



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (32)/13.3

Date de publication : 17 juin 2013

TRENTE-DEUXIÈME RÉUNION

Date : 25-27 juin 2013

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 1.4 de l'ordre du jour

**Rapport de la Présidence du Comité des organismes
coparrainants**

Documents complémentaires pour ce point : *aucun*

Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

Prendre note du rapport du Comité des organismes coparrainants

Implications financières des décisions : *aucune*

INTRODUCTION

1. Le rapport complet du Comité des organismes coparrainants (COC) sera diffusé lors de l'allocution du COC prononcée par Mme Irina Bokova, Directrice générale de l'UNESCO et Présidente du COC en 2013, à l'occasion de la 32^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, du 25 au 27 juin 2013. Les organismes coparrainants y présentent les actions qu'ils entendent mener en priorité d'ici l'échéance de 2015 fixée pour les objectifs du Millénaire pour le développement, et appellent à poursuivre les efforts, dans le cadre de l'après-2015, afin d'atteindre les cibles inachevées des OMD. Plus précisément, ils insistent sur la nécessité de renforcer les efforts pour cibler l'action au niveau des pays, améliorer les programmes en faveur des populations clés et répondre aux besoins spécifiques des adolescents et des jeunes.

ANNEXE – Rapports d’activité des agences

Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR)

| Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US) | |
|--|----------------------|
| Au niveau mondial | 2 893 462 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 5 548 028 \$ |
| Autres régions | 8 079 899 \$ |
| Total | 16 521 389 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 4 682 120 \$ |
| Description des trois principales priorités et des résultats clés associés | |
| <p>Priorité 1 : Accès équitable au traitement antirétroviral pour les personnes relevant de la compétence du HCR (24 % du total des dépenses environ)</p> <p>Contexte</p> <p>Dans les programmes du HCR, l’accélération du recours aux services de conseil et de dépistage du VIH et du traitement ont été favorisés par les avancées technologiques et les améliorations des systèmes, notamment la mise en œuvre du dépistage à l’initiative du soignant dans certains établissements de santé, la baisse du coût des médicaments et la poursuite du plaidoyer en faveur de l’inclusion des réfugiés aux programmes nationaux de lutte contre le sida sans aucune discrimination et le soutien de ces programmes, le cas échéant, assuré la plupart du temps par des partenaires. Le HCR continue d’insister beaucoup sur la sensibilisation et la détection précoce du VIH. La peur et la stigmatisation étant généralement plus fortes parmi les populations de réfugiés, le HCR poursuit l’élaboration de messages adaptés à la culture de leurs destinataires et faciles à comprendre, en utilisant un langage et des supports de communication adéquats.</p> <p>En 2012, le HCR a poursuivi ses campagnes de plaidoyer et d’éducation pour combattre les idées fausses (la prévalence du VIH est plus élevée parmi les réfugiés et entraîne une incidence accrue du virus dans la population locale, par exemple) lors de séances de sensibilisation et de formation, à tous les niveaux, des communautés de réfugiés et de celles qui les accueillent, puisqu’il est attesté qu’un environnement discriminatoire et stigmatisant affecte négativement les comportements sains, l’observance du traitement ainsi que le conseil et le dépistage volontaires du VIH. En outre, pour optimiser l’observance du traitement et les schémas thérapeutiques, le HCR a étudié l’observance et les résultats du traitement antirétroviral au sein des populations affectées par les conflits et déplacées de force, soulignant que même en situation de crise humanitaire, des stratégies de traitement</p> | |

pouvaient et devaient donc être mises en œuvre¹. Afin de favoriser le diagnostic et le suivi sur le lieu de soins, le HCR a veillé à ce que les établissements de santé disposent de capacités suffisantes pour assurer le dépistage du VIH et fourni des compteurs de CD4 portatifs (PIMA) à certains pays d'Afrique occidentale et centrale. Cette stratégie a largement profité à la population générale, les programmes de santé des pays s'appuyant sur cette expérience ayant décidé de généraliser l'utilisation des équipements sur le lieu de soins au niveau national, comme tout dernièrement en Côte d'Ivoire.

De plus, une initiative régionale permettant aux professionnels du sexe et aux enfants exploités sexuellement et maltraités d'accéder à des services de protection et de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire est mise en œuvre en Afrique orientale depuis 2011. Les interventions s'appuient sur des processus impliquant des partenaires de différents secteurs, les ministères de la santé, des responsables communautaires et des professionnels du sexe. Des évaluations et des programmes ont été élaborés et/ou renforcés au moyen de formations et d'un soutien ciblés mobilisant des équipes polyvalentes dans quatre pays (Éthiopie, Kenya, Ouganda et Zambie), où les services liés au VIH et les services de santé sexuelle et reproductive destinés aux professionnels du sexe ont été maintenus, les communautés sensibilisées et des réseaux animés par des pairs constitués.

Enfin, bien qu'aucune information sur le statut VIH ne soit demandée lors de l'immatriculation des réfugiés, ceux-ci sont renseignés sur les points focaux et les structures à contacter pour obtenir des informations sur le VIH, se faire dépister ou suivre un traitement. Des exemples récents ont montré que les processus d'immatriculation de premier et deuxième niveaux avaient permis d'identifier des personnes vivant avec le VIH (PPVIH) parmi les nouveaux arrivants (au Niger et au Burkina Faso, par exemple). Le HCR demande ensuite que ces personnes soient intégrées au programme national et les oriente vers des services de traitement, en accordant une attention particulière aux personnes déjà sous médicaments, pour éviter l'interruption du traitement.

Résultats clés

- Fin 2012, l'accès au traitement antirétroviral des réfugiés pris en charge par le HCR se maintenait à 93 %, un niveau similaire à celui de la population environnante.
- La totalité des professionnels du sexe identifiés comme séropositifs au VIH par les programmes mis en œuvre en Afrique orientale et australe sont aujourd'hui intégrés aux programmes de soins et de traitement.

¹ <http://www.conflictandhealth.com/content/6/1/9/abstract>

Priorité 2 : Stratégies de protection sociale et accès aux soins essentiels et au soutien (21 % du total des dépenses environ)

Contexte

Avec la stratégie d'intégration des critères d'âge, de genre et de diversité (AGDM) du HCR, tous les membres de la communauté sont visés par des interventions appropriées tenant compte de leurs besoins, forces et vulnérabilités spécifiques. Lorsque les transferts sociaux, en espèces ou en nature, sont ciblés plutôt que destinés à l'ensemble de la population, les personnes atteintes de maladies chroniques, dont celles vivant avec le VIH, font toujours partie des bénéficiaires. En outre, l'accent mis sur la recherche de solutions de remplacement aux camps de réfugiés et le caractère urbain de plus en plus prononcé des crises de déplacement requièrent de nouveaux moyens pour toucher les personnes qui ont besoin de protection et d'assistance. Les interventions monétaires (espèces et bons d'échange) sont un outil important dans de tels contextes et en 2012, le HCR a publié le guide *An Introduction to Cash-based Interventions in UNHCR Operations*² pour encourager l'adoption d'une démarche proactive concernant l'utilisation et l'intensification des interventions monétaires.

La principale finalité des interventions monétaires du HCR est le renforcement de la protection par la réduction des risques auxquels les populations affectées sont confrontées. Les faits montrent que la satisfaction des besoins essentiels évite les comportements d'adaptation néfastes. Une hausse immédiate du pouvoir d'achat d'une personne lui permettra de protéger ses biens et/ou d'investir dans le rétablissement de ses moyens de subsistance. La stratégie AGDM est également appliquée aux programmes impliquant des interventions monétaires et le guide mentionné ci-dessus promeut une approche prenant en compte le VIH lors de la définition et de la mise en œuvre d'interventions monétaires. En outre, de récentes études de faisabilité ont déjà souligné la nécessité de prendre en considération les besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH. En Malaisie, une aide financière a été apportée aux PVVIH vulnérables et aux ménages affectés par le VIH parmi les personnes relevant de la compétence du HCR. De plus, le programme de protection de l'enfance prévoit le soutien individualisé des enfants non accompagnés ou séparés de leur famille. Le bureau régional du HCR à Dakar, en collaboration avec les partenaires responsables de la mise en œuvre, a veillé à l'inclusion de programmes axés sur les moyens de subsistance pour les populations infectées et affectées par le VIH relevant de la compétence du HCR. Des examens ont été menés pour le Mali, la Gambie, le Sénégal, le Ghana et le Togo, et des recommandations d'adaptation des programmes ont été formulées pour 2013.

Au niveau régional, le HCR continue de participer activement aux groupes de travail sur la protection sociale. Les informations produites ont été exploitées par la section Santé publique et VIH du HCR en vue de la rédaction d'une note conceptuelle sur la protection sociale prenant en compte le VIH. Cette note n'a pas encore été publiée

² <http://www.unhcr.org/515a959e9.html>

mais a inspiré les directives relatives aux interventions monétaires (espèces et bons d'échange) mentionnées plus haut, les directives opérationnelles en matière de protection des réfugiés dans les zones urbaines³ et les directives en matière d'assurance maladie⁴.

Résultats clés

- Lancement du guide *An Introduction of Cash-based Interventions in UNHCR Operations*⁵
- Directives prenant en compte le VIH pour les réfugiés dans les zones urbaines et directives en matière d'assurance maladie⁶

Priorité 3 : Prévention de la transmission par voie sexuelle (22 % du total des dépenses environ)

Contexte

En tant qu'agence dirigeant les groupes chargés de la protection, de la coordination et de la gestion des camps conformément à l'approche sectorielle, le HCR a mis l'accent et axé ses efforts sur l'intégration du VIH/sida dans ces groupes. De surcroît, le Haut Commissariat associe les réfugiés et les autres personnes concernées à toutes les phases de la programmation – de l'appréciation au suivi et à l'évaluation, en passant par la mise en œuvre. L'inclusion de la société civile et des groupes de soutien aux personnes séropositives est encouragée et promue dès le début des situations d'urgence. Cette stratégie fait gagner du temps et favorise une programmation efficace car le contact avec les PVVIH se fait beaucoup plus vite.

En 2012, les urgences qui ont affecté les pays d'Asie où sévissent des épidémies concentrées ont révélé à la fois l'absence de priorités établies pour le VIH dans la réponse humanitaire et le rôle essentiel joué par les groupes de soutien aux personnes séropositives pour répondre aux besoins en termes de connaissances, d'attitudes et de pratiques dès le début d'une situation d'urgence. En outre, l'engagement des populations clés a permis de mettre en œuvre des interventions pour les professionnels du sexe que ceux-ci s'approprient, en particulier en Amérique latine, dans l'Est et dans la Corne de l'Afrique et en Afrique australe, grâce à des stratégies conduites par les pairs et faisant appel à des équipes polyvalentes. En Asie et en Amérique latine, l'accès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes aux services a été possible grâce au rôle majeur qu'a joué ce groupe de population pour mobiliser, faire connaître les stratégies et les mettre en œuvre.

En 2012, le HCR a organisé une consultation avec l'Association internationale des juges spécialistes du droit des réfugiés et le Réseau juridique européen sur l'asile, et élaboré les principes directeurs sur la protection internationale n° 9 : demandes de

³ <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4e27d8622.html>

⁴ <http://www.unhcr.org/4f7d4cb1342.pdf>

⁵ <http://www.unhcr.org/515a959e9.html>

⁶ <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4e27d8622.html>

reconnaissance du statut de réfugié relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre⁷. Ces principes sont le fruit d'une recherche qui a montré que les décisions faisant suite aux demandes de reconnaissance des réfugiés formulées par des personnes LGBTI (lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles et intersexuelles) reposaient parfois sur une compréhension superficielle des expériences vécues par ces personnes, ou sur des hypothèses erronées, inappropriées d'un point de vue culturel ou véhiculant des stéréotypes. Dans plusieurs pays, le HCR et ses partenaires, en collaboration avec les autorités sanitaires locales et nationales, ont adapté et ciblé les programmes de prévention du VIH, comme lors de la récente crise au Mali dont des ressortissants se sont réfugiés au Burkina Faso et au Niger.

La santé sexuelle et reproductive des adolescents bénéficie d'une attention accrue dans le contexte du développement et de l'aide humanitaire, bien qu'il existe peu de données sur les progrès accomplis à ce jour dans les situations de crise humanitaire ou sur les programmes intégrant efficacement des services de santé sexuelle et reproductive destinés à cette population. Afin de combler cette lacune, le HCR et l'UNFPA ont apporté leur soutien à l'état des lieux réalisé par la Women's Refugee Commission (WRC) et Save the Children qui, pendant un an, ont recensé les programmes de santé sexuelle et reproductive existants pour les adolescents. Les résultats de l'analyse de 37 programmes sont compilés dans le document *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings: Understanding and Documenting Good Practices* de décembre 2012⁸. Par ailleurs, le HCR met en œuvre des programmes intégrant les critères d'âge, de genre et de diversité pour veiller à ce que tous les membres de la communauté soient ciblés en fonction de leurs besoins, forces et vulnérabilités spécifiques. Une attention particulière est portée aux enfants plus susceptibles de se livrer à une activité sexuelle à risque et à ceux qui présentent des risques en matière de protection. Le HCR les cible spécifiquement avec des formations et des programmes conduits par des pairs. Veiller à ce que les filles restent scolarisées et inclure la sexualité dans l'éducation figurent parmi les principales priorités de la stratégie d'éducation du HCR pour la période 2012-2016⁹.

Le HCR encourage la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) dans beaucoup de ses programmes et soutient les programmes nationaux pour étendre leur mise en œuvre aux personnes réfugiées. Des personnels ont été formés, des salles d'opération rénovées, des équipements fournis et des campagnes de promotion lancées. Fin 2012, l'Éthiopie, le Kenya et l'Ouganda avaient considérablement intensifié leurs programmes de CMMV et la plupart des opérations en faveur de réfugiés mettaient en œuvre de telles activités ou s'étaient assurées que les réfugiés pouvaient accéder facilement au programme national.

⁷ <http://www.unhcr.org/refworld/docid/50348afc2.html>

⁸ <http://his.unhcr.org/aae/wp-content/uploads/2012/11/Adolescent-Sexual-and-Reproductive-Health-in-Humanitarian-Settings-Understanding-and-Documenting-Good-Practices-December-2012.pdf>

⁹ <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4f4cd9812.html>

Résultats clés

- Principes directeurs sur la protection internationale n° 9 : demandes de reconnaissance du statut de réfugié relatives à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre¹⁰
- *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Humanitarian Settings: Understanding and Documenting Good Practices*, décembre 2012

Autres points

Élimination de la transmission de la mère à l'enfant dans le contexte d'épidémies de faible intensité/concentrées

En 2012, le pourcentage de femmes ayant accès aux programmes d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (TME) sur 23 sites équipés d'un système d'information sanitaire a augmenté, même si 35 % seulement de ces sites atteignaient le taux de couverture standard de 90 %, soit une hausse de 5 % depuis 2008 ; des progrès considérables ont été constatés dans des pays comme le Burundi (passé de 43 % en 2008 à 98 % en 2012) et l'Ouganda (56 % à 93 %).

Violence sexuelle et sexiste

Dans les situations impliquant des réfugiés, le mandat du HCR lui permet de protéger les réfugiés et les autres personnes relevant de sa compétence et de leur porter assistance. Le HCR s'assure donc que les réfugiés sont protégés du viol, que les survivants bénéficient de soins et d'une protection appropriés, et que des programmes de lutte contre le VIH sont en place. Dans les situations impliquant des personnes déplacées dans leur propre pays, en tant que chef de file du groupe de travail sur la protection et institution coordinatrice du domaine « Lutter contre le VIH dans les situations d'urgence humanitaire » défini lors de la révision de la division du travail de l'ONUSIDA, le HCR préconise que les thèmes du VIH et de la violence sexuelle et sexiste soient intégrés à tous les groupes. En outre, avec sa stratégie de suivi de la protection, le HCR contribue à l'identification, à l'orientation et à la prise en charge des victimes de la violence sexuelle et sexiste. La prise en charge inclut l'orientation, des conseils juridiques et une aide psychosociale. Une équipe polyvalente spécialiste de la violence sexuelle et sexiste et une autre pour le VIH sont constituées dans la plupart des cas, leurs membres appartenant aux secteurs de la gestion, de la protection, des services communautaires et de la santé. Chaque équipe inspire fortement la stratégie de l'autre puisque de nombreux membres appartiennent aux deux équipes. Dans presque toutes les situations impliquant des réfugiés, les plans de lutte contre la violence sexuelle et sexiste prennent en compte systématiquement la corrélation entre violence sexuelle et sexiste et VIH et prévoient une prophylaxie post-exposition pour les survivants de viols. Un atelier régional en Afrique orientale sur le VIH et la violence sexuelle et sexiste dans les situations d'urgence a organisé des sessions spéciales sur la résolution 1983 du

¹⁰ <http://www.unhcr.org/refworld/docid/50348afc2.html>

Conseil de sécurité des Nations Unies. Le HCR travaille en étroite collaboration avec l'ONUSIDA au niveau régional en Afrique orientale, sur des thèmes liés à la résolution 1983.

Le HCR a renforcé ses efforts pour rendre la justice plus accessible (culturellement, socialement et financièrement) aux victimes de la violence sexuelle et sexiste, à tous les stades du cycle de déplacement. C'est là un aspect crucial d'une réponse efficace du HCR en matière de protection contre cette violence qui contribue aussi à la prévenir. Le HCR aide les États à assumer leurs responsabilités juridiques internationales, à se soumettre aux exigences découlant de la primauté du droit et à faire en sorte que toutes les personnes relevant de sa compétence aient accès aux mécanismes de justice existants. Son document *Action contre la violence sexiste : stratégie actualisée*¹¹ publié en 2011 est un outil important conçu pour faciliter les actions de prévention et la réponse à la violence sexuelle et sexiste.

La stratégie met l'accent sur la nécessité d'une approche multisectorielle de la prévention et de la riposte, qui inclut des actions de lutte contre le VIH et le sida et des activités d'aide juridique pour combattre la culture d'impunité qui caractérise la violence sexuelle et sexiste. Divers instruments régionaux, en Afrique, en Amérique et en Europe, décrivent en détail les obligations des États liées à l'accès à la justice pour les survivants à la violence sexuelle et sexiste. Le HCR s'assure que les membres de son personnel connaissent les engagements juridiques de l'État dans lequel ils travaillent ainsi que ses systèmes de justice traditionnels. L'organisation participe à des activités pour améliorer l'accès à la justice des survivants à la violence sexuelle et sexiste dans trois domaines principaux : 1) conseil juridique pour les survivants ; 2) travail avec les communautés et 3) soutien des autorités.

¹¹ <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4e01ffeb2.pdf>

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

| Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US) | |
|---|----------------------|
| Au niveau mondial | 3 164 829 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 47 118 191 \$ |
| Autres régions | 43 668 718 \$ |
| Total¹² | 93 951 738 \$ |
| Total UBRAF 2012¹³ | 8 552 078 \$ |
| Description des trois principales priorités et des résultats clés associés | |
| <p>Priorité 1 : Réduction du nombre d'infections à VIH chez les enfants ; augmentation du pourcentage de femmes séropositives recevant des antirétroviraux ; augmentation du pourcentage d'enfants recevant un traitement du VIH (46 % du total des dépenses environ)</p> <p>Contexte</p> <p>Le <i>Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie</i> fixe d'ambitieux objectifs pour 2015 : réduire de 90 % le nombre d'enfants nouvellement infectés à VIH et diviser la mortalité maternelle par deux chez les femmes vivant avec le VIH. Même si des progrès ont été obtenus, 28 % seulement des enfants de 0 à 14 ans reçoivent des médicaments vitaux. Il faut renforcer les efforts pour combler le retard de traitement des enfants par rapport aux adultes et permettre aux femmes enceintes vivant avec le VIH de continuer à bénéficier de services de santé maternelle et infantile.</p> <p>Résultats clés</p> <p>Afin de soutenir la mise en œuvre du Plan mondial, l'UNICEF a fourni une assistance technique ainsi que des directives opérationnelles et normatives à 22 pays ciblés par l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (TME), pour leur permettre d'élaborer et d'appliquer des plans nationaux chiffrés en vue d'éliminer cette transmission. En Zambie, au Swaziland, en Éthiopie, au Kenya, en Tanzanie et au Mozambique, l'UNICEF a codirigé des ateliers avec l'OMS sur l'élaboration de cadres de suivi et d'évaluation pour les plans d'élimination de la TME. Elle a également soutenu l'évaluation des programmes nationaux de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) et mené des analyses des goulets d'étranglement pour étayer l'élaboration d'actions nationales</p> | |

¹² Ce montant n'inclut pas les fonds de base UBRAF dépensés en 2012, qui sont indiqués sur la ligne juste en dessous.

¹³ N'inclut pas les engagements en 2012 au titre de salaires versés aussi en 2013. Ces salaires seront comptabilisés dans les dépenses de 2013.

d'élimination de la TME en Angola, au Lesotho et au Malawi.

L'UNICEF a apporté son concours à l'examen opérationnel des programmes de PTME dans trois pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. En Arménie et au Kirghizistan, ces évaluations ont entraîné la révision des stratégies nationales de PTME pour mettre l'accent sur le besoin d'un dépistage prénatal du VIH universel et recentrer les interventions de prévention sur les femmes enceintes les plus exposées au risque, notamment les consommatrices de drogues, les femmes dont les partenaires consomment des drogues injectables, les femmes qui vendent des services sexuels, les migrantes illégales, les femmes sans domicile fixe et les détenues.

Avec l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNFPA, l'UNICEF a aidé 17¹⁴ pays d'Afrique occidentale et centrale à accélérer la mise en œuvre de programmes intégrés à fort impact de santé maternelle, néonatale et infantile, de santé reproductive et de PMTE. L'UNICEF et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ont créé ensemble le groupe de travail d'élimination de la TME du Fonds mondial, qui a collecté plus de 130 millions de dollars US en 2011-2012. L'UNICEF a également commencé à mettre en œuvre une subvention de deux millions de dollars US du Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) dans sept pays pour améliorer l'efficacité de subventions globales d'un montant de plus de 400 millions de dollars US axées sur l'amélioration des résultats d'élimination de la TME et pour accroître l'efficacité et l'efficience des subventions du Fonds mondial.

L'UNICEF a mené une consultation avec l'OMS, USAID et Save the Children sur l'intégration du VIH pédiatrique à la gestion au niveau communautaire des cas chez les nouveau-nés et les jeunes enfants. Un partenariat de 4,2 millions de dollars US avec le Mac AIDS Fund signé en 2012 met l'accent sur des solutions innovantes pour intensifier le traitement et les soins du VIH pédiatrique, et stimuler une collaboration Sud-Sud afin de favoriser l'échange d'expériences de quatre continents¹⁵. Pour créer des marchés, améliorer l'accès à divers types de dépistage et de diagnostic précoce chez l'enfant, et améliorer le démarrage et le suivi du traitement aux niveaux de base du système de soins, l'UNICEF s'est attelée à mobiliser des techniques de diagnostic sur les lieux de soins et à intensifier leur utilisation, aux niveaux de base du système de soins. Mené en collaboration avec la Clinton Health Access Initiative et soutenu par UNITAID, ce projet sera mis en œuvre dans sept pays d'Afrique subsaharienne¹⁶.

¹⁴ Côte d'Ivoire, Cameroun, Tchad, République démocratique du Congo, Ghana, Nigéria, Burundi, République centrafricaine, Congo, Gabon, Gambie, Mauritanie, Guinée Bissau, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Niger

¹⁵ Brésil, Communauté des États indépendants, Inde et Afrique du Sud

¹⁶ Éthiopie, Kenya, Malawi, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Ouganda et Zimbabwe

Priorité 2 : Soutien des capacités nationales pour augmenter le pourcentage d'enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/sida recevant un soutien familial, communautaire et gouvernemental de qualité (15 % du total des dépenses environ)

Contexte

La mortalité liée à la forte charge de morbidité du VIH continue d'avoir des effets dévastateurs sur les familles, engendre des difficultés financières, une exclusion sociale et une détresse émotionnelle chez les enfants. Il reste donc nécessaire de fournir des services de protection pour les enfants, conjointement avec les secteurs de protection de l'enfance et de l'éducation, pour réduire des vulnérabilités elles-mêmes susceptibles d'entraîner de nouvelles infections à VIH.

Résultats clés

En 2012, l'UNICEF a créé un partenariat avec l'EPRI (Economic Policy Research Institute) en Afrique du Sud pour analyser dans quelle mesure les programmes de transferts monétaires touchent les ménages affectés par le VIH les plus vulnérables et dans quelle mesure ils réduisent les comportements à risque chez les jeunes.

Avec l'assistance technique de l'UNICEF, des pays comme le Malawi, le Kenya et le Zimbabwe intègrent des mesures des résultats en matière de VIH aux évaluations de l'impact de la protection sociale. Dans neuf¹⁷ pays de la région Asie orientale et Pacifique, l'UNICEF a étudié les politiques et les programmes de protection sociale prenant en compte le VIH et sensibles à la situation des enfants, ce qui a permis d'établir que la plupart ne prévoyaient pas d'aides sociales pour les enfants vulnérables, comme des subventions en espèces ou une aide alimentaire. L'UNICEF a soutenu des interventions à assise familiale et communautaire innovantes au profit de l'élimination de la TME.

Avec le soutien de la Fondation Hilton, l'UNICEF a encouragé la création de liens entre les services de développement de la petite enfance et les services cliniques, en utilisant le développement de la petite enfance comme point d'entrée pour identifier les enfants exposés au VIH et les orienter vers le dépistage et le traitement. En 2012, l'UNICEF a également noué un nouveau partenariat avec le Réseau international de soins palliatifs pour enfants (ICPCN) afin de cartographier les besoins et les lacunes des réponses au VIH par les soins palliatifs (gestion de la douleur, aide psychosociale et soutien économique) dans trois pays d'Afrique subsaharienne¹⁸. Un groupe de travail sur les coûts piloté par l'UNICEF a été créé en 2012 avec le PEPFAR, World Vision, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et le Futures Institute pour élaborer une méthodologie d'évaluation des coûts pour la protection, les soins et le soutien des enfants affectés par le sida.

¹⁷ Bangladesh, Cambodge, Chine, Indonésie, Népal, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Thaïlande et Viet Nam

¹⁸ Zimbabwe, Afrique du Sud, Kenya

Priorité 3 : Soutien de la réduction du risque et de la vulnérabilité au VIH/sida chez les adolescents en améliorant l'accès et le recours à des informations, des compétences et des services de prévention tenant compte des sexospécificités (40 % du total des dépenses environ)

Contexte

Fin 2011, selon les estimations, 2,2 millions d'adolescents de 10 à 19 ans vivaient avec le VIH. Le nombre de nouvelles infections chez les adolescents régresse depuis 1990 mais pas de façon significative sur le plan statistique. Si, à l'échelle mondiale, les décès liés au sida ont baissé de 26 % entre 2011 et le pic de 2004, ils ont augmenté de 50 % chez les adolescents pendant cette période.

Résultats clés

L'UNICEF a travaillé avec l'OMS et d'autres partenaires à l'élaboration des directives des Nations Unies sur le conseil et le dépistage du VIH pour les adolescents et de directives mondiales pour la fourniture de services aux adolescents vivant avec le VIH. S'appuyant sur l'initiative Shuga Radio dans six pays, l'UNICEF a aidé les gouvernements et les partenaires à augmenter la demande de dépistage et de conseil et à renforcer le suivi et les comptes rendus du dépistage du VIH chez les adolescents, ainsi que l'orientation vers des services clés. Avec le Futures Institute, l'UNICEF a entrepris de modéliser les résultats pour les adolescents et d'estimer leurs coûts en utilisant le cadre d'investissement VIH et en se concentrant sur 23 pays à forte charge de morbidité où sévissent des types d'épidémie différents. Les conclusions préliminaires ont montré que cette évolution stratégique des investissements en faveur des programmes de lutte contre le VIH visant les adolescents pourrait réduire le nombre de nouvelles infections dans ce groupe de population de plus de 50 % d'ici 2015, et que la baisse se poursuivrait de façon soutenue jusqu'en 2030.

L'UNICEF avait commandé des travaux sur le VIH et les adolescents dans les situations d'urgence qui ont débouché sur des recommandations pour améliorer la préparation et la réponse aux besoins des adolescents dans les contextes de crise humanitaire. Les sections VIH, Protection de l'enfance et Santé de l'UNICEF ont travaillé avec la Women's Refugee Commission (WRC) afin d'élaborer un outil de formation pour la prise en charge au niveau communautaire de la violence sexuelle dans les contextes de crise humanitaire, l'objectif étant de former les agents de santé communautaires à l'orientation des survivants aux violences sexuelles et à la fourniture de soins lorsqu'aucune orientation n'est possible.

Dans la région Asie-Pacifique, l'UNICEF, avec l'ONUSIDA, l'UNESCO et l'UNFPA, a soutenu la formation de formateurs au leadership « NewGen Asia », à laquelle ont participé plus de 20 jeunes de 15 à 26 ans issus de divers réseaux et organisations de jeunes. Cette formation régionale a apporté aux jeunes des compétences et des connaissances en matière de plaidoyer, de communication, de planification stratégique et de leadership. Les participants déploieront cette formation courte au leadership dans leur pays d'origine. L'UNICEF et l'Union des PVVIH du Kazakhstan

ont créé « X-Road », un outil interactif en russe utilisable sur les plates-formes Web et les réseaux sociaux. Cet outil utilise un langage et des vidéos adaptés aux jeunes pour leur présenter les choix qui s'offrent à eux en matière de consommation de drogues, de prise de risque et de prévention du VIH. Les résultats obtenus par l'utilisateur dépendent des choix interactifs qu'il a faits. L'outil a été vu 2 500 fois en 2012.

Autres points

Le début de la fin du sida commence avec les enfants. Grâce à des investissements judicieux éclairés par des données probantes et à la conscience partagée que la protection et la promotion des droits de tous les enfants à survivre et s'épanouir sont la responsabilité de tous, nous pourrions sauver des millions de vies et parvenir à une génération sans sida.

Récemment, l'UNICEF a commencé à changer sa façon d'élaborer des programmes, en se concentrant sur une approche plus holistique et intégrée, conçue autour des première et deuxième décennies de la vie de l'enfant et axée sur le soutien d'investissements et de programmes stratégiques et sur l'innovation technique. Cet agenda, exposé dans le projet de plan stratégique à moyen terme (2014-2017), prévoit des interventions dans les domaines suivants : 1) PTME/traitement antirétroviral pédiatrique ; 2) protection des enfants affectés par le sida et 3) prévention, traitement, soins et soutien ciblant les adolescents.

Programme alimentaire mondial (PAM)

| Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US) | |
|--|-----------------------|
| Au niveau mondial | 1 008 226 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 97 673 756 \$ |
| Autres régions | 64 799 447 \$ |
| Total | 163 481 430 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 3 936 440 \$ |
| Description des trois principales priorités et des résultats clés associés | |
| <p>Priorité 1 : Aide nutritionnelle dans le cadre du traitement du VIH et de la tuberculose (34 % du total des dépenses environ)</p> <p>Contexte</p> <p>Selon la division du travail de l'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est l'organisme pivot dans les domaines du traitement antirétroviral et de la tuberculose. Le PAM travaille avec l'OMS et ses partenaires pour veiller à ce que l'aide alimentaire et nutritionnelle soit intégrée de manière adéquate au traitement du VIH et aux programmes de lutte contre la tuberculose.</p> <p>L'amélioration de l'efficacité et de l'efficience des services de traitement est essentielle au succès à long terme de la riposte au VIH. Le cadre Traitement 2.0¹⁹ vise à accélérer l'intensification du traitement et à améliorer les résultats sur la santé en optimisant les schémas thérapeutiques, en fournissant des outils de diagnostic et de suivi utilisables sur les lieux de soin et d'autres moyens de suivi et de diagnostic simplifiés, en réduisant les coûts du traitement, en adaptant les modèles de fourniture de services par la décentralisation et l'intégration, et en mobilisant les communautés afin qu'elles participent aux efforts visant à améliorer l'accès et le recours au traitement, et donc le succès du traitement. Le PAM travaille avec des gouvernements et des partenaires pour veiller à ce que le traitement soit assorti d'évaluations de l'état nutritionnel, d'une éducation à la nutrition et de conseils pour maintenir le poids corporel et l'état de santé et atténuer les effets secondaires, et – si nécessaire – d'aliments nutritifs pour traiter la malnutrition. En outre, une ration familiale complète parfois ce soutien pendant une période limitée, pour aider le ménage à faire face aux coûts des soins souvent élevés pendant la phase initiale et augmenter les chances d'observance du traitement et de maintien dans le système de soins.</p> | |

¹⁹ ONUSIDA/OMS. 2011. The Treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support. Genève.

Pour maximiser les synergies et les partenariats, l'UBRAF demande aux organismes coparrainants d'établir des priorités pour leurs interventions et de centrer leurs investissements sur 38 pays prioritaires qui concentrent 70 % de la charge de morbidité de ces maladies. Le PAM aide actuellement les gouvernements de 20 de ces pays²⁰ à mettre en œuvre leurs programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose.

Résultats clés

- En 2012, le PAM a touché 2,8 millions de personnes infectées par le VIH ou la tuberculose et affectées par ces maladies avec des programmes spécifiques au VIH et à la tuberculose et d'autres prenant en compte ces infections dans 33 pays²¹. Parmi elles, 1,6 million ont bénéficié de programmes spécifiques au VIH (bénéficiaire et membres du ménage – traitement antirétroviral, PTME, tuberculose, orphelins et enfants vulnérables), tandis que 1,2 million bénéficiaient de programmes prenant en compte le VIH, notamment de programmes de nutrition à visée curative pour les femmes enceintes et allaitantes et d'alimentation scolaire des orphelins et enfants vulnérables.
- Une aide alimentaire d'urgence a été fournie à des personnes vivant avec le VIH ou la tuberculose et appartenant à des populations où la prévalence de ces maladies est élevée. Il s'agissait de personnes affectées par des situations d'urgence (Afghanistan, République démocratique du Congo, Somalie et Soudan du Sud), des situations de transition et post-crise (Côte d'Ivoire et Haïti), des situations d'urgence impliquant des réfugiés (Rwanda), des catastrophes naturelles (Kenya et Malawi) et un effondrement économique (Zimbabwe).
- Le PAM a veillé à ce que l'assistance alimentaire et nutritionnelle fournie avec le traitement DOTS de la tuberculose soit incluse dans les propositions liées à la tuberculose de la série 10 adressées au Fonds mondial par Djibouti, la République démocratique populaire lao, le Swaziland et le Tadjikistan. En 2012, l'appui technique fourni au Swaziland, à la Côte d'Ivoire et au Bénin a permis d'intégrer l'aide alimentaire et nutritionnelle aux subventions du Fonds mondial par le biais de la reprogrammation et de reconductions pour la phase 2.
- Le PAM agit en tant que sous-récepteur du Fonds mondial pour mettre en œuvre des activités liées à l'alimentation et à la nutrition dans le secteur de la santé de pays comme Djibouti, la Côte d'Ivoire, le Bénin et le Swaziland.
- En 2012, le PAM a mis en œuvre son approche de réhabilitation nutritionnelle et contribué à l'alignement de l'aide alimentaire pour les patients atteints de tuberculose sur les approches nationales d'alimentation sur ordonnance.

²⁰ Burundi, Cambodge, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Djibouti, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Haïti, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe

²¹ D'après des données de projets standard issues du document *2012 SPR Analysis: HIV and TB Programmes* d'avril 2013, Unité Nutrition et VIH/sida, et les [données 2002-2012 des bénéficiaires des projets à l'adresse http://wiki.wfp.org/operationalreporting/index.php/SPRdata#Project_beneficiary_data](http://wiki.wfp.org/operationalreporting/index.php/SPRdata#Project_beneficiary_data). Veuillez noter que les valeurs ont été arrondies.

- Le PAM soutient les personnes vulnérables vivant avec le VIH qui risquent de ne pas pouvoir obtenir ou observer un traitement antirétroviral et qui sont susceptibles de souffrir d'insécurité alimentaire et de malnutrition. Il a mené des évaluations de la vulnérabilité et de la sécurité alimentaire et nutritionnelle de ses bénéficiaires avant le traitement antirétroviral pour faciliter l'élaboration de programmes nationaux d'alimentation sur ordonnance.
- Le PAM a collaboré avec des partenaires du secteur privé et du milieu universitaire pour élaborer de nouveaux produits mieux adaptés au traitement de la malnutrition et a facilité la recherche opérationnelle sur l'impact de l'aide alimentaire et nutritionnelle.

Priorité 2 : Programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (24 % du total des dépenses environ)

Contexte

L'inégalité entre les sexes reste un moteur clé de l'épidémie de VIH. Ce virus est la principale cause de décès des femmes en âge de procréer. Si le VIH n'existait pas, la mortalité maternelle serait inférieure de 20 % à son niveau actuel²². Mettre l'accent sur les femmes et les filles est une priorité pour le PAM car les femmes jouent un rôle clé en garantissant la sécurité alimentaire du ménage. Les femmes sont les principaux aidants non professionnels et celles qui produisent, achètent et préparent la nourriture pour le ménage.

Une récente étude du PAM, à paraître en 2013, a confirmé que l'insécurité alimentaire et la faim étaient fréquemment citées comme des freins à l'accès aux services de santé et qu'elles pouvaient constituer un obstacle économique empêchant les femmes de chercher à bénéficier de services de PTME. Fournir de la nourriture à tous les stades du continuum de PMTE permet aux femmes d'accéder aux services et d'en bénéficier pendant ce qu'il est convenu d'appeler la cascade PTME, ce qui contribue à éliminer la transmission de la mère à l'enfant et améliore l'observance et le maintien dans le système de soins, pour les mères et leurs enfants exposés au VIH²³.

Comme le souligne la politique générale commune à l'ONUSIDA, au PAM et à l'OMS, quand une femme est séropositive, la sécurité alimentaire du ménage est menacée. De plus, 90 % des enfants séropositifs contractent le virus auprès de leur mère pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, et un état nutritionnel de la mère ou des pratiques de soins inadéquats augmentent potentiellement le risque de transmission verticale. Avec ses programmes de PTME et de nutrition à visée curative pour les personnes vivant avec le VIH, le PAM fournit une aide alimentaire et nutritionnelle aux femmes enceintes et allaitantes dénutries et à leurs

²² ONUSIDA, Des moyens pour améliorer la santé des femmes dans le contexte du VIH, 24 juillet 2012, <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2012/july/20120724investmentgender/>.

²³ O'hlarlathie, Micheal, Nils Grede, Saskia de Pee, Martin Bloem, « Les facteurs économiques et sociaux font partie des obstacles les plus courants qui empêchent les femmes d'accéder aux services de santé maternelle et néonatale et aux services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) » - analyse documentaire à paraître.

enfants, contribuant ainsi avec les gouvernements, l'UNICEF et l'OMS à la bonne santé des mères et des bébés.

Résultats clés

- En 2012, le PAM a touché près de 96 000²⁴ femmes et leurs nourrissons exposés au VIH avec une aide alimentaire et nutritionnelle dans le cadre de ses programmes de PTME et de nutrition à visée curative pour les personnes vivant avec le VIH dans 27 pays à fort impact²⁵.
- S'appuyant sur un partenariat reconduit avec le PEPFAR en Éthiopie (financement pluriannuel de 56 millions de dollars US, 89 000 bénéficiaires la première année), les interventions du PAM s'attaquent à la malnutrition des personnes vivant avec le VIH, tout en promouvant l'utilisation adéquate du traitement antirétroviral et de la PTME, en luttant contre l'insécurité alimentaire et en fournissant des activités de renforcement économique.
- En Éthiopie, 2 000 personnes vivant avec le VIH ont reçu de la nourriture en échange de leur participation aux services de PTME.
- Les bénéficiaires de la PTME sont de plus en plus souvent intégrées aux programmes de nutrition généraux du PAM destinés aux femmes enceintes et allaitantes.
- En collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, le PAM coopère aux programmes de PTME dans le cadre de la division du travail de l'ONUSIDA.
- Le PAM est un membre actif de diverses équipes spéciales interinstitutions, dont celle sur la PTME et la protection sociale. Il a participé avec des acteurs nationaux au développement de la recherche opérationnelle et d'initiatives pilotes pour les personnes vivant avec le VIH afin de démontrer l'efficacité de l'intégration des stratégies d'alimentation et de nutrition au traitement antirétroviral et à la PTME et pour accroître l'observance du traitement, améliorer les résultats du traitement et promouvoir la santé nutritionnelle.
- Les programmes de PTME ont été intégrés aux services de santé et de nutrition destinés à la mère et à l'enfant qui préviennent la transmission du VIH et, simultanément, améliorent les résultats en matière de santé, en veillant à ce que les mères et les nourrissons aient accès à un suivi de croissance, des vaccins, une supplémentation en micronutriments, une évaluation nutritionnelle, une éducation, des conseils et des compléments alimentaires.

²⁴ D'après des données de projets standard issues du document *2012 SPR Analysis: HIV and TB Programmes* d'avril 2013, Unité Nutrition et VIH/sida, et les données 2002-2012 des bénéficiaires des projets à l'adresse http://wiki.wfp.org/operationalreporting/index.php/SPRdata#Project_beneficiary_data. Veuillez noter que les valeurs ont été arrondies.

²⁵ Le PAM gère des programmes pour l'alimentation et la santé de la mère et de l'enfant dans 59 pays, dont 27 pays à fort impact : Burundi, Cambodge, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Djibouti, Éthiopie, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Indonésie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibie, Niger, Rwanda, Soudan, Swaziland, Tanzanie, Ouganda, Zambie, Zimbabwe.

Priorité 3 : Les PVVIH et les ménages affectés par le VIH sont pris en compte dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et ont accès aux soins essentiels et au soutien (42 % du total des dépenses environ)

Contexte

La Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011²⁶ s'engage à utiliser l'élan de la riposte au VIH pour renforcer les systèmes de santé et les systèmes communautaires et pour intégrer le VIH aux efforts en matière de santé et de développement, en particulier aux programmes de protection sociale. En accord avec cette politique et avec la division du travail de l'ONUSIDA, le PAM travaille avec l'UNICEF, la Banque mondiale et l'Organisation internationale du Travail pour améliorer la protection sociale des personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus. La définition de la protection sociale adoptée par l'ONUSIDA ayant un sens très large, elle pourrait s'appliquer à tous les bénéficiaires de programmes du PAM spécifiques au VIH ou prenant en compte ce virus, soit 2,8 millions de personnes²⁷.

Le VIH perturbe la vie des personnes qui l'ont contracté car celles-ci deviennent souvent temporairement incapables de travailler, ce qui exacerbe leur insécurité alimentaire et celle de leur famille. De plus, ces personnes sont souvent exclues des filets de sécurité informels en raison de la stigmatisation. L'impact économique du VIH est considérable pour n'importe quel ménage ; les dépenses de santé captent une partie du revenu et il reste moins d'argent pour la nourriture et les frais de scolarité. Pour les femmes, la charge est double puisqu'elles assurent les soins au sein de la famille et travaillent dans le secteur formel ou informel. Des services de nutrition améliorés auront des effets positifs sur les personnes vivant avec le VIH et leur ménage en général, et sur les femmes en particulier, car ils leur permettront de stabiliser leur santé tout en continuant à assurer les soins et à subvenir aux besoins de leur famille. Si on leur en donne l'occasion, les personnes vivant avec le VIH, et les femmes en particulier, peuvent tirer un supplément de revenu de l'aide socio-économique qui leur est apportée, mais aussi gagner en autonomie et en qualité de vie, et jouir d'une acceptation sociale accrue.

Résultats clés

- Le PAM travaille avec l'UNICEF et la Banque mondiale pour améliorer la protection sociale des personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus en leur fournissant de la nourriture, de l'argent ou des bons d'échange, et soutient la prise en charge au niveau communautaire en facilitant l'accès aux services et l'observance du traitement.
- Les filets de sécurité spécifiques au VIH du PAM ont permis de fournir une aide alimentaire et nutritionnelle à environ 641 000 personnes vivant avec le VIH, orphelins, enfants vulnérables et leur foyer en 2012. Le PAM a également touché

²⁶ Nations Unies. 65/277 *Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida.*

²⁷ Les définitions de la protection sociale sont accessibles à l'adresse :

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/JC1992_SocialProtection_en.pdf

1,16 million d'orphelins et d'enfants vulnérables avec des programmes de protection sociale prenant en compte le VIH dans des pays à fort impact.

- Le PAM a fourni une aide aux bénéficiaires de la thérapie antirétrovirale, sous forme d'aliments nutritifs complétée par des transferts d'argent qui remplacent les rations alimentaires familiales, ce qui donne plus de souplesse aux bénéficiaires, stimule les marchés locaux et protège les objectifs des programmes nutritionnels.
- Le PAM étudie les moyens d'intégrer plus efficacement son programme d'alimentation sur ordonnance aux activités de subsistance pour aider les personnes vivant avec le VIH à surmonter la pauvreté et trouver des sources de revenu durables.
- Le PAM travaille en étroite collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires pour proposer des activités de protection sociale ciblant les enfants affectés par le VIH dans des pays comme le Bénin, la République centrafricaine, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland et la République-Unie de Tanzanie.
- En accord avec son plan stratégique (2008-2013), le PAM répond aux pays et aux communautés qui sollicitent son aide pour développer leurs capacités de mise en œuvre de programmes de protection sociale incluant des filets de sécurité sociale prenant en compte le VIH et pour veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH fasse partie des groupes vulnérables ciblés.

Autres points

En tant que responsable de la thématique Alimentation, nutrition et VIH, le PAM a organisé une réunion de deux jours sur l'alimentation et la nutrition dans la riposte au VIH en amont de la Conférence internationale sur le sida de Washington de juillet 2012, qui a conduit à la création de l'Équipe spéciale interinstitutions sur l'alimentation et la nutrition. Des représentants d'institutions des Nations Unies, du milieu universitaire et de la société civile travaillent ensemble au sein de cette équipe pour améliorer la collaboration entre partenaires et parties prenantes et pour faire avancer l'agenda politique sur l'alimentation et la nutrition, dans le cadre de la riposte au VIH. La première table ronde de cette nouvelle équipe organisée à Washington D.C. (États-Unis) a attiré plus de 30 parties prenantes. Depuis, un suivi trimestriel a été mis en place et trois sous-groupes de travail ont été créés, pour la mobilisation des ressources et le plaidoyer, la recherche, et les programmes.

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US)

| | |
|--------------------------|-----------------------|
| Au niveau mondial | 3 142 405 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 121 237 850 \$ |
| Autres régions | 95 097 455 \$ |
| Total | 219 477 710 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 7 737 529 \$ |

Description des trois principales priorités et des résultats clés associés

Priorité 1 : Amélioration des résultats en matière de VIH et de santé en s'intéressant à la gouvernance, aux droits de l'homme et aux groupes vulnérables (23,8 % du total des dépenses environ)

Contexte

Le PNUD et ses partenaires s'efforcent de faire des interactions entre les droits de l'homme, les environnements juridiques propices et la bonne gouvernance des catalyseurs essentiels au service de réponses efficaces en matière de VIH, de santé et de développement.

Résultats clés

- Le PNUD, en tant que Secrétariat de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, a entrepris des recherches fondées sur des données probantes pour étayer les conclusions et les recommandations du rapport final de la Commission. Il a notamment publié 18 documents de travail²⁸ qui analysent de manière approfondie des aspects clés²⁹ abordés dans le rapport novateur de la Commission.
- Le PNUD a appuyé des actions dans 73 pays pour concrétiser les recommandations de la Commission et faire progresser les droits de l'homme et la mise en place d'environnements juridiques propices à des ripostes au VIH efficaces, notamment dans 31 pays à fort impact de l'ONUSIDA. Il a facilité des dialogues nationaux avec de multiples parties prenantes dans 20 pays, ainsi que l'évaluation des environnements juridiques et des examens juridiques dans 51 pays. Ce soutien a abouti à des dialogues multi-parties prenantes constants et constructifs entre les gouvernements et la société civile, les coalitions

²⁸ <http://www.hivlawcommission.org/index.php/working-papers>

²⁹ Stigmatisation et discrimination, criminalisation de la transmission du VIH, consommation de drogues, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transsexuelles, professionnels du sexe, détenus, migrants, enfants et jeunes, femmes, propriété intellectuelle et accès aux médicaments

nationales qui plaident pour une réforme adéquate de la loi et des réglementations et les parlements, dans un nombre croissant de pays qui encouragent activement ces réformes. Au Kenya, par exemple, à l'initiative du PNUD, le gouvernement et divers groupes d'intérêt se sont réunis pour la première fois afin de débattre des droits de l'homme et des questions juridiques liées au VIH (Premier symposium national sur le VIH, le droit et les droits de l'homme) et pour entamer un dialogue sur les groupes criminalisés comme les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe. Le Kenya est aussi le premier pays de la Communauté d'Afrique de l'Est (CAE) qui a donné son aval au nouveau projet de loi sur le VIH de la CAE qui sera adopté dans tous les pays de cette communauté.

- Le PNUD, avec des partenaires de la société civile et le Fonds mondial, a élaboré un plan opérationnel pour l'objectif relatif aux droits de l'homme de la stratégie du Fonds mondial.
- Le PNUD s'attaque très souvent aux inégalités qui affectent les populations clés sous l'angle du VIH et de la gouvernance, en travaillant avec des représentants gouvernementaux et des organisations de la société civile aux niveaux mondial, régional, national et local pour mettre au premier plan la corrélation entre les problèmes de droits de l'homme que rencontrent les populations clés et le VIH. Dans le cadre de l'initiative pour une justice et une santé urbaines en faveur des populations clés, il a travaillé avec des entités gouvernementales aux niveaux local et national dans plus de 20 pays pour améliorer la fourniture de services aux populations clés et leur accès à la justice en milieu urbain. Au Nigéria, par exemple, le plan de deux municipalités centrales de la zone métropolitaine de Lagos, Ikeja et Shonolu, a été approuvé par les maires et développé en collaboration avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et des professionnels du sexe. Il met l'accent sur (1) l'autonomisation des communautés et des dirigeants locaux, (2) l'intensification des services de traitement, de soins et de soutien pour les populations clés et (3) le renforcement de l'accès à la justice et l'élaboration de programmes basés sur les droits de l'homme pour les populations clés.
- Dans la région Asie-Pacifique, le PNUD fournit une assistance technique à deux programmes multipays du Fonds mondial³⁰ pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Il a contribué à l'élaboration et à la conception des propositions et à l'appui technique pour la mise en œuvre des subventions. Ces deux programmes sont pilotés par la communauté et entendent répondre aux besoins des HSH. L'assistance technique du PNUD a permis également d'exploiter pleinement les ressources et de renforcer les partenariats pour combattre les lois discriminatoires, la stigmatisation et la discrimination, et défendre les droits de l'homme, par exemple en renforçant les capacités des

³⁰ Le programme Asie du Sud couvre l'Afghanistan, le Bangladesh, le Bhoutan, l'Inde, le Népal, le Pakistan et le Sri Lanka ; le programme Asie du Sud-Est concerne l'Indonésie, la Malaisie, les Philippines et Timor-Leste.

institutions nationales de défense des droits de l'homme dans six pays pour combattre les violations des droits de l'homme liées au VIH, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

Priorité 2 : Amélioration des résultats en matière de VIH et de santé via l'intégration, la question du genre et les OMD (15,3 % du total des dépenses environ)

Contexte

L'approche du PNUD en matière de VIH s'inscrit dans une stratégie de développement plus large qui reconnaît l'importance d'une démarche sectorielle pour traiter de façon intégrée les questions liées au VIH, au genre, à la protection sociale, à la réduction de la pauvreté, à la santé et aux OMD.

Résultats clés

- Le PNUD a aidé 43 pays à intégrer l'égalité des sexes aux politiques, plans et stratégies nationaux de lutte contre le VIH.
- Le PNUD et l'UNFPA, avec le groupe de travail interinstitutions sur les femmes et les filles, ont organisé une consultation sur l'intégration des stratégies pour lutter contre la violence sexiste et impliquer les hommes et les garçons pour faire progresser l'égalité des sexes au moyen des plans et stratégies nationaux de lutte contre le VIH. L'Angola, le Malawi, le Mozambique, la Tanzanie, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe ont révisé leurs politiques, stratégies et plans nationaux sur le VIH et le genre, et élaboré des plans d'action nationaux pour accorder plus de place à l'égalité des sexes, à la violence sexiste et à la participation des hommes et des garçons aux processus de planification nationale et aux futurs stratégies et plans nationaux de lutte contre le VIH.
- Le PNUD a renforcé son engagement politique avec le Fonds mondial pour promouvoir l'intégration de la question du genre à ses politiques, stratégies et programmes. Quatre-vingt-cinq pour cent des bureaux de pays où le PNUD est un récipiendaire principal estiment que les résultats des projets du Fonds mondial contribuent à l'égalité des sexes.
- Dans plusieurs États indiens, le PNUD a soutenu la création, l'extension et la réforme de nombreux programmes de protection sociale prenant en compte le VIH, et avait touché plus de 400 000 personnes fin 2012.
- Aider les pays à atteindre les OMD reste l'une des principales priorités du PNUD, notamment en mettant en œuvre le cadre d'accélération des OMD dans 45 pays, avec des partenaires nationaux et les équipes de pays des Nations Unies. Ainsi, un plan d'action pour l'accélération des OMD liés au VIH et à la tuberculose a été élaboré en Moldavie, ainsi qu'un plan spécifique au VIH pour l'Ukraine. L'un et l'autre aideront ces deux pays à rendre leur riposte au VIH plus efficace, ciblée, économique et durable.

Priorité 3 : Amélioration des résultats en matière de VIH et de santé en apportant un soutien à la mise en œuvre au Fonds mondial et en renforçant les capacités (60,9 % du total des dépenses environ)

Contexte

Depuis 2003, en tant que partenaire du Fonds mondial, le PNUD a aidé plus de 40 pays à mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme à grande échelle, surtout dans les pays confrontés à des problèmes de capacités ou de gouvernance. Lorsque le PNUD agit en tant que récipiendaire principal provisoire, l'une de ses principales fonctions consiste à favoriser la pérennité des programmes nationaux et le renforcement des capacités d'une ou de plusieurs entités nationales qui pourront ainsi assumer la gestion des subventions. Une fois ces objectifs atteints, le PNUD renonce à sa fonction de récipiendaire principal, comme ce fut le cas dans 23 pays depuis 2003, dont 9 en 2011 et 2012.

Résultats clés

- En 2012, le PNUD a continué à renforcer systématiquement les capacités des entités nationales à gérer les subventions pour pouvoir assurer des transitions en douceur en temps opportun, en utilisant des jalons mesurables. Les contributions au renforcement des capacités ont bénéficié de l'élaboration d'une boîte à outils pour renforcer les capacités des entités nationales à mettre en œuvre des ripostes nationales au VIH, à la tuberculose et au paludisme. Cette boîte à outils a été produite en se basant sur les meilleures pratiques de renforcement des capacités constatées en Zambie et au Zimbabwe ; elle communique une vision et une approche systématique pour renforcer les systèmes des partenaires nationaux pour la gestion et la mise en œuvre des programmes. Les équipes de pays du PNUD – dans des pays aussi divers que le Belize, Haïti, le Mali, le Monténégro, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan – l'utilisent pour renforcer les capacités de leurs partenaires nationaux.
- En 2012, le PNUD gérait des subventions du Fonds mondial liées au VIH dans 26 pays³¹, en tant que récipiendaire principal provisoire. Fin 2012, un million de personnes recevaient un traitement antirétroviral vital dans le cadre de programmes du Fonds mondial gérés par le PNUD³². En outre, entre 2003 et 2012, les programmes gérés par le PNUD ont contribué à toucher 12 millions de personnes avec le conseil et le dépistage du VIH³³, à fournir des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à 230 000 femmes, un traitement contre les IST à 1,6 million de personnes et un traitement de la co-infection tuberculose/VIH à 120 000 personnes, et à distribuer 520 millions de préservatifs.

³¹ Angola, Bélarus, Belize, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, République démocratique du Congo, Cuba, El Salvador, Haïti, Iran, Kirghizistan, Maldives, Mali, Monténégro, Népal, Sao Tomé-et-Principe, Soudan, Soudan du Sud, République arabe syrienne, Tadjikistan, Togo, Ouzbékistan, Cisjordanie et Bande de Gaza, Yémen, Zambie, Zimbabwe

³² Personnes actuellement sous traitement antirétroviral. Il ne s'agit pas de valeurs cumulées depuis le début des programmes.

³³ Nombre de tests du VIH réalisés. Au fil du temps, une même personne pourra être dépistée plusieurs fois.

Autres points

Le PNUD joue un rôle important en tant que co-président de l'Équipe spéciale des Nations Unies sur l'après-2015, et pour coordonner le large éventail de consultations nationales, thématiques et mondiales sur le programme de développement pour l'après-2015, en collaboration avec ses partenaires. Pour répondre aux attentes du Secrétaire général qui souhaitait des discussions ouvertes et inclusives, en accord avec les principes des Nations Unies, 87 dialogues nationaux et de nombreux dialogues régionaux sur l'après-2015 ont été organisés, en plus des onze consultations thématiques mondiales sur des sujets choisis par le GNUD³⁴. Un ambitieux projet faisant appel aux réseaux sociaux a permis à des personnes du monde entier et aux parties prenantes concernées de discuter du futur agenda pour le développement.

Le PNUD fait aussi partie de l'équipe technique qui soutient le groupe de travail à composition non limitée de l'Assemblée générale, mandaté par Rio+20, qui soumettra une proposition en faveur d'objectifs de développement durable. Il plaide pour que la préparation de l'agenda pour l'après-2015 bénéficie de l'accélération de la réalisation des OMD actuels, ce qui permettrait d'associer développement et environnement, et insiste sur la nécessité d'objectifs et de cibles clairs, mesurables et faciles à communiquer qui iront dans le sens d'un développement durable.

³⁴ Inégalités, santé, éducation, croissance et emploi, environnement durable, gouvernance, conflits et fragilité, dynamique des populations, faim, sécurité alimentaire et nutritionnelle, eau et énergie

Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)

Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US)

| | |
|--------------------------|------------------------|
| Au niveau mondial | 18 566 497 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 40 452 782 \$ |
| Autres régions | 25 837 522 \$ |
| Total | 84 856 801 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 9 066 607,15 \$ |

Description des trois principales priorités et des résultats clés associés

Priorité 1 : Réduction de la transmission du VIH par voie sexuelle (48 % du total des dépenses environ)

Résultats clés

- Le rapport 2012 sur le Programme mondial pour améliorer la sécurité d'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation souligne qu'en 2011, l'UNFPA a dépensé 32 millions de dollars US pour fournir des produits, dont des préservatifs, et 44 millions de dollars pour financer le renforcement des capacités, y compris la gestion logistique et les ressources humaines, en vue de soutenir la mise en œuvre de programmes dans les pays³⁵. L'amélioration du contrôle des stocks et de la gestion de la qualité des produits de santé en matière de procréation, y compris des préservatifs, a été réalisée à l'aide de formations régionales sur l'utilisation du logiciel « Access RH » auxquels ont assisté des gestionnaires de produits de santé en matière de procréation du Kazakhstan, du Kirghizistan, du Tadjikistan, du Turkménistan et de l'Ouzbékistan. Les ruptures de stock signalées ont été ramenées à 2 %. Un réseau électronique de spécialistes de l'approvisionnement en produits de santé en matière de procréation et de la programmation intégrée pour la promotion du préservatif au Cambodge, en Indonésie, en République démocratique populaire lao, au Myanmar, aux Philippines et au Timor-Leste a été formé en vue d'une collaboration Sud-Sud en matière de prévision, d'approvisionnement et de distribution.
- Quatre-vingt-six pays intensifient l'approche stratégique en dix étapes de l'UNFPA pour favoriser la programmation intégrée pour la promotion du préservatif³⁶. Quatre pays (Guatemala, Jamaïque, Kenya et Paraguay) ont

³⁵ UNFPA 2012. *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security. Annual Report 2011.*

³⁶ Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, République du Congo, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Malawi, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Sénégal, Sierra Leone, Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie, Ouganda, Zambie, Zimbabwe ; Cambodge,

élaboré de nouvelles stratégies pour les préservatifs, et le Burundi a développé une politique nationale pour les préservatifs masculins et féminins. Dans le cadre d'ateliers de renforcement des capacités, 18 pays d'Amérique latine et des Caraïbes et 12 pays d'Afrique orientale et australe ont préparé les plans d'action 2013 pour intensifier la programmation intégrée pour la promotion du préservatif en 2013. La campagne CONDOMIZE! qui promeut un accès accru au préservatif et une augmentation de la demande en mettant fortement l'accent sur le développement et la participation communautaire, a bénéficié d'une forte visibilité lors de la cérémonie d'ouverture de la Conférence internationale sur le sida de 2012 grâce à sa vidéo³⁷, et le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a souligné l'importance des préservatifs et de la campagne dans son discours d'ouverture. La couverture médiatique majeure dont a profité la campagne a redynamisé les organisations communautaires pour donner un nouvel élan à leurs programmes de promotion du préservatif et demander le déploiement de la campagne au niveau des pays³⁸.

- L'UNFPA a aidé 80 pays à élaborer et/ou mettre en œuvre des programmes de services de prévention du VIH pour les professionnels du sexe (femmes, hommes et personnes transsexuelles). La formation en interne sur la stigmatisation, la discrimination, le risque d'infection et la vulnérabilité au VIH des populations clés continue d'avoir un impact puisque le nombre de bureaux de pays de l'UNFPA qui développent des programmes sur ces thèmes a augmenté de façon spectaculaire (de 800 % sur 6 ans). Le soutien financier et technique constant pour le renforcement des capacités du Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP) et de ses réseaux et organisations aux niveaux régional et national s'est traduit par une participation significative des professionnels du sexe à l'élaboration de politiques, de directives, d'outils et de programmes et à des forums internationaux. L'assistance financière et technique fournie par l'UNFPA au rassemblement des professionnels du sexe lors de la Conférence internationale sur le sida alternative à Calcutta, y compris pour la participation de ces professionnels et pour soutenir le NSWP qui assurait l'organisation, a contribué à faire de cet événement le plus grand rassemblement de professionnels du sexe venus du monde entier pour échanger et partager des conseils pour l'élaboration de programmes sur le VIH et le commerce du sexe.

Chine, Inde, Indonésie, Kiribati, République démocratique populaire lao, Mongolie, Myanmar, Pakistan, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Thaïlande, Timor-Leste, Viet Nam ; Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbade, Belize, Bermudes, Bonaire, Îles vierges britanniques (Tortola), Îles Caïman, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Montserrat, Saint-Eustache, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Îles Turques et Caïques ; Argentine, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Équateur, Pérou ; Maroc, Soudan ; Albanie, Arménie, Géorgie, République de Moldova, Turquie, Ukraine

³⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=2RUyBq93qxs&feature=youtu.be>

³⁸ http://www.thecondomizecampaign.org/events_aids_readmore/

Priorité 2 : Autonomisation des jeunes pour qu'ils se protègent du VIH (21 % du total des dépenses environ)

Résultats clés

- L'UNFPA a aidé 95 pays à concevoir et mettre en œuvre une éducation sexuelle complète adaptée aux diverses classes d'âge, notamment des capacités pour la fourniture d'une assistance technique en matière de conception, mise en œuvre et évaluation d'une éducation sexuelle complète. Il a contribué à l'examen des programmes éducatifs de dix pays d'Afrique orientale et australe et renforcé les capacités de 200 développeurs de programmes éducatifs et partenaires de la société civile. Cela a amené le Swaziland, le Lesotho, la Zambie, la Tanzanie et l'Ouganda à réviser leurs programmes éducatifs.
- L'UNFPA et ses partenaires ont aidé 200 jeunes de 54 pays à s'autonomiser et à communiquer efficacement sur les problèmes qui les concernent lors d'une conférence de développement de connaissances et de compétences préparant la Conférence internationale sur le sida de 2012. Ces jeunes ont rédigé une déclaration décrivant comment les organisations et réseaux de jeunes ainsi que les militants pour la jeunesse collaboreront, mobiliseront et feront entendre leur voix dans les années à venir pour atteindre d'ici 2015 les objectifs de la Déclaration politique sur le sida.
- Une mini-enquête a été menée dans les 17 pays prioritaires pour comprendre les programmes nationaux axés sur l'accès des jeunes aux préservatifs. L'aide apportée au Malawi et au Swaziland leur a permis d'élaborer leurs plans d'action et stratégies pour 2013 en vue de créer la demande de préservatifs pour les jeunes. Les versions provisoires seront finalisées en 2013 après d'autres recherches comportementales et socioculturelles pour mieux comprendre les attitudes, les croyances, la connaissance du préservatif et les pratiques qui exposent les jeunes aux risques de grossesse non désirée et de VIH. Les capacités d'une centaine de représentants gouvernementaux, prestataires de services d'ONG et pairs éducateurs du Malawi et du Swaziland ont été renforcées lors d'ateliers de développement de compétences sur les préservatifs pour les jeunes.

Priorité 3 : Renforcement des corrélations entre santé sexuelle et reproductive et VIH ; satisfaction des besoins liés au VIH des femmes et des filles (30 % du total des dépenses environ)

Résultats clés

- Trente-neuf pays (18 en 2012) ont mené une évaluation des relations entre santé sexuelle et reproductive et VIH ; des synthèses par pays décrivant le processus, les conclusions, les leçons tirées, les recommandations et les prochaines étapes ont été préparées et diffusées³⁹. Pour évaluer les progrès, 17 évaluations

³⁹ www.srhivlinkages.org

d'impact ont été entreprises avec la première série de pays ayant mis en œuvre l'évaluation rapide. L'UNFPA a continué à soutenir sept pays africains bénéficiant de financements de l'Union européenne pour renforcer les corrélations et l'intégration.

- L'UNFPA et ses partenaires ont aidé 36 pays à intégrer la violence sexiste dans leurs stratégies et plans nationaux de lutte contre le sida, et à y associer les hommes et les garçons. L'appui financier et technique apporté à une consultation sur la violence sexiste et l'engagement des hommes et des garçons en faveur de l'égalité des sexes a permis aux pays d'élaborer des plans pour intégrer les stratégies de lutte contre la violence sexiste et impliquer les hommes et les garçons pour faire progresser l'égalité des sexes au moyen des plans et stratégies nationaux de lutte contre le VIH. La consultation a été organisée par le groupe de travail interinstitutions des Nations Unies en partenariat avec le réseau ATHENA, l'alliance MenEngage et le réseau Sonke Gender Justice, et s'appuyait sur les consultations globales organisées en 2010 et 2011. Les consultations ont mis en évidence les intersections entre l'égalité des sexes et le VIH, notamment la défense des droits de la femme dans le contexte du VIH, la prise en compte des besoins liés au VIH des femmes et des filles, le renforcement des efforts pour intégrer aux ripostes au VIH la priorité de la violence sexiste, en tant que cause et conséquence du VIH, et la participation active des hommes et des garçons pour parvenir à l'égalité des sexes et mettre en cause les constructions de la masculinité qui aggravent la propagation et l'impact du VIH. L'UNFPA a aidé six pays (Angola, Malawi, Mozambique, Tanzanie, Afrique du Sud et Zimbabwe) à réviser leurs politiques, stratégies et plans nationaux sur le thème VIH et genre, et à évaluer leurs atouts et faiblesses pour combattre la violence sexiste et impliquer les hommes et les garçons. Les plans d'action dans les pays créés renforceront l'attention portée aux questions transversales que sont l'égalité des sexes, la violence sexiste et la participation des hommes et des garçons aux processus de planification nationale et aux futurs plans et stratégies nationaux de lutte contre le VIH.
- L'UNFPA a soutenu les programmes de Promundo en Europe et en Asie centrale pour transformer les relations entre les sexes, notamment accroître l'implication des hommes dans la santé et la création d'une boîte à outils de formation sur l'engagement des hommes et des garçons en faveur de l'autonomisation des femmes au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. L'UNFPA a cofinancé et co-organisé une consultation mondiale sur les initiatives des professionnels du sexe pour combattre la violence sexiste à leur égard : un accord a été trouvé pour entamer l'identification d'un nouveau standard pour recenser les pratiques fondées sur des données probantes en plus des formes de données probantes plus traditionnelles trop dépendantes de données médicales et quantitatives.

Autres points (1 % du total des dépenses environ)

Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie

Le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie* et le document *Prévenir le VIH et les grossesses non désirées : cadre stratégique 2011-2015* guident l'intensification par l'UNFPA de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant (TME) au moyen de la plate-forme de santé sexuelle et reproductive/de soins de santé maternelle et néonatale. En partenariat avec l'OMS, le Fonds a dirigé le groupe de travail Intégration de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant de l'Équipe spéciale interinstitutions et fourni l'assistance technique qui a permis de produire une étude de cas et un film décrivant comment le Rwanda œuvre à l'élimination de la TME, avec l'appui de la plate-forme de santé sexuelle et reproductive et de la communauté ; de piloter la consolidation des évaluations de la santé sexuelle et reproductive et du VIH en Zambie, pour maximiser l'impact et la coordination ; de promouvoir, diffuser et piloter le renforcement des capacités et la planification des tâches avec le gouvernement, le système des Nations Unies et les partenaires de la société civile pour mettre en œuvre le *Cadre stratégique Prévenir le VIH et les grossesses non désirées* dans le contexte du *Plan mondial* ; d'élaborer un outil de travail et de publier une 2^{ème} édition du cadre intégrant les dernières directives en date concernant le conseil et le dépistage des couples, la sérodifférence, le traitement préventif, les options B/B+⁴⁰, la contraception hormonale et le VIH, et la terminologie.

Autonomisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnels du sexe et des personnes transsexuelles pour qu'elles se protègent de l'infection à VIH, soient en pleine santé et exercent leurs droits humains

L'UNFPA, en collaboration avec la Banque mondiale et la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, a apporté son soutien à une étude sur l'épidémie de VIH parmi les professionnels du sexe qui enrichit le corpus de connaissances et de données factuelles sur le VIH et le commerce du sexe. L'étude conclut notamment à l'efficacité de l'approche d'autonomisation communautaire pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, qui devrait avoir un impact significatif sur l'incidence du VIH chez les professionnels du sexe et sur la transmission au-delà de cette communauté ; elle souligne à nouveau qu'il est essentiel d'adopter une approche basée sur l'affirmation des droits et l'autonomisation pour intensifier des services liés au VIH complets, et combattre la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'égard des professionnels du sexe. L'UNFPA, l'OMS, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe ont publié le document *Prevention and Treatment of HIV and other Sexually Transmitted*

⁴⁰ http://www.unicef.org/aids/files/hiv_Key_considerations_options_B.pdf

*Infections for Sex Workers in Low-and Middle-Income Countries, Recommendations for a public health approach*⁴¹. Ce document fournit des recommandations techniques sur les interventions efficaces pour la prévention et le traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles chez les professionnels du sexe. Le document *HIV and Sex Work Collection: Innovative Responses in Asia and the Pacific*⁴² (UNFPA, ONUSIDA et APNSW), qui présente 11 programmes dans sept pays et analyse les leçons tirées de l'expérience dans la région, a également été publié.

Contexte humanitaire et contextes fragiles

L'UNFPA a poursuivi la mise au point d'une initiative pour renforcer les capacités des humanitaires à élaborer et gérer des programmes multisectoriels pour prévenir la violence sexiste et y répondre, avec notamment une formation à distance et un manuel utilisateur disponibles dans plusieurs langues, un programme de formation en face à face adaptable aux régions et un réseau de praticiens sur le Web. À ce jour, plus de 400 personnes ont suivi la formation et l'ont jugée très bonne. Un guide d'accompagnement qui enrichit la formation à distance avec des études de cas, des pratiques d'excellence et des activités a été lancé en avril 2012. En février 2012, l'UNFPA et International Medical Corps ont testé le programme de formation en face à face dans une structure de formation bien notée à Nairobi. Le programme des formations est disponible en anglais, en français et en arabe.

⁴¹ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf

⁴² http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20121212_HIV_SW.pdf

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC)

Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US)

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Au niveau mondial | 1 663 800 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 8 289 000 \$ |
| Autres régions | 8 322 300 \$ |
| Total | 18 275 100 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 5 750 000 \$ |

Description des trois principales priorités et des résultats clés associés

Priorité 1 : Faciliter l'examen et l'adaptation des législation et politiques nationales concernant les stupéfiants, la justice pénale, la gestion des prisons et le VIH (20 % du total des dépenses environ)

Contexte

Prenant en compte toutes les résolutions pertinentes de l'Assemblée générale, du Conseil économique et social (ECOSOC), de la Commission des stupéfiants, du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA et de la Commission pour la prévention du crime et la justice pénale, l'ONUDC facilite l'élaboration de politiques et de stratégies et le plaidoyer liés aux thèmes VIH et consommateurs de drogues et VIH dans les prisons et autres milieux fermés, et fournit des apports stratégiques pour l'examen et la révision des politiques et stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida pour appuyer des interventions clés de prévention, traitement, soin et soutien liées au VIH en faveur de ces groupes de population.

Résultats clés

- Lors de sa 55^{ème} session (Vienne, 12-16 mars 2012), la Commission des stupéfiants a adopté la résolution 55/5 *Promotion de stratégies et de mesures qui répondent aux besoins particuliers des femmes dans le cadre de stratégies et de programmes globaux et intégrés de réduction de la demande de drogues*⁴³, notant avec une profonde préoccupation l'augmentation alarmante de l'incidence du VIH/sida et d'autres maladies transmissibles par le sang chez les consommateurs de drogues injectables, et réaffirmant sa volonté d'atteindre l'objectif d'accès universel à des programmes de prévention complets ainsi qu'aux services de traitement, soins et soutien associés. Dans sa résolution, la Commission priait instamment les États Membres d'envisager d'intégrer des programmes adaptés aux besoins particuliers des femmes dans leurs politiques

⁴³ http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Res-2011to2019/CND-Res-2012/Resolution_55_5.pdf

et stratégies de lutte contre la drogue, et encourageait les États Membres à prévoir des services essentiels spécifiquement destinés aux femmes lors de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques et programmes, chaque fois que nécessaire, notamment de conseil et de dépistage volontaires du VIH, de traitement, de soutien et de guérison du traumatisme lié à l'usage illicite de drogues engendré par un acte de violence sexuelle ou par d'autres formes de violence. La Commission appelait les États Membres à tenir dûment compte des besoins particuliers des femmes lorsqu'ils poursuivent les objectifs fixés dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida, adoptée par l'Assemblée générale dans sa résolution 65/277 du 10 juin 2011, et à intégrer ces objectifs dans leurs stratégies nationales pertinentes.

- Lors de sa vingt et unième session (Vienne, 23 au 27 avril 2012), la Commission pour la prévention du crime et la justice pénale a adopté le projet de résolution *Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus*⁴⁴. Lors de la réunion du Groupe d'experts intergouvernementaux à composition non limitée consacrée à cet ensemble de règles (Buenos Aires, 11-13 décembre 2012) et organisée par l'ONUDC, il a notamment été convenu, au paragraphe (b) : Services médicaux et soins de santé (règles 22 à 26, 52, 62, 71/2), d'« *Ajouter, dans la règle 22, une référence au principe d'équivalence des soins de santé; préciser que les services de soins de santé en milieu carcéral doivent être fournis gratuitement et sans discrimination ; faire référence à la nécessité de disposer, pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies, de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien qui s'appuient sur des données factuelles, et mentionner les programmes de traitement de la toxicomanie en milieu carcéral qui soient complémentaires de ceux proposés dans la population générale et compatibles avec ceux-ci ; ajouter que les politiques sanitaires dans les prisons devraient être intégrées aux politiques de santé publique nationales, ou au moins être compatibles avec ces dernières* »⁴⁵.
- Lors de sa vingt et unième session (Vienne, 23-27 avril 2012), la Commission pour la prévention du crime et la justice pénale a adopté la résolution *Principes et lignes directrices des Nations Unies sur l'accès à l'assistance juridique dans le système de justice pénale*⁴⁶. En plus de prendre en compte les besoins des détenus, le principe 10 et la ligne directrice 11 font référence spécifiquement aux consommateurs de drogues et aux PVVIH, entre autres. Cette résolution a été adoptée par l'Assemblée générale en décembre 2012 (A/RES/67/187).

Priorité 2 : Enrichir le corpus de données factuelles soutenant les approches de santé publique pour les services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH visant les consommateurs de drogues, les détenus et les

⁴⁴ <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/CN.15/2012/L.4/Rev.2>

⁴⁵ http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/EGM-Uploads/final_report_2nd_IEGM.pdf

⁴⁶ <http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=E/CN.15/2012/L.14/Rev.1>

autres personnes vivant en milieu fermé (15 % du total des dépenses environ)

Contexte

Concernant la consommation de drogues injectables, l'ONUSDC mène des activités pour enrichir le corpus de données factuelles dans l'ensemble des pays et régions clés, en se fondant sur les décisions prises en 2009 par la Commission des stupéfiants, le Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA et le Conseil économique et social, relatives à un ensemble complet de services liés au VIH pour les consommateurs de drogues injectables qui inclut les neuf interventions suivantes :

1. Programmes d'aiguilles et de seringues
2. Traitements de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitement de la dépendance
3. Dépistage du VIH et conseil
4. Traitement antirétroviral (TAR)
5. Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST)
6. Programmes de distribution de préservatifs pour les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et leurs partenaires sexuels
7. Information, éducation et communication (IEC) ciblées sur les UDI et leurs partenaires sexuels
8. Vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale
9. Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (TB).

L'ONUSDC aide également les pays à élaborer une riposte efficace au VIH et au sida dans les prisons et autres milieux fermés, en prenant en considération les principes du droit international, notamment les règles, lignes directrices, déclarations et pactes internationaux régissant la santé en prison, les normes internationales d'éthique médicale et les normes internationales du travail.

Résultats clés

- En 2012, l'ONUSDC a publié un document d'orientation ONUSDC/OIT/PNUD/OMS/ONUSIDA présentant un ensemble complet d'interventions pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH dans les prisons et autres milieux fermés⁴⁷), pour aider les décideurs des ministères de la justice, des autorités responsables des milieux fermés et des ministères de la santé, ainsi que les autorités responsables de la santé et de la sécurité au travail, à planifier et mettre en œuvre une riposte au VIH dans les prisons et autres milieux fermés. Le document décrit cet ensemble de 15 interventions essentielles pour une prévention et un traitement efficaces du VIH dans les prisons et autres milieux fermés.

⁴⁷ http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_prisons_advance_copy_july_2012_leaflet_UNODC_ILO_UNDP_Ebook.pdf

- Suite à la décision du Conseil de Coordination du Programme de juin 2009 qui appelait les États Membres, les organisations de la société civile et l'ONUSIDA à porter plus d'attention à certains groupes de consommateurs de drogues non injectables, en particulier aux consommateurs de stimulants comme le crack, la cocaïne et les amphétamines, et à leur corrélation avec un risque accru de contracter le VIH lors de pratiques sexuelles à haut risque, l'ONUSDC a organisé une réunion technique internationale sur l'usage de stimulants et le VIH, à laquelle ont assisté des chercheurs et experts techniques de premier plan de pays affectés par l'utilisation de ces stimulants et par le VIH, ainsi que des représentants de la société civile et des Nations Unies (Sao Paulo, Brésil, 25-27 janvier 2012). Les recommandations suggéraient une approche ciblée pour répondre aux besoins uniques de certains sous-groupes d'utilisateurs de stimulants, du fait de leurs points communs avec les besoins de prévention, traitement et soins en matière de VIH. Un document d'orientation qui s'appuie sur ces recommandations et sur d'autres consultations avec les participants à la réunion est en cours de finalisation (*Technical Guide to HIV Prevention, Treatment and Care for Stimulant Users (Discussion Paper)*).
- L'ONUSDC a organisé et présidé une réunion informelle du Groupe de référence des Nations Unies sur le VIH et la consommation de drogues injectables pendant la Conférence internationale sur le sida de 2012 (Washington D.C., 24 juillet 2012). Un comité directeur intérimaire du Groupe de référence a identifié les sujets potentiels de futurs documents thématiques, comme la nécessité d'actualiser les données épidémiologiques et de couverture des services concernant le VIH et la consommation de drogues injectables, la consommation de drogues injectables parmi d'autres populations clés comme les professionnels du sexe, la consommation de drogues en milieu carcéral et la nécessité d'un examen complet de la documentation sur le VIH et les consommateurs de drogues non injectables. L'ONUSDC a compilé les données de sources nationales, régionales et mondiales disponibles concernant la prévalence de la consommation de drogues injectables, et la prévalence du VIH, du VHC, du VHB et de la tuberculose active chez les consommateurs de drogues injectables.

Priorité 3 : Aider les pays à augmenter la couverture, la qualité, l'impact et la durabilité des services de prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH pour les consommateurs de drogues, ainsi que la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH pour les personnes vivant en prison et dans d'autres milieux fermés (65 % du total des dépenses environ)

Contexte

L'ONUSDC agit contre le VIH et le sida dans le contexte de la consommation de drogues, et de drogues injectables en particulier, et contre le VIH en prison et dans les autres milieux fermés, dans plus de 100 pays, pour intensifier la fourniture de

services de prévention, traitement, soins et soutien en matière de VIH, ainsi que leur suivi et leur évaluation, et pour augmenter la couverture, la qualité, l'impact et la durabilité de ces services. Ses actions visent à renforcer les capacités nationales afin de mettre en œuvre des interventions à large spectre et à grande échelle pour prévenir l'infection à VIH, fournir un traitement, des soins et un soutien aux personnes vivant avec le VIH et le sida, améliorer la compréhension de l'épidémie aux niveaux mondial, régional et national, et renforcer les capacités nationales de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et au sida.

Résultats clés

- En 2012, l'ONUSDC a beaucoup contribué au dialogue et au plaidoyer mondiaux sur les programmes de lutte contre le VIH prenant en compte les sexospécificités et pour rendre l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH/sida plus équitable pour les consommatrices de drogues et les détenues, comme en témoignent les résultats obtenus dans plusieurs pays dont l'Ukraine, l'Afghanistan, le Pakistan et le Népal. Les capacités de fourniture de services sexospécifiques des prestataires ont été nettement renforcées, et les travaux de l'ONUSDC ont servi à élaborer des interventions ciblées dans des zones géographiques spécifiques. L'ONUSDC a également contribué à l'Agenda de l'ONUSIDA 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, en le défendant et en assurant sa promotion au niveau mondial, et en fournissant une assistance technique pour la fourniture de services sexospécifiques, y compris de la PTME, aux consommatrices de drogues et aux femmes vivant en prison et dans d'autres milieux fermés.
- L'ONUSDC a participé à une table ronde de Penal Reform International (PRI) sur les aspects sanitaires des *Règles des Nations Unies concernant le traitement des femmes détenues et les mesures non privatives de liberté pour les femmes délinquantes* (règles de Bangkok), adoptées par l'Assemblée générale en décembre 2011. Il a participé à l'élaboration du document d'orientation et de l'indice de conformité de PRI pour garantir une couverture adéquate de la prévention, du traitement, des soins et du soutien dans les prisons de femmes.
- L'ONUSDC a organisé une séance sur le VIH et la consommation de drogues lors de la 6^{ème} Conférence francophone sur le VIH/sida (Genève, mars 2012), encouragé les partenariats en cours chargés de délivrer l'ensemble complet d'interventions liées au VIH dans les prisons et identifié les domaines où il fallait renforcer les ripostes au VIH et à la consommation de drogues et au VIH dans les prisons fondées sur des données probantes, comme le développement du traitement d'entretien à la méthadone dans plusieurs pays africains. Lors de la Conférence internationale sur le sida de 2012, l'ONUSDC a organisé un événement satellite sur le VIH dans les prisons, participé à une séance de mise en relation sur le thème Système de justice et fourniture de services, soutenu la zone de contacts du Village mondial sur le VIH dans les prisons, soutenu l'organisation de l'atelier Travailler ensemble à la mise en œuvre de la

prévention, des soins médicaux et de l'atténuation des risques dans les prisons :
une expérience concrète et présenté deux affiches, sur l'évaluation du VIH et de
la tuberculose dans les prisons du Swaziland.

Organisation internationale du Travail (OIT)

Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US)

| | |
|--------------------------|----------------------|
| Au niveau mondial | 4 587 545 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 7 101 082 \$ |
| Autres régions | 2 992 953 \$ |
| Total | 14 681 580 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 4 592 479 \$ |

Description des trois principales priorités et des résultats clés associés

Priorité 1 : Révolutionner la prévention du VIH (20 % du total des dépenses environ)

Résultats clés

- En Thaïlande, l'OIT a élaboré et piloté une approche pour toucher les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en nouant des partenariats avec l'industrie du spectacle. Un appui technique a été fourni pour permettre à deux ONG de travailler avec 20 saunas gays à Bangkok, mettre en place des politiques et des programmes de lutte contre le VIH et améliorer l'accès aux services liés au VIH pour les employés et les clients. **Résultats** : l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants, à l'information sur le VIH et aux services d'orientation pour les jeunes HSH a été amélioré ; les capacités des ONG et des entreprises du secteur du spectacle à mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail ont été renforcées ; un outil de formation régional pour faciliter l'intensification de programmes similaires dans le secteur du spectacle a été mis au point.
- En Afrique australe, l'OIT soutient la mise en œuvre d'un programme régional de lutte contre le VIH et le sida, en faveur de l'autonomisation économique et de la réduction de la vulnérabilité au VIH, dans 6 pays à fort impact (Malawi, Mozambique, Afrique du Sud, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe). Ce programme axé sur les femmes (y compris les professionnelles du sexe) est mis en œuvre le long d'un couloir de transport très fréquenté d'Afrique australe. Il combine des initiatives de prévention du VIH et d'autonomisation économique et fournit un accès aux services liés au VIH aux travailleurs mobiles et migrants, aux professionnels du sexe et aux commerçants qui fréquentent les « points chauds » du couloir. **Résultats** : le développement de leurs compétences de gestion et l'accès au crédit ont permis aux bénéficiaires du projet d'améliorer leur résilience au VIH.
- L'OIT a lancé un projet de recherche sur les droits des personnes LGBT (lesbiennes, gays, bisexuelles et transsexuelles) sur le lieu de travail. Le projet PRIDE pour la promotion des droits, la diversité et l'égalité dans le monde du

travail actuellement mis en œuvre en Afrique du Sud, en Thaïlande, en Hongrie et en Argentine a identifié plusieurs niveaux de discrimination auxquels sont confrontées les personnes LGBT sur le lieu de travail. **Suivi** : le projet documente les approches efficaces pour gérer les difficultés que rencontrent les personnes LGBT sur le lieu de travail ; ces approches alimenteront la stratégie de l'OIT pour veiller à ce que les points spécifiques aux LGBT soient intégrés à tous les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail.

- L'OIT, l'ONUSIDA et le PNUD ont lancé conjointement un ensemble complet de 15 interventions pour combattre le VIH en milieu carcéral. **Résultats** : le document de synthèse préparé par ces organismes sert de base à la mise en œuvre de programmes de prévention du VIH ciblant les consommateurs de drogues injectables et les HSH en milieu fermé.
- L'OIT a travaillé avec le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH et fourni un soutien technique et financier pour l'élaboration d'une synthèse des données probantes sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH au travail, basée sur l'indice de stigmatisation des PVVIH. **Résultats** : les conclusions ont influencé la décision de l'OIT de lancer la campagne de communication Objectif Zéro au travail en décembre 2012, qui entend renforcer le rôle du lieu de travail dans la réduction de la stigmatisation et de la discrimination.

Priorité 2 : Accélérer la prochaine phase du traitement, des soins et du soutien (35 % du total des dépenses environ)

Résultats clés

- L'OIT a renforcé les capacités des acteurs nationaux du monde du travail pour générer la demande de conseil et de dépistage volontaires. Les activités de CDV offrent un point d'accès au traitement et s'inscrivent dans une stratégie pour combler le déficit de traitement. Dans cinq pays à fort impact (Chine, Inde, Kenya, Mozambique et Tanzanie), l'OIT a animé des formations sur mesure pour 303 fonctionnaires, 218 représentants d'organisations d'employeurs et 124 représentants d'organisations de travailleurs. **Résultats** : la formation a permis de mener des campagnes de promotion du conseil et du dépistage volontaires dans des entreprises spécifiques qui ont convaincu 3 069 travailleurs de recourir à ces services sur leur lieu de travail, dont 989 ont été orientés vers des établissements de santé publique pour un suivi.
- Au Sierra Leone, en collaboration avec l'entreprise Sierra Rutil Mining Company et le Secrétariat national de lutte contre le sida, l'OIT a mené une évaluation afin de mieux comprendre les facteurs ayant contribué aux taux supérieurs à la moyenne nationale pour le recours au CDV, l'élimination de la TME et l'observance du traitement antirétroviral (90 – 100 %) dans cette entreprise. **Résultats** : l'évaluation a révélé que le taux élevé d'utilisation du CDV et d'observance du traitement était dû au strict respect de la confidentialité quant

au statut VIH, à la garantie de maintien de l'emploi, à la bienveillance de l'entreprise, aux qualités du personnel médical (chaleureux, accessible et fiable), et à la facilité d'accès aux établissements de santé.

- L'OIT a appliqué l'approche d'intégration progressive de la tuberculose aux programmes existants de lutte contre le VIH sur le lieu de travail et les directives conjointes OMS/OIT/ONUSIDA pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la tuberculose et de la co-infection tuberculose/VIH pour soutenir la mise en œuvre de programmes de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH sur le lieu de travail dans 16 pays. **Résultats** : les pairs éducateurs formés ont facilité la mise en œuvre de programmes et de politiques de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH dans 270 lieux de travail de l'économie formelle, touchant directement 176 108 employés et 9 707 travailleurs de l'économie informelle.
- En 2012, l'OIT a adopté une recommandation sur la protection sociale. Cet instrument fournit de solides directives politiques et programmatiques aux pays pour établir ou conserver des socles de protection sociale dans le cadre de systèmes complets de sécurité sociale. **Résultats** : les évaluations de la prise en compte du VIH par les régimes de protection sociale au Sri Lanka, en Chine et en Indonésie ont engendré de bons résultats. En Indonésie par exemple, le régime d'assurance santé national des travailleurs du secteur formel n'exclut plus désormais les personnes vivant avec le VIH. En Chine, un décret signé en décembre 2012 interdit de refuser un traitement médical aux personnes vivant avec le VIH.
- Dans la région Asie-Pacifique, l'OIT a mis au point un outil très simple qui permet de déterminer les coûts de l'intégration de la prévention, des soins, du traitement et du soutien en matière de VIH aux régimes de soins de santé nationaux. **Résultats** : cet outil a été utilisé en Indonésie pour défendre avec succès l'inclusion des coûts des programmes de lutte contre le VIH à l'initiative de protection sociale minimale au niveau national.
- L'OIT, l'ONUSIDA, la Coalition mondiale des entreprises, le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et l'OMS ont renforcé les capacités de prévention du sida et de protection sociale de 40 spécialistes de la protection sociale nationale et du VIH dans 19 pays. **Résultats** : les programmes de formation ont facilité la mise en place d'un cadre d'experts de la protection sociale nationale responsable de la mise en œuvre de régimes de protection sociale tenant compte du VIH.

Priorité 3 : Faire progresser les droits de l'homme et l'égalité des sexes (45 % du total des dépenses environ)

Résultats clés

- L'OIT a apporté son concours à la rédaction, à l'examen et à la finalisation de politiques nationales de lutte contre le VIH et le sida dans 32 pays (Antigua-et-Barbuda, Arménie, Azerbaïdjan, Belize, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Tchad, Chine, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Ghana, Honduras, Inde, Indonésie, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Lesotho, Malawi, Mali, Namibie, Philippines, Fédération de Russie, Afrique du Sud, Sri Lanka, Swaziland, Tadjikistan, Trinité-et-Tobago, Ukraine, Tanzanie et Zambie).
- Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, l'OIT a soutenu la mise en œuvre de deux études sur l'examen des lois et des pratiques et l'établissement des priorités dans le contexte du VIH et du sida. **Résultats** : des incompatibilités entre la législation du travail des pays et la recommandation n° 200 de l'OIT ont été identifiées et corrigées dans les domaines du dépistage, de la protection sociale, de la santé et de la sécurité au travail.
- En Amérique latine, l'OIT a apporté un soutien sur mesure pour promouvoir et mettre en œuvre les principaux principes relatifs aux droits de l'homme de la recommandation n° 200, via l'inspection du travail. **Résultats** : au Nicaragua, au Honduras, au Chili et au Brésil, l'OIT a conduit un programme de formation des inspecteurs du travail incluant la mise au point d'outils de suivi pour identifier la discrimination liée au VIH sur le lieu de travail et en rendre compte.
- Dans la région Asie-Pacifique, l'OIT a piloté deux approches pour améliorer l'accès des PVVIH et des populations clés aux services juridiques. **Résultats** : au Cambodge, un service juridique autonome dédié aux professionnels du sexe a aidé plus de 400 de ces professionnels victimes de violations de leurs droits perpétrées par la police et des clients. En Chine, une assistance téléphonique a été mise en place pour fournir des services juridiques combinés aux PVVIH et aux populations clés affectées.
- En Afrique australe, l'OIT a apporté son concours à l'examen du Code sur le VIH et l'emploi de la Communauté de développement de l'Afrique australe, qui est maintenant davantage aligné sur la recommandation n° 200. Ce Code concerne 15 pays à l'épicentre de l'épidémie de VIH.
- L'OIT a renforcé les capacités de 270 juges, avocats, magistrats et parlementaires sur le droit du travail et le VIH, dans 16 pays.
- L'OIT a animé des formations sur l'intégration de la question du genre aux programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail, destinées aux parties prenantes nationales du monde du travail, dans 12 pays.
- La stratégie de l'OIT visait à intégrer la formation à la violence sexiste et au harcèlement sexuel à ses diverses activités. **Résultats** : la violence sexiste a été intégrée aux campagnes de promotion du bien-être, ainsi qu'aux initiatives

des syndicats et des réseaux d'entreprises.

Autres points

D'ici la fin de la période 2012 – 2013, l'OIT concentrera ses ressources sur les aspects suivants :

Production d'informations stratégiques

- Production d'estimations globales concernant les travailleuses et les travailleurs qui vivent avec le VIH/sida
- Production d'informations stratégiques démontrant comment les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail contribuent à satisfaire les besoins des populations clés, y compris des personnes LGBTI
- Génération d'informations stratégiques sur ce qui donne des résultats dans les programmes de lutte contre le VIH et le sida sur le lieu de travail et sur la couverture sociale des personnes vivant avec le VIH

Soutien sur mesure pour la mise en œuvre de programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail

- Mobilisation à grande échelle des acteurs du monde du travail en faveur du conseil et du dépistage volontaires (CDV)
- Efforts accrus pour réduire la stigmatisation et la discrimination sur le lieu de travail, en étroite collaboration avec les réseaux de personnes vivant avec le VIH et en utilisant systématiquement l'indice de stigmatisation
- Accélération de l'intensification systématique des programmes de base du Cadre d'investissement au moyen de programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)

Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US)

| | |
|--------------------------|----------------------|
| Au niveau mondial | 2 185 153 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 5 059 624 \$ |
| Autres régions | 5 056 375 \$ |
| Total | 12 301 153 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 6 200 000 \$ |

Description des trois principales priorités et des résultats clés associés

Priorité 1 : Aider les pays à intensifier une éducation sexuelle complète et de qualité (64 % du total des dépenses environ)

Contexte

Plus de 60 % des activités de l'UNESCO contribuent à l'objectif A1 de l'UBRAF, avec des fonds de base de l'UBRAF et d'autres fonds spécifiques à la lutte contre le VIH. Elles mettent l'accent sur un plaidoyer et sur la fourniture d'orientations techniques et d'un soutien plus intensifs pour élaborer et mettre en œuvre une éducation à la sexualité et au VIH à grande échelle. Ces activités incluent l'apport et la diffusion d'éléments attestant de l'efficacité et de l'impact des programmes d'éducation à la sexualité et au VIH, un soutien technique aux responsables de l'élaboration des programmes éducatifs et aux formateurs d'enseignants, un plaidoyer global et national en faveur d'une éducation sexuelle complète (ESC), avec la participation d'organisations au service des jeunes et dirigées par des jeunes, en étroite collaboration avec les ministères de l'éducation et de la santé. Les activités d'intensification de l'ESC s'appuient sur le mandat et l'expertise de l'UNESCO dans le domaine de l'éducation, et sur ses relations de longue date avec les ministères de l'éducation. La coordination étroite avec l'UNFPA, l'UNICEF, l'OMS, d'autres institutions des Nations Unies et d'autres partenaires du développement garantit que chaque organisation met ses talents spécifiques au service du projet commun et évite les programmes et initiatives d'ESC doublonnés.

Résultats clés

- L'UNESCO a fourni un soutien technique aux ministères de l'éducation de 75 pays pour une intensification de l'ESC dont ont bénéficié plus d'un million de personnes encadrées par des éducateurs formés en 2012 dans le contexte d'initiatives de renforcement des capacités soutenues par l'UNESCO pour une éducation à la sexualité et au VIH de qualité. Dans 21 pays d'Afrique orientale et australe, l'Organisation a appelé les politiques à se mobiliser pour une éducation à la sexualité et au VIH, des services de santé sexuelle et reproductive et des

services de santé adaptés aux jeunes et de qualité. Un rapport de diagnostic régional basé sur les données les plus récentes a été rédigé et un groupe de haut niveau a été créé, composé d'experts de la région chargés de promouvoir et de piloter le processus, avec le soutien d'un groupe de coordination technique rassemblant des représentants de l'UNICEF, de l'UNFPA, de l'OMS, de l'ONUSIDA et d'organisations de la société civile. Les fonds de l'UBRAF ont permis de mobiliser plus de 7,2 millions de dollars US pour cette initiative.

- L'UNESCO souhaite apporter son soutien à l'examen et à l'analyse des programmes éducatifs, et à l'identification des possibilités de renforcement de l'éducation à la sexualité et au VIH. C'est pourquoi elle a mis au point l'outil d'analyse et d'examen de l'éducation sexuelle (SERAT) en Afrique occidentale et centrale, déjà utilisé dans plus de 16 pays. Une analyse des programmes éducatifs a été faite dans 10 pays d'Afrique orientale et australe. Dans ce contexte, la Tanzanie, le Lesotho et la Zambie ont également bénéficié d'un nouveau mécanisme d'examen par les pairs, et dans les pays de la CEMAC⁴⁸ et de la CEEAC⁴⁹, des matériels de formation d'enseignants faisant appel aux TIC (technologies de l'information et de la communication) soutenus par l'UNESCO ciblent les enseignants du primaire et du secondaire.
- Les personnels qui utilisent le système d'information sur la gestion de l'éducation (EMIS) ont bénéficié d'une formation et d'un soutien pour utiliser et analyser les indicateurs tenant compte du VIH des systèmes de suivi et d'évaluation de l'éducation nationale en Zambie, en Afrique du Sud, en Namibie, en Tanzanie, en Jamaïque et au Viet Nam. Les partenaires des Nations Unies et le secrétariat de la Communauté de développement de l'Afrique australe ont travaillé ensemble à l'élaboration d'un cadre global de suivi et d'évaluation pour des ripostes éducatives complètes au VIH et au sida.
- Suite à l'analyse des données de l'étude mondiale de l'implication du secteur de l'éducation en matière de réponses nationales au VIH, 39 rapports sur la situation des pays et des analyses de tendances comparant les données de 2004 et de 2011 de 30 pays ont été produits. L'Équipe spéciale interinstitutions sur l'éducation a conçu des outils de plaidoyer et de communication à partir de cette étude.
- L'UNESCO a entrepris une recherche sur les tendances globales d'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans l'éducation et la santé pour alimenter un nouveau projet sur les nouveaux médias et la connaissance du VIH chez les jeunes, et des études de pays détaillées ont été menées en Jamaïque, en Chine et au Zimbabwe.

⁴⁸ Commission de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale

⁴⁹ Communauté économique des États de l'Afrique centrale

Priorité 2 : Promouvoir l'égalité des sexes et combattre la violence sexiste et les normes de genre néfastes en milieu scolaire (20 % du total des dépenses environ)

Contexte

Dans le cadre d'une stratégie plus large d'intensification d'une éducation sexuelle complète liée à des services de santé sexuelle et reproductive, et pour contribuer à 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, l'UNESCO a concentré beaucoup de ressources sur les objectifs C3 et C4 de l'UBRAF, et plus particulièrement sur l'égalité des sexes et la violence sexiste en milieu scolaire. Travaillant avec des pays et d'autres partenaires de développement et des Nations Unies, elle a utilisé son expertise en matière d'éducation pour élargir l'accès des filles et des jeunes femmes à l'ESC et accroître le recours aux services de santé sexuelle et reproductive. Elle est aussi l'initiatrice d'une initiative qui fera date pour combattre l'intimidation homophobe et les normes de genre néfastes dans les établissements d'enseignement, qui vise notamment à enrichir le corpus de données factuelles sur la nature et la portée de l'intimidation homophobe dans les régions pour lesquelles les données sont rares, voire inexistantes.

Résultats clés

- En 2012, l'UNESCO a publié la septième brochure de sa collection Politiques rationnelles et bonnes pratiques sur l'éducation et le VIH & SIDA, qui traite de l'égalité des sexes, du VIH et de l'éducation⁵⁰. Les documents d'analyse et les études de cas associées couvrent des thèmes comme l'intégration de la question du genre et du VIH au programme d'enseignement national, les approches sexospécifiques de l'élaboration de programmes éducatifs, l'amélioration de l'accès des filles à l'éducation et les synergies entre éducation, égalité des sexes, VIH et santé sexuelle et reproductive.
- L'UNESCO a organisé la première consultation internationale des Nations Unies pour combattre l'intimidation homophobe dans les établissements d'enseignement, qui a rassemblé des experts d'institutions des Nations Unies, d'ONG, de ministères de l'éducation et du milieu universitaire de plus de 25 pays. Suite à cette consultation déterminante, l'UNESCO a publié la huitième brochure de sa collection Politiques rationnelles et bonnes pratiques sur l'éducation et le VIH & SIDA, intitulée Education Sector Responses to Homophobic Bullying⁵¹. Ces initiatives mondiales ont été accompagnées d'une série d'activités au niveau des pays. Par exemple, un atelier sur l'intimidation homophobe s'est tenu à Pékin en novembre 2012, et l'UNESCO travaille avec le PNUD pour apporter son concours à une étude multipays sur la prévalence de l'intimidation homophobe au Pérou, au Chili et au Guatemala. En Afrique du Sud,

⁵⁰ <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002187/218793e.pdf>

⁵¹ <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002164/216493e.pdf>

GALA (Gay and Lesbian Memory in Action) et le CERT (Centre for Education Rights and Transformation) ont reçu le soutien de l'UNESCO pour organiser le premier colloque sur les aspects spécifiques aux personnes LGBTIQ (lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles, intersexuelles et en questionnement) dans l'éducation en Afrique du Sud, qui a débouché sur un rapport, des recommandations et la constitution d'un réseau d'experts des jeunes LGBTIQ dans le système éducatif. S'appuyant sur sa vaste expérience de la formation d'enseignants pour l'éducation formelle et informelle, l'UNESCO a collaboré avec des ministères du Myanmar et du Cambodge sur le programme Créer des connexions : donner aux femmes les moyens de s'exprimer sur la santé sexuelle et reproductive . Dans le cadre de ce programme, une formation de formateurs a été organisée dans des provinces du Cambodge pour 22 formateurs et au Myanmar pour 32 formateurs de 19 établissements d'enseignement supérieur. L'UNESCO a également apporté son soutien à une ONG locale au Myanmar, Akayar Women, pour délivrer cette formation à différents groupes de femmes.

- L'outil d'analyse et d'examen de l'éducation sexuelle (SERAT) a été conçu pour évaluer la prise en compte de la question du genre et collecter des données sexospécifiques à divers niveaux (contenu des programmes éducatifs, formation des enseignants, politiques et stratégies nationales, données épidémiologiques). Un outil similaire a été mis au point conjointement avec la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) à l'attention des partenaires de la société civile pour veiller à ce que les besoins des femmes et des filles en relation avec le VIH soient pris en compte et suivis dans leur communauté et dans les écoles.
- L'UNESCO cherche à mobiliser les hommes et les garçons en faveur de l'égalité des sexes et a lancé un programme pilote innovant en République démocratique du Congo pour travailler avec des universités et faire des étudiants des ambassadeurs de la prévention de la violence sexuelle et sexiste. Le programme impliquait la production et la validation de nouveaux modules d'enseignement sur l'égalité des sexes et la prévention de la violence qui sont aujourd'hui au programme des universités des régions du Nord-Kivu et du Sud-Kivu.
- L'UNESCO a participé à l'élaboration d'un document d'analyse régional, coordonné par le Centre régional Asie-Pacifique du PNUD, qui examinait les données probantes sur les points communs au VIH et à la violence sexiste dans la région. Ce document s'inscrit dans le plan de travail de l'Équipe spéciale interinstitutions sur les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH, et devait être publié début 2013.

Priorité 3 : Autonomiser les PVVIH et les populations clés et éliminer la stigmatisation et la discrimination en milieu scolaire (16 % du total des dépenses environ)

Contexte

Beaucoup d'adolescents et de jeunes qui vivent avec le VIH ou consomment des drogues, de HSH adolescents, de personnes transsexuelles adolescentes et d'adolescents exploités sexuellement se voient refuser l'accès à une éducation de qualité, y compris à une éducation sexuelle complète. À l'école, ils sont souvent ignorés ou stigmatisés, victimes d'intimidation et de violences, et il est largement admis que la stigmatisation et la discrimination constituent des obstacles majeurs à l'accès aux services de conseil et de dépistage volontaires, de prévention et de traitement. Pour remédier à cette situation, l'UNESCO axe ses activités en direction des objectifs A3, B1, B3 et C1 de l'UBRAF sur l'amélioration des connaissances des éducateurs, des adolescents, des jeunes et des autres membres de la communauté en matière de VIH, de droits de l'homme, et sur l'adoption d'attitudes compréhensives à l'égard des personnes infectées et affectées par le VIH.

Résultats clés

- Le document d'orientation *Positive Learning: Meeting the needs of young people living with HIV (YPLHIV) in the education sector*⁵² a été publié en 2012, en collaboration avec GNP+. Il décrit les rôles et les responsabilités du secteur éducatif en matière de soutien des jeunes vivant avec le VIH, et c'est aussi un outil pour les réseaux de jeunes vivant avec le VIH demandeurs de systèmes éducatifs mieux adaptés et plus favorables aux PVVIH. L'UNESCO a également coordonné une gamme d'activités dans plusieurs pays d'Afrique orientale et australe, notamment la création d'espaces éducatifs adaptés aux jeunes séropositifs, en coopération avec SAfAIDS, la promotion d'interventions dans les écoles pour aborder le thème de la stigmatisation et de la discrimination, la création d'un album photos contenant des photos et des témoignages de jeunes et d'enseignants vivant avec le VIH en Afrique australe et la création d'une boîte à outils pour initier les adolescents à la prévention et au traitement (APre-TLT) qui sera utilisée dans les écoles.
- L'UNESCO continue d'apporter son soutien aux pays pour appliquer la politique de lutte contre le VIH et le sida sur le lieu de travail qu'elle a mise au point avec l'OIT. Elle a aidé sept pays à élaborer des programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail en Afrique orientale et australe et, avec l'OIT et le PNUD, apporte son concours à des pays d'Afrique occidentale et centrale pour qu'ils adaptent leur politique sur le lieu de travail, en concertation avec les ministères de l'éducation de treize pays, des syndicats d'enseignants et des réseaux de personnes vivant avec le VIH. Un document de politique générale a été rédigé, et un atelier régional a été organisé en 2012 à Accra, au Ghana. En Europe

⁵² <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002164/216485E.pdf>

orientale et en Asie centrale, les ministères de l'éducation de Russie, d'Ukraine, du Kirghizistan, du Tadjikistan et du Bélarus ont approuvé l'élaboration de politiques nationales sur le VIH pour le secteur de l'éducation. L'UNESCO a fourni une assistance technique à ces cinq États pour qu'ils préparent des politiques nationales pertinentes basées sur les recommandations régionales de 2011 de l'UNESCO et de l'OIT.

- L'Équipe spéciale interinstitutions Asie-Pacifique sur les jeunes populations clés créée en 2009 avec le soutien de l'UNESCO était présidée par cette même organisation en 2012. L'UNESCO est l'initiatrice des lignes directrices mondiales des Nations Unies sur les populations clés adolescentes, pour lesquelles une note conceptuelle a été rédigée. Le module « Comprendre le centrage sur les jeunes populations clés affectées dans les situations d'épidémies à VIH concentrées et à faible risque » créé par un consortium de l'Université de Melbourne avec le soutien de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'UNESCO, a été révisé et l'UNESCO à Bangkok (Thaïlande) a accueilli une formation en août 2012. Avec l'Équipe spéciale, l'UNESCO a aussi été le fer de lance de l'initiative « NewGen Asia » qui vise à renforcer les capacités de la prochaine génération de jeunes dirigeants issus de populations clés et qui a formé plus de 100 jeunes dirigeants rien qu'en 2012. Au Cambodge, l'UNESCO s'est associée à l'Autorité nationale de lutte contre le sida et à l'Équipe conjointe des Nations Unies sur le sida pour élaborer un cadre institutionnel de compétences essentielles pour les réseaux communautaires des PVVIH et des populations les plus exposées au risque, en collaboration avec Bandah Chatomuk (BC), un réseau de HSH et des personnes transsexuelles au Cambodge.
- Par ailleurs, des actions sont en cours pour sensibiliser à la prévention du VIH et combattre la stigmatisation et la discrimination. En Russie et en Ukraine, un partenariat de l'UNESCO avec le magazine Psychologies a permis de publier 27 articles sur le VIH et la santé, avec l'objectif d'outiller les parents pour aborder des thèmes comme les valeurs, la responsabilité, les relations, une sexualité et une vie saines. Par exemple, le numéro de décembre 2012 racontait l'histoire d'une femme de 29 ans vivant avec le VIH qui élève une fille séronégative. L'article a touché plus de 600 000 lecteurs. Au Guatemala, l'UNESCO a contribué à l'organisation de l'exposition de photos « Une célébration de la vie » présentée dans quatre lieux différents et accompagnée d'activités éducatives visant à améliorer les connaissances sur la prévention et les choix de styles de vie sains, mais aussi à réduire la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'encontre des personnes séropositives. Selon les estimations, plus de 10 000 personnes auraient vu cette exposition.

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

| Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US) | |
|--|-----------------------|
| Au niveau mondial | 45 163 103 \$ |
| Pays à fort impact (30+) | 29 203 083 \$ |
| Régions et autres pays | 43 226 403 \$ |
| Total | 117 592 589 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 17 500 000 \$ |
| Description des trois principales priorités et des résultats clés associés | |
| <p>Priorité 1 : Accès universel à la thérapie antirétrovirale (33 % du total des dépenses environ)</p> <p>Contexte</p> <p>En 2012, l'OMS a continué d'œuvrer en faveur de l'accès universel au traitement antirétroviral avec l'élaboration d'orientations normatives sur le traitement du VIH, le soutien des laboratoires et la gestion clinique, et en aidant les pays à mettre en œuvre ces orientations.</p> <p>Résultats clés</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En 2012, des orientations globales ont été adaptées et mises en œuvre pour mener les actions correspondant aux cinq piliers du cadre Traitement 2.0 ; elles prévoient une aide pour produire des informations stratégiques qui mesurent l'efficacité et l'impact, en particulier dans les pays où la prévalence du VIH est élevée et la couverture du traitement antirétroviral faible. Concernant la fourniture de services, une consultation sur le maintien dans le circuit des soins liés au VIH a été lancée, suivie d'un rapport rendu public et largement diffusé. Une liste de contrôle de la mise en œuvre du cadre a également été créée pour faciliter la mesure de l'efficacité et de l'impact. ▪ Plusieurs examens systématiques des éléments probants sur l'intégration du traitement antirétroviral, l'optimisation des traitements médicamenteux, les modèles de fourniture de services (y compris la fourniture d'antirétroviraux par le personnel infirmier) et les technologies sur le lieu de soins ont été commandés et finalisés pour faciliter l'élaboration des lignes directrices consolidées de 2013 pour le traitement antirétroviral. ▪ L'OMS a publié plusieurs documents d'orientation pour soutenir l'optimisation des schémas thérapeutiques, parmi lesquels deux rapports de consultations sur l'utilisation stratégique des antirétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH/sida et un rapport rendant compte de la réunion d'un groupe de réflexion qui présente une vision pour l'optimisation de la thérapie antirétrovirale à court et moyen terme, et promeut les principes clés de cette optimisation (robustesse, | |

toxicité minimale, combinaisons à dose fixe et alignement à l'échelle des populations). Trois mises à jour techniques portant sur des aspects critiques de l'optimisation du traitement ont été publiées et ont permis d'avancer dans le sens d'une simplification du traitement, à l'échelle mondiale et dans plusieurs pays fortement touchés par le VIH.

- L'OMS a publié plusieurs documents d'orientation sur le diagnostic du VIH, notamment pour le conseil et le dépistage du VIH chez les couples, un cadre politique stratégique sur les approches de fourniture de services dans le contexte du conseil et du dépistage du VIH et une brochure sur la planification, la mise en œuvre et le suivi du conseil et du dépistage du VIH à domicile. Elle a aussi préqualifié une technologie CD4 sur le lieu de soins et a commencé l'évaluation d'autres produits, pour le comptage des CD4 et la mesure de la charge virale. L'OMS a également organisé une réunion d'experts sur les priorités de développement de produits à court, moyen et long terme pour les diagnostics liés au VIH.
- La base de données GPRM (Global Price Reporting Mechanism) a été améliorée en 2012. Le contrôle qualité et la suppression des doublons sont assurés, l'interface affiche désormais les tendances des prix médians des ARV dans le temps et le nombre de transactions par année, et une fonction de téléchargement permet d'accéder aux données primaires. L'actualisation en temps réel des prix des différentes formulations d'ARV est accessible à tous via l'interface GPRM. L'OMS a également réalisé des enquêtes sur l'accès aux ARV et à d'autres produits, animé des consultations annuelles sur la prévision de la demande, mis au point des outils de gestion des achats et des stocks et aidé les pays qui rencontraient des problèmes liés à ces outils.
- L'OMS continue d'aider les pays à collecter des données sur l'accès au traitement pour les populations clés, afin de rendre cet accès plus équitable. Elle a notamment mis au point un ensemble de soins pour les adolescents axé sur les IST et la santé reproductive qui inclut le papillomavirus, actualisé les directives pour le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus et produit des directives mises à jour sur le diagnostic en laboratoire des IST. En Europe, les consommateurs de drogues injectables font partie des critères de ventilation des données relatives au maintien sous traitement antirétroviral, ce qui permet de disposer de données sur cette population.

Priorité 2 : Élimination de la transmission verticale (16 % du total des dépenses environ)

Contexte

En 2012, l'OMS a travaillé en étroite collaboration, avec l'UNICEF notamment, en vue de l'élimination quasi totale de la transmission verticale dans le contexte

d'épidémies généralisées et concentrées, via l'élaboration d'un plan et d'un cadre de suivi mondiaux, en soutenant l'intégration de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) aux programmes de soins prénatals et postnatals et de santé sexuelle et reproductive, en renforçant les services de santé maternelle et infantile et en favorisant la mise en œuvre de programmes de PTME et de traitement pédiatrique.

Résultats clés

- La stratégie et le cadre de suivi pour le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie ont été publiés et validés en 2012. L'OMS a piloté la mise au point du cadre, en partenariat avec l'UNICEF et le groupe de travail sur la PTME de l'Équipe spéciale interinstitutions, en veillant à ce qu'il soit aligné sur les recommandations internationales de suivi et d'évaluation pour le VIH et la santé maternelle et infantile.
- En tant que co-président de l'Équipe spéciale interinstitutions, l'OMS poursuit ses travaux avec les partenaires pour s'assurer que les jalons et les cibles du Plan mondial font l'objet d'un suivi, que les plans d'élimination de la TME des pays sont révisés en fonction de la stratégie de suivi mondiale et que l'efficacité et l'impact de la PTME sont évalués correctement.
- L'OMS soutient les actions en cours pour intensifier le diagnostic précoce chez le nourrisson et l'extension des programmes de traitement des enfants. De plus, le groupe de travail sur les ARV pédiatriques qu'elle a constitué examine régulièrement les données et formulations des nouveaux médicaments en vue de recommander les meilleures stratégies pour traiter les enfants dans les environnements disposant de peu de ressources.
- Des estimations actualisées des probabilités de transmission du VIH associées aux différentes interventions antirétrovirales pour la PTME ont été produites au terme d'un examen systématique des données probantes disponibles.
- L'OMS a organisé une réunion technique majeure et produit des documents d'orientation clés pour l'intégration de la syphilis congénitale et de l'élimination de la TME, et apporté son concours à huit pays pour piloter le processus et les critères. De plus, elle a rédigé un projet de protocole afin de tester sur le terrain le nouveau double test de diagnostic rapide du VIH et de la syphilis pour favoriser le dépistage intégré de ces deux infections.
- Une version actualisée de l'outil de conseil Choix en matière de procréation et planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH⁵³ a été finalisée et imprimée. Cet outil est destiné aux lieux de fourniture de services liés au VIH pour conseiller les usagers sur la santé reproductive et les méthodes de planification familiale.
- En 2012, l'OMS et l'UNICEF ont finalisé et diffusé un cadre pour les actions

⁵³ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241595132/en/

prioritaires en matière de VIH et d'alimentation des nourrissons. Les recommandations dans ces domaines ont été intégrées aux formations régionales sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et les soins aux nouveau-nés.

- Dans le cadre du processus d'élaboration des lignes directrices consolidées sur les ARV pour 2013, des examens systématiques ont permis d'évaluer la faisabilité de l'intégration du traitement antirétroviral aux services prénatals, les schémas thérapeutiques optimaux pour les enfants, le choix du moment de mise sous traitement des enfants, les stratégies de soins décentralisés, la délégation des tâches, l'observance améliorée et la mise sous traitement des femmes enceintes.

Priorité 3 : Réduction de la transmission par voie sexuelle (16 % du total des dépenses environ)

Contexte

En 2012, l'OMS a travaillé en étroite collaboration avec d'autres organismes coparrainants de l'ONUSIDA pour réduire la transmission du VIH par voie sexuelle, en particulier en renforçant les capacités pour la prévention du VIH, la conception et la mise en œuvre de programmes de prévention combinée pour les populations clés, et en soutenant l'élaboration et l'utilisation de nouvelles techniques de prévention, dont la recherche de vaccins.

Résultats clés

- L'OMS, avec l'UNICEF, l'UNFPA et l'UNESCO, a créé un réseau de partenaires techniques et de partenaires communautaires afin de fournir aux décideurs et aux administrateurs de programmes nationaux des recommandations pour l'établissement des priorités, la planification et la fourniture de services de dépistage, de conseil, de soins et de traitement en matière de VIH ciblant les adolescents dans les pays aux ressources limitées. Ces recommandations respectueuses des droits de l'homme s'appuient sur des examens systématiques, des consultations des communautés, des enquêtes menées auprès des adolescents et des agents de santé, des données probantes indirectes, une vaste expérience pratique et les avis d'experts internationaux.
- En collaboration avec ses partenaires des Nations Unies et avec la société civile, l'OMS a élaboré des lignes directrices pour la prévention, le traitement et les soins du VIH et d'autres IST pour les professionnels du sexe. Ces documents fournissent des orientations normatives et sont utilisés par des groupes de population clés comme outils de plaidoyer en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH.
- L'OMS a joué un rôle majeur en coordonnant les activités de circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) aux niveaux mondial, régional et national. Ce rôle incluait notamment la préparation d'orientations normatives et d'un cadre pour l'évaluation clinique des matériels de circoncision masculine,

des examens des données d'études, des évaluations des systèmes de suivi et d'évaluation de la CMMV, des analyses des risques et la préqualification de matériels de circoncision masculine. L'OMS a également organisé des réunions régionales sur les progrès de la CMMV, créé un centre d'information et de documentation spécialisé sur la CMMV et lancé d'autres activités de promotion de cette méthode de prévention.

- L'OMS a organisé un atelier de renforcement des capacités consacré à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et préparé des lignes directrices sur la PrEP pour les couples sérodifférents, les hommes et les femmes transsexuelles qui ont des rapports sexuels avec des hommes fortement exposés au risque d'infection à VIH.
- L'OMS continue d'héberger l'Initiative OMS/ONUSIDA pour un vaccin contre le VIH, qui remplit une fonction de conseil et oriente les activités de développement d'un vaccin contre le VIH de la communauté internationale des chercheurs. Cette initiative se concentre notamment sur (a) la recherche d'un consensus scientifique, (b) les lignes directrices pour l'évaluation de vaccins, (c) l'évaluation des données probantes fondant les recommandations politiques pour l'introduction et l'utilisation de vaccins et (d) les lignes directrices destinées aux organismes de réglementation nationaux sur les approches et les méthodologies liées à l'évaluation, l'autorisation et la surveillance des vaccins.
- L'OMS a participé à l'examen et à l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence de nombreuses approches de prévention combinée pour diverses populations, notamment les populations clés, les adolescents et les couples sérodifférents. Elle a aussi commencé à mettre au point des essais de mise en œuvre de la prévention combinée.

Autres points

En plus d'agir dans les principaux domaines prioritaires énumérés ci-dessus, l'OMS, en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA, se mobilise contre la co-infection VIH/tuberculose. Elle est également active dans beaucoup d'autres domaines comme l'intégration de la fourniture de services, la lutte contre les infections opportunistes telle l'hépatite, la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH pour les populations clés, les approches sexospécifiques de la prévention, du traitement et des soins en matière de VIH, la violence sexiste et le VIH, les droits de l'homme et l'éthique dans le contexte du VIH, le financement des programmes de lutte contre le VIH, la collecte et l'analyse d'informations stratégiques sur l'épidémie.

Banque mondiale

| Montant total des sommes allouées à la lutte contre le sida en 2012 (\$ US) | |
|--|-------------------------|
| Pays à fort impact (30+) | 1 498 974 117 \$ |
| Total | 2 501 104 505 \$ |
| Total UBRAF 2012 | 6 828 339 \$ |

Description des trois principales priorités et des résultats clés associés

La Banque mondiale poursuit deux objectifs précis : mettre fin à l'extrême pauvreté et promouvoir une prospérité partagée en stimulant la croissance du revenu des 40 pour cent les plus défavorisés dans chaque pays. Ces objectifs garantissent que les priorités d'équité et d'inclusion sont prises en compte plus systématiquement à chaque étape du processus décisionnel stratégique de la Banque ; pour les atteindre, il est indispensable de mettre l'accent tout particulièrement sur l'amélioration du développement humain, notamment de la santé. Chacun, y compris les 40 pour cent les plus défavorisés et les plus vulnérables, devrait pouvoir accéder aux services sanitaires et sociaux de qualité dont il a besoin. Les priorités du programme de lutte contre le VIH/sida de la Banque mondiale sont conformes à ces objectifs puisque l'organisation s'attache essentiellement à aider les pays à concevoir, financer et mettre en œuvre les systèmes de fourniture de services liés au VIH et les programmes de protection sociale les plus efficaces, visant toutes les populations vulnérables.

Priorité 1 : Efficience et soutien de la mise en œuvre, efficacité et pérennité, accent sur la prévention du VIH (40 % du total des dépenses environ)

Contexte

Une mise en œuvre efficiente est essentielle pour garantir que les fonds alloués à la lutte contre le VIH sont utilisés en vue d'un impact maximum. Les administrateurs de programmes et les responsables de l'allocation des financements voudront généralement traquer l'inefficience et opter pour les modèles de fourniture des services liés au VIH les moins onéreux. La Banque mondiale et ses partenaires ont donc mis au point des outils comme l'analyse de l'efficience des programmes pour aider les pays à comprendre comment fournir le plus de services liés au VIH pour le coût le plus faible et de façon aussi intégrée que possible mais en respectant les normes de qualité fixées. L'inefficience n'est pas généralisée — certains modèles de fourniture de services sont plus efficaces que d'autres. Pour ces raisons, les méthodes utilisées par ces études pour diagnostiquer les inefficiences de la mise en œuvre combinent des éléments de plusieurs méthodologies de mesure de l'efficience, analysent les réussites dans divers secteurs et prennent en compte des

contextes de fourniture de services spécifiques.

Des études de l'efficacité sont menées pour analyser les programmes dont l'efficacité est connue. Un corpus a donc été constitué pour soutenir des stratégies d'évaluation et de recherche innovantes grâce auxquelles les gouvernements peuvent déterminer l'efficacité, au niveau de la population, de programmes mis en œuvre à grande échelle, et prendre des décisions fondées sur des données probantes. À l'avenir se développeront les évaluations multiméthodes de l'impact, avec en particulier le recours à des modèles quasi-expérimentaux et à l'évaluation des services combinés et intégrés fournis aux populations, par opposition aux évaluations individuelles à petite échelle.

Garantir la viabilité de modèles de fourniture de services de qualité ayant fait la preuve de leur efficacité et de leur efficacité est le fil conducteur de cet aspect du soutien apporté aux pays. Cela implique de travailler avec les pays pour s'assurer que leur capacité budgétaire est suffisante pour poursuivre la mise en œuvre des programmes, en particulier si les financements des donateurs en faveur de la santé continuent de montrer des signes de stagnation et de recul. Il convient aussi d'encourager le secteur privé réglementé à s'investir pour contribuer aux ressources humaines, financières et d'infrastructure requises pour créer et exploiter une gamme d'options de fourniture de services accessibles et à prix abordables.

Résultats clés

- La Banque mondiale a mobilisé 2,5 milliards de dollars US de crédits via l'UBRAF (60 % de l'ensemble des ressources des organismes coparrainants de l'ONUSIDA) qui ont permis de financer des projets autonomes de lutte contre le VIH axés essentiellement sur la prévention, ou les volets VIH de projets dans les secteurs de la santé, des transports (développement durable), de l'éducation et de la protection sociale.
- La Banque mondiale a mené une analyse budgétaire des investissements dans la circoncision masculine en Afrique orientale et australe qui suggère que les programmes de circoncision masculine sont moins onéreux sur le long terme, bien que les efforts actuels pour développer ce mode de prévention absorbent plus de ressources financières dans un premier temps.
- La Banque mondiale soutient activement l'intensification accélérée de cette nouvelle technique de prévention du VIH et, plus spécifiquement, a) a augmenté les financements octroyés aux gouvernements pour la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV), b) a rendu la fourniture des services de CMMV plus efficace, c) a contribué à améliorer l'efficacité des programmes de CMMV, d) a favorisé une meilleure compréhension des conséquences à long terme de l'investissement dans la CMMV sur la marge de manœuvre budgétaire, e) a intensifié la CMMV dans les programmes qu'elle finance qui comportent un volet VIH.
- La Banque mondiale a continué de plaider en faveur de l'investissement dans la CMMV et de l'intensification de cette technique au niveau des pays : au Malawi,

elle a obtenu qu'un volet CMMV soit intégré au nouveau projet Nutrition et VIH/sida de 28 millions de dollars US.

- La Banque mondiale a élaboré des directives sur l'efficacité de la mise en œuvre des interventions liées au VIH afin d'aider les pays à fournir des services de façon aussi efficace que possible au coût le plus bas, tout en préservant la qualité et en optimisant les processus de gestion et d'organisation (ce qui a entraîné une baisse d'au moins 20 % des coûts de fourniture des services liés au VIH), et entrepris d'étudier l'efficacité des programmes dans de nombreux pays à fort impact.
- Conjointement avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, la Banque mondiale a mené une étude de la faisabilité financière du VIH qui a estimé que l'infection à VIH d'un adulte coûtait 5 800 dollars US à la Jamaïque, ce qui a amené le gouvernement de ce pays à prendre des mesures pour lever des ressources supplémentaires pour lutter contre ce virus.
- La Banque mondiale a élaboré un programme sur la science de la mise en œuvre pour améliorer la couverture et la qualité des principaux services liés au VIH.
- Enfin, la Banque mondiale a aidé plusieurs pays à améliorer l'efficacité de leur riposte au VIH.

Priorité 2 : Efficacité de l'allocation des crédits, retour sur investissement et protection sociale (30 % du total des dépenses environ)

Contexte

Les analyses de l'efficacité allocative servent à améliorer l'allocation des ressources pour produire les types de produits qui auront le plus d'impact sur les résultats des programmes. Cela suppose de comprendre comment de rares ressources productives sont allouées et réparties entre les divers modes de prévention, de traitement et de soins, et d'aider les pays à se concentrer davantage sur les programmes dont l'efficacité est démontrée. Ces analyses combinent plusieurs blocs de base, notamment des évaluations épidémiologiques, des évaluations des ripostes au VIH et des analyses économiques rigoureuses et de qualité. Les études du retour sur investissement vont de pair avec ces analyses et permettent de promouvoir l'investissement dans la lutte contre le VIH en démontrant le rapport coût-efficacité de ressources limitées allouées de manière optimale à diverses combinaisons de programmes, en vue d'obtenir le meilleur impact épidémiologique. Des études du retour sur investissement ont été menées pour aider les responsables de l'élaboration des politiques à prendre des décisions d'investissement appropriées ; elles s'appuient sur une modélisation mathématique étayée par des données comportementales et épidémiologiques et des observations internationales, dans des contextes comparables, des coûts relatifs et de l'influence de programmes spécifiques afin d'évaluer l'impact potentiel du programme en

termes de nouvelles infections évitées. Les résultats présentent des données essentielles pour permettre aux pays d'investir leurs ressources de façon à éviter un maximum d'infections en dépensant moins.

Allouer des financements à la protection sociale (c'est-à-dire à des programmes d'aide sociale et d'assurance sociale dans le contexte de la Banque mondiale) et faire la preuve de leur retour sur investissement offre un outil puissant pour réduire la pauvreté et la vulnérabilité dues au VIH. En 2012, la Banque mondiale a publié une nouvelle stratégie sur 10 ans pour la protection sociale en Afrique (2012-2022) dont l'objectif est d'aider les gouvernements à créer et s'approprier leurs systèmes de protection sociale. S'appuyant sur cette stratégie, elle a alloué 3,4 milliards de dollars US pour financer la protection sociale dans le monde, y compris les transferts sociaux prenant en compte le VIH.

Résultats clés

- La Banque mondiale a évalué l'impact potentiel des programmes en termes de nouvelles infections évitées, à l'aide d'études du retour sur investissement menées dans quatre pays. En Indonésie, l'étude a montré que l'investissement dans la riposte au VIH/sida entre 2000 et 2010 avait permis d'éviter entre 290 000 et 400 000 infections à VIH, soit une réduction de 53 à 61 % de l'incidence, pour un coût de prévention directe de 300 à 400 \$ US par infection évitée (l'accent étant mis sur les populations les plus exposées au risque d'infection). Selon les estimations, le retour sur investissement total futur de l'investissement financier dans la lutte contre le VIH serait compris entre 0,55 et 0,63 dollar US par dollar investi (avec un taux d'actualisation de 3 %).
- La Banque mondiale a conçu une stratégie pour la création de systèmes au service de meilleures programmes de protection sociale en Afrique, prenant en considération les effets du VIH et du sida sur les ménages.
- La Banque mondiale a soutenu le troisième projet de Fonds d'action sociale au Malawi pour améliorer les moyens de subsistance des ménages défavorisés, y compris des PVVIH, dans le cadre d'une gouvernance locale améliorée au niveau des communautés et des autorités locales et au niveau national. Elle a identifié dans quelle mesure les filets de sécurité prenaient en compte la vulnérabilité au VIH en Afrique australe, et a utilisé les résultats de ses analyses pour élaborer et mettre en place un système de protection sociale tenant compte du VIH au Swaziland. Des recommandations similaires ont été faites pour l'Afrique du Sud et le Botswana, afin de systématiser le soutien apporté aux personnes vivant avec le VIH, aux orphelins, aux enfants vulnérables et aux communautés où ils vivent, sous forme de systèmes de transferts monétaires tenant compte du VIH et pérennes. Au Kenya et au Swaziland, la Banque mondiale met en place de tels systèmes pour aider durablement les orphelins affectés par le sida.

Priorité 3 : Financement et planification stratégique fondés sur des données

probantes et des analyses économiques (30 % du total des dépenses environ)

Contexte

La Banque mondiale a continué d'optimiser les fonds de l'UBRAF pour améliorer la disponibilité et renforcer l'efficacité et l'efficacé des financements dédiés à la prévention et aux soins qu'elle fournit aux pays. Elle finance des projets autonomes de lutte contre le VIH ainsi que le volet VIH de projets dans le secteur de la santé (via le financement en fonction des résultats du renforcement des systèmes de santé), de l'éducation, de la protection sociale et du développement durable (développement urbain et transports notamment). Ses financements dans le contexte de l'UBRAF ont soutenu la mise en œuvre par les gouvernements de recommandations concrètes découlant des analyses et de l'appui technique décrits dans la présente section. Avec l'ajout d'une disposition particulière pour les subventions liées au VIH dans le cadre d'IDA13, la Banque a augmenté les financements octroyés aux pays pour la prévention et les soins du VIH, qui représentent aujourd'hui quelque 2,5 milliards de dollars US.

Les résultats du financement de la lutte contre le VIH dépendent des décisions stratégiques qui sont prises. De nouvelles lignes directrices (Stratégies nationales de lutte contre le sida et mise en œuvre orientée sur les résultats) ont été élaborées ; elles guident expressément les choix difficiles en matière d'établissement des priorités des actions et d'affectation des crédits lorsqu'il faut s'attaquer à des questions délicates et sujettes à controverse, par exemple réduire les ressources consacrées aux interventions génériques et en affecter davantage pour répondre aux besoins des populations clés affectées. L'approche d'investissement pour la stratégie de lutte contre le sida et la mise en œuvre aide les gouvernements et les partenaires qui les financent à améliorer le retour sur investissement et appelle à concentrer les investissements dans les trois domaines principaux qui auront le plus d'impact sur le VIH et le sida, à savoir les activités des programmes de base, les catalyseurs essentiels et les synergies avec les autres secteurs du développement. Cette approche constitue la base des plans stratégiques nationaux de nouvelle génération.

Résultats clés

- La Banque mondiale a publié une recherche pionnière dans *The Lancet* qui montre que les petites sommes en liquide versées aux jeunes filles à Zomba (Malawi) ont permis de réduire la transmission du VIH de moitié environ. Les autres résultats présentés concernent des programmes basés sur la stimulation de la demande de prévention du VIH au Lesotho et en Tanzanie, et la stimulation de l'offre au Rwanda, et laissent entrevoir les promesses d'une approche de la prévention du VIH d'un nouveau genre – faire appel à des mesures incitatives et à l'économie comportementale pour améliorer les décisions en matière de prévention du VIH.
- La Banque mondiale a codirigé avec le PNUD, l'UNFPA et l'ONUSIDA plusieurs analyses économiques traitant de l'épidémie mondiale de VIH chez les hommes

ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables (*The Global Epidemics of HIV in Men who have Sex with Men*⁵⁴, *The Global Epidemics of HIV in Sex Workers*⁵⁵, *The Global Epidemics of HIV in People Who Inject Drugs*⁵⁶), publiées dans sa collection *Directions in Development*. Ces publications ont évalué l'efficacité des interventions de façon rigoureuse et démontré leur bon retour sur investissement.

- La Banque mondiale a aidé des pays comme l'Afrique du Sud, le Botswana, le Swaziland, l'Ouganda et la Jamaïque à faire des projections sur les aspects budgétaires du sida et à planifier les financements futurs de la lutte contre cette maladie.
- La Banque mondiale a aidé de nombreux pays à entreprendre des études de l'intelligence épidémique pour comprendre où les « 1 000 dernières nouvelles infections » étaient survenues et mieux les cibler avec des approches éprouvées. Au Nigéria, ces études ont amené à intensifier les efforts dans les 12 États et territoires (sur 37) qui concentrent plus de la moitié des nouvelles infections.
- La Banque mondiale travaille sur une synthèse des tendances de l'épidémie parmi les populations les plus exposées au risque dans la région européenne de l'OMS, qui inclut la Russie et l'Asie centrale où l'épidémie s'étend.
- La Banque mondiale a pris l'initiative d'examen par les pairs des stratégies nationales de lutte contre le sida pour aider les pays à fonder davantage leurs ripostes sur des données probantes, l'établissement de priorités et l'estimation des coûts.
- La Banque mondiale a débloqué 225 millions de dollars US, essentiellement pour la prévention du VIH au Nigéria, en se servant des fonds de l'UBRAF pour collecter d'autres contributions auprès des partenaires.
- La Banque mondiale a apporté son soutien à l'élaboration de plans stratégiques nationaux de troisième génération, en partenariat avec le Secrétariat, en apportant une assistance technique ciblée aux pays dans les domaines suivants : (i) estimation des coûts, (ii) création de bases de données et de références épidémiologiques, (iii) élaboration de cadres de résultats, (iv) analyse de la qualité des données, (v) efficacité de la mise en œuvre et (vi) efficacité de l'allocation budgétaire.

[Fin du document]

⁵⁴ <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MSMRreport.pdf>

⁵⁵ <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongSexWorkers.pdf>

⁵⁶

<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongPeopleWhoInjectDrugs.pdf>