nécessaire de renforcer davantage les

systèmes nationaux et infranationaux de gestion des achats et des approvisionnements.

- **Engagement sectoriel inapproprié dans certains pays.** Les ripostes demeurent très axées sur le secteur de la santé dans de nombreux contextes. Par exemple, malgré les signes d'une participation accrue dans différentes régions, de nombreux ministères de l'éducation restent insuffisamment engagés dans certaines ripostes nationales.
 - ▶ Il faut en permanence rappeler à tous le rôle et l'importance d'un engagement multisectoriel large. Les nombreuses opportunités qui permettent à d'autres ministères de jouer un rôle majeur (ex : le Ministère de l'Intérieur) peuvent aider à garantir un accès au traitement pour les groupes vulnérables.

47. Malgré de nombreux obstacles, des progrès significatifs ont été enregistrés. Les avancées récentes au niveau de l'élargissement de la couverture de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en matière de VIH ont un impact positif considérable sur les pays et les communautés. S'agissant du seul traitement antirétroviral, on estime qu'entre le milieu des années 1990 et décembre 2009, 14,4 millions d'années de vie ont été sauvées et que le nombre de vies épargnées a augmenté particulièrement vite en Afrique subsaharienne parallèlement à l'amplification des programmes.

48. Les enseignements spécifiques sur la manière dont le Programme commun travaille incluent :

- ▶ **Efficacité des partenariats.** Pour être efficaces, les partenariats ont besoin d'avoir une connaissance claire des attentes et des objectifs de chaque partenaire éventuel et de s'assurer que ces attentes et objectifs sont alignés sur les objectifs stratégiques de l'ONUSIDA et les priorités des programmes nationaux. L'expérience récente met en évidence la volonté de nombreuses entreprises multinationales de créer des partenariats axés sur le développement social avec des ONG, de renforcer les programmes de responsabilité sociale des entreprises et d'étudier les possibilités de travailler avec des sociétés plus petites du secteur privé sur la question du VIH.
- ▶ **Renforcement de la coordination et de l'harmonisation des efforts des Nations Unies.** Il existe des possibilités pour améliorer de façon significative la performance et l'impact collectifs de l'ONUSIDA du fait de l'adoption de la nouvelle matrice de division du travail. L'augmentation du nombre d'équipes conjointes des Nations Unies et de programmes communs d'appui offre la possibilité d'améliorer la cohérence, la coordination et l'efficacité des travaux des Nations Unies à l'échelon des pays. L'effort plus large qui consiste à mettre en œuvre les recommandations de la Deuxième évaluation indépendante conduira également à des changements au sein de l'ONUSIDA, ne serait-ce qu'au niveau du format – nouveau et quadriennal – de l'UBRAF.

SECTION III : RÉALISATIONS PAR RAPPORT AUX EFFETS DIRECTS PRINCIPAUX ET AUX PRODUIT CLÉS DU BUDGET-PLAN DE TRAVAIL INTÉGRÉ 2010-2011

49. Cette section résume les réalisations du Programme commun au cours de la première année de l'exercice biennal actuel par produit clé. Les réalisations globales du Programme commun sont présentées de façon synthétique parallèlement à de courtes descriptions d'une sélection de résultats des grandes activités liées menées par les Coparrainants et le Secrétariat.
50. Les synthèses présentées mettent particulièrement l'accent sur les travaux et les résultats à l'échelon des pays. Lorsqu'ils sont disponibles, des indicateurs quantitatifs ont été utilisés afin de minimiser le plus possible la subjectivité lors de l'évaluation des progrès enregistrés à ce jour.

Effet direct principal 1 : Renforcement du leadership et de la mobilisation des ressources pour une riposte large au VIH au niveau mondial, au plan régional et à l'échelon des pays.

Produit clé 1 :

Ordre du jour mondial pour une riposte complète et efficace au VIH clairement défini et soutenu par des politiques, des normes et des directives mondiales.

Réalisations du Programme commun :

51. La vision, la mission et la stratégie de l'ONUSIDA – avalisées par le Conseil de Coordination du Programme – ont défini un ordre du jour pour parvenir à des objectifs mondiaux de « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida » grâce aux stratégies et actions clés recensées pour les atteindre. Ces objectifs ont été fixés dans le cadre d'une large approche consultative, notamment une consultation multi-parties prenantes à Bangkok en 2010. Le Programme commun a joué un rôle actif et visible lors de la Conférence internationale sur le sida 2010 de Vienne. Des directives révisées ont été publiées sur un large éventail de questions, notamment le traitement antirétroviral, la co-infection VIH/tuberculose, l'alimentation des nourrissons et la prévention de la transmission verticale du virus. En outre, l'ONUSIDA a activement promu l'*Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH*. Le Programme commun a commencé à élaborer un nouvel ordre du jour pour le traitement du VIH (Traitement 2.0) et un nouveau cadre d'investissement en faveur du VIH. En décembre 2009, 45 pays avaient intégré de nouvelles recommandations pour les critères d'admissibilité au traitement antirétroviral et le choix du schéma thérapeutique pour les adultes et les adolescents.
52. Dans le cadre de sa mission normative, l'OMS a publié 23 politiques, stratégies, normes et autres outils sur le VIH. Des directives cliniques ont été diffusées concernant le traitement antirétroviral chez les adultes et les enfants, la prévention de la transmission verticale, l'alimentation des nourrissons et la gestion de la co-infection VIH/tuberculose. L'organisation a élaboré le projet de Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015 dans le cadre d'un processus consultatif, en décrivant les grandes lignes des interventions prioritaires à mettre en œuvre par les pays et en précisant l'appui susceptible d'être obtenu auprès d'elle-même.
53. Le *Secrétariat de l'ONUSIDA* a conduit le processus d'élaboration et d'approbation de la nouvelle vision, la nouvelle mission et la nouvelle stratégie de l'ONUSIDA. Il a

coopéré à la préparation de la Réunion de haut niveau sur le sida de 2011 qui aura lieu pendant l'Assemblée générale des Nations Unies et aux nouvelles directives sur la mise en œuvre des programmes de prévention combinée du VIH à l'échelon des pays.

Produit clé 2 :

Engagement politique et leadership renforcés parmi les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les autres parties prenantes à tous les niveaux pour garantir des ripostes au VIH durables, multisectorielles et participatives.

Réalisations du Programme commun :

54. Sur les 135 pays qui ont remis un rapport sur l'Indice composite des politiques nationales en 2010, 130 ont indiqué qu'ils étaient dotés d'une stratégie multisectorielle nationale et 113 ont signalé qu'elle était assortie d'un plan opérationnel. Un soutien a été apporté à 15 pays pour élaborer des plans stratégiques nationaux de riposte au sida sur cinq ans. De nouvelles initiatives importantes, notamment une norme internationale du travail sur le VIH, ont été lancées et largement avalisées. Par le biais de sessions thématiques, de discours de politique générale et d'autres interventions, des mesures ont été prises pour s'assurer que le Conseil de Coordination du Programme agit comme un organe décisionnaire central dans la riposte au VIH. En 2010, 96 % des pays ont déclaré que leur stratégie nationale de lutte contre le VIH prévoyait explicitement la participation des personnes vivant avec le virus – contre 75 % en 2006.
55. Une vaste majorité des États Membres de l'OIT ont adopté la première norme internationale du travail sur le VIH/sida et le monde du travail. 14 pays ont reçu des conseils et un appui technique pour l'adoption de déclarations nationales tripartites sur le VIH/sida et le monde du travail. 47 pays d'Afrique ont adopté, avec le soutien de l'OIT, la Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du Socle de protection sociale qui mentionne spécifiquement la question du VIH et du sida.
56. L'UNESCO a apporté son soutien à l'ASEAN Regional Conference on Youth Who Are At Risk for HIV, co-organisé un colloque de la SADC sur une redynamisation de la riposte au VIH du secteur de l'éducation et s'est engagé aux côtés de 10 Ministères de l'Éducation pour préparer une conférence régionale sur l'éducation et le VIH en Europe orientale et Asie centrale.
57. La Banque mondiale a fait participer des Ministres des Finances à des réunions de la SADC pour discuter des conséquences budgétaires de l'élargissement des services de prise en charge du VIH. Elle a contribué à l'élaboration d'un Plan d'action pour lutter contre le VIH/sida et la tuberculose en Afrique australe en 2010-2011. La Banque mondiale a fait participer d'illustres défenseurs de la riposte à la création d'un environnement habilitant pour la réduction des risques, y compris dans le cadre de tournées d'étude Sud-Sud de haut niveau réunissant des parlementaires, des leaders religieux, des ministres et des responsables de la justice et des prisons.
58. Le Secrétariat a obtenu un engagement politique de haut niveau dans plusieurs forums régionaux, notamment la Communauté des pays lusophones, les pays francophones et l'Union africaine. Des missions du Directeur exécutif ont cristallisé un engagement politique en faveur de la riposte au sida des Présidents du Brésil, du Cameroun, de Djibouti, de République démocratique du Congo, du Malawi, du Mali, du Nigéria et d'Afrique du Sud, ainsi que des Chefs d'État de pays des Caraïbes et du Vice-Président et du Premier Ministre chinois. Le Conseil de Coordination du Programme a examiné le rapport sur le suivi de la Deuxième évaluation

indépendante de l'ONUSIDA et approuvé la nouvelle vision, la nouvelle mission et la nouvelle stratégie du Programme commun. Des questions importantes ont été soulevées par l'ONUSIDA lors de réunions du Conseil du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, d'UNITAID, du Partenariat Halte à la tuberculose et d'autres réunions mondiales. Un soutien a aussi été apporté à une réunion capitale axée sur la lutte contre la stigmatisation liée au VIH qui a regroupé 400 leaders de différents groupes religieux en Inde. Le *Secrétariat* a publié, coordonné ou facilité l'élaboration de 15 rapports majeurs et 63 communiqués de presse.

Produit clé 3 :

Ressources financières mobilisées et exploitées en temps voulu et de manière prévisible et efficace pour répondre aux besoins de ressource prévus pour une riposte élargie et intensifiée.

Réalisations du Programme commun :

59. Les financements totaux alloués à la riposte au sida en 2009 se sont élevés à US\$ 15,9 milliards, ce qui représente une augmentation modeste par rapport à 2008 mais substantielle par rapport aux dépenses engagées en 2007 (US\$ 11,3 milliards). L'ONUSIDA estime que les financements totaux alloués aux programmes de lutte contre le VIH en 2009 ont été insuffisants d'environ US\$ 10 milliards par rapport aux montants nécessaires pour avancer en direction de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.
60. Le *Secrétariat* a finalisé sa stratégie et son plan d'action pour la mobilisation de ressources, et restructuré les Fonds d'accélération programmatique pour les aligner sur les domaines prioritaires du Cadre de résultats. Il a apporté une aide aux pays pour réaliser des évaluations des dépenses nationales allouées à la riposte au sida ; des données complètes sur les flux de ressources et les sources de financement ont été communiquées dans le *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010*.

Produit clé 4 :

Capacités renforcées des personnes vivant avec le VIH, de la société civile et des organisations à assise communautaire à participer de manière significative aux ripostes contre le VIH à tous les niveaux.

Réalisations du Programme commun :

61. Sous la conduite de l'UNFPA, l'ONUSIDA a apporté un soutien à la collaboration, la compilation, la recherche et l'analyse dans le cadre d'un processus plus large de renforcement des réseaux et des organisations de professionnel(le)s du sexe dans la région Asie et Pacifique (par le biais d'un renforcement du réseau régional APNSW). Le Programme commun a par ailleurs co-organisé la première Consultation régionale Asie-Pacifique sur le commerce du sexe. Cette consultation a permis d'élaborer 8 projets de plans sur le VIH et le commerce du sexe à l'échelon des pays (Cambodge, Chine, Iles Fidji, Indonésie, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Thaïlande et Viet Nam) et de fixer un programme mondial pour lutter contre l'épidémie de VIH parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients – lequel devrait être mis en œuvre en 2011-2013.
62. Le *PNUD* a apporté son appui à des groupes locaux et nationaux de personnes vivant avec le VIH dans 48 pays, notamment en aidant à renforcer les capacités de leadership de réseaux et d'associations de femmes vivant avec le VIH dans 23 pays à travers 6 régions. En outre, il a fourni une assistance technique, des formations, et

des conseils en matière de mobilisation de ressources à 3 réseaux régionaux de la société civile.

63. Le *Secrétariat* a mobilisé des ressources pour permettre à des représentants de la société civile d'Afrique australe d'assister à la Conférence internationale sur le sida de 2010. Une initiative en faveur de l'émergence d'une nouvelle génération de leaders a été lancée pour donner des moyens aux jeunes ; il s'agit de leur offrir la possibilité d'éclairer et de dynamiser les politiques et les programmes de l'ONUSIDA.

Effet direct principal 2 : 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 1 :

Approches et systèmes de suivi et d'évaluation du VIH mieux coordonnés et harmonisés.

Réalisations du Programme commun :

64. Sur les 135 pays remettant un rapport sur l'Indice composite des politiques nationales, 118 déclarent être dotés d'un cadre de suivi et d'évaluation de la riposte au VIH. En 2010, 182 pays ont communiqué des données sur des indicateurs de base de la riposte nationale. L'ONUSIDA a mis en œuvre une stratégie visant à renforcer les capacités de suivi et d'évaluation des programmes destinés aux populations clés.
65. L'OMS a fourni aux pays un appui à partir de son siège et de ses bureaux régionaux pour améliorer la qualité et la complétude des données. L'organisation a collaboré avec l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour communiquer des informations stratégiques sur les progrès en direction de l'accès universel, notamment des rapports de 43 pays (sur 46) d'Afrique. De nouvelles directives communes ont été élaborées en collaboration avec le PNUD et l'UNFPA sur le suivi et l'évaluation des programmes destinés aux professionnel(le)s du sexe et aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Un soutien a été fourni pour des études visant à évaluer l'impact de l'élargissement/l'intensification de l'accès au traitement antirétroviral au Botswana et en Afrique du Sud. L'appui technique de l'OMS a permis de renforcer la surveillance du VIH dans 11 pays d'Asie du Sud-Est et d'analyser la riposte du secteur de la santé en Afrique. Des indicateurs régionaux du VIH ont été actualisés en Europe et 14 pays ont participé à un suivi de l'accès universel en Méditerranée orientale. Des documents normatifs ont été élaborés sur le thème de la surveillance du VIH de deuxième génération, la surveillance de la mortalité et pédiatrique, la conduite éthique de la surveillance du VIH, l'évaluation des systèmes de surveillance, l'utilisation des analyses de l'incidence du VIH et l'estimation de la taille des populations plus exposées au risque d'infection.
66. Le *Secrétariat* a aidé des pays à entreprendre des examens des progrès en direction de l'accès universel qui ont permis d'éclairer des consultations régionales en 2011 en anticipation de la Réunion de haut niveau. Une aide a été apportée aux pays pour les aider à faire face aux obligations de compte rendu en 2010, ce qui a permis d'avoir un nombre record de pays communiquant des données à intégrer dans le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Des directives ont été publiées pour faciliter les évaluations – décidées et conduites par les pays – de leurs procédures de suivi et d'évaluation. Des examens des programmes de suivi et d'évaluation ont été entrepris dans 4 pays d'Asie et 12 nations ont participé à un

atelier commun avec le Fonds mondial sur le renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation.

Produit clé 2 :

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.

Réalisations du Programme commun :

67. En 2010, l'ONUSIDA a publié des données complètes sur les tendances programmatiques et épidémiologiques mondiales, régionales et nationales. Grâce à l'aide d'outils téléchargeables, de plus en plus de pays ont entrepris des évaluations des dépenses nationales allouées à la riposte au sida, ce qui a permis de constituer un ensemble croissant de données relatives aux flux de ressources, aux sources des dépenses et aux allocations de financements. Les données transmises et les analyses ont servi à éclairer de nombreux rapports importants, notamment le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*, le 'Bilan de situation – Enfants et SIDA' de l'UNICEF et le rapport piloté par l'OMS sur les progrès du secteur de la santé en direction de l'accès universel.
68. Le HCR a collecté et analysé des informations sur le VIH venant de la moitié des pays dotés de programmes de lutte contre le virus. Des évaluations interinstitutions des ripostes ciblant les personnes déplacées internes ont été réalisées dans 6 pays. La question du VIH a été intégrée dans le système d'information du HCR dans 8 pays supplémentaires. Les différents travaux ont inclus des enquêtes de surveillance comportementale (4 pays), des études sur l'observance des traitements antirétroviraux par les réfugiés (2 pays) et la collecte de données sur le VIH hors camps (6 pays).
69. L'UNICEF a publié son cinquième bilan de situation en 2010 et contribué à la collecte et l'analyse de données sur l'élargissement et l'intensification des services destinés aux femmes et aux enfants dans le rapport 2010 intitulé 'Vers un accès universel'. L'UNICEF a aussi publié un rapport intitulé '*Blâme et bannissement : l'épidémie souterraine de VIH touchant les enfants d'Europe de l'Est et d'Asie centrale*' qui attire l'attention sur la situation et les besoins des enfants de la région.
70. L'UNESCO a entrepris une étude sur le coût et le rapport coût-efficacité de l'éducation à la sexualité dans 6 pays et finalisé la première phase d'une enquête mondiale engagée pour évaluer les progrès en direction de l'élaboration et de la mise en œuvre des ripostes au VIH et au sida du secteur de l'éducation. Un cadre mondial de suivi et d'évaluation de la riposte au VIH du secteur de l'éducation a été élaboré ainsi que des projets de cadre pour les Caraïbes et le Viet Nam. Un appui a été fourni pour un programme de suivi des connaissances sur le VIH en Afrique.
71. La visibilité de l'OMS a été fortement accrue au deuxième semestre 2010 avec le lancement de nouvelles directives de prévention et de traitement majeures, la publication du rapport *Vers un accès universel* et l'élaboration du projet de Stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida pour 2011-2015. Des évaluations des systèmes de santé ont été facilitées dans 3 pays de la région Amériques et des fiches épidémiologiques de pays ont par ailleurs été publiées.
72. Le Secrétariat a analysé de façon efficace des données de 182 pays pour publier le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Outre les rapports sur les

tendances épidémiologiques, la couverture des services et les progrès en direction des engagements convenus au niveau mondial, le rapport a intégré d'importantes informations relatives aux tendances des financements de la riposte au VIH. Un appui a été fourni aux pays concernant l'utilisation du modèle Spectrum qui permet d'établir des estimations épidémiologiques.

Produit clé 3 :

Programmes d'évaluation et de recherche dans les domaines biomédical, socioéconomique, comportemental et opérationnel élaborés et promus pour élargir et intensifier la riposte.

Réalisations du Programme commun :

73. Le Programme commun a fourni un important appui technique et élaboré différents outils pour soutenir les initiatives de recherche à l'échelon des pays. Il a fourni un appui aux parties prenantes pour interpréter des conclusions de recherche majeures sur différents nouveaux outils et approches de prévention, et recenser les étapes suivantes.
74. L'UNICEF a apporté un soutien à 5 pays d'Afrique subsaharienne pour entreprendre des recherches sur l'accroissement de la couverture des services et l'amélioration de leur qualité, ainsi que pour évaluer les forces et les faiblesses des interventions axées sur les orphelins et les enfants vulnérables. Au niveau mondial, l'UNICEF et l'ONUSIDA ont commandé une étude pour démontrer comment la protection sociale soutient les programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui, ainsi que les initiatives d'atténuation de l'impact. En Asie de l'Est et dans le Pacifique, l'UNICEF a recensé les programmes de protection sociale qui tiennent compte des enfants et du VIH dans 9 pays. Le Fonds a aussi apporté son aide pour une évaluation rapide de la disponibilité des formulations pédiatriques d'antirétroviraux dans 7 pays de la région CEE/CEI.
75. L'OMS a produit des outils génériques pour la recherche opérationnelle sur le conseil et le test du VIH, aidé 4 pays d'Asie à mettre en œuvre des programmes de recherche et soutenu la surveillance biologique et comportementale parmi les populations clés plus exposées au risque d'infection dans la région Amériques. Un programme de formation de 5 jours a contribué à renforcer les capacités régionales de recherche opérationnelle en Inde. Un appui a aussi été fourni pour des études sur l'amélioration de l'évaluation de l'impact et des effets du traitement du VIH en Afrique du Sud et au Botswana. 31 enquêtes de pays sur le suivi de la résistance aux médicaments du VIH ont été finalisées et 12 études supplémentaires étaient en cours en décembre 2010.
76. La Banque mondiale a apporté son soutien à des examens essentiels de l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH ainsi qu'à des analyses relatives aux questions budgétaires au Botswana, en Afrique du Sud, au Swaziland et en Ouganda. Elle a fourni une assistance aux Maldives pour recenser et estimer la taille des populations clés plus exposées au risque d'infection, publié un rapport de synthèse documentant des tendances épidémiologiques préoccupantes dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, et soutenu des analyses économiques des épidémies mondiales parmi les populations clés. Des évaluations de l'impact du VIH ont été entreprises au Bénin, au Burundi, en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Malawi et au Sénégal.
77. Le Secrétariat a traduit les conclusions de recherches décisives sur les microbicides vaginaux et le traitement antirétroviral pré-exposition pour un public mondial. Il a co-

organisé avec l'OMS une réunion régionale intitulée 'Prochaines étapes pour le gel à base de ténofovir' en Afrique du Sud et apporté son soutien à deux réunions nationales de parties prenantes sur le traitement pré-exposition. Le Secrétariat a aidé 3 pays à entreprendre des études d'évaluation des coûts de l'élargissement des programmes de circoncision médicale des hommes, soutenu la révision du guide de l'ONUSIDA pour une auto-évaluation du cadre juridique et réglementaire en Ouganda, et organisé – avec l'USAID – une réunion régionale afin de montrer des stratégies de communication pour susciter la demande d'interventions de circoncision masculine. Des consultations dans les régions Europe orientale et Asie centrale, et Asie ont été axées sur un projet de guide pour une participation des consommateurs de drogues injectables à des essais de prévention biomédicale du VIH dans le respect de l'éthique. Les directives 2007 sur les bonnes pratiques en matière de participation aux essais de prévention biomédicale du VIH ont été révisées et présentées au public pour commentaire. 10 questions du blog axé sur le VIH 'This Week's science' (<http://hivthisweek.org>) ont été adressées à un lectorat de plus de 7 500 personnes.

Effet direct principal 3 : Renforcement des ressources humaines et des systèmes publics et de la société civile pour élaborer, mettre en œuvre et élargir/intensifier des ripostes au VIH complètes et éclairées par le concret.

Produit clé 1 :

Capacités renforcées des autorités nationales de lutte contre le sida à conduire et coordonner une riposte au sida multisectorielle, à assise large et participative.

Réalisations du Programme commun :

78. Des dispositifs d'appui technique ont fourni environ 2 800 jours d'aide technique à des organes nationaux de coordination de la riposte au sida, en mettant l'accent sur le suivi et l'évaluation, la planification de la prévention et la gestion financière. Les capacités de 571 partenaires nationaux ont été renforcées dans une série de domaines, notamment la préparation des propositions devant être soumises au Fonds mondial, les processus du Fonds mondial, le renforcement des CCM, les programmes de riposte au VIH et le suivi et l'évaluation.
79. Le PNUD a aidé les autorités nationales de lutte contre le sida de 26 pays à renforcer la gouvernance et la coordination des ripostes, et documente les activités de coordination des ripostes nationales au sida couronnées de succès.
80. La Banque mondiale a fourni un appui technique et une aide à la mise en œuvre aux autorités nationales chargées de la riposte au sida dans 12 pays, y compris en fournissant une assurance qualité (en particulier pour les projets à haut risque) et une assistance sous forme d'approvisionnement en biens destinés aux populations clés.
81. Le Secrétariat a appuyé une analyse des documents des conseils nationaux de lutte contre le sida et des examens à mi-parcours dans de nombreux pays. Un appui au renforcement des capacités a été fourni dans 8 pays d'Afrique pour optimiser la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial, et des informations tirées de ce projet ont été utilisées pour évaluer et réaligner la gestion de l'appui technique.

Produit clé 2 :

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.

Réalisations du Programme commun :

82. Sur 135 pays ayant remis un rapport, 126 ont mis en place des plans opérationnels de riposte au VIH. 59 pays au moins (toutes régions confondues) ont reçu un appui ciblé de l'ONUSIDA pour élaborer, examiner ou réviser les stratégies nationales. Des dispositifs d'appui technique ont aidé 15 pays à élaborer des plans stratégiques nationaux sur cinq ans. Des études sur les modes de transmission, des estimations Spectrum, des études de l'impact socioéconomique et d'autres outils de recherche et épidémiologiques ont été utilisés pour s'assurer que les plans stratégiques répondent aux tendances émergentes.
83. Le Programme commun a mis en place un processus pour examiner les questions clés relatives aux plans stratégiques nationaux et étudier la nécessité d'atteindre un consensus mondial pour les dispositions des plans stratégiques nationaux de troisième génération compte tenu de la complexité des épidémies, des problèmes émergents et des enseignements tirés du passé.
84. L'UNICEF a fourni un appui technique pour l'élaboration de plans stratégiques et de cadres opérationnels nationaux ciblant les enfants et le sida, éclairés par le concret et adaptés à des contextes spécifiques, et ce, dans 6 pays d'Afrique occidentale et centrale, 5 pays d'Asie du Sud, 1 pays de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, et 7 pays de la région Europe orientale et Asie centrale.
85. Le PAM a fourni un appui technique pour l'élaboration de stratégies et de plans d'action de riposte au sida éclairés par le concret dans 37 pays. Cela a inclus l'examen d'informations concrètes relatives aux domaines interconnectés de la nutrition, du VIH, de la tuberculose et de l'insécurité alimentaire, ainsi que l'élaboration de directives sur le suivi et l'évaluation, et une étude des enseignements tirés de la région Amérique latine et Caraïbes concernant l'insécurité alimentaire et les obstacles nutritionnels au traitement antirétroviral. Un appui a aussi été apporté pour la préparation et la soumission de propositions au Fonds mondial dans 5 pays d'Afrique subsaharienne.
86. Le PNUD a aidé les autorités nationales à élaborer des stratégies et des plans d'action de riposte au sida éclairés par le concret dans 18 pays, en insistant sur leur mise en relation avec des activités plus larges de développement et liées aux OMD, ainsi que sur la prise en compte de questions relatives aux droits humains, à l'égalité des sexes, aux femmes et aux filles, sans oublier la diversité sexuelle.
87. L'UNFPA a soutenu l'élaboration de plans stratégiques et d'action nationaux dans 51 pays et fourni un appui local permanent à 65 pays, en facilitant le dialogue sur les politiques et le renforcement des capacités, et en promouvant l'intégration des organisations de jeunes, des réseaux liés au commerce du sexe, des femmes et des filles, et des réseaux de femmes vivant avec le VIH. L'UNFPA a apporté un soutien à la Coalition mondiale de la jeunesse sur le VIH/sida (GYCA) et à la Vienna Youth Force lors de la Conférence internationale sur le sida de 2010, notamment pour une réunion de 3 jours avant la conférence regroupant 270 jeunes militants de la riposte au VIH et au sida de 79 pays.
88. L'UNODC a fourni un appui technique à 59 pays au moins pour élaborer des stratégies et des plans d'action pour lutter contre le VIH parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, les personnes incarcérées et les personnes

vulnérables à la traite d'êtres humains. Cet appui a notamment inclus des formations à plus de 100 responsables publics sur la fixation d'objectifs, les orientations en matière de mise en place et d'élargissement du traitement de substitution, et l'élaboration de feuilles de route nationales sur l'estimation du nombre de personnes qui consomment des drogues injectables.

89. L'OIT a aidé 54 pays à intégrer et mettre en œuvre des composantes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail dans leurs stratégies nationales de riposte au sida. Cela a inclus des programmes de renforcement des capacités pour plus de 8 500 éducateurs pour les pairs, le soutien d'une campagne intitulée 'Chief Executive Officer HIV Testing Days' et la mise en œuvre de programmes visant à accroître l'accès à des services de traitement, de soins et d'appui du VIH destinés aux travailleurs vulnérables de secteurs économiques clés.
90. L'UNESCO a aidé à l'élaboration de stratégies et de plans d'action nationaux dans 59 pays pour garantir des ressources et une attention suffisantes au secteur de l'éducation (et aux secteurs liés). Pour ce faire, l'organisation a conduit ou fourni un appui technique pour les consultations nationales et les évaluations de l'impact et des besoins, et examiné et élaboré des politiques générales, des plans et des politiques sectorielles (y compris pour ceux qui fournissent des soins et un appui aux personnels du secteur de l'éducation et aux élèves/étudiants affectés par le VIH et le sida).
91. L'OMS a élaboré un ensemble de ressources pour la planification opérationnelle et stratégique nationale de la riposte au VIH du secteur de la santé, lequel est disponible pour usage interne. Cet ensemble se compose d'un guide de planification, d'un outil d'évaluation des coûts et d'un dispositif de formation pour le personnel de l'OMS et national. Un projet de guide sur l'utilisation des données de suivi et d'évaluation au niveau de la planification stratégique a également été élaboré. Les études soutenues par l'OMS relatives à l'impact du traitement antirétroviral ont été utilisées pour éclairer les plans d'action et stratégiques au Botswana et en Afrique du Sud. D'autres documents d'analyse, tels qu'un examen de la riposte du secteur de la santé dans la région Amériques, ont contribué à la planification stratégique dans cette région.
92. La Banque mondiale a fourni un soutien à des opérations de planification stratégique et d'examen par les pairs dans 38 pays, en s'assurant qu'elles soient éclairées par le concret, hiérarchisées, évaluées en termes de coûts, efficaces et efficaces. Le renforcement des capacités des membres du personnel national de l'Organisation des États de la Caraïbe orientale les a aidés à élaborer sa stratégie régionale et à enregistrer des économies d'échelle essentielles pour les petits États insulaires.
93. Le Secrétariat a apporté son appui à l'élaboration de nouveaux plans stratégiques nationaux (ou leur actualisation) dans 41 pays, notamment en collectant, analysant et documentant les informations stratégiques, en élaborant des outils et des orientations, et en assurant la cohérence entre les instruments de planification des Nations Unies.

Produit clé 3 :

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 œuvre.

Réalisations du Programme commun :

94. Sur les 135 pays ayant remis un rapport, 118 sont dotés d'une stratégie multisectorielle qui inclut un cadre de suivi et d'évaluation de la riposte au VIH. Le fait que 182 pays (un record) aient communiqué des données sur les indicateurs de base sur le VIH en 2010 apparaît comme un signe d'engagement accru en direction de la responsabilisation. L'appui technique a permis aux pays d'utiliser le modèle Spectrum pour établir des estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH, des décès liés au sida, des besoins de services et du nombre d'enfants rendus orphelins par le sida.
95. L'OMS a fourni un appui aux pays et aux régions pour améliorer la ponctualité, la complétude et la qualité des rapports du secteur de la santé. En Afrique, 43 pays sur 46 ont remis des données pour les rapports annuels sur l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH.
96. La Banque mondiale a apporté son soutien pour établir une synthèse des données disponibles sur l'épidémie dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, éclairant ainsi les prises de décision au niveau régional et national, et mettant en évidence des tendances préoccupantes de l'épidémie régionale. Des analyses des épidémies mondiales parmi les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été entreprises. Des examens de l'impact ont été réalisés dans 6 pays d'Afrique pour aider à choisir les interventions prioritaires. Des études économiques ont permis d'éclairer des travaux visant à améliorer l'efficacité des programmes au Botswana, en Afrique du Sud, au Swaziland et en Ouganda.
97. Le Secrétariat a aidé des pays à utiliser le modèle Spectrum pour établir des estimations épidémiologiques et évaluer les besoins totaux de services. Il a apporté un soutien aux pays pour qu'ils communiquent en temps voulu des données sur les indicateurs de la riposte au VIH et réalisent des examens de l'accès universel pour éclairer les documents préparatoires pour la Réunion de haut niveau sur le sida de 2011.

Produit clé 4 :

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.

Réalisations du Programme commun :

98. Les rapports 2010 des pays sur l'Indice composite des politiques nationales révèlent une augmentation du degré de participation des personnes vivant avec le VIH et de la société civile aux ripostes nationales. En 2010, le pourcentage des dépenses nationales allouées à la prévention du VIH destinée aux populations plus exposées au risque d'infection s'établit à 22 % dans les pays où les épidémies sont de faible niveau, à 9 % dans les pays où elles sont concentrées et à 2 % dans les pays où les épidémies sont généralisées. Les dispositifs d'appui technique ont fourni plus de 3 800 jours d'appui technique à des organisations de la société civile pour améliorer l'efficacité de leur participation aux ripostes nationales.
99. L'UNICEF a fourni un appui technique pour accroître la participation des adolescents et d'autres populations clés dans 32 pays, y compris pour renforcer les capacités des administrateurs de programmes dans les centres de santé destinés aux jeunes, soutenir les programmes de réduction des risques et de proximité destinés aux

adolescents vulnérables, et aider les jeunes à recenser les infrastructures de santé et les équipements dans leurs communautés.

100. Le *Secrétariat* a élaboré un cadre pour le renforcement des systèmes communautaires qui vise à soutenir la composante 'renforcement des systèmes communautaires' des subventions du Fonds mondial, mais a également des applications plus larges. Le cadre vise à combler l'insuffisance des financements alloués au renforcement des systèmes communautaires.

Produit clé 5 :

Dispositifs nationaux de planification, de formation, de rémunération et de fidélisation des ressources humaines améliorés dans tous les secteurs concernés de la riposte.

Réalisations du Programme commun :

101. Un appui technique, des techniques d'apprentissage à distance, des formations et des ateliers ont été mis en œuvre pour renforcer les capacités des principaux partenaires des gouvernements et de la société civile. Des dispositifs d'appui technique ont contribué à accroître les capacités de 175 experts nationaux et régionaux dans les domaines du renforcement des systèmes de santé et d'autres domaines.
102. L'OIT a apporté un soutien à l'élaboration de plans de renforcement des capacités pour répondre aux besoins en rapport avec le VIH des travailleurs de santé en Chine, au Costa Rica, au Honduras, aux Philippines et en Zambie.
103. L'UNESCO a réuni des professionnels de la santé et de l'éducation ainsi que des jeunes vivant avec le VIH de 19 pays pour élaborer des orientations afin de renforcer les capacités du secteur de la santé à répondre aux besoins des jeunes vivant avec le VIH.
104. L'OMS a collaboré avec l'OIT pour finaliser des orientations communes sur la question de l'accès des travailleurs de santé à la prévention, aux soins et au traitement du VIH et de la tuberculose. Des ressources en ligne sur Internet ont été mises en place pour aider les pays à utiliser des directives de traitement du VIH actualisées.

Produit clé 6 :

Programmes pérennes visant à atténuer l'impact socioéconomique du sida élaborés et mis en œuvre grâce aux capacités renforcées des pays partenaires.

Réalisations du Programme commun :

105. Des analyses de l'impact socioéconomique ont été entreprises dans 28 pays. Un nombre croissant de pays d'Afrique ont mis en œuvre des transferts monétaires et d'autres mesures de protection sociale pour atténuer l'impact socioéconomique de l'épidémie.
106. L'UNICEF a aidé au renforcement des systèmes de protection sociale axés sur les enfants dans au moins 21 pays et 2 régions. Cette assistance a inclus une aide au recensement des systèmes de protection des enfants, une accélération de l'action en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, et l'inventaire des possibilités pour élargir et intensifier une protection sociale tenant compte du VIH et renforcer les systèmes de protection sociale.

107. Le PAM a fourni un appui technique et des conseils pour des évaluations socioéconomiques dans 28 pays.
108. Le PNUD a fourni son appui pour réaliser des évaluations socioéconomiques dans 22 pays et finalisé une étude régionale avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes sur l'impact de la crise financière sur les ripostes nationales au sida dans 5 pays.

Produit clé 7 :

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.

Réalisations du Programme commun :

109. Un appui a été fourni aux systèmes nationaux de gestion des achats et des approvisionnements dans plus de 60 pays. Les prix moyens des médicaments antirétroviraux de première intention dans les pays à revenu faible ont baissé de 3 % en 2009, ce qui porte à 54 % la chute des prix moyens depuis 2006.
110. L'UNICEF a contribué à l'établissement de prévisions concernant les produits et fourni un appui au suivi de la prévention de la transmission verticale dans 17 pays recevant des financements d'UNITAID ainsi que dans 4 pays au moins recevant des financements du Fonds mondial en Afrique occidentale et centrale.
111. Le PNUD a apporté un soutien au renforcement des capacités dans 17 pays et 2 régions – dans le but de leur faire adopter des politiques et de lois habilitantes dans les domaines de la santé et du commerce. Il a aussi collaboré avec l'OMS pour fournir un appui aux systèmes de gestion des achats et des approvisionnements dans plus de 60 pays.
112. L'UNFPA a aidé 52 pays à élaborer des plans de distribution et de gestion des achats et des approvisionnements complets pour les biens essentiels en rapport avec le VIH.
113. L'OMS a collaboré avec le PNUD pour apporter un appui aux systèmes de gestion des achats et des approvisionnements dans 64 pays. Une aide au renforcement des capacités en matière de gestion des achats et des approvisionnements a été fournie à 40 pays au moins, en collaboration avec des partenaires du Service médicaments et diagnostics du sida (ADMS). Des orientations ont été élaborées pour favoriser une utilisation rationnelle des diagnostics et médicaments du VIH ainsi que des technologies de santé liées ; des outils ont été préparés pour la tarification des travaux de laboratoire et des médicaments au niveau mondial, et 2 rapports ont été élaborés sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux et les analyses de marché. De nombreuses bases de données (ex : une base sur le traitement de substitution aux opiacés, une base sur les ingrédients pharmaceutiques actifs (API) et une base sur les alertes rapides dans le domaine de la gestion des achats et des approvisionnements) ont été mises à la disposition des partenaires pour soutenir les procédures d'achat et de gestion de fournitures pour le traitement de substitution aux opiacés, les traitements des infections opportunistes et d'autres produits clés. Des mesures d'alerte rapide pour les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements ont été élaborées et testées sur le terrain dans 9 pays d'Afrique. Les recours à la boîte à outils de l'OMS sur la gestion des achats et des approvisionnements ont été multipliés par deux en 2010. L'OMS a poursuivi sa

collaboration interne et avec des partenaires externes, en particulier le Fonds mondial et l'AFRO, pour élaborer des outils d'évaluation des Profils pays pour la Gestion des produits pharmaceutiques et de santé, et avec le PEPFAR, pour lutter contre les goulets d'étranglement dans les pays.

114. La Banque mondiale a aidé le Népal à renforcer les aspects logistiques relatifs à l'approvisionnement et à la gestion des produits destinés aux populations clés plus exposées au risque d'infection. Un appui technique important a été apporté au Kenya pour soutenir la gestion des produits et des fournitures dans le secteur public. L'assistance technique fournie à 5 pays d'Afrique subsaharienne a été axée sur des réformes clés des approvisionnements, le financement des médicaments et les problèmes dans la chaîne d'approvisionnement.

Effet direct principal 4 : 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 1 :

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.

Réalisations du Programme commun :

115. L'ONUSIDA a soutenu des examens de la situation des pays dans le domaine juridique et plaidé avec succès pour des réformes des lois et politiques dans de nombreux pays. En particulier, des avancées majeures décisives ont été facilitées dans plusieurs pays en ce qui concerne la suppression des restrictions au voyage liées au VIH et la fourniture de services clés aux personnes qui consomment des drogues injectables, tels que la mise sous traitement à la méthadone, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, sans oublier la mise en place de groupes de travail sur la réduction des risques au niveau mondial.
116. Le HCR a engagé un plaidoyer contre les politiques de dépistage obligatoire en Europe, dans les régions Moyen-Orient et Afrique du Nord, Amériques et d'autres.
117. Le PNUD a soutenu 48 pays et 4 régions pour l'examen, la révision et la mise en œuvre de lois visant à promouvoir les droits dans le contexte du VIH et à accroître l'accès aux services de justice. Avec le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Fonds mondial, le PNUD a publié une analyse de la programmation de l'accès à la justice dans les propositions et les subventions des séries 6 et 7 dans 56 pays à revenu faible ou intermédiaire. Cela a permis d'influencer la nouvelle stratégie du Fonds mondial pour y inclure un objectif spécifique et un plan opérationnel sur les droits humains et l'égalité.
118. L'UNODC a fourni un appui technique à 43 pays au moins pour réaliser des examens des lois et des politiques en rapport avec les milieux carcéraux, les consommateurs de drogues injectables et les personnes vulnérables à la traite des êtres humains. Le plaidoyer a été orienté sur l'adoption de lois, politiques et stratégies visant à garantir un accès équitable à des services de prévention, de traitement et de soins du VIH ainsi qu'à des produits clés.

119. L'OIT a soutenu 18 pays lors de l'examen et/ou l'élaboration de lois sur le VIH/sida, et 9 pays ont intégré des références aux recommandations de l'OIT dans leurs politiques et déclarations. En outre, 21 pays ont reçu un soutien pour examiner et/ou élaborer des lois ou politiques relatives au monde du travail qui tiennent compte de la question des femmes et de l'égalité des sexes. Des formations spécifiques ont été dispensées à des inspecteurs d'usines dans 14 pays et à des juges du travail dans 7 pays.
120. Le Secrétariat a publié une synthèse sur une sélection de lois répressives et protectrices de différents pays à travers le monde. Des préparatifs ont été faits en vue du déploiement d'une nouvelle initiative pour appuyer une réforme des lois à l'échelon des pays afin d'éliminer les restrictions au séjour et à la résidence liées au VIH. Un soutien a été apporté à la Chine pour lever les restrictions au voyage liées au virus, à l'Inde pour la publication d'un texte clarifiant les règles appliquées au voyage ainsi qu'au Laos et aux Iles Fidji pour élaborer une nouvelle législation sur le VIH.

Produit clé 2 :

Politiques et programmes de riposte au VIH s'attaquant à la stigmatisation, à la discrimination et aux autres principaux déterminants sociaux de la vulnérabilité.

Réalisations du Programme commun :

121. L'ONUSIDA a soutenu des efforts engagés pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et lutter contre la vulnérabilité liée au VIH dans plus de 40 pays. Les travaux du Programme commun incluent un appui financier, des formations et d'autres opérations de renforcement des capacités, des initiatives de sensibilisation et des orientations normatives.
122. Le HCR a dirigé trois programmes régionaux de formation sur la réduction de la stigmatisation.
123. Le PNUD a aidé 30 pays à intégrer la lutte contre la stigmatisation, la discrimination et les déterminants sociaux de la vulnérabilité des populations clés dans leurs stratégies ou plans nationaux (y compris des formations dans le cadre de l'Initiative des leaders religieux sur le VIH, l'égalité des sexes et les droits humains). Le Programme a facilité des apprentissages Sud-Sud et élaboré une boîte à outils pour lutter contre la stigmatisation dans les milieux où l'on prodigue des soins de santé.
124. L'UNODC a renforcé les capacités de 40 pays au moins à réduire la stigmatisation et la discrimination, et à améliorer l'accès à des services de prévention, de traitement et de soins du VIH destinés aux personnes qui consomment des drogues injectables, vivent en milieu carcéral ou sont vulnérables à la traite des êtres humains.
125. L'UNESCO a élargi l'accès à des opportunités d'apprentissage en rapport avec le VIH et s'est attaqué à la stigmatisation et à la discrimination parmi les populations marginalisées, en soutenant une éducation informelle, une éducation à distance, des programmes de proximité et l'élaboration de matériels de formation dans 39 pays. Une large diffusion du « Petit guide UNESCO des caractéristiques essentielles d'une prévention efficace du VIH » a contribué à promouvoir des programmes de prévention respectueux des droits, globaux, efficaces et efficaces.
126. Des financements de la Banque mondiale ont été spécifiquement axés sur un renforcement du leadership et les besoins des populations clés et des groupes vulnérables dans 4 pays d'Afrique subsaharienne, ainsi que sur des activités ciblant

les orphelins et les enfants vulnérables dans 2 autres pays d'Afrique. Un atelier sur la réduction de la stigmatisation a été organisé en Inde et un rapport sur le thème 'VIH et incapacité' a été présenté en Afrique du Sud, en Ouganda et en Zambie.

Produit clé 3 :

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.

Réalisations du Programme commun :

127. Plus de 60 pays ont commencé à mettre en œuvre l'*Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles et de l'égalité des sexes dans le contexte du VIH* de l'ONUSIDA, avec la participation de plus de 400 organisations de la société civile, y compris des groupes de femmes. Un plaidoyer et un appui technique ciblés ont été fournis dans plus de 40 pays pour promouvoir l'égalité des sexes dans le contexte du VIH, des orientations ont été publiées concernant la prévention des partenaires intimes et la violence sexiste, et un appui intensifié au renforcement des capacités a été apporté à des réseaux de femmes vivant avec le VIH.
128. L'UNICEF a aidé à réduire le risque et les vulnérabilités chez les femmes et les filles dans 15 pays au moins, y compris en facilitant les examens des stratégies nationales et des UNDAF, en renforçant les capacités de plus de 200 décideurs et fournisseurs de services, et en soutenant l'initiative 'Ensemble pour les filles' qui soutient la recherche et le plaidoyer à l'échelon des pays autour de la question des violences faites aux femmes.
129. Le PNUD a fourni un appui à 42 pays et 2 régions pour élaborer et mettre en œuvre des politiques promouvant l'égalité des sexes dans le contexte du VIH au sein des programmes nationaux de lutte contre le sida, y compris par l'intermédiaire de l'initiative interinstitutions conduite par le PNUD 'Universal Access for Women and Girls Now!' ; il a renforcé un engagement axé sur les politiques avec le Fonds mondial et travaillé avec les décideurs.
130. L'UNFPA a aidé 29 pays à intégrer la question de l'égalité des sexes dans des programmes nationaux de riposte au sida – dont 10 dans la région Asie et Pacifique, 14 dans la région Amérique latine et Caraïbes, et 5 dans la région Europe orientale et Asie centrale. 15 pays ont élaboré et mis en œuvre des plans visant à faire participer les hommes et les garçons aux efforts pour faire évoluer des normes sexospécifiques néfastes. 8 pays ont reçu un soutien pour mettre en œuvre des activités complètes dans le but de prévenir la violence à l'encontre des femmes et 10 pays pilotes ont élaboré des plans d'action pour lutter contre la violence sexiste. Pour compléter l'*Agenda en faveur des femmes et des filles* de l'ONUSIDA, l'UNFPA a développé un Cadre d'action.
131. L'OMS a élaboré un cadre pour intégrer la question de la sexospécificité dans les systèmes de suivi et d'évaluation des ripostes nationales au VIH, publié un rapport sur la violence à l'encontre des femmes dans le contexte du VIH et contribué à des activités interinstitutions conduites par ONU Femmes pour élaborer une série d'indicateurs sur la sexospécificité et le VIH. Des orientations sur l'intégration de la question de la sexospécificité dans les programmes nationaux de riposte au VIH ont été traduites en espagnol et des orientations distinctes ont été publiées sur la prévention de la violence contre un partenaire intime, en s'appuyant sur les résultats concrets qui ressortent d'interventions efficaces. Dans la région Amériques, plusieurs

outils destinés à lutter contre la vulnérabilité des filles ont été publiés. L'OMS a apporté une aide pour intégrer la question de la sexospécificité dans les propositions de la série 10 des subventions du Fonds mondial, par le biais de la mise à jour de notes d'informations techniques pour les pays, du Comité technique d'examen des propositions et d'un examen des propositions par les pairs.

132. Le Secrétariat a réuni des femmes déléguées pour la Conférence internationale sur le sida, intensifié ses partenariats avec des groupes de femmes et des réseaux de femmes vivant avec le VIH, et soutenu l'Ambassadrice de bonne volonté Annie Lennox dans ses appels en faveur de la protection des droits humains des femmes et des filles. La Coalition mondiale sur les femmes et le sida a approuvé des critères de financement pour des projets et s'est engagée à lancer des travaux pour renforcer les réseaux de femmes séropositives au VIH. La mise en œuvre de l'Agenda en faveur des femmes et des filles dans les pays a bénéficié d'un soutien et le Libéria et le Rwanda (par exemple) l'ont utilisé pour élaborer des programmes nationaux alignés sur les cycles de planification nationaux.

Produit clé 4 :

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

Réalisations du Programme commun :

133. Le plaidoyer et les informations stratégiques du Programme commun ont régulièrement contribué à hiérarchiser les actions afin de promouvoir et de protéger les droits humains des populations les plus exposées au risque d'infection, y compris dans des rapports importants et des déclarations publiques, à orienter les travaux à l'échelon des pays et à allouer des ressources pour traquer les lois et politiques répressives. De nouvelles données transmises à l'ONUSIDA en 2010 et intégrées dans le *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010* ont permis d'actualiser les informations sur la couverture des services destinés aux populations clés plus exposées au risque d'infection. Un appui a été fourni à 31 pays pour s'attaquer à la question des droits humains et de l'accès aux services destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, à 45 pays s'agissant de services destinés aux professionnel(le)s du sexe et à 49 pays s'agissant de ceux destinés aux consommateurs de drogues injectables, aux personnes vivant en milieu carcéral ou vulnérables à la traite des êtres humains.
134. Le PNUD a soutenu des efforts engagés pour améliorer la protection des droits humains et l'accès aux services dans 43 pays pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et d'autres populations clés plus exposées au risque d'infection. Dans le cadre d'un partenariat avec l'USAID, le PNUD a conduit l'élaboration et la mise en œuvre de ripostes locales au VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres dans 6 villes d'Asie du Sud-Est.
135. L'UNFPA a fourni un appui à 45 pays pour améliorer la protection des droits humains et l'accès aux services pour les professionnel(le)s du sexe, notamment par le biais d'évaluations de la stigmatisation et de la discrimination, de campagnes médiatiques grand public, de la formation de décideurs et de personnes chargées de l'application des lois. Pour ce faire, le Fonds a soutenu le dialogue politique entre le gouvernement et les réseaux de professionnel(le)s du sexe, favorisé la sensibilisation à ces questions, formé du personnel des Nations Unies dans 18 pays d'Afrique orientale et australe, et organisé des consultations régionales sur les droits

humains et le commerce du sexe à l'intention de participants des gouvernements et de la société civile.

136. L'UNODC a apporté un soutien à 49 pays au moins pour améliorer la protection des droits humains et l'accès aux services pour les personnes qui consomment des drogues injectables, vivent en milieu carcéral ou sont vulnérables à la traite des êtres humains.

Effet direct principal 5 : Renforcement des capacités nationales à élargir et intensifier la prévention, le traitement, les soins et l'appui en rapport avec le VIH.

Produit clé 1 :

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.

Réalisations du Programme commun :

137. De nouvelles orientations normatives et une assistance technique ont facilité un diagnostic et un traitement rapide des IST. 30 % des pays durement touchés ont atteint l'objectif de diagnostiquer et traiter 70 % des IST et de fournir un conseil dans les centres de soins.
138. Un soutien a été apporté à la planification stratégique, l'approvisionnement en produits et la gestion des fournitures s'agissant des préservatifs masculins et féminins. Plus de 50 millions de préservatifs féminins ont été distribués en 2009, dont 36,2 millions en Afrique subsaharienne (contre 21,1 millions en 2008).
139. 28 pays au moins ont reçu un soutien pour dispenser une éducation à la sexualité. 25 pays au moins ont profité de services d'évaluation rapide pour promouvoir l'intégration des services de prise en charge du VIH et des services de santé sexuelle et reproductive. Des orientations normatives et une aide au renforcement des capacités ont contribué à l'intensification des opérations de circoncision masculine dans des pays prioritaires où la prévalence du VIH est élevée et la prévalence de la circoncision faible.
140. L'UNFPA a été le plus important fournisseur de préservatifs masculins au monde en 2009 (680 millions sur 2,7 milliards) et le deuxième plus important fournisseur de préservatifs féminins (14 millions sur 50 millions). Dans le cadre de l'Initiative mondiale en faveur du préservatif, 74 pays mettent en œuvre une approche normalisée en 10 étapes pour une programmation complète du préservatif. Des formations et un appui technique ont été fournis dans 34 pays pour gérer les biens et produits de santé reproductive. L'UNFPA et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont collaboré à l'élaboration d'une proposition (d'un montant de EUR 7 millions) soumise et approuvée par l'Union européenne sur la mise en relation des services de prise en charge du VIH et des services de santé sexuelle et reproductive dans 7 pays d'Afrique australe. En outre, l'UNFPA a fourni un appui technique à des participants de 18 pays d'Afrique pour préparer la composante sur la mise en relation des services de leurs propositions destinées au Fonds mondial. Une base de données sur les ressources en ligne (www.srhivlinkages.org) a été élaborée pour renforcer les connaissances communes sur les passerelles entre santé sexuelle et reproductive et prise en charge du VIH.

141. L'UNESCO a renforcé les capacités des professionnels de l'éducation à fournir des programmes d'éducation à la prévention dans 14 pays des régions Afrique subsaharienne, Caraïbes, Europe centrale et Asie orientale, Moyen-Orient et Afrique du Nord, et Asie et Pacifique. Dans 16 pays au moins, un soutien a été apporté pour la mise en place d'une éducation à la sexualité.
142. L'OMS a achevé la rédaction d'un manuel sur la circoncision précoce des nourrissons, publié des orientations sur la participation de volontaires au soutien d'un élargissement et d'une intensification des services de circoncision masculine, soutenu un centre d'échange d'informations sur la circoncisions masculine (en collaboration avec Family Health International) et plaidé en faveur d'un développement des interventions de circoncision masculine lors de nombreux forums. Un appui a été fourni pour élargir et intensifier une programmation complète de la prévention à travers l'Afrique subsaharienne, notamment un appui technique ciblé au Botswana, en Namibie, au Rwanda et en Afrique du Sud pour l'élaboration et l'examen des stratégies des pays.
143. Le Secrétariat s'est lancé dans un plaidoyer important en faveur d'une révolution mondiale de la prévention, a soutenu les travaux de la Commission de haut niveau sur la prévention du VIH, traduit des conclusions de recherche encourageantes sur les microbicides vaginaux et le traitement antirétroviral pré-exposition, et finalisé de nouvelles orientations sur la prévention combinée du VIH ainsi qu'un glossaire sur la prévention du virus. La priorité a été accordée à la mise en œuvre de l'approche 'Santé positive, Dignité et Prévention' et à l'appui pour le développement de la circoncision des hommes adultes dans les pays prioritaires, y compris le soutien d'études sur les coûts de la circoncision masculine dans 3 pays. Le Secrétariat a finalisé un cadre pour améliorer la qualité des programmes de prévention du VIH.

Produit clé 2 :

Programmes complets de prévention de la transmission mère-enfant élargis et intensifiés.

Réalisations du Programme commun :

144. 2010 a été la première année pendant laquelle la couverture mondiale du traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission verticale a dépassé 50 %. L'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants a conduit les efforts du système des Nations Unies pour accélérer l'intensification et améliorer l'impact des programmes de lutte contre la transmission verticale. L'ONUSIDA a organisé un atelier pour 20 pays qui abritent 85 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans le monde, en insistant sur une utilisation optimale des ressources du Fonds mondial pour accélérer l'élargissement et l'intensification des programmes de prévention ciblant les mères et les enfants. Un examen plurinational du diagnostic précoce chez les nourrissons a été finalisé, ce qui a permis de faire des présentations lors de conférences internationales et de rédiger des articles de presse.
145. Un guide sur la santé maternelle et néonatale au niveau communautaire a été publié et un appui a été fourni à l'initiative en faveur d'un continuum de soins afin de promouvoir une programmation intégrée de la prise en charge du VIH et des soins maternels et néonataux. Des examens techniques conjoints ont été entrepris dans 8 pays et un appui à la mise en œuvre a été fourni à 17 pays recevant des financements d'UNITAID.

146. L'UNICEF a contribué à l'élargissement/l'intensification des programmes dans 23 pays d'Afrique occidentale et centrale, et dans plus de 15 pays d'Afrique orientale et australe. Dans la région Amérique latine et Caraïbes, 80 % des pays ont élaboré des plans stratégiques nationaux pour réduire la transmission verticale du virus et éliminer la syphilis congénitale.
147. L'UNFPA a apporté un appui à 23 pays grâce à des missions techniques, des ateliers et des examens des programmes de prévention, de traitement et de soins pédiatriques, pour les aider à prendre efficacement en compte des directives complètes et à élaborer des stratégies nationales spécifiques pour la PTME.
148. L'OMS a publié des directives révisées sur la prévention de la transmission verticale et élaboré des orientations ; l'organisation a préparé un programme de formation clinique pour faciliter l'adaptation et la mise en œuvre des stratégies recommandées à l'échelon des pays ; elle a fourni une assistance technique ciblée à des pays, dont trois d'Asie du Sud et du Sud-Est. L'OMS a organisé une consultation mondiale sur l'élimination de la transmission verticale et des ateliers nationaux et régionaux dans 4 régions. La collaboration avec le CDC a été axée sur l'utilisation de données de programmes de prévention de la transmission verticale pour remplacer la surveillance sentinelle du VIH en Afrique subsaharienne. Des travaux sont en cours pour élaborer des matériels de plaidoyer et de soutien pour les nouvelles directives sur l'initiative en faveur de l'élimination de la transmission verticale.

Produit clé 3 :

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.

Réalisations du Programme commun :

149. Alors que 99 % et 85 % des dons de sang dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire ont fait l'objet d'un dépistage de qualité en 2009, les efforts ont été concentrés sur l'augmentation des dons dans les pays à revenu faible où 48 % de ceux-ci ont été soumis à des dépistages appropriés.
150. L'OIT a aidé 5 pays à élaborer des plans stratégiques pour les travailleurs de santé et/ou à mettre en œuvre des activités pour lutter contre les risques liés au VIH dans les milieux sanitaires. 20 pays ont bénéficié d'un appui de l'OIT pour mettre en œuvre des programmes de riposte au VIH sur le lieu de travail dans des milieux sanitaires et l'organisation a aussi travaillé avec des pays pour intégrer la prévention du VIH dans des structures nationales de sécurité et de santé professionnelles.
151. L'OMS a conduit des travaux destinés à réfléchir à une application opérationnelle du traitement antirétroviral pré-exposition dans les milieux sanitaires via son soutien à des consultations mondiales, régionales et au niveau de 3 pays. L'organisation a appuyé les efforts de pays visant à prévenir la transmission dans les milieux sanitaires et 97 pays ont indiqué qu'ils soumettaient tous les dons de sang à un dépistage de qualité garantie du VIH.

Produit clé 4 :

Services complets de traitement et de soins du VIH élargis et intensifiés.

Réalisations du Programme commun :

152. Le nombre de personnes vivant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire recevant un traitement antirétroviral a augmenté d'environ 25 % en 2010 – atteignant un chiffre supérieur à 6,5 millions à travers le monde. La couverture du traitement antirétroviral était de 80 % dans 8 pays à revenu faible ou intermédiaire en décembre 2009. L'ONUSIDA a élaboré de nouvelles directives pour le traitement antirétroviral en 2010, développé des outils et entrepris des formations et d'autres activités pour aider les pays à adopter et adapter ces nouvelles directives. Le Programme commun a engagé d'importants travaux d'analyse et de recherche liés au développement d'un traitement et de soins de nouvelle génération – connus sous le nom de 'Traitement 2.0'. Cette approche met l'accent sur l'utilisation de schémas de première intention ayant une efficacité optimale, des outils de diagnostic plus simples et plus abordables au plan financier, et une mobilisation accrue des communautés pour soutenir un élargissement et une intensification des programmes et améliorer l'observance du traitement.
153. L'UNICEF a accordé la priorité au modèle de continuum de soins afin d'améliorer l'intégration des services de prise en charge du VIH et des services de santé maternelle, néonatale et infantile, en fournissant un appui ciblé au Malawi et à la Zambie, et en engageant un plaidoyer au Cameroun, au Tchad et au Ghana. Un examen plurinationnel du diagnostic précoce chez les nourrissons a été entrepris, avec un recensement des leçons tirées au niveau de l'amélioration de la santé et de la survie des enfants exposés au VIH. Un appui technique a été fourni à 14 pays d'Afrique occidentale et centrale pour élargir et intensifier les programmes de traitement pédiatrique de qualité.
154. Le PAM a fourni un appui alimentaire et nutritionnel aux programmes de soins et de traitement dans 34 pays et atteint près de 2 millions de bénéficiaires via ces programmes. Au Zimbabwe, le PAM a évalué les besoins indirects en matière de services de nutrition et de réadaptation – ce qui a permis de guider l'élaboration de la composante sur l'appui nutritionnel de la proposition soumise par le pays pour la série 10 des subventions du Fonds mondial.
155. En 2010, l'OMS a lancé des directives révisées pour le traitement du VIH – auxquelles l'organisation accorde une importance majeure – et travaillé avec des pays pour réexaminer et adapter les directives nationales afin de tenir compte de la nécessité d'une mise sous traitement plus précoce. Un appui technique direct a été fourni à 30 pays concernant les questions de traitement et de soins. Des directives et des normes de référence ont été élaborées pour la surveillance des médicaments antirétroviraux, y compris des classifications des principaux cas d'effets indésirables, des échelles normalisées d'évaluation de la toxicité, et des dispositions pour une amélioration de la prise en charge clinique. Des recommandations révisées concernant l'utilisation du traitement au cotrimoxazole ont été élaborées et soumises à examen pour approbation. Un manuel pratique de pharmacovigilance des antirétroviraux a été publié et différents pays ont continué de recevoir des informations stratégiques essentielles sur les prix et les origines des produits par le biais de l'ADMS. Des modules de soins primaires ont été actualisés et des matériels de formation créés pour tenir compte des nouvelles directives de traitement. Un protocole de contrôle rapide des troubles respiratoires et des chocs toxiques chez les personnes vivant avec le VIH a été élaboré et testé sur le terrain dans 4 pays d'Afrique. Des formations spécifiques ont été préparées qui portent sur les programmes intégrés de prévention de la transmission verticale et sur des approches actualisées pour la formation de patients experts. Des orientations normatives et un appui technique importants ont été axés sur le renforcement des capacités de

laboratoire pour le diagnostic du VIH et des infections opportunistes, et pour le suivi des traitements du VIH.

Produit clé 5 :

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.

Réalisations du Programme commun :

156. Le nombre médian de tests du VIH réalisés pour 1 000 personnes a augmenté de 22 % en 2009 et le nombre médian de centres de dépistage pour 1 000 personnes est passé de 4,3 à 5,5. Plus des deux tiers des pays des régions Afrique subsaharienne et Amérique latine et Caraïbes avaient adopté des politiques de dépistage à l'initiative du fournisseur en décembre 2009. L'estimation du nombre médian de personnes vivant avec le VIH ayant connaissance de leur séropositivité se situait à moins de 40 % en 2009.
157. L'UNICEF a apporté son soutien à la mise en place dans les pays du test de réaction en chaîne de la polymérase pour faciliter un diagnostic plus précoce chez les enfants et a entrepris un examen plurinational du diagnostic précoce chez les nourrissons pour recenser les leçons tirées et éclairer l'adaptation et l'élargissement/l'intensification des programmes. En Zambie, le projet 'Results 160' a démontré qu'il était possible d'utiliser des téléphones cellulaires pour envoyer les résultats de dépistages précoces chez les nourrissons dans des dispensaires éloignés. Un appui a été fourni au Kenya, au Malawi et à l'Ouganda qui se sont lancés dans des initiatives de conseil et de test au niveau communautaire. En Bosnie-Herzégovine, l'UNICEF a aidé à l'élaboration de protocoles nationaux pour le conseil et le test volontaires du VIH pour les populations plus exposées au risque d'infection.
158. L'UNFPA a fourni un soutien à 27 pays pour intégrer et établir des liens entre les services de conseil et de test volontaires (CTV) et les services de santé maternelle et d'autres services liés. L'UNFPA a apporté un appui technique pour l'élaboration de directives, la coordination, le renforcement des capacités et l'évaluation des centres de CTV en Mongolie, ce qui a entraîné une augmentation du nombre de clients à 1 557 dans deux centres de conseil et de test volontaires installés dans des zones frontalières et une amélioration des connaissances, compétences et attitudes des médecins et des conseillers.
159. L'OMS a soutenu des examens de l'impact du conseil et du test à l'initiative du fournisseur afin de recenser les modèles et les approches les plus efficaces, et de guider l'élaboration d'outils opérationnels. Des examens sont en cours pour étudier l'efficacité de divers modèles au niveau de l'élargissement de l'accès au dépistage de différents groupes de population par le biais du CTV et du conseil et du test à l'initiative du fournisseur dans les milieux cliniques, du dépistage au niveau communautaire/des ménages, et de la campagne de promotion du conseil et du test du VIH. Le conseil et le test à l'initiative du fournisseur a été inclus dans toutes les directives de gestion intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte (IMAI), et dans tous les matériels de formation. Un projet de guide pour le suivi et l'évaluation du conseil et du test du VIH a été publié et diffusé pour examen.

Produit clé 6 :

Planification, formation, approvisionnement et fourniture de services de prise en charge du VIH/de la tuberculose pour une riposte contre le VIH/la tuberculose élargie, intensifiée et harmonisée.

Réalisations du Programme commun :

160. Le pourcentage de patients tuberculeux ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH a augmenté de 4 % en 2003 à 26 % en 2009 ; en outre, 75 % au moins des patients tuberculeux ont été soumis à un dépistage du VIH dans 55 pays. Parmi les patients tuberculeux diagnostiqués séropositifs au VIH en 2009, 37 % ont reçu un traitement antirétroviral. On estime que 5 % des personnes vivant avec le VIH ont fait l'objet d'un dépistage de la tuberculose en 2009. 0,2 % seulement des personnes séropositives au VIH ont reçu un traitement préventif à l'isoniazide en 2009.
161. Le PAM a fourni un soutien nutritionnel aux programmes de traitement de la tuberculose dans 28 pays, ce qui représente 30 % de l'ensemble de l'appui alimentaire aux programmes de traitement et de soins ; ce soutien a profité à plus d'un million de bénéficiaires.
162. L'UNODC a collaboré avec des partenaires pour concevoir des orientations et fournir des appuis techniques afin de renforcer les capacités d'au moins 36 pays en matière de services et de programmes prenant en charge conjointement la tuberculose et le VIH.
163. L'OIT a aidé 12 pays à mettre en œuvre des programmes communs de lutte contre le VIH/la tuberculose sur le lieu de travail. La recommandation de l'OIT sur le VIH et le sida dans le monde du travail place en priorité l'accès aux services de prise en charge du VIH/de la tuberculose et la mise en œuvre de politiques sur le lieu de travail qui soient valables et respectueuses des droits. L'OIT a travaillé avec des partenaires de l'ONUSIDA et avec la Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida pour élaborer des orientations afin de lutter contre le VIH/la tuberculose sur le lieu de travail. Une base de données sur les lois en rapport avec le VIH et la tuberculose a été créée.
164. L'OMS a collaboré avec l'OIT pour finaliser des directives sur la prévention, les soins et le traitement du VIH/de la tuberculose. Des directives sur le traitement préventif à l'isoniazide, la lutte contre l'infection tuberculeuse et l'intensification du dépistage de la tuberculose ont été établies et publiées. Un plaidoyer a été engagé pour promouvoir les 'Trois principes' dans la lutte contre la tuberculose. L'OMS a élaboré une politique et un outil associé pour orienter la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH/la tuberculose, et publié un programme de recherche prioritaire sur le VIH et la tuberculose. Des analyses de situation ont été entreprises dans 5 pays d'Afrique subsaharienne pour évaluer des activités de riposte au VIH/à la tuberculose mises en œuvre en coopération. L'OMS a fourni un appui technique au Soudan pour reprogrammer et renforcer la composante VIH/tuberculose de son programme subventionné par le Fonds mondial. L'organisation a contribué à la conception et à la mise en œuvre d'analyses pour évaluer des activités de riposte au VIH/à la tuberculose engagées en collaboration dans les dispensaires antituberculeux, et pour émettre des recommandations sur la fourniture de traitements antirétroviraux par l'intermédiaire de services de prise en charge de la tuberculose dans 5 pays d'Afrique subsaharienne.

Effet direct principal 6 : 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 1 :

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 transgenres.

Réalisations du Programme commun :

165. Des informations stratégiques sur la couverture des services et les politiques concernant les populations clés plus exposées au risque d'infection ont été collectées, analysées et diffusées. Un plaidoyer de haut niveau a été engagé pour attirer l'attention à l'échelle mondiale, régionale et nationale sur le besoin de politiques et de pratiques éclairées par le concret, et d'approches programmatiques plus efficaces pour les populations clés. Un appui technique important et ciblé a permis d'aider plus de 60 pays à améliorer les cadres de politiques et les initiatives programmatiques de soutien des populations clés. Des formations sur le renforcement des travaux sur le VIH et les droits humains avec des professionnel(le)s du sexe, des personnes qui consomment des drogues, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transgenres ont été organisées pour des participants de 9 agences des Nations Unies venant de 18 pays.
166. Le PNUD a fourni un soutien à 37 pays et 3 régions pour mettre en œuvre des orientations en matière de politiques afin de lutter contre la vulnérabilité des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des transgenres et des minorités sexuelles en fournissant un appui consultatif en matière d'informations stratégiques, de protection des droits humains et de renforcement des capacités.
167. L'UNFPA a apporté une aide à 46 pays pour élaborer et/ou mettre en œuvre des programmes visant à élargir/intensifier la fourniture de services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH aux populations clés plus exposées au risque d'infection. Ce groupe incluait 43 pays recevant un soutien spécifique concernant les programmes et l'accès aux services ciblant les professionnel(le)s du sexe.
168. L'UNODC a apporté un soutien à 50 pays pour leurs programmes et politiques concernant les personnes qui consomment des drogues injectables, 53 pays pour leurs programmes/politiques concernant les personnes vivant en milieu carcéral et 18 pays pour leurs programmes/politiques concernant les personnes vulnérables à la traite des êtres humains. L'UNODC a élaboré, documenté, adapté et diffusé des outils, des directives et des documents sur les meilleures pratiques éclairés par le concret pour orienter les programmes et les politiques ciblant ces populations clés.
169. L'OMS a aidé des pays à fixer des objectifs pour les services destinés aux personnes qui consomment des drogues injectables et à élaborer des orientations pour les programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux professionnel(le)s du sexe. Des orientations ont été préparées et des priorités de recherche définies pour la mise en œuvre d'interventions du secteur de la santé afin de réduire la transmission sexuelle parmi les populations clés plus

exposées au risque d'infection. Un appui a été apporté à la surveillance biologique et comportementale des populations clés plus exposées au risque d'infection, et un soutien ciblé a été fourni à des pays pour traduire et adapter des orientations globales sur les programmes destinés aux populations clés ; 9 pays d'Asie du Sud-Est ont notamment été aidés pour la mise en œuvre de programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux transgenres.

170. La Banque mondiale a fourni des ressources importantes supplémentaires à 4 pays d'Afrique subsaharienne pour qu'ils intensifient les programmes destinés aux populations clés. Des travaux ont commencé en vue de l'établissement d'un rapport de synthèse sur la vulnérabilité au VIH – qui met particulièrement l'accent sur les populations marginalisées. Un appui technique a été fourni au Sri Lanka pour la mise en œuvre d'interventions de riposte au VIH ciblant les populations clés, et à l'Indonésie pour mettre en place une surveillance biologique et comportementale.

Produit clé 2 :

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.

Réalisations du Programme commun :

171. Selon les données de 29 pays, les programmes de prévention du VIH ont atteint 32 % des personnes qui consomment des drogues injectables en 2009. Ce taux de couverture a été supérieur à celui de 26 % déclaré dans 15 pays en 2008, même si les données sont susceptibles de ne pas être comparables entre les pays dans le temps du fait de méthodologies différentes. Aucun programme d'échange d'aiguilles/de seringues et aucun traitement de substitution aux opiacés n'était disponible dans la plupart des pays ayant communiqué des informations en 2010. Moins de 10 pays ayant transmis des données fournissent des services de prévention du VIH complets dans les milieux carcéraux.
172. Sur 43 pays ayant communiqué des statistiques en 2010, la couverture des programmes de prévention du VIH a atteint 57 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce taux de couverture est supérieur à celui de 40 % déclaré dans 27 pays en 2008, même si les données sont susceptibles de ne pas être comparables entre les pays dans le temps du fait de méthodologies différentes.
173. Sur 54 pays ayant communiqué des données en 2010, la couverture des programmes de prévention du VIH a atteint 49 % chez les professionnel(le)s du sexe. Ce taux de couverture est inférieur à celui de 60 % déclaré en 2008, même si les données sont susceptibles de ne pas être comparables entre les pays dans le temps du fait de méthodologies différentes.
174. Les données sur la couverture communiquées par les pays pour les programmes ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection doivent être interprétées avec prudence. Les informations restent limitées concernant l'accès des populations clés au traitement antirétroviral de même que concernant leur accès aux services et informations de prévention.
175. Pour lutter contre l'insuffisance des services et le caractère inéquitable de l'accès à ceux-ci pour les populations clés, l'ONUSIDA a intensifié son appui aux pays dans

les domaines technique et du plaidoyer en 2010. L'élargissement de l'accès aux services et l'amélioration des résultats de santé des populations clés étant intégrés en tant que domaines d'activités prioritaires dans le Cadre de résultats, l'ONUSIDA a aligné son plan de travail et ses allocations budgétaires pour mettre au premier rang les travaux dans ces domaines. Un appui technique a été fourni à plus de 67 pays pour améliorer les résultats au profit des populations clés.

176. L'UNFPA a fourni un appui à 45 pays pour élaborer et/ou mettre en œuvre des programmes afin d'élargir et d'intensifier la fourniture de services de prévention du VIH. Cela a notamment été fait par le biais de l'élaboration de plans d'action nationaux sur le commerce du sexe et les services de prise en charge du VIH, d'un ensemble minimum de soins pour les professionnel(le)s du sexe, d'une éducation par les pairs, du développement de programmes visant à réduire la demande de rapports sexuels tarifés non protégés et de partenariats avec des réseaux et des organisations liés au commerce du sexe. L'UNFPA a aussi contribué au renforcement du leadership des jeunes, y compris du programme 'Youth LEAD' mis en œuvre par la Coalition des réseaux régionaux d'Asie et du Pacifique sur le VIH/sida (7 Sisters), ce qui a accru la participation des jeunes les plus exposés au risque aux processus de programmation communautaires, nationaux et régionaux.
177. L'UNODC a apporté un soutien à 67 pays pour mobiliser des ressources, mettre en place de groupes de travail multisectoriels, évaluer les besoins des programmes et renforcer les capacités en ce qui concerne l'accès aux services de prise en charge du VIH des personnes qui consomment des drogues injectables, vivent dans des milieux carcéraux ou sont vulnérables à la traite des êtres humains.
178. L'OMS a collaboré avec des réseaux travaillant à la réduction des risques afin d'améliorer l'accès aux services des personnes qui consomment des drogues injectables, et conduit des travaux pour élaborer des orientations en matière de politiques pour le diagnostic et le traitement de l'hépatite virale parmi les consommateurs de drogues injectables.

Effet direct principal 7 : 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 1 :

Protection, prise en charge et appui fournis aux enfants affectés par le sida.

Réalisations du Programme commun :

179. La plupart des foyers qui prennent en charge des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH n'ont pas reçu d'assistance de base gratuite sous quelque forme que ce soit en 2009. Les tendances relatives à la couverture des services destinés aux enfants affectés par le sida sont contrastées et si la part des foyers ayant reçu une forme d'aide en Ouganda a augmenté de près de 30 % entre 2005 et 2010, elle a en revanche diminué d'environ 20 % en Zambie et en Éthiopie. Les écarts au niveau de la scolarisation des orphelins et des non orphelins se sont réduits depuis 2001 dans des pays d'Afrique où la prévalence est élevée. 20 pays au moins ont récemment mis en œuvre des programmes de transfert monétaire (ou étudié leur faisabilité) afin d'atténuer l'impact de l'épidémie sur les enfants et les foyers affectés par le sida.

180. Le HCR a mis en œuvre des programmes de riposte au VIH axés sur la protection, les soins et l'appui des enfants dans 80 pays.
181. L'UNICEF a fourni son soutien à 29 pays pour leurs programmes ciblant les enfants, y compris à 20 pays qui ont mis en œuvre des programmes de transfert monétaire (ou ont étudié leur faisabilité). Des investissements significatifs ont été engagés dans des initiatives de protection sociale tenant compte des enfants et du VIH dans 13 pays d'Afrique orientale et australe, y compris 7 pays dans lesquels les programmes de transfert monétaire ont été élargis et intensifiés. 7 pays d'Afrique ont bénéficié d'un appui lors du recensement des systèmes de protection des enfants.
182. Le PAM a apporté protection, soins et appui aux enfants affectés par le sida dans 18 pays. Cela a inclus une initiative innovante en République centrafricaine dans le cadre de laquelle les enfants se sont vus assigner un moniteur spécialisé qui leur fournissait de la nourriture et un soutien ainsi qu'à leur famille d'accueil.

Produit clé 2 :

Politiques, programmes et services destinés aux jeunes, en particulier ceux qui sont les plus exposés au risque d'infection, mis en œuvre.

Réalisations du Programme commun :

183. La prévalence du VIH parmi les jeunes (15-24 ans) a diminué d'au moins 25 % entre 2001 et 2009 dans 10 pays à prévalence élevée. Les connaissances relatives au virus ont augmenté, et ce, même si le taux de 34 % de jeunes ayant des connaissances exactes et complètes sur le VIH est très inférieur à l'objectif fixé de 95 % au niveau mondial. L'ONUSIDA a fourni un appui technique à plus de 55 pays pour leurs politiques et programmes de riposte au VIH ciblant les jeunes.
184. Le HCR a apporté un soutien aux programmes axés sur la jeunesse dans 55 pays. Des initiatives d'information, d'éducation et de communication sur le VIH ont été mises en œuvre dans 100 % des programmes du HCR. Un ensemble de services de prévention du VIH a été intégré dans les opérations de rapatriement dans les pays ayant des épidémies généralisées.
185. L'UNICEF a fourni un appui au Nigéria lors de la révision de son plan national de prévention ainsi qu'à la République centrafricaine pour l'élaboration d'un plan sectoriel de riposte au VIH ciblant les jeunes. Le Fonds a aidé la Gambie à élaborer une politique nationale axée la jeunesse et le Mali à préparer un plan de prévention du VIH pour les jeunes. L'UNICEF a organisé et financé 2 ateliers sous-régionaux de formation, de planification et de plaidoyer pour les points focaux du secteur de l'éducation en Afrique occidentale et centrale. 5 pays ont reçu un appui pour l'élaboration de politiques et de programmes de riposte au VIH destinés aux jeunes dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord. Un soutien a été apporté pour organiser une consultation nationale avec des fournisseurs de services et des jeunes vivant avec le VIH en Ouganda. En Europe orientale et Asie centrale, les capacités de plus de 2 300 administrateurs de programmes et fournisseurs de services travaillant dans des centres de santé adaptés aux jeunes ont été renforcées.
186. L'UNFPA a fourni un appui à 60 pays pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes ciblant la jeunesse, en mettant particulièrement l'accent sur les jeunes les plus exposés au risque d'infection. Le Fonds a renforcé les capacités d'organisations à assise communautaire, y compris d'organisations dirigées par des jeunes et fournissant des services à des jeunes, pour mettre en œuvre et élargir/intensifier les services de prévention, de soins et d'appui en matière de VIH

grâce à un accroissement des financements et un appui aux mécanismes de responsabilisation – tels que le HIV Young Leaders Fund.

187. L'UNESCO a collaboré avec des ministères de l'éducation, des organisations non gouvernementales et d'autres partenaires pour renforcer les ripostes du secteur de l'éducation dans 75 pays au moins, et travaillé à l'élargissement de l'accès à des dispositifs d'apprentissage sur le VIH destinés aux jeunes, y compris aux jeunes déscolarisés au Cambodge, en Équateur, en Iraq, au Soudan et au Venezuela.

Produit clé 3 :

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.

Réalisations du Programme commun :

188. Le nombre de pays déclarant être dotés de politiques qui garantissent un accès égal aux femmes et aux hommes à des services de prévention, de traitement et d'appui a augmenté de 111 en 2008 à 144 en 2010. Au niveau mondial, la disponibilité et l'utilisation des préservatifs féminins a beaucoup augmenté en 2010. La couverture mondiale des antirétroviraux est plus élevée pour les femmes (39 %) que pour les hommes (31 %).

189. Le HCR a intégré des services de santé reproductive et renforcé les liens entre les programmes de prévention du VIH et les programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste dans 85 pays, atteignant son objectif du Budget-plan de travail intégré. Un traitement pré-exposition a été fourni dans plus de 90 % des opérations.

190. Le PNUD a apporté un appui à 27 pays et 1 région pour concevoir, mettre en œuvre ou évaluer des programmes spécifiquement conçus pour émanciper les femmes et les filles, et axés sur la violence sexiste dans 18 pays. Les capacités des réseaux nationaux de femmes vivant avec le VIH à participer plus efficacement aux processus liés à l'accès universel et aux activités de compte rendu/de plaidoyer en rapport avec les OMD ont été renforcées dans 14 pays.

191. L'UNFPA a aidé 42 pays à concevoir, mettre en œuvre ou évaluer des programmes spécifiquement conçus pour émanciper les femmes et les filles. 26 pays ont bénéficié d'un soutien pour élaborer et/ou mettre en œuvre des politiques de riposte au VIH qui s'attaquent spécifiquement à la violence sexiste et d'autres actions promouvant l'égalité des sexes.

192. Le Secrétariat a travaillé avec les Coparrainants pour soutenir des travaux (couronnés de succès) dans 60 pays afin de promouvoir l'adoption de l'Agenda de l'ONUSIDA en faveur des femmes et des filles. Des partenariats avec des organisations et des réseaux de femmes ont été renforcés et la Coalition mondiale sur les femmes et le sida est restée dynamique, approuvant des critères pour le financement de programmes et publiant des notes d'information sur les questions relatives à la co-infection VIH/tuberculose. Une réunion plénière de la Coalition mondiale des entreprises a été axée sur les femmes et les filles. Des contributions ont été apportées à la Stratégie mondiale sur la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général des Nations Unies. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a soutenu le plaidoyer de l'Ambassadrice de bonne volonté Annie Lennox en faveur de la protection des droits humains des femmes et des filles, et pour répondre à leurs besoins dans le contexte du VIH.

Produit clé 4 :

Politiques et programmes de riposte au VIH mis en place ciblant les populations affectées par des situations de crise humanitaire.

Réalisations du Programme commun :

193. L'ONUSIDA a aidé à l'intégration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes de riposte au VIH et au sida destinés à des populations affectées par des situations de crise humanitaire dans 42 pays. Le Programme commun a fourni un appui technique à plus de 10 pays, en contribuant à une initiative de surveillance comportementale, en programmant des actions contre les IST et la distribution de préservatifs, en intégrant un appui alimentaire et nutritionnel, et en planifiant des actions de prévention destinées aux personnes qui consomment des drogues et aux personnes vulnérables à la traite d'êtres humaines. Le Comité permanent interinstitutions a supervisé la planification stratégique de la riposte au VIH et la mise en œuvre de programmes de lutte contre le virus destinés aux populations affectées par une situation de crise humanitaire.
194. Le HCR a effectué une surveillance comportementale du VIH dans les situations de crise humanitaire dans 4 pays, soutenu la distribution de préservatifs et les services communautaires à l'est du Soudan et entrepris une campagne de sensibilisation sur le VIH/les IST dans 7 lieux affectés par une crise humanitaire. Il a par ailleurs renforcé les liens entre prise en charge du VIH et santé sexuelle et reproductive au Tchad, formé des réfugiés urbains pour être des volontaires communautaires chargés de programmer la prévention du VIH en République démocratique du Congo et au Congo Brazzaville, et soutenu la constitution d'un comité multisectoriel chargé de programmer la prévention en République centrafricaine.
195. Le PAM a aidé à l'intégration des programmes de riposte au VIH destinés aux populations affectées par une crise humanitaire dans 10 pays, dont 7 d'Afrique subsaharienne. Dans le cadre de son opération d'urgence en Haïti, le PAM a pu atteindre 92 000 bénéficiaires séropositifs au VIH en fournissant des programmes d'alimentation sur ordonnance et en mettant en place des filets de sécurité.
196. L'UNFPA a tourné un documentaire sur les jeunes affectés par des situations d'urgence et soutenu l'intégration des services de prise en charge du VIH, de prévention de la violence sexiste et de santé sexuelle et reproductive destinés aux personnels chargés du maintien de la paix et aux forces de police et militaires dans 8 pays.
197. L'UNODC a fourni un appui technique à 8 pays au moins pour leurs programmes de prévention du VIH destinés aux personnes qui consomment des drogues injectables, vivent en milieu carcéral ou sont vulnérables au trafic d'êtres humains.
198. L'OMS a présidé le Groupe de travail sur le VIH dans les situations d'urgence du Comité permanent interinstitutions, fourni des formations sur les programmes de riposte au VIH dans les situations de crise humanitaire en Haïti et en République centrafricaine, et réalisé des études au Mexique sur l'utilisation par les populations indigènes des services prénatals et de prévention du VIH.
199. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a aidé à l'intégration de la question du VIH dans la planification de la préparation aux catastrophes de la SDAC et au déploiement des directives sur le VIH du Comité permanent interinstitutions dans les pays prioritaires.

Produit clé 5 :

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.

Réalisations du Programme commun :

200. Un soutien a été apporté dans 32 pays au moins pour promouvoir un accès équitable aux services pour les populations mobiles et 33 pays au moins ont bénéficié d'une aide pour élaborer des programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail.
201. Le PAM a aidé 10 pays pour leurs programmes de riposte au VIH sur lieu de travail en soutenant et en fournissant des services de prévention du VIH aux travailleurs mobiles du secteur des transports, et via des orientations en matière de politiques, un appui technique et des partenariats stratégiques.
202. L'UNODC a fourni un appui technique et un soutien en matière de plaidoyer à 32 pays au moins pour la fourniture de services de prise en charge du VIH tenant compte des différences entre les sexes, complets, respectueux des droits et éclairés par le concret destinés aux personnes qui consomment des drogues injectables, vivent en milieu carcéral ou sont vulnérables à la traite des êtres humains.
203. L'OIT a aidé 33 pays à mettre en œuvre un accès équitable aux services et 25 pays à adapter les services aux besoins spécifiques des travailleurs migrants et mobiles ; l'organisation a en outre fourni un appui technique à 10 pays pour leurs programmes de riposte au VIH visant les personnels en uniforme et les forces armées.

Effet direct principal 8 : Renforcement de la coordination, l'alignement et l'harmonisation à tous les niveaux de la riposte au VIH.

Produit clé 1 :

Ripostes au VIH intégrées dans des plans sectoriels et de développement plus larges, alignées sur les stratégies et plans d'action annuels nationaux de riposte au sida.

Réalisations du Programme commun :

204. L'ONUSIDA a apporté son appui à plus de 50 pays pour intégrer la question du VIH dans des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et d'autres instruments classiques de planification du développement. 57 pays ont reçu un soutien pour intégrer la question du VIH dans des programmes nationaux en faveur du travail décent.
205. Le PAM a aidé 24 pays à intégrer la question du VIH dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté.
206. Le PNUD a fourni un soutien à 21 pays et 2 régions pour intégrer la question du VIH dans les processus et plans de développement sectoriels et nationaux, les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les plans en faveur des OMD, sans oublier d'accorder une attention appropriée aux populations en situation de crise humanitaire.
207. L'UNFPA a apporté un soutien à 29 pays pour intégrer la question du VIH dans leurs cadres nationaux de planification stratégique.

208. L'OIT a fourni un appui technique à 13 pays pour intégrer la question du VIH dans les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté. L'organisation a aidé 57 pays à mettre en œuvre des programmes nationaux en faveur du travail décent. 32 pays ont bénéficié d'un appui technique pour élaborer et/ou examiner les composantes liées au monde du travail des stratégies nationales de riposte au VIH.
209. La Banque mondiale a aidé le Zimbabwe à évaluer les travaux nécessaires pour renforcer les programmes tenant compte de la différence entre les sexes dans les secteurs de l'agriculture, des mines et du tourisme. Elle a aussi participé à une réunion internationale sur l'intégration de mesures de lutte contre la stigmatisation dans les plans et programmes nationaux de développement. Le Bangladesh et le Népal ont bénéficié d'une aide pour intégrer la question du VIH dans des travaux plus larges d'approche sectorielle en matière de santé.

Produit clé 2

Appui technique et financier coordonné avec la participation des gouvernements, des multilatéraux, des bilatéraux, du secteur privé et de la société civile.

Réalisations du Programme commun :

210. Une nouvelle matrice ONUSIDA de division du travail a été élaborée et avalisée par le Conseil de Coordination du Programme. Dans 5 régions, des dispositifs d'appui technique ont fourni 14 700 jours d'assistance technique à 67 pays, en ayant recours à des conseillers régionaux dans 85 % de l'ensemble des missions. 5 plans nationaux d'appui technique supplémentaires ont été élaborés, outre les 11 déjà en place en décembre 2009.
211. Le PNUD a fourni un appui intensif à 32 pays pour améliorer la mise en œuvre des subventions du Fonds mondial ; il est intervenu comme 'réciendaire principal' du Fonds mondial dans 29 pays confrontés à des situations anormalement compliquées (en s'employant à renforcer les capacités nationales afin que les pays assument le rôle de réciendaire principal). Les subventions administrées par le PNUD ont été considérées pour 86 % d'entre elles comme « gérées de façon adéquate » ou « mieux gérées que prévu », ce qui est très supérieur aux évaluations moyennes de la gestion de l'ensemble des subventions du Fonds mondial.
212. La Banque mondiale a organisé à Johannesburg un atelier d'une semaine sur le renforcement des capacités pour aider à transformer les plans stratégiques en des programmes mis en œuvre de façon efficace . Un autre séminaire d'une semaine sur le renforcement des capacités organisé en Afrique orientale et australe a contribué à améliorer les capacités de suivi et d'évaluation. Un appui important à la planification nationale et aux plans d'action a été fourni à de nombreux pays, notamment le Bangladesh, le Laos, le Myanmar, le Népal, la Thaïlande et le Zimbabwe. Haïti a bénéficié d'un appui technique ciblé pour soutenir sa riposte au VIH à la suite du tremblement de terre qui a dévasté le pays.
213. Le Secrétariat a conduit des examens des 'Trois principes' dans 2 régions et fourni un appui à la société civile pour engager des discussions concernant la Déclaration de Paris.

Produit clé 3 :

Appui du système des Nations Unies coordonné et harmonisé pour renforcer la riposte au VIH au niveau mondial, au plan régional et à l'échelon des pays.

Réalisations du Programme commun :

214. Une nouvelle matrice de division du travail a été élaborée et adoptée. À l'échelon des pays, on a dénombré 89 équipes conjointes des Nations Unies sur le VIH/sida, complétées par 72 programmes communs d'appui dont 61 ont été adoptés. Les 'programmes communs d'appui' sont définis comme tels lorsque leur structure répond à trois critères, à savoir qu'ils sont (a) adoptés par les équipes conjointes, (b) adoptés par l'UNCT/le groupe thématique, et (c) utilisés comme base pour le travail commun des Nations Unies, la mobilisation de fonds, les évaluations et les comptes rendus.
215. Le PNUD a fourni un appui intensif à 21 pays pour renforcer les relations entre la riposte au VIH et des activités plus larges en direction des OMD. Il a notamment mis en place le Cadre d'accélération des OMD et des outils d'évaluation des coûts pour les OMD 4, 5 et 6, et dirigé la préparation d'une publication sur le sida et les OMD présentée pendant le Sommet sur les OMD de 2010.
216. L'UNESCO a renforcé la participation à la programmation régionale commune dans 5 régions. L'organisation a participé activement aux équipes conjointes des Nations Unies et aux groupes thématiques des Nations Unies dans 23 pays au moins.
217. Le Secrétariat a guidé la mise en œuvre de la Deuxième évaluation indépendante, y compris la coordination du processus qui a conduit à l'élaboration d'une nouvelle matrice ONUSIDA de division du travail. Des travaux ont débuté pour élaborer l'UBRAF qui a pour objectif d'améliorer la cohérence et de renforcer la responsabilisation. Le Secrétariat a conduit le développement d'une proposition d'approche pour étudier le rôle de l'ONUSIDA dans le système du coordonnateur résident. Le Secrétariat a aussi fait fonction de co-président du groupe de travail sur les questions relatives aux coordonnateurs résidents du GNUMD et de vice-président du Comité de haut niveau sur la gestion (HLCM). À ce titre, le Programme commun a co-dirigé des travaux d'examen des pratiques des entreprises dans 4 pays pilotes pour l'initiative 'Une seule ONU, ce qui a conduit à des activités interinstitutions pour harmoniser les pratiques des entreprises et intégrer les opérations et les programmes. 2 réunions ont été organisées avec des directeurs d'équipes d'appui aux régions de l'ONUSIDA dans le but de promouvoir la coordination et l'harmonisation des travaux. Le Programme commun a continué de s'assurer que la question du VIH était intégrée dans les principaux processus intergouvernementaux, tels que l'Assemblée générale, l'ECOSOC et le sommet sur les OMD.
218. Le Secrétariat a conduit l'élaboration d'un cadre général de partenariat pour le Programme commun, visant à permettre une appropriation par les pays des ripostes nationales, favorisant une coopération Sud-Sud et allant au-delà des secteurs de santé traditionnels pour atteindre des domaines de développement plus larges.

SECTION IV : INFORMATIONS FINANCIÈRES

Les rapports à mi-parcours pour la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2010 présentent :

- les dépenses par organisation par rapport aux ressources de base du Budget-plan de travail intégré, aux ressources supplémentaires et aux ressources régionales et mondiales des Coparrainants
- les dépenses par organisation par domaine prioritaire et stratégie transversale
- les dépenses par effet direct principal pour les ressources de base du Budget-plan de travail intégré, les ressources supplémentaires et les ressources régionales et mondiales des Coparrainants
- les dépenses par organisation par rapport à ses propres ressources budgétées à l'échelon des pays
- la synthèse des dépenses

Tableau 1 : Rapport à mi-parcours sur les dépenses au titre du Budget-plan de travail intégré 2010- 2011

Organisation	Ressources de base		% de mise en œuvre	Ressources supplémentaires		% des dépenses par rapport au budget	Ressources régionales et mondiales des Coparrainants		% des dépenses par rapport au budget	Ressources totales du Budget-plan de travail intégré		% de mise en œuvre
	Budget	Dépenses		Budget	Dépenses		Budget	Dépenses		Budget	Dépenses	
HCR	8 500 000	4 250 000	50,00%	8 600 000	4 300 000	50,00%	5 800 000	2 278 314	39,28%	22 900 000	10 828 314	47,29%
UNICEF	23 950 000	12 345 938	51,55%	3 019 253	3 823 400	126,63%	877 769	1 011 153	115,20%	27 847 022	17 180 491	61,70%
PAM	8 500 000	4 294 786	50,53%	9 906 000	6 665 812	67,29%	8 632 000	3 050 000	35,33%	27 038 000	14 010 598	51,82%
PNUD	17 010 000	8 630 742	50,74%	6 000 000	2 281 234	38,02%	20 000 000	11 178 809	55,89%	43 010 000	22 090 785	51,36%
UNFPA	20 975 000	9 334 869	44,50%	29 250 000	14 464 574	49,45%	28 590 000	9 897 431	34,62%	78 815 000	33 696 874	42,75%
UNODC	11 475 000	5 162 587	44,99%	4 050 000	3 533 881	87,26%	1 095 000	6 600 000	602,74%	16 620 000	15 296 468	92,04%
OIT	10 950 000	5 563 520	50,81%	4 800 000	1 695 039	35,31%	6 500 000	1 144 307	37,02%	22 250 000	8 402 866	37,77%
UNESCO	12 300 000	5 640 664	45,86%	12 500 000	4 705 700	37,65%	11 500 000	3 387 586	29,46%	36 300 000	13 733 949	37,83%
OMS	31 900 000	18 611 550	58,34%	85 310 000	39 248 994	46,01%	21 140 000	11 930 510	56,44%	138 350 000	69 791 054	50,45%
Banque mondiale	15 410 000	8 279 280	53,73%	9 020 000	1 759 360	19,51%	15 150 000	6 109 200	40,32%	39 580 000	16 147 840	40,80%
Secrétariat	182 400 000	88 476 263	48,51%	0	0		0	0		182 400 000	88 476 263	48,51%
Inter-institutions	136 450 000	59 354 807	43,50%	0	0		0	0		136 450 000	59 354 807	43,50%
Fd de réserve	5 000 000	0	0,00%	0	0		0	0		5 000 000	0	
TOTAL	484 820 000	229 945 006	47,43%	172 455 253	82 477 994	47,83%	119 284 769	56 587 310	51,02%	776 560 022	369 010 310	47,52%

Tableau 2 : Rapport à mi-parcours sur les dépenses au titre du Budget-plan de travail intégré 2010-2011 par domaine prioritaire et stratégie transversale

Agency	Priority Areas (PAs)										Crosscutting Strategies (CCS)						TOTAL
	Sexual transmission	PMTCT	PLHIV treatment	HIV/TB	IDU	MSM, Transgender Sex workers	Punitive Laws	Women & Girls	Young people	Social protection	AIDS planning	Global Fund	Strategic information	Technical Assistance	Leadership & Advocacy	Civil society partnerships	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	
UNHCR	800,000	1,678,176	2,000,000	250,000	250,000	500,000	500,000	1,258,113	850,000	900,000	100,000	20,000	200,000	1,402,025	70,000	50,000	10,828,314
UNICEF	1,781,062	2,017,937	2,294,886	181,082	184,792	-	54,548	439,047	2,623,298	3,803,402	1,004,715	775,108	1,911,865	-	-	108,749	17,180,491
WFP	430,742	631,977	4,841,394	2,050,626	-	-	-	218,010	-	4,139,850	300,000	392,000	410,000	270,000	203,000	123,000	14,010,598
UNDP	1,600,652	-	459,399	-	166,550	3,566,253	2,272,874	4,671,743	-	1,090,849	2,189,001	4,918,676	-	-	-	1,154,788	22,090,785
UNFPA	5,815,327	5,616,157	-	-	118,714	6,076,228	293,223	9,561,144	6,216,080	-	-	-	-	-	-	-	33,696,874
UNODC	1,385,577	-	1,576,770	176,487	6,354,903	-	2,420,941	1,840,488	596,253	945,050	-	-	-	-	-	-	15,296,468
ILO	990,282	-	771,728	863,066	-	-	1,394,310	985,098	835,535	1,197,737	282,509	229,736	192,923	302,342	72,579	285,021	8,402,866
UNESCO	2,160,350	-	318,628	-	186,782	233,477	664,723	635,882	4,099,584	578,199	1,763,439	151,073	693,564	564,465	992,964	690,818	13,733,949
WHO	4,187,463	7,677,016	21,635,227	7,677,016	2,791,642	3,489,553	3,489,553	348,955	697,911	348,955	3,489,553	2,791,642	4,885,374	697,911	2,093,732	3,489,553	69,791,054
World Bank	7,266,514	-	-	-	403,695	403,695	-	-	-	3,229,562	4,844,374	-	-	-	-	-	16,147,840
Secretariat	9,724,586	8,814,419	8,771,172	8,723,069	8,562,637	8,242,821	10,140,214	8,450,120	8,623,115	8,424,110	-	-	-	-	-	-	88,476,263
Interagency	6,661,395	5,853,787	5,856,897	5,853,787	5,853,787	5,853,787	5,856,897	5,853,787	5,853,787	5,856,897	-	-	-	-	-	-	59,354,807
TOTAL	42,803,949	32,289,469	48,526,101	25,775,133	24,873,501	28,365,813	27,087,284	34,262,387	30,395,563	30,514,611	13,973,591	9,278,236	8,293,726	3,236,743	3,432,275	5,901,928	369,010,310
TOTAL EXPENDITURE ON PRIORITY AREAS										TOTAL EXPENDITURE ON CROSSCUTTING STRATEGIES						44,116,499	
% Priority Area Expenditure										% Crosscutting Strategies Expenditure						12%	
Priority Area Allocation in the 2010-11 UBW										Allocation for Crosscutting Strategies and other activities in the 2010-2011 UBW						39%	

Organisation	Domaines prioritaires				Stratégies transversales				Total				
	Transmission sexuelle professionnel(le)s du sexe	PTME	Lois répressives	Informations stratégiques	Traitement des personnes vivant avec le VIH	Femmes et filles	Jeunes	Protection sociale	VIH/tuberculose	CDI	HSH,	transgenres	et
	Informations stratégiques	Assistance technique	Leadership et plaidoyer	Partenariats avec la société civile	Planification de la riposte au sida	Fonds mondial							
HCR	UNICEF	PAM	PNUD	UNFPA	UNODC	OIT	UNESCO	OMS	Banque mondiale	Secrétariat	Interinstitutions		
TOTAL													
Dépenses totales pour les domaines prioritaires					Dépenses totales pour les stratégies transversales								
% des dépenses allouées aux domaines prioritaires					% des dépenses allouées aux stratégies transversales								
Dépenses prévues pour les domaines prioritaires dans le Budget-plan de travail intégré 2010-2011					Dépenses prévues pour les stratégies transversales et autres activités du Budget-plan de travail intégré dans le Budget-plan de travail intégré 2010-2011								

Tableau 3 : Rapport sur les dépenses à mi-parcours du Budget-plan de travail intégré 2010-2011 par effet direct principal

Effet direct principal	Ressources de base			Ressources supplémentaires			Ressources régionales et mondiales			Total des ressources du Budget-plan de travail intégré 2010-2011		
	Budget	Dépenses	% de mise en œuvre	Budget	Dépenses	% de mise en œuvre	Budget	Dépenses	% de mise en œuvre	Budget	Dépenses	% de mise en œuvre
EDP 1 : Leadership et mobilisation des ressources	62 984 000	26 581 545	42,20%	6 275 000	2 496 240	39,78%	3 205 000	1 326 842	41,40%	72 464 000	30 404 627	41,96%
EDP 2 : Informations stratégiques	33 586 418	18 058 447	53,77%	13 585 244	5 218 630	38,41%	6 877 463	2 699 515	39,25%	54 049 125	25 976 592	48,06%
EDP 3 : Ressources humaines des systèmes publics et de la société civile	104 049 250	37 403 022	35,95%	52 765 166	17 808 210	33,75%	31 751 817	14 478 651	45,60%	188 566 233	69 689 882	36,96%
EDP 4 : Droits de la personne et différences entre les sexes	19 632 837	10 929 925	55,67%	8 081 218	3 792 628	46,93%	11 643 612	6 004 575	51,57%	39 357 667	20 727 127	52,66%
EDP 5 : Capacités nationales à élargir et intensifier la prévention du VIH	48 515 644	23 423 969	48,28%	46 121 458	33 620 138	72,89%	21 862 034	10 141 108	46,39%	116 499 136	67 185 214	57,67%
EDP 6 : Populations les plus exposées au risque d'infection	14 057 700	6 968 729	49,57%	16 100 000	7 249 306	45,03%	6 950 000	6 418 749	92,36%	37 107 700	20 636 784	55,61%
EDP 7 : Les femmes et les filles, les jeunes, les enfants et les populations en situation de crise humanitaire	36 504 731	15 733 764	43,10%	23 370 167	9 558 348	40,90%	19 769 843	7 337 559	37,11%	79 644 741	32 629 670	40,97%
EDP 8 : Coordination, alignement et harmonisation	160 489 120	90 845 605	56,61%	6 157 000	2 734 494	44,41%	17 225 000	8 180 311	47,49%	183 871 120	101 760 409	55,34%
TOTAL	479 820 000³	229 945 006	47,92%	172 455 253	82 477 994	47,83%	119 284 769	56 587 310	47,44%	771 560 022	369 010 310	47,52%

³ Dans ce tableau, le budget de base exclut le fonds de réserve de USD 5 000 000.

Tableau 4 : Rapport sur les dépenses à mi-parcours 2010-2011 par région (Ressources des Coparrainants à l'échelon des pays)⁴

Organisation	Ressources budgétées des Coparrainants à l'échelon des pays	Dépenses 2010								% de mise en œuvre
		Asie-Pacifique	Europe orientale et Asie centrale	Afrique orientale et australe	Afrique occidentale et centrale	Amérique latine	Caraïbes	Moyen-Orient et Afrique du Nord	TOTAL	
HCR	11 500 000	-	-	2 509 391	-	100 000	-	400 000	3 009 391	26,17%
UNICEF	309 077 023	24 037 917	4 765 106	95 130 539	23 855 914	6 561 473	0	6 609 591	160 960 540	52,08%
PAM	216 309 000	7 307 691	50 000	62 895 087	34 161 787	793 067	13 111 870	17 798 567	136 118 068	62,93%
PNUD ⁵	300 000 000	18 490 517	30 935 494	117 256 556	54 450 238	7 547 304	9 539 304	38 321 012	276 540 426	92,18%
UNFPA	100 000 000	5 255 835	6 071 739	38 262 612	3 018 601	9 183 477	951 629	-	62 743 893	62,74%
UNODC	45 150 000	4 708 170	5 466 114	1 974 420	-	9 450 000	-	1 206 229	22 804 933	50,51%
OIT	11 700 000	100 993	36 305	2 361 763	1 271 718	551 325	236 282	6 134	4 564 520	39,01%
UNESCO	28 500 000	110 018	3 300	90 345	772 776	2 829 887	-	-	3 806 326	13,36%
OMS	127 549 000	3 780 254	3 814 035	10 190 502	21 949 368	1 796 861	-	11 047 423	52 578 443	41,22%
Banque mondiale	599 940 000	522 510 000	29 900 000	422 680 000	679 970 000	74 200 000	52 000 000	17 900 000	1 799 160 000	299,89%
Secrétariat	40 000 000	5 619 169	934 823	4 369 416	1 629 759	1 157 188	902 520	802 941	15 415 816	38,54%
Total	1 789 725 023	591 920 564	81 976 917	757 720 630	821 080 162	114 170 583	76 741 605	94 091 895	2 537 702 357	141,79%

⁴ Fonds à l'échelon des pays venant en plus du Budget-plan de travail intégré et formellement externes à celui-ci.

⁵ L'estimation du chiffre à l'échelon des pays comprend les dépenses allouées à des projets VIH hors programme uniquement et les dépenses du Fonds mondial pour le VIH (n'inclut pas les dépenses allouées à des projets intégrés présentant une composante VIH).

Tableau 5 : Synthèse des dépenses à mi-parcours 2010-2011

Organisation	Budget planifié 2010-2011	Dépenses 2010				
		Ressources de base	Ressources supplémentaires	Ressources régionales et mondiales des Coparrainants	Ressources des Coparrainants à l'échelon des pays	Total
HCR	34 400 000	4 250 000	4 300 000	2 278 314	3 009 391	13 837 705
UNICEF	336 924 045	12 345 938	3 823 400	1 011 153	160 960 540	178 141 031
PAM	243 347 000	4 294 786	6 665 812	3 050 000	136 118 068	150 128 666
PNUD	343 010 000	8 630 742	2 281 234	11 178 809	276 540 426	298 631 211
UNFPA	178 815 000	9 334 869	14 464 574	9 897 431	62 743 893	96 440 767
UNODC	61 770 000	5 162 587	3 533 881	6 600 000	22 804 933	38 101 401
OIT	33 950 000	5 563 520	1 695 039	1 144 307	4 564 520	12 967 386
UNESCO	64 800 000	5 640 664	4 705 700	3 387 586	3 806 326	17 540 276
OMS	265 899 000	18 611 550	39 248 994	11 930 510	52 578 443	122 369 497
Banque mondiale	639 520 000	8 279 280	1 759 360	6 109 200	1 799 160 000	1 815 307 840
Secrétariat	222 400 000	88 476 263	-	-	15 415 816	103 892 079
Interinstitutions	136 450 000	59 354 807	-	-	-	59 354 807
Fonds de réserve	5 000 000	-	-	-	-	-
TOTAL	2 566 285 045	229 945 006	82 477 994	56 587 310	2 537 702 357	2 906 712 667

[Fin du document]