



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (32)/13.5
Date de publication : 17 juin 2013

TRENTE-DEUXIÈME RÉUNION

Date : 25-27 juin 2013

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 4.1 de l'ordre du jour

**Cadre unifié du budget, des résultats
et des responsabilités 2012–2015**

Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA 2012

Documents supplémentaires sur ce point :

- i. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF, première partie) (UNAIDS/PCB(28)/11.10)
- ii. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF, deuxième partie) (UNAIDS/PCB(29)/11.23), disponible seulement en anglais
- iii. Mise à jour sur les indicateurs, le suivi et l'évaluation du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA 2012-2015 (UBRAF) (UNAIDS/PCB(30)/12.9).
- iv. Rapport financier et états financiers audités pour l'exercice clos le 31 décembre 2012 (UNAIDS/PCB(32)/13.6), disponible seulement en anglais
- v. Mise à jour intermédiaire de la gestion financière de l'exercice biennal compris entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 mars 2013 (UNAIDS/PCB(32)/13.7), disponible seulement en anglais
- vi. Budget de l'ONUSIDA pour 2014-2015 (UNAIDS/PCB(32)/13.8), disponible seulement en anglais
- vii. Matrice budgétaire, des résultats et des responsabilités 2014-2015 (UNAIDS/PCB(32)/13.9), disponible seulement en anglais
- viii. Document de séance n° 1 : étude de cas : Malawi
- ix. Document de séance n° 2 : étude de cas : Ouganda
- x. Document de séance n° 3 : étude de cas : Ghana

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

- xi. *Prendre acte* du rapport et inviter l'ONUSIDA à continuer d'affiner et d'améliorer la mesure des performances et le mécanisme de compte rendu en tenant compte des enseignements tirés et des opinions du Conseil,
- xii. *Demander* à l'ONUSIDA de réaliser un examen à mi-parcours du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités pour 2012-2015 et à rendre compte des principales conclusions au Conseil lors de la 34^{ème} réunion.

Conséquences des décisions en termes de coûts : aucune.

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMS	4
A. INTRODUCTION	6
B. PROGRÈS ET FAITS MARQUANTS	9
Guatemala.....	17
C. RÉVOLUTIONNER LA PRÉVENTION DU VIH.....	18
Réduire la transmission sexuelle du VIH	18
Kenya.....	27
Prévenir les décès des mères et les infections à VIH des bébés	29
Protéger les consommateurs de drogues des risques d'infection à VIH.....	333
République islamique d'Iran	366
D. CATALYSER L'ETAPE SUIVANTE DE TRAITEMENT, DE SOINS ET DE SOUTIEN	37
S'assurer que les personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement	37
Prévenir la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	433
Myanmar	500
E. AVANCER DANS LE DOMAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DE L'EGALITE DES SEXES DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE AU SIDA	511
Ukraine.....	57
Besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH et violence sexiste	58
F. FONCTIONS STRATEGIQUES.....	63
Leadership et plaidoyer	63
Jamaïque	73
Coordination, cohérence et partenariats	74
Cameroun	88
G. THEMES TRANSVERSAUX.....	89
Jeunes.....	89
Garantir un enseignement de qualité supérieure pour une riposte plus efficace au sida.....	91
Intensification des programmes et des politiques destinés aux effectifs engagés dans la lutte contre le VIH	94
Intégrer les questions de l'alimentation et de la nutrition à la riposte au sida	96
Faire face au VIH dans des situations d'urgence humanitaire	9898
Annexe 1: Total des dépenses au niveau mondial en 2012, par les pays à fort impact et les autres (US\$).....	1000

ACRONYMES

ACRONYME	DÉFINITION	ACRONYME	DÉFINITION
ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce	NEPAD	Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique
ALMA	Alliance des dirigeants africains contre le paludisme	CCP	Conseil de coordination du Programme
ASEAN	Association des nations de l'Asie du Sud-Est	OIDD	Organisation internationale de droit du développement
ARV	Antirétroviral	OIT	Organisation internationale du Travail
BAaD	Banque asiatique de développement	OMC	Organisation mondiale du commerce
BPTI	Budget-plan de travail intégré	OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
BRICS	Brésil, Russie, Inde, Chine, Afrique du Sud	OMS	Organisation mondiale de la Santé
CAE	Communauté d'Afrique de l'Est	ONG	Organisation non gouvernementale
CCP	Conseil de coordination du Programme	ONU	Nations Unies
CD4	Cluster de différenciation 4	ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
CEDEAO	Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
CESAP	Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique	OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
CEWG	Groupe de travail pour l'évaluation des Coparrainants	OPS	Organisation panaméricaine de la santé
DAT	Dispositif d'appui technique	PAM	Programme alimentaire mondial
ECOSOC	Conseil économique et social des Nations Unies	PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
EEAC	Europe de l'Est et Asie centrale	PMPA	Plan de fabrication des produits pharmaceutiques en Afrique
EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale	PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
ETME	Élimination de la transmission mère-enfant	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial)	PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
G8	Groupe des Huit	QCPR	Examen quadriennal complet des activités opérationnelles pour le développement du système des Nations Unies
GARPR	Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde 2013	RCRC+	Réseau de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pour les personnes vivant avec le VIH/sida
GAVI Alliance	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination	REDES	Estimation nationale des ressources et dépenses relatives au sida
GBVIMS	Système de gestion de l'information sur la violence sexiste	RHN	Réunion de haut niveau
GIZ	Agence allemande de coopération internationale	RMP+	Réseau mondial des personnes vivant avec le SIDA
GNUD	Groupe des Nations Unies pour le développement	SERAT	Outil d'examen et d'analyse de l'éducation sexuelle
HHA	Initiative Harmonisation pour la santé en Afrique	sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
HIC	Pays à fort impact	SWAN	Réseau de plaidoyer en faveur des droits des professionnels du sexe en Europe orientale et en Asie centrale
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	TAR	Traitement antirétroviral
IATT	Équipe spéciale interinstitutions	TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine	UBRAF	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA
INERELA+	Réseau international des dirigeants religieux vivant avec le VIH ou le sida ou étant personnellement affectés par le virus	UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture

IPPF+	Réseau des personnes vivant avec le VIH de la Fédération internationale pour la planification familiale	UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
IPSAS	Normes comptables internationales pour le secteur public	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
IST	Infections sexuellement transmissibles	UNIDO	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
JPMS	Système de suivi du Programme commun d'appui sur le VIH	UNITAID, FIAM	Facilité internationale d'achat de médicaments
MENA	Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord		
MERG	Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation		
MTB/RIF	Mycobacterium tuberculosis/rifampicine		

A. INTRODUCTION

1. Le présent rapport résume les réalisations du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) à l'échelle nationale, régionale et mondiale en 2012 et souligne les problèmes qui persistent. Il comprend sept grandes parties. L'introduction est suivie d'un aperçu des progrès accomplis et des principales contributions des Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA à la riposte au virus de l'immunodéficience humaine. Les trois parties suivantes analysent les réalisations et les obstacles à la concrétisation de la vision des « trois zéros » de l'ONUSIDA, à savoir les efforts visant à révolutionner la prévention de la transmission du VIH et à catalyser l'étape suivante du traitement, des soins et de l'appui, ainsi que la progression des droits de l'homme et de l'égalité des sexes. Le leadership, la coordination et la responsabilité de la riposte au sida (syndrome d'immunodéficience acquise) sont ensuite analysés. La dernière partie couvre des sujets transversaux qui sous-tendent les objectifs de la stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA, comme les jeunes, l'éducation favorisant une riposte au sida plus efficace, le déploiement à grande échelle des politiques et des programmes ciblant les personnels de santé, l'intégration de l'alimentation et de la nutrition dans les services de prévention et de prise en charge du VIH et les interventions liées au VIH dans les situations d'urgence humanitaire.
2. Ce rapport présente les progrès accomplis par rapport aux objectifs mondiaux définis par la Déclaration politique sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée des Nations Unies en 2011 (« objectifs mondiaux »), en comparant les tendances et les réalisations aux indicateurs inclus dans la deuxième partie du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2012-2015 (UBRAF) (UNAIDS/PCB(29)/11.23). Une matrice, disponible en anglais à l'adresse : www.unaids.org/ubraf, présente les avancées pour tous les indicateurs et les prestations visés dans l'UBRAF, outre des informations et des analyses supplémentaires. Le rapport comprend sept profils de pays, qui illustrent les contributions des Nations Unies aux stratégies nationales de riposte au sida dans différents contextes touchés par des formes variées de l'épidémie de VIH. Signalons que des études de cas seront présentées sous forme de documents de séance lors de la 32^{ème} réunion du Conseil de coordination du Programme afin d'apporter des analyses complémentaires approfondies.

Mesure des performances, responsabilisation et mécanismes de compte rendu

3. Le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) de l'ONUSIDA succède au Budget-plan de travail intégré (BPTI). Cet instrument est conçu pour maximiser la cohérence, la coordination et l'impact de la riposte des Nations Unies au sida en combinant les efforts des onze Coparrainants des Nations Unies et du Secrétariat afin de catalyser la lutte contre le sida au niveau des pays. L'UBRAF est guidé par la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 et ses actions s'articulent autour des objectifs stratégiques et mondiaux en matière de sida. Il vise notamment l'obtention de résultats au niveau des pays à fort impact, par région, à l'aide des ressources identifiées et allouées à des activités mondiales¹.

¹ Trente-huit pays à fort impact sont recensés : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Brésil, Burundi, Cambodge, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Fédération de Russie, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Indonésie, Jamaïque, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République islamique d'Iran, République populaire de Chine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Thaïlande, Tchad, Ukraine, Zambie et Zimbabwe.

L'UBRAF a identifié plus de trente pays à fort impact où la riposte au sida est susceptible d'avoir un impact potentiel des plus élevés. Ces pays supportent globalement le plus lourd fardeau du VIH, concentrant 92 % des nouvelles infections et 89 % du nombre total des décès liés au sida chez les adultes. Plus de la moitié des fonds de l'UBRAF sont destinés à ces pays. En 2012, première année d'activité de l'UBRAF, le système des Nations Unies y a engagé des ressources à hauteur de 1,94 milliard de dollars US.

4. Le travail de l'ONUSIDA a pour fondement le soutien de la réalisation des objectifs mondiaux au sein de différents contextes nationaux. Sur place, les Équipes conjointes des Nations Unies sur le sida sont responsables du développement et de la mise en œuvre des Programmes communs d'appui, qui sont alignés sur les plans nationaux en matière de VIH et de sida et constituent la base des rapports rédigés au sein de l'UBRAF.
5. À l'échelle régionale et mondiale, l'ONUSIDA œuvre essentiellement à catalyser les processus et à obtenir des résultats là où les biens publics mondiaux et la cohérence sont les plus pertinents. Les défis inhérents à la mobilisation des partenaires et du soutien visant à améliorer les technologies en matière de prévention et de traitement ont une dimension et une portée mondiales. De même, il est nécessaire de maîtriser la coordination et d'exercer un leadership à l'échelle mondiale et régionale pour s'assurer que le large éventail de parties prenantes poursuit les mêmes objectifs spécifiques au sein d'un cadre commun de financement ciblé et de mesure des résultats.
6. Au sein de l'UBRAF, la responsabilisation est liée à la réalisation des buts et objectifs stratégiques et à la mesure des résultats des contributions du Programme commun par rapport aux indicateurs et aux critères de performance établis par le Groupe de travail sur l'évaluation des Coparrainants (CEWG). Les critères clés comprennent, entre autres, la mise en œuvre programmatique et financière, la mobilisation et l'allocation de ressources ainsi que l'opportunité des rapports.
7. Dans le cadre du développement et de la mise en œuvre de l'UBRAF, la mesure des performances a été renforcée et les modalités de compte rendu ont été étendues pour inclure non seulement les rapports fondés sur des indicateurs, mais également des informations supplémentaires basées sur des rapports internes des Coparrainants présentant les résultats obtenus, ainsi que des rapports émis par des équipes spéciales interinstitutions et des groupes de travail. Chaque année, les examens des performances réalisés à tous les niveaux nourrissent les rapports présentés au Conseil de coordination du Programme, aux Conseils des Coparrainants, au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale des Nations Unies.
8. En 2012, un outil en ligne, le Système de suivi du Programme commun d'appui sur le VIH (JPMS), a été lancé afin de faciliter le suivi des performances et la capacité à réaliser des ajustements pertinents en fonction des informations sur les performances. Il comprend plusieurs niveaux organisationnels et thématiques (national, régional et mondial). Chaque niveau complète le niveau précédent. Outre les buts et les objectifs stratégiques mondiaux liés au sida, le JPMS est également lié aux cadres de résultats nationaux, en particulier le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). Un répertoire en ligne recueillant les informations sur les indicateurs de l'UBRAF, UBRAFinfo (basé sur la plateforme DevInfo) a en outre été mis au point.

9. L'utilisation du JPMS a montré que les comptes rendus de l'UBRAF ont incité les Coparrainants et le Secrétariat à mieux articuler les résultats à l'échelle nationale et régionale. Ils ont également renforcé la transparence, la responsabilisation et l'accès aux informations sur les performances, dans la mesure où le système fait office de base de données. La capacité à examiner les résultats d'un thème spécifique dans l'ensemble du Programme commun est une avancée considérable. Le mécanisme de compte rendu du JPMS permet l'affichage « vertical » des rapports présentés par des intervenants individuels, comme les pays ou les régions, mais il se distingue surtout par la possibilité d'afficher « horizontalement » toutes les entrées concernant un produit, un résultat ou un domaine thématique particulier.
10. Début 2013, un examen par les pairs réalisé par les Coparrainants et le Secrétariat – le plus rigoureux mené à ce jour – a évalué les progrès et les performances à mi-parcours de l'exercice biennal et a passé en revue les plans de travail et les budgets pour 2013 et le prochain exercice biennal. Il a permis en outre d'évaluer les résultats et les domaines où des efforts supplémentaires s'imposent afin de garantir la prise en main des priorités liées aux épidémies et de déterminer les axes prioritaires pour 2014-2015.
11. Le 4 mars 2013, une [consultation pluripartite réunissant les parties prenantes](#) a eu lieu à Genève. Parmi les participants, plus de 70 au total, figuraient des représentants de missions permanentes et de la société civile, outre le personnel du Secrétariat et des Coparrainants. L'objectif était de faire le point sur les enseignements tirés de la mise en œuvre de l'UBRAF et de les refléter dans l'élaboration du budget 2014-2015. Les comptes rendus de 2012 ont étayé les débats et ont contribué à l'établissement du budget 2014-2015 de l'ONUSIDA, qui est soumis pour approbation à la 32^{ème} réunion du Conseil de coordination du Programme.
12. Dans l'ensemble, le rapport sur les performances de 2012 constitue une avancée majeure par rapport aux années précédentes en matière d'analyse et de synthèse des résultats et des réalisations, d'identification des domaines où les progrès ont été limités et de définition des prochaines étapes. Le rapport résume les multiples informations recueillies principalement par l'intermédiaire du JPMS, présente les résultats en termes d'effets et de produits et décrit les contributions des Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA à la riposte au sida.
13. En 2014, le Conseil de coordination du Programme rédigera un rapport consacré aux performances, qui couvrira l'ensemble de l'exercice biennal 2012-2013 et dressera un tableau plus complet. Il aura pour avantage de considérer les réalisations et les résultats sur une période de deux ans, ainsi que d'exploiter les enseignements tirés et les retours d'informations sur le rapport actuel du Conseil de coordination du Programme. Le rapport 2014, qui comprendra également les conclusions d'un examen à mi-parcours de l'UBRAF, devrait améliorer ce dernier en tant que cadre de gestion, de résultats et de responsabilisation.

B. PROGRÈS ET FAITS MARQUANTS

Progrès accomplis vers les « trois zéros »

Zéro nouvelle infection

- À l'échelle mondiale, on constate une diminution des nouveaux cas d'infection ; en 2011, 2,5 millions de personnes (adultes et enfants) ont contracté une infection à VIH, soit 20 % de moins qu'en 2001. Le recul est particulièrement frappant dans les Caraïbes (42 %) et en Afrique subsaharienne (25 %). En revanche, la tendance aussi bien chez les adultes que chez les enfants est préoccupante dans d'autres régions. Depuis 2001, les nouvelles infections au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENA) sont passées de 27 000 à 37 000, soit plus de 35 %. D'après des données factuelles, l'incidence des infections à VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale (EEAC), après avoir été stable pendant plusieurs années, a commencé à augmenter depuis la fin des années 2000.

Zéro discrimination

- Entre décembre 2011 et janvier 2013, le nombre de pays, de territoires et de zones imposant des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH est passé de 47 à 44.
- L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, conçu par et pour ces personnes afin de réunir des preuves et de mesurer le niveau de stigmatisation auquel elles se heurtent au sein de leurs communautés, a été mis en œuvre dans plus de 75 pays, 29 de plus qu'en 2010. Le nombre de pays disposant de lois condamnant la violence sexiste a doublé depuis 2010.

Zéro décès dus au sida

- En 2011, 1,7 million [1,5 million-1,9 million] de personnes sont décédées de causes liées au sida dans le monde, soit une réduction de 24 % de la mortalité liée au sida par rapport à 2005 (2,3 millions [2,1 millions-2,6 millions] de décès).
- Fin 2011, 8 millions de personnes bénéficiaient d'un traitement antirétroviral, 20 fois plus qu'en 2003. Depuis 1995, le traitement antirétroviral a permis de gagner 14 millions d'années de vie dans les pays à revenu faible et intermédiaire, dont 9 millions en Afrique subsaharienne.
- En 2011, pour la première fois, une majorité de personnes admissibles à un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible et intermédiaire y avaient accès (54 %). L'Amérique latine (68 %), les Caraïbes (67 %) et l'Océanie (69 %) affichaient les taux de couverture les plus élevés. L'Afrique subsaharienne se situe légèrement au-dessus de la moyenne mondiale (56 %). Les régions EECA et MENA, avec respectivement 25 % et 15 %, continuent d'afficher une faible couverture.
- Fin 2011, on recensait 34 millions [31,4 millions-35,9 millions] de personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale.

Référence : Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012.

14. Un aperçu des progrès dans la riposte au sida et des faits marquants des contributions des Coparrainants et du Secrétariat est fourni ci-dessous. Ces aspects sont repris plus en détail dans les parties décrivant les fonctions, les objectifs stratégiques et les thèmes transversaux.

Jeunes

15. Il devient de plus en plus crucial de cibler les jeunes, dont les connaissances en matière de VIH semblent stagner, voire diminuer. À cette fin, en 2012, le Programme commun s'est attaché en priorité à placer cette population cible au centre de ses efforts de prévention du VIH et de multiples agences ont œuvré à soutenir des programmes de plaidoyer, de politiques éducatives et de services de santé visant les jeunes dans toutes les régions.
16. Les actions ayant pour but de renforcer les capacités nationales des jeunes et d'autres parties prenantes clés à élaborer et à mettre en œuvre une éducation sexuelle complète, de qualité et adaptée à l'âge ont augmenté de 76 % à 78 % dans les pays où l'ONUSIDA est présent et de 74 % à 89 % dans les pays à fort impact entre 2011 et 2012. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de concert avec des partenaires des Nations Unies, a mis au point et diffusé des lignes directrices sur le dépistage du VIH et les conseils aux adolescents, ainsi que sur le traitement et les soins dispensés aux adolescents vivant avec le VIH.
17. La mise en œuvre du Plan d'action du système des Nations Unies pour la jeunesse, sous l'impulsion du Secrétaire général, a renforcé la place des jeunes dans les politiques de santé sexuelle et reproductive, y compris celles liées au VIH, en 2012. Parmi les autres initiatives clés visant les jeunes, citons l'ensemble de recommandations formulées par des jeunes pour orienter le travail de l'ONUSIDA sur le VIH et les jeunes.

Populations clés (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, professionnels du sexe et transgenres)

18. Le Programme commun a également accordé une importance particulière aux interventions ciblant les populations clés. Malgré l'utilisation accrue du préservatif constatée à l'échelle mondiale chez les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), on sait cependant que la prévalence du VIH au sein de ces populations clés a aussi augmenté, soulignant le besoin de leur consacrer un nombre plus élevé de programmes.
19. Les Coparrainants ont participé à des recherches révolutionnaires sur la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe et les HSH, révélant que ces deux groupes sont, respectivement, 14 et 19 fois plus susceptibles d'être infectés par le VIH que le reste de la population et que l'affectation de ressources liées au VIH aux populations clés présente un rapport coût-efficacité élevé en prévenant la plupart des infections à VIH. Des études sur les modes de transmission ont également été menées dans plus de 30 pays afin d'identifier les populations qui requièrent le plus d'attention.
20. Parmi les organismes affiliés à l'ONUSIDA, la prévention combinée pour les populations clés est de rigueur, permettant d'améliorer l'accès aux services de prévention, de résoudre les problèmes structurels et d'assurer l'accès aux traitements. L'ONUSIDA a en outre soutenu l'établissement de feuilles de route spécifiques aux pays, des analyses de situation, des plans d'action sectoriels, des analyses économiques sur l'impact des interventions et la conception d'un ensemble de services destinés à être mis en place à l'échelle locale pour cibler les populations clés.

Élimination de la transmission mère-enfant (ETME)

21. Des progrès sont constatés dans les domaines de la prévention de nouvelles infections chez les nourrissons (recul sans précédent de 24 % de 2009 à 2011) et des efforts pour maintenir les mères en vie (le pourcentage de femmes séropositives bénéficiant d'un traitement antirétroviral est passé de 48 à 64 % entre 2010 et 2012).

22. En 2012, les 22 pays prioritaires ayant souscrit au Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie ont, tous sans exception, accéléré la mise en œuvre du Plan. Dix-sept plans nationaux chiffrés pour la prévention de la transmission verticale ont été mis au point avec les conseils, l'appui technique et l'aide du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'OMS et l'Équipe spéciale interinstitutions (IATT) sur la prévention et le traitement du VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants.
23. Les politiques et les plans nationaux pour l'élimination de la transmission mère-enfant ont également été améliorés suite aux orientations normatives et à l'appui technique de l'ONUSIDA. Le nombre de pays ayant mis en œuvre un plan national pour renforcer l'intégration bidirectionnelle de la santé sexuelle et reproductive et des services liés au VIH est passé de 32 % à 43 % entre 2011 et 2012.

Des approches novatrices de la prévention

24. Grâce à l'appui technique du Programme commun, le Malawi a décentralisé les services de traitement du VIH auprès des services de santé maternelle et infantile et rendu le traitement accessible aux femmes, prouvant l'impact rapide de l'Option B+. Huit pays prioritaires ont modifié leurs lignes directrices nationales afin d'adopter l'Option B+. L'ONUSIDA s'est attaché en priorité à garantir que l'expansion des innovations telles que l'Option B+ tienne compte des opinions des femmes vivant avec le VIH et d'autres considérations relatives aux droits de l'homme.
25. Dans 35 pays, les Équipes conjointes des Nations Unies sur le sida ont mis en pratique et intensifié les résultats des recherches sur les nouvelles technologies, en mettant principalement l'accent sur la prévention basée sur le dépistage et le traitement précoces du VIH ainsi que sur la circoncision masculine volontaire. L'UNICEF, en collaboration avec l'Initiative Clinton pour l'accès à la santé, intensifie les technologies de diagnostic sur les lieux de soin, au niveau des soins élémentaires, pour préparer les marchés et améliorer l'accès aux diagnostics du VIH et au traitement précoce des enfants et des femmes enceintes dans sept pays d'Afrique subsaharienne.

Prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues

26. Entre 2010 et 2012, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et consommant des drogues a faiblement baissé, de 8 % à 7 %, tandis que le pourcentage de pays où des outils et des principes directeurs guident le soutien des consommateurs de drogues est passé de 51 % à 57 % de 2011 à 2012. En revanche, on constate une légère hausse des pays ayant des lois, des règlements ou des politiques entravant l'efficacité de la riposte au VIH pour cette population.
27. L'ONUSIDA a coordonné et émis une déclaration commune de 11 agences du système des Nations Unies exhortant à la fermeture des centres de détention et de réhabilitation obligatoires pour les toxicomanes et les professionnels du sexe. Un ensemble complet d'interventions visant les consommateurs de drogues a été mis au point et la prévention, le traitement, les soins et l'appui rigoureux aux populations pénitentiaires et aux personnes vivant dans d'autres milieux clos, dont la plupart sont des toxicomanes, ont été intensifiés dans plusieurs pays, dont l'Égypte, l'Iran, le Liban, la Libye et le Maroc.

Intensification des traitements

28. L'intensification des traitements au cours des dernières années a été remarquable. En 2011, près de huit millions de personnes suivaient un traitement contre le VIH, soit une couverture de 54 %. Le pourcentage d'adultes et d'enfants diagnostiqués et bénéficiant d'un traitement 12 mois après le démarrage de la thérapie antirétrovirale s'est accru de 81 % à 84 % entre 2009 et 2011 et la tendance s'est accélérée en 2012.
29. Outre l'intensification sensible des traitements, le taux d'observance a progressé, tout comme le nombre de plans nationaux ayant entre autres buts un accès équitable aux traitements pour les populations clés. Pour une efficacité maximale, dans ce domaine comme dans d'autres, l'ONUSIDA a centré son soutien sur les pays à fort impact. Le pourcentage d'Équipes conjointes des Nations Unies fournissant un appui technique à la mise en œuvre du Traitement 2.0 dans ces pays est passé de 47 % à 84 % de 2011 à 2012.
30. De concert avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) et UNITAID, les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont mis au point une approche programmatique du Traitement 2.0 et de la mise en œuvre de ses cinq piliers, y compris l'optimisation des traitements et des diagnostics et l'amélioration des modes de prestation des services.

Prévention des décès liés à la tuberculose

31. En ce qui concerne les co-infections VIH/tuberculose, des progrès non négligeables ont été accomplis, les Coparrainants de l'ONUSIDA ayant activement participé à la lutte contre ce problème. L'appui technique a permis de déployer de nouveaux tests rapides dans 67 pays et plus de 50 % des patients tuberculeux ont été testés pour le VIH dans 119 pays.
32. Cependant, on enregistre un recul du nombre de pays où le dépistage de la tuberculose et la thérapie préventive à l'isoniazide sont inclus dans le système et les plans de santé nationale. Il est urgent d'intensifier les activités de collaboration afin d'empêcher des décès évitables et de réduire de moitié les décès liés au VIH dus à la tuberculose d'ici 2015.

Renforcement de la protection sociale

33. En 2012, les prêts accordés à la protection sociale dans les pays à fort impact se sont élevés à 5,9 milliards de dollars US. Sur ce montant, on estime que 500 millions de dollars US, collectés avec l'aide de l'ONUSIDA, étaient destinés à des programmes de protection sociale tenant compte du VIH. Fin 2012, au Kenya, au Lesotho et au Malawi, les transferts financiers pour les orphelins et autres enfants vulnérables avaient atteint 145 000 ménages.
34. La Banque mondiale a financé à hauteur de 1,2 milliard de dollars US la protection sociale dans la région Afrique, y compris les transferts sociaux tenant compte du VIH. Les gouvernements et les organismes régionaux – dont le Forum pour la protection sociale de l'Union africaine – continuant d'appuyer et d'investir des ressources nationales dans les programmes de protection sociale, ce montant devrait s'accroître.

Les droits de l'homme au cœur de la riposte

35. L'action de l'ONUSIDA a compris, entre autres, l'établissement de normes, le plaidoyer et l'orientation programmatique visant des ripostes au VIH axées sur les droits de l'homme, s'appuyant sur des données factuelles et luttant contre la stigmatisation, la discrimination, les lois et les politiques punitives liées au VIH. L'éventail d'initiatives et de programmes centrés sur

la discrimination, la stigmatisation et la réforme législative semble s'être étoffé, grâce au plaidoyer mené par un nombre accru de coalitions et d'acteurs nationaux. Mais ces programmes demeurent insuffisants, la stigmatisation restant élevée et les approches punitives étant toujours pratiquées dans de nombreux pays. Les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH ont été supprimées dans trois pays (Mongolie, République de Corée et République de Moldavie) mais persistent dans 44 pays, territoires et zones.

36. L'indice de stigmatisation, un outil élaboré par et pour les personnes vivant avec le VIH pour accumuler des données factuelles et mesurer le niveau de stigmatisation auquel elles se heurtent, a été mis en œuvre dans plus de 75 pays. Des indicateurs servant à mesurer la stigmatisation liée au VIH dans les communautés et les centres de soins de santé ont été mis au point et améliorés.
37. En 2012, la Commission mondiale sur le VIH et le droit, dont le secrétariat est assuré par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), a conclu ses travaux et présenté son rapport et ses recommandations sur un large éventail de questions concernant le VIH et le droit. Le PNUD et l'ONUSIDA ont donné suite à ces recommandations dans plusieurs pays. L'ONUSIDA a en outre examiné plusieurs projets de loi liés au VIH et fait part de ses remarques aux autorités nationales afin de garantir que ces lois fournissent un environnement propice et protecteur à la riposte nationale au VIH, notamment pour les populations clés.

Élimination des inégalités entre les sexes

38. Un nombre croissant de pays intègrent des questions relatives au genre, aux femmes et au VIH dans leurs stratégies et leurs plans opérationnels nationaux, mais la participation des femmes vivant avec le VIH aux processus et aux mécanismes formels de planification et d'examen demeure faible. Depuis 2010, les pays disposant de lois contre la violence sexiste ont doublé. La disponibilité des données sur la violence sexiste et le VIH s'est accrue et les messages de sensibilisation de l'opinion publique se sont multipliés.
39. Le Programme en faveur des femmes et des filles de l'ONUSIDA continue de guider l'action concernant les femmes, les filles, l'égalité des sexes et le VIH. L'examen à mi-parcours a révélé que depuis son lancement, près de 60 % des pays ont déclaré avoir avancé et traduit les engagements politiques en actions amplifiées, en particulier dans les pays à fort impact ; 90 % ont entamé des actions pour mieux comprendre leur épidémie, leur contexte et leur riposte ; 38 % ont signalé la création d'une enveloppe budgétaire destinée aux femmes.

Leadership et plaidoyer

40. En 2012, l'ONUSIDA a maintenu son rôle de fer de lance du plaidoyer politique pour assurer un leadership mondial, régional et national de la riposte au sida afin de réaliser la vision « Objectif zéro », de renforcer l'appropriation nationale et de promouvoir un financement pérenne des ripostes au sida à l'échelle mondiale. Le leadership stratégique de l'ONUSIDA a transformé la vision des trois zéros en un engagement stratégique de haut niveau assorti de délais à l'échelle mondiale, régionale et nationale.
41. La stratégie de l'ONUSIDA « Objectif zéro » et les 10 objectifs mondiaux contre le sida issus de la Déclaration politique sur le VIH/sida 2011 des Nations Unies ont façonné le discours mondial sur le VIH des organes politiques, des décideurs, des militants et de la société civile. À l'échelle nationale, la vision « Objectif zéro » a inspiré et guidé l'élaboration de plans complets contre le VIH et d'interventions axées sur les résultats. Plus de 20 pays ont mis au point ou revu leurs plans stratégiques nationaux pour refléter cette vision et les objectifs mondiaux contre le sida, tandis que 36 autres sont en passe de le faire.

42. Le Programme commun et le Département des opérations de maintien de la paix ont noué de solides partenariats de travail au niveau des pays afin de faire progresser la mise en œuvre de la Résolution 1983 du Conseil de sécurité des Nations Unies. Un dialogue de haut niveau a amené les dirigeants à organiser conjointement un sommet sur la sécurité et le sida, visant à faire le point sur les progrès et à convenir des principaux points d'action afin de maintenir le leadership politique et une responsabilisation accrue.
43. ONU-Femmes étant désormais son onzième Coparrainant, l'ONUSIDA a étendu son champ de compétences et renforcé son approche de l'égalité des sexes afin de s'adapter à l'évolution de l'environnement.

Réduction des écarts de financement

44. L'ONUSIDA a poursuivi en 2012 son plaidoyer en faveur d'une responsabilité partagée et d'une solidarité mondiale, de la diversification des sources de financement et de l'augmentation des fonds nationaux engagés afin d'assurer la pérennité financière. En 2011, pour la première fois, les investissements nationaux liés au sida ont dépassé les investissements internationaux dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Les gouvernements du Brésil, de la Chine et de l'Inde se sont notamment engagés à financer au moins 90 % de la riposte nationale à l'échelle du pays.
45. De plus en plus de pays relèvent le défi de combler le manque de ressources destinées au sida et d'assurer la continuité de la riposte en identifiant des sources de financement nationales. À cet égard, les financements innovants jouent un rôle croissant ; ainsi, le Rwanda et l'Ouganda prélèvent des taxes sur l'utilisation de la téléphonie mobile pour générer des fonds destinés aux programmes de lutte contre le VIH.
46. En Afrique, l'ONUSIDA a contribué par son soutien à l'adoption par les chefs d'État de l'Union africaine (UA) de la « Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique » en juillet 2012. Cette feuille de route avance un ensemble d'initiatives pratiques que les pays africains doivent mettre en œuvre pour favoriser une riposte pérenne à ces trois maladies. Elle comprend en outre une structure de responsabilisation scellée dans le Nouveau Partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD) afin de suivre les progrès dans la région et de redonner de l'élan à l'initiative Veille sida Afrique.

Renforcement de l'intégration du VIH

47. Au cours de l'année 2012, les efforts visant à supprimer les systèmes parallèles en matière de VIH et à renforcer l'intégration de la riposte au sida dans la santé et le développement mondiaux ont été intensifiés. De nouveaux outils et processus ont été lancés pour permettre aux pays d'identifier les facteurs générateurs de coûts et de créer des mesures d'incitation visant à supprimer les systèmes parallèles, en particulier en revoyant l'élaboration globale des ripostes au sida, les gains potentiels d'efficacité des ripostes ainsi que les considérations nécessaires pour soutenir celles-ci, notamment d'ordre fiscal.
48. Des lignes directrices consolidées sur le traitement antirétroviral ont été mises au point sous l'égide de l'OMS pour améliorer la prestation des services et des questions opérationnelles et accroître l'efficacité et l'efficience des programmes de lutte contre le VIH, y compris l'intégration des soins et du traitement du VIH avec une thérapie de substitution aux opiacés, de la santé maternelle et infantile et des soins aux patients tuberculeux ; le transfert des tâches dans le domaine du traitement et des soins liés au VIH ; et une méthodologie et un outil d'évaluation rapide du degré d'intégration des programmes de lutte contre le VIH.

Soutien aux stratégies nationales multisectorielles et aux approches des investissements

49. Il est crucial pour les gouvernements nationaux et leurs partenaires financiers d'assurer un meilleur rendement des investissements. En 2011, l'ONUSIDA a lancé le Cadre d'investissement, une approche conceptuelle visant à améliorer l'impact des financements liés au VIH, en mobilisant davantage de sources de financement pérennes. Pour cela, toutes les parties prenantes doivent aborder différemment et de manière plus innovante les différents aspects liés à l'efficacité et l'efficience de la planification et de la hiérarchisation des priorités de la riposte au sida.
50. Dans toutes les régions, les pays vont désormais de l'avant en s'appuyant sur une approche des investissements qui va de l'identification des nouvelles ressources nationales à la mise au point de modèles complets d'investissement. Le FMSTP soutient cette approche, qu'il inclut dans ses conseils aux pays qui souhaitent mettre en place des processus conformes au nouveau modèle de financement. Parmi les orientations du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) figure une directive sur le soutien de l'approche des investissements à l'échelle nationale. Les principaux réseaux de la société civile soutiennent et participent à cette approche.

Création d'alliances stratégiques

51. Avec le soutien de l'ONUSIDA, la Commission de l'Union africaine (CUA) et le NEPAD ont examiné les données disponibles afin d'évaluer le niveau de mise en œuvre des engagements pris par l'Union africaine et le Groupe des huit (G8) en 2001. L'ONUSIDA a également apporté son appui aux pays BRICS (Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) pour faire avancer l'agenda de la responsabilité partagée et de la solidarité mondiale en plaidant pour une augmentation des investissements nationaux liés au sida et en encourageant ces pays à accroître la coopération au développement avec les pays à faible revenu.
52. Dans le secteur privé, de nouvelles approches contribuent au partage des responsabilités et à l'obligation de rendre compte des résultats. La création du Business Leadership Council (Conseil des chefs d'entreprises) en 2012 à Davos pour stimuler l'engagement du secteur privé en soutien du Plan mondial visant à éliminer la transmission mère-enfant en constitue un exemple. D'autres initiatives soutenues par l'ONUSIDA consistent à tirer parti de l'influence, de l'expérience, des compétences et des ressources institutionnelles du monde des affaires, y compris en ayant recours aux médias sociaux (par exemple, Twitter et Facebook) pour amener les PDG des grandes entreprises privées à plaider pour la libre circulation des personnes vivant avec le VIH et pour la suppression des restrictions aux déplacements liées au VIH.

Informations stratégiques et appui technique

53. L'ONUSIDA a continué de soutenir les efforts visant à générer et à utiliser des informations stratégiques permettant d'accroître l'efficacité de la riposte au sida et de lutter contre les dynamiques et les facteurs sous-jacents de l'épidémie. Outre la mise en œuvre des Indices de stigmatisation liée au VIH et des études sur les modes de transmission, l'ONUSIDA a également soutenu des Estimations nationales des ressources et dépenses relatives au sida (REDES) dans 15 pays. La place réservée aux femmes a été évaluée dans six pays (Bolivie, Djibouti, Jamaïque, Libéria, Rwanda et Tadjikistan).
54. En 2012, l'ONUSIDA a continué de se centrer sur l'appui technique afin de garantir une aide ciblée aux pays dans l'accès et la gestion des investissements externes consacrés à la riposte au sida. L'ONUSIDA a apporté un appui technique à l'examen de 19 subventions liées au VIH du Fonds mondial qui a abouti à des décisions de financement à hauteur de 1,9 milliard de dollars US. Comme le souligne la nouvelle Stratégie 2012-2016 du Fonds mondial, « Les

partenaires des Nations Unies, en particulier l'OMS et l'ONUSIDA, jouent un rôle crucial à cet égard en fournissant les règles, les normes et les données factuelles nécessaires à des investissements plus stratégiques. »

55. En outre, les dispositifs d'appui technique (DAT) ont contribué à résoudre les problèmes de mise en œuvre des subventions du Fonds mondial dans plus de 30 pays par le biais de plus de 70 missions d'appui technique. Les examens externes des DAT réalisés en 2012 ont révélé leur efficacité, leur pertinence et leur capacité à optimiser les ressources pour faire face à la demande accrue de leurs services. En 2012, dans le cadre des efforts permanents visant à assurer l'utilisation optimale des ressources, le nombre des DAT a été réduit de cinq à trois, à savoir le DAT Afrique australe et orientale, le DAT Afrique occidentale et centrale et le DAT Asie et Pacifique.

Inclusion stratégique du sida dans le cadre d'action post-2015

56. En 2012, l'ONUSIDA a été le fer de lance du mouvement visant l'inclusion du sida dans le cadre d'action post-2015 et de la riposte au sida au sein des objectifs plus vastes de santé et de développement. La participation active de l'ONUSIDA à la Conférence des Nations Unies pour un développement durable « Rio + 20 » a constitué l'élément déclencheur des débats. Pendant l'année 2012, l'ONUSIDA a préparé un document intitulé « UNAIDS and post-2015 AIDS, Health and Human Rights: Toward the end of AIDS in the Post-2015 Development Era » (l'ONUSIDA et le sida, la santé et les droits de l'homme après 2015 : vers la fin du sida à l'ère du développement post-2015), une contribution à la consultation thématique mondiale sur la santé pour l'après 2015. L'ONUSIDA a soutenu des consultations dans 40 pays. En décembre 2012, suite aux appels lancés par les pays partenaires et la société civile, la « Commission ONUSIDA-The Lancet : du sida à une santé durable » a été lancée afin d'analyser l'avenir du sida, de la santé et du développement mondial après 2015.

Guatemala décalage de page 18 dans la table des matières
ÉDUCER LA NOUVELLE GÉNÉRATION

Dépenses VIH des NU en 2012

583 853 \$US

Fonds de base et hors budget de base de l'UBRAF

Membres de l'Equipe conjointe de l'ONU : OIT, OMS, ONU-Femmes, PAM PNUD, Secrétariat, UNESCO, UNFPA et UNICEF **[14 membres]**

Type d'épidémie : concentrée/dimension géopolitique

Principaux modes de transmission : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Le gouvernement du Guatemala a élaboré une stratégie pour associer l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et un programme visant à supprimer la syphilis congénitale. L'UNICEF, l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et le Secrétariat ont étroitement collaboré avec le ministère de la Santé pour mettre au point un plan national 2012-2016 pour éradiquer ces deux infections. Cela devrait permettre d'améliorer l'accès aux soins prénatals et aux tests de diagnostic, de garantir les traitements, de renforcer les soins de santé primaire pour les jeunes et de consolider la gestion de la prestation des services, les informations stratégiques et le suivi. L'objectif global est d'assurer des soins complets à toutes les femmes enceintes et de prévenir la transmission mère-enfant. Le plaidoyer et l'appui technique de l'UNICEF et du Secrétariat ont permis au mécanisme de coordination et aux autorités nationales de débattre d'une nouvelle affectation des ressources du Fonds mondial afin d'accroître la prévention de la transmission mère-enfant, y compris le dépistage précoce des femmes enceintes et les traitements adaptés aux enfants. Bien que des obstacles demeurent, comme l'accès aux soins prénatals, la prophylaxie pour la PTME et la fourniture de prophylaxie antirétrovirale aux mères, la mise au point d'un plan national est une avancée considérable.

Le Guatemala peut également se vanter de mettre en place des programmes d'éducation soutenant la prévention du VIH chez les jeunes. Les programmes non formels de l'UNICEF assurent des formations visant à réduire plus efficacement la transmission sexuelle. En 2012, des adolescents de 13 municipalités ont suivi une formation de conseillers afin de contribuer à la prévention du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles chez d'autres jeunes en ayant recours à une approche innovante basée sur des méthodologies ludiques. En soutenant l'auto-prise en charge et l'adoption de pratiques qui contribuent à améliorer les conditions de vie, l'UNICEF aide les adolescents guatémaltèques à mener une vie indépendante et à accéder à l'âge adulte, tout en promouvant des comportements sexuels plus sûrs. La prévention des comportements à haut risque réduira la transmission sexuelle et assurera une riposte plus efficace, permettant d'atteindre les objectifs mondiaux en matière de sida.

Les questions liées au genre ont soulevé plus de problèmes. L'épidémie de VIH au Guatemala est concentrée parmi les populations clés exposées à un risque accru, comme les transgenres, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe. Les niveaux élevés de discrimination à l'encontre de ces groupes rendent difficile leur accès aux services de santé et de lutte contre le VIH. La stigmatisation et la discrimination ont été identifiées comme deux des principaux obstacles à l'efficacité de la riposte au sida. Pour remédier à cette situation, une loi nationale sur l'identité de genre est à l'étude et l'UNFPA, le PNUD et d'autres organisations des Nations Unies s'attachent à définir la manière de faire avancer le processus. Le Guatemala esquisse un projet de loi en collaboration avec des représentants de la population transgenre du pays et a entamé des débats avec les parties prenantes clés, en se concentrant sur les députés, la population en général et le secteur privé. À l'échelle mondiale, le Guatemala a ouvert la voie en ayant recours 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 pour sensibiliser à la nécessité de promulguer une loi sur l'identité de genre.

C. RÉVOLUTIONNER LA PRÉVENTION DU VIH

Réduire la transmission sexuelle du VIH



Cible : Réduire la transmission sexuelle de 50 % d'ici 2015

Tendances et indicateurs significatifs

Les ventes mondiales de préservatifs masculins ont augmenté régulièrement entre 2003 et 2008, mais se sont stabilisées depuis. À l'inverse, les ventes de préservatifs féminins ont enregistré une hausse sensible de 2000 à 2010, même si le ratio est encore supérieur à 40 préservatifs masculins pour un préservatif féminin. À l'échelle mondiale, l'utilisation des préservatifs parmi les travailleurs du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a légèrement augmenté ; la prévalence du VIH chez ces populations clés est également en hausse et souligne la nécessité de mettre en œuvre des programmes les ciblant.

Situation	Données
	Le pourcentage médian de travailleurs du sexe déclarant avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client a augmenté de 81 % à 85 % de 2010 à 2012.
	Le pourcentage médian d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal avec un partenaire masculin s'est accru de 57 % à 60 % de 2010 à 2012.
	La prévalence médiane du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe est passée respectivement de 6 % à 7,6 % et de 3 % à 4,5 % de 2010 à 2012.

Les connaissances des jeunes en matière de VIH semblent avoir stagné, voire diminué. L'ONUSIDA doit accorder une attention accrue à l'éducation sexuelle pour améliorer les niveaux de connaissances.

Situation	Données
	Les actions de l'ONUSIDA visant à renforcer la capacité nationale des parties prenantes à élaborer et à mettre en œuvre une éducation sexuelle complète, de qualité et adaptée à l'âge dans le cadre des politiques et des programmes scolaires ont augmenté de 76 % à 82 % dans les pays où l'ONUSIDA est présent et de 74 % à 89 % dans les pays à fort impact de 2011 à 2012.
	De 2009 à 2011, le pourcentage médian des jeunes âgés de 15 à 24 ans capables d'identifier les modes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et de rejeter les principales idées fausses dans ce domaine a stagné chez les femmes (28 %) et reculé (de 34 % à 32,6 %) chez les hommes.

Réalisations

66. La transmission sexuelle étant responsable de la grande majorité des nouvelles infections à VIH, la plupart des actions de riposte au sida visent à la réduire. Par conséquent, les comptes rendus de cette section de l'UBRAF se veulent illustratifs et non exhaustifs et comprennent trois grandes parties. La première présente les réalisations du point de vue des populations cibles (jeunes, HSH, travailleurs du sexe et transgenres). La deuxième s'intéresse aux modalités de programmation en reflétant les impératifs de progrès, y compris dans le domaine des technologies de prévention du VIH nouvelles et émergentes,

et aux programmes sur les préservatifs. Enfin, la troisième partie s'inscrit dans une approche de progrès et couvre les domaines relatifs aux informations stratégiques et aux orientations normatives.

La prévention chez les jeunes

67. En 2012, l'ONUSIDA a accordé une attention particulière aux jeunes et de nombreuses agences ont œuvré à soutenir des programmes les ciblant dans toutes les régions au moyen du plaidoyer, de politiques d'éducation et de services de santé. Les agences ont cherché à améliorer la prestation des services de santé pour les jeunes en aidant les gouvernements à mettre au point des normes nationales et à réagir aux problèmes de qualité des services qui entravent souvent leur accès.

68. L'Équipe spéciale interinstitutions Asie-Pacifique sur le VIH et les jeunes populations clés touchées (dirigée par l'UNESCO et soutenue, entre autres nombreux partenaires, par l'UNICEF, le PNUD, l'UNFPA, l'ONUDC, ONU-Femmes, l'OMS et le Secrétariat) a formulé des orientations sur le renforcement de la capacité des pays à répondre aux besoins des populations adolescentes clés. L'initiative NewGen Asia a formé au leadership plus de 100 jeunes issus de populations clés en leur fournissant des informations cruciales sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH.

Des programmes soutenus par l'UNFPA et portant sur la prévention du VIH, la communication et la sensibilisation ont permis d'atteindre près de 3,3 millions de jeunes dans la région Afrique orientale et australe. Au Zimbabwe, une enquête nationale sur les changements comportementaux a révélé que 71 % des jeunes (hommes et femmes) âgés de 18 à 24 ans ont eu accès au programme sur le changement comportemental soutenu par l'UNFPA. On attribue à cette couverture l'augmentation de l'utilisation des préservatifs et du recours aux services de conseil et de dépistage du VIH.

69. Forts du soutien de l'UNICEF, de l'UNFPA et de l'UNESCO, 17 pays africains ont renforcé leur capacité et leurs ressources pour réviser et élaborer des programmes scolaires visant la réduction des comportements à risque chez les jeunes. Ce soutien se traduit par une mise en œuvre étendue ; ainsi, au Lesotho, en Namibie et en République-Unie de Tanzanie, les programmes scolaires comprennent désormais un volet sur l'éducation sexuelle, tiennent compte des droits et du genre et sont adaptés à l'âge et au contexte culturel.

70. Les efforts de prévention du VIH chez les jeunes soutenus par l'UNFPA dans 14 pays d'Afrique occidentale et centrale (services de santé sexuelle et reproductive et liés au VIH et stratégies de communication adaptées aux jeunes prônant le changement de comportement) ont atteint plus de 100 000 jeunes.

71. L'Organisation panaméricaine de santé a aidé sept pays d'Amérique latine à mettre au point des plans de santé pour les adolescents dans le secteur de la santé, axés sur la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH. Au Honduras et au Nicaragua, des projets pilotes sont en cours afin d'associer les services de santé sexuelle et reproductive et les services liés au VIH ciblant les adolescents.

72. Au Brésil, l'action de l'UNICEF visant à accroître les services de prévention et à réduire la vulnérabilité des adolescents s'est traduite par l'élargissement des services de proximité et l'amélioration du traitement, des soins et de l'appui à des milliers d'adolescentes/jeunes

femmes enceintes, y compris celles qui consomment des drogues injectables. L'UNICEF Brésil va élever son propre financement à 1 million de dollars US afin de renforcer les initiatives en faveur des adolescents séropositifs, qui sont nombreux dans le pays.

73. Dans cinq pays d'Europe orientale et centrale, l'UNICEF, en collaboration avec des organisations de la société civile, a promu et consolidé la capacité des parties prenantes clés à accroître l'accès et le recours aux services de dépistage du VIH et de conseil des jeunes, en particulier les adolescents les plus exposés. Des enquêtes en ligne auprès de 2 500 jeunes ont permis de connaître leurs expériences, leurs besoins et leurs préférences et d'adapter les programmes de dépistage du VIH et de conseil.
74. En Afrique, l'UNICEF a soutenu l'émission de radio Shuga, qui a transmis des informations sur la prévention du VIH à plus de 250 000 jeunes auditeurs pendant six semaines. Les données recueillies en République démocratique du Congo suggèrent une augmentation de la demande de services de dépistage du VIH et de conseil émanant des jeunes âgés de 15 à 24 ans pendant cette période. Les sites de dépistage volontaire et de conseil ont enregistré une hausse de la fréquentation des jeunes âgés de 10 à 24 ans pendant la deuxième moitié de l'année (de 1 040 à 1 534 visites). Au Cameroun, une formation mise en œuvre en 2012 a renforcé le suivi et les comptes rendus sur le dépistage du VIH et les conseils aux adolescents et aux jeunes.

Prévention parmi les HSH, les travailleurs du sexe et les transgenres

75. L'accent mis par le Programme commun sur la pleine participation des populations clés à la riposte à l'échelle mondiale, régionale et nationale sous-tend son approche de l'orientation normative, des informations stratégiques, du développement des capacités et de la programmation, et influence les ripostes nationales. Au sein de la famille de l'ONUSIDA, l'assurance d'un accès intégré aux services et au traitement et la résolution des problèmes structurels sont les deux pierres angulaires du soutien des actions visant les populations clés.
76. L'introduction de changements dans les zones métropolitaines et les municipalités est un élément crucial des interventions du Programme commun ciblant les populations clés. L'Urban Health and Justice Initiative (Initiative pour une justice et une santé urbaines), mise au point par le PNUD en partenariat avec l'UNFPA et d'autres Coparrainants, a permis d'élaborer et de mettre en place des plans municipaux innovants de lutte contre le VIH à l'intention des populations clés dans 24 villes de cinq régions.

Les fonds de base de l'UBRAF ont servi à mobiliser des financements et à assurer des ressources ciblées pour obtenir un impact maximum. Un crédit d'investissement spécifique de 35 millions de dollars US a permis à la Banque mondiale de financer le projet de Prévention du VIH/sida au Viet Nam, qui a soutenu des programmes conçus pour éradiquer la transmission du VIH parmi les populations clés et entre celles-ci et la population en général. Les indicateurs clés de résultats font apparaître, entre autres, une hausse de 20 % à 70 % des personnes issues des populations clés déclarant utiliser des méthodes d'injection plus sûres. Dans les provinces participant aux programmes, on constate une augmentation de l'utilisation des préservatifs chez les populations clés (d'après les estimations, de 40 % à 80 % entre le lancement et la fin du projet).

77. Le Plan d'action européen en matière de VIH/sida 2012-2015 de l'OMS, adopté par les 53 États membres de la région européenne de l'OMS, met particulièrement l'accent sur l'accès des populations clés aux services et oriente l'intégration des services et l'obtention de résultats plus vastes en matière de santé via la riposte au sida, ainsi que la réduction de la vulnérabilité et l'élimination des barrières structurelles à l'accès aux services.
78. L'appui technique de l'OMS aux interventions liées au VIH et à la définition des objectifs des programmes pour les HSH et les professionnels du sexe en Égypte, au Maroc, au Soudan et en Tunisie a permis de mieux comprendre les points forts et les faiblesses des politiques, des stratégies et de la prestation des services dans ces pays. Des recommandations et des plans d'action ont été formulés à leur intention pour les aider à renforcer les capacités des prestataires de services.
79. L'UNFPA a soutenu la prévention combinée du VIH chez les populations clés, en particulier les professionnels du sexe, dans 11 pays de la région Afrique occidentale et centrale en mettant l'accent sur les analyses de situation, la mise au point de stratégies, l'éducation par les pairs et la prestation de services liés au VIH et de services de santé sexuelle et reproductive. Dans cinq pays, l'appui financier direct de l'UNFPA à la prestation des services par des partenaires a permis d'atteindre plus de 6 700 travailleurs du sexe. Au Kirghizistan, en Russie et au Tadjikistan, l'UNFPA a soutenu les partenariats initiaux entre les réseaux des professionnels du sexe et les représentants gouvernementaux.

En Jamaïque, la Banque mondiale et le Secrétariat ont réalisé une étude sur la pérennité financière de la riposte au VIH dans le but de fournir des conseils sur les meilleures pratiques qui peuvent être reproduites par d'autres pays. L'étude a mis en lumière la nécessité de mener des programmes de prévention efficaces et efficaces, en particulier pour les populations clés. Le coût de l'infection d'un adulte est estimé à 5 800 dollars US. Les programmes visant à éliminer les nouvelles infections chez les enfants et à maintenir leur mère en vie évitent approximativement 50 infections à VIH par an, soit une économie évaluée à 390 000 dollars US.

80. Le Groupe de travail thématique régional des Nations Unies sur le VIH et les travailleurs du sexe en Asie et dans le Pacifique (convoqué conjointement par l'UNFPA, le PNUD et le Réseau des travailleurs du sexe d'Asie et du Pacifique) rassemble des agences régionales des Nations Unies et des organisations régionales et nationales de travailleurs du sexe. Il continue de diriger les initiatives régionales sur le travail du sexe, de coordonner les efforts communs d'appui technique aux pays pour leur permettre d'élaborer des politiques et des programmes basés sur des données factuelles, d'analyser et de diffuser des informations stratégiques et d'orienter les politiques et les programmes.

En Amérique latine, la promotion des préservatifs a enregistré des progrès. Grâce à l'appui de l'UNFPA, le Pérou et l'Équateur sont en bonne voie pour mettre en œuvre de vastes programmes sur les préservatifs et utilisent les ressources provenant de leur budget national pour acheter des préservatifs féminins. Le Brésil a également adopté une politique de distribution nationale de préservatifs masculins, distribuée à grande échelle des préservatifs féminins – en privilégiant les groupes de femmes vulnérables – et a lancé un programme pilote de distribution de préservatifs dans les établissements scolaires. Dans le cadre d'une stratégie régionale adoptée fin 2011, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) est parvenu à mettre en œuvre trois projets visant la diffusion d'informations sur la prévention du VIH et des

infections sexuellement transmissibles, la distribution de préservatifs, l'accès au dépistage volontaire, les conseils pré et post dépistage et d'autres services de santé destinés aux jeunes au Costa Rica, au Panama et au Venezuela.

Technologies de prévention du VIH nouvelles et émergentes

81. En 2012, outre les programmes éprouvés de prévention (comme les campagnes sur les préservatifs), les efforts visant les changements comportementaux et les programmes intégrés ciblant les populations clés, l'objectif principal a été d'accroître l'impact des programmes de prévention par le biais de méthodes biomédicales supplémentaires, et notamment de maximiser l'incidence du traitement du VIH sur la prévention et d'étendre la pratique de la circoncision masculine médicale volontaire.
82. Le recours au traitement antirétroviral pour prévenir la propagation du VIH a donné de très bons résultats dans certains contextes. Citons, entre autres, l'élimination de la transmission mère-enfant dans les environnements riches en ressources et les conclusions d'une étude récente basée sur un essai clinique contrôlé avec des couples sérodifférents, qui signalent une réduction de 96 % du risque de transmission du VIH lorsque le partenaire infecté suit un traitement précoce. L'expansion des traitements en tant que méthode de prévention nécessitera d'améliorer sensiblement les infrastructures en matière de VIH et les ressources humaines dans le domaine de la santé.
83. L'ONUSIDA a activement soutenu la modification des dispositifs politiques et le renforcement du système visant à accroître l'efficacité des traitements de prévention. Les efforts ont porté, entre autres, sur l'évaluation des étapes cruciales du continuum des traitements, y compris la garantie de diagnostics opportuns des infections à VIH via un accès accru au dépistage, la considération des modalités de l'auto-dépistage, le resserrement des liens avec les services de soins et un appui accru de l'observance des traitements pleinement efficaces.
84. Plusieurs exercices de modélisation suggèrent que l'éradication du sida ne sera possible que si un vaccin vient s'ajouter à la prévention combinée du VIH. À cet égard, l'ONUSIDA a maintenu son appui aux partenaires, dont le Global HIV Vaccine Enterprise (groupement mondial pour le vaccin contre le sida) et l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, pour assurer la poursuite des efforts concertés et coordonnés à l'échelle mondiale visant à mettre au point un vaccin contre le sida. Il convient de signaler, parmi les évolutions majeures intervenues en 2012, les progrès de la caractérisation des anticorps neutralisants efficaces contre le VIH et une meilleure compréhension des vecteurs dans les essais des vaccins.
85. En 2012, les progrès dans l'intensification de la circoncision masculine médicale volontaire chez les adultes dans les 15 pays où elle est prioritaire (prévalence élevée du VIH et faible taux de circoncision) se sont poursuivis. Le recueil de données vérifiées sur les circoncisions réalisées pendant l'année n'est pas encore terminé, mais on prévoit une hausse sensible du nombre cumulé des circoncisions : entre 2008 (année où les recommandations politiques ont été adoptées) et 2011, 1,4 million de circoncisions ont été pratiquées (880 000 pour la seule année 2011). On est cependant loin de l'objectif de plus de 20 millions de circoncisions masculines parmi les 15-49 ans dans les pays prioritaires. L'ONUSIDA a contribué, par son soutien politique, de plaidoyer et de mise en œuvre, aux

efforts d'intensification ainsi qu'à l'élaboration d'une stratégie de plaidoyer et la coordination de la mise en œuvre par l'OMS.

86. Dans 35 pays, les Équipes conjointes des Nations Unies ont mis en œuvre et déployé les résultats des recherches sur les nouvelles technologies en accordant une attention particulière au dépistage et au traitement précoces du VIH en tant que prévention et à la circoncision masculine médicale volontaire des adultes. Dans 71 pays, les Équipes conjointes ont appuyé le renforcement de la capacité nationale en matière de gestion logistique des produits.
87. L'UNICEF, en collaboration avec l'Initiative Clinton pour l'accès aux médicaments, intensifie l'utilisation des technologies de diagnostic sur les lieux de soins, au niveau des soins élémentaires, afin de transformer les marchés et d'améliorer l'accès au diagnostic du VIH et au traitement précoce des enfants et des femmes enceintes dans sept pays d'Afrique subsaharienne.

Orientation normative dans le domaine de la prévention

88. En 2012, des progrès sensibles ont été accomplis en matière de disponibilité des orientations normatives. En décembre, l'UNFPA, l'OMS, le Secrétariat et le Network of Sex Work Projects (Réseau de projets sur le commerce du sexe) sont à l'origine de nouvelles orientations sur la prévention et le traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles chez les professionnels du sexe dans les pays à revenu faible et intermédiaire, traduites notamment en russe. [Le VIH et le travail du sexe : ripostes innovantes à la corrélation entre commerce du sexe et VIH en Asie et dans le Pacifique](#) a été publié par l'UNFPA, l'ONUSIDA et le Réseau des travailleurs du sexe d'Asie et du Pacifique.
89. Le HCR a publié [International protection no. 9: claims to refugee status based on sexual orientation and/or gender identity](#) (Principes directeurs du HCR sur la protection internationale relatifs à l'appartenance à un certain groupe social) ; le PNUD, l'UNFPA, l'ONUSIDA, l'OMS, le Secrétariat et les partenaires ont finalisé les *Operational guidelines on monitoring and evaluation for MSM, sex workers and transgender people* (Directives opérationnelles sur le suivi et l'évaluation pour les HSH, les travailleurs du sexe et les transgenres). En outre, des directives spécifiquement régionales ont été formulées.
90. Citons également dans le domaine de la prévention, la publication par l'UNFPA, l'OMS, le Secrétariat et les partenaires clés des [Female condom generic specification and prequalification guidelines](#) (Lignes directrices sur la préqualification et la spécification des préservatifs féminins génériques), accompagnés d'une note d'information sur les lubrifiants supplémentaires. Le PNUD a entamé des recherches sur les interventions liées à la transmission du VIH dans le cadre de relations avec des partenaires intimes dans la région Europe orientale et centrale.
91. En collaboration avec des partenaires des Nations Unies, l'OMS a mis au point des lignes directrices sur le dépistage du VIH et les conseils pour les adolescents et sur le traitement et les soins pour les adolescents vivant avec le VIH.
92. Le Secrétariat a publié un manuel complet sur le VIH et les programmes de sensibilisation visant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Moyen-Orient et en

Afrique du Nord, intitulé [*D'une démarche de sensibilisation à une démarche d'engagement*](#). Disponible en anglais et en français (une version arabe est en cours de traduction), ce manuel est destiné tant aux pays qui disposent déjà de programmes sur les HSH qu'à ceux qui souhaitent franchir le pas ; les premiers y trouveront les outils nécessaires à l'amélioration de leurs programmes et les seconds les éléments indispensables à l'élaboration de tels programmes.

93. La Banque mondiale et le Secrétariat, en partenariat avec le PEPFAR, ont produit et diffusé 13 documents de synthèse spécifiques aux pays, qui présentent les dernières estimations sur la circoncision médicale volontaire fondées sur les données les plus pertinentes disponibles en termes de démographie, d'épidémiologie et de coût des services. Ces informations ont permis d'estimer le coût et l'impact potentiels de l'intensification des services pour atteindre une couverture de 80 % et ont étayé l'argument économique prônant d'investir dans la circoncision masculine.

Informations stratégiques dans le domaine de la prévention

94. L'UNFPA, la Banque mondiale et le Secrétariat ont examiné en profondeur les données factuelles sur la prévention du VIH dans les épidémies généralisées dans 12 pays à fort impact situés dans la région Afrique orientale et australe, faisant part de leurs conclusions lors de la conférence sur le sida 2012. Le rapport final résume l'efficacité et l'utilité des interventions, ainsi que leur impact sur la population, et évalue dans quelle mesure les données factuelles ont été prises en compte dans les stratégies nationales.
95. L'UNFPA, le PNUD, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health ont noué des partenariats pour mener des recherches révolutionnaires sur l'épidémie mondiale de VIH chez les travailleuses du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Signalons en particulier que pour la première fois, de nouveaux ensembles de données sur la prévalence élevée du VIH au sein de ces deux groupes ont été recueillis dans de nombreux pays à travers toutes les régions. Ces recherches ont révélé que ces deux populations clés sont beaucoup plus susceptibles de contracter le VIH que la population générale (respectivement 14 et 19 fois plus) et apportent des données centrales aux pays sur le rapport coût-efficacité de l'investissement des ressources liées au VIH dans les populations clés afin d'éviter le plus d'infections.
96. L'ONUSIDA a élaboré des approches des investissements liés au VIH, en soulignant systématiquement le retour sur investissement potentiel des meilleures ripostes au sida en termes d'infections évitées et de vies sauvées.

La Banque mondiale et le Secrétariat ont aidé la Colombie à analyser l'efficacité d'une riposte nationale au sida basée sur des données factuelles en étudiant l'efficacité des programmes, du budget et de la prestation des services.

Enjeux et défis

97. La réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH d'ici 2015 pose deux grands problèmes. Le premier concerne la persistance de l'incidence élevée dans les milieux à forte prévalence, en particulier les contextes hyper endémiques d'Afrique australe. À cet égard, il sera nécessaire de poursuivre la prévention combinée, axée sur la pleine accessibilité et la

mise en œuvre des composantes structurelles, comportementales et biomédicales de la riposte au VIH. Le deuxième problème est celui du taux d'infection par le VIH, souvent extrêmement élevé au sein des populations clés dans de nombreux pays. Les programmes visant à atteindre ces populations (travailleurs du sexe, HSH, transgenres et consommateurs de drogues injectables) représentent approximativement 4 % des dépenses mondiales liées au VIH.

98. À l'échelle mondiale, l'intensification du conseil et du dépistage du VIH à l'intention des adolescents dans le secteur de la santé est inadéquate en raison des contraintes politiques et des connaissances limitées du personnel de santé. Toutes les régions ont en commun de manquer de ressources et d'informations stratégiques nécessaires pour réaliser des programmes pour les adolescents basés sur des données factuelles. Souvent exclus des processus décisionnels importants, les jeunes ne sont généralement pas considérés comme des partenaires et des leaders, ni soutenus en tant que tels. L'éducation sexuelle et l'éducation sur le VIH sont nécessaires, mais le rôle de vecteur clé de cette dernière n'est pas bien saisi par tous les partenaires de la riposte au sida.
99. Les efforts visant l'autonomisation des communautés, l'accès à des services de santé acceptables et la réparation des violations des droits de l'homme doivent être sensiblement intensifiés au moyen des fonds nécessaires. De même, il convient de multiplier le nombre de programmes sur les préservatifs ciblant les populations clés et celles-ci doivent participer activement à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des interventions.
100. Une priorité accrue doit être consacrée aux messages sur le VIH destinés aux hommes dans tous les milieux. Ces messages doivent faire appel au sens de la responsabilité des hommes à l'égard de leur propre santé sexuelle et de leur comportement sexuel et les amener à réduire leur demande de rapports sexuels tarifés non protégés ou à y renoncer.
101. Si les actions centrées sur les villes peuvent avoir un effet sur les points sensibles de la transmission du VIH menaçant les populations clés, les services destinés à ces populations sont rares hors des capitales. Il est également essentiel d'atteindre les migrants sans papiers et les populations mobiles, notamment par le biais d'interventions ciblant les principaux secteurs économiques qui les emploient, ainsi que les clients des travailleurs du sexe.
102. Les autorités locales sont particulièrement bien placées pour coordonner les efforts visant à éradiquer les inégalités en matière de santé dont souffrent les populations clés. Dans de nombreux pays, les autorités municipales disposent d'une autonomie suffisante pour définir les politiques et gérer la santé publique, les services sociaux et juridiques ainsi que le maintien de l'ordre. Elles sont souvent les plus à même de diriger, de mobiliser et de coordonner une riposte au VIH plus vaste à l'échelle locale. Elles peuvent en particulier recentrer et influencer les ripostes nationales en fonction des besoins spécifiques des populations clés. Le plaidoyer commun pour prévenir/supprimer les lois punitives est une action structurelle importante pour réduire les vulnérabilités liées au VIH.
103. Obtenir des données fiables n'est pas chose aisée ; les données des rapports des communautés, des enquêtes démographiques et sanitaires et des rapports de situation sur la riposte mondiale au sida présentent des différences flagrantes. La disponibilité et la qualité insuffisantes des données régulières sur l'incidence et les modes de transmission du VIH entravent les recherches. En outre, dans les milieux où la stigmatisation sociale est la

plus répandue, les populations clés peuvent avoir tendance à ne pas déclarer leur niveau de risque aux systèmes de surveillance. En dépit d'améliorations récentes, l'accès à des données longitudinales rigoureusement recueillies, notamment sur les jeunes et les populations clés, demeure limité dans de nombreux pays et régions.

104. Il est décourageant de constater que l'inclusion des programmes liés à l'éducation sur le VIH dans les interventions éducatives – qui ne date pas d'hier – n'a pas réussi à accroître de manière significative les connaissances des jeunes en matière de VIH. Bien qu'il soit clair que ces connaissances ne suffisent pas à elles seules à susciter un changement comportemental positif, un niveau élémentaire de connaissances est une condition préalable pour redoubler d'efforts contre le VIH, ce qui laisse entrevoir la nécessité de viser un niveau adéquat de connaissances correctes et complètes sur le VIH chez les jeunes.

Plans futurs

105. Le ciblage stratégique des populations clés et des jeunes a été identifié comme un facteur contribuant de manière cruciale à l'objectif de réduire de moitié la transmission sexuelle, ces groupes constituant une priorité du plan de travail pour 2013 et de la mise au point du plan de travail pour 2014-2015.

106. Parmi les priorités, citons l'élaboration d'orientations sur la définition des objectifs pour les HSH, les transgenres et les travailleurs du sexe, basées sur le cadre existant pour les consommateurs de drogues injectables. Elles contribueront à la génération d'informations stratégiques et de données factuelles sur les populations clés et renforceront l'intégration des programmes sur les préservatifs pour les populations clés. Il est nécessaire de dresser une nouvelle liste de pays prioritaires (autres que les pays à fort impact déjà répertoriés) accordant une attention spécifique aux populations clés. Tous les pays devraient réaliser une enquête sur les modes de transmission.

107. Le plan de travail 2013 du groupe de travail interinstitutions sur les populations clés prévoit, entre autres, un soutien accru à l'autonomisation des réseaux et des organisations à assise communautaire d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de travailleurs du sexe et de transgenres.

108. Pour renforcer l'action auprès des adolescents et des jeunes, un appui sera apporté aux analyses des goulets d'étranglement concernant les adolescents et les jeunes, à un cadre d'action mondial sur les adolescents et le VIH, à l'intensification du dépistage et des conseils sur le VIH, du traitement et des soins, y compris la santé sexuelle et reproductive, à l'intention des adolescents et des jeunes. Citons, entre autres initiatives centrées sur les jeunes, l'élaboration d'orientations destinées aux gouvernements sur l'auto-évaluation des politiques en matière de consentement ; des orientations politiques et programmatiques sur les populations clés et les mineurs ; et en collaboration avec le secteur de la santé, l'intensification d'une éducation sexuelle complète par le biais du secteur de l'enseignement.

109. D'autres contributions porteront sur l'élaboration d'orientations sur les populations adolescentes clés et le déploiement de lignes directrices opérationnelles sur le suivi et l'évaluation des programmes sur le VIH visant les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres au niveau national, infranational et de la prestation des services.

Kenya

MOBILISER DE NOUVELLES SOURCES DE FINANCEMENT

Dépenses VIH des NU en 2012

122 395 918 \$US

Fonds de base et hors budget de base de l'UBRAF

Membres de l'Équipe conjointe de l'ONU : Banque mondiale, FAO, HCR, OCHA, OIM, OIT, OMS, ONU-Femmes, ONUDC, ONUN, PAM, PNUD, Secrétariat, UNESCO, UNFPA et UNICEF, **[51 membres]**

Type d'épidémie : pays fortement touché

Principaux modes de transmission : partenaires stables, multiples partenaires hétérosexuels, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Le gouvernement du Kenya a élevé le VIH au rang de ses principales priorités politiques et s'est érigé en chef de file mondial dans divers domaines de la riposte à l'épidémie. L'intensification de la circoncision masculine, qui réduit le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme d'au moins 60 %, en est un exemple. Les Nations Unies ont été un partenaire actif du Kenya dans plusieurs initiatives, dont celle-ci. Le pays affiche l'un des taux de couverture les plus élevés au monde en matière de prévention de la transmission mère-enfant ; 69 % des femmes enceintes séropositives ont reçu une prophylaxie antirétrovirale en 2011 et la proportion de nourrissons exposés au VIH qui contractent la maladie a reculé de 27 % en 2007 à 14,9 % en 2011. En 2012, les Nations Unies ont continué de soutenir l'intensification de ces efforts de prévention. L'UNICEF a contribué à intégrer le VIH dans le vaste programme pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et à éliminer la transmission mère-enfant dans six districts prioritaires situés dans les provinces durement touchées de Nyanza et de la vallée du Rift, où l'objectif d'un taux de couverture de 80 % pour le dépistage du VIH et la fourniture de prophylaxie a été atteint dans les dispensaires prénatals. L'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, ONU-Femmes et le Secrétariat ont plaidé avec succès pour que le ministère concerné s'engage à mettre en œuvre l'Option B+ (traitement antirétroviral à vie pour toutes les femmes enceintes infectées par le VIH). De même, l'UNFPA et d'autres parties prenantes ont aidé le Conseil national pour le contrôle du sida à élaborer la Feuille de route pour la révolution de la prévention nationale.

Le Kenya s'est efforcé de mobiliser de nouvelles sources de financement pour la lutte contre le VIH, en particulier au niveau national. L'Organisation des Nations Unies aide le gouvernement à faire basculer son ratio de financement externe (80 %) et en 2012 a fourni des conseils techniques sur le Fonds d'affectation spéciale pour le VIH/sida approuvé par les autorités pour assurer le financement de l'intensification de la prévention, des traitements, des soins et de l'appui. Il est prévu que le gouvernement verse 0,5 %-1 % de ses recettes fiscales communes annuelles au fonds, qui recevra également des contributions des partenaires et du secteur privé.

En dépit des progrès concernant les initiatives d'élimination de la transmission mère-enfant, des problèmes demeurent. L'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, l'ONU-DC et le Secrétariat ont participé à la mise au point d'un cadre national et d'une stratégie de communication sur l'élimination de la transmission mère-enfant et de lignes directrices sur la prévention de la transmission mère-enfant, mais globalement l'accès universel n'est pas encore une réalité. De fait, en 2012, le mouvement de grève des infirmières et des médecins qui revendiquaient de meilleures conditions de travail et une augmentation de salaire a entraîné, pour la première fois, une baisse du nombre de femmes recevant une prophylaxie efficace afin de prévenir la transmission mère-enfant, soulignant l'importance de disposer de ressources humaines adéquates en matière de santé. De même, un manque de fonds a entravé la capacité des Nations Unies à soutenir le pays dans ses efforts pour diffuser les lignes directrices révisées sur le traitement antirétroviral, la prestation des services et le matériel de formation ; la diffusion a couvert tant l'échelon national que celui des districts, mais elle est tributaire du soutien des partenaires locaux pour être complète.

En 2012, les Nations Unies ont contribué à l'amélioration de la prestation des services liés au VIH auprès des populations clés en plaidant pour que les consommateurs de drogues injectables, les HSH, les travailleurs du sexe et les populations carcérales et mobiles aient accès à ces services. Le Kenya a été le premier pays à créer un tribunal spécial pour les affaires liées au VIH qui se penche sur la stigmatisation,

la discrimination et autres violations des droits de l'homme du seul fait de la séropositivité. En 2012, les Nations Unies ont participé de manière active à la réduction de la discrimination en apportant un appui technique au tribunal spécial pour les affaires liées au VIH pour l'établissement des règles et des règlements étayant son fonctionnement et l'élaboration d'un plan stratégique de trois ans.



Prévenir les décès des mères et les infections à VIH des bébés



Cible : Éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et réduire de moitié les décès des mères dus au sida d'ici 2015

Tendances et indicateurs significatifs

L'appui normatif et technique de l'ONUSIDA a permis d'enregistrer des progrès continus dans l'élimination des nouvelles infections chez les enfants et le maintien en vie des mères. Citons, entre autres, le nombre accru de femmes séropositives recevant un traitement antirétroviral et l'amélioration des politiques et des plans nationaux.

Situation	Données
	Le pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant un traitement antirétroviral afin de réduire le risque de transmission mère-enfant a augmenté de 48 % en 2010 à 74 % en 2012.
	Le nombre de pays ayant mis en œuvre un plan national pour renforcer l'intégration bidirectionnelle des services de santé sexuelle et reproductive et liés au VIH est passé de 32 % en 2011 à 43 % en 2012.

Réalisations

110. En 2012, les 22 pays prioritaires couverts par le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie² ont tous accéléré leurs programmes de mise en œuvre et 17 d'entre eux ont mis au point des plans de prévention de la transmission verticale dûment chiffrés. Certains ont fait preuve d'innovation. Le Malawi a prouvé l'impact de l'Option B+ en décentralisant les services de traitement du VIH auprès des services de santé maternelle et infantile et en rendant ainsi le traitement accessible aux femmes. Huit autres pays prioritaires ont modifié leurs lignes directrices nationales pour adopter l'Option B+. Le Secrétariat a en outre soutenu une consultation visant à garantir que le déploiement d'innovations comme l'Option B+ tient compte du point de vue des femmes vivant avec le VIH.

La réunion ministérielle qui s'est tenue en mai a constitué l'un des points d'orgue de l'année 2012. Elle a rassemblé 16 ministres de la santé issus des 22 pays prioritaires. Les résultats présentés ont révélé un recul sans précédent (24 %) des nouvelles infections à VIH chez les nourrissons entre 2009 et 2011. Sept des 22 pays ont signalé une baisse de plus de 30 % du nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants.

111. Cependant, les résultats affichés par sept pays (Angola, Inde, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Tchad) suggèrent une tendance à la stagnation. Une attention privilégiée a donc été accordée à ces pays au cours de l'année et le Groupe directeur mondial, co-présidé par l'ONUSIDA et le PEPFAR, a renforcé son engagement auprès d'eux. Le Groupe directeur est désormais pleinement opérationnel et son secrétariat à Nairobi est entièrement doté en personnel. Il a organisé des réunions avec les coordonnateurs afin d'examiner les progrès des pays. La dernière en date s'est tenue en décembre 2012, à l'occasion d'une consultation liée à un examen à mi-parcours.

² Le Secrétariat et le PEPFAR co-président le Groupe directeur du Plan mondial.

112. L'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention et le traitement des infections à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants, convoquée conjointement par l'UNICEF et l'OMS, a aligné son travail auprès de 28 partenaires (y compris des représentants de la société civile et des agences des Nations Unies) sur le Plan mondial. Le [site Internet](#) de l'équipe spéciale a été lancé et l'appui technique à la stratégie et la cartographie mis au point. Outre une [trousse d'outils](#), un matériel de soutien a été prévu pour aider les pays à assurer la transition vers les traitements à trois médicaments (Option B/B+).
113. L'UNICEF, l'UNFPA et l'OMS ont soutenu la mise au point des recommandations régionales sur l'augmentation et le renforcement des liens entre la lutte contre le VIH et la santé sexuelle et reproductive, y compris les orientations sur le leadership et la coordination, les politiques, les systèmes et les services, le suivi et l'évaluation et les besoins en données. L'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, ONU-Femmes, l'OMS et le Secrétariat ont établi les lignes directrices sur les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH des femmes et des filles.
114. En ce qui concerne le suivi et l'évaluation, citons la coordination du mécanisme de compte rendu mondial et la formulation de recommandations ; l'OMS et l'UNICEF ont supervisé la conception du cadre de suivi du Plan mondial publié en 2012³. Les pays ont été épaulés pour améliorer la qualité de leurs comptes rendus. Un suivi rigoureux des efforts visant la prévention de la transmission verticale dans plus de 15 pays a permis de mettre en lumière les progrès significatifs accomplis par le Brésil, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou.
115. Dans 10 pays prioritaires, l'UNICEF a soutenu le développement, la mise au point et le chiffrage des plans opérationnels et stratégiques nationaux et des cadres d'évaluation pour prévenir la transmission verticale, y compris par le biais du plaidoyer, de la mobilisation et de l'appui technique. Grâce à l'appui technique de l'UNICEF, huit pays ont pu abandonner progressivement la névirapine à dose unique et adopter des traitements combinés plus efficaces.
116. Dans le cadre du soutien de l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et liés au VIH, l'UNFPA a mené des initiatives dans 13 pays. Désormais, la majorité des pays ont mis en place des plans de prévention de la transmission verticale intégrant la prévention primaire pour les femmes en âge de procréer et la prévention des grossesses non désirées.
117. L'Initiative régionale pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale en Amérique latine et dans les Caraïbes a été alignée sur le Plan mondial, ainsi que sur le cadre de suivi et de validation correspondant. L'initiative a contribué à l'augmentation sensible du dépistage chez les femmes enceintes et à l'accès accru au traitement antirétroviral dans au moins 15 pays d'Amérique latine.
118. L'Organisation panaméricaine de la santé et l'UNICEF ont assuré un plaidoyer et un suivi complets de l'initiative régionale. Plus de 15 pays ont bénéficié d'orientations politiques basées sur des données factuelles et des stratégies visant la mise en œuvre efficace de l'initiative ont été promues dans l'ensemble de la région.
119. Le [cadre conceptuel de prévention de la transmission verticale pour la région MENA](#) a été lancé à l'occasion d'une réunion du Comité régional de l'OMS en collaboration avec

³ http://www.who.int/hiv/pub/me/monitoring_framework/en/index.html (disponible seulement en anglais).

l'UNICEF, l'UNFPA et le Secrétariat. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale de l'OMS (EMRO) a soutenu les efforts du Maroc pour établir un plan national visant à endiguer les nouvelles infections chez les enfants et à maintenir leur mère en vie. L'Iran, la Somalie et le Soudan vont mettre au point des lignes directrices, tandis que le Soudan du Sud va mobiliser une subvention du Fonds mondial aux fins de prévention de la transmission verticale. Neuf pays prioritaires ont conçu des plans nationaux de prévention de la transmission verticale basés sur l'analyse des goulets d'étranglement et des disparités et ont démarré la mise en œuvre des activités clés. Neuf autres pays ont réalisé des analyses des goulets d'étranglement en matière d'équité et amorcé ou mis au point des plans nationaux. Un total de 107 plans infranationaux de prévention de la transmission verticale ont été conçus dans six pays.

Au Kirghizistan et en Ukraine, l'UNICEF, de concert avec d'autres agences des Nations Unies et des partenaires de la société civile (Open Society Foundations, Initiative Clinton pour l'accès à la santé), a aidé les gouvernements nationaux à mettre en place des services sexospécifiques complets sur des sites pilotes sélectionnés qui répondent aux besoins spécifiques des femmes enceintes consommant des drogues injectables et de leurs enfants. C'est la première fois que ce groupe de femmes a accès à des services de ce type pour couvrir leurs besoins (dépendance, planification familiale, grossesse et compétences maternelles) et ce, dans un environnement de soins intégrés.

120. Un seul des 25 pays de la région Asie et Pacifique n'a pas adopté l'objectif de fournir un traitement antirétroviral à au moins 90 % des mères séropositives et des nourrissons vulnérables, conformément au Cadre conceptuel pour l'élimination des nouvelles infections pédiatriques à VIH et de la syphilis congénitale pour la période 2011-2015 en Asie et dans le Pacifique (Elimination of New Paediatric HIV Infections and Congenital Syphilis in Asia-Pacific 2011–2015 [Conceptual Framework](#)). Le Cambodge, la Chine et l'Indonésie ont également défini des objectifs communs pour prévenir la transmission verticale du VIH et de la syphilis. Le Cambodge, l'Indonésie, les Maldives, le Népal, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, la République des Fidji et la Thaïlande ont adopté l'Option B+ tandis que d'autres pays de la région ont choisi l'Option B.
121. La collaboration de l'UNICEF, de l'OPS et du Secrétariat a permis d'apporter un appui technique à la réalisation de l'objectif de double élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale dans les Caraïbes. L'UNICEF, l'UNFPA et l'OMS ont soutenu les programmes de prévention de la transmission verticale dans 14 pays prioritaires dans la région d'Afrique orientale et australe en examinant les projets de plans et en fournissant un appui technique, y compris le chiffrage des plans et l'examen des progrès vers l'élimination de la syphilis et des nouvelles infections à VIH chez les enfants et le maintien en vie de leur mère. L'OMS a promu l'inclusion de l'élimination de la syphilis congénitale dans les plans de prévention de la transmission verticale et a contribué à la collecte d'informations au niveau des pays.
122. Compte tenu des niveaux élevés de rejet et de stigmatisation dont souffrent les femmes enceintes qui consomment des drogues injectables, l'UNICEF a continué de plaider en faveur d'une meilleure compréhension des implications de la toxicomanie des mères sur la santé et le développement des nouveau-nés. Des programmes de démonstration sur la prestation de services aux femmes enceintes qui consomment des drogues injectables ont été élaborés et sont actuellement mis en œuvre.

Enjeux et défis

123. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la couverture de la prophylaxie et des traitements antirétroviraux des femmes enceintes reste modeste ; elle est en moyenne de 57 % et s'étend de 30 % à 85 %. Cependant, certains pays et régions clés affichent un retard en matière de programmes de prévention de la transmission verticale et certains services fondamentaux, comme le diagnostic précoce des nourrissons, la planification familiale et les traitements pédiatriques, sont peu répandus et mettent en lumière la nécessité de simplifier les stratégies et de renforcer les capacités.
124. Dans certains pays, l'intégration des programmes de prévention de la transmission verticale dans les services de santé pour les mères, les nouveau-nés et les enfants demeure limitée. Si l'on veut atteindre les objectifs du Plan mondial, les systèmes communautaires doivent être renforcés et reliés plus étroitement aux systèmes de santé.
125. Les systèmes de données sont médiocres. Pour améliorer la collecte et l'utilisation des données, y compris les données sur les patients individuels, les données longitudinales suivant les personnes au fil du temps et les enquêtes nationales, il est nécessaire de formuler des orientations, de renforcer les capacités et d'apporter un appui.
126. L'appui des pays est crucial à la mise en œuvre de stratégies simplifiées basées sur les *Lignes directrices révisées sur l'utilisation des antirétroviraux 2013* et d'autres directives clés (comme les directives sur l'alimentation des nourrissons). De même, il est essentiel de continuer d'aider les pays à renforcer les liens entre la santé maternelle, néonatale et infantile, la santé sexuelle et reproductive et la lutte contre le VIH.
127. En ce qui concerne le suivi et l'évaluation, des données de qualité et une évaluation des impacts sont nécessaires à l'échelle mondiale, régionale et nationale pour mesurer les progrès accomplis sur la voie des objectifs fixés et identifier les lacunes.
128. Ces derniers mois, les femmes vivant avec le VIH ont émis de sérieuses réserves sur la manière dont l'Option B+ est mise en œuvre dans plusieurs pays – signalant le manque d'informations, les délais de réflexion trop courts, un consentement peu éclairé et le manque de choix – et ont sollicité à l'ONUSIDA de fournir des orientations à cet égard. Les femmes vivant avec le VIH ont de nouveau soulevé ces critiques à l'occasion d'une consultation de la société civile sur l'Option B+ au Malawi et en Ouganda en février 2013 précédant la publication des *Lignes directrices révisées sur l'utilisation des antirétroviraux*.

Plans futurs

129. Il est crucial de poursuivre le plaidoyer et de maintenir l'appui technique afin d'éliminer la transmission verticale. Les régions et les pays qui n'atteignent pas les objectifs fixés dans ce domaine auront besoin d'être épaulés et de renforcer leurs capacités locales pour mobiliser les communautés et rendre accessibles la prophylaxie et les traitements contre le VIH aux femmes vivant avec le VIH et à leur famille. Il sera également nécessaire d'accentuer la décentralisation de la gestion et la prestation des services.
130. Le Groupe directeur mondial du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie et l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention et le traitement du VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants continuent de fournir une aide à distance à certains pays et une aide sur place lorsqu'un soutien plus intensif s'impose. Les progrès font l'objet d'un suivi étroit et régulier.

Protéger les consommateurs de drogues des risques d'infection à VIH



Cible : Diminuer de moitié l'infection à VIH des consommateurs de drogues d'ici 2015

Sélection des tendances et des indicateurs significatifs

Alors que le pourcentage de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH a baissé, le pourcentage de pays dont les lois, les règlements ou les politiques font obstacle à une action efficace contre le sida a légèrement augmenté. Le pourcentage de pays dotés d'un programme ONUSIDA qui ont mis en place des orientations politiques et des mesures de soutien aux consommateurs de drogues injectables est en hausse.

Situation	Données
	De 2010 à 2012, le pourcentage médian de consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH a baissé de 8 % à 6,9 %.
	De 2011 à 2012, le pourcentage de pays ayant adapté et mis en œuvre des orientations politiques et des mesures pour répondre aux besoins des consommateurs de drogues injectables à risque est passé de 51 % à 57 % dans les pays dotés d'un programme ONUSIDA et de 53 % à 66 % dans les pays à revenu élevé.
	De 2009 à 2011, le pourcentage de pays dont les lois, les règlements ou les politiques font obstacle à des mesures efficaces de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH à l'intention des consommateurs de drogues injectables a augmenté de 50 % à 53 % (selon les rapports gouvernementaux) et de 65 % à 70 % (selon les rapports de la société civile) dans les pays dotés d'un programme ONUSIDA.

Réalisations

131. Les groupes de travail thématiques interinstitutions sur la consommation de drogues et le VIH et sur les prisons et le VIH, établis par l'ONU DC, ont conjointement identifié les secteurs d'interventions et les ordres d'action prioritaire. Le *Guide technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA* de l'OMS/ONU DC/ONUSIDA a été révisé. D'autres documents stratégiques ont été publiés en 2012, notamment un document d'orientation sur le VIH dans les prisons paru dans une note de politique de l'ONU DC/PNUD/OMS/ONUSIDA, portant sur un ensemble complet d'interventions pour la prévention, les soins et le soutien en matière de VIH dans les prisons et autres lieux d'enfermement.
132. L'ONU DC a étendu ses programmes de distribution de seringues et d'aiguilles au Népal et ses centres de traitement de substitution à la méthadone au Bangladesh, en Inde, aux Maldives et au Népal. Son Bureau régional pour l'Asie du Sud a mis au point, appliqué et évalué scientifiquement un programme de thérapie de substitution aux opiacés dans les centres pénitentiaires de Tihar, en Inde et élargi la couverture de ce traitement à une plus vaste population carcérale.
133. L'UNICEF, l'ONUSIDA, l'OMS et l'ONU DC ont procédé à l'évaluation de la situation et des besoins au sein de la population des jeunes consommateurs de drogues injectables au Kazakhstan et en Ukraine, afin d'identifier les services susceptibles de fournir un soutien aux adolescents et aux jeunes adultes sous l'emprise de drogues.

134. Un programme complet de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH, accompagné d'une thérapie de substitution aux opiacés à l'intention des consommateurs de drogues injectables a été mis en œuvre et graduellement déployé en Égypte, en Iran, au Liban, en Libye et au Maroc, où des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH à l'intention des personnes vivant dans les prisons et d'autres lieux d'enfermement ont également été mis sur pied. L'ONUSD a apporté à l'Égypte et au Maroc l'assistance technique requise pour harmoniser leurs politiques et leurs plans opérationnels nationaux sur les drogues illicites en prison dans leurs cadres stratégiques nationaux de lutte contre le VIH.
135. L'ONUSD a fourni l'assistance technique en appui à l'élaboration de programmes nationaux de prévention et de traitement du VIH à l'intention des consommateurs de drogues injectables et des personnes en détention. Dans ce cadre, il a apporté au Kazakhstan, au Kirghizistan, au Tadjikistan et au Turkménistan l'assistance technique requise pour la mise au point de leurs programmes nationaux sur le contrôle des drogues et la formulation de la législation applicable.
136. L'OMS a fourni les orientations techniques en appui à la conception de programmes de thérapie de substitution aux opiacés ainsi qu'aux méthodes de mise en œuvre et de déploiement graduel de ces programmes en Allemagne, en Bulgarie, en Estonie, en Lettonie, en Lituanie, en Pologne, au Portugal et en Roumanie. Les recherches effectuées par le Secrétariat de l'OMS à Kazan, en Russie, sur les populations de femmes consommatrices de drogues injectables ont révélé la présence de facteurs structurels et comportementaux leur bloquant l'accès aux soins de santé. Ce constat d'importance a été communiqué aux partenaires nationaux, qui pourront ainsi orienter plus efficacement leurs interventions futures en matière de prévention.
137. L'OMS a systématiquement analysé, identifié et synthétisé les estimations de prévalence et les facteurs de risque de VIH dans les groupes des consommateurs de drogues injectables en Europe centrale et orientale et en Asie centrale, en accompagnant ces résultats d'une vue d'ensemble des contextes politiques caractéristiques de ces régions.

Enjeux et défis

138. Selon les estimations, trois millions de personnes qui consomment des drogues injectables vivent avec le VIH. De plus, les épidémies de VIH transmises par l'administration de drogues injectables dans de mauvaises conditions d'hygiène comptent parmi celles qui se propagent le plus rapidement dans le monde, à un rythme exacerbé par le manque de volonté politique dans les pays les plus affectés.
139. Nombreux sont les pays qui ne fournissent pas de seringues propres et de thérapie de substitution aux opiacés, tandis que la pénalisation de la consommation de drogues continue d'empêcher l'accès aux services de soins. Dans le groupe des consommateurs de drogues injectables, les possibilités d'accès des femmes à tous types de prévention et de traitement du VIH restent limitées par rapport à celles offertes aux hommes de cette catégorie. Généralement, les services de réduction des risques ne tiennent pas compte des différences entre les sexes et demeurent inaccessibles aux femmes enceintes, séropositives ou mères de famille.
140. Le dépistage du VIH et l'évaluation des risques de transmission par voie sexuelle chez les consommateurs de cocaïne, de crack et de stimulants de type amphétaminique non injectables et les mesures de prévention, de traitement, de soins et de soutien de ces groupes n'ont pas reçu l'attention voulue.

Plans futurs

141. Les politiques, les stratégies et les programmes nationaux de lutte contre les drogues et le sida seront remaniés de façon à permettre la mise en œuvre des neuf mesures constituant l'ensemble complet d'interventions destiné aux consommateurs de drogues injectables mis au point par l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA. Les modalités de cette mise en œuvre sont inscrites dans les plans de travail de 2013.
142. Une priorité d'urgence est donnée aux programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, aux programmes de traitement de substitution aux opiacés et de traitement antirétroviral et aux programmes de réduction des risques de transmission par voie sexuelle dans les communautés et les prisons, ainsi qu'à l'attribution des ressources nécessaires à la mise en œuvre de ces initiatives. Il convient de définir des stratégies adaptées aux besoins de différentes catégories de populations, telles les hommes, les femmes, les transgenres et les HSH.
143. La riposte à l'épidémie de VIH propagée par la consommation de drogues injectables en Europe orientale et en Asie centrale (EOAC) est d'une priorité cruciale. À cet égard, la Fédération de Russie a mobilisé un budget additionnel substantiel pour financer les mesures de ralentissement de l'épidémie dans cette région. L'épidémie de VIH qui sévit en Ukraine fera également l'objet d'une attention particulière.

République islamique d'Iran

LA REDUCTION DES RISQUES AU CŒUR DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Dépenses VIH des NU en 2012

3 072 865 \$US

Fonds de base et hors budget de base de l'UBRAF

Membres de l'Équipe conjointe des NU : Bureau CR CINU, FAO, OMS, ONUDC, ONUDI, PAM, PNUD, Secrétariat, UNESCO, UNFPA, UNHCR, et UNICEF (17 membres)

Type d'épidémie : concentrée/dimension géopolitique
Principaux modes de transmission : consommation de drogues injectables, partenaires hétérosexuels multiples

Le gouvernement de la République islamique d'Iran a placé la réduction des risques d'infection à VIH au sein du groupe des consommateurs de drogues injectables en tête de liste de son programme de lutte contre le sida, faisant de cette action une composante clé de son troisième plan stratégique national (2010-2014) mis au point en partenariat avec l'ONUSIDA et d'autres parties prenantes. Ces mesures ont permis de ralentir les cas d'infection, mais le partage du matériel d'injection reste le principal facteur de propagation de l'épidémie. La prévalence de l'infection à VIH chez les consommateurs de drogues injectables se situe à 15 %, avec des variations d'une province à l'autre, le nombre le plus important de nouvelles infections à VIH étant recensé au sein des groupes des consommateurs de drogues injectables et de leurs conjoints. L'ONU a soutenu la stratégie nationale de réduction des risques d'infection en fournissant des lignes directrices et des outils stratégiques à l'appui de la mise au point et de l'application de services liés au VIH, incluant le traitement de la dépendance aux drogues et l'aide à la compilation des données illustrant les pratiques exemplaires de l'Iran en la matière. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ont été renforcés avec l'assistance de l'ONUSIDA et du GFTAM et en août 2011, on comptabilisait 6 022 834 seringues distribuées gratuitement dans 421 centres au cours de l'année précédente. La contribution de l'Iran dans ce domaine a été internationalement reconnue. À titre d'exemple, le Prix Ruban Rouge de 2012 a été décerné à une organisation non gouvernementale (ONG) iranienne en reconnaissance de son travail en matière de réduction des risques d'infection à VIH.

L'Iran a également pointé le rôle croissant de la transmission par voie sexuelle dans la propagation du VIH et ses liens avec la consommation de drogues. Les études ont fait ressortir la présence de rapports sexuels le plus souvent non protégés chez les consommateurs de drogues injectables et des pratiques sexuelles à haut risque chez les groupes de jeunes adultes consommateurs de stimulants de type amphétaminique. Avec l'assistance technique de l'Équipe conjointe des Nations Unies sur le sida, le gouvernement travaille à la mise en place de mesures visant à réduire les pratiques sexuelles à haut risque, une initiative dont les mécanismes se reflètent dans le remaniement des priorités du plan stratégique national. Ainsi, les préservatifs sont fournis gratuitement dans les centres de planification familiale, les centres de thérapie comportementale sur la maladie et les salles de visites conjugales dans les prisons. Une étude financée par le bureau de pays de l'ONUSIDA a démontré que l'augmentation de 30 % à 90 % de l'utilisation de préservatifs chez les consommateurs de drogues injectables permettrait de réduire de 93 % les risques de nouveaux cas d'infection à VIH chez les partenaires sexuels de ces personnes. Le programme commun d'assistance des Nations Unies pour l'action contre le sida a soutenu l'intensification des programmes de prévention et de soins à l'intention des populations de femmes les plus exposées aux risques, dont la majorité n'utilisent pas régulièrement de préservatifs et parmi lesquelles la prévalence du VIH a atteint 4,5 %. À partir d'un cadre d'action établi en accord avec le gouvernement iranien, l'UNFP et l'ONUDC ont mené des activités d'éducation sur la santé reproductive et la prévention du VIH et des infections sexuellement transmises adaptées aux particularités culturelles des populations cibles concernées.

La Constitution de la République islamique d'Iran garantit l'accès aux soins de santé pour tous. C'est dans ce cadre que le Secrétariat, le PNUD et le FMSTP ont appuyé l'initiative du ministre de la Santé à l'effet de créer dans le pays 14 « Clubs positifs » qui auront pour mission de fournir des soins à quelque 4 500 personnes séropositives et affectées par le VIH et de créer ainsi une plateforme qui facilitera leur pleine réintégration dans leur communauté. Le programme national de lutte contre le sida vise, dans les années qui viennent, à étendre ses services en vue de réaliser ses objectifs nationaux dans ce domaine.

D. CATALYSER L'ETAPE SUIVANTE DE TRAITEMENT, DE SOINS ET DE SOUTIEN

S'assurer que les personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement



Cible : Fournir un traitement antirétroviral vital à 15 millions de personnes vivant avec le VIH

Sélection des tendances et des indicateurs significatifs

Les extraordinaires augmentations de la couverture de traitement alliées à de meilleurs taux d'observance des soins ont été accompagnées d'un plus grand nombre de plans nationaux en faveur d'un accès équitable au traitement pour les populations clés. Afin d'assurer une efficacité maximale de ses interventions dans ce domaine et sur plusieurs autres questions, l'ONUSIDA a choisi de concentrer son assistance technique dans les pays à haut revenu.

Situation	Données
	De 2009 à 2011, le pourcentage d'adultes et d'enfants admissibles et recevant un traitement antirétroviral est passé de 36 % à 54 %.
	De 2009 à 2011, le pourcentage médian d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et bénéficiant officiellement de soins 12 mois après leur mise sous traitement antirétroviral est passé de 81 % à 83,5 %.
	De 2010 à 2012, le pourcentage de pays dont le plan national de lutte contre le VIH inclut des politiques et des programmes d'accès équitable au traitement, aux soins et au soutien ciblant des populations clés a augmenté de 74 % à 77 % dans les pays où l'ONUSIDA est présent et de 63 % à 71 % dans les pays à haut revenu.
	De 2011 à 2012, le pourcentage d'équipes communes de l'ONU fournissant une assistance technique à la mise en place du Traitement 2.0 a baissé de 58 % à 37 %* dans les pays où l'ONUSIDA est présent, mais augmenté de 47 % à 84 % dans les pays à haut revenu.

*L'indicateur affiche une valeur positive lorsque quatre des cinq types d'assistance technique – financement, orientations normatives, mobilisation des ressources, assistance technique et formation – couverts par une équipe commune de l'ONU ont été fournis. Une baisse de la valeur indique que l'assistance technique apportée par l'ONUSIDA dans un pays donné est devenue moins importante, sans toutefois être inexistante.

Réalisations

156. Le déploiement du traitement s'est avéré impressionnant, avec près de huit millions de personnes sous traitement VIH (couverture de 54 %), la tendance s'étant accélérée en 2012. L'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNESCO, l'OMS, le Secrétariat, le FMSTP et l'UNITAID ont travaillé conjointement à l'élaboration de la stratégie de programmation et de mise en œuvre du programme de Traitement 2.0 et de ses cinq piliers, incluant des protocoles de traitement optimisés, des outils de diagnostic simplifiés et des modèles de prestation de services améliorés.

157. Le PNUD a assuré la gestion des subventions du FMSTP pour le VIH à titre de bénéficiaire principal intérimaire dans 25 pays⁴. Fin 2012, 1 million de personnes recevaient un traitement antirétroviral vital aux termes des programmes du FMSTP⁵ gérés par le PNUD. Au Malawi, l'UNICEF finance directement le gouvernement à titre d'agent d'approvisionnement en traitements antirétroviraux depuis les dix dernières années.

⁴ Angola, Bélarus, Belize, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Congo (République démocratique du), Cuba, El Salvador, Haïti, Iran, Kirghizistan, Maldives, Mali, Monténégro, Népal, Ouzbékistan, République arabe syrienne Sao Tomé-et-Principe, Soudan, Sud Soudan, Tadjikistan, Togo, , Yémen, Zambie, Zimbabwe.

⁵ Les chiffres ne sont pas cumulés depuis le début des programmes et se réfèrent aux personnes sous traitement antirétroviral.

158. Le Secrétariat a travaillé sur la question de la fiabilité des médicaments antirétroviraux, qui constitue le deuxième pilier de la feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale. Le plan relatif à la fabrication de médicaments, un document d'orientation pour la réglementation et la production de médicaments pharmaceutiques en Afrique, a été affiné et présenté dans le cadre de la table ronde Chine-Afrique sur la santé qui s'est tenue à Beijing. Le Secrétariat a fourni aux dirigeants africains des exposés approfondis sur les paramètres politiques, économiques et techniques entourant la fabrication locale de produits pharmaceutiques et les fonctions de réglementation applicables, dans l'optique de la lutte contre le sida.
159. Au niveau régional, l'OMS, le Secrétariat et d'autres organisations de l'ONU et de la société civile ont créé le groupe de travail régional Asie-Pacifique sur le Traitement 2.0, qui joue un rôle important dans la promotion de nouveaux modèles de prestation de services privilégiant l'emploi de médicaments antirétroviraux et de produits de diagnostic de qualité. Avec l'assistance technique du PNUD, de l'OMS et d'autres agences, la stratégie d'approvisionnement groupé en médicaments et produits de santé essentiels a été approuvée par les ministres de la Santé de la Communauté de développement de l'Afrique australe. L'application de cette stratégie permettra de renforcer le pouvoir d'achat consolidé des États membres de la Communauté. Ce mécanisme améliorera les capacités de gestion des approvisionnements et des achats et optimisera l'efficacité des systèmes de contrôle et d'évaluation.
160. L'OMS a également travaillé avec les pays au retrait progressif de la staduvine (d4T) et mesuré leurs progrès dans la réduction de l'emploi de médicaments antirétroviraux non recommandés dans le cadre de son enquête sur les antirétroviraux.

Environ 15 % des besoins du Ghana en traitement antirétroviral sont assurés par la production locale de médicaments, l'objectif étant toutefois de pouvoir traiter 15 000 patients par an. Le système des Nations Unies et d'autres partenaires du développement travaillent avec les ministères de la santé, du commerce, des finances et de la planification économique du pays pour activer le processus de fabrication sur place de médicaments antirétroviraux conformes aux critères de préqualification de l'OMS. La fabrication locale d'antirétroviraux a d'ores et déjà considérablement réduit les ruptures de stocks du système de santé public, ouvrant ainsi l'accès au traitement antirétroviral à un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH.

161. L'UNICEF a effectué une analyse approfondie des besoins et des ressources pour financer l'introduction d'une nouvelle technologie capable d'assurer un dépistage précoce plus fiable chez les jeunes enfants exposés au VIH au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Ouzbékistan et au Tadjikistan. L'UNICEF s'est associé avec le centre international des programmes de prise en charge et de traitement du sida de l'Université Columbia et les centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis pour organiser une conférence sous-régionale sur le thème des enjeux actuels et des autres options envisageables touchant au diagnostic et à la surveillance du VIH. Cet événement a permis de rallier davantage de voix en faveur de l'intensification du dépistage précoce chez les jeunes enfants dans tous les pays d'Asie centrale.
162. Le rôle de l'alimentation et de la nutrition dans le traitement et l'observance des soins a été analysé dans le cadre de programmes de recherche opérationnelle et de programmes pilotes sur l'alimentation financés par le FAM. La recherche comportait notamment des études sur les stratégies en matière de subsistance durable à mettre en place pour répondre adéquatement aux besoins médicaux et nutritionnels des personnes

vivant avec le VIH. Les programmes pilotes ont également servi à la mise au point des modes de prestation de conseils nutritionnels. À titre d'exemple, la politique nationale du Ghana en matière de nutrition améliorera l'efficacité du traitement et la motivation du patient dans l'observance du traitement prescrit.

163. Les efforts de sensibilisation du PAM ont abouti à l'intégration des actions relatives au VIH et à la nutrition dans les plans de travail des ministères de la Santé de la Bolivie, du Guatemala, du Honduras et de la République dominicaine. Ces pays ont également reçu une assistance technique pour mettre au point et valider des normes, des protocoles et des documents d'orientation et d'éducation.
164. En Afrique occidentale et centrale, le soutien du PAM en matière d'alimentation et de nutrition ciblait plus de 136 000 personnes, incluant les populations souffrant de malnutrition et recevant un traitement antirétroviral, les personnes recevant des soins pour la prévention de la transmission verticale et celles traitées contre la tuberculose, ainsi que les membres de leurs familles affectés, les orphelins et d'autres enfants vulnérables. Le taux moyen de retour à une nutrition adéquate se situait à 70 %, avec un plafond de 91 % en Guinée-Bissau et un plancher de 42 % au Libéria.
165. Les normes minimales établies par l'ONUSD pour la Communauté de développement de l'Afrique australe préconisaient d'inscrire l'accès au traitement antiviral dans les lieux d'enfermement, tant pour les détenus que pour le personnel, dans les dispositions sur le service minimal. Ces normes ont été approuvées par les comités ministériels de la santé et de la justice de la Communauté.
166. L'ONUSD a également mené des initiatives de sensibilisation pour l'accès au traitement dans les lieux d'enfermement en Inde, en préconisant la mise en place d'activités de coopération sur le VIH/tuberculose au sein des plans et des programmes nationaux sur le sida et la tuberculose. Une aide a été apportée aux prisons de Tihar, en Inde, pour y établir des services de traitement VIH/tuberculose dans le cadre du programme national de contrôle de la tuberculose. Au Bangladesh, un accord a été conclu avec des organisations non gouvernementales disposant des ressources du FMSTP, qui pourront assurer des services de diagnostic et de traitement dans les prisons.
167. Un large éventail de documents d'assistance technique a été publié en 2012. L'OMS a élaboré un ensemble de directives consolidées sur l'utilisation d'antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH (dont le suivi est assuré par l'UNICEF et le Secrétariat), qui devraient contribuer à renforcer l'accès au traitement antirétroviral et en élargir la portée. Ce document définit les nouvelles lignes directrices cliniques afférentes à la mise en place et au maintien de la prise en charge et du traitement du VIH et indique la marche à suivre pour rendre ces recommandations opérationnelles, en fournissant notamment des conseils sur l'intégration de la prestation de services, l'observance et le maintien des soins. L'OMS a également publié des mises à jour de programmes et des dossiers techniques qui fournissent aux pays un cadre d'orientation pour le déploiement de leurs programmes de traitement et de prévention de la transmission verticale du VIH (Option B+).
168. L'ONUSIDA et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (RMP+), ont élaboré de concert les directives opérationnelles du concept de *Santé positive, dignité et prévention*, conçues pour fournir aux instances décisionnaires des pays une assistance technique et programmatique dans la mise au point et l'adaptation de leurs politiques et de leurs services à l'intention des personnes vivant avec le VIH.

169. Dans la région Asie-Pacifique, tous les pays prioritaires ont reçu une assistance pour adapter les modifications apportées en 2010 par l'OMS à ses directives sur le traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent et à ses recommandations sur les services de dépistage et conseils relatifs au VIH à l'intention des couples sérodifférents, ainsi qu'un soutien pour l'adaptation des mises à jour apportées à ses programmes de prévention de la transmission verticale et de traitement préventif. Le PNUD et l'ONUSIDA ont publié un mémoire sur l'impact potentiel des accords de libre-échange sur la santé publique, qui traitait notamment de l'accès aux médicaments.
170. L'OMS a contribué à améliorer les taux de couverture du traitement dans la région MENA en aidant les pays à accorder leurs directives sur le traitement du VIH avec les recommandations relatives au Traitement 2.0. De plus, l'OMS a aidé à la formation des professionnels de la santé sur la prise en charge clinique du VIH, le suivi des patients et le maintien des soins à Djibouti, en Somalie et au Soudan et financé la supervision des services de dépistage et de traitement du VIH fournis sur le terrain en Libye et en Syrie, pays auxquels elle a également fourni un approvisionnement d'urgence en médicaments antirétroviraux.
171. Du côté de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, l'OMS a organisé en 2012 des missions de pays en Azerbaïdjan, en Grèce, au Kazakhstan, en Ouzbékistan et en Ukraine pour y évaluer les programmes de traitement nationaux du VIH. L'assistance technique incluait la mise au point et le déploiement de protocoles cliniques régionaux pour l'évaluation des patients, la prise en charge de la coïnfection VIH/hépatite B, le traitement et les soins aux enfants affectés par le VIH et la prévention de la transmission verticale. Ces protocoles ont servi de cadre d'appui pour le remaniement et l'adaptation des directives nationales sur le traitement du VIH.
172. Les protocoles du gouvernement des États-Unis relatifs aux études sur l'analyse des dépenses et l'efficacité des programmes sur le VIH ont été communiqués et examinés pour ensuite donner lieu à la formulation d'accords de partage des données aux fins d'analyses secondaires ultérieures. Ces études complémentaires – ainsi que l'initiative de la Fondation Clinton sur le calcul des coûts des traitements antirétroviraux – fournissent les données de référence qui serviront à l'élaboration de pratiques exemplaires à suivre pour garantir l'efficacité des programmes sur le VIH.
173. La conférence internationale sur le sida de 2012 a fourni à la Banque mondiale l'occasion de dispenser des conseils techniques et de favoriser le dialogue entre les décideurs politiques sur les questions touchant à la viabilité financière des actions nationales de lutte contre le VIH et le sida dans la région de l'Amérique latine. Les participants ont échangé leurs points de vue sur les défis auxquels ils étaient confrontés, les enseignements qu'ils en avaient tirés et les pratiques exemplaires dont ils s'étaient dotés. Une rencontre régionale de l'OPS sur le Traitement 2.0 qui s'est tenue en Argentine a suscité une participation active d'organisations de la société civile, de personnes vivant avec le VIH et de populations clés. Cette activité a servi de plateforme de discussions sur l'accès des populations clés au traitement et aux services de soin et de soutien.

La Banque mondiale a fourni à l'Amérique latine un financement de 61 millions de dollars US, ainsi qu'une assistance technique pour le renforcement de l'ensemble du système de santé de la région, qui sera obtenu en fusionnant les divers systèmes dans un dispositif unique et rationalisé, garant de l'efficacité et de l'efficience continues de la chaîne de prestation des soins.

Enjeux et défis

174. Bien que le déploiement du traitement se poursuive et que la cible de 2015 visant à assurer les soins à 15 millions de personnes soit en vue, l'élargissement de la couverture du traitement a été inégal selon les régions et les populations. Par exemple, l'Europe orientale et l'Asie centrale, ainsi que le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ne progressent pas au même rythme que les autres régions et affichent des taux de couverture de traitement peu élevés. De nombreux facteurs contribuent à cette situation et il est essentiel de mettre en place des stratégies concertées pour surmonter les obstacles à la prestation de services de santé et à l'approvisionnement en médicaments vitaux. L'une des grandes difficultés vient de la stigmatisation et de la discrimination qui empêche les populations clés d'accéder au traitement. Les efforts de sensibilisation doivent être poursuivis pour promouvoir les droits de la personne au sein des groupes les plus affectés et éliminer la stigmatisation au sein du secteur de la santé.
175. Encourager les gens à effectuer un test de dépistage du VIH est une démarche fondamentale pour être en mesure d'assurer la prise en charge précoce de ceux affectés par le VIH, augmenter leurs possibilités de traitement et réduire les risques potentiels d'une prise en charge tardive.
176. Depuis la mise en concurrence des produits génériques sur le marché des produits pharmaceutiques, les prix des médicaments antirétroviraux ont considérablement baissé. Néanmoins, les patients doivent passer à des traitements de deuxième et de troisième intention, beaucoup plus coûteux que les médicaments de première intention. Les pays ont besoin d'assistance pour améliorer leur capacité à acheter à prix plus bas, en particulier pour tirer pleinement parti des clauses de flexibilité prévues dans l'Accord sur les droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'OMC et pouvoir se soustraire à des obligations qui dépassent le cadre de l'ADPIC.
177. Parallèlement à l'accès aux médicaments plus récents, il est nécessaire d'élargir l'accès aux combinaisons à doses fixes peu onéreuses et de bonne qualité, qui facilitent l'observance du traitement antirétroviral, et de développer dans ce cadre des formules adaptées aux enfants, sachant que seulement 28 % des enfants admissibles à une prise en charge reçoivent un traitement. Les médicaments antirétroviraux pédiatriques ne sont pas considérés comme un marché attractif (profitable), même pour les fabricants de produits génériques, ce qui contribue au manque d'options susceptibles d'encourager les enfants à suivre un traitement.
178. La mise en place de stratégies en vue de réduire les niveaux de toxicité et d'effets secondaires dans les traitements actuellement utilisés ou les nouveaux protocoles thérapeutiques reste essentielle pour éviter les risques d'abandon des soins. Par exemple, l'OMS recommande le retrait progressif de la stavudine (d4T) depuis 2010, mais le processus est extrêmement lent dans de nombreux pays du fait que ce médicament coûte moins cher que d'autres produits de même classe thérapeutique. Les programmes de traitement doivent être établis en prenant en compte le coût, la facilité des protocoles d'administration, la qualité thérapeutique et la réduction des propriétés toxiques et des effets secondaires des médicaments.

Plans futurs

179. Avec l'approche de programmation du Traitement 2.0, les interventions seront plus systématiquement et globalement centrées sur les populations clés, incluant les enfants, les adolescents et les consommateurs de drogues injectables, et permettront de répondre aux besoins de traitement spécifiques de chacun de ces groupes. Les régions

et les pays recevront si nécessaire une assistance sur place pour la mise en application des principes du Traitement 2.0.

180. Les nouvelles directives consolidées de l'OMS sur les antirétroviraux seront lancées à l'occasion de la Conférence de la Société internationale du sida sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, qui se tiendra en juillet 2013, et les initiatives de sensibilisation pour leur adoption seront menées à l'échelon régional et plus particulièrement au niveau des pays.

181. Avec l'application de la recommandation préconisant le démarrage du traitement des adultes et des adolescents et la prescription de médicaments antirétroviraux à toutes les femmes enceintes et à tous les enfants de moins de cinq ans à partir d'une classe de différenciation plus élevée (CD4), le nombre de personnes admissibles à un traitement antirétroviral augmentera inévitablement et il sera nécessaire de réfléchir aux meilleurs moyens d'intégrer ces nouvelles directives dans les programmes des pays pour s'assurer de leur mise en œuvre à long terme.



Prévenir la mortalité due à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH



Cible : Réduire de 50 % la mortalité imputable à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH d'ici 2015

Sélection des tendances et des indicateurs significatifs

La lutte contre la coïnfection VIH/tuberculose a notablement progressé, mais le nombre de pays dont le système et le plan national de santé prévoient le dépistage et le traitement préventif de la tuberculose par l'isoniazide a diminué.

Situation	Données
	Entre 2009 et 2011, le pourcentage de cas de TB/VIH recevant un traitement antirétroviral a augmenté de 16 % à 23 %.
	De 2009 à 2012, le nombre de pays dont le système et le plan national de santé prévoyaient le dépistage et le traitement de la tuberculose par l'isoniazide a diminué de 64 % à 48 %.

Réalisations

182. Les interlocuteurs du Programme commun ont collaboré activement pour relever le défi de la coïnfection VIH/tuberculose. Les interventions prioritaires inscrites dans la feuille de route de l'UNICEF pour l'enfance touchant à la tuberculose chez les enfants prévoient notamment l'instauration de normes minimales de taux de séropositivité pour procéder au dépistage et à la prise en charge du VIH, de la tuberculose et du paludisme. De concert avec l'OMS, l'UNICEF a publié des modèles d'algorithmes à appliquer pour détecter la maladie chez les enfants exposés au VIH et chez les enfants séropositifs.
183. Outre la révision des mesures sur les activités de coopération en matière de VIH/tuberculose, l'assistance technique de l'OMS a permis le déploiement du nouveau test Xpert® MTB/RIF de diagnostic rapide de la tuberculose dans 67 pays. De même, 119 pays ont procédé à des tests de dépistage du VIH sur plus de 50 % des patients atteints de tuberculose. L'OMS et le Secrétariat ont de plus travaillé en concertation pour renforcer les mesures de surveillance et d'évaluation du VIH/tuberculose et assurer l'harmonisation des données.
184. L'OMS a travaillé en étroite concertation avec les pays pour intensifier les activités de coopération en matière de VIH/tuberculose, en accordant une attention particulière aux pays lourdement touchés. Des progrès très notables ont été enregistrés dans la région Afrique, plus particulièrement en Afrique du Sud, où le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un test de dépistage de la tuberculose lors de leur dernière visite médicale est passé de 2 millions en 2010 à 2,7 millions en 2011, tandis que le nombre de personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement préventif par l'isoniazide a triplé pour passer de 160 000 à 438 000 durant cette période.
185. Le Secrétariat a préparé la version préliminaire d'un document d'orientation sur la lutte contre la tuberculose en Afrique orientale et australe et aidé à la mise au point de la déclaration de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur la tuberculose dans le secteur minier. Au Kenya, en Ouganda et en Zambie, l'ONUSIDA a appuyé les mesures actives de dépistage des cas de tuberculose en milieu

carcéral, établi des outils à l'intention des autorités pénitentiaires pour le dépistage au moment de l'entrée en détention et intégré le programme de coopération sur le VIH/tuberculose dans son programme de formation sur le VIH à l'intention du personnel pénitentiaire. L'ONUDC a soutenu le plan stratégique de l'administration pénitentiaire du Zimbabwe ainsi que le projet de politique sur le lieu de travail des services correctionnels de la Namibie pour faire valoir l'importance des activités de coopération sur le VIH/tuberculose. Le Secrétariat et le Partenariat Halte à la tuberculose ont ratifié un protocole d'accord visant à mobiliser les efforts de sensibilisation à la mortalité imputable à la coïnfection VIH/tuberculose et intensifier la surveillance et l'évaluation dans ce domaine.

186. Après avoir adapté ses directives nationales à celles préconisées à l'échelle mondiale par l'OMS en matière de traitement préventif par l'isoniazide, le Cambodge a lui aussi enregistré une hausse considérable du nombre de patients recevant ce type de traitement, qui sont passés de 500 en 2010 à 1 300 en 2011.
187. Le PAM a fourni un soutien nutritionnel et une assistance technique aux patients souffrant du VIH et de la tuberculose dans 10 pays et l'Organisation internationale du Travail (OIT) a opté pour une intégration progressive de la prise en charge de la tuberculose dans ses programmes de lutte contre le VIH. Jusqu'à présent, 14 pays ont adopté des politiques nationales de prévention du VIH sur le lieu de travail comportant un volet sur la tuberculose.

Enjeux et défis

188. Malgré les recommandations de l'OMS préconisant l'amorce d'un traitement antirétroviral pour tous les patients tuberculeux vivant avec le VIH quelle que soit leur numération de CD4, 48 % seulement de tous les patients co-infectés ont reçu un traitement en 2011. La mise en œuvre de l'approche dite des « Trois I » (intensification du dépistage de la tuberculose, traitement préventif par l'isoniazide et lutte contre l'infection à la tuberculose) en vue de réduire la charge de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et l'amorce plus précoce du traitement chez ces personnes ont également démarré lentement.
189. Ces groupes extrêmement exposés à la coïnfection VIH/tuberculose ont peu d'accès aux soins. La coordination entre les programmes de lutte contre le VIH et les programmes de prévention de la tuberculose a été limitée, tout comme la collaboration multisectorielle, quant à l'engagement des communautés, il a été insuffisant. Il est urgent d'intensifier les activités de coopération indispensables pour prévenir la mortalité évitable et réduire de moitié d'ici 2015 le nombre de décès imputables à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.
190. De plus, les programmes doivent collaborer plus activement avec les communautés et dans le cadre de partenariats multisectoriels pour atteindre les groupes extrêmement vulnérables aux risques de coïnfection VIH/tuberculose, à savoir : les femmes et les enfants, les consommateurs de drogues injectables et les personnes en détention. Les activités de coopération sur le VIH/tuberculose devraient également être intégrées dans les services qui ciblent les populations clés, tels les programmes de santé maternelle et infantile et les programmes de transmission verticale, les programmes de réduction des risques et de traitements de substitution ainsi que les services de santé pénitentiaires.



Plans futurs

191. Pour appuyer la cible visant à réduire de moitié les nombres de décès imputables à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, le groupe de travail interinstitutions recommandera la décentralisation des traitements antirétroviraux vers les services de traitement de la tuberculose, le regroupement sur un même site des services de traitement de la tuberculose et des services de traitement du VIH et l'intégration de services de traitement VIH/tuberculose dans les services de soins destinés aux populations plus vulnérables telles les femmes, les enfants, les consommateurs de drogues injectables et les personnes en détention. À cet égard, il apportera l'assistance technique nécessaire à la mise en place de ces réaménagements.
192. Afin de garantir le dépistage et le traitement vital de la tuberculose associée au VIH en temps opportun, les pays recevront l'aide requise pour mettre en œuvre l'approche des « Trois I » sur le traitement du VIH/TB et amorcer le traitement antiviral précoce chez les personnes vivant avec le VIH, pour se procurer le test Xpert® MTB/RIF de diagnostic dans les centres de traitement du VIH partout où cela sera possible et pour fournir un traitement antirétroviral à tous les patients co-infectés.
193. Dans le cadre de ses fonctions de Secrétariat du groupe de travail TB/VIH, l'OMS continuera, en collaboration avec les membres du groupe, à communiquer aux pays les nouvelles orientations sur la question ainsi qu'à encourager le dialogue sur leurs pratiques exemplaires, sur les défis qu'ils ont rencontrés et sur le renforcement de leurs activités de coopération pour la mise en œuvre du traitement conjoint du VIH et de la tuberculose.
194. Les partenariats entre l'OMS, le Secrétariat de l'ONUSIDA et d'autres organisations telles que le FMSTP et le PEPFAR permettront d'améliorer le mécanisme harmonisé de rapport et de transmission des activités de coopération sur le VIH/tuberculose des parties prenantes dans l'action contre le VIH. Dans ce contexte il est prévu de produire des rapports plus détaillés par pays sur le taux de mortalité imputable à la tuberculose chez les personnes infectées au VIH et d'utiliser ces données pour mesurer l'état de la situation en cours et les progrès réalisés au regard des cibles de l'action mondiale contre le sida.

Protection sociale et accès aux soins et à l'appui

Tendances et indicateurs importants

La protection sociale est un thème très vaste et de nombreux indicateurs de l'UBRAF ont été utilisés pour la première fois. Point positif, l'assiduité scolaire des orphelins et des non-orphelins s'est améliorée. Il convient toutefois de maintenir les efforts dans les pays où l'ONUSIDA fournit un appui technique à la protection sociale tenant compte du VIH, domaine que devra explorer le Programme commun.

Etat	Données
	L'assiduité scolaire médiane des orphelins et non-orphelins âgés de 10 à 14 ans est passée de 71 % à 79,6 % (orphelins) et de 89 % à 92,4 % (non-orphelins) entre 2010 et 2012.
	Le pourcentage de pays ayant utilisé l'appui technique de l'ONUSIDA pour renforcer leur capacité à mettre en oeuvre et intensifier la protection sociale tenant compte du VIH et celle tenant compte des enfants et du VIH a diminué entre 2011 et 2012, passant de 68 % à 22 %.

Progrès accomplis

195. Le Secrétariat et les Coparrainants ont mis en place un processus afin de fournir des données factuelles et des conseils à propos de l'impact de la protection sociale sur les chiffres du VIH et sur les ménages touchés par le VIH. Ils ont été à l'avant-garde des efforts déployés pour étendre la couverture de santé universelle, y compris aux ménages touchés par le VIH. Cette démarche s'est traduite par l'élaboration d'une *Note de politique générale sur le VIH et la protection sociale* publiée en 2012.
196. Une intensification des programmes de protection sociale est intervenue dans plusieurs pays, notamment en Chine, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Malawi, au Népal, en Afrique du Sud, en Thaïlande, en Ukraine et au Zimbabwe. En 2012, les prêts nationaux en faveur de la protection sociale accordés aux pays à fort impact ont atteint 5,9 milliards de dollars, dont une partie estimée à 500 millions de dollars US concernait les prêts destinés aux programmes de protection sociale tenant compte du VIH.
197. Ces initiatives ont fortement contribué à élargir le paysage politique. Elles ont favorisé l'amélioration de l'accès des personnes vivant avec le VIH et des populations clés aux services fondamentaux ainsi que l'extension générale de la couverture des personnes vivant avec le VIH, y compris les orphelins et les enfants vulnérables. Elles ont permis d'identifier un nouveau créneau budgétaire afin de contribuer à la riposte au sida dans les pays clés et de recueillir des données factuelles sur le rôle des programmes de protection sociale.
198. Les programmes de protection sociale ont contribué à atteindre les personnes vivant avec le VIH en leur proposant des services essentiels pour augmenter l'efficacité de la prévention, du traitement, des soins et de l'appui en matière de VIH. En Inde, dans plusieurs états, les nombreux programmes de protection sociale tenant compte du VIH avaient atteint à mi-2011 plus de 155 000 personnes et plus de 400 000 à fin 2012. Le Programme commun a lancé tout un ensemble d'études et de programmes sur les transferts financiers conditionnels afin de savoir si les approches incitatives peuvent favoriser la réduction des comportements sexuels à risque et promouvoir la prévention du VIH ainsi que l'augmentation de la prise et de l'observance du traitement VIH. Au Kenya, au Lesotho et au Malawi, les transferts

financiers bimensuels pour les programmes concernant les orphelins et les enfants vulnérables avaient atteint 145 000 ménages à fin 2012. Au Lesotho, 10 000 ménages supplémentaires parmi les plus pauvres, ayant à leur charge plus de 27 000 enfants ont bénéficié également de transferts financiers et au Malawi, 125 000 ménages sont couverts par des programmes de ce type jusqu'à fin 2016.

199. En Afrique du Sud, l'Institut de recherche sur les politiques économiques a été mandaté pour faire le point sur les données factuelles concernant le VIH et la protection sociale. Il analyse actuellement dans quelle mesure les ménages affectés par le VIH sont couverts par une large gamme de programmes de protection sociale. D'autres actions ont été entreprises également afin de réunir des données pour mieux comprendre comment la protection sociale réduit les risques d'infection par le VIH et de transmission du virus et améliore la prise et l'observance du traitement VIH.
200. Les études menées sur les obstacles à l'accès et à l'adoption des modèles de protection sociale pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ont entraîné des changements de politique en Chine et en Indonésie. Le gouvernement chinois a émis un décret national d'interdiction du refus de l'accès aux services de santé aux personnes vivant avec le VIH et le gouvernement Indonésien a pris l'engagement d'intégrer la couverture des personnes vivant avec le VIH au programme national de santé du pays qui entrera en vigueur en 2014.

La Banque mondiale a financé à hauteur de 1,2 milliard de dollars US la protection sociale dans la région Afrique, y compris les transferts sociaux tenant compte du VIH. Les gouvernements et les organismes régionaux – dont le Forum pour la protection sociale de l'Union africaine – continuant de soutenir et de financer les programmes de protection sociale, ce montant devrait s'accroître.

201. Le Programme commun a organisé toute une série d'événements sur la protection sociale tenant compte du VIH lors de l'édition 2012 de la Conférence mondiale sur le sida, dont un symposium sur le VIH et la protection sociale et des sessions satellites en partenariat avec l'Université d'Harvard sur le VIH dans les situations d'urgence et l'évaluation des besoins, le conseil et l'appui en matière de nutrition.
202. Plusieurs réunions et initiatives sur la protection sociale tenant compte du VIH en Asie du Sud-Est et en Afrique du Sud ont été organisées, amenant les pays de ces régions à prendre l'engagement de se conformer à l'agenda de la protection sociale. D'autres initiatives essentielles ont été prises comme la mise en place de centres tout-en-un de services de protection sociale au Cambodge et en Indonésie afin de garantir que les services intégrés de génération de revenus, de santé et d'emploi atteignent les personnes vivant avec le VIH et les groupes de populations clés, qui en général sont exclus des programmes de protection sociale existants.

Enjeux et problèmes

203. En raison du retard pris dans l'intensification des programmes de traitement efficaces dans certains pays, le nombre d'orphelins du sida continuera d'augmenter, notamment au Mozambique et au Nigéria, impliquant alors la mise en œuvre de programmes de protection sociale d'envergure afin de répondre aux besoins de cette population de plus en plus nombreuse. Des efforts supplémentaires d'ajustement des programmes de protection sociale pour encourager le recours aux services de prévention et de traitement du VIH seront particulièrement nécessaires afin de prévenir les nouvelles infections, d'augmenter

la productivité et la résilience des personnes et des communautés et de réduire l'impact du VIH.

204. Les personnes ayant besoin des programmes de protection sociale comme les personnes vivant avec le VIH, les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en sont délibérément exclus en raison bien souvent de critères de ciblage selon lesquels ces populations bénéficient d'autres programmes ou ne répondent pas aux conditions des programmes de protection sociale existants.

205. L'interdépendance des programmes de protection sociale, de soins et d'appui dans le cadre de la réduction de la pauvreté à travers la riposte au sida doit être étroitement appréhendée afin de garantir l'efficacité de ces programmes de telle sorte que le VIH soit délibérément intégré aux programmes de protection sociale et qu'inversement la protection sociale soit délibérément intégrée aux programmes VIH. Des travaux antérieurs du Programme commun ont mis en évidence la nécessité de mener des actions conjointes sur le VIH et la protection sociale dans certains pays afin d'obtenir des résultats tangibles en matière de prévention des nouvelles infections et d'accélération des progrès dans l'accès et l'adhésion au traitement VIH.

206. L'intense travail nécessaire pour garantir l'efficacité des programmes de protection sociale exige un soutien des capacités délibéré de la part des ministères des affaires sociales et des finances et des autres instances gouvernementales responsables de la mise en oeuvre des programmes de protection sociale de façon à obtenir des résultats satisfaisants dans tous les domaines et en particulier dans celui du VIH.

207. Les approches fondées sur des données probantes en matière de protection sociale, de soins et d'appui doivent se refléter dans l'approche d'investissement adoptée dans le cadre de la riposte au sida, avec notamment un soutien de la prise en charge et de l'appui aux niveaux communautaire et familial, des soins palliatifs, un soutien psychosocial et un soutien économique.

Stratégies

208. Les priorités en matière de protection sociale pour 2013 sont notamment de finaliser le recueil de données probantes sur le rôle de la protection sociale dans la riposte au sida et de l'harmonisation de l'appui aux régions et aux pays intensifiant leurs programmes de protection sociale notamment dans le cadre du Socle de protection sociale.

209. Les autres principales priorités de 2013 consistent à lier la protection sociale au renforcement de la couverture de santé universelle et à identifier les moyens de soutenir le nouvel engagement du Fonds mondial et du PEPFAR en faveur de la protection sociale dans la riposte au sida.

210. Figurent également au rang des priorités la collaboration avec les leaders politiques et les institutions politiques régionales telles que l'Union Africaine afin d'augmenter la demande de programmes de protection sociale incluant des initiatives spécifiques au VIH (par exemple la couverture de santé universelle pour tous, y compris les personnes vivant avec le VIH) ainsi que les efforts de réduction de l'impact du VIH sur les populations marginalisées telles que les personnes vivant avec le VIH et les orphelins et les enfants vulnérables.

211. Il est prévu d'améliorer le suivi de la riposte en termes de protection sociale, de soins et d'appui, via notamment un examen de l'Indice composite des politiques nationales et des indicateurs actuels concernant les soins et l'appui afin de s'assurer qu'ils mesurent bien le degré d'intensification des politiques et des programmes à l'échelle nationale et internationale.
212. Enfin, au cours de 2013, toute une série de présentations et d'événements auront lieu à l'échelle du Secrétariat afin de mieux maîtriser les questions de protection sociale et une note d'orientation sera publiée sur ce sujet.

Myanmar**LE MYANMAR SE CONCENTRE SUR SES POPULATIONS CLÉS****Dépenses VIH des NU en 2012****10 267 132 \$US****Fonds de base et hors budget de base de l'UBRAF****Membres de l'Equipe conjointe des NU** : FAO, OIT, Secrétariat, PNUD, UNESCO, UNFPA, HCR, UNICEF, UNODC, UNOPS, PAM et **OMS [22 membres]****Type d'épidémie** : concentrée/dimension géopolitique**Principaux modes de transmission** : HSH, consommation de drogues injectables, professionnelles du sexe et leurs clients ; femmes à faible risque

Le Myanmar continue d'axer sa riposte au sida sur la prévention de la transmission du VIH parmi les populations clés les plus exposées, en particulier les professionnelles du sexe et leurs partenaires, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables, et intensifie le traitement pour toucher toutes les personnes qui en ont besoin et éviter les décès liés au sida.

Les Nations Unies ont appuyé ces efforts. Les activités conjointes avec l'UNFPA, l'UNESCO et l'OMS ont permis d'améliorer la capacité du pays à assurer des services liés au VIH et à la santé reproductive ciblant les professionnelles du sexe, et surtout les plus jeunes d'entre elles. L'UNFPA a également contribué à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies de prévention à assise communautaire pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenre, et a conseillé le gouvernement pour l'intensification de l'accès aux services, au terme d'un examen exhaustif des services liés au VIH pour ces populations conduit par le PNUD dans cinq villes.

L'ONUDC est à l'origine d'un examen de la législation du Myanmar sur les stupéfiants en vue d'intégrer des principes de réduction des risques et de promouvoir un environnement propice à la prévention du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables qui présentent les taux d'infection les plus élevés. Cette organisation a travaillé en partenariat avec le Programme national de lutte contre le sida, le Centre de traitement de la dépendance aux drogues et le Comité central pour la lutte contre l'abus de drogues du Myanmar afin d'organiser une action de plaidoyer dans l'État de Kachin, en vue d'harmoniser les projets de réduction des risques avec une campagne du gouvernement local pour supprimer le trafic de drogue, une des activités liées à la drogue qui touchent les migrants venus des zones minières et préoccupent de plus en plus les communautés concernées. Le recours à la thérapie de substitution aux opiacés a été étendu, avec l'aide de l'OMS, de l'ONUDC et du Secrétariat qui ont soutenu l'élaboration de nouvelles directives pour le traitement à la méthadone et le traitement de la dépendance aux drogues au Myanmar.

Fin 2011, quelque 40 000 adultes et enfants recevaient un traitement antirétroviral au Myanmar mais la couverture de 32 % reste très insuffisante, ce qui entraîne de nombreux décès liés au sida. Les principaux freins à une meilleure couverture du traitement dans le secteur public sont les contraintes financières et par conséquent la disponibilité limitée d'antirétroviraux et d'autres produits mais aussi une pénurie de personnel à tous les niveaux pour intensifier la fourniture de services. Les orientations normatives concernant le recours aux antirétroviraux et à la PTME ont été révisées avec le soutien de l'OMS pour atteindre une couverture du traitement de 80 % d'ici fin 2015. Les services sont actuellement décentralisés pour élargir l'accès au dépistage et au traitement. L'extension en cours des activités collaboratives contre la co-infection VIH-tuberculose devrait les rendre disponibles dans 300 cantons (townships) au lieu de 18 actuellement. Une évaluation des services de traitement antirétroviral soutenue par le Secrétariat et l'OMS étaiera l'ambitieux plan d'intensification du traitement du Myanmar. Le PAM a fourni une aide alimentaire aux personnes vivant avec le VIH pour promouvoir une observance efficace du traitement, améliorer les résultats du traitement et atténuer les effets du VIH sur les individus et les familles.

L'UNICEF, l'OMS et l'UNFPA ont contribué à renforcer les liens entre la santé maternelle et infantile et les services de PTME dans sept sites pilotes, au moyen du renforcement des capacités, de la fourniture de produits et d'un soutien logistique. Résultat, le dépistage du VIH a augmenté chez les patients des dispensaires prénatals et un pourcentage accru de femmes enceintes séropositives bénéficient d'une prophylaxie pour prévenir la transmission.

Des mesures concrètes ont été prises pour améliorer l'information stratégique en vue de mieux comprendre l'épidémie et de cibler les interventions de manière adéquate. La surveillance et les systèmes d'estimation de la taille des populations ont été évalués avec le soutien du Secrétariat et de l'OMS, et un plan de renforcement des systèmes sur cinq ans a été élaboré. Des recherches axées sur des thèmes clés sont en cours. Le PNUD finance une étude sur l'impact socio-économique du VIH et l'UNFPA en subventionne une sur la violence qui affecte les professionnelles du sexe. Les résultats de ces recherches favoriseront le renforcement de la riposte au VIH et au sida du Myanmar et permettront au pays de se rapprocher plus vite des objectifs mondiaux concernant le sida.

E. AVANCER DANS LE DOMAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DE L'EGALITE DES SEXES DANS LE CADRE DE LA RIPOSTE AU SIDA






Objectif : éliminer la stigmatisation et la discrimination et soutenir les environnements juridiques habilitants pour les personnes vivant avec le VIH et celles affectées par le virus



Objectif : Eliminer d'ici 2015 les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH

Tendances et indicateurs importants

Les pays font état d'un éventail de plus en plus large d'initiatives et de programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et de soutien des environnements juridiques habilitants, avec un nombre croissant de coalitions nationales encourageant ces initiatives. Les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH ont été levées dans trois pays (République de Corée, République de Moldavie et Mongolie) mais restent encore en vigueur dans 44 pays, territoires et zones.

Etat	Données
	62 % des pays où l'ONUSIDA est présent font état de l'existence de coalitions nationales plaidant en faveur de la levée des obstacles juridiques à la prévention, au traitement, au soins et à l'appui en matière de VIH pour une au moins des populations clés.
	Le pourcentage de pays (où l'ONUSIDA est présent) signalant l'existence de services de soutien juridique pour les personnes vivant avec le VIH sous la forme de : (a) systèmes/services d'aide juridique pour l'assistance sociale liée au VIH et (b) entreprises juridiques du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit pour les personnes vivant avec le VIH, est passé respectivement de 50 % à 66 % et de 45 % à 62 % entre 2010 et 2012.
	Le nombre de pays imposant des restrictions au voyage liées au VIH a diminué entre 2011 et 2012, passant de 48 à 45.

Progrès accomplis

218. En 2012, le Programme commun a continué d'établir des normes, de mener des actions de plaidoyer et de soutenir des programmes afin de promouvoir des ripostes au sida respectueuses des droits de l'homme et fondées sur des données probantes dans le but de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et de soutenir les environnements juridiques habilitants.

Droits de l'homme et environnements juridiques habilitants dans le contexte du VIH

219. En 2012, la [Commission mondiale sur le VIH et le droit](#), dirigée par le PNUD et soutenue par le Secrétariat de l'ONUSIDA a conclu ses travaux (sept consultations régionales entre les gouvernements et les populations affectées, réception de plus de 700 propositions sur l'impact de la loi sur le VIH et contribution d'experts à 18 [documents de travail](#) et à [une sélection de bibliographies](#)) et a [présenté son rapport et ses recommandations](#). Des représentants des autorités du Botswana, du Ghana, du Kenya, du Lesotho, du Mozambique, de Namibie, du Nigéria, des Seychelles, d'Afrique du Sud, du Swaziland, d'Ouganda, de la République-Unie de

Tanzanie, de la Zambie et du Zimbabwe ont demandé l'appui du PNUD afin de suivre les recommandations de la Commission mondiale.

220. Dans l'ensemble, suivant les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, le PNUD, en collaboration avec les Coparrainants, le Secrétariat, les gouvernements et la société civile, a soutenu l'action sur le VIH et l'environnement juridique dans 73 pays, dont 31 pays à fort impact. Le PNUD a également aidé les parties prenantes à entreprendre une évaluation de l'environnement juridique en relation avec la riposte au VIH dans 51 pays, dont 18 pays à fort impact.
221. Suivant également les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit et avec le soutien du PNUD et du Secrétariat de l'ONUSIDA, l'Argentine a voté une loi reconnaissant le droit des personnes transgenre à changer le nom et le sexe inscrits sur leur carte d'identité et d'autres documents sans avoir à se soumettre préalablement à un diagnostic psychiatrique ou à subir une opération chirurgicale. La loi impose également aux médecins des secteurs public et privé de prescrire un traitement hormonal ou une chirurgie de réassignation de sexe gratuits aux personnes qui le souhaitent, y compris celles âgées de moins de 18 ans.
222. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a apporté un soutien technique et financier à l'élaboration de la loi 2012 de la Communauté d'Afrique de l'Est sur la gestion et la prévention du VIH et du sida. Cette législation régionale vise à réglementer des ripostes efficaces au VIH dans cinq pays de la Communauté d'Afrique de l'Est (Burundi, Kenya, Rwanda, Ouganda et la République-Unie de Tanzanie). La loi a été adoptée par l'Assemblée législative d'Afrique de l'Est en avril 2012. Avec le soutien du PNUD, de l'ONUSIDA et d'autres partenaires, le Kenya est le premier pays de la Communauté d'Afrique de l'Est à avoir adopté la nouvelle loi, qui sera inscrite dans le droit des pays de la Communauté après son adoption par tous les pays qui la composent.
223. En 2012, le Secrétariat de l'ONUSIDA a continué d'apporter son soutien au Comité de protection des droits des personnes vivant avec le VIH, des personnes à risques et des personnes vulnérables et affectées par le virus mis en place par la Commission africaine sur les droits de l'homme et des peuples, principal organe de défense des droits de l'homme au sein de l'Union Africaine. En 2012, le Comité a effectué sa première visite de pays au Kenya. A l'issue de la participation en continu de l'ONUSIDA, en octobre 2012, la Commission africaine sur les droits de l'homme et des peuples a adopté son [premier commentaire général](#) qui clarifie les dispositions de l'Article 14 du Protocole des droits des femmes africaines, améliorant ainsi le droit des femmes à la confidentialité et à l'autonomie dans le contexte du VIH.
224. Dans le courant de 2012, le Secrétariat de l'ONUSIDA a émis des commentaires officiels sur les projets de lois homophobes qui auraient entre autres un impact négatif sur les ripostes nationales au sida. Le Secrétariat est également intervenu à plusieurs reprises lorsque des menaces ont été proférées à l'encontre des défenseurs des droits de l'homme et des personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles et transgenre vivant avec le VIH. Le HCR a publié ses [Principes directeurs sur la protection internationale n°9](#) couvrant les demandes de reconnaissance du statut de réfugié relatives à l'orientation sexuelle et/ou à l'identité de genre. L'UNESCO a publié deux nouveaux recueils dans sa série Politiques rationnelles et bonnes pratiques en matière d'éducation au VIH et à la santé : [Egalité homme-femme, VIH et éducation](#) (en anglais uniquement) et [Réponses du secteur de l'éducation au harcèlement homophobe](#), qui a été traduit

également en espagnol. En partenariat avec le PNUD, l'UNESCO soutient une étude multi-pays lancée en 2012 sur la prévalence du harcèlement homophobe au Chili, au Guatemala et au Pérou.

225. Le Secrétariat et le PNUD ont apporté conjointement un soutien politique et consultatif à plusieurs pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique Centrale pour les aider à réformer leur législation spécifique au VIH et à faciliter l'accès aux services VIH et à la justice pour les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés. Au sein de la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), le Secrétariat et le PNUD ont fourni des conseils aux parlementaires, à la Haute cour de justice de la CEDEAO, aux membres de la magistrature et aux partenaires de la société civile afin d'améliorer leur implication dans la riposte au VIH. Ils ont soutenu la création de plates-formes nationales sur le VIH, la législation et les droits de l'homme dans quatre pays de la région (Ghana, Liberia, Mali et Sénégal) dans le but d'améliorer l'environnement juridique pour les populations clés affectées par le VIH. Avec l'aide de l'Open Society Initiative for West Africa et d'Enda Santé, le Secrétariat a soutenu un travail de cartographie des obstacles légaux à la réalisation de l'accès universel pour les populations clés, dont les femmes et les filles, les professionnel(le)s du sexe, les personnes handicapées, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les détenu(e)s.

226. Le PNUD et le Secrétariat sont également parvenus à renforcer l'implication des hauts représentants gouvernementaux de la République de Moldavie et de l'Ukraine dans l'application des lois et des politiques nationales sur le VIH.

227. Le PNUD, l'UNFPA et le Secrétariat ont réalisé [une analyse portant sur le travail du sexe et le droit en Asie et dans le Pacifique](#) et organisé un dialogue régional sur le trafic d'êtres humains, le travail du sexe et le VIH (Groupe de travail régional des Nations Unies sur le VIH et le travail du sexe). L'UNFPA et le Secrétariat ont présenté une [requête formelle](#) devant la Cour constitutionnelle du Pérou visant à modifier un article de son code pénal qui, depuis de nombreuses années, sanctionne les rapports sexuels entre jeunes gens consentants.

L'UNICEF, en collaboration avec l'Union des personnes vivant avec le VIH en Europe orientale et en Asie centrale, a formé plus de 160 adolescents vivant avec le VIH au Belarus, au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Russie, en Ukraine et en Ouzbékistan afin de leur permettre de défendre leurs droits et de maîtriser les questions qui les concernent.

228. Deux examens juridiques des lois entravant l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive ont été menés au Belize et en Jamaïque. 25 magistrats, avocats et professeurs de droit de 13 pays des Caraïbes ont reçu une formation sur les normes de l'OIT, notamment sur la recommandation (n° 200) de l'OIT concernant le VIH et le sida et le monde du travail. L'UNFPA a accueilli un séminaire de plaidoyer et de renforcement des capacités pour l'accès universel sur l'impact des obstacles structurels. Il a été suivi par 45 hauts responsables des ministères de la justice, de l'intérieur, de l'éducation et de la santé de 10 pays des Caraïbes. Des actions de plaidoyer ont été menées auprès des ministères de la santé et de l'éducation du Belize afin de faire évoluer la politique, la législation et les protocoles existants dans le but de protéger les jeunes gens, les professionnel(le)s du sexe et les autres populations clés.

Le groupe de travail interinstitutions régional sur le VIH dans le contexte de l'aide humanitaire dirigé par le HCR en collaboration avec l'UNICEF et le PAM s'est fortement impliqué dans le plaidoyer, l'analyse et la formation sur le VIH dans ce contexte. Les efforts ont porté sur la planification de l'aide d'urgence pour le VIH avec l'intégration du VIH aux plans de préparation et de réponse aux situations d'urgence pour trois pays.

Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH

229. L'ONUSIDA a organisé une session thématique d'une journée sur la non-discrimination et le VIH lors de la réunion de son Conseil de coordination du programme en décembre 2012. La session a porté sur l'extension des programmes concrets de réduction de la discrimination liée au VIH aux ripostes nationales au sida et sur l'élargissement des partenariats avec les personnes vivant avec le VIH afin de les placer au coeur des efforts déployés pour réduire la stigmatisation liée au VIH.
230. Afin de réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, l'ONUSIDA a soutenu le déploiement dans 75 pays de l'**Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, accompagné des rapports finaux émanant de plus de 40 pays**. En 2012, le Secrétariat de l'ONUSIDA a soutenu l'élaboration d'un indicateur amélioré pour mesurer la stigmatisation liée au VIH au sein des communautés. Il a également soutenu le développement d'un outil plus performant pour mesurer la stigmatisation liée au VIH dans les établissements de soins.
231. L'ONUSIDA a identifié sept programmes liés à la défense des droits de l'homme dans le contexte du VIH, en tant que programmes proprement dits et que catalyseurs essentiels du Cadre d'investissement. Le Secrétariat a publié une note d'orientation sur les [Programmes fondamentaux pour réduire la stigmatisation et la discrimination et élargir l'accès à la justice dans le cadre des ripostes nationales au VIH](#) et produit un nouvel outil d'estimation des coûts des droits de l'homme qui facilite l'évaluation financière, la demande de financement et la gestion de tels programmes. Le Secrétariat a soutenu quatre ateliers régionaux et leurs planificateurs nationaux pour le VIH afin d'intégrer ces programmes et cet outil aux ripostes nationales au sida. En soutien à ces programmes et à l'objectif plus large en matière de droits de l'homme fixé par le Plan stratégique du Fonds mondial, le PNUD, le Secrétariat et l'OMS ont collaboré avec le Fonds mondial afin d'élaborer un plan de mise en oeuvre des questions et des programmes liés aux droits de l'homme dans le nouveau modèle de financement.
232. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, avec l'aide de GBC Health, a incité plus de 40 dirigeants d'entreprises mondiales à signer une [pétition](#) contre les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH. Il a également soutenu la levée des restrictions de voyage en République de Corée, en République de Moldavie et en Mongolie.
233. Les dialogues nationaux organisés par l'OIT ont engendré l'élaboration de 16 politiques nationales et 21 politiques sectorielles de lutte contre le VIH et le sida sur le lieu de travail.
234. L'UNESCO a collaboré avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'Organisation Panaméricaine de la santé et les ONG Vivo Positivo et Asosida afin de créer un indice de stigmatisation et de discrimination et de réaliser une étude sur les facteurs qui entravent ou au contraire facilitent l'accès des hommes ayant des

rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenre aux services de santé.

L'ONUSIDA s'est associée à l'Alliance œcuménique « agir ensemble », au GNP+ et au Réseau international des hauts responsables religieux vivant avec ou personnellement affectés par le VIH et le sida (INERELA+) afin d'élaborer et de piloter un cadre de dialogue entre les responsables religieux et des réseaux des personnes vivant avec le VIH en vue d'améliorer la communication et la compréhension entre les groupes confessionnels, les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés.

Enjeux et problèmes

235. Malgré le grand nombre de normes internationales portant sur le VIH, les droits de l'homme et le droit en général, il reste à relever le défi de taille qui consiste à les traduire sur le terrain en réduction de la stigmatisation et de la discrimination, en lois protectrices et application du droit et en un élargissement de l'accès à la justice au niveau des pays.

236. Les lois anti-discrimination susceptibles de protéger les personnes vivant avec le VIH ne sont pas suffisamment appliquées et les populations clés telles que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenre continuent d'être criminalisées dans un grand nombre de pays, ce qui affecte considérablement leur capacité à accéder aux produits et aux services liés au VIH. La violence policière à l'encontre des populations clés est souvent citée comme étant pour elles un des plus gros problèmes auxquelles elles sont confrontées. Dans certains pays comme le Ghana, le Mozambique, la Thaïlande et le Zimbabwe, la police a au contraire une attitude positive, défendant les droits humains des populations clés dans le contexte du VIH au lieu de les bafouer. Mais bon nombre de pays ont encore des lois qui discriminent ouvertement les femmes et augmentent leur vulnérabilité au VIH.

237. Il faut renforcer les capacités et l'engagement des institutions nationales de défense des droits de l'homme et des institutions juridiques (institutions nationales de défense des droits de l'homme, commissions des lois, écoles de la magistrature, tribunaux), ainsi qu'au sein des équipes des Nations Unies dans les pays afin de traiter les questions difficiles que soulève la riposte au sida sur le plan juridique et sur celui des droits de l'homme.

238. Dans plusieurs pays, la pérennité de la riposte au VIH est sapée par le niveau insuffisant de financement national et international des groupes de la société civile qui oeuvrent au soutien de la mobilisation des communautés et à la défense des droits de l'homme dans le contexte du VIH, carence à laquelle viennent souvent s'ajouter des obstacles juridiques et politiques à la création et au fonctionnement de réseaux de populations clés. Les cadres légaux, les politiques et les pratiques punitifs ainsi que la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés alimentent l'épidémie de VIH et restent une problématique majeure qui entrave des ripostes au VIH efficaces et respectueuses des droits.

Stratégies

239. Le PNUD, en partenariat avec les parties prenantes, continuera de soutenir le dialogue et l'examen de l'environnement juridique du VIH au niveau national afin

d'accélérer les réformes législatives dans ce domaine et de mener à bien l'action au niveau des pays. L'UNODC procédera à un examen des lois sur le contrôle des stupéfiants et sur celles concernant le VIH et l'environnement carcéral.

240. Le Secrétariat appuiera le renforcement de la collaboration entre les régions Asie-Pacifique et MOAN et apportera un financement initial pour soutenir les coalitions au niveau des pays, en vue de la levée des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH. Il assurera également le déploiement de l'outil d'estimation des coûts des droits de l'homme et du VIH afin de mieux mesurer les besoins de financement des programmes de défense des droits de l'homme et d'en faire des catalyseurs stratégiques des ripostes nationales.

241. Le Secrétariat, en collaboration avec GNP+, continuera de soutenir le déploiement de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, en centrant son action sur le renforcement des capacités quant à la façon d'exploiter les données factuelles pour faire évoluer les politiques.

242. D'autres outils seront développés, notamment la note d'orientation du PNUD sur les *Ripostes nationales complètes à la stigmatisation liée au VIH* et les nouveaux indicateurs permettant de mesurer la stigmatisation au sein des communautés et dans les établissements de soins. L'UNFPA se penchera sur la stigmatisation à l'encontre des professionnel(le)s du sexe tandis que l'UNESCO s'emploiera à réduire le harcèlement lié à l'homophobie et la transphobie en milieu scolaire, en mesurant l'impact des attitudes stigmatisantes, en particulier celles à l'encontre des jeunes vivant avec le VIH et des populations clés.

243. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et le PNUD continueront de collaborer étroitement autour des questions liées aux droits de l'homme soulevées par le déploiement du nouveau modèle de financement du Fonds mondial.

Ukraine

UNE RIPOSTE NATIONALE VIGOUREUSE POUR RÉDUIRE LA CHARGE DE MORBIDITÉ DU VIH

Dépenses VIH des NU en 2012

2 767 084 \$US

Fonds de base et hors budget de base de l'UBRAF

Membres de l'Equipe conjointe des NU : OIT, Secrétariat, PNUD, UNFPA, UNICEF et OMS

[20 membres]

Type d'épidémie : concentrée / dimension géopolitique

Principaux modes de transmission :

consommation de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et leurs clients, partenaires hétérosexuels multiples

L'Ukraine est le pays d'Europe orientale où sévit l'épidémie de VIH la plus grave, qui d'après les estimations toucherait 230 000 personnes. La consommation de drogues injectables reste le principal facteur d'infection et la prévalence s'élève à 21,5 % dans cette population clé. Mais le pays réagit avec vigueur pour réduire la charge de morbidité du VIH ; en octobre 2012, il a été félicité par une délégation du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA pour le solide engagement de la société civile. L'ONUSIDA, en particulier, soutient l'adoption d'une approche intégrée des problèmes liés à la consommation de drogues et au VIH. Cette organisation a conduit une évaluation du volet du Programme national de lutte contre le sida spécifique au milieu carcéral, et le programme pour la période 2014-2018 s'appuiera sur ses recommandations pour améliorer les services destinés aux consommateurs de drogues injectables et aux détenus. L'ONUSIDA a également conseillé le service de contrôle des drogues ukrainien dans la préparation de la stratégie nationale antidrogue, pour élaborer des interventions de prévention du VIH auprès des consommateurs de drogues injectables fondées sur des données probantes et pour soutenir la formation en matière de renforcement des capacités, de suivi et d'évaluation au niveau national.

L'Ukraine s'est efforcée d'accroître les services liés au VIH pour les jeunes, s'alignant ainsi sur l'objectif des Nations Unies qui veut axer la riposte mondiale sur ce groupe de population. L'UNICEF a soutenu des programmes de formation en vue de proposer des services liés au VIH conviviaux et non discriminatoires aux populations les plus exposées au risque d'infection, à savoir les adolescents, a revu les politiques et les lois freinant l'accès des adolescents les plus exposés au conseil et au dépistage du VIH, et a renforcé la base de connaissances sur ce groupe en partageant les résultats de ses recherches avec le ministère de la Santé. L'UNFPA a soutenu la formation de prestataires de services médicaux et sociaux à Odessa et Mykolaïv selon des approches adaptées aux jeunes pour fournir des services liés au VIH et aux infections sexuellement transmissibles (IST), a élaboré 36 programmes télévisés courts sur la prévention du VIH et des IST et s'est associée au programme « Grandir en bonne santé » destiné aux jeunes de 14 à 17 ans qui intègre l'éducation à la santé reproductive, au VIH et aux IST au concept plus large de styles de vie sains.

Plusieurs institutions des Nations Unies se sont également associées aux efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. L'OIT a élaboré un cadre pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans le secteur de la santé. Le PNUD a soutenu la formation de 126 procureurs à la législation sur le VIH et aux approches respectueuses des droits de l'homme et a instauré un dialogue national sur le VIH et le droit qui a contribué à l'amélioration de la législation nationale et des lois associées en matière de sida. L'UNESCO a fourni un cadre aux établissements d'enseignement pour protéger de la discrimination les apprenants et les travailleurs séropositifs et affectés par le VIH.

L'un des domaines où les progrès pourraient être accélérés est celui de l'égalité des sexes. Une étude de la Banque mondiale de 2012 suggère que le genre peut entraver l'accès aux services, en particulier pour les consommatrices de drogues injectables ; en effet, de nombreux services liés au VIH et destinés aux consommateurs de drogues injectables (désintoxication, dépistage et prise en charge de la dépendance) ciblent principalement les hommes. Le Secrétariat, le PNUD et d'autres institutions des Nations Unies ont fourni un appui technique à la rédaction de la stratégie VIH et genre qui doit être intégrée au plan national de lutte contre le sida 2014–2018.

Besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH et violence sexiste



Objectif : éliminer les inégalités entre les sexes et les violences et abus sexuels et renforcer la capacité des femmes et des filles à se protéger contre le VIH

Tendances et indicateurs importants

Un nombre croissant de pays intègrent des questions relatives au genre, aux femmes et au VIH dans leurs stratégies et leurs plans opérationnels nationaux, mais la participation des femmes vivant avec le VIH aux processus et aux mécanismes formels de planification et d'examen demeure faible. Depuis 2010, les pays disposant de lois contre la violence sexiste ont doublé. La disponibilité des données sur la violence sexiste et le VIH s'est accrue et les messages de sensibilisation de l'opinion publique se sont multipliés

Etat	Données
	Le pourcentage de pays ayant mis en place une politique, une loi ou une réglementation afin de réduire la violence à l'encontre des femmes et des hommes, dont les agressions sexuelles, a augmenté entre 2010 et 2012, passant de 38 % à 77 %.
	Le pourcentage de pays ayant mis en œuvre une stratégie d'information, d'éducation et de communication sur le VIH pour la population générale avec notamment des messages appelant à combattre la violence à l'encontre des femmes, a augmenté entre 2009 et 2011, passant de 74 % à 80 % .
	Le pourcentage de pays recueillant et publiant les données nationales sur les liens entre violence sexiste et VIH a augmenté entre 2010-2012, passant de 16 % à 27 %.
	Le pourcentage de pays où les femmes vivant avec le VIH prennent part au mécanisme formel de planification et d'examen de la riposte nationale au VIH a diminué entre 2010 et 2012, passant de 66 % à 61 %.

244. L'Agenda de l'ONUSIDA pour les femmes et les filles est le document d'orientation qui guide l'action de l'ONUSIDA en ce qui concerne les femmes, les filles et l'égalité des sexes. Il a été élaboré et est mis en oeuvre avec la participation de différents militants de la cause des femmes au niveau national et international, en particulier les femmes vivant avec le VIH. Une feuille de résultats sur l'égalité des sexes indique où en sont les pays dans la mise en oeuvre de [l'Agenda pour une Action Accélérée au Niveau des Pays en Faveur des Femmes, des filles et de l'Égalité des Sexes et du VIH](#).

245. [L'Examen à mi-parcours de l'Agenda de l'ONUSIDA pour les femmes et les filles](#) a montré que depuis le lancement de l'Agenda en 2011, un grand nombre de pays ont accéléré leur action en faveur des femmes, des filles, de l'égalité des sexes et du VIH, ce qui a donné lieu à des progrès dans 60 % des 80 pays ayant lancé l'Agenda, notamment sur le plan de la traduction des engagements politiques en actions intensifiées, avec en particulier des avancées notables dans les pays à fort impact. Cet examen, qui a été présenté au Conseil de coordination du programme en décembre 2012, a associé des représentants des communautés de femmes vivant avec le VIH et des militants de la cause des femmes en tant que membres du groupe de référence qui a supervisé le processus, ainsi que des répondeurs clés qui ont apporté leur contribution aux résultats de l'examen.

246. Le Conseil de coordination du programme a pris note du rapport et a apprécié les progrès réalisés par les parties prenantes dans la mise en oeuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA pour les femmes et les filles, en particulier sur le plan de l'engagement politique, du renforcement de la prise en compte des questions sexospécifiques dans les ripostes au sida et de l'implication concrète des femmes, des filles et des autres parties prenantes. L'examen a montré que l'accélération des efforts des pays s'est traduit par un renforcement de l'égalité des sexes dans les ripostes au sida de près de deux tiers des pays. Sur les 80 pays ayant officiellement lancé l'Agenda, tous sauf 8 ont intégré des politiques VIH au plan d'action des ministères chargés de la condition féminine.
247. Parmi les pays qui ont choisi de mettre en oeuvre l'Agenda, 90 % ont lancé des actions afin de mieux connaître l'épidémie, son contexte et leur riposte à l'échelle nationale. D'après les indicateurs de l'UBRAF pour lesquels des progrès ont été enregistrés, 76 % des pays rendant compte de leur action intègrent un volet sur les femmes dans leur stratégie multisectorielle de lutte contre le VIH. Toutefois, 38 % des pays rendant compte de leur action ont inclus un volet budgétaire pour la question des femmes dans leur stratégie. Le VIH a été plus souvent inclus dans les plans et les budgets des entités gouvernementales chargées de la condition féminine.
248. Afin d'intensifier l'action systématique pour faire avancer les ripostes nationales, le Secrétariat en collaboration avec les Nations Unies, des partenaires bilatéraux et des représentants de la société civile, a élaboré et piloté un outil d'évaluation de la place faite aux femmes dans les ripostes nationales au sida et a aidé cinq pays à procéder à cette évaluation et à en exploiter les résultats.
249. Le rapport de l'ONUSIDA intitulé [Les femmes s'expriment](#) étudie l'impact du VIH chez les femmes et le rôle majeur joué par les femmes qui vivent avec le virus dans l'éradication du sida. Ce rapport présente les données les plus récentes ainsi que les commentaires de militants de premier plan sur les sujets des femmes et du VIH. Il inclut les déclarations de près de 30 femmes vivant avec le VIH qui ont donné leur avis personnel sur la manière dont l'épidémie affecte les femmes et dont ces dernières œuvrent activement pour réduire la propagation et l'impact du sida.
250. Avec l'appui de l'Union européenne et en collaboration avec un large éventail de partenaires, ONU Femmes a soutenu le Cambodge, la Jamaïque et la Papouasie-Nouvelle - Guinée dans leur effort d'intégration de l'égalité des sexes et des droits de l'homme à la gouvernance de leur riposte au sida. La présence de conseillers pour les questions sexospécifiques mandatés par ONU Femmes au sein de l'instance de coordination nationale cambodgienne de lutte contre le sida a permis de renforcer la volonté politique en matière d'égalité des sexes et de droits de l'homme, d'améliorer la capacité de cette instance à intégrer l'égalité des sexes aux ripostes nationales et à garantir l'intégration et la participation des réseaux de femmes vivant avec le VIH aux processus de planification et d'élaboration des politiques du pays.
251. Malgré une plus grande prise en compte du VIH dans les plans et les budgets des entités gouvernementales chargées de la condition des femmes et de l'égalité des sexes, on a constaté une baisse de la participation des réseaux des femmes vivant avec le VIH aux mécanismes formels de planification et d'examen de la riposte au sida. Toutefois, les efforts en faveur d'une participation significative se poursuivent. Les équipes conjointes des Nations Unies sur le sida dans 57 pays ont soutenu le renforcement des capacités

nationales des organisations et des réseaux de la société civile à promouvoir l'égalité des sexes, avec notamment l'implication des hommes et des garçons dans ce domaine.

252. Le PNUD et l'UNFPA ont soutenu les réseaux MenEngage dans 11 pays africains. Une analyse de l'égalité des sexes au Brésil, au Chili et au Mexique a engendré un renforcement des capacités et une augmentation significative des ressources de plaidoyer, en incluant les hommes dans la promotion de l'égalité des sexes et en abordant la question de la violence sexiste dans la politique nationale de lutte contre le VIH. Le PNUD a également soutenu la capacité de leadership des femmes vivant avec le VIH et des populations clés au Belize, en Bolivie, en Equateur, à la Grenade, au Honduras, au Nicaragua, au Panama, au Pérou et au Venezuela. Le PNUD a également fourni une assistance technique aux Bahamas, au Belize et à la Grenade pour aider ces pays à intégrer l'égalité des sexes à leurs stratégies, politiques et programmes nationaux de lutte contre le VIH.
253. Un nombre croissant de pays ont lié les services VIH à ceux en matière de santé sexuelle et reproductive : c'est le cas de 79 % des 80 pays qui ont officiellement lancé l'Agenda. Pour soutenir cet effort d'intégration plus étroite, le Secrétariat et les Coparrainants ont fourni une assistance technique à 32 pays afin de les aider à intégrer l'égalité des sexes à leurs stratégies, politiques et programmes nationaux de lutte contre le VIH.
254. Quatre sur cinq des pays qui ont fait état de leurs avancées via le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida avaient mis en œuvre une stratégie d'information, d'éducation et de communication sur le VIH pour la population générale, avec des messages appelant à combattre les violences faites aux femmes. En 2012, 11 pays ayant lancé l'Agenda ont émis ce type de message. Plus de 75 % des pays faisant état de leurs avancées via le Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida ont une politique, une législation ou une réglementation en place pour réduire la violence à l'encontre des femmes et des hommes, notamment les agressions sexuelles. C'est au-delà de l'objectif de 60 % fixé pour 2015.
255. Un [projet d'étude régional](#) sur la violence à l'encontre des professionnel(le)s du sexe a été lancé en Indonésie, au Myanmar, au Népal et au Sri Lanka afin de mieux appréhender le risque et les facteurs de protection liés à l'exposition des professionnel(le)s du sexe à la violence et au VIH. Les partenaires de ce cette étude sont le PNUD, l'UNFPA, Partners for Prevention, le Centre for Advocacy on Stigma and Marginalization et le réseau des professionnel(le)s du sexe de la région Asie-Pacifique. L'étude a pour objectif de fournir des éléments d'information aux politiques et aux programmes afin de prévenir la violence à l'encontre des professionnel(le)s du sexe. Ayant reçu le soutien de l'UNESCO et suite à la consultation internationale menée par cette organisation sur le thème du harcèlement homophobe, l'ONG Gay and Lesbian Memory in Action et le Centre for Education Rights and Transformation ont organisé une réunion en Afrique du Sud sur les questions liées aux personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles et transgenre dans le secteur de l'éducation. Les Etats membres de la région disposent à présent d'informations sur la façon de prévenir et de gérer la violence sexiste dans les pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe suite aux orientations techniques fournies par l'ONUSIDA. La question de la violence sexiste sera également traitée dans le cadre du projet régional mis en place conjointement par l'ONUSIDA et l'UNFPA en vue de lier santé sexuelle et reproductive et VIH. Tous les pays ont inclus dans leur plan d'action national pour 2013 des activités en vue de traiter la question de la violence sexiste via ces liens.

En 2012, pour la première fois en Chine, suite au plaidoyer mené par ONU Femmes, l'instance de coordination nationale du Fonds mondial a octroyé un siège aux organisations féminines de la société civile, en tant que membre permanent du conseil d'administration. Le processus de reconduction des subventions du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/sida en Chine a accordé un financement spécial aux organisations féminines de la société civile afin de leur permettre de répondre aux besoins des femmes et des filles et d'œuvrer pour l'égalité des sexes dans le contexte du VIH.

256. La violence sexiste, la stigmatisation et la discrimination augmentent le risque et la vulnérabilité au VIH des populations clés. Le PNUD, l'UNFPA, l'OMS et le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe ont réuni des professionnels du sexe masculins, féminins et transgenre afin de recueillir des informations utiles aux approches communautaires de lutte contre la violence sexiste. Le HCR, en partenariat avec l'UNFPA, a abordé la question de la violence et de la stigmatisation à l'encontre des professionnel(le)s du sexe déplacés par le conflit frontalier entre l'Equateur et la Colombie. Le PNUD, l'UNFPA, l'OIT, l'UNESCO et le Secrétariat de l'ONUSIDA, en collaboration avec leurs partenaires; ont intensifié leurs efforts pour combattre l'homophobie, la transphobie et le harcèlement sur le lieu de travail, en milieu scolaire et dans les communautés.

Enjeux et problèmes

257. L'examen à mi-parcours a mis en évidence le fait que le soutien apporté aux femmes et aux filles pour répondre à leurs besoins et défendre leurs droits est entravé par l'absence d'uniformité de la volonté politique, les contraintes de financement, le manque de coordination, la participation inadaptée de différents partenaires et la faiblesse des liens entre les programmes en faveur des femmes et des filles, dont celles issues des populations clés.

258. Là où il y a engagement politique, il reste encore beaucoup à faire pour traduire cet engagement en actions concrètes durables, tandis que certaines questions sont jugées sensibles (violence sexiste, santé sexuelle et reproductive et droits des personnes, travail du sexe et diversité sexuelle). Les parties prenantes, en particulier les femmes vivant avec le VIH, ont souligné que le manque d'engagement et le faible niveau de financement étaient les obstacles les plus significatifs à la mise en oeuvre de l'Agenda.

259. Un grand nombre de parties prenantes considèrent le manque de coordination comme un obstacle majeur à tous les niveaux. La coordination et la collaboration sont entravées par le peu d'intérêt accordé à l'égalité des sexes, la faiblesse des relations entre les parties prenantes, le manque de clarté quant aux rôles et aux responsabilités de chacun et les changements de personne au sein des équipes gouvernementales et de celles des Nations Unies.

260. Alors que les pays ont élargi la collecte des données, ils ne sont que quelques-uns à systématiquement faire le point sur leur épidémie et leur riposte sous un angle sexospécifique. Il faut aussi renforcer les données pour mieux suivre la relation entre égalité des sexes, violence sexiste et VIH et apprendre à utiliser ces données pour alimenter les programmes.

261. Le partage de connaissances entre les pays du Sud est également limité, alors qu'il y a lieu de renforcer le suivi et l'évaluation de l'Agenda. Le manque d'informations stratégiques sur

l'égalité des sexes et la prévention et la gestion de la violence sexiste en tant que catalyseurs de l'efficacité de la riposte au sida a entraîné une restriction du financement via des mécanismes comme le Fonds mondial.

Stratégies

262. Conformément aux recommandations de l'examen à mi-parcours et aux décisions prises lors de la 31^{ème} réunion du Conseil de coordination du programme, plusieurs priorités stratégiques seront traduites en plan d'action limité dans le temps pour la période 2013-2015. Parmi elles figurent l'accentuation de l'engagement politique via un plaidoyer de haut niveau et le renforcement des liens avec les mouvements de défense des droits des femmes au-delà de la question du VIH et de l'égalité des sexes.
263. Un soutien coordonné au niveau des pays sera mis en oeuvre via tout un ensemble d'outils complémentaires afin d'aider les pays à mettre en place des programmes capables de transformer les relations entre les sexes. Des efforts seront entrepris afin de veiller à ce que les approches d'investissement stratégique aillent dans le même sens et les bases de données et orientations normatives sur l'égalité des sexes et le VIH, notamment sur la violence sexiste et le VIH, seront renforcées.
264. Les liens entre VIH et santé sexuelle et reproductive, en particulier pour les jeunes femmes et les filles, et entre violence sexiste et VIH, seront renforcés et l'action menée au niveau des pays pour combattre la violence à l'encontre des professionnel(le)s du sexe sera améliorée.
265. L'implication des femmes et des filles, en particulier celles vivant avec le VIH et issues des populations clés, sera renforcée en leur facilitant l'accès aux informations et ressources stratégiques, et l'ONUSIDA continuera de plaider en faveur de l'abrogation des lois discriminatoires et de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des femmes vivant avec le VIH et celles affectées par le virus.

F. FONCTIONS STRATEGIQUES

Leadership et plaidoyer



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



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

Tendances et indicateurs importants

Le nombre de pays où les dirigeants se mobilisent publiquement en faveur de la riposte au sida a augmenté. Le VIH est intégré au plan de développement de chaque pays où l'ONUSIDA est présent, tandis que le nombre de pays ayant une stratégie VIH multisectorielle chiffrée et budgétée a également augmenté. On constate toutefois une réduction des financements accordés à la société civile pour les activités VIH ainsi qu'une baisse de participation de la société civile aux processus nationaux de planification et d'élaboration budgétaire en relation avec le VIH.

Etat	Données
	Le pourcentage de pays où les dirigeants (ministres du gouvernement) se mobilisent publiquement en faveur de la riposte au sida a augmenté. Il est passé entre 2009 et 2011 de 72 % à 96 % en ce qui concerne les pays où l'ONUSIDA est présent et de 82 % à 97 % pour les pays à fort impact.
	Le pourcentage de pays où l'ONUSIDA est présent et où le VIH est intégré au plan national de développement a augmenté, passant de 96 % à 100 % entre 2009 et 2011.
	Le pourcentage de pays où la stratégie VIH multisectorielle englobe l'éducation, la santé, le travail, les transports, l'armée/la police, les femmes et les jeunes (sept secteurs) a augmenté. Il est passé entre 2010 et 2012 de 58 % à 62 % en ce qui concerne les pays où l'ONUSIDA est présent et de 76 % à 84 % pour les pays à fort impact. Sur la même période, le pourcentage de pays ayant budgété les activités menées dans le cadre de leur stratégie VIH multisectorielle a augmenté également, passant de 31 % à 34 % en ce qui concerne les pays où l'ONUSIDA est présent et de 53 % à 61 % pour les pays à fort impact.
	Le pourcentage de pays où la société civile reçoit un soutien financier adéquat pour mener ses activités VIH a diminué, passant de 19 % à 16 %, mais a augmenté en ce qui concerne les pays à fort impact, passant de 13 % à 21 % entre 2010 et 2012.
	Le pourcentage de pays où l'ONUSIDA est présent et où les représentants de la société civile sont impliqués dans le processus de planification et d'élaboration budgétaire du Plan national stratégique de lutte contre le VIH ou du plan d'activité le plus courant a chuté, passant de 70 % à 56 % entre 2010 et 2012.

Progrès accomplis

Leadership et plaidoyer pour unir les efforts

271. En 2012, l'ONUSIDA a maintenu son rôle de fer de lance du plaidoyer politique pour assurer un leadership mondial, régional et national de la riposte au sida afin de réaliser la vision « Objectif zéro », de renforcer l'appropriation nationale et de promouvoir un financement pérenne des ripostes au sida à l'échelle mondiale. Le leadership stratégique de

l'ONUSIDA a transformé la vision des trois zéros en un engagement stratégique de haut niveau assorti de délais à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

272. La stratégie de l'ONUSIDA « Objectif zéro » et les 10 objectifs mondiaux de lutte contre le sida issus de la Déclaration politique sur le VIH/sida 2011 des Nations Unies ont façonné le discours mondial sur le VIH des organes politiques, des décideurs, des militants et de la société civile. À l'échelle nationale, la vision « Objectif zéro » a inspiré et guidé l'élaboration de plans complets contre le VIH et d'interventions axées sur les résultats. Plus de 20 pays ont élaboré et mettent en oeuvre un nouveau plan national stratégique ou ont revu celui déjà en place, qui définit les priorités et les objectifs reflétant spécifiquement les trois zéros de l'ONUSIDA et les objectifs mondiaux de lutte contre le sida. 36 autres pays sont en passe d'en faire autant.
273. Les objectifs mondiaux de lutte contre le sida et les engagements d'élimination sont à présent intégrés à la stratégie VIH de chacun des 11 Coparrainants et aux plans de travail de l'ONUSIDA. Ils se traduisent également par une nouvelle répartition des tâches. L'ONUSIDA aide les pays et les autorités nationales à réaliser un examen à mi-parcours des progrès accomplis en 2013 dans la réalisation des objectifs mondiaux de lutte contre le sida.
274. En adhérant aux objectifs mondiaux de lutte contre le sida, les pays se sont engagés à assurer le suivi des progrès et des défis qui jalonnent leur riposte nationale au sida et à les communiquer. En 2012, 186 pays (96 % des Etats membres des Nations Unies) ont soumis des rapports complets sur les progrès réalisés en matière de riposte nationale au sida. Ce taux de réponse élevé témoigne de l'ampleur de l'engagement mondial en faveur de la lutte contre le sida. L'analyse de ces documents a été publiée dans le [Rapport mondial](#) 2012.
275. En Afrique, le leadership de l'ONUSIDA a contribué à l'adoption en juillet 2012 par les Chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union africaine d'une « Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique ». Elaborée avec le soutien direct de l'ONUSIDA, elle propose un ensemble de solutions concrètes d'origine africaine, qui s'articulent autour de trois piliers stratégiques - la gouvernance en matière de santé, des financements diversifiés et l'accès aux médicaments - pour renforcer des ripostes pérennes au sida, à la tuberculose et au paludisme. La feuille de route définit également un cadre de responsabilisation intégré au NEPAD afin d'assurer le suivi des progrès dans la région et de donner un nouveau souffle à AIDS Watch Africa.
276. Le Programme commun et le Département des Nations Unies pour les opérations de maintien de la paix ont tissé de solides relations de partenariat au niveau des pays afin de faire avancer la mise en oeuvre de la résolution 1983 du Conseil de sécurité. A l'issue d'un dialogue de haut niveau, les responsables ont convenu d'organiser conjointement un sommet sur le sida et la sécurité afin de faire le point sur les progrès accomplis et de convenir des actions essentielles à mener pour soutenir le leadership politique et améliorer la responsabilisation. La collaboration avec le G8 a été initiée afin d'aborder la question de la violence sexuelle dans les zones de conflit. Dans le cadre de cette initiative, le G8 a adopté une déclaration d'engagement et a débloqué une enveloppe de 35 millions de dollars pour appuyer sa mise en oeuvre. Le Royaume Uni a mis en place un groupe d'experts afin d'enquêter sur les allégations de violence sexuelle, rassembler des preuves et faciliter le renforcement des capacités dans ce domaine en collaboration avec les missions des Nations Unies et la société civile locale.

277. De plus, des études de cas des bonnes pratiques ont été publiées ciblant les six principales missions de maintien de la paix (Côte d'Ivoire (UNOCI), République démocratique du Congo (MONUSCO), Haïti (MINUSTAH), Liban (UNIFIL), Soudan (UNAMID), et Soudan du Sud (UNMISS)). Ces études de cas recensent les meilleurs programmes en cours d'application dans les domaines prioritaires que sont la violence sexuelle et la violence sexiste, [la prise en compte du VIH dans les processus de démobilisation et de désarmement et dans les projets de réforme du secteur de la sécurité](#).

278. En février 2012, la Réunion intergouvernementale de haut niveau pour l'Asie et le Pacifique sur l'évaluation des progrès réalisés eu égard aux engagements pris dans la Déclaration politique sur le VIH/sida a réuni des responsables ministériels des secteurs de la santé, de la justice, de la sécurité publique, du contrôle des drogues et de la protection sociale de 30 Etats membres de la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique (CESAP), des organisations des Nations Unies et de la société civile, notamment des personnes vivant avec le VIH et des représentants des populations clés. Les pays présents ont adopté un cadre pour une action régionale en faveur de l'accélération de la lutte contre le sida, en vue de l'accomplissement des objectifs et des engagements internationaux d'ici 2015. Par la suite, l'initiative ASEAN Cities Getting to Zero a vu le jour, impliquant 13 villes.

279. Le plaidoyer et le travail de haut niveau effectués auprès du Conseil des ministres de la santé d'Amérique centrale a donné lieu à une déclaration exigeant des pays de la région qu'ils alignent leur plan national sur les objectifs mondiaux de lutte contre le sida.

280. La participation du Programme commun à la Conférence internationale sur le sida de 2012 a permis de faire état des toutes dernières réflexions et avancées dans la riposte mondiale au sida et de renforcer la vision d'un monde débarrassé de cette épidémie. Tout au long de la conférence, le Secrétariat a insisté sur les énormes progrès accomplis au cours des dix dernières années et sur les défis qui restent encore à relever. Il a souligné le rôle crucial des Etats-Unis dans les efforts déployés pour mettre fin à l'épidémie et réitéré l'appel de l'ONUSIDA à négocier un nouveau contrat pour une responsabilité partagée et une solidarité mondiale. Il a souligné également la nécessité pour toutes les parties prenantes de concentrer leur attention sur les engagements de la Déclaration politique et sur les investissements intelligents fondés sur des données factuelles, sur les connaissances scientifiques et sur les droits de l'homme. Le label « Objectif zéro » exprimant la vision et les orientations stratégiques de l'ONUSIDA a été repris dans les titres ou les descriptifs des sessions, les forums et les résumés de la conférence.

Inscrire le sida de manière stratégique dans l'agenda post-2015

281. En 2012, l'ONUSIDA a piloté les efforts en vue d'inscrire le sida dans l'agenda post-2015 et d'intégrer la riposte au sida aux objectifs plus larges en matière de santé et de développement. Le débat sur ce sujet s'est accéléré avec la participation active de l'ONUSIDA à la conférence Rio+20 des Nations Unies sur le développement durable qui a illustré l'opportunité de mettre à profit les leçons et les stratégies de la lutte contre le sida afin de relever les défis du développement durable et pour les décideurs du sida de profiter des enseignements d'un autre secteur.

282. Au cours de 2012, le Programme commun a préparé le document [SIDA, santé et droits de l'homme : vers la fin du sida dans l'ère du développement après 2015](#) en tant que contribution de l'ONUSIDA à la Consultation mondiale sur la thématique santé après 2015. L'ONUSIDA a mené des consultations sur l'agenda post-2015 dans 40 pays et a mis en avant cinq domaines d'action prioritaires pour établir un nouvel agenda mondial de la santé :

nouvelle architecture pour favoriser l'appropriation par les pays et un leadership conjoint des questions de santé ; nouvelles voix issues des pays émergents et partenariats innovants ; nouvelles méthodes de prestation des services de santé pour toucher des milliards de personnes, sans perdre de vue la qualité et l'impact ; innovation basée sur les technologies de l'information ; partenaires émergents et solutions à moindre coût ; et droits de l'homme et égalité des sexes au centre du mouvement.

283. Par la suite, en décembre 2012, répondant aux appels des pays partenaires et de la société civile, l'ONUSIDA et la revue scientifique *The Lancet* ont annoncé la création de la [Commission ONUSIDA-The Lancet : passer du sida à une santé durable](#), qui explorera le futur du sida, de la santé et du développement mondial post-2015. Elle sera coprésidée par la présidente du Malawi, Mme Joyce Banda, le président de la Commission de l'Union africaine le Dr. Nkosazana Dlamini-Zuma et le directeur de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, le Dr. Peter Piot. Cherchant à créer un espace d'analyse systématique, la Commission aura l'opportunité de mener une réflexion sur les données factuelles et de faire des recommandations. Fruits des consultations menées en continu, ces recommandations viendront alimenter les efforts du Groupe de haut niveau du Secrétaire général des Nations Unies composé de personnes éminentes pour l'agenda du développement post-2015 et contribueront aux délibérations des Etats membres. La Commission réunit des personnalités importantes de la vie publique ainsi que de jeunes leaders actuels et futurs. Ils apportent leur expertise dans différents domaines et/ou une profonde connaissance de la riposte au sida ainsi que leur engagement et leur vision au service de l'agenda du développement durable de demain. Un leadership particulièrement solide sera recherché parmi les pays à revenu faible et intermédiaire dans l'espoir de susciter un débat plus équilibré sur cette question au niveau mondial. Les résultats des travaux de la Commission seront publiés dans un numéro spécial de *The Lancet* au premier trimestre de 2014.

Elargissant la portée de son plaidoyer, le programme d'[Ambassadeurs de bonne volonté](#) de l'ONUSIDA a collaboré avec une bonne douzaine de personnalités publiques du monde des arts, du spectacle, du sport et d'autres domaines afin de renforcer la sensibilisation au sida. Lauréate du prix Nobel de la paix et membre du parlement du Myanmar, Daw Aung San Suu Kyi, a été nommée Ambassadrice mondiale pour la discrimination zéro en novembre 2012. Quatre nouveaux Envoyés spéciaux des Nations Unies pour le VIH/sida ont également été nommés en 2012.

Agir en faveur de l'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants et du maintien des mères en vie

284. En ce qui concerne l'objectif spécifique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME), l'ONUSIDA a uni ses efforts à ceux du PEPFAR, du secteur privé et de la société civile avant de faciliter l'intensification rapide des programmes nationaux de PTME dans plus de 80 pays. Le Programme commun a fait des avancées considérables en matière d'élaboration des politiques, des orientations et des outils, de renforcement des capacités, d'élargissement de l'accès au dépistage et conseils VIH, d'efficacité de la fourniture de médicaments antirétroviraux et d'autres produits essentiels, et de suivi et d'évaluation des progrès accomplis.

285. Forts des informations et du soutien apportés par l'ONUSIDA, la Namibie, le Rwanda, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont modifié leur mode de prestation de services de PTME, tandis que d'autres pays (République démocratique du Congo, Kenya et Zambie) envisagent également de le faire. En 2011, l'infection à VIH a touché 100 000

enfants de moins qu'en 2009. Cela représente une baisse de 24 % depuis 2009 et un déclin de 43 % depuis 2003, soit plus de progrès réalisés en deux ans qu'au cours des six années précédentes. Dans les pays où l'épidémie est généralisée, tels que le Burundi, le Kenya, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Togo et la Zambie, la diminution du nombre d'enfants nouvellement infectés est de 40 à 59 % sur la période 2009-2011.

286. L'ONUSIDA a lancé la campagne [Y croire. Le faire.](#) en mai 2012 pour attirer l'attention sur l'objectif mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et à maintenir les mères vivant avec le VIH en bonne santé, et pour inciter à l'action en faveur de cet objectif.

287. Lors de la Conférence mondiale sur le sida de 2012, l'ONUSIDA et le coordinateur mondial des États-Unis pour le sida en partenariat avec des dirigeants des pays et des responsables d'entreprise ont lancé une étude sur les avancées réalisées dans la mise œuvre du Plan mondial, insistant sur la nécessité d'une approche ciblée dans les pays prioritaires en vue d'une intensification future. L'UNICEF et l'OMS ont organisé conjointement un forum des dirigeants sur les innovations en matière d'élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants, tandis qu'une session conjointe de l'UNFPA, de l'OMS et du Secrétariat a été consacrée à l'extension de la démarche d'investissement à la planification familiale et à la santé maternelle et infantile comme façon de mettre en avant les avantages des approches intégrées de prestation de services.

Comblent le déficit de ressources⁶

288. En 2012, l'ONUSIDA a poursuivi son plaidoyer en faveur de la responsabilité partagée avec ses partenaires, parmi lesquels figurent les pays s'efforçant de diversifier les sources de financement et d'augmenter les financements nationaux pour assurer la pérennité financière de la lutte contre le sida. La situation des pays les plus affectés par l'épidémie a évolué au cours des dix dernières années et pour la première fois, en 2011, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, les investissements nationaux dans la riposte au sida ont dépassé ceux venant de l'extérieur. Les gouvernements du Brésil, de l'Inde et de la Chine ont pris l'engagement de veiller à ce qu'au moins 90 % de leur riposte nationale soit financée localement.

289. Un plus grand nombre de pays s'efforcent de combler le déficit de ressources consacrées à la riposte au sida et de pérenniser cette riposte en identifiant les sources de financement nationales. Les modes de financement innovants jouent un rôle clé dans l'augmentation des investissements domestiques dans la riposte au sida. Le Rwanda et l'Ouganda, par exemple, ont mis en place des taxes spéciales sur les téléphones portables pour financer les programmes VIH. Le rapport phare, [Ensemble mettons fin au sida](#), publié au moment de la Conférence internationale sur le sida de 2012 contient des chapitres sur l'efficacité économique et le financement de la riposte au sida.

⁶ En juin 2011, à New York, lors de la Réunion de haut niveau sur le sida, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté la Déclaration politique sur le VIH et le sida et les États membres ont convenu d'augmenter le financement de la riposte pour atteindre entre 22 et 24 milliards de dollars US d'ici 2015 dans le but d'intensifier et d'accélérer les efforts pour mettre fin à l'épidémie de VIH. Entre 2000 et 2008, le financement de la lutte contre le sida a augmenté de plusieurs milliards de dollars chaque année, grâce essentiellement aux mécanismes de financement dédiés comme le Fonds mondial et le PEPFAR. Cependant, le financement international de la lutte contre le sida stagne depuis 2008 et en 2011, on estimait à 7 milliards de dollars le déficit à combler pour parvenir à l'objectif mondial de 24 milliards de dollars d'ici 2015.

290. L'approche d'investissement préconisée par l'ONUSIDA est celle qui caractérise l'immense majorité des ressources collectées chaque année par le Fonds mondial et le PEPFAR pour un montant de plus de 7 milliards de dollars US. Elle a été pleinement recommandée et adoptée par le Fonds mondial pour bâtir son nouveau modèle de financement et lui sert de référence pour orienter l'action des pays dans ce domaine. Le PEPFAR a intégré à ses directives à l'intention de ses coordinateurs celle de soutenir cette approche d'investissement au niveau des pays. Elle bénéficie également de l'appui et de l'implication des principaux réseaux de la société civile, qui la considèrent comme capable de transformer la lutte contre le sida. Avec le soutien de l'ONUSIDA, des pays de toutes les régions s'acheminent vers l'adoption d'une approche d'investissement, leur démarche allant de l'identification de nouvelles ressources de financement nationales à l'élaboration de propositions d'investissement complètes.

291. Des outils portant sur l'approche d'investissement ont été élaborés tels que les manuels [*Investir pour des résultats au bénéfice des individus. un outil d'investissement centré sur les individus destiné à mettre fin au sida*](#) et [*Efficient and Sustainable HIV Responses*](#), qui réunit huit études de cas. Ces documents aident les pays à décider de la façon d'allouer les ressources consacrées à la riposte au sida afin d'obtenir le meilleur retour sur investissement tout en préservant l'équité et la protection des personnes vulnérables.

292. Afin d'aller plus loin dans l'élaboration d'études de cas, à l'appui de ses opérations de financement, la Banque mondiale a entrepris de réaliser quatre types d'analyse pour aider 25 pays à améliorer l'efficacité et l'efficacités de leur riposte au VIH : analyse de l'efficacité du processus d'affectation des ressources, analyse de l'efficacité des programmes, études d'efficacité et études de la pérennité des financements. Le PNUD, appuyé par un groupe de travail de l'ONUSIDA, a élaboré un recueil de directives sur les catalyseurs essentiels et les synergies avec d'autres secteurs intitulé [*Understanding and Acting on Critical Enablers and Development Synergies for Strategic Investment*](#) (publié en anglais uniquement)

293. L'équipe conjointe régionale pour l'Afrique orientale et l'Afrique australe a entrepris un exercice de cartographie afin d'identifier les pays éligibles au Mécanisme transitoire de financement alors que le système actuel de subventions du Fonds mondial est suspendu jusqu'en avril 2014. L'OMS a fourni une assistance technique au Kenya, au Mozambique, à la Namibie, à l'Afrique du Sud, à la République-Unie de Tanzanie et à la Zambie sur les subventions du Fonds mondial.

Renforcement de l'intégration du VIH

294. Les programmes de lutte contre le sida ne peuvent plus être mis en œuvre de façon isolée. Au cours de l'année 2012, les efforts visant à supprimer les systèmes parallèles concernant les services liés au VIH et à renforcer l'intégration de la riposte au sida dans les efforts mondiaux en matière de santé et de développement ont été intensifiés. De nouveaux outils et processus ont été lancés pour permettre aux pays d'identifier les facteurs générateurs de coûts et de créer des mesures d'incitation visant à supprimer les systèmes parallèles, en particulier en revoyant l'élaboration globale des ripostes au sida, les gains potentiels d'efficacité des ripostes ainsi que les considérations nécessaires pour les soutenir, notamment celles d'ordre budgétaire.

295. Bon nombre des conditions à l'origine des vulnérabilités qui entretiennent l'épidémie de sida sont toujours là : inégalité entre les sexes, écart de revenus, chômage, stigmatisation et criminalisation de certains comportements sexuels et de la consommation de drogues et impact de l'urbanisation et de la mondialisation. Il faudra s'y attaquer dans le cadre des

programmes nationaux de développement si nous voulons atteindre l'objectif de prévention des nouvelles infections à VIH.^[2]

296. Afin de supprimer les systèmes parallèles concernant les services liés au VIH et de renforcer l'intégration de la riposte au sida aux efforts mondiaux en matière de santé et de développement, les ressources de base de l'UBRAF ont été utilisées afin d'optimiser le financement et veiller à ce que les bénéficiaires soient correctement sélectionnés pour garantir un maximum d'efficacité. Les outils et processus élaborés permettent aux pays d'identifier les facteurs générateurs de coûts et de créer des mesures d'incitation visant à supprimer les systèmes parallèles, en particulier en revoyant l'élaboration globale des ripostes au sida, les gains potentiels d'efficacité des ripostes ainsi que les considérations nécessaires pour les soutenir, notamment celles d'ordre budgétaire.
297. Le projet conjoint de l'ONUSIDA et de l'UNFPA visant à établir des liens entre le VIH et la santé sexuelle et reproductive a produit des résultats au niveau des systèmes et des services dans tous les pays concernés (Botswana, Lesotho, Malawi, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe). Le soutien technique et financier a contribué à l'examen des politiques, stratégies, protocoles et directives au niveau national. Cet examen a été bien accueilli, signe que c'est le bon moment pour intégrer les liens entre les deux programmes aux documents de politique générale.
298. Avec l'appui technique de l'ONUSIDA, en 2012 l'Afrique du Sud a mis en place une stratégie intégrée sur cinq ans de lutte contre le VIH, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, tandis qu'au Malawi le nombre d'établissements fournissant des services intégrés est passé de zéro à 20. Les autres résultats en provenance de ces pays montrent une augmentation du nombre de personnes sous traitement antirétroviral, une utilisation accrue des services de planification familiale, une réduction de la charge de travail et une amélioration du flux des patients et une plus forte participation masculine dans les soins prénatals.
299. L'UNFPA a soutenu les systèmes de santé maternelle et infantile dans leur effort d'intégration de la question de la transmission verticale du VIH aux services de santé sexuelle et reproductive dans 15 pays (Bénin, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée, Libéria et Nigéria). Dans plusieurs pays, l'UNFPA a fourni un support technique et mené des actions de plaidoyer, contribuant ainsi à l'élaboration de plans complets de prévention de la transmission verticale et au renforcement des capacités en matière de prestation de services intégrés.
300. Les directives consolidées de l'OMS pour 2013 sur le traitement antirétroviral portent sur la prestation de services et sur les questions opérationnelles dans le but d'accroître l'efficacité et l'efficience des programmes de lutte contre le VIH, avec notamment l'intégration des soins et du traitement VIH à la thérapie de substitution aux opiacés, à la santé maternelle et infantile et aux soins des patients tuberculeux ; le transfert de tâches dans le domaine du traitement et des soins liés au VIH ; et une méthodologie et un outil d'évaluation rapide du degré d'intégration des programmes VIH. L'OMS a également lancé des processus normatifs pour améliorer l'efficacité et l'efficience de ces programmes. Il s'agit notamment de directives sur la prestation de services VIH afin d'aider les pays à forte charge à évaluer

^[2] Commission mondiale sur le VIH et le droit. *Le VIH et le droit : risques, droits et santé*. New York, Programme des Nations Unies pour le développement, 2012 (<http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>), consultée le 19 février 2013).

dans quelle mesure le transfert de tâches, l'intégration appropriée des services VIH à d'autres services cliniques et la décentralisation contribuent à améliorer l'efficacité et la pérennité des programmes, et d'une méthodologie et d'un outil permettant d'évaluer rapidement le degré d'intégration des programmes VIH aux systèmes d'information sur la santé existants et de déterminer à quel point cette intégration a accru les synergies positives.

301. Plusieurs pays intègrent certains aspects des programmes VIH à d'autres services de santé afin de consolider la prestation de ces services et de réduire les coûts. La Jamaïque a intégré les services de santé sexuelle et reproductive. Le Zimbabwe, avec le soutien de l'UNFPA et d'autres partenaires bilatéraux, a élaboré un vaste programme intégré en matière de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'une stratégie de prévention combinée du VIH basée sur l'approche d'investissement. La **Stratégie mondiale du secteur de la santé 2011-2015** de l'OMS appelle à mettre l'accent sur les domaines d'investissement clés afin de maximiser l'impact de la riposte au sida et promeut l'efficacité des programmes VIH via l'intégration et la décentralisation des services. Le Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est (SEARO) a adapté la stratégie mondiale du secteur de la santé pour en faire une Stratégie régionale du secteur de la santé 2011–2015, qui tient compte du contexte, des spécificités et des priorités de la région en matière de lutte contre l'épidémie de VIH.
302. Pour le compte du Groupe de travail interinstitutions sur les femmes, les filles et l'égalité des sexes dans le contexte du VIH, le PNUD a conduit un processus pour élaborer une « feuille de route » afin d'intégrer la question de la sexospécificité dans les stratégies et plans nationaux de riposte au VIH. L'outil « On Course » aidera les gouvernements, la société civile et les autres acteurs de la lutte contre le VIH à engager des initiatives durables, présentant un bon rapport coût-efficacité, concertées et claires pour intégrer les questions multidimensionnelles des droits de l'homme et de sexospécificité dans leurs programmes nationaux de riposte au virus. Il contribuera aussi à un renforcement des capacités afin d'atteindre des résultats en matière d'égalité des sexes.
303. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a élaboré, piloté et lancé l'Outil d'estimation des coûts des droits de l'homme, conçu pour faciliter l'identification des coûts unitaires, plans et budgets pour les principaux programmes de promotion des droits de l'homme au sein des ripostes nationales au sida que les gouvernements se sont engagés à mettre en œuvre en vertu de la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011. En 2011-12, le Secrétariat a organisé, avec la participation des parties prenantes nationales, des réunions régionales sur l'intégration de ces programmes aux plans stratégiques nationaux dans les régions Asie-Pacifique, Afrique orientale et australe, et Moyen-Orient et Afrique du Nord.
304. Le HCR continuera de faire valoir la pertinence de l'intégration des questions liées aux populations en situation de crise humanitaire lorsque les pays utilisent l'approche d'investissement pour évaluer les carences et adapter leurs interventions lors de la programmation des subventions du Fonds mondial et d'autres ressources.

Enjeux et problèmes

305. L'ONUSIDA prône un changement de paradigme afin d'en finir avec le statut d'exceptionnalité du sida et ainsi de l'extraire de son isolement afin de l'intégrer à un agenda multisectoriel plus large sur la santé, le développement, les droits de l'homme et la justice sociale. Bien que des progrès significatifs aient été accomplis en matière de liaison des différents programmes de lutte contre le VIH, il est possible de faire encore mieux.

306. Bien que l'accroissement des investissements nationaux a contribué à combler le déficit en ressources consacrées à la riposte au sida, un soutien solide et sans faille des donateurs restera crucial pour atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre le sida compte tenu de la réduction importante des fonds qui y sont alloués dans le monde. Le déficit annuel devrait atteindre sept milliards de dollars US d'ici 2015. En dépit des avancées encourageantes de l'Afrique subsaharienne concernant l'agenda pour une responsabilité partagée, il reste beaucoup à faire dans les autres régions.
307. Les priorités concurrentes, la programmation verticale, le déficit de main d'oeuvre et l'incertitude des financements font partie des facteurs clés qui commandent d'évoluer vers une intégration éclairée des services et des programmes afin de supprimer les systèmes parallèles.
308. Les problématiques de suivi et de responsabilisation demeurent en raison de la coexistence de différents cadres des responsabilités/flux de financement, du peu de données disponibles et des difficultés à effectuer un suivi des progrès sur le terrain.

Stratégies

309. D'autres mesures seront prises pour faire avancer la mise en oeuvre de l'agenda sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale et du volet financement de la Feuille de route de l'Union Africaine. Elles constitueront à définir les principes d'une juste répartition à l'échelle mondiale, à régler les problèmes de méthodologie et à aider les pays à élaborer des contrats financiers avec les principaux donateurs afin d'assurer la pérennité du financement de la lutte contre le sida. Au-delà de l'approche « Connaître votre épidémie et votre riposte », pour que les ripostes au sida aient un impact en réduisant le nombre de nouvelles infections et appuient le financement des programmes de traitement et de soins, les pays devront absolument connaître aussi l'efficacité, l'efficience et le retour sur investissement de leur riposte.
310. L'ONUSIDA continuera de collaborer avec les groupes de femmes autour du positionnement de la question de l'égalité des sexes dans les agendas politiques de haut niveau, notamment avec le Global Power Women Network, la Commission ONUSIDA-The Lancet, la Commission sur le statut des femmes et d'autres instances régionales.
311. Des travaux seront lancés afin d'élaborer des directives spécifiques sur la façon dont les gouvernements, en partenariat avec les communautés, le secteur privé et les bailleurs de fonds peuvent aller plus loin dans l'intégration des programmes ou des services. Les efforts seront également axés sur le plaidoyer de haut niveau afin de définir le message à faire passer et de mettre en avant le rôle crucial que jouera l'intégration des systèmes et des programmes pour permettre aux pays d'intensifier ces programmes.
312. C'est tout le plan d'action en faveur de l'amélioration de l'efficacité des programmes qui exigera une attention encore plus soutenue en 2013. Au titre des priorités immédiates, il conviendra notamment d'aider les pays à faire le point sur leur niveau d'avancement dans la réalisation de 10 objectifs mondiaux de lutte contre le sida et de mettre le Groupe de référence économique en marche.
313. Le travail réalisé par l'ONUSIDA via les Équipes conjointes des Nations Unies sur le sida et des Programmes communs d'appui, dans le cadre du système de Coordonnateur résident, restera fondamental pour promouvoir l'action pertinente, cohérente et efficace des Nations

Unies à l'appui des priorités nationales et pour améliorer les liens entre activités opérationnelles et activités normatives.

314. Le Secrétariat continuera de s'appuyer sur l'expérience du Programme commun dans la mise en oeuvre des mandats intergouvernementaux, du Conseil de coordination du Programme et de l'Assemblée générale au Conseil de sécurité et au Conseil économique et social des Nations Unies (ECOSOC). L'ONUSIDA continuera de participer aux mécanismes interinstitutions tels que le **Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination**, le Comité de haut niveau sur la gestion, le Comité de haut niveau sur les programmes et le Groupe de développement des Nations Unies (GDNU), en mettant l'accent sur la réalisation des objectifs mondiaux de lutte contre le sida, le suivi des recommandations de l'Examen quadriennal complet (QCPR), et le soutien à la nouvelle phase de l'initiative Unis dans l'action.

Jamaïque

ACCENT SUR L'ACCÈS UNIVERSEL

Dépenses VIH des NU en 2012

1 269 018 \$US

Fonds de base et hors budget de base de l'UBRAF

Membres de l'Equipe conjointe des NU : OIT, Secrétariat, ONU Femmes, PNUD, UNESCO, UNFPA, UNICEF et OMS **[13 membres]**

Type d'épidémie : concentrée / dimension géopolitique

Principaux modes de transmission : professionnel(le)s du sexe et leurs clients, HSH, partenaires hétérosexuels multiples

En Jamaïque, le gouvernement mène la riposte au sida en renforçant l'accent mis sur la création d'un environnement favorable. Il a adopté l'approche d'investissement et s'emploie à pérenniser la riposte. L'épidémie de VIH est étroitement liée à la pauvreté et aux problèmes socioculturels et de développement du pays. Les obstacles juridiques, les croyances culturelles et religieuses et une homophobie très répandue sont les principaux facteurs de risque et de vulnérabilité, en particulier pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les sans-abri et les adolescents. Si la riposte favorise l'extension continue de la couverture du traitement et qu'elle a permis d'enregistrer des progrès substantiels en matière de PTME, la prévention du VIH reste confrontée à des obstacles de taille en raison du cadre juridique qui prévaut et des facteurs de risque et de vulnérabilité.

La réduction de la transmission par voie sexuelle étant une priorité, le Secrétariat et les Coparrainants ont plaidé en faveur de la révision du cadre juridique et de la politique nationale de lutte contre le VIH pour cibler spécifiquement les populations plus exposées au risque de transmission et les groupes vulnérables comme les adolescents. L'appui technique et financier fourni au gouvernement a permis d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies, des outils et des informations stratégiques, notamment une stratégie pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'outil d'estimation des coûts des droits de l'homme, l'outil d'évaluation du genre, l'évaluation du cadre juridique, des analyses des modes de transmission et l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Ces avancées et l'opinion publique ont conduit le gouvernement à adopter une riposte fondée sur les droits de l'homme et tenant compte des sexospécificités. Ainsi, le Plan stratégique national (2012–2017) élaboré avec le soutien de l'ONUSIDA se concentre sur l'intensification des stratégies visant à mettre en place un programme complet de services de prévention, de soins et de traitement fondé sur des données probantes et répondant aux besoins particuliers des populations clés.





Des actions menées conjointement avec les Nations Unies ont eu un impact remarquable sur la riposte nationale au sida dans des domaines clés essentiels. La création d'un corpus d'informations stratégiques a favorisé l'adoption rapide d'une approche de la planification fondée sur des données probantes, que reflète le plan stratégique national. L'Équipe conjointe des Nations Unies est à l'origine d'un mouvement national et multisectoriel, auquel elle participe toujours, en faveur de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, qui donne un nouveau sens au principe de responsabilité partagée en associant de nouveaux partenaires à la riposte, notamment des organisations confessionnelles, et en jouant un rôle moteur en matière de plaidoyer politique, de droits de l'homme et d'égalité des sexes.

Le mode de financement de la riposte au sida par la Jamaïque reste un motif de préoccupation. Le pays est très dépendant de sources externes et bien que le financement national augmente, le déficit de financement annuel moyen est estimé à neuf millions de dollars US. Toute nouvelle baisse (le financement externe devrait considérablement diminuer dans les deux années à venir) aura de sérieuses répercussions sur la fourniture de services liés au VIH. C'est pour faire face à cette situation que les Nations Unies travaillent avec le gouvernement sur un plan de viabilité et un cadre d'investissement futurs pour le programme de lutte contre le VIH du pays. Cette démarche stratégique incluait une étude de viabilité financière de ce programme soutenue par la Banque mondiale et le Secrétariat, qui soulignait la nécessité de programmes de prévention performants et efficaces, en particulier pour les populations clés.

Coordination, cohérence et partenariats

Tendances et indicateurs importants

Les mécanismes qui visent à promouvoir l'interaction des multiples parties prenantes pour mettre en œuvre des stratégies et des programmes de lutte contre le VIH existent dans pratiquement tous les pays dans lesquels l'ONUSIDA est présent. Il est ainsi accordé de plus en plus d'attention à la coordination régulière des informations stratégiques, même si on observe une légère diminution du nombre de pays utilisant de tels outils d'informations stratégiques. En revanche, on constate que la société civile bénéficie d'un meilleur accès aux mesures d'appui technique.

Etat	Données
	Le pourcentage de pays dans lesquels l'ONUSIDA est présent et disposant d'un mécanisme visant à favoriser l'interaction des diverses parties prenantes, entre le gouvernement, les organisations de la société civile et le secteur privé avec pour objectif de mettre en œuvre les stratégies / les programmes de lutte contre le VIH a augmenté. Il est passé de 91 % à 99 % de 2010 à 2012.
	Le pourcentage de pays dans lesquels un comité de suivi et d'évaluation ou un groupe de travail technique se réunit régulièrement pour coordonner les informations stratégiques / de suivi et d'évaluation a augmenté. Il est passé de 37 % à 84 % dans les pays où l'ONUSIDA est présent et a augmenté de 29 % à 95 % dans les pays fortement touchés par l'épidémie de 2009 à 2011.
	Le pourcentage de pays dans lesquels la société civile a pu accéder à un appui technique adéquat a augmenté. Il est passé de 26 % à 36 % dans les pays où l'ONUSIDA est présent et de 21 % à 39 % dans les pays fortement touchés par l'épidémie de 2010 à 2012.
	<i>Le pourcentage de pays où l'ONUSIDA est présent et ayant rapporté avoir utilisé une feuille de calcul des Modes de Transmission est tombé de 65 % à 49 %. Quant au pourcentage de pays ayant fait une Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), il est tombé de 76 % à 66 %. Le pourcentage de pays s'étant appuyé sur la base de données AIDSinfo est lui tombé de 64 % à 59 % de 2012-2011.</i>

Progrès accomplis

315. L'ONUSIDA s'efforce d'appuyer de façon stratégique les efforts et les capacités des gouvernements nationaux et de la société civile ainsi que les partenaires techniques dans le but d'organiser et de mieux gérer les résultats enregistrés. Dans tous les pays bénéficiant d'une présence de l'ONUSIDA, il coordonne les efforts destinés à tout un panel de parties prenantes afin de proposer à celles-ci un appui stratégique, politique et technique en vue de les aider à élaborer et à mettre en œuvre des ripostes nationales au sida s'appuyant sur les droits des personnes et sur des éléments concrets.

Appui aux stratégies nationales multisectorielles et aux approches en matière d'investissement

316. Les gouvernements nationaux et leurs partenaires en matière de financement souhaitent tous bénéficier d'un meilleur retour sur investissement. Suite aux réunions de consensus sur les stratégies nationales de riposte au sida de Nairobi (juin 2012) et sur la coordination au niveau des pays qui a eu lieu à Washington DC (juillet 2012), des recommandations provisoires sur les stratégies nationales et sur leur mise en œuvre pour l'obtention de résultats ont été développées. Ces recommandations provisoires mettent l'accent sur les principes des pratiques de planification déjà existantes, s'appuient sur celles-ci et incluent de

nouvelles pistes en matière d'investissement pour l'élaboration de stratégies nationales de lutte contre le sida. Il est prévu que les nouvelles orientations élaborées par le Secrétariat, la Banque mondiale, l'OMS, le PNUD et par d'autres partenaires soient finalisées au cours de l'année 2013 et mises à la disposition de quelque 40 pays qui pourront alors commencer à concevoir les nouveaux programmes stratégiques nationaux ou à entreprendre un examen à mi-parcours de leurs programmes stratégiques nationaux déjà existants.

317. Le Département VIH de l'OMS a développé des outils pour la planification stratégique et l'analyse des programmes en vue d'aider les pays à élaborer des programmes opérationnels et stratégiques solides. Ce département a également contribué au développement d'outils de planification du secteur de la santé de plus grande envergure, tels que l'outil d'évaluation conjointe des stratégies nationales et l'outil logiciel d'estimation des coûts OneHealth.
318. Le Cadre d'investissement a été mis en place en 2011 comme approche conceptuelle destinée à améliorer l'impact du financement de la lutte contre le VIH. Cette approche consiste à mobiliser des ressources de financement plus durables pour le sida et nécessite que toutes les parties prenantes pensent différemment et de façon plus innovante quant à la façon dont les divers éléments qui constituent une riposte efficace au sida sont planifiés et hiérarchisés. *(se référer aux paragraphes 288 à 292 pour avoir plus d'exemples de l'application élargie de cette approche.)*
319. Au Maroc, par exemple, l'analyse d'investissement a montré qu'alors que les populations clés constituent les deux tiers des nouvelles infections au VIH, moins d'un tiers des dépenses en matière de prévention ont été affectées à ces populations. Le nouveau Plan stratégique national de lutte contre le sida du Maroc pour la période 2012-2016 a connu un changement considérable de ses priorités, affectant plus de 60 % des ressources de la lutte contre le sida aux efforts de prévention à l'intention des populations clés.
320. L'OMS a aidé l'Irak à élaborer son tout premier Plan stratégique national qui met tout particulièrement l'accent sur la nécessité de garantir l'accès aux services VIH aux populations clés exposées à un risque supplémentaire. De la même façon, le premier Plan stratégique national de l'Arabie-Saoudite a été mis en place. Il met l'accent sur la production d'informations stratégiques à propos de la situation épidémique des populations clés présentant des risques accrus.
321. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, des directives régionales spécifiques pour le développement de stratégies nationales de lutte contre le sida basées sur des informations factuelles ont été élaborées par la Banque mondiale et par l'Equipe d'appui régionale de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale. Ces directives comprennent notamment des orientations pratiques, une méthodologie et des approches pour le développement de plans nationaux stratégiques de lutte contre le sida basés sur les résultats et répondant aux dynamiques de l'épidémie qui sont spécifiques aux diverses régions des pays concernés.
322. L'ONUSIDA a mis en place une politique générale d'assurance sociale maladie ainsi que des services de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cette politique générale, qui est actuellement étudiée par des experts de l'OMS et de la Banque mondiale, insiste sur le fait que les services de prise en charge du VIH sont rarement intégrés aux prestations sociales des systèmes d'assurance sociale maladie existants et milite en faveur de l'intégration des services essentiels de lutte contre le VIH au sein du système d'assurance maladie, lorsque cela est financièrement possible.

323. Le Groupe de référence sur l'économie de l'ONUSIDA, coprésidé par la Banque mondiale et par le Secrétariat, a été mis en place en 2012 en vue de fournir aux pays des principes normatifs et d'orientation pour les investissements stratégiques en matière de lutte contre le sida, conjointement avec l'élaboration d'un ordre du jour sur la recherche relative aux aspects économiques du sida et à l'harmonisation des méthodologies et des outils de recherche. Cet organisme sera constitué de trois groupes de travail techniques qui axeront respectivement leurs priorités sur les questions du coût, de l'efficacité et de la pérennité du financement de la lutte contre le VIH. Son plan de travail pour les trois premières années à venir est financé par la Fondation Bill & Melinda Gates.
324. Les réalignements stratégiques opérés au Bénin, au Burkina Faso, en Côte-d'Ivoire et au Ghana ont conduit à un recentrage programmatique accru ainsi qu'à des réorientations concomitantes dans l'affectation des ressources. En Afrique du Sud, une aide a été fournie pour le Plan Stratégique National ainsi que pour l'Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), avec notamment une analyse programmatique annuelle conjointe des rapports du plan et le développement de neuf plans opérationnels multisectoriels chiffrés au niveau des provinces.
325. Au Cambodge, les progrès se sont accompagnés d'un recours aux ressources des donateurs externes, la contribution du Gouvernement ne représentant que 4 % des dépenses totales en matière de sida. Dans une série de consultations appuyées par l'ONUSIDA, le Cambodge a élaboré la stratégie « Cambodge 3.0 » : une nouvelle stratégie nationale qui s'appuie sur un accroissement des investissements locaux dans le cadre d'une approche axée sur le financement, en vue d'atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre le sida et d'éliminer les nouvelles infections à VIH.
326. La stratégie et le projet de l'ONUSIDA étaient intégrés au sein des plans stratégiques régionaux de lutte contre le VIH de l'entité économique régionale d'Afrique de l'Ouest et de l'entité économique régionale d'Afrique centrale, dans un document de référence essentiel de la Stratégie arabe de lutte contre le VIH, dans le Partenariat Pan-Caraïbe contre le VIH/sida (PANCAP).

Constitution d'alliances stratégiques

327. La Commission de l'Union africaine (CUA) et le NEPAD, avec l'aide de l'ONUSIDA, ont entrepris une analyse des données disponibles afin d'évaluer jusqu'à quel degré les engagements pris par l'Union africaine et par le G8, de 2001 à aujourd'hui, avaient été mis en œuvre. Les résultats de cette analyse ont été validés par des responsables de la CUA, du NEPAD et de l'ONUSIDA, ainsi que par des experts techniques appartenant au Partenariat « Halte à la tuberculose », au Partenariat Faire reculer le paludisme (RBM), à l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme (ALMA), au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), à l'Alliance GAVI et à l'initiative AIDS Accountability International. Le compte rendu sera officiellement diffusé et soumis aux chefs d'état et de gouvernement africains afin d'être étudié et adopté, au cours des célébrations du 50^{ème} anniversaire de l'Union africaine (UA) en mai 2013, qui auront lieu à Addis-Abeba, en Ethiopie. Il sera aussi présenté dans le cadre de la séance « Ouverture Afrique » du prochain sommet du G8.
328. Respectivement à la mise en œuvre de la Feuille de route de l'UA sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour le sida, la tuberculose et le paludisme, l'ONUSIDA a aidé la CUA et le NEPAD à élaborer un guide pratique qui vise à aider les états membres de l'Union africaine, les institutions régionales africaines et la CUA à appliquer cette Feuille de route. Son objectif est de proposer des idées pratiques qui permettent de faire progresser la

Feuille de route en vue d'obtenir des résultats rapides, aussi bien en terme de réduction du fardeau de ces trois maladies qu'en terme de développement des mécanismes permettant d'appuyer les programmes nationaux et régionaux pour ces trois maladies^[1]. Les Coparrainants et en particulier, l'OMS, l'OIT, l'UNDP et la Banque mondiale, ainsi que d'autres parties prenantes telles que le FMSTP, le partenariat Halte au paludisme, l'ONUSIDA et l'ALMA ont fourni des commentaires et des informations utiles. Ce compte rendu sera examiné, avalisé et officiellement diffusé au cours de l'année 2013.

329. Suite à l'adoption du Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique (PMPA) en 2012, la CUA et d'autres partenaires ont élaboré un business plan pour ce PMPA, qui a été ultérieurement ratifié par l'Assemblée des chefs d'état et du Gouvernement. Ce business plan vise à mettre en place des autorités réglementaires solides, indépendantes et prévisibles, à renforcer la capacité réglementaire et à augmenter et perfectionner la concurrence, à réduire les incertitudes en matière de demande, à renforcer la capacité prévisionnelle, à augmenter les investissements dans le développement des médicaments nécessaires et à fournir des mesures incitatives limitées dans le temps, facilement compréhensibles et accessibles, pour accélérer les avancées en faveur d'une autosuffisance pharmaceutique en Afrique. L'ONUSIDA, en association avec les principaux partenaires de l'Union africaine, y compris l'ONUSIDA et l'OMS, ont été impliqués dans les débats initiaux destinés à mettre en place un groupement central qui pourrait aider la CUA à mettre en œuvre ce business plan.

330. L'ONUSIDA a largement contribué à mettre en œuvre le « Groupe de travail sur la production de médicaments locaux de l'Organisation sanitaire de l'Afrique de l'Ouest » (WAHO) qui vise à conseiller le WAHO à mettre en pratique plusieurs activités essentielles visant à garantir la disponibilité de médicaments de bonne qualité et abordables dans la zone de l'Afrique de l'Ouest. Une Charte de la CEDEAO (Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest) sur le partenariat privé-public pour la production de produits pharmaceutiques et d'antirétroviraux locaux et d'autres médicaments essentiels, a été élaborée et a été soumise aux Ministères de la santé à des fins d'adoption en avril 2013. La Charte renvoie au Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique ainsi qu'à la Feuille de route de l'Union africaine.

331. En juillet 2012, 60 ministres des finances et de la santé ont abordé la question de l'optimisation des ressources financières et de leur soutenabilité dans le secteur de la santé, dans le cadre de la riposte au sida (initiative d'Harmonisation pour la Santé en Afrique ou HHA) en partenariat avec l'Unité africaine, la Commission économique pour l'Afrique et la Banque de développement africaine.

332. En 2012, l'ONUSIDA a aidé les pays BRICS à faire progresser l'ordre du jour en matière de responsabilité partagée et de solidarité mondiale en appelant les BRICS à augmenter leur niveau d'investissement domestique en matière de sida et à encourager ces pays à accroître la coopération en matière de développement avec les pays de faible revenu et à faciliter l'orientation des aides vers des secteurs prioritaires. L'ONUSIDA a incité les BRICS à militer pour une approche d'investissement stratégique et à maximiser la valeur des ressources. Un partenariat a ainsi été établi avec la Chine, l'Union africaine, le NEPAD et la Commission économique et sociale régionale pour l'Afrique sur la coopération entre la Chine/et l'Afrique en matière de santé.

333. Le Programme commun et les partenaires ont investi dans l'amélioration des informations stratégiques et ont consigné les approches conduites par la communauté et engagées au niveau de la communauté pour mieux définir des ripostes nationales. Dans la région Asie-Pacifique, le PNUD, le Secrétariat et la Coalition Asie Pacifique sur la santé reproductive de

l'homme ainsi que des partenaires nationaux ont élaboré des Aperçus nationaux HSH (*MSM Country Snapshots*). La Consultation régionale sur les professionnel(le)s du sexe pour la région Asie-Pacifique 2010 continue à déterminer les résultats, y compris des cas d'études sur des programmes conduits par des professionnel(le)s du sexe.

334. Un processus a été initié par l'UNESCO et par le Secrétariat en vue d'inciter les acteurs politiques à obtenir des programmes d'éducation sexuelle et sur le VIH de bonne qualité, des programmes sur la santé reproductive et sexuelle ainsi que des services adaptés aux besoins des jeunes dans 21 pays d'Afrique de l'Est et de l'Ouest. Quatorze pays appliquent désormais l'Outil SERAT d'analyse des programmes d'éducation préventive au VIH et d'éducation sexuelle dans les écoles, qui a été développé au sein de la région d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest avec l'appui technique de l'UNESCO, pour aider le secteur éducatif à améliorer la planification, la conception la surveillance et l'évaluation des programmes de sensibilisation au VIH et au sida.
335. En partenariat avec la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SACD) et avec les Etats membres, l'UNDP a réussi à convaincre les décideurs ainsi que d'autres partenaires essentiels à intégrer les questions du VIH et de la sexospécificité dans les évaluations d'impact environnemental pour des projets essentiels dans la région. Cela inclut par exemple une large gamme d'actions en Afrique du Sud, avec le développement de lignes directrices d'intégration nationale sur le sida pour plus de 1,2 millions de travailleurs du secteur public (et pour 40 000 travailleurs au Lesotho) ; l'intégration des thèmes du VIH et de la sexospécificité au cursus de l'Université de l'Etat-libre (idem pour des universités au Botswana et à Makerere, en Ouganda) ; l'intégration des thèmes du VIH et de la sexospécificité dans les processus d'évaluation d'impact environnemental dans les programmes opérationnels à l'échelle nationale en 2013 et pour tous les neuf départements provinciaux.
336. Un programme et un budget régional commun et prioritaire sur le VIH a été élaboré par le Groupe régional coparrainant de l'ONUSIDA en Amérique latine afin de mettre en œuvre de façon plus efficace et plus cohérente le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF). Des partenariats spécifiques parmi les organismes coparrainants ont été établis afin de mieux répondre et de mieux soutenir les programmes d'appui conjoint des pays à fort impact.
337. L'ONUSIDA a joué un rôle central dans la négociation et le lancement du Fonds « Robert Carr Civil Society Network », pour fournir un financement de base afin de garantir la survie à long terme des réseaux indispensables à la société civile, en particulier les réseaux régionaux et mondiaux de personnes vivant avec les VIH et les réseaux des populations clés. Vingt-quatre réseaux de la société civile se sont vus attribuer un financement au cours de la première année de fonctionnement du Fonds.

Génération et utilisation des informations stratégiques

338. L'ONUSIDA a continué à soutenir les efforts axés sur les informations stratégiques qui permettent l'obtention d'une riposte au sida d'une plus grande efficacité pour répondre à la dynamique de l'épidémie et de ses facteurs sous-jacents. En plus du lancement des indices de stigmatisation et des études des Modes de transmission qui informent et guident les responsables des programmes, les estimations nationales des dépenses relatives au sida (NASA) ont été soutenues dans plus de 15 pays. Des évaluations de la sexospécificité ont été conduites dans six pays (Bolivie, Djibouti, Jamaïque, Libéria, Rwanda et Tadjikistan). En 2012, 32 pays avaient indiqué qu'une étude d'estimation de la taille de la population avait été menée.

339. L'enquête Internet menée sur des hommes caribéens et portant sur les comportements et les pratiques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) utilisateurs d'Internet a été achevée en 2012, avec l'appui de l'ONUSIDA. Elle représentait la plus importante enquête de ce type réalisée dans les Caraïbes, avec 3567 réponders. Les résultats seront utilisés pour renforcer les processus décisionnels, les politiques et les programmes visant à améliorer les interventions dans les Caraïbes et la qualité de vie des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
340. La Banque mondiale et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont soutenu une évaluation de la situation au niveau national sous la forme d'analyses intitulées « Know Your Epidemic Know Your Response » (Connaître votre épidémie et votre riposte) visant à appuyer les décisions stratégiques et les décisions en matière d'investissement pour le VIH au niveau du pays. Cette évaluation a dernièrement concerné le Burundi, le Mozambique, l'Afrique du Sud, le Soudan du Sud et le Zimbabwe. Il est apparu évident que ces analyses contribuaient de façon essentielle aux efforts en cours engagés par ces pays pour avoir une meilleure compréhension de l'état de l'épidémie de VIH.
341. L'appui des informations stratégiques de l'ONUSIDA en Afrique du Sud a contribué à l'émergence d'une série de données de plus en plus sophistiquées et à l'émergence d'une analyse qui va orienter la planification stratégique d'Afrique du Sud, ses programmes d'affectation des ressources et ses dialogues en matière d'investissement. Cela va permettre au pays d'éviter une approche trop fragmentée constituée d'efforts diffus et de faible ampleur, et de se concentrer sur des initiatives de forte valeur, à impact élevé et évolutifs, qui sont à même de répondre à la principale dynamique de l'épidémie.
342. A la demande de plusieurs gouvernements d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest, l'ONUSIDA a apporté son aide afin de comprendre les implications de la marge de manœuvre budgétaire à 15- 20 ans des programmes sur le VIH et le sida, a généré des directives pour l'élaboration de stratégies nationales de lutte contre le sida basées sur les résultats, en veillant tout particulièrement à s'assurer que ceux-ci sont fixés en cohérence avec les programmes de développement national élargis.
343. Dix-sept pays d'Amérique centrale ont été soutenus dans le cadre de l'analyse et de l'utilisation de nouvelles informations stratégiques pour une sensibilisation de haut niveau, le développement de politiques et de stratégies de lutte contre le VIH à la fois pérennes et rentables, en se concentrant notamment sur les populations clés et les environnements favorables. Une analyse régionale systématique des données de suivi intéressantes disponibles et de la déclaration des cas pour l'Amérique Latine a été entreprise conjointement à une analyse de durabilité en utilisant les données sur les modes de transmission et les données NASA.
344. Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO) a procédé à un examen annuel des informations de suivi du VIH et des avancées des systèmes de suivi du VIH dans la région et a partagé ses conclusions avec les Etats membres et avec les partenaires des Nations Unies. L'EMRO a appuyé un exercice de triangulation des données du VIH au Maroc et les résultats ont été utilisés pour réorienter les objectifs des plans stratégiques infranationaux.

Fourniture d'un appui technique

345. Au cours de l'année 2012, l'appui technique offert par l'ONUSIDA a continué à bénéficier d'une attention particulière afin de s'assurer de l'existence d'une assistance ciblée pour les

pays en matière d'accès et de gestion des investissements externes dans le cadre de la riposte au sida.

346. L'ONUSIDA a apporté une contribution technique aux 19 subventions faisant l'objet d'un examen, obtenant ainsi des décisions de financement d'une valeur de \$ 1,9 milliard de dollars US pour leur portefeuille d'actions contre le VIH. Comme souligné dans la nouvelle *Stratégie 2012-2016 du Fonds mondial* : « Les partenaires des Nations Unies, tout particulièrement l'OMS et l'ONUSIDA, jouent un rôle spécial à cet égard en fournissant les normes, les standards et les données nécessaires pour permettre des investissements plus stratégiques. »
347. En outre, les Dispositifs d'appui technique (DAT) ont aidé au déblocage des difficultés de mise en œuvre des subventions du FMSTP dans plus de 30 pays, avec plus de 70 affectations d'appui technique. Les analyses extérieures des DAT achevés sur l'année 2012 ont révélé que les DAT étaient des outils efficaces, pertinents et à même de permettre une utilisation optimale des ressources, en réponse à une demande croissante sur les services. Dans le cadre de cette tendance actuelle qui recherche le meilleur coût-performances possible, les DAT ont été renforcés, passant ainsi de cinq à trois en 2012 : le Dispositif d'appui technique pour l'Afrique de l'Est et australe, le Dispositif d'appui technique pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale et le Dispositif d'appui technique pour la région Asie Pacifique.
348. L'équipe régionale conjointe des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale a été relancée avec la participation de partenaires plus prompts à collaborer, provenant d'organismes bilatéraux et multilatéraux et de la société civile. La CDAO (Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest) est désormais un membre à part entière du groupe de coordination de l'équipe régionale, ce qui permet le soutien de tous les partenaires pour la mise en œuvre du programme de la CDAO sur le sida. Au sein de cette équipe, trois groupes de travail se penchent sur les questions de l'appui technique, de la gestion des achats et des stocks et de l'utilisation efficace des ressources.
349. L'équipe d'appui régionale de l'ONUSIDA et le PNUD ont soutenu la mise en place d'un point focal francophone dédié au Programme juridique et politique de l'organisation *African Men for Sexual Health and Rights*, qui contribuera à promouvoir les stratégies d'accès aux services associés au VIH ainsi que les stratégies en matière de droits de l'homme pour la communauté lesbienne, gay, bisexuelle et transgenre.
350. L'ONUSIDA a fourni un appui technique et financier pour l'élaboration du projet de loi 2012 sur la prévention et la gestion du VIH et du sida dans la Communauté d'Afrique de l'Est. Cette législation régionale a pour objectif de réglementer les réponses efficaces au VIH dans les cinq pays appartenant à la Communauté d'Afrique de l'Est (Burundi, Kenya, Rwanda, Ouganda ainsi que la République unie de Tanzanie). Ce projet de loi a été adopté par l'Assemblée législative de l'Afrique de l'Est en avril 2012.
351. Les organisations de travailleurs appartenant à 12 pays caribéens ont reçu une assistance technique de la part de l'OIT. Ces travaux associés à l'appui technique de l'OIT vers d'autres pays de la région, ont permis de garantir que les réponses recueillies sur le lieu de travail dans la région étaient toutes cohérentes avec les dispositions et outils internationaux sur les droits de l'homme, dans la mesure où elles sont en lien avec le lieu de travail. Le PNUD a fourni une assistance technique aux Bahamas, à Belize et à la Grenade afin d'inclure la question de la sexospécificité dans les programmes, politiques et stratégies nationaux de lutte contre le VIH. L'organisation UN Women, avec le soutien de la Communauté

européenne et en association avec une large gamme de partenaires, a aidé la Jamaïque à suivre la même approche qui intègre les questions de l'égalité des sexes et des droits de l'homme dans la gestion de la riposte au VIH.

352. L'UNICEF, l'ONUSIDA, l'ADB (Banque asiatique pour le développement) et la Passerelle d'entrée de données en ligne sur le VIH et le sida ont répondu aux besoins régionaux et nationaux en générant et en diffusant des informations stratégiques. Le portail Internet ([web portal](#)) reste le seul site régional de ce type, avec un important stockage de données sur le VIH qui sont alors résumées en informations stratégiques pour les 26 pays de la région Asie-Pacifique. Cette base de données régionale hors ligne possède 96 000 points de données pour 1500 indicateurs sur la vulnérabilité du VIH, les comportements à risque et la prévalence, la riposte nationale et l'impact socio-économique. Ce portail a recensé 48 000 visiteurs uniques en 2012.

L'équipe conjointe des Nations Unies en Zambie a élaboré pour le Conseil National du sida un outil de cartographie électronique des parties prenantes et des services disponibles. Elle a proposé cet outil de cartographie à tous les districts. Cet outil donne des informations sur la planification et la programmation aux niveaux décentralisés et s'est également révélé très utile pour repérer les parties prenantes et les services fournis, pour optimiser la capacité de riposte infranationale des équipes en vue de coordonner les efforts des parties prenantes et pour identifier les lacunes dans la riposte.

353. Le soutien au développement des capacités des organisations menées par les communautés de professionnel(le)s du sexe, de HSH et de personnes transgenre a conduit à une implication plus forte des populations clés. Le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) a soutenu le Réseau mondial des projets des travailleurs du sexe afin de renforcer l'Alliance des professionnel(le)s du sexe en Afrique et le Réseau de plaidoyer en faveur des droits des professionnel(le)s du sexe en Europe de l'Est et en Asie centrale en Europe de l'Est et dans la Région de l'Asie centrale. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) a soutenu les organisations de professionnel(le)s du sexe dans les milieux humanitaires et le PNUD a conduit la mise en place de la Coalition eurasiennne sur la santé des hommes. Avec l'équipe d'appui régionale de l'ONUSIDA des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale (EECA), l'UNDP a soutenu le renforcement des activités de plaidoyer de l'AMSHER (African Men Sexual Health and Rights). L'OIT a quant à elle appuyé les organisations de personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles et transgenre sur le lieu de travail. Le Fonds des Nations Unies pour la Population, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), l'OIT, l'OMS et le Secrétariat ont contribué à la mise en place d'un Centre de conférence international sur le sida : le Sex Worker Freedom Festival. Cette conférence extraordinaire a démontré l'intérêt d'investir dans des approches gérées par les communautés. L'UNESCO était aux avant-postes de l'initiative « NewGen Asia » ayant pour but de développer la capacité de la nouvelle génération de jeunes leaders issus de ces populations à se faire entendre.

Enjeux et problèmes

354. Il est nécessaire de parvenir à déplacer le centre d'intérêt, de la planification à la mise en œuvre. Il convient ainsi d'attirer l'attention sur la nécessité d'alléger les processus de planification et de les rendre plus stratégiques, tout en axant les ressources sur l'obtention de résultats et sur la possibilité d'obtenir plus de résultats avec moins de moyens.

355. La promotion d'une utilisation efficace des outils d'informations stratégiques, tels que les études des modes de transmission est essentielle pour comprendre l'état de l'épidémie de VIH dans le cadre des efforts en cours des pays concernés.

356. L'ONUSIDA prévoit un développement continu de cette demande d'appui technique et il est admis qu'il sera nécessaire de mieux coordonner l'appui technique au niveau mondial, ce qui a conduit à la mise en place d'un groupe de coordination de fournisseurs d'appui technique pour l'adoption d'une bourse du FMSTP. Ce groupe de coordination incluait l'ONUSIDA, le Gouvernement américain, l'Initiative GIZ BACKUP, l'initiative French 5 % et le FMSTP.

Stratégies

357. On observera un glissement continu vers un raisonnement favorable à un investissement stratégique, afin de mieux comprendre que les ressources dirigées vers le VIH représentent des investissements en termes de bien-être national et non de coûts. Le contenu et les dispositifs des interventions se concentreront sur les activités du programme et sur les catalyseurs essentiels de changement, qui s'appuient sur des résultats scientifiques avérés, tout en veillant à maintenir une approche basée sur les droits qui garantit que l'on répond aux besoins de toutes les populations touchées.

358. Il est prévu d'accroître la stratégie de sensibilisation en faveur d'interventions mieux ciblées et moins génériques afin de se concentrer sur les groupes de population et les régions géographiques concernés. L'utilisation accrue des ressources domestiques sera encouragée afin d'améliorer les concepts d'appropriation par les pays et de responsabilité mutuelle, tout en encourageant la poursuite des investissements internationaux dans le sens d'une responsabilité partagée et d'une solidarité internationale, sans oublier le financement par de nouveaux partenaires.

359. Les Modules pour la nouvelle orientation « *National AIDS Strategies and Implementation for Results* » (Stratégies Nationales de lutte contre le sida et Application des résultats) seront complètement harmonisés grâce aux outils du Cadre d'investissement et à l'appui fourni par les quelques 40 pays qui élaboreront des plans stratégiques nationaux ou qui effectueront un bilan à mi-parcours de leurs programmes nationaux stratégiques au cours de 2013.

360. D'autres mesures seront prises pour faire avancer la mise en œuvre de l'agenda sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale et du volet financement de la Feuille de route de l'Union Africaine. Elles consisteront à définir les principes d'une juste répartition à l'échelle mondiale, à régler les problèmes de méthodologie et à aider les pays à élaborer des contrats financiers avec les principaux donateurs afin d'assurer la pérennité du financement de la lutte contre le sida.

361. Plusieurs produits d'informations stratégiques sont annoncés, y compris un référentiel des coûts unitaires des programmes et des services, un document d'orientation sur l'assurance sociale maladie et une publication sur le retour sur investissement. L'appui des pays se poursuivra, en particulier avec l'élaboration de pas moins de 20 opportunités d'investissement et des programmes de financement pérennes du VIH associés, en collaboration avec la Banque mondiale. La Banque mondiale et le Secrétariat vont développer conjointement 11 opportunités d'investissement dans les pays d'ici la fin 2013.

362. Un nouveau Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (MERG) a été mis en place. Il a fixé les priorités mondiales dans les années à venir qui devront être étudiées. Un programme de travail initial a ainsi été élaboré. La collaboration avec le FMSTP a été soutenue en matière de suivi et d'évaluation, alors que la collaboration avec la Banque mondiale et le Plan

présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) doit être renforcé davantage. Les outils et les approches visant à évaluer les coûts et les bénéfices des interventions en matière de VIH ainsi que le suivi des dépenses seront harmonisés entre les principales parties prenantes.




363. Le Programme commun continuera à travailler avec les BRICS à propos des domaines susmentionnés et aidera les BRICS alors qu'ils s'engagent dans une coopération sud-sud et dans un transfert de technologie vers les pays à revenu faible et intermédiaire en matière de santé et de développement, l'Afrique tout particulièrement. Les secteurs concernés par cette coopération seront notamment l'accès aux médicaments et aux produits de base, la recherche et les nouvelles technologies ainsi que la production locale.

364. En 2013, les requêtes auprès du Dispositif d'appui technique ont continué à croître à travers toute une gamme de domaines techniques, allant du soutien à la diffusion de données à la planification des programmes, en passant par les activités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation. L'ONUSIDA prévoit une hausse continue de cette demande de soutien. Des travaux sont actuellement en cours dans le but d'atteindre une implication plus étroite avec d'autres fournisseurs, y compris les plans visant à établir un comité directeur virtuel sur l'appui technique.

Responsabilité mutuelle

Tendances et indicateurs importants

La mise en œuvre financière des fonds de base du Cadre Unifié du Budget, des Résultats et des Responsabilités (UBRAF) en 2012 était près d'atteindre son maximum de 50 %. L'activité de compte rendu dans le Système de suivi du Programme Commun d'appui sur le VIH (JPMS) était encouragée et fournit une bonne base initiale pour les activités de compte rendu au cours des trois années restantes de l'UBRAF. Toutefois, il conviendra de mettre davantage l'accent sur les examens multi-parties prenantes des Programmes conjoints de soutien pour la période de compte rendu de 2013..

Etat	Données
	La mise en œuvre du budget de base global de l'UBRAF en 2012 était de 47,2 %.
	95 % des pays fortement touchés ont rapporté des informations financières dans le JPMS pour au moins deux des résultats de l'UBRAF concernant au moins deux organisations et 42 % des pays fortement touchés ont fourni des informations financières pour au moins 75 % des résultats de l'UBRAF concernant au moins 75 % des membres de l'Equipe commune.
	Le pourcentage de pays dans lesquels l'ONUSIDA est présent et réalisant un examen annuel multi-parties prenantes du Programme conjoint de soutien a chuté de 48 % à 38 % entre 2011 et 2012.

Progrès accomplis

Garantir une utilisation stratégique des ressources ainsi qu'une fourniture rentable des résultats

365. Le Secrétariat a mis en œuvre un réalignement stratégique afin notamment de : garantir une concordance entre les ressources financières et les ressources humaines avec des priorités d'entreprise en pleine évolution et un déploiement optimal des compétences et de l'expertise en vue d'atteindre les objectifs mondiaux de 2015 en matière de sida ; continuer à renforcer le recentrage sur les pays ; et abaisser les coûts opérationnels d'ensemble tout en maximisant la rentabilité. Dans le cadre de ce réalignement stratégique, toute une gamme de mesures d'optimisation de la rentabilité et de l'efficacité ont été mises en œuvre et ont permis de réduire les dépenses globales de 13 pour cent en 2012 par rapport à 2011. Des économies ont ainsi été réalisées dans des secteurs tels que les déplacements du personnel, l'impression et la communication.

366. Dans le cadre de ce réalignement stratégique, plusieurs postes dans les divers sièges ont dû être supprimés et quelques 50 autres postes ont été remaniés, principalement au niveau du terrain, afin de mieux répondre aux priorités du programme et de fournir l'appui opérationnel et technique le plus efficace possible. Les postes remaniés portent principalement sur : la politique et la stratégie ; le rayonnement mondial et les actions de sensibilisation ; les interventions stratégiques ; les droits, la sexospécificité et la mobilisation des communautés ; les informations stratégiques ; les organisations de jeunes et les organisations sociales et la pérennité du financement. Au niveau des sièges, ce remaniement a donné une impulsion aux fonctions principales du Secrétariat et a réorienté l'appui programmatique autour de l'atteinte des objectifs mondiaux en matière de sida. D'un point de vue structurel, les sièges fonctionnent avec moins d'équipes mais avec des équipes plus étoffées, ce qui permet l'obtention d'une configuration plus stable, plus flexible et plus réactive aux besoins émergents.

Renforcement des mécanismes de gouvernance et de responsabilité du Programme Commun

367. Un processus d'examen par des pairs plus rigoureux que tous les processus qui avaient été entrepris auparavant a été mis en œuvre au début de la deuxième année de l'exercice biennal (2013), impliquant les Coparrainants et le Secrétariat dans une évaluation à deux niveaux (1) des progrès et des performances au cours de la première année de l'exercice biennal et (2) du plan de travail et du budget pour le prochain exercice biennal. Les résultats ont ainsi pu être analysés ainsi que les aspects pour lesquels les progrès ne suivaient pas le rythme prévu. Ce processus d'examen a aussi permis de mettre l'accent sur les composantes essentielles des documents associés au développement du budget pour 2014/15 qui seront discutés lors du Conseil de coordination du programme en juin 2013. Cela a donné aussi l'occasion de s'assurer que les priorités épidémiques seront abordées de manière optimale dans les futurs travaux. Une consultation impliquant de multiples parties prenantes avec plus de 70 participants (Missions permanentes, Observateurs, Conseil du Coordination du Programme, Délégation des ONG et Coordinateurs Globaux) a été organisée le 4 mars 2013 à Genève pour faire le bilan des leçons apprises jusque-là dans la mise en œuvre de l'UBRAF et pour en tenir compte lors de l'élaboration du budget 2014-15.
368. L'importance qu'accorde le Conseil de Coordination du Programme à la responsabilité mutuelle du Secrétariat et des Coparrainants pour optimiser l'efficacité programmatique a été l'une des principales priorités du Secrétariat, facilitant ainsi la coordination et garantissant une cohérence à travers tous les secteurs de la Division du travail afin de maximiser les synergies.
369. L'UBRAF, qui est devenu complètement opérationnel en 2012, a amélioré la responsabilité en présentant un aperçu détaillé des résultats du Coparrainant et du Secrétariat en les comparant aux objectifs et aux fonctions stratégiques. Les performances sont évaluées au moyen des indicateurs d'impact et des niveaux de résultats et sont complétés par des cas d'étude et par des évaluations approfondies. Le lancement de l'outil [JPMS](#) en 2012 a rendu possible pour la première fois le recensement de façon homogène des activités de compte rendu au niveau du pays, qui serviront de base ultérieurement à l'établissement de comptes rendus au niveau régional et au niveau mondial.
370. L'adoption des normes *International Public Sector Accounting Standards* ou IPSAS en 2012 a amélioré la qualité, la comparabilité et la crédibilité des états financiers de l'ONUSIDA. L'ONUSIDA a reçu une opinion favorable quant à l'établissement de ses états financiers en 2012, qui pour la première fois ont été présentés comme conformes aux normes IPSAS.
371. En 2012, deux Conseils de Coordination du Programme productifs qui comprenaient plusieurs événements importants pour le Programme Commun se sont tenus. On peut mentionner l'initiative UN Women qui a rejoint le CCP en qualité de 11^{ème} Coparrainant et la tenue de débats sur l'agenda mondial sur le développement après 2015, les aspects sexospécifiques des ripostes au sida, les approches d'investissement stratégique, les questions de la stigmatisation et la discrimination. Les sessions thématiques du Conseil de Coordination du Programme illustrent bien la capacité du Conseil à rassembler divers groupes de parties prenantes afin d'aborder des problématiques souvent complexes dans un environnement qui respecte la diversité des opinions.

Enjeux et problèmes

372. La hiérarchisation des investissements, des actions et des résultats en soutien à la stratégie de l'ONUSIDA et aux objectifs mondiaux sur le sida reste un défi permanent. Des efforts considérables sont faits en vue de favoriser une mutation culturelle en faveur d'une plus grande prise de conscience des coûts, de la rentabilité, et d'une gestion et d'une budgétisation s'appuyant sur les résultats et sur la responsabilité pour les résultats enregistrés.
373. L'UBRAF a fait preuve d'une efficacité opérationnelle certaine et on observe des progrès évidents en termes d'activités de planification et de compte rendu basées sur les résultats. Bien que l'on puisse observer une amélioration remarquable par rapport à la structure précédente (UBW), l'UBRAF est un dispositif complexe et il devra être tenu compte de la possibilité de la simplifier en 2014-15, tout en conservant le cadre original.

Stratégies

374. En 2013, le réalignement stratégique continuera à être principalement orienté vers l'appui à apporter aux pays afin qu'ils produisent davantage de résultats au niveau du pays, avec notamment un renforcement des capacités des pays les plus fortement touchés. Parmi les autres initiatives axées sur les pays on peut également citer la création de bureaux multinationaux et la nécessité de recourir davantage aux Responsables nationaux. Les autres actions prioritaires à l'échelle du Secrétariat comprennent notamment le *Mobility exercise* 2013, le Plan d'action sur la sexospécificité du Secrétariat et le Projet de gestion des performances et de l'apprentissage, ainsi que la publication de nouvelles politiques en matière de ressources humaines. La mise en œuvre de la stratégie sur les technologies de l'information et le cadre de la gouvernance, y compris le déploiement des nouvelles informations de technologies et d'application, va contribuer à promouvoir un travail collaboratif et va améliorer la gestion des connaissances et des communications à travers l'ensemble de l'organisation.
375. Ces efforts vont continuer à renforcer la prise de conscience du rapport coût/efficacité dans le Programme commun dans un but d'optimisation de l'utilisation des ressources et d'équilibre du budget. L'une des autres priorités pour le Secrétariat sera de diriger la mobilisation des ressources pour le budget central.
376. Le renforcement de la gouvernance va rester un axe d'action prioritaire et comprendra une amélioration des travaux intersessions avec les groupes régionaux et les membres du Conseil, une poursuite de la mise en œuvre des mesures pour renforcer l'appui stratégique au Conseil de Coordination du Programme, notamment via des processus impliquant de nombreuses parties prenantes, l'utilisation de cas d'étude dans les comptes rendus et des visites de terrain du Conseil de coordination du Programme ; la création de synergies et l'établissement de liens renforcés avec les structures de gouvernance des Coparrainants et des autres partenaires clés, comme le FMSTP et l'UNITAID.
377. L'UBRAF a déjà amélioré la transparence et la responsabilité en optimisant la planification basée sur les résultats et par la préparation des rapports communs. En 2014-2015, la simplification de la gestion du Cadre unifié du budget de résultats et de responsabilité de l'ONUSIDA et des activités de compte rendu sera étudiée et le Système de suivi du programme commun d'appui sur le VIH (JMPS) sera perfectionné en vue d'améliorer la façon

de rendre compte des résultats et des performances de l'UBRAF et d'utiliser les informations utilisées sur l'ensemble du Programme commun.

378. L'UBRAF constitue un modèle de responsabilité commune qui satisfait à un certain nombre d'exigences relatives à l'Examen quadriennal complet, telles qu'un renforcement du travail collectif, une organisation conjointe du travail, la fixation d'objectifs spécifiques et une transparence accrue. Des étapes ultérieures seront prises pour un renforcement de ses capacités opérationnelles. Le Secrétariat soutient le développement d'un plan d'action commun détaillé pour le système des Nations Unies par le Groupe des Nations Unies pour le développement et portant sur la mise en œuvre de l'Examen quadriennal complet.

Cameroun

LA RÉDUCTION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION AU CŒUR DES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE VIH

Dépenses VIH des NU en 2012

3 355 452 \$US

Fonds de base et hors budget de base de l'UBRAF

Membres de l'Équipe conjointe des NU : OIT, Secrétariat, ONU Femmes, PNUD, UNESCO, UNFPA, HCR, UNICEF, PAM, OMS et Banque mondiale **[20 membres]**

Type d'épidémie : charge élevée

Principaux modes de transmission:

professionnel(le)s du sexe et leurs clients, HSH, partenaires hétérosexuels multiples

Le Cameroun a montré la voie à suivre en Afrique en décentralisant sa riposte au sida. Dans le cadre du plan stratégique national rédigé avec la participation de l'ONUSIDA, presque tous les districts sanitaires sont équipés pour fournir des services de PTME. Ceux-ci sont actuellement intégrés aux soins prodigués avant, pendant et après l'accouchement, et aux autres services de santé sexuelle et reproductive. Même si beaucoup reste à faire dans le pays pour atteindre l'objectif Zéro nouvelle infection à VIH chez les enfants d'ici 2015, la transmission de la mère à l'enfant a reculé, passant de 29 % en 2009 (valeur de référence) à 24 % en 2011, selon l'UNICEF. La couverture de la PTME étant presque maximale dans les districts sanitaires, l'objectif est de toucher les femmes qui n'accouchent pas à l'hôpital, en particulier celles des communautés rurales et marginalisées. C'est pourquoi l'Équipe conjointe des Nations Unies sur le sida a participé au renforcement des interventions à assise communautaire pour la planification familiale. Par ailleurs, la politique et les programmes de PTME sont étendus et incluent notamment la mise sous thérapie antirétrovirale des femmes pouvant y prétendre, des services de santé sexuelle et reproductive, des services de prévention primaire et un soutien nutritionnel.

Le Cameroun sait qu'il faut supprimer les systèmes parallèles pour les services liés au VIH et intégrer davantage la riposte au sida aux efforts en faveur de la santé et du développement. Les besoins des femmes et des filles en matière de VIH ont été pris en considération spécifiquement dans le Plan conjoint de lutte contre le sida du Cameroun et des Nations Unies pour 2012–2013. Les consultations régulières entre les partenaires de la santé ont facilité l'échange d'informations, l'allocation rationnelle des ressources et l'intégration des services ; l'intégration de la thérapie antirétrovirale, de la PTME et du traitement de la tuberculose a amélioré l'accès au traitement pour les femmes et les filles, quel que soit le point de contact. En 2012, le PNUD a lancé un programme pour éduquer, sensibiliser et former les dirigeants locaux et les groupes de femmes des provinces les plus pauvres à la violence sexiste dans le contexte du VIH ; de tels programmes faciliteront des actions spécifiques pour prévenir les pratiques exposant les femmes et les filles au VIH.

Il est crucial de réduire la stigmatisation et la discrimination dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le VIH mais les mesures prises au Cameroun pour faire respecter le droit à la santé de populations clés comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe ont manqué d'efficacité. La connaissance limitée des droits de l'homme et l'insuffisance des financements pour étendre les interventions de promotion au niveau national ont exacerbé le problème. Cependant, le plaidoyer des Nations Unies a permis de mieux faire connaître les liens entre la riposte au sida et l'agenda plus large des OMD, et les droits de l'homme ainsi que la question du genre ont été pris en compte dans le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF) 2013–2017 et dans le Plan conjoint pour 2013. Les données de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH compilées avec l'aide du personnel des Nations Unies ont débouché sur un plan d'action pour réduire la discrimination et fournir des orientations aux juges, aux avocats et aux associations concernant les droits de l'homme liés au VIH. Passer de la théorie à l'action ne sera pas aisé mais contribuera à focaliser les parties prenantes sur la mobilisation de ressources pour atteindre l'objectif Zéro discrimination d'ici 2015.

G. THEMES TRANSVERSAUX

388. Les thèmes transversaux représentent des questions de la division de l'ONUSIDA qui ne sont pas directement représentées ou explicitement intégrées aux objectifs stratégiques de l'ONUSIDA pour la stratégie 2011-2015 ou aux objectifs internationaux de lutte contre le sida.

Les thèmes sont les suivants :

- i. les jeunes ;
- ii. l'éducation pour l'obtention de ripostes au sida plus efficaces ;
- iii. l'intensification des programmes et des politiques destinés aux effectifs pour la lutte contre le VIH ;
- iv. l'intégration de l'alimentation et de la nutrition dans la prévention contre le VIH et des services de prise en charge et,
- v. les interventions HIV dans des situations d'urgence humanitaires.

Jeunes

Progrès accomplis

389. En 2012, le Programme commun mettait tout particulièrement l'accent sur l'inclusion des jeunes et de la santé sexuelle et reproductive/du VIH dans la riposte globale. La mise en œuvre du Plan d'action sur la jeunesse du Secrétaire général appliquée à l'ensemble du système a constitué un des principaux axes de ces efforts. Les autres initiatives clés destinées aux jeunes incluaient tout un ensemble de recommandations définies par la jeunesse, afin d'orienter le travail de l'ONUSIDA sur le VIH et à l'intention des jeunes jusqu'à la fin 2015. Ces recommandations étaient issues de contributions de plus de 5000 jeunes issus de 79 pays qui avaient participé au projet CrowdOutAIDS, un projet collaboratif innovant en ligne/hors ligne conduit par la jeunesse et lancé par le Secrétariat.

390. Des centaines de leaders de la jeunesse se sont retrouvés au Troisième sommet panafricain des jeunes leaders des Nations Unies pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire, une réunion de trois jours organisée par le Réseau Ouest Africain des Jeunes Leaders des Nations Unies, en coopération avec l'ONUSIDA. L'accent était mis sur la façon dont les jeunes pouvaient contribuer à l'ordre du jour du développement post 2015 et atteindre les objectifs de l'ONUSIDA.

391. Le soutien coordonné via l'Equipe spéciale inter-institutions (IATT) de l'ONUSIDA pour la région Asie-Pacifique des Jeunes issues de populations clés a accru la capacité des réseaux régionaux dirigés par la jeunesse, tels que les réseaux Youth LEAD, Youth Voices Count et le Fonds des jeunes leaders pour la lutte contre le VIH (*HIV Young Leaders Fund*) et a contribué à impliquer plus de jeunes dans les politiques et les programmations au niveau régional et national. Ce soutien a également amélioré la compréhension de la disponibilité et des déséquilibres en matière d'informations stratégiques, ainsi que la compréhension de la dynamique de l'épidémie parmi les jeunes issus des populations clés. Il a également servi de base à l'élaboration de politiques et à la programmation au niveau des pays et a amélioré la capacité des responsables politiques à comprendre les besoins des jeunes provenant des populations clés.

392. L'UNICEF, le FNUAP et le Secrétariat ont organisé la première réunion des jeunes personnes vivant avec le VIH, avec 25 participants provenant de presque tous les pays de la région Amérique Latine. Le principal résultat a été la création d'un Réseau régional de Jeunes personnes vivant avec le VIH dans les pays d'Amérique Latine et cette réunion a aidé à mieux

définir la mission, les objectifs et la structure du réseau et a permis l'élection d'une équipe de direction composée de six membres. L'UNICEF a appuyé des programmes au Brésil et en Jamaïque qui étaient destinés à faciliter l'accès de milliers d'adolescentes et de jeunes femmes aux tests de dépistage du VIH et aux conseils ainsi qu'à un ensemble complet de traitements et de soins. En Jamaïque, le travail fourni avec les réseaux d'adolescents vivant avec le VIH a intensifié les efforts visant à abaisser l'âge de consentement et/ou à obtenir l'autorisation parentale afin d'éliminer les obstacles aux services et au traitement.

393. Douze bureaux nationaux du FNUAP en Afrique de l'Est et en Afrique Australe ont signalé le renforcement d'un programme complet d'utilisation des préservatifs à destination des jeunes. Le Mozambique, l'Ouganda et la République unie de Tanzanie ont réactivé leurs comités/groupes de travail sur le préservatif. Un soutien à la promotion de l'usage des préservatifs pour les jeunes personnes et pour le développement des compétences parmi les responsables gouvernementaux, les fournisseurs de services non-gouvernementaux et les pairs-éducateurs a été proposé en Ethiopie, au Lesotho, au Malawi et au Swaziland. Un « pack prévention » a été élaboré en Ethiopie pour soutenir les actions de proximité à l'attention des jeunes en dehors de l'école, alors qu'à Djibouti et en Iran, on observait des avancées dans le développement des programmes de prévention destinés aux adolescents ainsi qu'une intensification des services de lutte contre le VIH adaptés aux besoins des adolescents.

394. L'UNICEF et l'Institut du futur ont mené des études de modélisation visant à démontrer l'impact et le coût des approches d'investissement ciblant les adolescents. Les études ont soutenu les actions de sensibilisation en faveur de changements stratégiques de programmation à l'intention des adolescents. Les interventions ayant un impact élevé ont ainsi été privilégiées.

395. Les principales publications dans ce domaine incluaient les nouvelles recommandations du secteur éducatif publiées par l'UNESCO et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+) et qui portent sur les jeunes vivant avec le VIH. L'UNFPA a publié le document « [Marrying too young: end child marriage](#) », qui récapitulait les données et les éléments d'informations provenant de 40 pays et qui identifiait les foyers de transmission comptant les proportions les plus élevées de jeunes filles à haut risque de contamination.

396. Au Cameroun, en République centrafricaine, en République Démocratique du Congo et au Nigéria, des progrès ont été effectués dans l'utilisation de données de qualité portant sur les connaissances, les risques, la vulnérabilité et l'utilisation des services lors de l'élaboration de programmes destinés aux jeunes populations. L'Ouganda a ainsi ébauché une politique sanitaire en faveur du développement de l'éducation sexuelle dans les écoles.

Enjeux et problèmes

397. Les gouvernements nationaux, les partenaires et les organisations dirigées par les jeunes ne disposent pas d'une capacité suffisante en matière de développement, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes de soins et de prévention à l'intention des adolescents. Ainsi la coordination inter-institutions et la mobilisation des ressources en amont avec les donateurs et les systèmes nationaux reste difficile. La majeure partie des travaux inter-institutions ne parvient pas à intégrer les efforts en matière d'éducation sexuelle, les compétences psychosociales et de nombreux services de prévention.

398. Dans les régions Asie-Pacifique, du Moyen orient, d'Afrique du nord, d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, des problèmes se posent quant au ciblage des jeunes populations à partir des

populations clés. Le nombre restreint d'informations sur ces jeunes populations rend difficile l'élaboration de programmes efficaces. L'ordre du jour dominant qui porte sur la dimension généralisée de l'épidémie limite les ressources pouvant être mises à disposition d'interventions ayant un impact élevé et qui sont précisément destinées aux jeunes populations parmi les populations clés. Les barrières politiques et juridiques empêchent également ces services d'atteindre les jeunes populations et le coût des préservatifs reste un problème.

Stratégies

399. Un appui d'envergure internationale sera également fourni pour analyser les contraintes qui touchent spécifiquement les services destinés aux adolescents et aux jeunes. Cet appui devra également favoriser l'émergence d'un cadre d'action global portant sur les adolescents et le VIH. Les soins, les traitements, les conseils et tests de dépistage du VIH destinés aux adolescents/aux jeunes seront renforcés, avec notamment un accès accru aux services de santé sexuelle et reproductive.

400. Des recommandations en faveur d'une auto-évaluation des politiques de consentement et pour la programmation et l'élaboration de politiques à destination des populations clés et des mineurs seront élaborées.

401. Les programmes d'éducation sexuelle exhaustifs seront renforcés tout comme les programmes de sensibilisation à l'utilisation de préservatifs pour une protection des deux partenaires.

Garantir un enseignement de qualité supérieure pour une riposte plus efficace au sida

Progrès accomplis

402. L'Equipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation (UNICEF, UNFPA, OIT, UNESCO, OMS), a développé toute une série d'outils de communication pour sensibiliser les secteurs éducatifs et de la santé aux politiques et aux programmes soutenant l'éducation au VIH. L'étude des progrès mondiaux réalisée par le secteur de l'éducation en matière de réponse au VIH et au sida a ainsi été réalisée, avec notamment 39 comptes rendus de situation de pays, des analyses de tendance ainsi qu'une publication détaillant les analyses et les recommandations.

403. L'UNESCO a également développé un outil d'analyse et d'examen sur l'éducation à la sexualité et l'utilise pour 14 pays. L'UNICEF a achevé une évaluation de l'apprentissage des compétences psychosociales qui examinait des documents provenant de 40 pays et a fourni des recommandations détaillées.

404. L'UNESCO a fourni un appui technique aux ministères de l'éducation dans 75 pays afin de renforcer la capacité du secteur éducatif à riposter au sida et plus de 20 000 personnels de l'éducation ont ainsi été formés.

405. L'UNESCO et l'UNICEF ont formé et ont aidé les membres du personnel du système d'information et de gestion de l'éducation en Jamaïque, en Namibie, en Afrique du Sud, en République unie de Tanzanie, au Viêt-Nam et en Zambie à utiliser et à analyser les indicateurs adaptés au VIH ; alors que l'UNESCO, l'UNICEF et l'UNFPA ont formé 105 personnes chargées de l'élaboration des programmes issues de 17 pays pour qu'elles conçoivent des

programmes d'éducation sexuels qui soient à la fois exhaustifs et complets. Au total, l'UNFPA a travaillé avec 38 ministères de l'éducation et concepteurs de programmes éducatifs.

406. Au niveau régional, l'UNESCO a mobilisé 7,2 millions de \$ US dans le but d'intensifier considérablement les programmes d'éducation sexuelle exhaustifs dans six pays ciblés en Afrique de l'Est et en Afrique Australe et également d'appuyer les efforts dans 10 autres pays de la région. L'UNFPA a formé les jeunes à la prévention du VIH dans 13 pays, touchant ainsi 3,2 millions de personnes dans la région. L'UNESCO a également publié une analyse des politiques et des stratégies visant à mettre en œuvre et à intensifier les programmes d'éducation sexuelle en Asie et dans la région pacifique.
407. Dans le cadre des efforts faits par le secteur éducatif pour s'attaquer aux comportements sexuels néfastes qui accélèrent la propagation de l'épidémie dans les Caraïbes, l'UNESCO, l'UNICEF, l'Université des Antilles et le *Caribbean Community Regional Working Group on Health and Family Life Education* ont contribué à créer des programmes exhaustifs d'éducation sexuelle en améliorant la capacité des enseignants et en accroissant l'accès à l'enseignement et aux ressources d'apprentissage. L'OIT a également formé 28 pairs-éducateurs issus de 12 pays caribéens aux programmes de lutte anti-VIH et l'UNFPA a fourni un appui technique aux ministères de l'éducation et de la santé en vue de fournir un cursus sur l'éducation sexuelle et reproductive à la Barbade et en Jamaïque.
408. Les progrès au niveau des programmes d'enseignement en ligne constituent une autre réalisation majeure de 2012. Les campagnes de plaidoyer et de sensibilisation sur le VIH, la stigmatisation et la santé sexuelle et reproductive conduites par des jeunes et utilisant Internet, ont atteint plus de quatre millions de jeunes en Europe de l'Est et en Asie centrale. Elles ont été consultées à partir de deux plates-formes Internet interactives conçues pour les adolescents qui cherchent des services et des informations sur la santé sexuelle et reproductive/le VIH. Les établissements éducatifs en Asie centrale et en Ukraine ont été dotés de matériels pédagogiques (e-courses, livrets d'apprentissage) et ont reçu des conseils techniques en vue d'améliorer la qualité et l'intensification de l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive et le VIH, tout en les intégrant aux cours et aux thématiques de l'éducation à la santé et aux compétences essentielles.
409. L'UNDP, associée à l'Organisation Internationale du Droit et du Développement (OIDD), a développé et a lancé un cours électronique sur le VIH et le droit, ciblant ainsi un large public de parties prenantes, y compris des responsables gouvernementaux. Il s'agissait de la première formation virtuelle dans ce secteur à être effectuée en langue russe.
410. Les cours électroniques de l'UNESCO visant à renforcer les connaissances des enseignants sur le VIH ont été largement diffusés au sein des établissements de formations d'enseignants dans toute la région d'Europe de l'Est et d'Asie centrale. Ces cours étaient intégrés à d'autres cours de formation et étaient également utilisés pour former les pairs-éducateurs.

Enjeux et problèmes

411. Le rôle de l'éducation en tant que catalyseur indispensable n'est pas encore bien compris par certains partenaires dans le cadre de la riposte au VIH et il convient de procéder à une analyse plus attentive afin de savoir de quelle manière le secteur éducatif contribue à la riposte dans différents cadres épidémiologiques. Les outils de sensibilisation et de communications mis au point par l'Equipe de travail inter-institutions de l'ONUSIDA (ETII) sur l'éducation vont aider à relever ce défi.
412. Faire campagne en faveur d'une éducation exhaustive à la sexualité et au VIH représente souvent un véritable défi dans la mesure où certains thèmes essentiels, notamment les préservatifs, la sexualité à moindre risque et la diversité sexuelle, sont souvent exclus des programmes scolaires dans de nombreux pays et nombre de professeurs n'ont développé aucune connaissance ni compétence sur de tels sujets.
413. Il existe aussi des éléments conservateurs qui ont tendance à faire de l'éducation un enjeu politique et qui sont réticents à toute forme d'éducation sexuelle, affirmant que l'éducation sexuelle encourage la promiscuité, malgré toutes les preuves qui attestent du contraire.
414. La mise en œuvre de programmes sur l'éducation sexuelle et le VIH dans ces régions et dans ces pays doit être harmonisée avec les politiques et les cycles de révision des programmes afin de faciliter l'appropriation des problématiques par ces pays. Il est indispensable d'expliquer la double contribution de l'éducation à la lutte contre le sida : d'une part car l'éducation sanitaire qui aborde les questions du VIH et de la santé sexuelle et reproductive contribue aux programmes de base de la riposte au sida et d'autre part l'éducation constitue en général un facteur de protection à court et à long terme.

Stratégies

415. En 2013, le Programme commun va élargir son ensemble de données disponibles et va continuer à développer les capacités des pays à planifier, programmer, mettre en œuvre et intensifier des programmes d'éducation à la sexualité et au VIH exhaustifs.
416. Sous le leadership de l'UNESCO, un compte rendu impliquant 21 pays va servir de base à une Implication ministérielle en Afrique de l'Est et Australe, qui devra être développée et signée par les responsables en matière d'éducation et de santé à la fin 2013. L'UNFPA, l'UNICEF et d'autres coparrainants vont fournir un appui technique et/ou financier. L'UNESCO va adapter l'outil SERAT aux organisations de la société civile (CSERAT) pour utiliser et générer une analyse sur les besoins éducatifs et les défis auxquels sont confrontés les jeunes dans sept pays en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale.
417. Une aide continue au pays sera fournie afin d'intégrer des indicateurs adaptés au VIH dans les systèmes d'information et de gestion de l'éducation nationale. L'UNFPA va coprésider le Plan d'action à l'échelle du Secteur du Secrétaire Général portant sur la jeunesse, finalisant ainsi le plan de travail et mettant en œuvre les activités. Dans toutes les opérations concernant les réfugiés, le HCR va continuer à dispenser aux enfants issus de familles séropositives au VIH et séronégatives au VIH, avec ou sans les parents, à l'intérieur comme à l'extérieur des écoles, des activités d'éducation, de sensibilisation et de formation aux compétences psychosociales.

Intensification des programmes et des politiques destinés aux effectifs engagés dans la lutte contre le VIH

Progrès accomplis

418. Au niveau international, l'OIT a travaillé en collaboration avec l'UNICEF, l'OMS, le Secrétariat, GBCHealth et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida GNP+ en vue d'organiser un cours de formation global, « le VIH, le sida et le monde du travail : une perspective de prévention et de protection sociale ». Des experts nationaux en matière de VIH et de protection sociale ont participé, ce qui a contribué à la mise en place d'un réseau d'experts avertis au niveau du pays qui sont les premiers à fournir les efforts visant à mettre en œuvre les politiques en matière de VIH et à garantir que les personnes touchées par le VIH ont accès à une protection sociale.
419. Au niveau régional, l'OIT a travaillé en étroite collaboration avec l'OIM, l'OMS, la Communauté de développement d'Afrique Australe, la Banque mondiale et d'autres partenaires nationaux en vue d'élaborer les recommandations de la Communauté sur la tuberculose, le VIH et la silicose. Les recommandations seront signées par le Conseil des Ministres (y compris ceux de la santé et du travail) avant d'être appliquées dans les 15 pays de la région les plus durement touchés par le VIH.
420. En travaillant avec des gouvernements nationaux et avec des organismes sectoriels, des employeurs, des travailleurs et leurs organisations respectives, l'OIT a fourni une aide technique pour examiner et/ou élaborer des directives sur le VIH et le monde du travail, des politiques et des programmes dans plusieurs pays, y compris le Malawi, l'Afrique du Sud, la République unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Suite aux exercices tripartites de développement des capacités menés par l'OIT, six pays des Caraïbes ont commencé à élaborer ou à réexaminer leur politique nationale sur le lieu de travail. Ces pays ont également fait part de leur intention de mettre en œuvre des programmes sur le lieu de travail avec des institutions participantes issues des secteurs public et privé.
421. Les programmes de mobilisation du secteur privé englobent une initiative de l'OIT à la Guyana impliquant 15 entreprises et plus de 23 000 salariés. Treize de ces entreprises ont développé des politiques sur le lieu de travail en matière de VIH et les deux autres entreprises avaient élaboré des politiques en la matière. L'OIT a également mobilisé le secteur privé en Jordanie et au Liban, en développant un consensus sur les initiatives sur le lieu de travail afin de fournir aux jeunes hommes et aux jeunes femmes des informations exhaustives sur le VIH.
422. Grâce au soutien financier et technique de l'OIT, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, le Kazakhstan, la Russie, le Tadjikistan et l'Ukraine ont mis en œuvre des stratégies nationales tripartites portant sur la prévention du VIH sur les lieux de travail. L'OIT a aidé les ministères du travail, ainsi que les organisations syndicales et patronales à élaborer ces stratégies sur le lieu de travail et au bout du compte les ripostes nationales au VIH dans les pays concernés. Des interventions ciblées en Russie et au Tadjikistan destinées à impliquer la police et la justice serviront de modèles pour les autres pays.
423. L'OIT a fourni aux intervenants du monde professionnel des formations, des outils et des recommandations techniques dans 20 pays dans le cadre de politiques et de programmes de lutte contre le VIH/la tuberculose sur le lieu de travail.

424. Le groupe UN Plus, qui regroupe les membres du personnel des Nations Unies qui vivent avec le VIH, a mené une étude en collaboration avec UN Cares, le programme portant sur le VIH/sida sur le lieu de travail du système des Nations Unies, sur le programme UNICEF-Van Breda Health and Wellness. Lors de la conférence 2012 sur le sida, le groupe UN Plus a également collaboré avec la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (FIPF+) et aussi avec le Réseau de la Croix rouge et du Croissant rouge pour les personnes vivant avec le VIH (RCRC+) (des réseaux de personnes vivant avec le VIH et basés sur leur lieu de travail) afin de mieux faire connaître les problèmes posés par le VIH sur le lieu de travail, en particulier la stigmatisation et la discrimination.

Enjeux et problèmes

425. Le niveau de stigmatisation et de discrimination associé au VIH sur le lieu de travail reste assez élevé. Dans certains pays, on considère que les programmes portant sur le VIH sur le lieu de travail ne sont pas aussi importants que les autres interventions en matière de santé dans le cadre de la lutte contre l'épidémie. Les programmes de sensibilisation au VIH sur le lieu de travail ne se voient donc pas accorder une place suffisante lorsque les pays doivent restreindre des ressources financières déjà limitées.

426. Dans de nombreux pays dans lesquels l'épidémie est fortement concentrée, il est nécessaire de comprendre de quelle manière les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail atteignent les populations clés, afin d'améliorer leur popularité.

427. Les programmes qui atteignent de façon adéquate les travailleurs mobiles et migrants sont limités en termes d'envergure et de couverture. Les travailleurs mobiles et les migrants doivent avoir accès à tous les services du VIH qui peuvent leur être utiles, qu'ils soient originaires des pays qui envoient, qui accueillent temporairement ou qui reçoivent ces migrants, ce qui n'est souvent pas le cas.

428. Il convient de disposer de données plus solides sur la façon dont les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail contribuent à l'atteinte des objectifs nationaux de lutte contre le VIH, afin de renforcer le plaidoyer en faveur de tels programmes et leur développement.

Stratégies

429. La création d'informations stratégiques qui établissent un lien entre les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail et la prévention nationale contre le VIH, entre le traitement et les objectifs en termes de droits de l'homme et qui portent sur la manière dont de tels programmes peuvent répondre aux besoins spécifiques des populations clés, notamment les populations lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles et transgenre ainsi que les travailleurs mobiles/migrants, constitue une priorité essentielle pour 2013.

430. Les études réalisées dans plusieurs pays sur la manière dont les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail atteignent des résultats optimaux seront finalisées et les données seront transmises à tous les pays fortement touchés par l'épidémie. La génération d'informations sur les estimations globales de l'incidence du VIH parmi les populations qui travaillent et l'importance accordée à l'impact du VIH sur la main d'œuvre serviront de guide global pour les pays et informeront les populations qui travaillent et qui sont concernées en priorité.

431. L'intensification des programmes d'investissement de base par le biais de programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail sera accélérée et il sera accordé une plus grande place à la question de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination sur le lieu de travail, dans la mesure où cela constitue la première étape vers une réduction de la stigmatisation au sein des communautés. Les programmes sur le lieu de travail qui traitent des besoins des travailleurs mobiles et des travailleurs migrants doivent également se concentrer sur l'assurance de l'obtention d'une protection sociale pour ces groupes.

Intégrer les questions de l'alimentation et de la nutrition à la riposte au sida

Progrès accomplis

432. La question de l'alimentation et de la nutrition a définitivement été inscrite à l'ordre du jour de la riposte au VIH en 2012. Avant la conférence de 2012 sur le sida, l'UNICEF, le PAM, l'OMS et le Secrétariat ont conjointement organisé une réunion d'une journée sur le thème de l'alimentation et de la nutrition dans le cadre de la riposte au VIH. Cette réunion a rassemblé des partenaires des Nations Unies qui ont discuté de la manière dont l'alimentation et la nutrition avaient évolué, depuis l'allègement du traitement, jusqu'à l'utilisation de véritables catalyseurs du traitement ; et de quelle manière elles contribuent de façon très importante à l'observance du traitement et à la conservation des soins. Une réunion ultérieure regroupant des organismes des Nations Unies, des membres de la société civile et de l'université ont créé une Equipe de travail inter-institutions sur l'alimentation et la Nutrition afin d'améliorer la collaboration entre les partenaires et de promouvoir l'agenda politique en matière d'alimentation et de nutrition au sein de la riposte au sida. Trois sous-groupes de travail ont été mis en place sur la mobilisation des ressources et les stratégies de sensibilisation, la recherche et les programmes.
433. Plusieurs publications ont également démontré que l'alimentation et la nutrition représentaient des catalyseurs essentiels dans l'action contre le sida. Le document *Adherence and food and nutrition in the context of HIV and TB*, sur lequel de nombreux acteurs ont travaillé sur l'année 2012 pour une publication en 2013, va décrire les obstacles qui empêchent les gens qui vivent avec le VIH d'accéder au traitement et au services de soins mais aussi de suivre le traitement, ainsi que le rôle des interventions au niveau de l'alimentation et de la nutrition dans la levée de ces obstacles. Le HCR a publié un document intitulé *Introduction to cash-based interventions in UNHCR operations* (Introduction aux aides en espèces dans les opérations du HCR) afin d'encourager une approche proactive pour l'utilisation et l'intensification de tels programmes.
434. Un article sur la nutrition et le VIH pédiatrique, *Integration of nutritional support with paediatric HIV care in developing countries* a été publié et un partenariat de recherche à long terme entre le PAM et l'Université de Californie de San Francisco conduira à la publication de quatre articles conjoints entre 2013 et 2014 sur le VIH, l'insécurité alimentaire et la nutrition.
435. Grâce à l'utilisation des fonds de l'UBRAF, un partenariat tripartite entre le Centre de recherche sur le sida de la Croix-Rouge Thaï, le Centre Albion Street et le PAM a mis en place le Centre de collaboration de la région Asie Pacifique sur la nutrition et le VIH. Il formera les professionnels de la santé aux aspects de la nutrition et du VIH, organisera des recherches, impliquera les responsables de l'élaboration des politiques et aidera les antennes du PAM dans les pays ainsi que les gouvernements dans les pays sélectionnés à intégrer les thèmes de la nourriture et de la nutrition dans les propositions du FMSTP. La première session de formation s'est tenue au début de l'année 2012.

436. Une assistance et un appui technique du PAM a été fourni à 18 pays dans la région d'Afrique de l'Ouest et centrale en vue d'intégrer l'alimentation et la nutrition au cœur de l'action contre le sida. De ce fait, 137 000 personnes vivant avec le VIH et membres des ménages affectés ont pu bénéficier d'un soutien en matière d'alimentation et de nutrition, via un traitement antirétroviral, antituberculeux et de prévention de la transmission verticale, ainsi que via des programmes destinés aux orphelins et aux autres enfants rendus plus vulnérables en raison du sida.

Enjeux et problèmes

437. Les aspects jugés comme prioritaires rentrant en compétition, l'appui en matière d'alimentation et de nutrition est souvent l'un des premiers axes d'intervention à être relégué au second plan. L'action de nombreuses organisations qui travaillent sur les interventions en matière d'alimentation et de nutrition pour les personnes vivant avec le VIH, a été sévèrement entravée par l'annulation du Round 11 du Fonds mondial, qui a considérablement affecté l'accès des parties prenantes des pays aux ressources en 2011.
438. Les réfugiés sont rarement intégrés aux stratégies nationales d'alimentation et de nutrition associées au VIH et les réfugiés vivant avec le VIH ne bénéficient généralement d'aucun appui spécifique en matière d'alimentation et de nutrition, sauf via la collaboration avec le PAM et le HCR.
439. Les parties prenantes impliquées dans les questions d'alimentation et de nutrition ont déployé des efforts considérables pour contribuer au stock de données disponibles, bien que disposant de programmes de lutte contre le VIH de grande envergure qui pourraient contribuer à générer des nouvelles données.

Stratégies

440. Les secteurs prioritaires de l'Equipe spéciale inter-institutions sur l'alimentation, la nutrition et le VIH sont les suivants : mise en œuvre du programme, avec notamment la fourniture de services ; aider les personnes vivant avec le VIH à surmonter les obstacles qui les empêchent d'accéder à ces services ; recherche et mobilisation de ressources. Les pays seront aidés à entreprendre des analyses de situation, afin : de déterminer les besoins et d'identifier les carences programmatiques et en terme de couverture, d'accroître les capacités de planification, de financement, de mise en œuvre et d'évaluation de leurs programmes de soutien en matière d'alimentation et de nutrition.
441. Les membres de l'équipe vont aussi accroître leurs efforts en vue de renforcer la capacité des parties prenantes à travailler avec les partenaires pour bénéficier des affectations du FMSTP.
442. Les personnes en charge de l'application vont étendre les aides financières et les aides en nature afin d'aider les personnes atteintes de malnutrition et vivant avec le VIH à accéder plus facilement à la nourriture. Cela contribuera également à renforcer les économies locales et à réduire les coûts de fonctionnement.

Faire face au VIH dans des situations d'urgence humanitaire

Progrès accomplis

443. Au niveau mondial, le HCR et le PAM ont collaboré avec les chefs de file de secteurs du milieu humanitaire pour intégrer les interventions de lutte contre le VIH aux divers aspects de la réponse humanitaire, y compris la protection, la santé, la sécurité alimentaire, le logement et l'éducation. L'UNICEF et le Secrétariat ont également commandé une étude sur le VIH et les adolescents dans les situations d'urgence afin d'aider à améliorer les réponses aux besoins de ce groupe.
444. Au niveau régional, le HCR dirige le Groupe de travail inter-institutions (IATT) sur la violence sexiste et le VIH dans les situations d'urgence auquel les Coparrainants et les ONG participent également. Dans les régions de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique Australe, le groupe de travail a aidé les pays à intégrer pleinement le VIH aux programmes de prévoyance nationaux et à inclure les populations se trouvant dans des situations humanitaires dans les stratégies de lutte contre le VIH.
445. Le Groupe de travail inter-institutions sur le VIH dans les situations d'urgence a développé un [site Web](#) qui constitue une ressource essentielle pour les programmes nationaux et régionaux. Organisé autour de trois thématiques : les populations clés à risque élevé d'infection ; les autres populations exposées et la prévention, le traitement, les soins et la prise en charge, le contenu du site Internet servira de base au développement d'une stratégie d'assistance technique.
446. Le Groupe de travail inter-institutions sur le désarmement, la démobilisation et la réintégration a élaboré un ensemble de ressources visant à intégrer sexospécificité et VIH. En partenariat avec l'*International Rescue Committee*, le HCR, l'UNICEF, l'UNFPA, et l'OMS, ce Groupe de travail a créé un système à plusieurs niveaux permettant de recueillir les données d'incidents relevant de violences sexistes dans des situations d'urgence humanitaire. Ce système, appelé **Système de gestion des informations relatives à la violence sexiste ou GBVIMS (*Gender-Based Violence Information Management System*)** est déjà considéré dans le domaine psychosocial et dans le domaine de la santé comme un modèle des meilleures pratiques à suivre pour la gestion de telles données.
447. La formation a également été l'une des grandes réussites de 2012. L'UNICEF a travaillé avec la Commission des femmes pour les réfugiés afin d'élaborer un outil de formation destiné à aider les communautés à répondre à la violence sexuelle dans des situations humanitaires. Elle expliquera également aux professionnels de la santé communautaire vers qui orienter les victimes de violence sexuelle et leur apprendra à dispenser des soins à ces victimes lorsqu'une orientation n'est pas possible. Ce projet a pour objectif de faire progresser les approches de prévention primaire de la violence sexiste mais aussi de les mettre en œuvre, en particulier les violences sexuelles dirigées contre les femmes et les filles touchées par des conflits et des désastres humanitaires. Ce projet continu va élaborer un panel des meilleures pratiques s'appuyant sur des observations factuelles.
448. L'UNFPA a également appuyé la formation de 2700 prestataires de service et responsables de programmes afin qu'ils maîtrisent le Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive et une formation au niveau des pays a été dispensée afin d'élaborer les directives relatives au VIH dans les situations d'urgence du Comité permanent interorganisations (CPI). Le Kenya et le Soudan du Sud ont tout particulièrement bénéficié de ce soutien. Tous les

nouveaux afflux de réfugiés au cours de l'année ont bénéficié des programmes de lutte contre le VIH menés en conformité avec les Directives du Comité permanent interorganisations.

449. En Amérique Latine, l'équipe régionale spéciale inter-institutions sur le VIH dans les situations humanitaires, dirigée par le HCR et le PAM et avec l'appui technique du Secrétariat, s'est impliquée dans des activités de coordination de projet, de sensibilisation, d'analyse et de formation sur le VIH dans des situations humanitaires. Cela a notamment inclus le développement de programmes d'urgence pour le VIH ; la préparation et la diffusion de matériaux et d'outils sur le VIH dans des environnements humanitaires ; des activités de sensibilisation afin de mieux faire prendre conscience du besoin d'inclure le VIH dans le cadre de la riposte humanitaire ; ainsi que la communication de la nouvelle version des Directives d'intervention du Comité permanent interorganisations pour répondre au problème du VIH dans les situations humanitaires.

Enjeux et problèmes

450. Le VIH est rarement perçu comme une priorité dans les situations d'urgence, particulièrement à ses débuts, pourtant le nombre important de nouvelles situations d'urgence en 2012 et la nécessité pour les organismes de répondre à de telles situations a ralenti certains programmes de l'équipe spéciale inter-institutions. La coordination de l'équipe nécessite en effet des ressources dédiées qui sont exagérément dispersées par une discrimination accrue contre les migrants, les demandeurs d'asile et les réfugiés à un moment où la crise financière mondiale a réduit les financements destinés à répondre aux situations d'urgence.

451. Les systèmes de suivi existants et les données s'intéressant à la prise en charge du VIH dans les situations d'urgence sont limités.

Stratégies

452. Le HCR et le PAM impliqueront les groupes humanitaires en tirant partie de leurs expériences, en utilisant les notes d'orientation sur le VIH, en s'appuyant sur la réussite des programmes dédiés aux professionnel(les) du sexe, en intégrant la violence sexiste aux interventions de lutte contre le VIH et en travaillant avec les consommateurs de drogue injectable dans les situations humanitaires. Une approche de travail plus cohérente avec d'autres populations clés dans le cadre des situations humanitaires d'urgence sera élaborée. Des activités de sensibilisation permanentes seront également engagées en faveur de la mise en place d'interventions appropriées de lutte contre le VIH, qui devront être incluses dans des programmes de prévoyance orientés vers les régions exposées aux conflits et à l'émergence de situations d'urgence.

453. L'UNFPA poursuivra ses activités de sensibilisation et d'appui technique (y compris la formation) pour la mise en œuvre du Dispositif minimum d'urgence (DMU) en santé reproductive dans les situations de crise.

454. L'accès aux traitements antirétroviraux pour les populations déplacées et pour les migrants économiques sera intensifié via des activités de proximité à grande échelle dirigées par l'ONUSIDA et des initiatives spéciales. Le HCR engagera des consultations à ce sujet, avec ultérieurement une consultation plus large de parties prenantes.

[Annexe 1 à suivre]

Annexe 1: Total des dépenses au niveau mondial en 2012, par les pays à fort impact et les autres (US\$)

Organisation	Monde	30 et +pays à fort impact	AP	CAR	EOAC	AOA	AL	MOAN	AOC	TOTAL
HCR	2 893 500	5 548 000	2 108 600	149 000	152 200	2 913 500	526 100	489 900	1 740 600	16 521 400
UNICEF	6 279 500	48 693 000	9 533 700	1 241 200	2 136 800	21 102 100	1 579 700	1 917 500	10 020 400	102 503 900
PAM	1 008 200	193 557 800	127 300	17 700	17 700	461 300	203 100	37 900	302 500	195 733 500
PNUD	3 142 400	121 237 800	5 297 400	5 366 600	26 917 900	30 177 200	2 600 400	14 251 400	10 486 700	219 477 800
UNFPA	18 566 500	40 452 800	1 140 000	736 400	4 323 400	3 250 800	8 168 100	4 766 400	3 452 300	84 856 700
UNODC	1 663 800	8 289 000	2 811 600	71 700	1 966 400	770 500	365 300	2 025 500	311 300	18 275 100
ONU Femmes	611 000	5 108 300	271 700	79 300	14 800	-	-	-	559 200	6 644 300
OIT	4 587 500	7 101 100	491 200	513 100	359 000	341 200	335 900	347 100	605 400	14 681 500
UNESCO	2 185 200	5 059 600	821 200	367 000	672 200	1 162 700	546 300	385 200	1 101 700	12 301 100
OMS	45 163 100	29 203 100	15 093 500	852 100	4 446 400	4 702 500	1 702 500	13 016 900	3 412 500	117 592 600
Banque mondiale	10 534 400	1 498 974 100	251 666 000	24 915 800	20 580 600	388 916 900	35 561 300	2 033 100	267 922 400	2 501 104 600
Secrétariat	88 663 600	42 039 100	12 518 800	3 442 200	5 151 500	7 265 900	5 888 200	5 003 900	11 758 800	181 732 000
Total général	185 298 700	2 005 263 700	301 881 000	37 752 100	66 738 900	461 064 600	57 476 900	44 274 800	311 673 800	3 471 424 500

[i] Lors de sa 31^{ème} réunion en décembre 2012, le Conseil de coordination du programme, après avoir pris note du rapport du Directeur exécutif, a pris la décision suivante : « Constate avec satisfaction que l'Union africaine joue un rôle moteur dans l'élaboration de sa Feuille de route sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme et encourage l'ONUSIDA, ses Coparrainants et les principales parties prenantes à aider les pays africains, s'il y a lieu, en respectant les priorités nationales et en accordant une grande attention aux données probantes et aux droits humains, à mettre en œuvre la Feuille de route de l'Union africaine pour favoriser la réalisation des objectifs fixés lors de la Réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2011 et contribuer à l'agenda de développement post-2015 des Nations Unies. »