



## CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

ONUSIDA/CCP (34)/14.9  
Date de publication : 3 juin 2014

### TRENTE-QUATRIEME REUNION

**Date:** 1-3 juillet 2014

**Lieu :** Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

---

**Point 5.2 de l'ordre du jour**

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

**Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA 2012-2013**

---

Autres documents relatifs à ce point de l'ordre du jour :

- **Cadre indicateur révisé** : ONUSIDA/CCP (34)/14.10
- **Conference Room Paper 4 (ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP4)**: Engagement de l'ONUSIDA avec le Fonds Mondial et PEPFAR
- **Conference Room Paper 5 (ONUSIDA/CCP (34)/14.CRP5)**: Engagement de l'ONUSIDA avec la société civile.

**Mesure à prendre au cours de la présente réunion - Le Conseil de Coordination du Programme est invité à:** *Prendre note* du rapport et demander à l'ONUSIDA d'explorer les options possibles pour renforcer la prise de mesures et l'établissement de rapports concernant les performances.

**Conséquences des décisions en termes de coûts** : aucune

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	3
ACRONYMES .....	4
<b>I. INTRODUCTION</b> .....	6
<b>II. EVOLUTION VERS LES OBJECTIFS DE LA DECLARATION POLITIQUE ET DES "TROIS ZEROS"</b> .....	8
A. Révolutionner la prévention du VIH .....	8
i. Réduction de la transmission sexuelle.....	8
ii. Prévenir le décès des mères et l'infection des nourrissons par le VIH .....	11
iii. Protéger les personnes consommatrices de drogues contre l'infection par le VIH.....	13
B. Catalyser la prochaine phase de traitement, de soins et de support.....	15
i. Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement .....	15
ii. Eviter que les personnes vivant avec le VIH meurent de la tuberculose .....	18
iii. Protection sociale et accès aux soins et au soutien.....	20
C. Avancer les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes pour la riposte au VIH21	
i. Fin des lois punitives .....	22
ii. Fin des restrictions de voyage .....	23
iii. Traiter les besoins liés au VIH des femmes et des filles ainsi que la violence sexiste.....	24
D. Fonctions stratégiques .....	27
i. Leadership et sensibilisation .....	27
ii. Coordination, cohérence et partenariats.....	30
iii. Responsabilité mutuelle .....	32
iv. Supprimer les écarts au niveau des ressources .....	34
v. Planification multisectorielle et intégration du VIH et autres fonctions stratégiques.....	36
E. Thèmes transversaux.....	38
i. Traiter les besoins liés au sida des jeunes .....	38
ii. Assurer une éducation de qualité pour une riposte au VIH plus efficace .....	39
iii. Extension des programmes et des politiques sur le VIH et le lieu de travail.....	40
iv. Intégrer la nourriture et l'alimentation dans la riposte au VIH.....	41
v. Traiter le VIH dans les urgences humanitaires .....	42
III. Contraintes, défis et leçons tirées .....	43
IV. Mise en oeuvre financière .....	50
V. Conclusion .....	57

## ACRONYMES

GCTA	Guide de connaissances de base sur le traitement et la prévention du VIH chez les adolescents
ARV	Antirétroviraux
UPB	Union publique Bemoni
BRIC	Brésil, Russie, Inde et Chine
GSEC	Groupe spécial d'évaluation des coparrains
CRIO	Conférence sur les Rétrovirus et les Infections opportunistes
RDC	République démocratique du Congo
ECOSOC	Conseil économique et social
CEEAO	Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest
eTME	Elimination de la transmission de la mère à l'enfant
DE	Directeur exécutif
FMSTP	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
PNB	Produit national brut
CHNG	Comité de haut niveau sur la gestion
CHNP	Comité de haut niveau sur le programme
PIE	Pays à impact élevé
RHN	Réunions de haut niveau
CRSH	Conseil pour la Recherche scientifique humaine d'Afrique du Sud
CTV	Conseil et test du VIH
SIS	Société internationale du sida
EI	Equipe interinstitutions
CISIA	Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique
CISAP	Congrès international sur le sida en Asie et dans le Pacifique
CIF	Communauté internationale de femmes infectées par le VIH/SIDA
IEC	Information, Education et Communication
OIM	Organisation internationale pour la Migration
FIPF	Fédération internationale pour la planification familiale
RPSI	Réunion de prestation de service intégrée
PCS	Programme commun de support
LGBT	Lesbienne, Gay, Bisexuel et Trans and Transexuel
LVCT	Liverpool VCT Care and Treatment
APAR	Adolescents les plus à risque
S&E	Suivi et évaluation
GRSE	Groupe de référence suivi et évaluation
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
MOPAN	Réseau de mesure des performances des organisations multilatérales
EDNS	Evaluation des dépenses nationales relatives au sida
PSN	Plans stratégiques nationaux
OATV	Optimisation de l'accélération du traitement du VIH
BCSM	Bureau du coordinateur sida mondial pour les Etats-Unis
TSO	Thérapie de substitution des opioïdes
CCP	Conseil de coordination du programme
PEPFAR	Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
CDI	Consommateurs de drogues injectables
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PNG	Papouasie-Nouvelle-Guinée
SRMNE	Santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés et des enfants
CDSA	Communauté de Développement d'Afrique australe
OERES	Outil d'évaluation et de révision par rapport à l'éducation sexuelle

IST	Infection sexuellement transmissible
TB	Tuberculose
TB-DOTS	Traitement directement observé pour la tuberculose, court terme
UAT	Unités d'appui technique
ADPIT	Aspects des droits de propriété intellectuelle liés au traitement
CUBRR	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
UNDAF	Plan-cadre des Nations unies pour l'aide au développement
ONUSIDA	Programme commun des Nations unies sur le sida
CTV	Conseil et Test volontaires
CMMV	Circoncision masculine médicale volontaire

## I. INTRODUCTION

1. Le rapport de suivi des résultats 2012-2013 de l'ONUSIDA résume les réalisations du Programme commun des Nations unies sur le sida (ONUSIDA)<sup>1</sup> en 2012-2013 aux niveaux national, régional et mondial vers la Vision des "Trois zéros" de l'ONUSIDA, et décrit les principaux défis, obstacles et leçons tirées. Le rapport est un élément clé de la révision à moyen terme du Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (CUBRR) 2012-2015, demandé par le Conseil de Coordination du Programme (CCP), et complète le principal rapport de la révision à moyen terme ainsi que d'autres documents qui fournissent des analyses complémentaires.
2. Le rapport commence par la présentation des principaux résultats dans le cadre des trois piliers de la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA (efforts visant à révolutionner la prévention de la transmission du VIH, catalyser la prochaine phase de traitement, de soins et de soutien, et progresser aux niveaux des droits de l'homme et de l'égalité entre les sexes).
3. Il présente ensuite la direction, la coordination et la responsabilité au niveau de la riposte au sida, suivi d'un chapitre consacré aux thèmes transversaux dans la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA - jeunes, éducation pour des ripostes plus efficaces au sida, renforcement des programmes et des politiques d'effectifs dans le cadre du VIH, intégration de l'alimentation et de la nutrition dans les services de soins et de prévention du VIH, et les interventions VIH dans les urgences humanitaires. Enfin, une sélection d'obstacles, de défis et de leçons tirées est présentée, avec la future action clé prévue pour les traiter.
4. Le rapport présente les évolutions par rapport aux objectifs mondiaux fixés par la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/sida de 2011 ("objectifs mondiaux"), sur la base d'une révision des tendances et des réalisations par rapport aux indicateurs repris dans le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (CUBRR) 2012-2015) Partie II (UNAIDS/PCB(29)/11.23). Les progrès réalisés par rapport à certains indicateurs du CUBRR, ainsi que de brèves études de cas, sont présentés dans le document. Les progrès par rapport à tous les indicateurs et au budget du CUBRR sont présentés dans une matrice *Dépenses et indicateur* séparée.
5. En tant que successeur du budget-plan de travail intégré (BPTI) de l'ONUSIDA, le CUBRR est un instrument visant à maximiser la cohérence, la coordination et l'impact de la riposte de l'ONU au sida en combinant les efforts de onze coparrains et du Secrétariat de l'ONU en vue de catalyser l'action nationale contre le sida. Le CUBRR est basé sur la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA, avec des résultats, des réalisations et des effets produits à partir des objectifs stratégiques et des objectifs mondiaux relatifs au sida. Il est conçu pour aider le Programme commun à formuler, fournir et suivre des résultats au niveau national. Il identifie des ressources pour l'action mondiale, pour les pays à impact élevé (PIE) et pour d'autres pays regroupés par région.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Tout au long de ce document, l'ONUSIDA fait référence aux efforts du Programme commun de l'ONU sur le VIH/SIDA. Le cas échéant, on fait également référence au travail des coparrains individuels et du Secrétariat de l'ONUSIDA.

<sup>2</sup> Trente-huit pays à impact élevé : Angola, Botswana, Brésil, Burundi, Cambodge, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, République populaire de Chine, Côte d'Ivoire, Djibouti, République démocratique du Congo, Ethiopie, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Indonésie, République islamique d'Iran, Jamaïque, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibie, Nigeria, Fédération de Russie, Rwanda, Afrique du Sud, Sud-Soudan, Swaziland, République Unie de Tanzanie, Thaïlande, Ouganda, Ukraine, Zambie et Zimbabwe.

6. Dans le cadre du CUBRR, on a identifié 30+ PIE où la riposte au sida pourrait avoir le plus grand impact. Parallèlement, ces pays assument la majeure partie du poids de l'épidémie de VIH, puisqu'ils représentent 92% des cas de nouvelles infections et 89% du nombre total de décès dus au sida parmi les adultes. Plus de la moitié de l'ensemble des fonds du CUBRR visent ces pays. En 2012-2013, le premier exercice biennal des opérations du CUBRR, les ressources du système de l'ONU pour ces pays ont totalisé plus de US\$ 2,4 milliards.
7. Soutenir la réalisation des objectifs mondiaux dans différents contextes nationaux est la base du travail de l'ONUSIDA. Au niveau national, les équipes communes de l'ONU pour le sida sont responsables du développement et de la mise en œuvre des Programmes de support communs, qui sont alignés sur les plans nationaux relatifs au VIH et au sida. Ils constituent la base du rapportage à propos du CUBRR.
8. Aux niveaux régional et mondial, l'ONUSIDA vise à catalyser les processus et à engendrer des résultats là où la cohérence et les biens publics mondiaux sont les plus pertinents. La mobilisation des partenaires et le rassemblement du support pour de meilleures technologies de traitement et de prévention sont des défis fondamentalement mondiaux en termes d'échelle et de champ d'action. De même, veiller à ce que les nombreuses parties prenantes travaillent en visant les mêmes objectifs spécifiques dans un cadre commun pour cibler les investissements et mesurer les résultats implique nécessairement une bonne coordination et un bon leadership aux niveaux mondial et régional.
9. Au sein du CUBRR, la responsabilité est liée à la réalisation d'objectifs et de buts stratégiques ainsi qu'à la mesure des résultats et contributions du Programme commun par rapport aux indicateurs et aux critères de performance. La mesure de la performance a été renforcée dans le cadre du développement et de la mise en œuvre du CUBRR, tandis que le rapportage a été élargi pour comprendre non seulement des rapports basés sur les indicateurs, mais aussi des informations complémentaires obtenues à partir des rapports de résultats internes des coparrains et du rapportage des groupes de travail et des équipes interinstitutions. Des évaluations de performance annuelles sont menées à tous les niveaux (mondial, régional et national) et elles contribuent au rapportage au Comité de Coordination du Programme, aux Comités des Coparrains, au Conseil économique et social et à l'Assemblée générale de l'ONU.
10. Un outil basé sur le Web, le Système de suivi du Programme commun (SSPC), a été lancé en 2012 et est devenu l'outil clé pour le rapportage des performances de l'ONUSIDA. Les rapports du SSPC reprennent les niveaux thématiques et organisationnels nationaux, régionaux et mondiaux, chaque niveau successif pouvant fournir un rapport complémentaire. Le rapport SSPC, en plus d'être lié aux objectifs stratégiques de l'ONUSIDA et aux objectifs mondiaux relatifs au sida, est aussi lié aux cadres de résultats nationaux, normalement le Cadre d'assistance au Développement de l'ONU (UNDAF).
11. L'expérience du SSPC a démontré que le rapport du CUBRR a débouché sur de meilleures planification et articulation des résultats par les coparrains et le Secrétariat aux niveaux national et régional. La qualité du rapportage s'est aussi améliorée dans la plupart des 108 pays depuis lesquels un rapport a été rédigé pour la période 2012-2013. Cela a également amélioré la transparence, la responsabilité et l'accès aux informations liées aux performances puisque le système fait office de base de données. La capacité d'étudier les résultats pour un thème en particulier parmi toutes les parties du Programme commun a facilité les révisions et les liens vers les groupes mondiaux, comme les équipes interinstitutions. Des améliorations sont toutefois toujours possibles en termes de réduction et de concentration de la quantité d'informations.

12. Un examen par les pairs réalisé par les coparrains et le Secrétariat, plus solide que toute initiative similaire précédente, a eu lieu en mars 2013 et mars 2014. Cette étude a évalué les progrès et les performances, mais elle a aussi donné l'occasion d'évaluer les résultats et les domaines où des efforts supplémentaires sont nécessaires, et de veiller à ce que les priorités épidémiques soient traitées et à ce que les leçons tirées soient prises en considération dans les travaux futurs.
13. Deux consultations mondiales avec de multiples parties prenantes ont été tenues à Genève le 4 mars 2013 et le 27 mars 2014 (à chaque fois avec plus de 70 participants, dont les représentants des Etats membres et de la société civile, outre les coparrains et le personnel du Secrétariat) pour examiner les leçons tirées dans le cadre de la mise en œuvre du CUBBR, pour les refléter dans le développement du budget 2014-2015, et pour étudier les apports dans la révision à moyen terme du CUBBR.
14. Le rapport de suivi des performances 2012-2013 présente un résumé des informations collectées principalement via le SSPC. Le rapport présente les résultats aux niveaux des effets et des réalisations, et il décrit les contributions des coparrains de l'ONUSIDA et du Secrétariat à la riposte au sida. Des rapports thématiques fournissant des informations plus détaillées sont disponibles en ligne.

## II. EVOLUTION VERS LES OBJECTIFS DE LA DECLARATION POLITIQUE ET DES "TROIS ZEROS"

15. Dans le cadre du CUBRR, l'ONUSIDA a orienté son action afin de maximiser les progrès vers la réalisation des 10 objectifs définis dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011 de l'Assemblée générale de l'ONU. Dans ses efforts visant à accélérer les progrès vers les 10 objectifs, l'ONUSIDA a priorisé son action non seulement dans des domaines thématiques individuels, mais aussi dans des domaines transversaux et au niveau de fonctions stratégiques globales.

### A. Révolutionner la prévention du VIH

16. Le déclin à long terme du nombre annuel de nouvelles infections à VIH s'est poursuivi en 2012-2013, le nombre estimé de nouvelles infections en 2012 étant 33% inférieur au nombre de 2001. Via la sensibilisation, l'orientation normative, le support technique, la fourniture de produits de base, la culture du partenariat et d'autres activités, l'ONUSIDA a aidé à soutenir et à renforcer les bénéficiaires de la prévention dans l'exercice biennal 2012-2013.

### Réalisations et contributions de l'ONUSIDA

#### *i. Réduction de la transmission sexuelle*

17. En 2012, au moins 26 pays à revenu faible ou intermédiaire ont atteint l'objectif mondial de réduction de 50% de l'incidence du VIH (estimation à partir d'une base de 2001). La prévalence du VIH chez les jeunes a poursuivi sa réduction, bien que la charge de l'épidémie dans cette population reste considérable, les jeunes d'entre 15 et 24 ans représentant selon les estimations 42% des nouvelles infections parmi les adultes. En ce qui concerne l'objectif mondial de réduction de la transmission sexuelle du VIH de 50% d'ici 2015, le Programme commun a atteint des résultats dans trois domaines clés.
18. **Les jeunes.** En vue de renforcer l'extension et la qualité des services de prévention pour les jeunes, l'ONUSIDA a publié de nouvelles directives visant à réduire la transmission



sexuelle chez les jeunes. L'OMS a publié des directives sur le dépistage du VIH, les conseils et les soins aux adolescents.

19. L'ONUSIDA a travaillé en vue de générer des informations stratégiques visant à renforcer les ripostes au VIH pour les jeunes. Le sixième rapport Enfants et sida - Un bilan de la situation, publié par l'UNICEF en décembre 2013, démontre que les 10-19 ans est le seul groupe d'âge dans lequel les décès liés au sida ont augmenté ces sept dernières années. Les modèles dressés par l'UNICEF en partenariat avec le Futures Institute ont démontré que deux millions de nouvelles infections à VIH pouvaient être évitées d'ici 2020 via l'élargissement des interventions VIH à impact élevé, l'engagement et la responsabilisation des organisations de jeunes, l'action visant la législation et la politique pour permettre la fourniture et l'utilisation des interventions au niveau des adolescents, et une bonne influence des secteurs clés pour investir dans des actions visant à réduire la vulnérabilité des adolescents. Des études au Lesotho, Malawi et Tanzanie sponsorisées par la Banque mondiale ont documenté l'efficacité des programmes de transfert de liquidités pour la réduction de l'incidence du VIH et des comportements à risque chez les jeunes.

20. Des efforts ciblés ont été fournis pour étendre l'accès à une éducation sexuelle globale pour les jeunes. Le nombre de pays disposant d'une politique VIH dans le secteur de

l'éducation a augmenté d'environ 30% durant la période 2012-2013. L'UNESCO et le FNUAP ont soutenu la mise à l'échelle des initiatives d'éducation sexuelle pour les jeunes à travers la collaboration avec les ministères de l'éducation, de la santé et d'autres parties prenantes dans 115 pays. Cette collaboration était basée sur les avantages comparatifs complémentaires des participants permettant le travail avec des jeunes scolarisés et non-scolarisés.

UNICEF a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre d'une plateforme SMS gratuite pour le counseling VIH pour les adolescents en Zambie. Des approches innovantes telles que le counseling inter—actif et l'éducation VIH et IST via SMS (gratuit et confidentiel) est particulièrement pertinent dans les pays où la disponibilité des téléphones mobiles est importante et lorsque le pourcentage d'utilisation des téléphone mobiles parmi les jeunes et jeunes adultes est élevé. Cela permet aussi de favoriser le suivi en temps réel de l'utilisation, disponibilité et qualité des services VIH adaptés aux adolescents et jeunes.

L'UNESCO, le FNUAP et l'UNICEF ont soutenu les efforts fournis dans des douzaines de pays de diverses régions en vue d'améliorer l'éducation sexuelle, en ce compris les examens par les pairs, la révision des cursus et le soutien des pays pour l'intégration de la prévention au VIH (y compris pour les populations clés) dans l'apprentissage des compétences psychosociales. L'UNESCO a aussi mobilisé des ressources de programmation spécialisées pour étendre l'éducation sexuelle au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, en Tanzanie, en Ouganda et en Zambie, entre autres.

21. **Populations clés.** L'ONUSIDA a généré une large orientation normative afin de renforcer les efforts visant à améliorer l'accès aux services VIH au niveau des

L'OIT a collaboré avec la Communauté de Développement sudafricaine et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour appliquer un Programme traitant la vulnérabilité et l'émancipation économiques dans les couloirs de transport au Malawi, au Mozambique, en Afrique du Sud, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe, en se concentrant sur les jeunes femmes des populations clés. Les conclusions préliminaires lient étroitement l'émancipation économique et la réduction des risques avec la diminution de 14% de la proportion de femmes monnayant les relations sexuelles et la réduction du nombre de femmes déclarant avoir plusieurs partenaires simultanés, qui passe de 15% à 7%.

populations clés. On y retrouve l'orientation sur la prévention du VIH/IST et le traitement pour les professionnels du sexe ainsi qu'un outil de mise en œuvre venant compléter les directives précédemment développées pour les hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes et les transsexuels. Une note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et les rapports sexuels rémunérés a fourni des

recommandations par rapport à l'application d'environnements juridiques, la réduction de la demande de relations sexuelles rémunérées non protégées, la différenciation des rapports sexuels rémunérés entre adultes consentants et le trafic d'êtres humains, et l'émancipation économique des professionnels du sexe. L'ONUSIDA a rédigé des directives opérationnelles pour le suivi et l'évaluation des programmes VIH (pour les prestataires de services) pour les hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes, les professionnels du sexe et les transsexuels, et on a commencé à travailler sur un outil destiné à établir et suivre les objectifs VIH pour ces populations. L'OMS a développé un guide de fixation d'objectifs pour les professionnels du sexe, les hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes et les transsexuels.

22. Le Programme commun a produit de nouvelles informations stratégiques sur la prévention du VIH pour les populations clés et a promu une programmation innovante pour réduire la transmission sexuelle parmi ces groupes. La Banque mondiale a publié avec le FNUAP et le PNUD des conclusions générales de référence sur les épidémies à l'échelle mondiale parmi les professionnels du sexe et les hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes. En vue de contribuer à renforcer la programmation de prévention du VIH pour les professionnels du sexe, la Banque mondiale a aidé le gouvernement nigérien à entreprendre un exercice de cartographie reprenant plus de 160.000 professionnels du sexe. Le PNUD et le FNUAP ont renforcé la capacité des organisations internationales et des réseaux de populations clés, et ont aussi fourni un support technique afin de permettre à 26 villes (dont 12 capitales) de développer et d'appliquer des plans d'action VIH visant spécifiquement les besoins des populations clés.

Des statistiques mondiales indiquent que la prévalence parmi les professionnels du sexe est passée d'une moyenne de 3% en 2010 à 1,65% en 2013. L'usage moyen rapporté de préservatifs par les professionnels du sexe avec leur dernier client est passé de 81% à 85% durant la même période.

Source: Indicateurs CUBRR A1b, A1.2a

23. **Association de mesures de prévention.** L'ONUSIDA a poursuivi son leadership de longue date pour la promotion d'une utilisation stratégique d'une combinaison d'approches de prévention comportementales, biomédicales et structurelles. En 2012-2013, ces efforts ont continué de mettre l'accent sur les préservatifs masculins et féminins en tant que moyen le plus efficace de prévenir la transmission. Lors de l'exercice biennal, le FNUAP a été le plus grand fournisseur de préservatifs féminins (41 millions de pièces) et le troisième plus grand fournisseur de préservatifs masculins (1,75 milliard de pièces), et il a mené la campagne CONDOMIZE! Initiative qui met l'accent sur un plus grand accès aux préservatifs et sur un meilleur développement communautaire. La Commission des Nations unies sur les produits d'importance vitale a décrit des actions clés afin d'étendre l'usage des préservatifs masculins et féminins. L'OMS a préapprouvé le préservatif féminin Cupid, ce qui a permis son intégration dans les approvisionnements du FNUAP, et a entrepris l'étude technique de deux préservatifs féminins supplémentaires.
24. En 2012-2013, le PNUD a servi de principal bénéficiaire intérimaire pour 32 allocations VIH du Fonds mondial dans 25 pays. Depuis le début du partenariat en 2003, les programmes soutenus par le PNUD ont aussi aidé près de 16 millions de personnes à accéder aux services de dépistage et de conseils volontaires (DCV), a atteint 53 millions de personnes avec une communication préventive visant à encourager les comportements positifs, a distribué 600 millions de préservatifs, a fourni des traitements pour 1,8 million de cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) et a administré une prophylaxie ARV à plus de 300.000 femmes enceintes séropositives. Comme l'a indiqué l'OMS dans deux rapports d'évolution annuels, l'élargissement de la circoncision

masculine médicale volontaire (CMMV) s'est accéléré en 2012-2013, avec des résultats particulièrement puissants dans plusieurs pays où le déploiement de la CMMV était auparavant à la traîne. L'OMS a préqualifié le dispositif non chirurgical PrePex pour la CMMV adulte et a publié un guide générique sur l'utilisation d'instruments non chirurgicaux. La Banque mondiale a mené des études dans plusieurs pays afin d'estimer le coût et l'impact potentiels de l'élargissement de la CMMV et a directement financé des services de CMMV au Malawi, ce qui a entraîné le financement pour atteindre le quart de son objectif de réalisation de 2,1 millions de CMMV adultes en cinq ans.

25. L'OMS a publié un guide sur la prophylaxie pré-exposition pour les couples sérodifférents, les hommes et les femmes transsexuelles qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Le Comité consultatif commun OMS/ONUSIDA pour le vaccin contre le VIH a recommandé des activités de développement de vaccin dans un paysage de plus en plus complexe.

*ii. Prévenir le décès des mères et l'infection des nourrissons par le VIH*

26. La possibilité de l'élimination des infections à VIH parmi les enfants est devenue de plus en plus claire en 2012-2013, avec une diminution du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH d'environ 35% entre 2009 et 2011. Dans 22 pays prioritaires dans le Plan mondial, la couverture pour les services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant atteignait en moyenne 65%, avec quatre pays (Botswana, Ghana, Namibie et Zambie) fournissant des antirétroviraux à au moins 90% des femmes enceintes séropositives.

L'UNICEF soutient les efforts visant à étendre le traitement contre le VIH au BRICS et dans d'autres pays, dont l'Ukraine et l'Ouzbékistan. Par le biais de l'initiative MAC/UNICEF, ces pays bénéficient d'un support technique pour le suivi et l'évaluation, d'une programmation innovante et d'une assistance pour le renforcement des capacités.

27. L'ONUSIDA a continué d'assurer son leadership mondial et son rôle de coordination vers l'objectif mondial d'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants (eTME). L'ONUSIDA copréside le Comité d'orientation mondial du Plan mondial, qui comprend tous les partenaires clés. L'équipe spéciale interinstitutions (EI) pour l'eTME, co-assemblée par l'OMS et l'UNICEF, comprend 33 organisations partenaires et sept groupes de travail techniques. L'IE a apporté un soutien technique à 11 pays (Botswana, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, RDC, Ethiopie, Ghana, Kenya, Nigeria, Tanzanie et Zambie), par exemple en termes de planning basé sur les données, de développement de propositions, de révision de programme, de révision/adaptation des politiques nationales, et de développement de planning et de stratégie.
28. Dans ses directives antirétrovirales consolidées, publiées en 2013, l'OMS a recommandé le lancement de la trithérapie antirétrovirale pour toutes les femmes allaitantes et enceintes séropositives. Via l'initiative d'optimisation de l'accélération du traitement contre le VIH (OATV), l'UNICEF a apporté un soutien technique et financier pour étendre la thérapie antirétrovirale à vie pour toutes les femmes enceintes et allaitantes séropositives dans quatre pays du Plan mondial (Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Malawi et Ouganda). Afin de soutenir les efforts visant à étendre le traitement à vie contre le VIH pour les femmes enceintes, l'UNICEF a accordé la priorité à des partenariats stratégiques avec des groupes tels que l'ICAP, l'EGPAF et M2M, afin d'exploiter les efforts nationaux fournis par des partenaires d'exécution clés. L'EI a développé un manuel sur l'Option B/B+, qui comprend une checklist et des outils d'évaluation faciles à utiliser afin de soutenir les pays en phase de transition entre les régimes à court terme pour les femmes enceintes et le traitement antirétroviral à vie. L'UNICEF a collaboré avec la Fondation Clinton et le Business Leadership Council for a Generation Born Free of HIV en vue de développer un dossier pour les Options B et B+.

On a recensé une nette diminution du nombre de décès maternels liés au VIH, en passant de 12.000 en 2005 à 8.600 en 2010 et à 7.500 en 2013. Le pourcentage moyen de femmes accédant à la PTME est passé de 48% en 2010 à 65% en 2013. Entre 2012 et 2013, le nombre de pays considérés comme disposant de systèmes d'évaluation et de suivi efficaces pour l'eTME<sup>3</sup> a pratiquement doublé, pour passer de 28 à 52.

Source: Indicateurs CUBRR A2b, A2.1, A2.1.4

29. Le soutien technique a aidé les pays à renforcer leurs programmes d'eTME. L'EI a aidé 19 pays à estimer les coûts de leurs plans d'eTME et a organisé deux réunions d'évaluation de la situation régionales pour les pays ciblés. L'ONUSIDA continue de travailler pour veiller à ce que les subventions du Fonds mondial comprennent le financement pour l'eTME et l'élargissement pédiatrique. En remplissant son rôle crucial de fournisseur de support alimentaire et nutritionnel afin d'accélérer et de renforcer les efforts visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant, le PAM a apporté un soutien technique à 13 pays, en ce compris la garantie de l'intégration d'un soutien alimentaire et nutritionnel pour les femmes enceintes en état de malnutrition qui ont accès aux services de santé maternels et pour les enfants.
30. Le PAM a aussi apporté un soutien aux patientes de la PTME en état de malnutrition sous la forme de ration individuelle afin d'améliorer le statut nutritionnel et l'adhérence à la PTME. En 2012 et 2013, le soutien nutritionnel a atteint 18.937 patientes de la PTME en état de malnutrition. Un total de 29.952 membres de ménages, y compris des patients, ont été atteints via des rations familiales afin de réduire le facteur de partage de la ration individuelle avec d'autres membres du ménage.
31. Des efforts considérables se sont concentrés sur l'amélioration du diagnostic et du traitement des enfants séropositifs. L'OMS a convoqué une réunion technique en septembre 2013 afin de discuter du diagnostic prématuré chez les enfants et de l'élargissement, a tenu la première réunion d'optimisation des médicaments ARV pédiatriques (OMAP), et a soutenu le groupe de travail pédiatrique de l'IE dans la révision et la publication de recommandations pour le formulaire antirétroviral pédiatrique. Ce guide a ensuite été publié dans le cadre du Supplément de mars 2014 des Directives ARV consolidées de l'OMS de 2013. L'UNICEF a réalisé des évaluations rapides de la situation actuelle de la circoncision masculine prématurée chez les enfants dans 14 pays prioritaires. La Conférence pédiatrique de l'OMS sur l'Optimisation des médicaments ARV a défini des priorités à moyen terme et à long terme pour la thérapie antirétrovirale chez les enfants et a identifié des priorités de recherche, en tenant compte des dynamiques du marché et des prévisions des futurs besoins antirétroviraux pédiatriques.
32. L'intégration de service pour faciliter l'extension accélérée est restée une importante priorité pour le Programme commun en 2012-2013. Via un support technique, le FNUAP et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont travaillé au renforcement des liens entre la santé et les droits sexuels et reproducteurs et le VIH aux niveaux de la politique, du système et des services, y compris via la sensibilisation et la promotion d'outils d'orientation à utiliser au niveau national. Pour sept pays, le FNUAP et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont développé et testé en pilote des indicateurs destinés à mesurer les progrès au niveau

<sup>3</sup> Les pays ont vérifié qu'ils reprenaient les quatre critères dans leur système de S&E pour la TME : (a) Indicateurs, bases et objectifs définis conformément au Plan mondial ; (b) Un mécanisme de rapportage, d'analyse et de révision des systèmes de S&E de routine, de validation et d'amélioration de la qualité des données en place ; (c) Un calendrier et un processus de mesure de l'impact du programme de PTME en place ; et (d) La réalisation de révisions de programme annuelles.

des services d'intégration pour le VIH et la santé reproductive et sexuelle. Le FNUAP a développé un dossier sur l'association de ces deux systèmes de service, a documenté des expériences d'associations de services au Rwanda, a soutenu la recherche sur les expériences des femmes vivant avec le VIH pour l'accès aux services de santé reproductive et sexuelle, et a entrepris des évaluations rapides des efforts d'association. L'IE a convoqué une réunion de prestation de service intégrée (RPSI) en Tanzanie en octobre 2013, qui a rassemblé 14 pays et parties prenantes du VIH, de la PTME, de la SRMNE et de la planification familiale.

*iii. Protéger les personnes consommatrices de drogues contre l'infection par le VIH*

33. Il y a eu peu de changement au niveau de la charge du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues par injection, qui représentent d'après les estimations 5-10% des personnes vivant avec le VIH dans le monde, et ce en grande partie suite à la résistance de nombreux pays face à l'application de méthodes de prévention basées sur les preuves. Les progrès vers l'objectif mondial de réduction de 50% des nouvelles infections parmi les personnes qui consomment des drogues par injection sont en outre minés par des pratiques et des cadres légaux punitifs qui empêchent l'accès sensé aux services nécessaires. En 2012-2013, le Programme commun a déployé des efforts considérables pour débloquer les ripostes pour les personnes consommatrices de drogues via la sensibilisation, l'orientation normative, le support technique, la génération d'informations stratégiques, ainsi que le soutien et la culture de partenariat.

34. Le Programme commun a produit une version révisée du Guide technique de l'OMS/ONUDC/ONUSIDA destiné aux pays afin de définir des objectifs pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins liés au VIH pour les consommateurs de drogues par injection. Des études pilotes menées dans cinq pays, une révision globale des données disponibles et des consultations d'experts ont informé le développement des directives révisées, qui ont été appuyées par le Comité de Coordination du Programme et effectivement adoptées par le Fonds mondial, PEPFAR et d'autres agences donatrices. Les directives révisées ont souligné la distinction entre les interventions générales et spécifiques aux toxicomanes, ont apporté une orientation par rapport aux indicateurs de priorité, ont étendu le cadre d'évaluation de la qualité des interventions, et ont amélioré l'orientation pour la définition d'objectifs, la mesure de l'application des interventions ainsi que le rapportage et l'analyse des conclusions.

Le support technique négocié à l'ONUSIDA a renforcé les ripostes nationales pour les personnes consommatrices de drogues. La capacité de certaines de prestataires de services à fournir des services sexospécifiques pour les femmes consommatrices de drogues a été sensiblement améliorée avec le support de l'ONUDC et d'autres partenaires, par exemple en Afghanistan, au Népal, au Pakistan et en Ukraine. L'UNICEF, de concert avec d'autres partenaires de la société civile et de l'ONU, a soutenu les gouvernements nationaux d'Ukraine et du Kirghizstan dans l'introduction de projets pilotes sélectionnés pour des services sexospécifiques et globaux pour traiter les besoins spécifiques des femmes enceintes consommatrices de drogues et de leurs enfants. Via ces efforts, des services globaux traitant les besoins des femmes consommatrices de drogues par injection sont devenus disponibles dans ces pays. L'initiative a formé des prestataires de services issus d'organisations gouvernementales et de la société civile aux niveaux national et provincial, tandis que les expériences et les leçons tirées ont été distillées, documentées et diffusées via des publications, des sites Web et des réseaux d'experts mondiaux.

35. Le groupe de travail interinstitutions sur les populations clés, dirigé par l'OMS, a lancé le développement d'un document de synthèse et de quatre dossiers techniques sur les populations adolescentes clés, informés par un examen de la littérature et des discussions de groupe cible parmi les jeunes, en ce compris les jeunes qui consomment des drogues par injection. L'UNESCO a élaboré un cours de formation et de développement des capacités sur la programmation pour les jeunes dans les populations clés, y compris ceux qui consomment des drogues, et des formations

régionales sur ces directives ont été menées pour le personnel chez plusieurs coparrains de l'ONUSIDA et partenaires du Secrétariat, du gouvernement et de la société civile dans les régions d'Asie-Pacifique, d'Europe orientale et d'Asie centrale, d'Afrique australe et orientale, d'Amérique latine et des Caraïbes.

36. L'utilisation d'instruments d'injection contaminés lors de la consommation de drogues représente plus de 80% de tous les cas d'infection en Europe orientale et en Asie centrale. Il s'agit d'un point d'entrée majeur des épidémies de VIH dans les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, d'Asie du Sud et du Sud-Est. De nouvelles épidémies sont aussi observées dans des pays d'Afrique subsaharienne. L'ONUSIDA a lancé un processus impliquant l'OIT, le PNUD, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour développer un dossier politique sur la prévention, le traitement et les soins liés au VIH dans les prisons et d'autres environnements fermés. Le dossier politique a décrit un ensemble global de 15 interventions essentielles dans de tels cadres, avec des traductions disponibles en chinois, russe et français. Le dossier souligne l'importance de l'alignement des programmes nationaux avec les principes de la législation internationale, dont les règles, l'orientation, les déclarations et les pactes internationaux régissant la santé dans les prisons, les normes internationales sur l'éthique médicale, et les normes internationales relatives au travail.

37. La sensibilisation et l'orientation normative en vue de faciliter et d'accélérer les environnements favorables à des ripostes efficaces pour les personnes consommatrices

Des résultats prématurés issus d'une évaluation indépendante de l'ONUSIDA (couvrant la période 2008-2012) menée à la fin de l'année 2013 ont conclu que son travail était généralement pertinent et de plus en plus intégré dans le Programme commun, et que son travail de sensibilisation avait repris certains de ces plus grands succès. Inversement, il a été observé que l'action de son programme pouvait en général mieux intégrer les droits de l'homme et que la durabilité des projets nationaux pouvait être améliorée.

de drogues ont constitué d'importants domaines d'intervention pour le travail du Programme commun en 2012-2013. En 2012, les entités des Nations unies ont publié une déclaration commune appelant les pays à fermer les centres de réhabilitation et de détention obligatoires pour les toxicomanes

et à assurer des services sociaux et de santé basés sur les droits et des preuves dans la communauté. L'ONUSIDA et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont travaillé pour engager les réseaux et les organisations de la société civile, les partenaires donateurs, d'autres coparrains de l'ONUSIDA et des experts techniques dans un débat et un dialogue approfondis afin d'informer les décideurs politiques sur les questions liées au VIH et aux droits de l'homme soulevées par les centres de réhabilitation et de détention obligatoires. En Europe orientale, en Asie centrale, en Asie et dans le Pacifique, l'ONUSIDA et les partenaires ont soutenu des révisions politiques et juridiques relatives au VIH et à la consommation de drogues.

38. Le Programme commun a étendu la base des informations stratégiques sur les ripostes au VIH pour les personnes consommatrices de drogues. La Banque mondiale a lancé une analyse de modélisation et économique mondiale sur les épidémies de VIH parmi les personnes consommatrices de drogues par injection, en soulignant le rôle crucial de l'engagement d'affirmation des droits, de la programmation basée sur les preuves et des environnements légaux et politiques favorables dans l'augmentation du retour sur les investissements VIH pour les personnes consommatrices de drogues par injection. En 2013, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont organisé une réunion internationale sur l'économie et le financement des stratégies de réduction des risques efficaces, pendant laquelle des preuves notables ont été présentées sur les bienfaits pour la santé, les économies et les avantages en termes de sécurité d'un plus large accès à des services VIH comme la thérapie de substitution aux opioïdes et la thérapie antirétrovirale. Une "Réunion technique mondiale sur le VIH et la consommation

de drogues stimulantes" organisée par l'ONUDC en 2012 a débouché sur des recommandations pour une approche ciblée visant le traitement des besoins exclusifs des consommateurs de drogues stimulantes, puisqu'ils croisent la prévention, le traitement et les soins relatifs aux VIH.

## **B. Catalyser la prochaine phase de traitement, de soins et de support**

39. L'extension de l'accès au traitement, aux soins et au soutien relatifs au VIH représente l'une des grandes réalisations de l'histoire de la santé mondiale, qui a permis d'éviter des millions de décès dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et de relancer des communautés et des sociétés entières. Des efforts prématurés visant à introduire les soins chroniques liés au VIH dans des cadres aux ressources limitées ont donné lieu à des initiatives de développement sur la base des leçons tirées, d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services et ont jeté les bases pour la durabilité à long terme. En 2012-2013, l'ONUSIDA a continué de contribuer de manière décisive et unique à ces gains, avec la fourniture d'un support technique, intellectuel et normatif vers la prochaine phase de traitement, de soins et de support.

### **Réalisations et contributions de l'ONUSIDA**

#### *i. Veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement*

40. Près de 10 millions de personnes ont reçu un traitement antirétroviral en 2013. Les décès liés au sida ont d'après les estimations baissé de 30% entre 2005 et 2012, tandis que l'élargissement du traitement VIH aurait permis d'éviter 4,2 millions de décès en 2002-2012. La couverture de traitement au niveau mondial a atteint 65% de l'objectif mondial de 2015, bien que de nouvelles directives de traitement aient sensiblement augmenté le nombre de personnes éligibles pour un traitement, ce qui a réduit la couverture de traitement. A la fin de l'année 2012, environ un tiers (34%) des personnes éligibles pour un traitement en vertu des nouvelles directives recevaient un traitement VIH.

41. L'accès à la thérapie antirétrovirale a augmenté dans toutes les régions, mais avec une variation considérable aux niveaux régional et de la population. Le plus grand élargissement a été observé en Afrique, continent qui abrite 80% des personnes qui ont commencé une thérapie antirétrovirale en 2012. La couverture parmi les enfants dans 22 pays prioritaires n'a augmenté que modestement en 2012, tandis que les enfants éligibles pour un traitement ont 50% de chances en moins d'obtenir un traitement VIH que les adultes éligibles pour un traitement. Il manque des données détaillées sur l'accès au traitement dans les populations clés.

42. En 2012-2013, le Programme commun a continué de diriger l'élargissement du traitement, entre autres via l'orientation normative. L'OMS a dressé un cadre global pour guider la riposte et les stratégies nationales du secteur de la santé par rapport au diagnostic, au traitement, aux soins et à la prévention du VIH. L'OMS a défini des priorités sur l'application d'agendas de recherche scientifique (qui envisage des stratégies pour adopter et intégrer des interventions de santé basées sur les preuves et modifier les pratiques dans différents contextes), en ce compris un travail spécifique lié à l'utilisation stratégique des antirétroviraux. L'OMS a continué de prioriser les efforts afin d'optimiser l'élargissement du traitement via les innovations de traitement 2.0.

43. En juin 2013, l'OMS a lancé les directives consolidées susmentionnées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH. Les directives reprennent 50 nouvelles recommandations

L'UNICEF a collaboré avec l'OMS pour réviser les outils dont disposent les agents de santé des communautés pour une prise en charge des cas intégrée au niveau de la communauté (une stratégie destinée à étendre la prise en charge des cas de maladies infantiles au-delà des infrastructures de santé pour que plus d'enfants aient accès aux soins pédiatriques), en vue d'améliorer l'identification des enfants infectés ou exposés au VIH et d'établir un lien avec les soins.

cliniques, opérationnelles et programmatiques pour les adultes, les adolescents, les enfants, et les femmes enceintes et allaitantes dans le continuum des soins VIH. L'OMS a collaboré avec des ministères de la santé et des parties prenantes nationales pour faciliter l'adaptation nationale via une série de sept ateliers de divulgation régionaux entre juillet et novembre 2013, couvrant 90 pays des six régions de l'OMS ; près de 90% des pays ont déclaré leur intention d'adopter de nouvelles recommandations sur l'éligibilité aux ARV. En 2013, l'UNHCR a collaboré avec la South African HIV Clinicians Society, l'Africa Centre for Migration et d'autres agences pour actualiser les directives cliniques de 2007 pour la gestion des ARV pour les populations déplacées en Afrique australe afin qu'elles soient conformes avec les directives consolidées de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des ARV. Cela a débouché sur le développement de directives pour la fourniture de thérapies antirétrovirales aux migrants et aux personnes touchées par des crises en Afrique subsaharienne, qui seront lancées mi-2014.

Entre 2012 et 2013, le nombre de personnes éligibles bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a augmenté de 1,7 million ; la plus grande augmentation a été observée chez les femmes, avec un accès au traitement 10% supérieur en 2013. Dans les pays à revenu faible à intermédiaire, le coût moyen des ART de première ligne par patient est passé de USD 155 à 130 entre 2009 et 2013, et a baissé plus significativement pour le traitement de seconde ligne en passant de USD 1.678 USD à 330. Entre 2012 et 2013, le nombre de pays à impact élevé rapportant que leur plan et leur système de santé nationaux reprenaient des éléments clés pour traiter l'épidémie de VIH <sup>4</sup>: est passé de 9 à 16.

Source: Indicateurs CUBRR B1, B1.2, B1.2.1

44. Le Programme commun a continué de prioriser la sensibilisation pour l'élargissement du traitement. En 2013, le Secrétariat de l'ONUSIDA s'est regroupé avec l'OMS, le Fonds mondial, le programme américain PEPFAR et des pays africains pour lancer Treatment 2015, qui dresse un cadre pour une action stratégique afin d'atteindre l'objectif mondial de 2015 de 15 millions de traitements VIH et d'accélérer les progrès vers l'objectif d'accès universel au traitement. L'ONUSIDA a développé un système d'intelligence en temps réel pour suivre les progrès et un référentiel de politiques de traitement nationales, et il a créé un groupe de référence international pour conseiller l'ONUSIDA sur l'agenda de traitement. L'ONUSIDA travaille aussi avec des partenaires de recherche pour collecter et synthétiser toutes les informations scientifiques disponibles sur le traitement VIH en tant que prévention. Treatment 2015 a été informé par une consultation de la société civile à l'échelle mondiale, co-organisée par l'ONUSIDA et Caritas International.
45. Le Programme commun catalyse l'action et l'engagement nécessaires pour traiter l'écart au niveau des traitements pédiatriques. L'UNICEF et l'OMS se sont unis à l'Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation pour accueillir une réunion ministérielle qui a soutenu un nouveau cadre d'action pour l'amélioration de la survie des enfants non

<sup>4</sup> Médicaments VIH ; diagnostics VIH ; fourniture de préservatifs et d'autres éléments essentiels contre le VIH ; et utilisation de la législation et de la politique relatives à la propriété intellectuelle, en ce compris les flexibilités des ADPIT.



infectés, infectés et exposés au VIH. Cette initiative "Double Dividende" a été informée par un large examen des preuves, en ce compris de la documentation des résultats d'intégration des tests VIH des enfants dans les programmes d'immunisation dans trois pays en 2013, ainsi que des évaluations pédiatriques multinationales dans quatre pays en 2012, dont les conclusions ont été publiées dans un supplément d'AIDS.

46. Un examen collaboratif mené par l'OIT, le Conseil pour la Recherche scientifique humaine d'Afrique du Sud (CRSH) et l'OMS a indiqué que l'emploi contribuait sensiblement à l'adhérence au traitement du VIH, puisqu'il y a 39% de probabilité en plus que des personnes actives adhèrent aux régimes prescrits par rapport aux personnes sans emploi.

47. L'UNHCR a terminé un examen systématique de l'adhérence au traitement VIH et des effets parmi les populations déplacées et touchées par le conflit. L'étude a confirmé que les stratégies de traitement efficaces sont faisables, avec un taux d'adhérence optimale jugé compris entre 87 et 99%. L'UNHCR a fourni un traitement antirétroviral aux réfugiés, tout en plaidant pour leur inclusion dans les programmes nationaux. A la fin de l'année 2012, 93% des réfugiés éligibles pour le traitement recevaient un traitement pour le VIH.

L'UNESCO et SAfAIDS ont développé le Guide de connaissances de base sur le traitement et la prévention du VIH pour les adolescents (GCTA), un guide d'éducation ludique visant à contribuer à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, à renforcer les systèmes d'orientation pour les jeunes vivant avec le VIH au niveau de l'école, et à développer un environnement de support et favorable pour l'assimilation et l'adhérence des adolescents à la TAR.

48. D'autres membres du Programme commun ont fourni un support direct pour les programmes de traitement pour le VIH. Pour l'instant, les programmes du Fonds mondial soutenus par le PNUD aident 1,4 million de personnes à accéder à un traitement antirétroviral (ARV) vital ; soit environ 1 personne en traitement sur sept dans le monde. En 2012 et 2013, le PAM a apporté une assistance alimentaire et nutritionnelle à 481.828 personnes en état de malnutrition vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement. Outre ce soutien direct à des bénéficiaires individuels, le PAM a soutenu le développement de la capacité nationale dans le domaine du VIH au niveau des gouvernements et des parties prenantes nationales dans 44 pays.

49. Afin de soutenir les programmes de traitement nationaux, le Programme commun a aidé les pays à utiliser les flexibilités liées à la santé publique des aspects des droits de propriété intellectuelle liés au traitement (ADPIT). Le PNUD a fourni un support pour le développement de la capacité aux agents gouvernementaux de neuf pays en Amérique latine et dans les Caraïbes en 2012, et ce en utilisant les flexibilités des ADPIT pour accroître l'accès au traitement. Le PNUD a également organisé des formations pour les agents gouvernementaux de 5 pays par rapport à l'examen de brevets pharmaceutiques dans une perspective de santé publique et a co-sponsorisé un atelier de planification et de consultation régional sur "l'utilisation des flexibilités des ADPIT et l'accès à des antirétroviraux abordables en Asie" en mai 2013, qui a rassemblé plus de 90 participants de neuf pays en Asie.

En 2013, avec l'appui financier et technique de l'ONUSIDA, le Nigéria a élaboré le plan global pour du Président pour la riposte au VIH/sida (PCR) afin d'accélérer la mise en œuvre d'interventions clés et d'assurer le lien entre les différents services afin de combler les carences. Le PCR servira de base pour le développement des modèles d'investissement et des plans opérationnels au niveau des Etats (découpage régional du Nigéria). D'ici 2015 le Nigéria a pour objectifs de: assurer le dépistage de 80 millions de personnes âgées de plus de 15 ans; intégrer au sein des files actives 600,000 adultes et enfants éligibles au traitement ARV; fournir dans le cadre de la PTME les ARV à 244,000 femmes enceintes séropositives au VIH; et permettre l'accès au service de prévention combinée à 500,000 populations plus exposées au risque VIH et à 4 millions de jeunes. Il est attendu que les dépenses intérieures vont augmenter de 25% en 2010 à 60% en 2015.

50. En décembre 2013, le Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA a discuté de l'utilisation stratégique de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention du VIH. Le Conseil de Coordination du Programme a appelé à l'accélération de l'accès au traitement pour le VIH, en particulier pour les populations clés et pour les femmes, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH, à prendre en compte à toutes les étapes de la planification du VIH et de la santé, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation, et de la mobilisation des ressources. L'ONUSIDA été invité à entreprendre une analyse des écarts au niveau du traitement, des soins et du support pédiatriques, avec des objectifs temporels et spécifiques pour avoir tous les enfants vivant avec le VIH en traitement.
51. L'OMS a développé un dossier politique décrivant les opportunités et les obstacles liés au self-testing, qui est une forme de test de plus en plus disponible. Cela repose sur la première consultation mondiale sur le self-testing, qui a été organisée par l'OMS.

ii. Eviter que les personnes vivant avec le VIH meurent de la tuberculose

52. Le nombre estimé de décès liés à la TB parmi les personnes vivant avec le VIH continue de baisser, tandis que le monde est à présent en passe d'atteindre l'objectif mondial de réduction du nombre de décès TB/VIH de 50% d'ici 2015. Entre 2004 et 2012, le nombre de décès liés à la TB parmi les personnes vivant avec le VIH est passé de 500.000 à 320.000, avec 17 pays sur 41 affirmant avoir recensé des diminutions d'au moins 50% du nombre annuel estimé de décès TB/VIH.

Le pourcentage de patients séropositifs et atteints de TB qui sont morts avant la fin du traitement pour la TB est passé de 13% à 11% entre 2012 et 2013. La proportion de patients TB pour lesquels un résultat de test VIH était enregistré dans le registre TB est passée de 26% en 2009 à 45% ; dans la même lignée, la proportion de patients TB réputés séropositifs est passée de 34% à 10% durant la même période.

Source: indicateurs CUBRR B2, B2.3, B2.3.1b

53. Le Programme commun a poursuivi son rôle de fournisseur reconnu d'orientation normative cruciale sur la gestion de la TB dans le cadre du VIH. En 2012, l'OMS a publié sa politique sur les activités TB/VIH collaboratives, en recommandant une thérapie antirétrovirale précoce et la mise en œuvre de l'approche des trois I pour le VIH/TB (prévention des Infections, Intensification du dépistage des maladies, et thérapie préventive à l'Isoniazide). Les directives antirétrovirales consolidées de l'OMS de 2013 ont intégré ces recommandations liées à la TB. L'ONUSIDA a mené le développement, la traduction et la diffusion d'un ensemble complet d'interventions pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH dans les prisons et d'autres endroits clos, qui traitait aussi la TB associée au VIH.
54. Le Programme commun a travaillé pour aider les pays à appliquer l'orientation normative. En Europe orientale et en Asie centrale, l'UNICEF a contribué à l'adaptation des directives TB/VIH pour traiter les besoins des enfants. Afin de diffuser l'orientation normative sur le VIH/TB, l'OMS a collaboré avec des parties prenantes clés pour organiser des réunions dans plus de 26 pays africains, 13 pays du Pacifique occidental, et 10 pays d'Asie du sud-est, afin d'identifier et de traiter les goulets d'étranglement, d'identifier et de partager les meilleures pratiques, et de soutenir le suivi et l'évaluation. Après un test pilote mené en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Thaïlande en collaboration avec les ministères de la Santé des pays respectifs, l'OIT et l'OMS ont finalisé le HEALTHWISE Action Manual and Trainers Guide. HEALTHWISE est un outil d'amélioration de la qualité participatif et pratique pour les infrastructures de santé traitant toute une série de problèmes, dont le VIH et le sida. Il est actuellement appliqué

en Chine, au Sri Lanka, en Inde et en Thaïlande afin d'améliorer la santé et la sécurité professionnelles des agents de santé.

55. Des preuves indiquent que les efforts fournis pour assurer la traduction d'une orientation normative dans la politique nationale portent leurs fruits. Parmi 38 pays à impact élevé ayant soumis des données en 2013, 32 ont indiqué disposer d'une politique de dépistage de la TB, 27 d'entre eux appliquant une politique sur la thérapie préventive isoniazide. En 2013, 61 pays ont rapporté le screening de 4,1 millions de PVVIH pour la TB, soit pratiquement le double du nombre de patients testés en 2010. Parallèlement, le nombre de PVVIH rapportées comme ayant bénéficié d'une thérapie préventive isoniazide était 2,5 fois plus important pour la même période. On prévoit que l'adoption des directives antirétrovirales consolidées de 2013 de l'OMS renforcera encore les résultats liés à la TB parmi les personnes vivant avec le VIH en augmentant l'éligibilité pour la thérapie antirétrovirale.

56. Les partenaires de l'ONUSIDA ont fourni une assistance directe pour renforcer la programmation VIH/TB. L'OMS a apporté une assistance technique pour le déploiement du Xpert MTB/RIF, ce qui a débouché sur la fourniture de 1.843 instruments GeneXpert

Afin d'accroître l'accès au programme Food-by-Prescription pour les patients co-infectés au Swaziland, le PAM a aidé à renforcer l'orientation et le suivi parmi les programmes VIH et de TB et à intégrer les indicateurs VIH/TB dans les systèmes de données. Le PAM a encouragé les meilleurs résultats de traitement au Swaziland via la fourniture de compléments alimentaires nutritionnels et d'une assistance alimentaire pour les ménages aux patients TB vivant avec le VIH et en état de malnutrition. Le PAM a aussi soutenu le ministère de la Santé pour améliorer le rapportage des données et a acheté des instruments de technologie de l'information pour les unités de traitement TB et VIH afin d'améliorer la collecte, l'analyse et le rapportage de données au niveau de la prestation de services.

et plus de 4,2 millions de cartouches Xpert MTB/RIF pour aider 95 pays à revenu faible ou intermédiaire et à charge élevée à aligner les pratiques avec les recommandations de l'OMS visant à utiliser le Xpert MTB/RIF

comme le principal test diagnostique pour la TB associée au VIH. Dans le cadre de ses efforts visant à améliorer les activités VIH/TB collaboratives, le PAM a atteint 151.982 patients atteints de TB et en état de malnutrition avec de l'alimentation nutritive spécialisée en 2012-2013. Le PAM a par ailleurs apporté une assistance alimentaire à 310.983 membres de ménages, y compris des patients TB, sous la forme d'une ration familiale.

57. Via l'assistance technique et le renforcement des capacités, le Programme commun a amélioré le recours aux services et a renforcé la coordination VIH/TB. L'OIT a formé des participants dans 22 pays à impact élevé en ce qui concerne l'application de programmes et de politiques communs relatifs au VIH/TB sur le lieu de travail. L'UNICEF a contribué à la feuille de route mondiale de la TB chez les enfants, a adapté le matériel relatif à l'identification précoce des co-infections VIH/TB et a soutenu le développement de plans VIH/TB décentralisés dans les pays sélectionnés, y compris l'Afrique du Sud. L'UNICEF a aussi généré des preuves par rapport à la charge de la co-infection VIH/TB sur la santé maternelle et des enfants, et a entrepris une évaluation pédiatrique dans quatre pays, dont les résultats seront bientôt publiés dans un journal avalisé par des comités de lecture. L'ONU DC a continué de soutenir l'élargissement de la programmation collaborative VIH/TB pour les personnes qui consomment des drogues et celles retenues dans des structures fermées.

58. Le Programme commun a également poursuivi son travail de sensibilisation pour améliorer la collaboration VIH/TB. L'ONUSIDA a particulièrement souligné la question du VIH/TB lors de la consultation de haut niveau « *Transforming the HIV/AIDS response: defining the next 10 years* » liée au AIDS2012, lors des réunions annuelles HIV/TB Research Frontiers liées à la CROI (Conférence sur les Rétrovirus et les Infections

opportunistes), et durant les sessions de la Women Deliver International Conference de 2013 et de la Harm Reduction International Conference de 2013.

iii. Protection sociale et accès aux soins et au soutien

59. Le Programme commun a fait d'importants progrès dans l'extension du socle de preuves sur les stratégies de protection sociale afin de renforcer la riposte au VIH. La Banque mondiale a mené trois essais cliniques contrôlés au Lesotho, au Malawi et en Tanzanie, qui ont démontré l'efficacité des transferts de liquidités dans la réduction des IST et la prévention du VIH, ce qui a débouché sur de nombreux articles. L'UNICEF a collaboré avec l'IERP pour mener des recherches sur le rôle de la protection sociale dans la riposte au VIH dans 5 pays (Ghana, Kenya, Lesotho, Malawi et Afrique du Sud). Le PNUD a développé un exposé de principes sur le transfert de liquidités pour la prévention du VIH, tandis que l'OIT a mené une collaboration avec l'UNICEF, le PNUD, le Secrétariat de l'ONUSIDA et GNP+ pour entreprendre des recherches sur la protection sociale des personnes vivant avec le VIH et des populations clés dans l'économie informelle au Guatemala, en Indonésie, au Rwanda et en Ukraine.

60. L'ONUSIDA a aussi accordé la priorité à l'amélioration du profil et du rôle de la protection sociale dans la riposte au VIH. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD, la Banque

Avec l'aide de la Banque mondiale et de l'Unicef, le Kenya a mis en oeuvre un projet de réseau de sécurité sociale impliquant des transferts de liquidités à des orphelins et à d'autres enfants vulnérables. Des preuves précoces indiquent que le programme a un impact significatif sur la réduction de la pauvreté, la scolarisation et le recensement des naissances. En novembre 2013, 152.323 ménages avaient participé, avec 99% des enfants inscrits dans l'enseignement de base. Notons également que le programme est associé à une diminution de 31% des chances de premiers rapports sexuels chez les jeunes de 15-25 ans.

mondiale, l'UNICEF, le PAM et l'OIT ont organisé une session satellite sur le VIH et la protection sociale lors de la Conférence internationale sur le sida de 2012 et durant la CISIA et le CISAP de 2013. L'OIT a adopté la

Recommandation n° 202, qui fournit une solide orientation de programme et de politique aux pays pour le maintien des niveaux de protection sociale. La Banque mondiale et le Secrétariat de l'ONUSIDA entreprennent une initiative commune pour accélérer les efforts visant à traiter les défis interconnectés du sida, de l'inégalité et de l'extrême pauvreté après 2015, avec un effort particulier pour assurer la protection sociale afin de traiter les moteurs sociaux et structurels de l'épidémie de VIH. Le PNUD a assuré la perspective de la protection sociale dans le développement du dossier de l'ONUSIDA « *Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques* ».

61. Des démarches ont été entreprises pour renforcer les systèmes nationaux de protection sociale, de soins et de soutien. Le PNUD a soutenu la création et la réforme de nombreux programmes de protection sociale sensibles au VIH, en atteignant plus de 400.000 bénéficiaires rien qu'en Inde à la fin 2012. La Banque mondiale joue un rôle crucial dans le renforcement

Le PAM assiste le ministère de la Santé du Mozambique avec son programme de réhabilitation nutritionnelle, qui fournit de l'alimentation nutritive aux infrastructures de santé. Le projet vise spécifiquement à traiter la malnutrition sévère parmi les personnes vivant avec le VIH et à soutenir les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants de moins de 5 ans. Avec le support technique et les analyses de marché fournis par le PAM, le programme remet des bons alimentaires d'une valeur de US\$ 33/mois pendant six mois pour acheter un panier de marchandises

des systèmes nationaux et l'intégration du VIH dans les plans de protection sociale, avec un financement total pour les programmes de protection sociale atteignant près de US\$15 milliards. Le PAM a aidé les gouvernements du Congo, d'Ethiopie, du Mozambique et du Swaziland à assurer l'intégration de l'aide nutritionnelle dans les

programmes de protection sociale. L'équipe interinstitutions sur la protection sociale, les soins et le support a développé une note d'orientation technique sur la protection sociale sensible au VIH, orientant la note spécifiquement aux pays envisageant des recours au Fonds mondial.

62. Le PAM a assuré une assistance alimentaire, comprenant des bons ou de l'argent liquide, aux ménages de patients TB-DOTS et de PVVIH en situation d'insécurité alimentaire abritant des OEV, qui constitue souvent un réseau de sécurité crucial, car ils sont confrontés à la double charge que représentent les coûts des soins de santé accrus associés au VIH ou à la TB et la perte temporaire de revenus des membres en âge actif qui ont été infectés. En 2012 et 2013, le PAM a soutenu 1.067.788 bénéficiaires vulnérables via des réseaux de sécurité et d'atténuation. Le PAM a fourni un soutien nutritionnel et alimentaire à 466.436 OEV, 439.518 membres de ménages et patients TB-DOTS, et 161.834 ménages et patients TAR en situation d'insécurité alimentaire.
63. Les politiques relatives au VIH/SIDA sur le lieu de travail de l'OIT et de l'UNESCO ont contribué à un environnement plus favorable et inclusif pour les employés. En 2012-2013, l'OIT a collaboré avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'UNICEF, le PAM, l'OMS, le Fonds mondial, GBC Health et GNP+ pour développer la capacité des spécialistes VIH et de la protection sociale nationale dans 22 pays.
64. L'UNICEF a collaboré avec World Vision pour développer un dossier d'orientation et des stratégies pour améliorer les systèmes de protection pour les enfants touchés par le VIH. En 2013, l'UNICEF et les membres de l'EI ont finalisé un dossier estimant les besoins en ressources pour les enfants touchés par le VIH, démontrant qu'une augmentation modeste des ressources améliorerait sensiblement la couverture de services. L'UNICEF et le réseau international de soins palliatifs pour les enfants ont entrepris des recherches qui ont fait état d'un besoin considérable de soins palliatifs pour les enfants au Kenya, en Afrique du Sud et au Zimbabwe.

### **C. Avancer les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes pour la riposte au VIH**

65. La stigmatisation, la discrimination et la marginalisation sociale - souvent codifiées et reflétées dans des lois et des politiques punitives - continuent de miner des ripostes saines au VIH. Des études menées via l'Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH continuent de faire état de niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination liées au VIH dans certains cadres, touchant toutes les personnes vivant avec le VIH et de nombreuses personnes à risque d'infection élevé, mais avec un impact particulièrement prononcé pour les femmes, les filles, les jeunes et les populations clés.
66. Le leadership de l'ONUSIDA dans le positionnement des questions des droits de l'homme et de l'égalité au centre de la riposte a été largement approuvé, y compris dans de récents examens menés par le département anglais pour le développement international et d'autres analystes indépendants. En 2012-2013, le Programme commun a continué d'assurer le leadership sur les droits de l'homme et les questions liées à l'égalité entre les sexes aux niveaux national, régional et mondial. Tandis que les défis restent considérables (comme le reflète par exemple la récente augmentation de la législation anti-homosexuels dans certains pays d'Afrique subsaharienne), l'exercice biennal précédent a aussi enregistré d'importantes avancées, dont bon nombre ont été facilitées et soutenues par l'ONUSIDA.

## Réalisations et contributions de l'ONUSIDA

### *i. Fin des lois punitives*

67. Le rapport de la Commission mondiale sur le VIH et la Loi a fourni le socle de preuves et

Les dialogues nationaux sur le VIH et la législation menés dans 49 pays ont offert des opportunités d'échanges francs et constructifs à plusieurs parties prenantes impliquant les gouvernements, la société civile et d'autres parties prenantes. A El Salvador, le dialogue national a été suivi par des démarches visant à réviser ou réformer les lois, ce qui a débouché sur le projet d'une loi sur l'identité de genre. Au Ghana, le dialogue national a poussé le gouvernement à réviser le projet de loi VIH, qui reprenait une clause de criminalisation du VIH.

a défini des actions clés pour soutenir la riposte au sida dans des principes d'équité et de droits de l'homme. Menée par le PNUD, la Commission mondiale s'est basée sur le travail de l'ensemble du

Programme commun, qui a soutenu le développement de 18 documents de travail qui ont informé les recommandations et les conclusions finales de la Commission. Afin de soutenir encore le travail de la Commission, le PNUD a mené des recherches sur les violations des droits de l'homme liées au VIH dans la région Asie-Pacifique, tandis que l'UNESCO, le FNUAP, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le PNUD ont collaboré avec les leaders de la jeunesse pour réviser les lois et les politiques touchant l'accès des jeunes aux services relatifs au VIH et à la santé reproductive et sexuelle.

68. Le PNUD a mené les efforts conjoints visant l'application des conclusions de la Commission mondiale sur le VIH et la législation. Dans 84 pays, dont 31 pays à impact

Le Programme commun a activement soutenu des cas de litige liés au commerce du sexe au Canada et aux Etats-Unis. La décision canadienne a vu la fin des lois sur la prostitution qui subsistaient dans le pays, tandis que la Cour suprême des Etats-Unis a invalidé une loi américaine qui avait forcé les organisations de santé privées à dénoncer le commerce du sexe en tant que condition pour bénéficier d'une assistance au VIH américaine.

élevé, le Programme commun a travaillé avec les gouvernements, la société civile et des donateurs pour avancer les recommandations de la Commission sur plusieurs questions clés, comme la criminalisation du VIH, la criminalisation des comportements des populations clés, la violence et l'inégalité entre les sexes, les droits des jeunes et des populations clés pour accéder à des services de santé

essentiels, les droits des LGBT et l'accès au traitement. Des dialogues nationaux sur le VIH et la législation ont été tenus dans 49 pays et le PNUD a soutenu 65 pays dans l'entreprise d'examens juridiques et d'évaluations de l'environnement juridique.

69. Ces efforts ont généré des résultats. Une note d'orientation sur la preuve de santé publique contre la criminalisation du VIH a persuadé le Gabon et le Nigeria de rejeter la trop large criminalisation de la transmission du VIH. Le PNUD et d'autres partenaires ont soutenu le développement et l'appui au Moyen-Orient et en Afrique du Nord de la Convention arabe sur le VIH afin de protéger les droits des PVVIH et la promulgation de la loi sur la gestion et la prévention du VIH et du sida de la Communauté d'Afrique orientale, qui a déjà été officiellement adoptée par le Kenya et l'Ouganda. L'UNICEF a assisté la Zambie dans l'harmonisation de son cadre légal national avec le Comité sur les Droits des Enfants et dans la passation de la législation interdisant la violence sexiste et la protection des droits des personnes handicapées. En Argentine, l'équipe commune a soutenu la passation nationale d'une nouvelle loi sur l'identité de genre.

70. L'ONUSIDA a généré des preuves stratégiques sur la stigmatisation, la discrimination et les droits de l'homme. Soutenu par la FIPF, l'ONUSIDA, GNP+ et la CIF, l'Index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH a été complété dans 50 pays. Plus de 1.300 personnes vivant avec le VIH ont été formées en tant qu'interviewers et 45.000 ont été sondées. Les conclusions de ces études ont fourni des preuves cruciales permettant

de débattre contre les lois, les politiques et les réglementations relatives au VIH stigmatisantes ou discriminatoires. L'OIT a publié un manuel intitulé "*HIV and AIDS and Labour Rights: A handbook for judges and legal professionals*", qui a soutenu les programmes de développement de la capacité pour 106 juges, 52 magistrats, 365 avocats et 225 parlementaires de 50 pays dans toutes les régions.

71. Le nouveau modèle de financement du Fonds mondial offre une importante opportunité de renforcement du financement pour la programmation relative à l'égalité entre les sexes et aux droits de l'homme. Le PNUD, le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'OMS ont travaillé avec le Secrétariat du Fonds mondial pour développer un plan de mise en œuvre pour l'objectif stratégique des droits de l'homme dans le Plan stratégique du Fonds mondial. Le PNUD a lancé un module sur les environnements juridiques habilitants dans son manuel pratique de développement de la capacité en ligne à destination des principaux bénéficiaires du Fonds mondial, qui fournit toute une série de ressources et d'outils concernant les environnements légaux et politiques habilitants pour le sida, la TB et la malaria.

L'ONUSIDA mesure l'étendue dans laquelle il fournit un support technique (orientation normative, assistance technique, mobilisation des ressources, formation ou sensibilisation) dans certains indicateurs. Un de ceux-ci évalue la mesure dans laquelle la capacité nationale est renforcée pour des réformes des lois et des pratiques nationales, un domaine dans lequel le Programme commun a contribué dans 59 pays. Entre différentes parties prenantes, l'accent était mis sur les décideurs politiques (43%), les populations clés (30%), les rédacteurs des lois (19%) et les communautés (9%).

Source: Indicateur CUBRR C1.1.1

*ii. Fin des restrictions de voyage*

72. Des progrès considérables ont été réalisés par rapport à l'objectif mondial de fin des restrictions sur les entrées, les séjours et les résidences sur la base du statut VIH. Depuis 2011, 12 pays, territoires ou régions ont levé ces restrictions. Il reste donc 41 Etats où des restrictions discriminatoires et contreproductives sont toujours en place.

En Ouzbékistan, le dialogue national assuré pendant l'examen facilité par l'ONUSIDA des objectifs de la Déclaration de Haut niveau a servi de point d'entrée pour plaider pour la suppression de telles restrictions, ce qui a finalement débouché sur l'adoption d'une nouvelle législation en septembre 2013 qui a levé les restrictions sur l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH.

73. La sensibilisation assurée par l'ONUSIDA a contribué à la suppression des restrictions discriminatoires sur l'entrée, le séjour et la résidence. En 2012-2013, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le PNUD ont soutenu la République de Moldavie dans la réforme de sa législation afin de supprimer les restrictions de voyage relatives au VIH. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a aussi assuré un soutien technique pour la suppression réussie des restrictions en République de Corée, en Mongolie et en Ouzbékistan. Andorre et la République slovaque ont clarifié leurs lois afin de confirmer qu'elles n'appliquaient plus aucune restriction basée sur le VIH aux niveaux de l'entrée, du séjour et de la résidence.
74. Le Programme commun a activement travaillé pour encourager d'autres pays à réviser les lois appliquant des restrictions d'entrée, de séjour et de résidence. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et le PNUD ont étroitement collaboré avec des parties prenantes nationales clés pour soutenir le développement d'une législation habilitante qui mettrait fin à toutes les restrictions de voyage liées au VIH. Le travail du Secrétariat de l'ONUSIDA, complété par la visite du Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de chacun de jouir du niveau le plus élevé de santé mentale et physique, a abouti à des résultats similaires, avec une prévision que le Parlement tadjik passe la nouvelle loi en 2014. Le Secrétariat

a aussi facilité le développement d'une demande officielle pour la suppression de restrictions liées au VIH en Papouasie-Nouvelle-Guinée. En vue de la Conférence internationale sur le sida de 2014, le Secrétariat a travaillé avec les autorités australiennes afin de clarifier leurs réglementations nationales dans le but d'assurer aux personnes vivant avec le VIH un accès facile et non discriminatoire à la conférence.

75. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (qui reste la région présentant la plus grande proportion de restrictions liées au VIH par rapport à l'entrée, le séjour et la résidence), le PNUD a soutenu la Ligue des Etats arabes dans le développement de la Convention arabe sur la Prévention du VIH et la Protection des droits de l'homme pour les personnes vivant avec le VIH, qui reprend expressément une approche basée sur les droits par rapport au VIH. Reconnaisant les importantes nouvelles opportunités de dialogue qu'offre cette percée, le PNUD, l'OIT et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont commencé en 2013 à explorer les possibilités de dialogue avec les Etats arabes clés.
76. L'ONUSIDA a continué de soutenir la sensibilisation mondiale pour la suppression des restrictions de voyage liées au VIH. En 2013, l'ONUSIDA a lancé sa campagne mondiale contre la discrimination avec la lauréate du Prix Nobel Aung San Suu Kyi, en concentrant l'attention mondiale sur les restrictions de voyage inefficaces, discriminatoires et dépassées. Le Programme commun a organisé un événement satellite lors de la Conférence internationale sur le sida de 2012 afin de souligner les progrès et les défis liés à la suppression des restrictions de voyage relatives au VIH et de promouvoir l'adoption d'autres mesures. En 2013, le Secrétaire général des Nations unies a réitéré vis-à-vis des membres de l'UN Plus, le groupe constitué du personnel séropositif de l'ONU, son engagement dans le renforcement de la sensibilisation à la suppression des restrictions d'entrée, de séjour et de résidence liées au VIH.
77. L'ONUSIDA a pu compter sur le soutien de leaders industriels mondiaux contre les restrictions de voyage liées au VIH. Suite à une action commune menée par l'ONUSIDA, GBCHealth et Levi Strauss & Co., plus de 40 PDG ont signé un engagement mondial contre les restrictions d'entrée, de séjour et de résidence liées au VIH. Les principaux médias sociaux et la presse ont largement diffusé l'initiative, soulignant que les restrictions sont non seulement discriminatoires et contraires aux principes de santé publique, mais qu'elles ont aussi un impact négatif sur les affaires.
78. L'ONUSIDA a accordé la priorité à la génération d'informations stratégiques nécessaires pour soutenir la sensibilisation à la suppression des restrictions de voyage liées au VIH. L'ONUSIDA conserve un système de suivi permanent des pays, des régions et des territoires où des restrictions au voyage liées au VIH sont en vigueur, en ce compris le type de ces restrictions. L'ONUSIDA a rassemblé des données sur les pratiques d'examen de santé obligatoires pour les migrants provenant du Cambodge, d'Indonésie et des Philippines, et a présenté les résultats lors du Congrès international sur le sida et les IST en Asie et dans le Pacifique en 2013. Le bureau de l'OIT de Beyrouth et le Programme commun ont collaboré pour le développement d'une feuille de route pour la recherche et la sensibilisation sur les restrictions de voyage liées au VIH dans le Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

*iii. Traiter les besoins liés au VIH des femmes et des filles ainsi que la violence sexiste*

79. Il existe des différences complexes et significatives au niveau de la vulnérabilité au VIH et au sida sur la base du sexe. Parmi les 32,1 millions d'adultes vivant avec le VIH en 2012, 17,7 millions étaient des femmes, ce qui représente une augmentation de 1 million depuis 2011. En comparaison avec les hommes, les femmes ont plus de risques d'attraper le VIH à un âge précoce, ce qui débouche sur une prévalence mondiale du VIH chez les filles et les jeunes femmes au moins deux fois plus grande que parmi les



hommes du même âge. Inversement, le nombre d'hommes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale présentent un taux de mortalité lié au sida plus élevé que les femmes. Si les cadres politiques et légaux destinés à inclure l'égalité entre les sexes se sont renforcés, les lois discriminatoires persistent et il existe des différences au niveau normatif sur des questions clés comme la santé et les droits reproductifs et sexuels, l'éducation sexuelle globale, et les groupes confrontés à des formes de discrimination multiples et interconnectées.

80. L'ONUSIDA a entrepris de vastes activités nationales pour traiter les questions liées aux femmes et aux filles. L'OMS a soutenu une couverture antirétrovirale accrue parmi les femmes allaitantes ; le PNUD, l'OIT, le PAM, ONU Femmes, l'OMS et l'UNFP ont aidé

Le Programme commun a renforcé l'engagement politique avec le Fonds mondial pour promouvoir l'intégration de la question de l'égalité entre les sexes dans ses politiques, ses stratégies, ses mécanismes de gouvernance et ses programmes. Suivant la sensibilisation d'ONU Femmes, le Mécanisme de coordination par pays du Fonds mondial en Chine a été réformé, en indiquant qu'une organisation de la société civile sur trois au comité du MCP devait représenter les femmes vivant avec et affectées par le VIH.

les évaluations ainsi que les examens législatifs et politiques par rapport aux besoins spécifiques des femmes et des filles ; le PNUD, la Banque mondiale et l'OIT ont travaillé avec des partenaires pour associer la responsabilisation économique et la programmation de la prévention du VIH pour les femmes et les filles ; et tous les membres du Programme commun ont accordé la priorité au travail avec des pays pour traiter les dimensions liées au sexe de l'épidémie. Les équipes communes des Nations unies sur le sida ont assuré un support technique pour intégrer l'égalité entre les sexes dans les plans nationaux stratégiques au Lesotho, au Rwanda, au Swaziland et en Tanzanie ainsi que dans huit pays d'Afrique centrale et occidentale. La famille de l'ONUSIDA s'est engagée dans plusieurs initiatives relatives à la santé et à l'égalité entre les sexes, dont Together for Girls, Every Woman Every Child, et Adolescents Girls Initiative.

81. L'ONUSIDA a accordé la priorité aux preuves et aux outils pour soutenir une action accrue et ciblée pour traiter les dimensions liées au sexe de l'épidémie, particulièrement en termes de femmes et de filles. L'ONUSIDA a soutenu 84 pays pour inclure une action stratégique sur le VIH dans des cadres pour les droits des femmes. Un examen à moyen terme de l'Agenda de l'ONUSIDA pour l'Accélération de l'action par pays pour les

femmes et les filles a étoffé les connaissances relatives aux réalisations nationales, aux écarts, aux défis relatifs à la mise en œuvre et aux priorités pour progresser, ce qui a constitué une importante base pour le soutien technique et financier. Selon l'examen, 90% des 80 pays qui ont lancé l'Agenda ont exécuté une

ONU Femmes a soutenu des groupes communautaires au Cameroun, au Ghana, au Kenya, au Malawi, au Nigeria, au Rwanda, en Tanzanie, en Ouganda et au Zimbabwe pour traiter des thèmes tels que le logement, la terre, les droits de propriété dans le contexte du VIH. Ce support a développé la capacité de 250 prestataires de services légaux et juridiques communautaires neufs et existants, et a accru la sensibilisation de plus de 20.000 membres de la communauté par rapport au besoin de protéger les droits d'héritage et de propriété des femmes dans le cadre du VIH.

action visant à mieux comprendre leur épidémie et leur contexte. Près de deux tiers des pays ont renforcé l'égalité entre les sexes dans leurs ripostes au VIH et plus de 700 organisations de la société civile sont à présent engagées dans l'application de l'Agenda. Les outils développés pour assister les pays dans l'intégration de la question de l'égalité entre les sexes dans les ripostes nationales comprenaient un outil d'évaluation du VIH et de l'égalité entre les sexes développé par l'ONUSIDA ; une check-list générée par le PNUD pour l'intégration de la question de l'égalité entre les sexes dans les processus du Fonds mondial ; un outil de programmation développé par l'OMS pour traiter la violence contre les femmes dans le cadre du VIH ; un guide ONUDC sur les services VIH sexospécifiques pour les personnes consommatrices de drogues ; et un recueil d'indicateurs VIH et d'égalité entre les sexes produit par ONU Femmes, en collaboration

avec MEASURE Evaluation, le BCSM, l'USAID, le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD, le FNUAP, l'OMS, et des partenaires nationaux et de la société civile clés.

Entre 2010 et 2012, le pourcentage de pays rapportant disposer d'une stratégie d'IEC comportant un message de lutte contre la violence à l'encontre des femmes est passé de 74% à 86%. De plus, la collecte et la disponibilité de données spécifiques au pays sur les liens entre le VIH et la VS sont passées de 16% à 42% entre 2010 et 2013.

Source: Indicateurs CUBBR C4, C4.1b, C4.1.1

82. Le travail réalisé par la famille de l'ONUSIDA a encouragé une intégration plus solide du VIH ainsi que de la santé et des droits sexuels et reproducteurs dans les politiques, les soins de santé, l'éducation et la prestation de services. Des indicateurs pilotés mesurent quels sont les services combinés ou intégrés, et comment, et ils reprennent des informations sur la violence du partenaire et d'autres éléments déterminants structurels liés au risque et à la vulnérabilité. Vingt-et-un pays ont révisé et cartographié les politiques nationales sur les liens entre le VIH et la santé et les droits sexuels et reproducteurs, 79% des 80 pays ayant utilisé plusieurs modèles afin d'améliorer les liens et l'intégration.
83. Sur la base du support fourni en 2010-2011 dans 60 pays, le PNUD, l'ONU Femmes et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont renforcé la capacité de leadership des femmes et des filles vivant avec le VIH ainsi que des populations clés dans huit autres pays : le Belize, la Bolivie, Grenade, la Guyane, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et le Pérou. L'ONUSIDA a participé à l'établissement du Réseau des Femmes eurasiennes sur le sida, tandis que le UNHCR a soutenu sept dialogues régionaux qui ont débouché sur le développement d'une orientation visant à permettre aux femmes (y compris les femmes vivant avec le VIH) de participer au processus décisionnel communautaire. Un support a aussi été apporté à la plateforme collaborative de la société civile "UNZIP the lips", qui rassemble des partenaires aux nombreuses perspectives différentes. Elle a offert de l'espace politique pour les femmes vivant avec le VIH qui ont participé à la Women Deliver conférence et elle influence favorablement les résultats lors de la Déclaration intergouvernementale Asie-Pacifique évaluant les progrès par rapport aux objectifs de la Déclaration de haut niveau.
84. Le travail visant l'élimination de la violence sexospécifique a été un objectif prioritaire pour l'ONUSIDA en 2012-2013. L'examen à moyen terme de l'agenda de l'ONUSIDA pour les femmes et les filles a indiqué que 82% des pays ont pris des mesures visant à traiter la violence sexospécifique dans le cadre du VIH, alors que 61 pays ont fait en sorte d'inclure la violence sexospécifique dans leurs politiques de santé. Dans la même lignée que les démarches décrites dans l'Agenda, le Sri Lanka a intégré le VIH dans ses campagnes visant à mettre fin à la violence. Toutefois, un peu moins de 50 pays ont fourni des données sur la prévalence de la violence exercée par le partenaire intime dans le cadre du dernier Rapport mondial.
85. Les activités de l'ONUSIDA sur la violence sexospécifique étaient de grande portée et reprenaient le support assuré par le PNUD, le FNUAP, ONU Femmes et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour le rapportage numérique afin de documenter les liens entre le VIH et la violence sexospécifique ; des preuves et un support technique assuré par le PAM sur les liens entre la violence sexospécifique, la sécurité alimentaire et le VIH ; la sensibilisation et d'autres efforts par le PNUD, le FNUAP, l'OMS et les partenaires de la société civile afin de traiter la violence sexospécifique dans le cadre du commerce du

L'UNHCR a apporté un soutien technique à la Tanzanie pour intégrer le VIH dans la gestion clinique, le soutien psychosocial et l'assistance juridique aux victimes de viol dans des contextes humanitaires.

sexe ; les efforts fournis par l'UNESCO pour traiter la violence sexospécifique dans le cadre scolaire ; les activités de l'OIT visant à intégrer le VIH dans les cadres de protection sociale et d'égalité entre les sexes ; la fourniture coordonnée par l'UNHCR, le FNUAP et l'UNICEF de ripostes par rapport à la violence sexospécifique et à la santé et aux droits sexuels et reproducteurs dans le cadre d'urgences ; et les investissements de la Banque mondiale dans l'intégration de la question de l'égalité entre les sexes et du VIH dans ses opérations, ce qui permet à la Banque de traiter la violence sexospécifique également à travers des secteurs non sociaux, comme le transport, l'infrastructure et le développement urbain.

86. Le Programme commun a travaillé pour renforcer les cadres légaux et politiques vers l'élimination de la violence sexospécifique. Sur la base des recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le Droit, des

Avec le soutien d'ONU Femmes, du FNUAP, de l'ONUSIDA et du Secrétariat de l'ONUSIDA, le Cambodge a repris des actions visant à traiter les besoins des femmes et des filles affectées par le VIH dans son second plan d'action national pour la violence à l'encontre des femmes. Nous retrouvons parmi les activités associées un examen de la politique nationale en matière de VIH pour assurer un accès à la prophylaxie post-exposition aux victimes de viol.

examens ont été menés au niveau des lacunes juridiques relatives à la violation des droits des femmes dans les infrastructures de soins de santé en Asie du Sud (sur des questions telles que les stérilisations, les avortements forcés, et la discrimination). Les conclusions ont encouragé la passation du Sindh HIV and AIDS Control and Protection Act, qui, une fois appliqué, aidera à protéger les femmes et les filles vivant avec et affectées par le VIH contre la violence dans les infrastructures de soins de santé. Au Malawi, l'ONUSIDA a soutenu l'adoption du Gender Equality Act en 2013.

87. Dans un effort visant à réduire la violence sexospécifique et à évoluer vers l'égalité entre les sexes, l'ONUSIDA a accordé la priorité au travail avec les hommes et les garçons, y compris via une grande collaboration de quatre ans organisée par le PNUD, le FNUAP, ONU Femmes, l'OMS, l'UNICEF et des ONG. Suite aux consultations mondiales de 2010 et 2011, des consultations régionales ont été tenues en Afrique australe et orientale et en Afrique centrale et occidentale, générant des plans d'action pour que les hommes et les garçons s'engagent pour l'égalité entre les sexes. Sur la base des conclusions des consultations régionales, les équipes nationales au Belize, en Equateur, au Malawi, au Nigeria, en PNG et en Serbie ont utilisé leurs plans d'action nationaux pour intégrer avec succès la violence sexospécifique dans leurs plans VIH nationaux.

## D. Fonctions stratégiques

### Réalisations et contributions de l'ONUSIDA

#### *i. Leadership et sensibilisation*

88. L'ONUSIDA a enregistré des améliorations mesurables et positives sur des questions clés et des moteurs de l'épidémie, par exemple en jouant un important rôle de leadership en accélérant les progrès vis-à-vis de l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, en coprésidant le Comité d'orientation mondial pour le Plan mondial vers l'élimination des nouvelles infections à VIH parmi les enfants d'ici 2015 et en gardant leurs mères en vie, en publiant un second rapport de progrès (sur 11 indicateurs), en aidant le Malawi dans le déploiement de l'Option B+ et en encourageant d'autres pays à appliquer cette approche.

## 89. Via le leadership et la sensibilisation, l'ONUSIDA a aidé à renforcer l'efficacité des

En Afrique centrale et occidentale, des visites de sensibilisation de haut niveau menées par le Directeur exécutif et le Directeur régional ont mobilisé 20 Chefs d'Etats, ministres, Premières Dames, le Global Women Power Network, et des dirigeants de la *Francophonie* pour accroître l'engagement politique, le financement et la responsabilité. Le financement national a augmenté dans la région, tandis que les agents gouvernementaux d'au moins 20 pays et la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) ont intensifié les efforts visant à accélérer les progrès vers les objectifs de la Déclaration politique de 2011.

ripostes nationales. Plus de 30 pays se sont engagés à travailler avec l'ONUSIDA pour développer des approches d'investissement dans les deux prochaines années, avec plus d'une douzaine de pays terminant ou lançant de tels processus en décembre 2013. En 2012-2013, le Secrétariat de l'ONUSIDA et les Infrastructures de soutien technique ont assisté plus de 20 pays dans la révision ou

l'actualisation de leurs Plans stratégiques nationaux (PSN) pour refléter les trois zéros et l'action concertée afin d'atteindre les 10 objectifs RHN ; 36 autres pays développent ou révisent actuellement des PSN. Les nombreuses analyses épidémiologiques et économiques, les études d'efficience et d'efficacité, ainsi que les études de durabilité financière et d'efficacité allocative menées par la Banque mondiale ont aidé à informer le développement des PSN avec une compréhension approfondie des ripostes et des épidémies de VIH nationales et des effets économiques et pour la santé de différents scénarios, et ont aidé à améliorer l'efficacité et la durabilité des ripostes nationales. L'OMS a publié un guide de planification pour la riposte du secteur de la santé au VIH et a contribué à la planification stratégique nationale en soutenant les examens de programme dans plus de 20 pays.

90. Le Secrétariat a soutenu plus de 100 pays pour la réalisation d'examen à moyen terme des progrès effectués vers les 10 objectifs de la Déclaration politique de 2011. Le Secrétariat a révisé, validé et analysé des données pour plus de 100 indicateurs de 172 pays, dont les résultats sont résumés dans le rapport mondial de 2013 sur l'épidémie de sida et le système AIDSInfo interactif, attrayant et facile à utiliser. Le sida présenté en chiffres a fourni un résumé facilement compréhensible des informations stratégiques essentielles sur la riposte. L'ONUSIDA a aussi assisté le Secrétaire général de l'ONU dans la préparation de rapports annuels sur les progrès liés au VIH et destinés à l'Assemblée générale en 2012 et 2013.

L'équipe commune de l'ONU a soutenu les efforts fournis par la Thaïlande en vue de repositionner sa riposte et d'assurer un alignement avec les preuves disponibles. Le pays a promis de sensiblement augmenter le financement national pour la prévention du VIH, avec un accent spécifique sur les populations clés, les jeunes et l'eTME. Des outils d'information stratégique innovants ont été développés pour suivre les 10 objectifs clés aux niveaux national et sous-national.

91. Le Programme commun a travaillé pour que le sida figure toujours en haut de l'agenda politique mondial, avec un accent particulier sur le cadre de développement après-2015. Rejoignant le Lancet, le Secrétariat a convoqué un panel d'experts mondiaux de haut niveau pour analyser la place de la riposte au VIH et de la santé mondiale dans l'agenda après-2015. Des documents de travail, des commentaires et toute une série de pièces analytiques ont été produits via la commission ONUSIDA-Lancet, plaidant pour que la riposte au VIH reste une priorité après-2015.

92. Le Conseil de Coordination du Programme a discuté de l'agenda après-2015 à plusieurs reprises en 2012-2013, en soulignant l'importance de veiller à ce que le VIH et le sida occupent une place centrale dans l'agenda de développement après-2015 de l'ONU et de plaider pour l'inclusion d'objectifs dans les objectifs pertinents visant la réalisation des trois zéros. On a plaidé pour la position centrale de l'approche multisectorielle du Programme commun en s'appuyant sur l'expérience positive de l'ONUSIDA et de "Delivering as One" pour unir et renforcer les efforts des Nations unies, de l'État membre

et de la société civile en vue de relever d'autres défis de développement complexes après-2015.

93. Les efforts de communication de l'ONUSIDA ont soutenu les objectifs de sensibilisation du Programme commun. L'ONUSIDA a lancé son nouveau site Web, a atteint plus de 5.000 titres suite au rapport « Résultats de 2012 » diffusé lors de la journée mondiale de lutte contre le sida 2013 et a publié deux éditions de son « Rapport mondial phare sur l'épidémie du sida ». Le Secrétariat a assuré une utilisation proactive et innovante des médias sociaux, avec plus de 96.000 fans sur Facebook et plus de 91.000 followers sur Twitter en décembre 2013.

94. Lors de l'exercice biennal, le plaidoyer de l'ONUSIDA a soutenu des investissements accrus, y compris en persuadant les donateurs internationaux et les gouvernements responsables de la mise en oeuvre de soutenir et de renforcer leurs propres contributions. L'ONUSIDA a accordé la priorité à la sensibilisation pour encourager des engagements forts à la troisième réunion de reconstitution des ressources pour le Fonds mondial, qui a vu une augmentation de 30% des engagements en comparaison avec l'exercice biennal précédent. Pour en savoir plus sur les contributions spécifiques du leadership de l'ONUSIDA dans la mobilisation des ressources, cf. le chapitre "combler l'insuffisance des ressources".

L'Ukraine a utilisé la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA en tant que guide pour développer le Programme national sur le sida pour la période 2014-2018, qui intensifie l'accent programmatique sur les populations clés et inclut une stratégie de durabilité pour l'extension du traitement pour le VIH et le financement à long terme de la riposte. L'ONUSIDA a fourni de nombreux efforts de sensibilisation pour soutenir et renforcer la riposte nationale, en ce compris des activités pour la Journée mondiale du sida basées sur les Trois zéros, des campagnes nationales visant à accroître la sensibilisation au sida, et une campagne d'information ciblant les personnes vivant avec le VIH.

95. Le Directeur exécutif et d'autres Hauts responsables du Programme commun ont assuré des rôles d'orateurs de premier ordre lors des réunions telles que la Conférence internationale sur le sida de 2012, la réunion CISMA de 2013 et la réunion Abuja+12 de l'Union africaine. Lors du Forum économique mondial tenu à Davos en 2013, l'ONUSIDA a rejoint le Secrétaire général de l'ONU et d'autres leaders mondiaux pour souligner le besoin d'action visant à améliorer la santé et le bien-être des femmes et des enfants touchés par le VIH.

96. Comme lors de l'exercice biennal précédent, l'ONUSIDA a joué un rôle moteur dans les efforts visant à associer le sida aux agendas mondiaux sur la santé, les droits de l'homme, l'égalité entre les sexes et le développement. Sur la base du travail de la Commission mondiale sur le VIH et le droit dirigée par le PNUD, l'ONUSIDA a mené les efforts mondiaux visant à supprimer les lois punitives minant les ripostes nationales, y compris les lois de criminalisation du VIH et les politiques qui violent les droits des populations clés. L'ONUSIDA a rejoint d'autres partenaires de l'ONU dans une déclaration commune appelant à l'élimination des centres de détention de traitement coercitif pour les personnes consommatrices de drogues. Le PNUD a dirigé les efforts de l'ONUSIDA dans 84 pays afin de promouvoir la mise en oeuvre des recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le Droit.

97. Le Programme commun a souligné le besoin d'assurer l'égalité entre les sexes et de fournir aux femmes et aux filles les moyens de se protéger contre le VIH. L'ONUSIDA a publié un rapport majeur, intitulé « *Women Out Loud* », qui se concentre sur le rôle crucial des femmes vivant avec le VIH dans la riposte et qui résume les progrès réalisés par rapport aux dix objectifs relatifs aux femmes et aux filles. ONU Femmes, le PNUD et le FNUAP ont assuré une formation et une sensibilisation au leadership (aux niveaux

mondial, régional et dans de nombreux pays) pour renforcer le rôle des femmes vivant avec le VIH dans la riposte.

ii. Coordination, cohérence et partenariats

98. Les expériences enregistrées en 2012-2013 ont démontré une fois de plus que les programmes et les partenariats techniques, politiques et financiers accélèrent le changement au niveau mondial. L'ONUSIDA est à l'avant-garde pour changer les

L'équipe régionale commune de l'ONU sur le sida pour l'Afrique centrale et occidentale s'est régulièrement réunie en 2012-2013 et a admis en 2013 des participants de la société civile à ses réunions annuelles. L'équipe commune fournit une importante plateforme pour développer la compréhension à propos de l'ONU et pour fournir un forum pour l'engagement constructif avec des parties prenantes externes.

attitudes et les pratiques vis-à-vis des PVVIH, par exemple via la fourniture d'un support financier et technique pour la loi de gestion et de prévention du VIH et du sida de 2012 de la Communauté d'Afrique orientale visant à renforcer la protection contre la discrimination. Avec des partenaires, l'Indice de stigmatisation est appliqué dans 50 pays et fournit des preuves comparables et des références internationales aux administrateurs de

programmes sida nationaux en vue de soutenir l'élimination de barrières significatives pour accéder aux services de prévention VIH, de traitement et de soins.

99. Les partenariats ont encouragé les progrès vers l'objectif d'élimination de l'inégalité entre les sexes et ont aidé les femmes et les filles à se protéger du VIH. L'ONUSIDA a aussi été impliquée dans d'importants efforts visant à soutenir, renforcer et cultiver des partenariats avec la société civile. Citons parmi quelques exemples le relancement de la coalition mondiale sur les femmes et le sida (une alliance mondiale de groupes de la société civile, de réseaux de femmes vivant avec le VIH, d'organisations de femmes, d'organisations de prise en charge du sida, et le système de l'ONU), les consultations communautaires sur l'extension du traitement, et l'engagement avec les leaders religieux sur les questions liées aux droits de l'homme.

La Banque mondiale et le Secrétariat ont mené une étude de durabilité financière liée au VIH en Jamaïque. Le projet de recherche a estimé les coûts des nouvelles infections pour l'ensemble de la population, les hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes, et les professionnels du sexe. L'exercice a souligné le besoin d'assurer l'efficacité et l'efficacité des programmes de prévention, en particulier pour les populations clés, car les nouvelles infections débouchent finalement sur une demande supplémentaire de services coûteux. La première étude a été identifiée comme une meilleure pratique et sera répétée dans d'autres pays.

100. Le dernier de sept débats Banque mondiale/USAID a été tenu en 2012 et dans quatre langues lors de la 19<sup>ème</sup> Conférence internationale sur le sida à Washington D.C. La série a étudié les défis majeurs liés à la désignation et à la mise en œuvre de programmes sida basés sur les preuves. Entre 350 et 860 personnes ont participé à chaque débat, y compris des centaines de professionnels par vidéoconférence dans des pays où le VIH est endémique.
101. Les partenariats ont avancé l'objectif visant à assurer des ripostes au sida qui soient sexospécifiques, nationales, basées sur les droits de l'homme, appropriées, coordonnées et durables. En tant que membre de l'équipe interorganisations pour le Renforcement des systèmes communautaires, l'ONUSIDA a soutenu le développement du Cadre de renforcement des systèmes communautaires du Fonds mondial. L'ONUSIDA et les infrastructures de support technique ont rejoint le Fonds mondial et d'autres partenaires pour organiser des forums de gestion des risques pour la société civile, attirant 50 participants asiatiques issus de la société civile à Bangkok et 70 issus d'Afrique anglophone à Cape Town. Fin 2013, 19 pays avaient réalisé une évaluation sexospécifique de leur épidémie de VIH, du contexte et de la riposte au niveau national,

et ce à l'aide de l'outil d'évaluation sexospécifique de l'ONUSIDA. Les conclusions de cette évaluation ont informé des notes conceptuelles.

102. L'ONUSIDA a beaucoup investi dans le développement de la capacité nationale, y compris avec la société civile, afin de générer et d'utiliser les informations stratégiques essentielles à l'orientation des ripostes nationales au sida. Rien que durant le premier

La Mission de Maintien de la Paix de l'ONU au Sud Soudan, l'UNHCR, le PAM, le Secrétariat, l'OIM, le Programme sida national et le réseau national de PVVIH ont collaboré pour réaliser une évaluation rapide des besoins liés au VIH, avec un plan d'urgence visant à assurer la continuité des services VIH. Les partenaires ont développé un programme d'urgence globale pour assurer des services de traitement et de prévention du VIH et fournir des commodités cruciales dans des camps accueillant des réfugiés et des personnes déplacées internes.

semestre de 2013, l'ONUSIDA a tenu 11 ateliers régionaux avec des participants issus de 122 pays afin de former les partenaires nationaux aux dernières méthodologies statistiques et de modelage pour la production d'estimations et de projections nationales relatives au VIH.

103. Dans le cadre des objectifs d'accès universels, les efforts coordonnés de l'ONUSIDA ont soutenu une mise en œuvre plus solide des plans opérationnels et stratégiques nationaux basés sur les preuves, évalués et priorisés, alignés avec d'autres processus sectoriels. Les agendas de l'ONUSIDA sur l'Évaluation, l'Efficacité, l'Efficience et la Durabilité des ripostes au sida se sont renforcés en 2012. Il y a une convergence croissante des approches au sein du Secrétariat et entre les partenaires clés tels que le Fonds mondial, PEPFAR, la Clinton Health Access Initiative et la Société internationale du sida, centrée sur la reconnaissance que l'amélioration de l'efficacité technique et des allocations et le financement durable sont de plus en plus considérés comme des éléments qui se renforcent mutuellement. Les estimations et les données de l'ONUSIDA ont fourni la base pour les projections et les besoins liés au VIH du Fonds mondial, mais aussi pour le schéma directeur du PEPFAR par rapport à la prévalence du VIH, l'incidence et l'extension de la prévention, du traitement et des soins liés au VIH. Par ailleurs, les données mondiales relatives au VIH sont désormais actualisées sur une base annuelle plutôt que biennale, en utilisant les données GARPR soumises par pays. Des informations stratégiques améliorées sur les coûts, l'efficience et le financement des ripostes au VIH ont été mises à disposition dans plusieurs rapports et études de cas de l'ONUSIDA publiés.

104. Le Groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (MERC) a été reconstitué et s'est réuni à trois reprises lors de l'exercice biennal. Des priorités relatives au suivi et à l'évaluation (S&E) au niveau mondial ont été définies en étroite collaboration avec PEPFAR et le Fonds mondial, tandis que des groupes de travail spécifiques ont été établis par rapport aux indicateurs et à l'évaluation. Des rapports de situation sur l'alignement des données de programme et de la surveillance pour les populations clés ont été développés.

105. En 2012-2013, les trois Infrastructures de support technique (IST) régionales pour l'Afrique australe et orientale, l'Afrique centrale et occidentale et l'Asie-Pacifique ont fourni un support technique à plus de 55 pays avec environ 15.500 journées de consultation sur plus de 425 missions. Les processus du Fonds mondial ont été soutenus dans 35 pays en 2012 et 28 pays en 2013 via plus de 135 missions, reprenant le renforcement des PSN et le soutien du développement des dossiers d'investissement. En 2013, les contributions techniques du Secrétariat de l'ONUSIDA à plus de 50 demandes de financement (en ce compris le renouvellement des subventions, les demandes de financement provisoire et les demandes précoces) ont débouché sur des décisions de financement pour plus de US\$ 2 milliards.

106. Après une consultation internationale, l'ONUSIDA a développé des recommandations visant à renforcer la cohérence, l'efficacité et la pertinence du support technique dans un environnement changeant, et les a présentées lors de la réunion du Comité de Coordination du Programme en décembre 2013.
107. L'ONUSIDA a soutenu les processus d'examen à moyen terme (reprenant des exercices d'inventaire et des consultations des parties prenantes nationales) des dix objectifs de la Déclaration politique de 2011 dans 109 pays, et les considérant comme une occasion de renouveler l'engagement pour la prévention du VIH, répertorier les écarts, encourager le leadership, la cohérence et la responsabilité à tous les niveaux de la riposte. Ces examens ont aussi fourni à l'ONUSIDA des occasions de plaider pour une mise en œuvre sensée et efficace d'une association de mesures de prévention basées sur des preuves, reprenant l'intégration de nouvelles technologies de prévention dans des populations prioritaires et des zones géographiques recensant de nouvelles infections.

*iii. Responsabilité mutuelle*

108. L'ONUSIDA a pris des mesures concertées en 2012-2013 afin d'améliorer l'efficacité, l'efficacité et la rentabilité de ses opérations. Les effets de l'impact collectif de la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA telle que menée par le CUBRR 2012-2015 global (soutenant les 10 objectifs de la Déclaration politique de l'Assemblée générale de

En juin 2013, l'ONUSIDA a publié un document de travail pour souligner les exemples illustrant comment le Programme commun s'engage avec la société civile afin de traiter la 28<sup>ème</sup> demande du Conseil de Coordination du Programme pour un "rapportage plus explicite sur les ressources et l'engagement de la société civile". Le document de travail a généré un dialogue productif et continu sur la question de l'engagement de la société civile, notamment le développement d'un sous-groupe de société civile du Groupe spécial d'évaluation des Coparrains (GSEC), reprenant des représentants de la délégation des ONG du Conseil de Coordination du Programme. Par conséquent, il a été décidé de préparer en 2014 un document similaire, qui serait guidé par le sous-groupe.

l'ONU sur le VIH/sida de 2011) - avec le soutien du Département Travail de l'ONUSIDA - ne peuvent pas être sous-estimés. Le fait de disposer d'un cadre de planification holistique de quatre ans a permis à toutes les parties du Programme commun (aux niveaux mondial, régional et national) de mieux comprendre, adopter et harmoniser tous les

aspects du Programme durant l'exercice biennal 2012-2013, fournissant ainsi une base de travail solide pour 2014-2015. Un élément central de l'approche de l'ONUSIDA concernait un soutien ciblé sur les 38 pays à forte incidence.

109. L'ONUSIDA a renforcé la collaboration avec le Fonds mondial et PEPFAR, qui représentent deux tiers de l'assistance internationale pour le VIH (et plus de 90% du financement des donateurs pour le VIH dans les pays aux plus faibles ressources et assumant la charge la plus élevée). De manière globale, l'étroite collaboration a soutenu des informations stratégiques plus efficaces et un accent sur les investissements basés sur les preuves et les priorités épidémiques. Au niveau national, l'ONUSIDA a aidé les pays dans toutes les étapes de leur travail avec les deux organisations, entre autres (à partir de 2013) pour assurer la mise en œuvre efficace du nouveau modèle de financement du Fonds mondial.
110. Durant l'exercice biennal 2012-2013, le Secrétariat de l'ONUSIDA a appliqué un réalignement organisationnel avec trois objectifs fondamentaux : veiller à l'alignement du personnel et de la structure interne du Secrétariat avec les priorités changeantes de la société ; continuer de renforcer l'accent national de l'organisation, surtout pour traiter les besoins des pays à impact élevé, et ; fournir des résultats avec une rentabilité maximale.



111. Le réalignement du Secrétariat de l'ONUSIDA a débouché sur une réduction du personnel de 10% et une réduction des coûts opérationnels de 8% suite à la rationalisation du siège de l'ONUSIDA avec une reconcentration de l'appui programmatique autour de la réalisation des objectifs sida mondiaux pour 2015 ; le redéploiement du personnel sur le terrain (80 membres du personnel ont été redéployés sur le terrain, en particulier dans les pays à forte incidence) ; le reprofilage des postes (environ 60 postes ont été reprofilés afin de mieux répondre aux priorités programmatiques) ; et le développement d'un cadre de gouvernance et stratégique IT, qui reprenait le déplacement du support IT à distance et sur le terrain à Nairobi, reflétant ainsi les efforts visant à améliorer le soutien aux pays, à réduire les coûts opérationnels et à encourager l'innovation et la technologie.

En Iran, l'équipe commune des Nations unies sur le sida s'est régulièrement rencontrée en 2012-2013, et a révisé le Programme de soutien commun à la lumière des objectifs de la Déclaration politique de 2011 et du Département du Travail. En décembre 2013, une analyse des écarts a été menée durant une retraite de trois jours (sur la base de la méthodologie de 2010), débouchant sur une plateforme de perspectives pour les quatre années suivantes. Le groupe de travail de suivi et d'évaluation de l'ONU, présidé par le Secrétariat de l'ONUSIDA, a joué un rôle clé dans le développement du Rapport de progrès de l'UNDAF.

112. Dans le cadre du CUBRR, l'ONUSIDA a renforcé son rapport d'exécution et son engagement avec les parties prenantes. En 2012, l'ONUSIDA a brillamment clôturé la première année du cycle de suivi et d'évaluation des performances du CUBRR, tandis que la 32ème réunion du Conseil de Coordination du Programme a accueilli le rapport et plus particulièrement les études de cas qui l'accompagnaient. Avant la réunion du Conseil de l'ONUSIDA en mars 2013, une consultation multi-parties prenantes a demandé à recevoir des contributions au rapport provisoire. La même semaine, une réunion interne du Programme commun a étudié les résultats de 2012 et les plans 2014-2015 pour tous les thèmes de l'ONUSIDA - fonctions et objectifs stratégiques, objectifs de la Déclaration politique de 2011 et domaines du Département du Travail. Les réflexions sur les priorités, les progrès et les défis liés à l'épidémie ont fourni une base importante pour le développement du budget 2014-2015 de l'ONUSIDA qui a été approuvé lors de la 32ème réunion du Conseil de Coordination du Programme en juin 2013.

113. Le suivi des performances du CUBRR a amélioré la responsabilisation via une révision de la mise en œuvre programmatique et financière par rapport à la mobilisation et aux allocations des ressources. En réponse à la 32ème demande du Conseil de l'ONUSIDA visant à simplifier et à affiner les indicateurs du CUBRR, une consultation multi-parties prenantes a été tenue en octobre 2013 afin d'étudier la responsabilité financière et programmatique de l'ONUSIDA, qui reprenait des apports de la société civile active.

114. Dans le cadre du CUBRR, le Système de Suivi du Programme commun (SSPC) a

Des évaluations indépendantes de l'ONUSIDA en 2012 et 2013 (par AusAID, le Danemark, la Norvège, le Royaume Uni, MOPAN) ont reconnu le puissant rôle de leadership et de sensibilisation du Programme commun dans la riposte, son accent sur les partenariats et son leadership par rapport à la réduction de la stigmatisation, aux droits de l'homme et à l'égalité entre les sexes. D'après ces évaluations, l'ONUSIDA a réalisé d'importants progrès dans la gestion des performances et le rapportage des résultats, elle a amélioré l'efficience ainsi que la conscience des coûts et de la valeur, et elle a amélioré son orientation stratégique. Nous pouvons citer parmi les opportunités d'amélioration le renforcement de la couverture, de la qualité et de l'accès aux évaluations, ainsi que l'amélioration de la responsabilisation.

été développé en tant qu'outil en ligne utilisé pour mesurer les résultats et les niveaux régionaux, nationaux et mondiaux. Pendant les sessions de formation en 2012 et 2013, plus de 400 membres du personnel du Secrétariat et des coparrains ont participé à des webinaires en anglais, français et espagnol. Le SSPC permet au Programme

commun de dresser des rapports sur ses progrès et ses actions de manière structurée et transparente (toutes les données sont accessibles dans le Programme commun). Le rapportage dans le SSPC commence par l'enregistrement des résultats depuis les équipes communes au niveau national, puis ces informations remontent du niveau régional au niveau mondial, où les résultats et les effets sont synthétisés et analysés en domaines thématiques.

115. L'ONUSIDA a aussi travaillé à la coordination avec le système plus vaste de l'ONU. En vue de renforcer l'action collective de l'ONU par rapport au sida au niveau national et de veiller à ce que l'ONUSIDA se positionne effectivement dans le système de Coordonnateur résident afin de pleinement appliquer le Cadre de gestion et de responsabilité du GNUM, les postes de Coordinateurs nationaux ONUSIDA ont été reclassés en tant que Directeurs (afin d'assurer un support technique et une orientation stratégique et politique de haut niveau et plus appropriés).
116. Quatre réunions du Conseil de Coordination du Programme ont été organisées avec succès en 2012-2013, avec des segments thématiques sur l'association de mesures de prévention, la non-discrimination, et l'adolescence et la jeunesse. Lors de la réunion du Conseil de Coordination du Programme de juin 2012, ONU Femmes est devenu le 11<sup>ème</sup> coparrain de l'ONUSIDA. Des visites de terrain du Conseil de Coordination du Programme ont été menées en Ukraine et en Zambie, ce qui a permis aux membres du Conseil d'observer des équipes communes pour le sida en action pour soutenir les ripostes nationales et de s'engager avec toutes les parties prenantes dans la riposte.
117. La résolution de l'ECOSOC sur le Programme commun, adoptée en juillet 2013 par 33 coparrains de tous les groupes régionaux (représentant le plus grand coparrainage à ce jour pour les résolutions sur le Programme commun) a souligné l'importance du sida dans l'agenda après-2015 et la valeur des leçons tirées par l'approche unique du Programme commun. La résolution reconnaît que le Programme commun offre un exemple utile pour améliorer la cohérence stratégique, la coordination, l'accent fondé sur les résultats et l'impact au niveau national, sur la base des priorités et des contextes nationaux.
118. L'ONUSIDA a apporté sa participation à de nombreux organes interagences (comme le Groupe des Nations unies pour le Développement (GNUM), le Comité de haut niveau pour la Gestion (CHNG) et le Comité de haut niveau pour le Programme (CHNP)) pour coordonner la riposte au VIH avec de plus larges objectifs en matière de santé, de développement, de paix et de droits de l'homme.

*iv. Supprimer les écarts au niveau des ressources*

119. L'ONUSIDA a continué de jouer un rôle de leader pour la mobilisation des ressources cruciales à la riposte. Durant la période 2012-2013, un montant estimé à US\$18,7 milliards était disponible au niveau mondial pour les activités liées au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en 2012. Malgré les défis persistants associés au climat économique plus large, les ressources VIH totales ont augmenté de 10% depuis 2011, suite à une reprise de l'assistance internationale et à des augmentations notables au niveau du financement national dans de nombreux pays.
120. En 2012, plus de deux tiers des pays assurant la mise en œuvre ont augmenté les dépenses nationales pour le VIH, certains d'entre eux (dont le Tchad, la Guinée, le Kirghizistan et le Sierra Leone) ayant doublé les contributions nationales destinées à la riposte. A l'échelle mondiale, les investissements publics nationaux pour le VIH dépassent à présent le financement international destiné au VIH (52-53% en 2011 et 2012 respectivement).

121. L'ONUSIDA s'est engagée dans une large sensibilisation avec les pays donateurs durant la période précédant la conférence pour la reconstitution des ressources pour le Fonds mondial en décembre 2013, ce qui a débouché sur des promesses à hauteur de US\$ 12 milliards pour une période de trois ans, soit une augmentation de 30% par rapport aux montants promis lors de la période de trois ans précédent.

122. Dans ses efforts de mobilisation des ressources, l'ONUSIDA a souligné les principes de solidarité mondiale et de responsabilité partagée. L'agenda de solidarité mondiale et

Afin de renforcer la capacité des pays à optimiser l'impact des investissements par le Fonds mondial et PEPFAR, l'ONUSIDA aide les pays à générer, analyser et présenter des données stratégiques. Par exemple, afin de soutenir l'approbation par le Fonds mondial d'un financement de US\$ 26,9 millions à El Salvador en tant que demandeur en vertu du nouveau modèle de financement, l'ONUSIDA a produit des informations stratégiques (ventilées par populations clés) dans le cadre de l'analyse de la situation nationale. Autre exemple : dans certains pays, dont le Cambodge et l'Ouganda, l'Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA) développée avec l'aide de l'ONUSIDA a servi de base au développement du dossier d'investissement pour la soumission du pays au Fonds mondial. L'ONUSIDA a aussi aidé les pays à développer des stratégies et des systèmes de suivi des performances des allocations du Fonds mondial.

de partage équitable dirigé par le directeur exécutif de l'ONUSIDA a été crucial. L'ONUSIDA a organisé toute une série de réunions de haut niveau pour garantir l'engagement du leadership africain pour un financement VIH national durable et accru, ce qui a débouché sur l'adoption de la Feuille de route sur la Solidarité mondiale et la Responsabilité partagée pour la riposte au sida, à la TB et au paludisme en Afrique 2012-2015 par les chefs d'Etat et de gouvernement africains lors du 19ème Sommet de l'Union africaine.

123. En novembre 2012, l'ONUSIDA et la Banque mondiale ont coorganisé une réunion internationale des pays, des donateurs bilatéraux et multilatéraux, des agences de l'ONU et de la société civile pour développer une compréhension mutuelle et une définition du partage équitable et de la solidarité mondiale pour la riposte. En tant que suivi, l'ONUSIDA a révisé les accords de financement pour le VIH des pays donateurs et a identifié des caractéristiques (par exemple une durée d'au moins 5 ans, une implication sensée de tous les partenaires dès le début, des objectifs de financement ambitieux mais réalistes, des systèmes de suivi, et des incentives/conséquences liés) qui devraient faire partie de tout contrat de pays/donateur, avec le but ultime visant à assurer une transition fluide vers le financement national.

124. En décembre 2013, l'ONUSIDA travaillait avec plus de 30 pays pour développer des dossiers d'investissement nationaux qui identifient de nouvelles sources de revenus nationaux, des opportunités d'augmentation de l'efficacité des dépenses, et des stratégies (comme le ciblage de point chaud)

Avec le support de l'ONUSIDA, de nombreux pays (dont, sans s'y limiter, le Bélarus, la Jamaïque, le Kenya, le Nigeria, l'Afrique du Sud, la Thaïlande et l'Ukraine) se sont engagés à augmenter les dépenses nationales destinées au VIH.

d'amélioration de l'impact stratégique des dépenses. La Banque mondiale a soutenu des dossiers d'investissement via des analyses d'efficience allocative et programmatique, des études d'efficacité et des études sur le financement durable. Le Secrétariat s'est joint à la Société internationale du sida, la Banque mondiale, et le Fonds mondial pour organiser des forums régionaux et nationaux afin de développer un soutien pour faire de l'efficience, de l'efficacité et de la durabilité les principaux piliers de la riposte au sida.

125. Le Programme commun a développé des preuves pour l'action sur les approches d'investissement, dont des informations stratégiques, de l'orientation et des outils d'information des actions par les pays et les donateurs. Avec le soutien financier de la

Bill & Melinda Gates Foundation, le Secrétariat et la Banque mondiale coorganisent le Groupe de référence économique (GRE) sur le VIH qui fournit aux pays et aux partenaires internationaux une orientation normative et politique pour des investissements stratégiques liés au sida et un agenda de recherche dans l'économie liée au sida et l'harmonisation des outils et des méthodes de recherche.

126. Le Secrétariat et l'OMS ont organisé une série de consultations sur les implications programmatiques et économiques de l'application des directives antirétrovirales consolidées 2013 de l'OMS afin d'informer le processus de reciblage et les nouveaux besoins d'investissements mondiaux pour le VIH d'ici 2030 aux niveaux national et mondial. Sous la coordination du PNUD, l'équipe chargée du développement de l'orientation sur les investissements VIH pour les facilitateurs cruciaux et des synergies avec d'autres secteurs a produit « *Comprendre et agir sur des catalyseurs essentiels et des synergies de développement pour réaliser des investissements stratégiques* ».
127. Le groupe de travail interinstitutions sur les coûts (OMS, UNICEF, la Banque mondiale, le Secrétariat de l'ONUSIDA, le FNUAP, le PNUD) a développé le logiciel OneHealth Tool qui fournit un cadre unique pour la planification, les coûts, l'analyse de l'impact, les stratégies de budgétisation et de financement pour toutes les principales maladies et les composants du système de santé dans les pays. Un groupe de travail sur le suivi des ressources sur le VIH a été créé ; il promeut la standardisation et l'harmonisation de différents outils de suivi des ressources, dans le but d'alléger la charge de rapportage dans les pays et d'améliorer la qualité des données. Afin d'aider les pays à accéder au soutien via le nouveau modèle de financement du Fonds mondial, l'ONUSIDA a produit un guide technique pour démontrer le rapport coûts-avantages des interventions proposées et s'est joint à des partenaires pour organiser des ateliers de développement des capacités pour le développement d'une note conceptuelle. L'OMS a développé une orientation technique pour le développement de notes conceptuelles sur les soins et le traitement ARV, les co-infections, VIH/TB, la PTME et la prestation de services parmi d'autres sujets techniques.
128. En termes de mobilisation des ressources pour le Programme commun dans le cadre du CUBRR, les revenus par rapport au budget de base se sont élevés à pratiquement 95% du budget approuvé (US\$ 458 millions, mais un peu moins de US\$ 477 millions levés en 2010-2011). Plusieurs donateurs (dont la Finlande, la Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni) ont augmenté leurs contributions à l'ONUSIDA. L'ONUSIDA a aussi accueilli des contributions à son budget de base depuis la Côte d'Ivoire (qui a engagé US\$ 1 million, ce qui signifie que c'était la première fois qu'un pays africain figurait parmi le top 20 des donateurs ONUSIDA), le Congo et le Sénégal.

v. Planification multisectorielle et intégration du VIH et autres fonctions stratégiques

129. L'ONUSIDA a activement plaidé pour l'intégration du VIH avec des efforts de développement et de santé plus larges, et a soutenu l'intégration avec une large orientation normative. Les directives antirétrovirales de l'OMS de 2013 recommandent une meilleure intégration (par exemple HIV/TB, PTME avec la santé maternelle et de l'enfant, et ARV dans la TSO), tandis que l'ONUSIDA a fourni une orientation mondiale au niveau des pratiques de promesses en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé.

L'ONUSIDA a promu des liens plus étroits entre le VIH et la riposte aux maladies non transmissibles, comme le reflète la Déclaration politique de l'ONU de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la Prévention et le Contrôle des Maladies non transmissibles de 2012.

130. Les examens nationaux facilités par l'ONUSIDA ont accéléré l'engagement vis-à-vis de l'intégration de la gouvernance de la santé et de la prestation de service. Plus de

Le PAM a apporté un support technique crucial aux pays en ce qui concerne l'inclusion de l'alimentation et de la nutrition dans des plans VIH multisectoriels. En RDC par exemple, le PAM a brillamment intégré le premier composant nutritionnel dans la note conceptuelle du Comité de coordination national au Fonds mondial.

90% des pays ont rapporté en 2013 que l'intégration était une priorité nationale, 45% rapportant que le VIH a été aligné avec d'autres planifications spécifiques aux maladies. Plusieurs pays (dont le Brésil, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, Fidji, Madagascar, le

Malawi, la Mauritanie, la République de Moldavie et le Togo) ont aligné ou pleinement intégré les cycles budgétaires et la planification stratégique pour le VIH et la santé en général, et 20 pays ont pris des mesures pour intégrer le S&E lié au VIH avec des systèmes similaires pour d'autres maladies.

131. Avec un grand soutien de l'ONUSIDA, les pays ont aussi pris des mesures vis-à-vis de l'intégration de la prestation de services. Une majorité (53%) de pays a pleinement intégré les services de VIH/TB ou renforcé une prestation de services commune ; 70% ont intégré des services de PTME dans les soins prénataux ; deux tiers ont intégré le VIH et les services de santé reproductive ; et 23% ont intégré le conseil et les tests liés au VIH avec des services pour les maladies non transmissibles.

132. L'OIT a apporté un soutien technique pour l'élaboration, la révision et la finalisation des composants liés au lieu de travail des stratégies sida nationales dans 43 pays ; l'UNESCO a fourni un support technique dans 75 pays afin de renforcer la riposte du secteur de l'éducation ; l'UNHCR a entrepris de nombreuses activités pour traiter le VIH dans le contexte des ripostes humanitaires, y compris une collaboration commune avec l'Organisation internationale de la Migration (OIM) et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour renforcer la préparation au VIH multisectorielle et nationale dans des situations d'urgence.

Septante-huit pour cent des pays utilisent au moins deux des cinq outils d'information stratégiques (Modes de transmission (MT), Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), AIDSInfo, Audit sexospécifique, Spectre) soutenus par l'ONUSIDA. Entre 2012 et 2013, il y a eu une augmentation de 50% du nombre de pays entreprenant des audits sexospécifiques (de 30 à 45). L'Afrique centrale et occidentale a vu le nombre de pays utilisant les NASA plus que tripler, en passant de 5 à 19, tandis que le nombre de pays utilisant les MT a doublé en passant de 9 à 17.

Source: Indicateur CUBRR D2.3.2.

133. Sur la base de la réflexion d'investissement et du besoin de changements stratégiques clés dans la riposte au nouvel environnement de sida, la Banque mondiale, le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD et l'OMS ont développé un nouveau projet de guide sur les Stratégies sida nationales et la mise en oeuvre pour les résultats, qui a été utilisé dans cinq ateliers de formation pour 12 pays dans la région d'Afrique centrale et occidentale. Pilotant le projet d'orientation, le Népal a développé son premier "Plan d'investissement VIH pour le Népal, 2014-2016", qui repose aussi sur les trois zéros. Pour aider les pays à faire des choix difficiles pour maximiser l'impact stratégique des investissements, l'ONUSIDA a fourni un support technique dans les domaines des coûts, du développement des références et des bases de données épidémiologiques, du développement des cadres de résultats, des analyses de la qualité des données, de l'efficacité de la mise en oeuvre, de l'efficacité de l'attribution budgétaire et des examens par les pairs. Ces efforts ont été renforcés par la recherche facilitée par l'ONUSIDA, en ce compris la recherche du PNUD sur le financement durable ainsi que

le travail analytique du programme de la Banque mondiale offrant des modèles innovants (Optimize et le Fiscal Space Model) sur l'efficacité allocative et la durabilité financière.

134. Pour traiter le défi des compétences différentielles des agents de santé, l'OMS a entrepris un examen des preuves pour l'administration d'ART par des infirmières, des sages-femmes, et des cliniciens non médecins dans le cadre des directives ARV consolidées de 2013. L'OMS a fourni par rapport à ce point une assistance technique pour l'adoption politique et l'application de la délégation des tâches.

La Banque mondiale a réalisé une étude de 53 pays dans la région Euro de l'OMS à propos de l'efficacité allocative, a entrepris de nombreuses études de retour sur investissement (en Indonésie, Malaisie, Philippines, Swaziland et Vietnam), et des analyses spécifiques au pays de l'espace fiscal (Botswana, Kenya, Afrique du Sud, Swaziland et Ouganda).

## E. Thèmes transversaux

### Réalisations et contributions de l'ONUSIDA

#### *i. Traiter les besoins liés au sida des jeunes*

135. Les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 42% de tous les nouveaux cas d'infections à VIH, les jeunes femmes courant deux fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes dans cette tranche d'âge. De plus, les décès liés au sida parmi les adolescents ont augmenté de 50% entre 2005 et 2012, tandis que ces statistiques sous-estiment l'urgence continue du traitement des besoins liés au VIH des jeunes. En vue de soutenir une action plus efficace pour les jeunes, l'ONUSIDA a fourni une orientation et un leadership plus normatifs en 2012-2013. L'OMS, assistée par l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA, a développé une orientation sur les tests et les conseils liés au VIH pour les adolescents. L'UNICEF a demandé un examen systématique global de l'efficacité des interventions pour la prévention du VIH, le traitement et les soins pour les adolescents. Le FNUAP et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont organisé des consultations de jeunes dans 11 et 14 pays respectivement, afin d'identifier les approches innovantes pour traiter les besoins des jeunes de moins de 18 ans. La Stratégie du FNUAP pour les adolescents et les jeunes, lancée en 2013, appelle à des investissements accrus dans les initiatives d'émancipation des jeunes et des adolescents.

Lors du forum mondial de la jeunesse de la Conférence internationale sur la Population et le Développement en 2012, 2.500 jeunes ont parlé de leurs priorités et de leurs problèmes liés au développement mondial. La Déclaration du forum reprenait des recommandations sur les jeunes de populations clés, les jeunes femmes et les adolescentes, et les jeunes femmes vivant avec le VIH.

136. Le Programme commun a fourni des efforts concertés pour responsabiliser les adolescents et d'autres jeunes. La 33ème réunion du Comité de Coordination du Programme s'est concentrée sur les adolescents et la jeunesse, dont ceux faisant partie des populations clés. Les représentants des jeunes et les membres du Conseil ont été poussés à redoubler d'efforts pour veiller à ce que les jeunes disposent des outils et de l'espace nécessaires pour être au centre de la riposte au VIH et pour jouer un rôle actif dans l'éradication de l'épidémie de sida. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a soutenu le PACT pour la transformation sociale, une collaboration stratégique avec 25 organisations dirigées par et servant des jeunes qui a établi ACT 2015, une initiative d'action sociale mondiale pour soutenir la sensibilisation de la jeunesse par rapport au VIH.

137. Le Programme commun a plaidé, organisé et fourni une assistance technique nationale pour accroître l'accès des jeunes aux services VIH, avec une attention particulière accordée aux besoins des jeunes qui font partie des populations clés. L'UNESCO a développé 800 programmes radio en Afrique centrale et occidentale pour former les professeurs au VIH et à l'éducation sexuelle dans les écoles primaires et secondaires. L'UNICEF, qui travaille dans des pays où l'épidémie continue de se développer (Azerbaïdjan, Bélarus, Géorgie, Moldavie et Ukraine), a formé plus de 2.000 prestataires de soins à assurer des services de test et de conseil VIH pour les adolescents, atteignant plus de 16.000 adolescents vulnérables. Le Brésil, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland, la République unifiée de Tanzanie et le Vietnam ont appliqué des cadres globaux de génération de demande de préservatifs, avec un accent spécifique sur les jeunes. Au Swaziland et en Zambie, l'ONU DC a soutenu la sensibilisation des jeunes en prison. L'UNESCO a mené un examen mondial des questions et approches actuelles aux niveaux de la politique, de la programmation et de l'application sur la violence sexiste liée à l'école, contribuant ainsi au développement de directives globales pour la prévention et l'élimination de la violence sexiste dans et via l'éducation.

Les dialogues radio soutenus par le FNUAP ont atteint 7.918 jeunes au Swaziland. Au Swaziland toujours, l'UNESCO a développé un manuel pour les professeurs de l'enseignement secondaire à propos de l'éducation sexuelle globale qui est assurée dans 25 écoles et pour laquelle 26 formateurs, 218 enseignants de secondaire et 80 principaux et conseillers d'orientation ont reçu une formation de développement des capacités.

*ii. Assurer une éducation de qualité pour une riposte au VIH plus efficace*

138. Près de trois quarts (74%) des pays ont intégré les ripostes au VIH dans le secteur de l'éducation, tandis que le nombre de ministères de l'Éducation disposant de politiques

Va une initiative menée par l'UNESCO (en partenariat avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS et d'autres partenaires), les dirigeants de l'éducation et de la santé des 20 pays d'Afrique australe et orientale ont promis un plus grand engagement politique pour étendre l'éducation sexuelle globale et accroître l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents et les jeunes. Le 7 décembre 2013, les ministres et les représentants ont affirmé l'Engagement, qui souligne l'urgence de la situation à laquelle sont confrontés les jeunes dans la région et met en place une plateforme pour une collaboration accrue entre l'éducation et la santé, ainsi qu'une plus grande intégration du VIH et de la SSR. Un élément clé de cet engagement consiste à travailler avec et à travers les communautés économiques régionales (CDSA et EAC) par rapport à des objectifs temporels, dont l'échelle de bonne qualité de l'éducation sexuelle et la réduction des besoins non satisfaits de services de santé d'ici 2015.

liées au VIH sur le lieu de travail a plus que doublé sur les huit dernières années. L'équipe interinstitutions sur l'éducation menée par l'UNESCO coordonne l'action du Programme commun sur l'éducation pour une riposte mondiale efficace. L'EI a régulièrement tenu des réunions de coordination, a développé toute une série d'outils de communication

de sensibilisation, et a publié l'Étude sur les Progrès mondiaux en 2013 afin de mesurer les tendances au niveau des ripostes nationales.

139. L'UNESCO et le FNUAP ont apporté un support technique aux ministères de l'Éducation pour l'examen par les pairs et la révision des cursus au Lesotho, au Sud Soudan, en Tanzanie, en Ouganda et en Zambie. L'UNESCO, le FNUAP et l'UNICEF ont aussi entrepris un examen des cursus de prévention du VIH dans 10 pays. Dans les Caraïbes, l'UNESCO et le FNUAP ont collaboré pour engager des agents d'éducation technique seniors sur les approches fondées sur des données probantes pour l'intégration de la prévention du VIH dans l'apprentissage des compétences psychosociales, avec une attention particulière accordée aux besoins des jeunes membres des populations clés.

140. L'UNESCO a soutenu la coopération sud-sud parmi 10 pays en Amérique latine et dans les Caraïbes via la Communauté de pratique régionale sur l'éducation sexuelle. L'UNESCO, le FNUAP et l'UNICEF entreprennent une évaluation commune sur la mise en œuvre d'une éducation sexuelle scolaire globale dans plusieurs pays d'Asie et du Pacifique. L'UNESCO a développé l'outil d'évaluation et de révision sur l'éducation sexuelle (Sexuality Education Review and Assessment Tool, SERAT), qui a été utilisé au Cameroun, au Cap Vert, en République centrafricaine, au Tchad, au Congo, en République dominicaine, en Guinée équatoriale, au Gabon, au Ghana, au Liberia, au Mali et au Nigeria. 'Inside and Out' - une version adaptée aux besoins des partenaires de la société civile, est aussi promue dans plusieurs pays.

141. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'UNICEF, le FNUAP, et l'UNESCO ont entrepris des tests de terrain en Jamaïque, en Namibie, en Afrique du Sud, en Tanzanie et en Zambie sur les nouveaux indicateurs et les indicateurs révisés afin de mesurer les ripostes au VIH dans les secteurs de l'éducation. L'OIT et l'UNESCO ont soutenu l'adoption de directives politiques sur l'éducation des jeunes enfants traitant de questions liées aux enfants vivant avec le VIH et soulignant les principes de non-discrimination. L'UNHCR a développé une stratégie d'éducation mondiale pour 2012-2016 et a établi un partenariat avec l'Université d'Harvard pour entreprendre des analyses de mise en œuvre de la stratégie au niveau national dans plus d'une douzaine de pays prioritaires. Le FNUAP a soutenu des programmes de formation sur la prévention du VIH pour près de 3,3 millions de jeunes en Afrique australe et orientale, tandis que l'UNESCO a formé plus de 15.000 enseignants du primaire et du secondaire en Asie occidentale et centrale et plus de 14.000 étudiants en Asie centrale.

Au Kenya, l'OIT, l'ONUSIDA, la Kenya HIV/AIDS Business Coalition, la Fédération des employeurs du Kenya, LVCT Treatment and Care, GBCHHealth, Aga Khan Foundation Network, l'Organisation centrale des Syndicats, les programmes suédois sur le VIH/SIDA au travail, et le Conseil de Contrôle national du sida ont lancé un centre de connaissances et un forum de support en ligne sur les questions liées au VIH et au lieu de travail. A ce jour, le site a reçu 250.849 visites de parties prenantes liées au lieu de travail.

*iii. Extension des programmes et des politiques sur le VIH et le lieu de travail*

142. En 2012, 84% des pays ont indiqué disposer d'une stratégie VIH multisectorielle reprenant le lieu de travail. En 2012-2013, Programme commun a soutenu les ripostes VIH liées au lieu de travail via la génération de preuves, de politiques et de lois, et l'initiative VCT@WORK. En 2012, l'OIT, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont lancé la campagne « Getting to zero at work », reprenant des messages de 150 dirigeants, dont des directeurs de l'agence de l'ONU et de nombreux chefs d'Etat et de gouvernement.

143. Afin de développer le socle de preuves pour l'action sur le VIH et le lieu de travail, l'OIT et l'EI sur les programmes liés au lieu de travail ont travaillé avec la Social Aspects of HIV/AIDS Alliance du CRSH pour entreprendre une étude de 10 pays visant à souligner les éléments qui rendent les programmes relatifs au VIH et au lieu de travail efficaces. L'OIT a entrepris avec le soutien de l'EI un examen de la littérature mondiale afin d'identifier les meilleures pratiques visant à atteindre les populations clés via des programmes liés au lieu de travail ; la publication des résultats est prévue pour 2014.

144. Les politiques relatives au sida/VIH et au lieu de travail de l'UNESCO et de l'OIT ont contribué à la création d'un environnement plus inclusif et favorable pour les employés et les apprentis vivant avec le VIH, tandis que l'UNESCO continue de soutenir activement les pays pour l'intégration des recommandations dans les programmes et les politiques nationaux. En 2012-2013, l'UNESCO a collaboré avec le PNUD et l'OIT pour adapter la politique sur le lieu de travail d'Afrique australe et orientale à la région d'Afrique centrale



et occidentale, en consultation avec les ministères de l'Education, les syndicats des enseignants, et les réseaux de PVVIH de 13 pays. L'UNESCO a aussi apporté une assistance technique aux pays EEAC pour développer des politiques nationales basées sur les Recommandations régionales 2011 de l'UNESCO-OIT, dont le ministère de l'Education ukrainien. En coopération avec l'UE et le FMSTP, un total de 16.000 copies de "HIV Policy Recommendations for the Education Sector" ont été produites et distribuées à 8.000 écoles en Ukraine, tandis que le personnel enseignant et de direction a été formé pour appliquer ces nouvelles politiques.

145. Afin de soutenir une action politique efficace sur le VIH et le lieu de travail, l'OIT a collaboré avec l'EI pour finaliser un guide destiné aux juges et aux professionnels juridiques, qui a été utilisé pour former 106 juges, 52 magistrats, 365 avocats et 225 parlementaires de toutes les régions. L'OIT a soutenu l'examen législatif dans 32 pays, en utilisant comme références les principes de la déontologie de l'OIT et la Recommandation de l'OIT n°200. L'OIT a assuré un support pour l'élaboration du code du travail au Tchad, de la loi nationale sur le VIH au Ghana, des régulations VIH en Guyane, de la loi sur les commerces et établissements au Myanmar, d'une loi contre la stigmatisation du VIH au Nigeria, de la législation antidiscrimination aux Philippines, et des réglementations sur l'emploi en Ouganda. L'OIT a assuré une orientation stratégique pour 47 pays pour l'élaboration, la révision et/ou la finalisation des politiques nationales ou sectorielles sur le VIH et le lieu de travail.

146. En juin 2013, l'OIT, le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'Organisation internationale des employeurs, la Confédération internationale des syndicats et GNP+ ont lancé l'initiative VCT@WORK, qui vise à mobiliser 5 millions de travailleurs et de travailleuses pour entreprendre une procédure de test et de conseil volontaire d'ici 2015 et pour orienter ceux dont le test est séropositif vers les services de soins et de traitement. Les résultats préliminaires des pays prioritaires indiquent qu'environ 100.000 personnes ont passé un test VIH et que les personnes dont le résultat était positif ont été orientées vers des structures de soins. En 2014, l'initiative est étendue à d'autres pays.

*iv. Intégrer la nourriture et l'alimentation dans la riposte au VIH*

147. L'EI sur l'Alimentation et la Nutrition a soutenu de nombreuses activités en 2012-2013, dont une réunion d'un jour des parties prenantes avant AIDS 2012 et la publication de trois documents examinés par les pairs et se concentrant sur la sécurité alimentaire et le VIH. L'EI a développé un cadre pour analyser les liens entre la sécurité alimentaire, la nutrition, le VIH et les systèmes de santé.

148. Le PAM a participé à des missions communes avec le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Fonds mondial pour apporter un support technique sur l'intégration des aliments et de

la nutrition dans les ripostes nationales en Côte d'Ivoire, au Djibouti, en RDC, au Kenya, au Lesotho, au Swaziland et en Zambie. Le PAM a assuré des formations sur le nouveau modèle de financement du Fonds mondial à Dakar, Johannesburg et Rome, et il a aussi participé à Lusaka à la High Impact Africa II Regional Meeting du Fonds mondial, qui a aidé des pays à lancer le dialogue sur une feuille de route pour développer des notes conceptuelles.

Une étude de cartographie de la sécurité alimentaire régionale menée en Afrique orientale, dans la Corne de l'Afrique et dans la région des Grands Lacs a trouvé des preuves d'application poussée de l'alimentation complémentaire des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes. L'alimentation complémentaire d'autres patients VIH et TB était moins avancée d'après l'exercice de cartographie. L'UNHCR a développé un projet de guide soulignant spécifiquement l'importance de l'alimentation complémentaire pour les personnes atteintes du VIH/TB.

149. Le Programme commun a aidé à renforcer le socle de preuves sur l'alimentation, la nutrition et le VIH. L'alimentation et la nutrition ont été intégrées dans les directives antirétrovirales consolidées de l'OMS de 2013. Avec le soutien de PEPFAR, le PAM et le Secrétariat de l'ONUSIDA finalisent un manuel d'alimentation et de nutrition pour les adolescents et les adultes vivant avec le VIH, dont ceux co-infectés par la TB, dans le but de fournir une orientation cruciale aux décideurs politiques et aux organes responsables de la mise en œuvre des programmes. Le PAM et les membres de l'EI ont collaboré à la production de 20 documents examinés par les pairs et chapitres de livres sur la nutrition et le VIH en 2012-2013.

Le PAM et le Centre de recherche sur le sida de la Croix Rouge thaïlandaise (TRCARC) travaillent pour le maintien du Centre de collaboration sur le VIH et la Nutrition Asie-Pacifique, un partenariat tripartite entre le TRCARC, l'Albion Street Centre et le PAM. Le Centre forme des professionnels de la santé sur le VIH et la nutrition, mène des recherches, engage des décideurs politiques et soutient les bureaux nationaux du PAM ainsi que les gouvernements.

150. Le Programme commun a continué de soutenir des partenariats stratégiques pour la recherche et l'assistance technique, dont le NorthStar Alliance Partnership. Un partenariat entre le PAM, l'UNICEF et l'UNESCO pour "Nourishing Bodies, Nourishing Minds" a organisé l'étape initiale de développement de programme, dont les consultations avec les gouvernements dans les quatre pays initiaux. Le PAM, la Wageningen University, la Croix Rouge thaïlandaise et Project Peanut Butter au Malawi se sont rassemblés pour mener des recherches de qualité au Malawi et en Thaïlande. Le PAM a aussi formé un partenariat de recherche avec l'Université de Californie à San Francisco sur le VIH, l'insécurité alimentaire et la nutrition.

v. Traiter le VIH dans les urgences humanitaires

151. Les membres de l'équipe interinstitutions mondiale pour le traitement du VIH dans les urgences humanitaires, qui inclut des membres de la famille de l'ONUSIDA et d'autres partenaires, ont travaillé avec des responsables de groupes humanitaires clés pour intégrer des interventions VIH clés dans des secteurs tels que la protection, la santé, la nutrition, la sécurité alimentaire, l'hébergement et l'éducation. L'UNHCR, l'UNICEF, le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PAM, Save the Children UK et World Vision International ont actualisé l'outil d'évaluation des personnes déplacées dans leur propre pays, avec entre autres des modifications significatives relatives à la politique en matière de VIH. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'UNHCR, le FNUAP, l'OIM et le PAM ont contribué au développement d'un document sur les leçons tirées en Côte d'Ivoire et en Haïti sur les ripostes nationales renforcées au VIH et les adolescents en situation d'urgence. L'équipe interinstitutions mondiale a participé à l'organisation d'un atelier sur le traitement du VIH dans le cadre des urgences dans la Corne de l'Afrique, le partage des leçons tirées, le développement des capacités et l'assistance à la planification pour le traitement du VIH.

152. L'UNHCR a soutenu les formations des parties prenantes dans les camps de réfugiés en Ethiopie et le long des frontières en Equateur et au Mexique afin de soutenir le déploiement des interventions pour les professionnels du sexe. Le PAM, l'UNHCR et le Réseau Asie-Pacifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA a développé un plan d'action régional et des outils spécifiques

Au Kenya, les partenaires nationaux et internationaux ont travaillé sur des plans d'urgence avec les autorités kényanes pour les élections présidentielles de mars 2013. La planification d'urgence a débouché sur des centres de distribution d'antirétroviraux décentralisés dans 5 comtés qui ont connu des violences lors des élections de 2007. Les personnes vivant avec le VIH ont reçu des médicaments pour le VIH pour trois mois. Le Conseil national pour le Contrôle du sida a collaboré avec l'UNHCR, l'ONUSIDA, l'OIM et d'autres partenaires pour développer les Directives nationales kényanes pour les Interventions liées au VIH dans les Situations d'urgence.

pour des organisations à base communautaires en vue de la préparation aux situations d'urgence et des ripostes au VIH. L'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF et Save the Children UK ont mené une évaluation rapide de la situation des jeunes réfugiés syriens et des communautés hôtes pour concevoir des programmes et des projets qui répondent mieux aux besoins des jeunes.

153. Les partenaires de l'ONU ont soutenu les programmes sida nationaux dans les pays affectés par les crises. L'UNICEF a organisé un atelier multi-parties prenantes lors de l'examen à moyen terme du Plan stratégique national VIH/SIDA, tandis que les agences de l'ONU ont soutenu l'inclusion du VIH dans des plans stratégiques en RDC, en Indonésie et au Soudan. L'UNICEF, le Secrétariat de l'ONUSIDA et Save the Children UK ont organisé un atelier de planification d'urgence dans deux provinces du Mozambique pour accroître les connaissances sur les ripostes au VIH dans des situations d'urgence et pour développer des plans provinciaux de ripostes humanitaires pour le VIH alignés à d'autres outils stratégiques et de planification. Le FNUAP a travaillé avec les ministères et d'autres partenaires nationaux et internationaux sur la mise en oeuvre d'un ensemble minimum de services initiaux pour la santé reproductive dans des situations de crise.
154. Des formations d'une semaine ont été organisées pour développer les capacités de l'équipe nationale de l'ONU, en utilisant les directives IASC pour traiter le VIH dans des situations humanitaires dans plusieurs pays. Des experts techniques ont été déployés depuis les niveaux mondial et régional pour coordonner et renforcer la riposte au VIH lors de situations d'urgence en 2012-2013, des missions étant menées au Burkina Faso, en République centrafricaine, en Côte d'Ivoire, en Jordanie, au Liban, au Liberia, au Mali, en Mauritanie, au Niger, dans le Sud Soudan et en Syrie. Le Programme commun a produit des dossiers de sensibilisation pour aider les partenaires au développement, les groupes, les organisations humanitaires et les donateurs à accorder la priorité aux interventions VIH en République centrafricaine et dans le Sud Soudan.

### III. Contraintes, défis et leçons tirées

155. Le Programme commun a dû faire face à certains défis et contraintes qui ont entravé les efforts visant à renforcer la riposte au sida en 2012-2013. On retrouve parmi ceux-ci les défis politiques, contextuels, structurels, programmatiques, mais aussi institutionnels et organisationnels, qui seront abordés dans ce chapitre. Parallèlement, de l'expérience a été acquise durant l'exercice biennal et de précieuses leçons ont été tirées et aident à l'identification d'actions pour l'exercice biennal actuel et au-delà afin d'accélérer les progrès vers l'objectif des Trois zéros.

- *La stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale (comme le reflètent la persistance des cadres juridiques punitifs et le très faible accès aux services pour les populations clés et d'autres groupes vulnérables) continuent de miner la possibilité d'une riposte efficace.*

156. Les cadres juridiques punitifs sont maintenus et renforcent un climat de crainte, d'intolérance et de blâme qui augmentent le risque de violence contre les groupes stigmatisés et qui dissuade les membres de populations clés de recourir aux services de prévention et de traitement dont ils ont besoin. L'échec des gouvernements nationaux dans la reconnaissance et la riposte aux besoins liés au VIH des

En Angola, des réfugiés et des demandeurs d'asile n'ont pas aussi pleinement profité des services VIH et de santé que la population locale suite au manque de connaissances, à la crainte de la stigmatisation et de la discrimination, ou simplement en raison des difficultés d'accès en dehors des villes majeures. Lors de l'exercice biennal, l'UNHCR a mené des sessions de sensibilisation VIH/SIDA pour les réfugiés.

populations clés débouche sur une couverture de service extrêmement faible pour ces groupes, augmente la dépendance par rapport aux donateurs internationaux, et mine les efforts visant à réduire les nouvelles infections de VIH et les décès liés au sida. Une récente expérience (comme la décision de supprimer effectivement les restrictions juridiques sur les populations clés prise par le Viet Nam) démontre qu'il est possible de progresser vers la fondation des ripostes nationales dans les approches des droits de l'homme, bien qu'il faille souvent du temps pour préparer un tel changement et que cela demande l'engagement de plusieurs parties prenantes et groupes constitutifs. Alors même que l'ONUSIDA a accordé la priorité aux efforts visant à supprimer les lois punitives et les pratiques discriminatoires, des initiatives visant à imposer de nouvelles restrictions juridiques ou de plus larges restrictions juridiques pour les hommes entretenant des relations sexuelles avec des hommes (dans certains pays d'Afrique subsaharienne) et pour les professionnels du sexe (en Europe) ont remis en question la capacité du Programme commun à atteindre ces objectifs.

157. Pour répondre à ces défis persistants, l'ONUSIDA continuera de collaborer avec les partenaires de l'ONU, la société civile et les gouvernements afin d'accélérer la mise en oeuvre des recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit. Les principales priorités du Programme commun viseront à entreprendre des révisions des lois et des politiques, sensibiliser les décideurs nationaux par rapport aux questions liées aux droits de l'homme, et mettre l'accent sur l'accès à la justice et la réduction de la stigmatisation. L'ONUSIDA travaillera avec les pays pour étendre les interventions à impact élevé pour les populations clés et aidera à veiller à ce que les décisions d'investissement nationales soient informées par des preuves en ce qui concerne les populations clés.

158. Le Programme commun continuera de développer, documenter et diffuser des

Au Burundi, les populations clés sont confrontées à une stigmatisation et une discrimination croissantes, qui sont renforcées par la législation à l'encontre de certains groupes. Il est donc de plus en plus difficile pour les populations clés de bénéficier du traitement, des soins et du support VIH/SIDA appropriés. Pour développer plus largement la compréhension de l'impact, l'ONUSIDA a entrepris une étude sur l'analyse de l'effet de la stigmatisation et de la discrimination sur les PVVIH, ainsi que sur les HSH et les professionnels du sexe.

preuves et les outils de mise en oeuvre en ce qui concerne les interventions efficaces pour les populations clés (de manière similaire à l'outil de mise en oeuvre pour le commerce du sexe). L'ONUSIDA assurera une orientation technique et un soutien aux pays et au Fonds mondial pour étendre le financement pour les facilitateurs cruciaux qui traitent la stigmatisation, la discrimination, l'exclusion sociale et d'autres facteurs sociaux qui minent les

ripostes efficaces. L'ONUSIDA accordera la priorité à l'accès à la justice, en ce compris l'utilisation de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH pour évaluer la stigmatisation dans différents cadres et le soutien au développement des capacités pour permettre aux pays de veiller à ce que les services juridiques soient disponibles aux personnes touchées par la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale.

- *Bien que le monde soit prêt à atteindre l'objectif de 2015 pour l'extension du traitement, la plupart des personnes éligibles pour le traitement ne le reçoivent actuellement pas. Des déficits de couverture du traitement particuliers sont visibles en Europe orientale, en Asie centrale, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, ainsi que parmi les enfants et les populations clés.*

159. Même en Afrique subsaharienne, où les progrès ont été les plus frappants en ce qui concerne l'extension du traitement VIH, certains pays sont en retard au niveau de l'extension de l'accès au traitement, y compris des pays comptant les plus grandes populations de personnes vivant avec le VIH. En moyenne, les personnes commencent un traitement VIH à un stade très avancé de l'infection à VIH, ce qui souligne le besoin urgent d'amélioration de la connaissance du statut sérologique par rapport au VIH. Les résultats sur le continuum du traitement VIH ne sont pas optimaux non plus, ce qui réduit la proportion de personnes vivant avec le VIH avec une suppression virale durable et ce qui affaiblit l'impact au niveau de la santé publique des services de traitement. Les enfants vivant avec le VIH ont deux fois moins de chances que les adultes éligibles pour le traitement de recevoir un traitement antirétroviral. Bien qu'il subsiste des défis technologiques pour assurer un diagnostic rapide et établir un lien avec des soins appropriés à l'âge pour les enfants vivant avec le VIH, les déficits de couverture actuels proviennent principalement de la large non-utilisation des outils et des stratégies actuellement disponibles.

Il existe en Géorgie des barrières de service et législatives pour les adolescents les plus à risque (APAR) et d'autres jeunes vulnérables en ce qui concerne les tests et les conseils liés au VIH (CTV). L'UNICEF et l'Union publique Bemoni (UPB) ont collaboré dans le cadre du financement régional de l'UE-UNICEF afin de développer les capacités des experts des ONG et du gouvernement pour assurer des CTV aux APAR et aux autres adolescents vulnérables en Géorgie. L'UNICEF a encouragé des services de prévention du VIH dans la région d'Abkhazia via des activités de sensibilisation parmi 3.000 jeunes et femmes en âge de procréer dans 42 villages.

160. Afin d'aider à supprimer les différences au niveau de l'accès au traitement et de maximiser l'impact sur la santé de l'extension du traitement, les efforts de sensibilisation seront poursuivis sous l'égide de Treatment 2015. Dans le cadre d'un effort global visant le développement de nouveaux objectifs pour l'agenda après-2015, de nouveaux objectifs de traitement qui tiennent compte d'importantes avancées dans les observations scientifiques relatives aux avantages thérapeutiques et préventifs du lancement prématuré du traitement seront développés. L'ONUSIDA accordera la priorité au travail avec les pays prêts à une mise en œuvre rapide des directives de traitement 2013 de l'OMS, avec une feuille de route pour l'actualisation des directives pour les 5 prochaines années de développement, afin de veiller à ce que les recommandations reflètent bien les dernières observations scientifiques. Afin d'assurer un accès équitable au traitement pour les enfants, le Programme commun crée de nouveaux partenariats qui se concentrent spécifiquement sur le traitement VIH pédiatrique, reprenant une consultation des experts mondiaux pour identifier des actions stratégiques et accordant la priorité au support technique pour les pays afin d'assurer la mise en œuvre des outils existants. Le Programme commun accentuera aussi son accent sur les adolescents, ce qui comprend des efforts pour soutenir les adolescents qui ont besoin de soins et de traitement lors de leur transition vers des services pour adultes.

- *Les progrès vers la réduction du nombre de nouvelles infections ne sont durables que si l'on continue d'investir dans la prévention du VIH.*

161. Certains pays d'Afrique subsaharienne présentent une réémergence des comportements à hauts risques, comme le faible usage du préservatif ainsi que la diminution des connaissances et de la sensibilisation liées au VIH. L'Ouganda enregistre par exemple une plus haute incidence du VIH, tandis que l'Afrique du Sud présente toujours des taux d'incidence élevés (469.000 infections parmi les personnes de plus de deux ans en 2012). Dans l'actuel exercice biennal, l'ONUSIDA a commencé à ré-encourager les efforts de prévention du VIH basés sur les preuves, en se concentrant particulièrement sur les populations clés, les jeunes femmes et les points chauds pour l'incidence.

Le faible point de départ et la chute progressive du pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes identifiant correctement des manières de prévention de la transmission sexuelle (et rejetant les principales idées fausses sur la transmission du VIH) est une préoccupation majeure. Les valeurs moyennes en 2010 étaient de 28% et 34% pour les femmes et les hommes, et elles sont passées à 25% et 28% en 2013.

Source: Indicateur CUBRR A1.1

- *Des facteurs structurels (dont l'inégalité des revenus et un accès inapproprié à un logement sûr ainsi qu'à une alimentation et une nutrition adéquates) continuent de miner les résultats liés au VIH et réduisent l'impact des programmes.*

162. Les études, ainsi que l'expérience programmatique considérable, ont démontré de manière probante que l'instabilité au niveau du logement, l'insécurité alimentaire, la pauvreté, les obstacles au transport et d'autres facteurs structurels empêchent l'accès à

On n'a pas suffisamment appliqué une approche basée sur les preuves, sur les droits de l'homme, et centrée sur la santé publique par rapport à la consommation de drogues et à la dépendance aux drogues. Un exemple des tentatives de l'ONUSIDA visant à traiter cette question se situe en Chine, où de nombreuses personnes consommatrices de drogues par injection (CDI) rencontrent des difficultés pour accéder à des services de prévention. Afin d'atteindre la population la plus défavorisée, un projet transfrontalier a été mené par l'ONUSIDA entre la Chine et le Myanmar pour améliorer la coordination sur la fourniture de services de prévention complets pour les CDI en Chine. Par ailleurs, 204 CDI sans-abri dans les régions longeant la frontière entre la Chine et le Myanmar ont reçu de la nourriture, un abri et des services de réduction des risques à Ruili, Zhenkang et dans le comté de Longchuan.

la prévention et aux services de traitement vitaux, réduisent l'adhérence et la rétention, et augmentent les risques et la vulnérabilité. Les interventions VIH seules ne sont pas capables de surmonter ces défis, ce qui souligne l'importance de compléter les activités programmatiques pour le VIH avec des facilitateurs cruciaux et des synergies de développement.

163. Les membres de la famille de l'ONUSIDA intensifieront la sensibilisation, la génération d'informations stratégiques, le support technique et le renforcement des capacités afin de mobiliser les stratégies de protection sociale visant à réduire la vulnérabilité au VIH, à améliorer l'impact des services liés au VIH, et à renforcer la riposte. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD et la Banque mondiale entreprendront toute une série d'efforts de recherche afin de développer le socle de preuves pour une action par rapport à la protection sociale et au VIH et pour renforcer le suivi et l'évaluation. La Banque mondiale a lancé un nouvel essai majeur pour mieux comprendre comment les systèmes de protection sociale réduisent l'infection à VIH, surtout parmi les jeunes femmes dans les pays hyperendémiques présentant la charge la plus élevée. Le PAM continuera de soutenir l'intégration de la protection sociale avec un composant alimentaire et nutritionnel, tandis que l'OIT continuera de développer les capacités des organes de coordination nationaux pour le sida, ainsi que des réseaux de personnes vivant avec le VIH et des populations clés, en étendant les services VIH aux populations clés via des structures sur le lieu de travail.

- *Les femmes et les filles restent sous-représentées dans les politiques relatives au VIH, les programmes et les allocations des ressources.*

164. Le VIH n'est pas toujours une priorité dans les efforts visant à traiter les problèmes sexospécifiques et des femmes.

Au Tadjikistan, les femmes handicapées et vivant avec le VIH sont confrontées à des barrières sur le marché du travail. La conférence 'Entrepreneurship Development for women with disabilities and living with HIV' a été soutenue par le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OIT, ONU Femmes et d'autres partenaires. Des recommandations pour l'emploi et le développement de l'entrepreneuriat pour ce groupe ont été adressées au gouvernement, aux employeurs, aux donateurs et au secteur civil.

Notant le solide soutien politique affiché dans les pays qui ont activement travaillé à la mise en œuvre de l'Agenda de l'ONUSIDA pour une action nationale accélérée pour les femmes, les parties prenantes citent toujours l'absence d'engagement politique en tant qu'obstacle aux objectifs de l'Agenda. Peu de pays mènent systématiquement des analyses sexospécifiques, tandis que les efforts officiels visant à traiter la violence sexospécifique et d'autres inégalités entre les sexes restent insuffisants. Ce manque d'engagement des femmes est une lacune cruciale dans la riposte, puisque les femmes représentent près de 60% des nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne, les jeunes femmes ayant plus de risques d'attraper le VIH que les hommes à leur âge.

165. L'ONUSIDA intensifiera ses efforts visant à intégrer l'action et l'analyse sexospécifiques dans le déploiement national d'approches d'investissement stratégiques. Le Programme commun finalisera et diffusera les outils destinés à soutenir

A Karnataka (Inde), les adolescentes issues de communautés marginalisées et vulnérables sont confrontées au mariage en jeune âge, à de premières relations sexuelles précoces, et à une possible accession au commerce du sexe. La famille de l'ONUSIDA a financé le Karnataka Health Promotion Trust pour appliquer le projet Sabala dans l'Etat de Karnataka (sud de l'Inde), dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des jeunes femmes dans deux districts en retardant leur mariage, l'âge des premières relations sexuelles et l'accession au commerce du sexe. Les objectifs du projet comportent l'augmentation du pourcentage d'adolescentes accédant et poursuivant l'éducation dans l'enseignement secondaire officiel.

la planification sexotransformatrice, la mise en œuvre, l'évaluation et les indicateurs. L'ONUSIDA renforcera les efforts visant à mobiliser les ressources pour les réseaux de femmes vivant avec le VIH. Le Programme commun améliorera les efforts afin d'assurer la sensibilité à la dimension de genre des programmes de VIH pour les populations clés. L'ONUSIDA plaidera pour la suppression des lois discriminatoires et pour d'autres démarches destinées à réduire la stigmatisation et la

discrimination à l'encontre des femmes vivant avec le VIH. Des efforts plus intenses seront fournis pour engager les hommes et les garçons en tant que partenaires pour l'égalité entre les sexes et pour l'élimination de la violence sexiste. Afin de soutenir les progrès vis-à-vis de l'égalité entre les sexes, l'ONUSIDA soutiendra les partenariats avec les organisations pour les droits et la santé des femmes, les organisations pour les services VIH, et les groupes de femmes et de filles vivant avec le VIH.

166. Le Programme commun entreprendra des activités spéciales vis-à-vis de l'élimination de la violence sexiste. Des démarches seront entreprises pour renforcer le socle des preuves et l'orientation normative par rapport au VIH et à la violence sexiste. En collaboration avec la campagne UNiTE, la famille de l'ONU soutiendra le déploiement de plans d'action nationaux sur l'égalité entre les sexes, la violence sexiste et le VIH, en associant ces plans avec un support technique amélioré au niveau national.

- *Bien qu'il subsiste un manque considérable de ressources pour le sida, le sida n'est plus perçu comme la question brûlante qu'il était autrefois et se trouve à présent sur le même pied d'égalité qu'une liste toujours plus longue d'autres priorités de financement et d'attention politique.*

167. En 2012, un montant d'environ US\$18.9 milliards avait été dégagé pour les activités liées au VIH dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires - une augmentation de 10% pour 2011, mais pas encore l'objectif de mobilisation de US\$22-24 milliards sur une base annuelle pour la riposte au SIDA en 2015. On estime que la mise en œuvre des directives

Le Djibouti a souffert durant le dernier exercice biennal du retard de déboursement des fonds liés à l'application prévue du Plan stratégique national 2012-2016 suite à la suspension de la subvention du Fonds mondial. Suite à cette réduction du financement, de nombreux membres du personnel sont partis, ce qui a sensiblement réduit la capacité de la riposte nationale. Dans ces circonstances difficiles, l'Equipe commune a aidé à coordonner une Estimation nationale des dépenses relatives au sida (NASA), qui sera de plus grande importance dans l'orientation des décisions relatives aux ressources.

antirétrovirales consolidées de 2013 de l'OMS demanderont une augmentation supplémentaire de 5-10% par rapport aux estimations de ressources nécessaires antérieures, ce qui accentue encore le manque de ressources pour le SIDA. Les pays à revenus faibles ou intermédiaires ont fait preuve d'un important leadership pour la mobilisation des ressources nationales pour la riposte ; en 2012, les dépenses nationales ont représenté la majeure partie des ressources consacrées au sida. De nombreux pays doivent toutefois allouer les ressources nationales conformément à la capacité nationale et à la charge du VIH. Il apparaît de plus que l'intérêt dans la riposte au sida diminue chez certains donateurs internationaux traditionnels, qui resteront vitaux durant les prochaines années, surtout pour les pays aux ressources limitées qui ne disposent pas de la capacité pour financer entièrement leur riposte.

168. Afin de garantir un financement durable pour la riposte, l'ONUSIDA continuera de soutenir la réflexion de demande d'investissements des pays à des processus de planification nationaux et propres, en vue de mieux prioriser les ressources et d'améliorer le rapport coût/efficacité et l'impact des ripostes nationales. L'ONUSIDA soutiendra le développement de cadres conceptuels et de définitions pour un financement VIH durable et la transition vers le financement national, en tenant compte de points tels que l'espace fiscal dans certains pays pour les secteurs sociaux et de la santé. Afin de soutenir les approches d'investissement, le Programme commun développera des outils destinés à faciliter un suivi des dépenses plus fiable et opportun, contribuant à pallier l'absence de données clés ayant empêché une action stratégique par rapport aux investissements.

169. Via la sensibilisation et le partage des résultats de modélisation et d'autres informations stratégiques, l'ONUSIDA encouragera les gouvernements nationaux à accroître les dépenses nationales pour le sida et à travailler pour assurer un support continu pour la riposte par les donateurs internationaux. Des scénarios d'investissements VIH mondiaux d'ici 2030 seront développés et reflèteront les derniers développements normatifs et les données relatives aux coûts afin d'encourager des investissements solides, opportuns et stratégiques.

- *Pour être efficace, le support technique a besoin d'être clairement défini, approprié et accepté par les participants, bien coordonné, et présenter une corrélation claire entre l'offre et la demande.*

170. Pour mettre cette leçon tirée en pratique, l'ONUSIDA continuera de veiller à ce que les pays soient soutenus pour étendre et appliquer des interventions avérées, efficaces et spécifiques au contexte ainsi que des approches basées sur les droits de l'homme. Le Programme commun veillera à ce que tous les supports financiers et techniques soient alignés de manière optimale avec les priorités clés, dans le but ultime d'accélérer les progrès vers la réalisation des OMD et des objectifs sida mondiaux. L'ONUSIDA accordera la priorité aux efforts visant à assurer le succès du nouveau modèle de financement du Fonds mondial, y compris la fourniture d'un support technique aux pays pour l'application des dialogues nationaux, le développement de notes conceptuelles et de propositions détaillées, le support de propositions nationales avec des preuves solides, et le suivi du processus requis en vertu du nouveau modèle de financement. Un support similaire sera assuré pour garantir le succès du schéma directeur PEPFAR.

171. L'ONUSIDA continuera de travailler via les Equipes communes de l'ONU et les Programmes de support commun en tant que mécanismes cruciaux pour améliorer la cohérence, la coordination et l'impact du support technique. L'ONUSIDA participera activement aux mécanismes interinstitutions, comme les Comités des Directeurs exécutifs, le Comité de haut niveau sur la Gestion, le Comité de haut niveau sur les Programmes et le Groupe de développement de l'ONU, afin de veiller à ce que



l'ensemble de l'ONU ne fasse qu'un pour assurer une riposte au sida. Des efforts particuliers seront fournis pour étendre l'accès de la société civile au support technique et en tant que fournisseurs de support technique.

- *Si d'importantes leçons ont été tirées par rapport à l'intégration du VIH dans des efforts plus larges relatifs au développement et à la santé, un travail complémentaire considérable reste nécessaire pour assurer une riposte coordonnée et intégrée.*

172. L'intégration est fortement spécifique au contexte et au pays, ce qui souligne le fait qu'aucune approche unique ne conviendra à toutes les circonstances. L'intégration des services VIH doit être réalisée de manière à assurer que les gains sont garantis et suivis, ce qui souligne l'importance d'évaluations d'impact de grande qualité.

Le risque de contracter le VIH reste significativement élevé parmi les populations clés, comme les professionnels du sexe. Lors des consultations nationales menées au sein de la Fédération russe, des membres des réseaux de professionnels du sexe, des décideurs et des représentants du gouvernement se sont rencontrés pour identifier des mécanismes de réduction des risques d'infection par le VIH. En utilisant les lignes directrices de l'ONUSIDA/FNUAP/OMS/ Global Network of Sex Work Projects (NSWP) pour réduire la transmission du VIH parmi les professionnels du sexe dans les pays à revenu faible et intermédiaire, une orientation politique pour les professionnels du sexe et d'autres populations clés a été développée et devrait être déployée en 2014. Par ailleurs, du matériel IEC a été fourni pour les conseillers pairs des professionnels du sexe.

173. En tenant compte des besoins variés des différents pays, l'ONUSIDA soutiendra les pays prioritaires dans l'accélération des efforts visant à intégrer la riposte au sida dans les secteurs de la santé et du développement. Une orientation sera assurée sur l'intégration, en ce compris le développement d'un manuel "Comment faire" sur la réalisation de l'intégration afin d'accélérer les progrès par rapport aux objectifs sida. Le Programme commun assurera une orientation sur le renforcement des systèmes de santé, en ce compris la combinaison des compétences et les options de déplacement des tâches que les pays peuvent envisager dans l'intégration des services. Afin de soutenir des évaluations d'impact d'excellente qualité, l'ONUSIDA développera de nouveaux indicateurs d'intégration et révisera les indicateurs d'intégration existants, et travaillera avec les pays pour veiller à ce que les initiatives d'intégration soient fondées sur les droits de l'homme, des approches ciblant le client et une prestation de services de grande qualité.

- *Le Programme commun a tiré d'importantes leçons sur la manière de surmonter les défis institutionnels et organisationnels afin de devenir plus efficace.*

174. L'ONUSIDA reste la référence pour l'orientation normative sur le sida et une large orientation mondiale a été développée, mais le Programme commun doit faire plus pour déployer et appliquer l'orientation au niveau national. Tandis que d'importants progrès ont été réalisés dans le développement et le renforcement de la collecte de données, il subsiste un besoin de meilleures données, de systèmes plus intelligents pour la collecte de données, et d'une meilleure désagrégation des données afin de fournir les preuves et les arguments persuasifs nécessaires pour étayer les bonnes décisions d'investissement.

175. L'amélioration de la planification et de la coordination a minimisé le chevauchement et la répétition, mais au niveau national, les synergies entre les programmes des différents coparrains et le Secrétariat pourraient être améliorées, en se développant de manière plus efficace à partir de

Le taux de mortalité VIH /TB augmente dans certains pays. Plus de la moitié des patients atteints de TB ne connaissent pas leur statut, et aucun dépistage de routine n'a été rapporté parmi les PVVIH dans plus de 70% des pays. Cependant, dans le cadre du nouveau modèle de financement, le Fonds mondial demande des applications pour compléter le VIH et la TB sur le même formulaire. Cela offre une opportunité majeure de coordination et de travail de manière plus ciblée. Le Programme commun appuiera les soumissions ainsi que renforcera l'importance de la recherche VIH/TB et la mise en œuvre à travers des forums internationaux tels que SIS, CROI, Harm Reduction International, CISMA et les conférences de l'Union.

nombreux programmes (parfois fragmentés) pour soutenir des ripostes nationales plus globales. L'amélioration des synergies entre les efforts du Programme commun aux niveaux mondial, régional et national est aussi nécessaire. Le soutien du nouveau modèle de financement du Fonds mondial offre de nombreuses opportunités de synergies avec et entre les membres du Programme commun, ce qui demandera une bonne coordination.

176. Il existe aussi des opportunités de développement d'approches plus holistiques entre différents thèmes (par exemple l'égalité entre les sexes, la protection sociale, l'éducation, la santé sexuelle et reproductive, etc.) parmi divers secteurs et organes gouvernementaux.

#### IV. Mise en œuvre financière

177. Les dépenses totales 2012-2013 du Programme commun sont analysées et présentées depuis plusieurs points de vue, à savoir : par sources de financement, par distribution géographique et par fonctions/objectifs stratégiques. De plus, les tableaux et graphiques illustrent la mise en œuvre par rapport aux projections et aux hypothèses pour clairement indiquer comment les coparrains et le Secrétariat ont investi les ressources du CUBRR lors du dernier exercice biennal.

178. Le taux de mise en œuvre général des ressources de base est de 99,5%, tandis que les dépenses des organisations individuelles se situent entre 95,6% et 100%. Les agences ont aussi réussi à lever plus de financement sida en utilisant leurs allocations de base, allant collectivement au-delà de leurs prévisions initiales à hauteur de pratiquement 20%. La distribution géographique des ressources a souligné l'engagement de l'ONUSIDA et l'accent sur les 38 pays à impact élevé (PIE). Plus de la moitié des dépenses 2012-2013 a été consacrée aux PIE, tandis que 38% ont été au reste des pays où l'ONUSIDA est présent. Les dépenses au niveau mondial sont restées à 7%. Du point de vue programmatique, 44% du financement CUBRR 2012-2013 total ont été attribués à la Direction stratégique A (Catalyser la prévention) avec l'Objectif stratégique A (Réduire la transmission sexuelle) portant la part du lion à 39%.

179. Les informations financières reprises dans ce chapitre sont complétées par la Matrice d'Indicateur et de Dépenses 2012-2013 accompagnant ce document, où la répartition des dépenses par ressources de base par réalisation clé et autres ressources par objectifs stratégiques est disponible.

##### A. Aperçu des dépenses liées au SIDA pour 2012-2013 (en US\$)

###### Par source de financement

TYPE DE FINANCEMENT	RESSOURCES TOTALES PROJETEES	%	DEPENSES	%
Fonds de base	484.820.000	13%	482.250.713	11%
Autres fonds SIDA	3.360.805.000	87%	3.952.758.349	89%
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>3.845.625.000</b>	<b>100%</b>	<b>4.435.009.062</b>	<b>100%</b>

### Distribution géographique

NIVEAU DE FINANCEMENT	RESSOURCES TOTALES PROJETEES	%	DEPENSES	%
Niveau mondial	288.492.000	8%	328.395.445	7%
PIE	1.917.109.000	50%	2.437.768.688	55%
Tous les autres pays	1.640.024.000	43%	1.668.844.929	38%
<b>Grand Total</b>	<b>3.845.625.000</b>	<b>100%</b>	<b>4.435.009.062</b>	<b>100%</b>

### Directions /Fonctions stratégiques

DIRECTIONS/FONCTIONS STRATEGIQUES	RESSOURCES TOTALES PROJETEES	%	DEPENSES	%
Prévention	1.988.779.000	52%	1.935.275.653	44%
Traitement, Soins et Support	1.014.607.000	26%	1.213.077.843	27%
Droits de l'homme et Egalité entre les sexes	174.626.000	5%	182.151.700	4%
Fonctions stratégiques	667,613,000	17%	1.104.503.865	25%
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>3.845.625.000</b>	<b>100%</b>	<b>4.435.009.062</b>	<b>100%</b>

**B. Dépenses du Programme commun 2012-2013 (en US\$)**

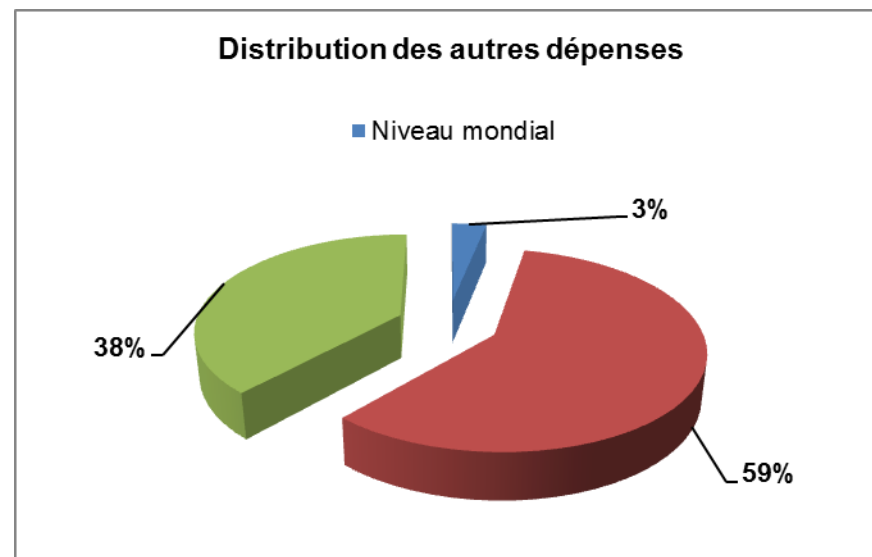
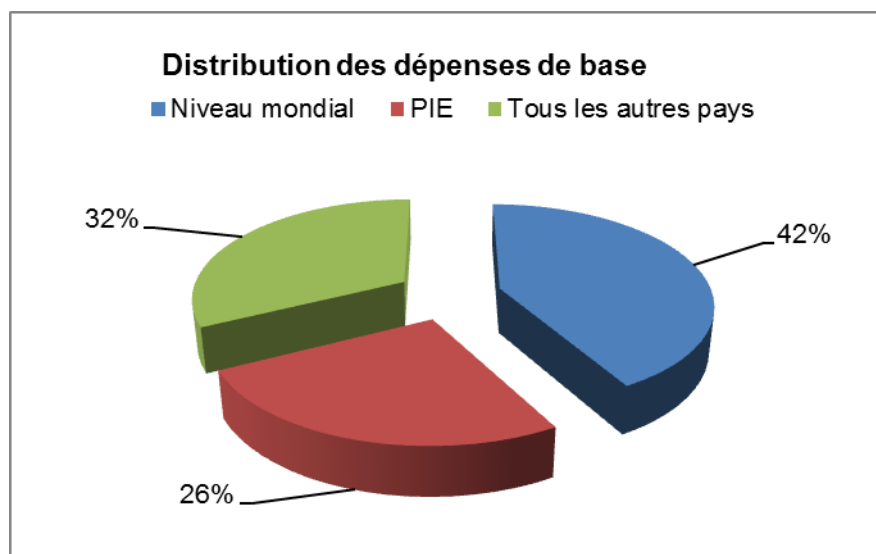
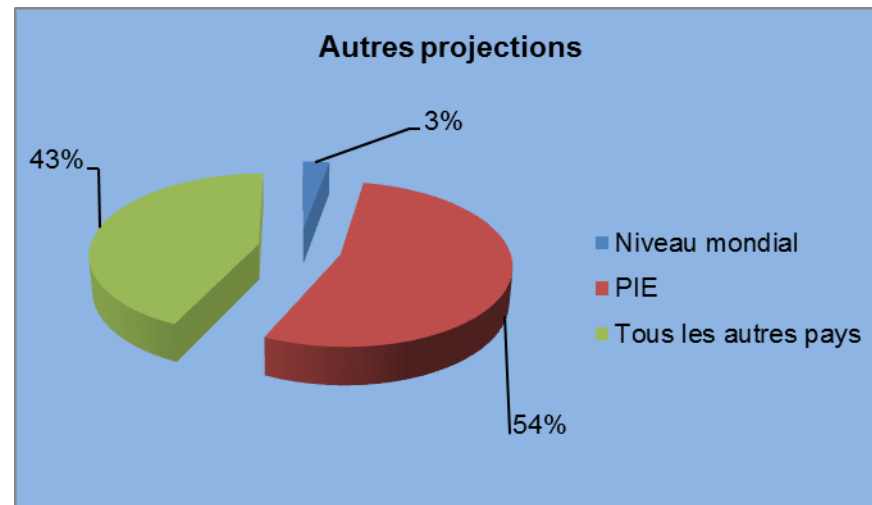
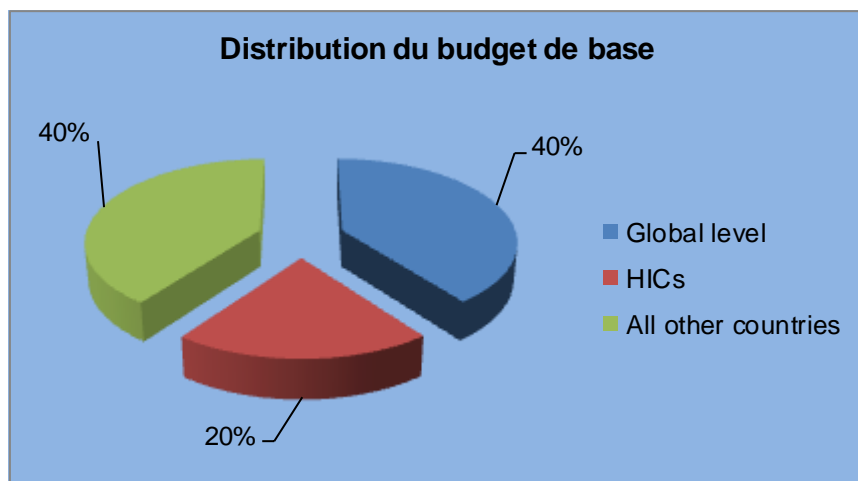
ORGANISATION	DE BASE			AUTRES FONDS SIDA			TOTAL		
	BUDGET	DEPENSES	% MISE EN OEUVRE	RESSOURCES PROJETEES	DEPENSES	% MISE EN OEUVRE PAR RAPPORT A L'ESTIMATION ORIGINALE DES AUTRES FONDS SIDA	RESSOURCES TOTALES PROJETEES	DEPENSES	% MISE EN OEUVRE PAR RAPPORT A L'ESTIMATION ORIGINALE DES RESSOURCES TOTALES
UNHCR	9.800.000	9.365.973	95.6%	16.500.000	62.997.262	381.8%	26.300.000	72.363.235	275.1%
UNICEF	24.000.000	23.412.928	97.6%	381.772.000	187.466.935	49.1%	405.772.000	210.879.863	52.0%
PAM	9.800.000	9.671.719	98.7%	185.431.000	198.731.480	107.2%	195.231.000	208.403.199	106.7%
PNUD	17.200.000	17.200.000	100.0%	546.000.000	565.060.108	103.5%	563.200.000	582.260.108	103.4%
FNUAP	21.000.000	20.604.093	98.1%	97.560.000	140.805.136	144.3%	118.560.000	161.409.229	136.1%
ONUDC	11.500.000	11.500.000	100.0%	50.297.000	29.534.633	58.7%	61.797.000	41.034.633	66.4%
ONU FEMMES <sup>5</sup>	-	-	0.0%	-	19.840.521		-	19.840.521	
OIT	9.800.000	9.713.108	99.1%	25.000.000	19.166.211	76.7%	34.800.000	28.879.319	83.0%
UNESCO	12.400.000	12.220.248	98.6%	27.845.000	27.921.903	100.3%	40.245.000	40.142.151	99.7%
OMS	35.000.000	34.431.271	98.4%	186.400.000	139.504.325	74.8%	221.400.000	173.935.596	78.6%
BANQUE MONDIALE	14.000.000	13.995.196	100.0%	1.799.000.000	2.503.843.320	139.2%	1.813.000.000	2.517.838.516	138.9%
SECRETARIAT	320.320.000	320.136.178	99.9%	45.000.000	57.886.514	128.6%	365.320.000	378.022.692	103.5%
<b>TOTAL</b>	<b>484.820.000</b>	<b>482.250.713</b>	<b>99.5%</b>	<b>3.360.805.000</b>	<b>3.952.758.349</b>	<b>117.6%</b>	<b>3.845.625.000</b>	<b>4.435.009.062</b>	<b>115.3%</b>

<sup>5</sup> ONU Femmes n'a pas reçu la subvention de base CUBRR en 2012-2013, car il n'est devenu un organisme coparrain de l'ONUSIDA qu'en 2012.

**C. Distribution géographique des Dépenses de l'ONUSIDA 2012-2013 (en US\$)**

ORGANISATION	MONDIALE	PIE	AP	CAR	EECA	ESA	LA	MOAN	AOC	TOTAL
<b>UNHCR</b>	5.825.882	51.448.852	3.891.328	343.000	430.869	5.134.783	969.992	1.209.978	3.108.551	72.363.235
<b>UNICEF</b>	13.847.771	98.951.688	16.989.388	2.299.073	4.959.760	42.659.900	2.926.088	3.798.687	24.447.508	210.879.863
<b>PAM</b>	3.986.877	163.454.565	193.728	205.105	3.622.901	2.243.018	1.280.222	23.885.754	9.531.029	208.403.199
<b>PNUD</b>	10.337.932	338.665.003	11.931.449	19.625.498	97.943.898	35.438.753	13.400.991	36.613.484	18.303.100	582.260.108
<b>FNUAP</b>	36.622.557	73.160.329	4.418.877	2.041.111	8.654.425	6.998.026	18.187.936	5.869.664	5.456.302	161.409.229
<b>ONUDC</b>	2.650.825	24.476.593	4.326.826	111.500	3.513.025	1.389.989	822.551	3.177.300	566.024	41.034.633
<b>ONU FEMMES</b>	1.890.616	8.609.795	1.971.511	420.797	603.181	5.228.750	-	-	1.115.870	19.840.521
<b>OIT</b>	8.089.038	15.039.230	1.195.308	856.796	678.902	725.915	729.282	550.543	1.014.305	28.879.319
<b>UNESCO</b>	6.382.307	23.797.038	1.981.451	390.469	1.129.626	2.455.797	1.298.565	732.290	1.974.608	40.142.151
<b>OMS</b>	55.191.286	38.648.664	26.518.933	1.383.430	11.112.994	7.078.007	4.107.379	19.140.523	10.754.380	173.935.596
<b>BANQUE MONDIALE</b>	11.220.187	1.508.554.353	253.102.938	25.136.303	20.875.306	391.388.668	35.828.069	2.105.490	269.627.202	2.517.838.516
<b>SECRETARIAT</b>	172.350.168	92.962.577	26.559.943	7.126.638	14.943.917	16.159.869	12.969.992	10.621.796	24.327.792	378.022.692
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>328.395.445</b>	<b>2.437.768.688</b>	<b>353.081.680</b>	<b>59.939.721</b>	<b>168.468.805</b>	<b>516.901.476</b>	<b>92.521.067</b>	<b>107.705.509</b>	<b>370.226.672</b>	<b>4.435.009.062</b>
<b>% DEPENSES</b>	<b>7%</b>	<b>55%</b>	<b>8%</b>	<b>1%</b>	<b>4%</b>	<b>12%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>8%</b>	<b>100%</b>

**D. Distribution géographique des Dépenses de l'ONUSIDA 2012-2013 (par source de financement)**

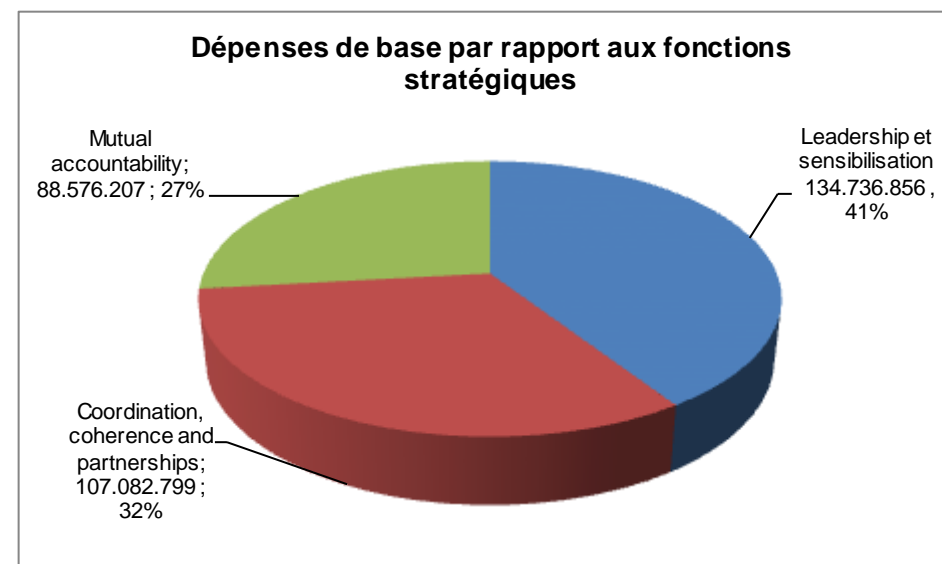
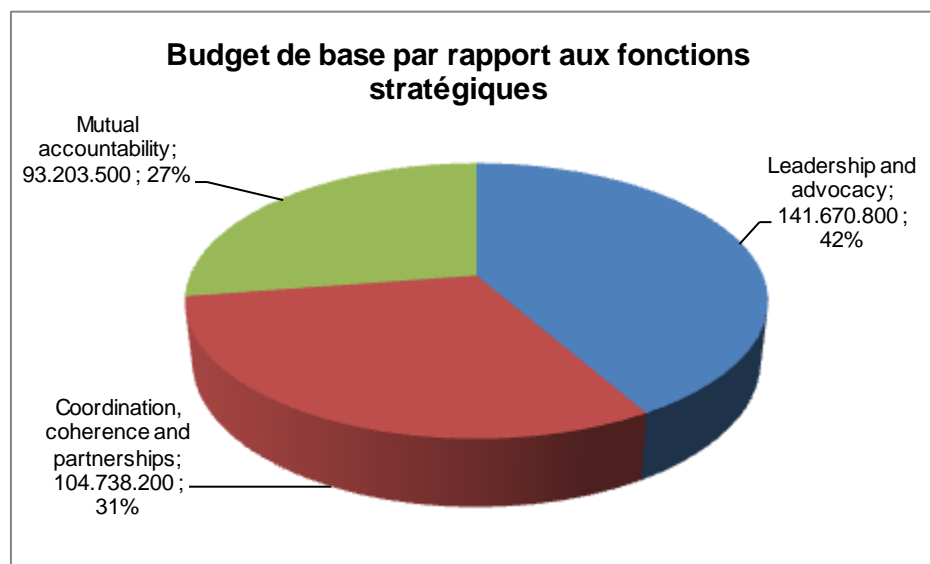


**E. Dépenses du Programme commun 2012-2013 par Fonction/Objectif stratégique (en US\$)**

OBJECTIFS STRATEGIQUES	RESSOURCES PROJETEES	%	DEPENSES	%
Réduction de la transmission sexuelle	1.725.987.800	44.9%	1.710.280.710	38.6%
Elimination de la transmission verticale	166.976.500	4.3%	141.029.679	3.2%
Prévention du VIH parmi les	95.814.800	2.5%	83.965.264	1.9%
Accès au traitement	686.064.500	17.8%	914.553.547	20.6%
Eviter les décès liés à la TB parmi les PVVIH	159.299.500	4.1%	147.470.060	3.3%
Protéger les groupes vulnérables	169.243.700	4.4%	151.054.237	3.4%
Réduction des lois punitives	48.085.300	1.3%	47.449.039	1.1%
Elimination des restrictions de voyage liées au VIH	2.283.100	0.1%	2.709.708	0.1%
Traitement des besoins liés au VIH des femmes et des filles	80.427.400	2.1%	72.412.129	1.6%
Fin de la violence sexospécifique	43.830.400	1.1%	59.580.825	1.3%
Leadership et sensibilisation	387.030.900	10.1%	836.458.796	18.9%
Coordination, cohérence et partenariats	167.801.700	4.4%	169.922.034	3.8%
Responsabilité mutuelle	112.780.000	2.9%	98.123.035	2.2%
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>3.845.625.000</b>	<b>100%</b>	<b>4.435.009.062</b>	<b>100%</b>

## F. Dépenses de base par rapport aux objectifs stratégiques (en US\$)

OBJECTIFS STRATEGIQUES	RESSOURCES PROJETEES	%	DEPENSES	%
Réduction de la transmission sexuelle	51.135.400	35.2%	48.791.388	32.1%
Elimination de la transmission verticale	12.900.900	8.9%	15.167.981	10.0%
Prévention du VIH parmi les	16.724.400	11.5%	15.988.810	10.5%
Accès au traitement	21.288.500	14.7%	24.618.992	16.2%
Eviter les décès liés à la TB parmi les PVVIH	6.715.800	4.6%	4.988.180	3.3%
Protéger les groupes vulnérables	13.005.900	9.0%	16.077.739	10.6%
Réduction des lois punitives	8.287.100	5.7%	10.977.148	7.2%
Elimination des restrictions de voyage liées au VIH	675.200	0.5%	643.310	0.4%
Traitement des besoins liés au VIH des femmes et des filles	9.610.800	6.6%	7.780.179	5.1%
Fin de la violence sexospécifique	4.863.500	3.4%	6.821.124	4.5%
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>145.207.500</b>	<b>100.0%</b>	<b>151.854.851</b>	<b>100%</b>





## V. Conclusion

180. Ce rapport a présenté à une sélection vaste, mais représentative de la série de travaux menés par le Programme commun en 2012-2013 (par des organisations individuelles ou conjointement, dans différentes régions du monde et dans divers domaines de travail). Il est complété par d'autres informations, dont des données relatives aux indicateurs et aux dépenses, des rapports thématiques, des études de cas et des instantanés du travail de l'ONUSIDA dans les pays à impact élevé.
181. Du point de vue du rapportage, une des réalisations majeures du CUBRR a été la garantie d'une cohérence et d'une transparence accrues dans le Programme commun à tous les niveaux. Via le Système de suivi du Programme commun (SSPC), le personnel de chaque niveau géographique s'est engagé dans le CUBRR et cela a contribué à la meilleure compréhension de leur contribution aux objectifs de la Déclaration de haut niveau. Les informations détaillées reprises dans la matrice du CUBRR, par exemple sur les budgets et les réalisations, ont alimenté des discussions constructives au sein du Programme commun et ont guidé la demande du Département du Travail. Le fait que le CUBRR soit un cadre de quatre ans signifie en outre que le Programme commun est plus unifié dans la planification et la perspective de l'exercice biennal 2014-2015.
182. C'est dans cet esprit que le Rapport de suivi des performances a été développé en tant qu'important jalon dans le processus de mesure des performances. Après le rapport via le SSPC aux niveaux national, régional et mondial (organisation individuelle), l'étape finale reprenait le rapportage par des "groupes thématiques" mondiaux, se basant sur les plateformes existantes telles que les équipes interinstitutions (EI). Ces rapports ont formé la base du Rapport de suivi des performances final, visant à enregistrer de manière plus précise les réalisations et les défis les plus importants. Ce plus grand alignement des mécanismes techniques et de coordination mondiaux de l'ONUSIDA a été demandé dans la Seconde Evaluation indépendante de l'ONUSIDA.
183. L'enregistrement des réalisations de l'ONUSIDA reste toutefois un défi permanent, et les améliorations sont toujours possibles. Le système de suivi des performances du Programme commun vise à continuer de répondre aux observations et aux suggestions du Comité et à d'autres évolutions afin d'en garantir la pertinence et l'utilité. L'engagement et l'interaction des pays membres du Conseil de Coordination du Programme, des représentants, des ONGs, des observateurs et d'autres parties prenantes dans le cadre de l'affinement et de la simplification des indicateurs du CUBRR, entrepris depuis la 32<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme, créent une base solide pour les efforts futurs à cet égard.

**ONUSIDA**

20 Avenue Appia

CH-1211 Genève 27

Suisse

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)