



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

UNAIDS/PCB (36)/15.7
Date de publication : 2 juin 2015

TRENTE-SIXIÈME RÉUNION

Date : 30 juin-2 juillet 2015

Lieu : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

Point 4.1 de l'ordre du jour

Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2012–2015

Faits marquants du Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA 2014

Documents complémentaires pour ce point :

- i. Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA 2014 (*UNAIDS/PCB(36)/15.6*)

Action requise lors de cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à : *Prendre note* du rapport et *demander* à l'ONUSIDA de continuer à rechercher des moyens pour améliorer le processus d'évaluation et de compte rendu de la performance.

Incidences en termes de coût des décisions : Aucune

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction	4
II.	Progrès en direction des objectifs de l'UBRAF et des cibles de la Déclaration politique.....	4
	A. Révolutionner la prévention du VIH	4
	i. Réduire la transmission sexuelle	4
	ii. Éliminer la transmission verticale.....	6
	iii. Prévenir les infections à VIH parmi les personnes qui consomment de drogues injectables.....	8
	B. Favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération	9
	i. Donner accès au traitement.....	9
	ii. Prévenir les décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH	11
	iii. Protéger les personnes vulnérables.....	12
	C. Promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes pour soutenir la riposte au VIH	14
	i. Réduire le nombre de pays appliquant des lois punitives.....	14
	ii. Supprimer les restrictions au voyage liées au VIH	15
	iii. Répondre aux besoins des femmes et des filles en rapport avec le VIH ...	16
	iv. Stopper la violence sexiste	18
III.	Fonctions stratégiques et domaines liés.....	20
	i. Leadership et plaidoyer	20
	ii. Coordination, cohérence et partenariats	21
	iii. Responsabilisation mutuelle	23
	iv. Combler l'insuffisance des ressources.....	24
	v. Intégration de la riposte au VIH	25
	vi. Planification multisectorielle.....	27
IV.	Thèmes transversaux.....	28
	i. Répondre aux besoins des jeunes en rapport avec le VIH.....	28
	ii. Garantir une éducation de qualité élevée.....	29
	iii. Élargir et intensifier les politiques et les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail	30
	iv. Intégrer des composantes alimentaires et nutritionnelles dans les ripostes au VIH	31
	v. Lutter contre le VIH dans les situations d'urgence humanitaire	32
	vi. HSH, transgenres et professionnel(le)s du sexe	34
V.	Limites, obstacles et enseignements tirés	35
VI.	Mise en œuvre financière	39

INTRODUCTION

1. Le présent rapport expose les progrès réalisés par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) aux niveaux mondial, régional et national en direction de sa vision stratégique des « Trois Zéros » – zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination. Le rapport souligne également les principaux obstacles, limites et enseignements tirés.
2. Le rapport se subdivise en six sections. Après l'introduction, il expose les progrès en direction des trois piliers de la Stratégie 2012–2015 de l'ONUSIDA – Révolutionner la prévention du VIH, Favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération, et Promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes pour soutenir la riposte au sida. Il commente ensuite les fonctions stratégiques de Leadership et plaidoyer, de Coordination, cohérence et partenariats, et de Responsabilisation mutuelle de l'ONUSIDA, puis présente un exposé sur les thèmes transversaux. La mise en œuvre financière est traitée dans la dernière section du présent rapport.

PROGRES EN DIRECTION DES OBJECTIFS DE L'UBRAF ET DES CIBLES DE LA DECLARATION POLITIQUE

A. Révolutionner la prévention du VIH

i. Réduire la transmission sexuelle

3. Malgré une diffusion plus large du traitement, les progrès globaux en matière de réduction des nouvelles infections n'ont été que graduels. En 2013, 2,1 millions de personnes ont été infectées par le VIH, essentiellement par voie sexuelle. Les jeunes, en particulier les jeunes femmes et les filles, payent un tribut considérable à l'épidémie de VIH. Près d'un cinquième des nouvelles infections touchent des femmes âgées de 15 à 24 ans, et la plupart de ces infections sont transmises par voie sexuelle. Cependant, l'OMS estime qu'entre 40 % et 50 % de l'ensemble des nouvelles infections à VIH contractées par des adultes dans le monde sont susceptibles d'affecter des membres des populations clés et leurs partenaires immédiats. Pour mettre un terme au sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030, des efforts concertés seront nécessaires pour prévenir les nouvelles infections à VIH en mettant l'accent sur la transmission sexuelle.
4. En 2014, le « GAP Report » (rapport sur les écarts) de l'ONUSIDA a montré qu'il était nécessaire d'axer la riposte au sida sur les populations et les lieux durement touchés. La Stratégie d'accélération de l'ONUSIDA demande en conséquence que l'on cible l'action de façon stratégique et équitable sur les populations clés et les villes, en soulignant que les populations clés des villes paient un tribut disproportionné à l'épidémie de VIH. La Stratégie a aussi pour objectif de répondre aux demandes croissantes d'une riposte qui génère davantage de résultats avec moins de ressources.
5. La prévention de la transmission sexuelle du VIH étant cruciale pour réussir à mettre fin au sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030, le Programme commun a lancé de nombreuses initiatives stratégiques pour tenter de réduire de façon significative la transmission sexuelle. Ces efforts ont été articulés autour d'une mise à disposition à grande échelle de produits et d'interventions de prévention, d'un soutien

des services destinés aux populations clés dans des lieux clés, de la mobilisation des jeunes et des technologies de prévention innovantes.

6. En ce qui concerne la mise à disposition à grande échelle de produits et d'interventions de prévention, la simplicité et l'accessibilité financière des préservatifs masculins et féminins font qu'ils restent les outils de prévention de la transmission du VIH, des infections sexuellement transmissibles (IST) et des grossesses non désirées les plus efficaces. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'USAID/le PEPFAR et la Fondation Bill et Melinda Gates ont co-organisé une consultation mondiale pour examiner et réaffirmer le rôle des préservatifs dans la prévention du VIH, et pour approuver les composantes clés d'un programme mondial d'accélération de l'action afin de renforcer la programmation du préservatif en tant que domaine fondamental de prévention

L'ONUSIDA a organisé une consultation mondiale des principales parties prenantes, notamment les administrateurs de programmes nationaux de lutte contre le sida de 14 pays clés, les points focaux des Nations Unies en charge de la prévention, la société civile, les experts techniques, les principaux partenaires et les donateurs prioritaires, pour renouveler les engagements en faveur de la prévention du VIH et examiner la situation en matière de prévention de la transmission sexuelle du VIH dans les pays prioritaires. La réunion a permis d'établir un consensus autour de la marche à suivre pour promouvoir la prévention du VIH, en mettant l'accent sur le ciblage, l'innovation et la pérennité, et en identifiant des mesures pour réduire durablement les nouvelles infections à VIH dans les pays durement touchés d'ici à 2030.

de la transmission sexuelle du VIH, des IST et des grossesses non désirées. Parmi les recommandations, les partenaires se sont notamment engagés à combler l'insuffisance des approvisionnements (en particulier en Afrique), à fournir aux pays de meilleures orientations sur la programmation des préservatifs et à renforcer la coordination avec les fabricants du secteur privé.

7. La circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) est restée une méthode importante de prévention dans de nombreux pays en 2014. L'OMS a joué un rôle moteur, en particulier dans l'élaboration d'orientations axées sur les dispositifs médicaux de circoncision masculine, en organisant des réunions du Groupe consultatif technique sur les innovations en matière de CMMV, et en évaluant de nouvelles données d'études pilotes et de surveillance. L'UNICEF a apporté son soutien aux évaluations pour améliorer la qualité des conseils fournis aux garçons adolescents durant le conseil et le dépistage du VIH à l'occasion de la CMMV.
8. En ce qui concerne les services de soutien aux populations et aux lieux clés, l'Urban Health and Justice Initiative (initiative pour la justice et la santé au milieu urbain) conduite par le PNUD/l'UNFPA a fourni une aide à plus de 42 villes pour mettre en œuvre des services de prévention. Au Mozambique, des services destinés aux populations clés dans les villes ont été intégrés au nouveau Plan national de lutte contre le sida.
9. S'agissant de la mobilisation des jeunes pour prévenir la transmission sexuelle, et conscient de la nécessité impérieuse d'influer sur le rôle des jeunes, l'UNICEF a conduit, en coopération avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'UNFPA, l'OMS et différents partenaires, la mobilisation des partenaires autour de l'Initiative *All In!* (programme mondial pour les adolescents). En collaboration avec la famille des Nations Unies, la société civile, les partenaires bilatéraux et les jeunes, un cadre stratégique mondial a été élaboré pour orienter l'action afin de mettre un terme à l'épidémie de sida chez les adolescents.

10. Les efforts du Programme commun axés sur la prévention de la transmission sexuelle du VIH ont également privilégié les technologies de prévention innovantes. À long terme, les nouvelles technologies et les vaccins offrent parmi les meilleurs espoirs pour vaincre le sida. L'initiative commune OMS/ONUSIDA pour un vaccin anti-VIH constitue le principal mécanisme pour orienter et faciliter la recherche et le développement sur un vaccin contre le VIH. Dans le cadre de ce mécanisme et avec l'aide du Comité consultatif sur le vaccin contre le VIH (dans lequel sont représentées les parties prenantes de la « communauté » de recherche et développement sur le vaccin), l'Initiative a continué, en 2014, de forger un consensus étique et scientifique, d'élaborer des orientations pour l'évaluation des vaccins et d'aider les pays à développer un vaccin contre le VIH au niveau national.

11. Concernant l'avenir, certaines actions futures (qui incluent le déploiement de l'initiative *All In* dans 25 pays) aideront

à recentrer les travaux de l'ONUSIDA sur les jeunes, les adolescents et la prévention, et soutiendront la poursuite des efforts pour fournir des services de prévention aux populations clés dans des lieux clés. Le Programme commun aidera les pays à élaborer et à utiliser des approches innovantes, telles que le traitement préexposition (PrEP). L'ONUSIDA et la Banque mondiale en particulier plaideront pour une allocation optimale des ressources afin de financer les programmes de prévention du VIH et les secteurs de l'éducation, de la protection sociale et des transports. La lutte contre les dynamiques sociales et structurelles du VIH contribuera à ce que toutes les populations bénéficient des mesures de prévention du VIH.

En Europe orientale et Asie centrale, l'UNESCO et d'autres Coparrainants ont inscrit l'éducation à la prévention du VIH et la participation des jeunes à l'ordre du jour de la Conférence régionale sur le sida. Des séminaires et des activités thématiques organisés dans des lieux dédiés à la jeunesse ont facilité la diffusion d'approches éclairées par le concret d'éducation formelle et informelle aux droits à la santé sexuelle et reproductive et au VIH au moyen d'Internet, de médias sociaux et de grands événements sportifs ainsi que de mécanismes requérant la participation des parents.

En s'appuyant sur sa consultation mondiale des jeunes de 2013 et consciente que les jeunes connaissent des taux de chômage trois fois supérieurs à ceux des adultes, l'OIT a publié un guide intitulé « Mainstreaming HIV and AIDS in youth employment » (intégrer la lutte contre le VIH et le sida dans les programmes pour l'emploi des jeunes) qui soutient les programmes promus par l'OIT.

Dans quatre pays, des études soutenues par la Banque mondiale ont montré comment des transferts monétaires conditionnels pouvaient réduire les infections transmises par voie sexuelle chez les jeunes, et en particulier les jeunes femmes. Au Zimbabwe, la Banque mondiale modélise l'impact d'interventions combinées de prévention du VIH, y compris pour les jeunes. Ces données concrètes aident les décideurs à améliorer leurs processus décisionnels et leurs stratégies afin de cibler les jeunes.

ii. Éliminer la transmission verticale

12. La transmission mère-enfant du VIH (TME) est tout à fait évitable. Elle a pratiquement été éliminée dans le monde développé et un grand nombre de pays déclarent des taux inférieurs à 1%. Ailleurs, l'accès limité des femmes enceintes ou allaitantes aux traitements et aux services de planning familial se traduit par des milliers de nouvelles infections chez les nourrissons chaque année.

13. Dans les Caraïbes, Cuba est en passe de devenir le premier pays dont l'OMS certifie qu'il a éliminé la transmission verticale du VIH et la syphilis, avec un examen de validation prévu en mars 2015.

L'ONUSIDA a catalysé le déploiement de l'Option B+ en République démocratique du Congo, en Côte d'Ivoire, au Malawi et en Ouganda, grâce à un modèle de fourniture de services qui intègre la prévention du VIH aux programmes de santé maternelle, néonatale et infantile. Durant le processus, le Programme commun a souligné que la décision de commencer un traitement doit toujours être éclairée et volontaire.

14. Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie a été lancé en 2011. Il aide à dynamiser l'action pour parvenir à une génération sans sida et prévenir la mortalité maternelle liée au VIH. L'an dernier, la communauté mondiale a enregistré des progrès remarquables en direction de ces objectifs. Selon les dernières données disponibles, on estime que le nombre de nouvelles infections à VIH est tombé à 240 000 chez les nourrissons et que près de 70 % des femmes enceintes vivant avec le VIH reçoivent désormais des traitements antirétroviraux extrêmement efficaces pour prévenir la transmission verticale et protéger leur propre santé.

Grâce au soutien commun de l'UNFPA et du Secrétariat de l'ONUSIDA, sept pays (Botswana, Lesotho, Malawi, Namibie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe) ont associé et intégré les droits en matière de santé sexuelle et reproductive/la prise en charge du VIH dans les cadres stratégiques nationaux ainsi que dans les politiques et les stratégies relatives au droit à la santé et à la santé sexuelle et reproductive, contribuant ainsi à renforcer l'intégration de la riposte au sida dans les efforts nationaux de santé et de développement.

15. L'ensemble des 22 pays ciblés par le Plan mondial déclarent maintenant avoir adopté l'Option B+. Dans le cadre de ce programme, l'OMS recommande de maintenir les femmes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral à vie.

16. Bien que l'accès au traitement antirétroviral pédiatrique demeure au second plan, près d'un enfant sur trois dans le monde bénéficie désormais de ce traitement vital. L'ONUSIDA a joué un rôle essentiel dans ces progrès en plaidant pour des politiques de prévention de l'infection à VIH chez les femmes et leurs enfants fondées sur les droits, en mobilisant des ressources auprès du Fonds mondial, du PEPFAR et d'autres donateurs bilatéraux, en apportant un soutien technique aux pays, en favorisant la recherche sur de nouvelles approches afin d'optimiser les médicaments, les diagnostics et la fourniture de services intégrés, et en travaillant avec l'ensemble de la communauté des parties prenantes et de la société civile pour coordonner et soutenir la mise en œuvre sur le terrain. Outre la promotion de meilleures formulations pour le traitement antirétroviral pédiatrique, l'ONUSIDA a également œuvré (par le biais d'un appui du Groupe de travail sur l'approvisionnement en antirétroviraux pédiatriques du Fonds mondial) pour améliorer l'accès au diagnostic pédiatrique du VIH au moyen de nouvelles technologies et approches de fourniture de services (telles que le dépistage à la naissance) pour réduire les taux des « perdus de vue en cours de suivi ».

Avec le soutien de l'UNITAID, l'UNICEF a lancé des activités de « préparation du marché » pour accélérer le développement, l'adhésion et l'adoption dans les pays de nouvelles technologies dans les centres de santé pour le diagnostic des nourrissons.

17. En 2015 et au-delà, le Programme commun prévoit d'inclure un appui aux pays proches de l'élimination dans les régions Amériques et Europe orientale afin de développer les systèmes de suivi et d'évaluation nécessaires, de relier l'élimination de la TME (eTME)

aux stratégies visant l'éradication de la violence, de la stigmatisation et de la discrimination, et de renforcer les liens entre alimentation et nutrition, protection sociale et autonomisation économique pour assurer la pérennité des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile/d'eTME.

iii. Prévenir les infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues injectables

18. On estime à 12,7 millions le nombre de personnes qui consomment des drogues injectables dans le monde, dont 13 % vivent avec le VIH. Les personnes qui s'injectent des drogues (PWID) représentent environ 30 % des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. Les données scientifiques mettent clairement en évidence l'impact des programmes de réduction des risques sur la prévention des infections à VIH. Cela étant, 90 aiguilles seulement sont mises à disposition par personne et par an, alors qu'il en faudrait 200 environ.

En décembre 2014, le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA a organisé un segment thématique sur la question des PWID avec la participation de représentants de la communauté des PWID pour exposer les obstacles et les succès du travail en partenariat.

19. En 2014, le Programme commun a renforcé le soutien technique et en matière de plaidoyer qu'il apporte avec d'autres aux pays afin d'élargir l'accès à un ensemble complet d'interventions de prévention et de traitement du VIH éclairées par le concret destinées aux PWID.

Dans le cadre du suivi des travaux de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, le PNUD a soutenu des examens des lois et des politiques relatives au VIH et aux drogues dans les régions Europe orientale et Asie centrale, et Asie-Pacifique. Le PNUD a également aidé des pays d'Afrique à organiser des dialogues nationaux sur le VIH, les droits humains et la loi, et a par ailleurs réalisé une évaluation du cadre juridique des politiques, lois et pratiques, y compris concernant les personnes qui consomment des drogues et les personnes incarcérées.

20. L'ONUSDC a conduit des activités communes avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS, la Banque mondiale et des organisations de la société civile afin d'améliorer les données mondiales sur le VIH et la consommation de drogues injectables, ainsi que les données sur le VIH et les services de réduction des risques destinés aux PWID. Les toutes premières estimations mondiales des Nations Unies sur le VIH parmi les PWID ont été publiées dans le Rapport mondial sur les drogues 2014 et un rapport sur la situation mondiale de la réduction des risques (Harm Reduction International).

L'ONUSDC, l'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont organisé une consultation régionale sur l'élargissement de l'accès aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et aux programmes de traitement de substitution aux opiacés dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord.

21. Le tribut payé au VIH par les personnes incarcérées et dans certains milieux carcéraux peut-être 50 fois supérieur au tribut payé par la population générale. On estime qu'entre 56 % et 90 % des personnes qui s'injectent des drogues seront incarcérées à un moment donné de leur vie. Des documents d'orientation et des notes d'information techniques sur la fourniture de services de prise en charge du VIH dans la communauté et les prisons (élaborés par le groupe de travail interinstitutions sur les populations clés) ont été diffusés lors de réunions régionales et internationales. Un appui technique a

également été fourni pour adapter les orientations internationales à l'échelon des pays. Les documents et notes d'information ciblent en particulier les femmes et les jeunes qui consomment de drogues injectables ainsi que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans les prisons.

22. En outre, l'ONUSD joue un rôle moteur en fournissant un appui à la mise en œuvre d'interventions stratégiques qui s'attaquent aux principaux obstacles à la fourniture de services de prise en charge du VIH

En 2014, l'UNESCO a entrepris une évaluation des interventions en milieu scolaire axées sur la prévention de la consommation de substances dans 10 pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. Les conclusions de cette évaluation permettront d'éclairer une consultation technique régionale sur l'éducation à un mode de vie sain que l'UNESCO, l'UNFPA et l'OMS prévoient d'organiser en 2015 avec l'IPPF et le BZgA.

L'ONUSD a élaboré à l'intention de la police un manuel de formation sur les services de prise en charge du VIH destinés aux personnes qui s'injectent des drogues. Ce manuel de formation a été adapté et adopté par les institutions dans le cadre de la formation des responsables en charge de l'application des lois en Thaïlande.

destinés aux PWID. Dans les 24 pays hautement prioritaires en matière de lutte contre le VIH chez les PWID ciblés par l'ONUSD, ces interventions ont prévu d'améliorer la qualité et la disponibilité des informations stratégiques, de renforcer la capacité des ONG et des gouvernements en matière de réduction des risques (en privilégiant en particulier le traitement de substitution aux opiacés, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, le conseil et le test VIH et le traitement antirétroviral). Elles prévoient également de renforcer

la capacité des ONG et des organisations communautaires à plaider en faveur de la réduction des risques, et la capacité des organismes en charge de l'application des lois à soutenir l'accès des PWID aux services de prise en charge du VIH, tant au sein de la communauté que dans les prisons.

B. Favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération

i. Donner accès au traitement

23. En juin 2014, près de 13,6 millions de personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement antirétroviral, alors qu'en 2013, les traitements antirétroviraux couvraient 38 % de l'ensemble des personnes séropositives au VIH dans le monde. C'est deux fois plus qu'en 2009, même si les chiffres masquent des différences considérables entre les hommes et les femmes de plus de 15 ans (33 % et 40 %, respectivement). En 2014, l'accès aux traitements antirétroviraux a continué de s'élargir dans l'ensemble des régions, mais des variations considérables subsistent selon les régions et les populations.

Des progrès remarquables ont été accomplis dans l'élargissement de l'accès des personnes vivant avec le VIH aux traitements antirétroviraux dans la région Asie-Pacifique. À la fin 2013, environ 1,6 million de personnes recevaient un traitement, soit environ 33 % de l'ensemble des personnes séropositives au VIH de la région.

24. Toutefois, la couverture mondiale du traitement chez les enfants a pris du retard, et à la fin 2013, moins de 25 % des enfants vivant avec le VIH dans le monde recevaient un traitement antirétroviral, contre 37 % des adultes. La prévalence du VIH parmi les

populations clés reste élevée dans toutes les régions, mais la couverture des traitements antirétroviraux demeure d'une faiblesse disproportionnée parmi ces populations.

25. L'ONUSIDA a présenté ses objectifs « 90-90-90 » lors de la Conférence internationale sur le sida de 2014 et fixé des cibles de traitement ambitieuses pour contribuer à éradiquer l'épidémie. Afin de soutenir les cibles, l'OMS a établi un cadre normatif complet pour orienter la riposte du secteur de la santé et les stratégies de diagnostic, de traitement, de soins et de prévention du VIH. L'OMS a aussi défini des priorités pour la mise en œuvre des programmes de recherche scientifique et clinique afin d'optimiser le traitement contre le VIH tout le long de la cascade.
26. L'OMS a également publié deux directives supplémentaires, actualisant certains chapitres des lignes directrices consolidées sur l'utilisation de médicaments antirétroviraux de 2013 et publiant de nouvelles recommandations sur le traitement post-exposition et l'utilisation du cotrimoxazole. Le document normatif actuel comprend 72 recommandations pour la gestion du VIH chez les adultes, les adolescents, les enfants et les femmes enceintes et allaitantes tout le long du continuum de soins.

L'OMS a travaillé avec les ministères de la Santé pour faciliter la mise en œuvre de ces lignes directrices via des ateliers régionaux proposés dans plus de 100 pays. Depuis le lancement des lignes directrices sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux de 2013, près de 80 % des 58 pays visés ont adopté une recommandation majeure au moins et 25 autres pays ont prévu de le faire.

27. Il existe néanmoins des écarts significatifs de traitement dans certains pays et certaines régions ainsi que parmi certains groupes de populations clés. Bien que ces populations clés soient plus exposées au risque d'infection à VIH, elles sont souvent moins susceptibles d'avoir accès aux services de prise en charge du virus. Une enquête mondiale a par exemple révélé que 14 % seulement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant dans des pays à revenu faible ont déclaré accéder facilement aux services de traitement du VIH.

28. La nature multisectorielle du Programme commun fait qu'il est placé de façon unique pour combler les nombreux écarts de traitement de façon réactive. Par exemple, le HCR, l'OMS, le PAM, l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont élaboré une note de plaidoyer et d'orientation sur le maintien d'un programme minimum de lutte contre le VIH dans la situation d'urgence créée par le virus Ebola, y compris un ensemble d'interventions fournies par l'intermédiaire de plateformes

En Ouganda, l'UNESCO a travaillé avec des jeunes vivant avec le VIH pour renforcer leurs capacités et promouvoir leur accès et leur demande de traitement. Cent cinquante écoles au moins ont bénéficié d'une politique de lutte contre le VIH sur le lieu de travail afin de protéger les droits et de répondre aux besoins des élèves et des éducateurs vivant avec le virus.

L'EAR de l'ONUSIDA pour l'Afrique occidentale et centrale a défendu le Plan pharmaceutique régional de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) pour garantir à l'ensemble des populations d'Afrique de l'Ouest un accès à des médicaments antirétroviraux de qualité et financièrement abordables. Le droit au traitement, le respect strict de la qualité, une bonne gouvernance en matière de santé et un développement durable sont les piliers de ce plan. Ces piliers ont été promus lors de discussions de haut niveau entre la délégation de la CEDEAO et les responsables de l'ONUSIDA, de l'OMS, de l'ONUDI et du Fonds mondial en mars 2015. Le stock régional de sécurité de médicaments antirétroviraux de la CEDEAO, outil dérivé du plan, a permis de répondre aux ruptures de stock dans deux pays, et quatre entreprises nigériennes ont adopté les normes de bonnes pratiques de fabrication de l'OMS.

communautaires. En 2014, le HCR a également publié des *Directives pour la fourniture de traitements antirétroviraux aux migrants et aux personnes victimes de crises en Afrique subsaharienne* destinées à tous types de migrants et de populations affectées par des crises. ONU Femmes a commandé une étude sur les obstacles que les femmes rencontrent pour avoir accès aux traitements et aux soins du VIH afin de compléter les données existantes. Le PAM a apporté un soutien alimentaire et nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et souffrant de malnutrition dans 22 pays.

29. L'accès au traitement demeure une priorité centrale du Programme commun. L'ONUSIDA continuera de promouvoir ses cibles « 90-90-90 », de documenter les expériences des pays et d'explorer des solutions multisectorielles pour faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte.

ii. Prévenir les décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH

30. Grâce aux efforts conjoints engagés pour élargir et intensifier les activités parallèles de lutte contre la tuberculose et le VIH, 4,8 millions de vies ont pu être sauvées entre 2005 et 2013. Selon le Rapport 2014 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde de

l'OMS, la mortalité liée à la co-infection tuberculose/VIH a diminué d'environ un tiers (à 360 000 dans le monde en 2013), ce qui est un moins que l'objectif de 50 % fixé pour 2015. Toutefois, dans 15 pays durement touchés par la co-infection tuberculose/VIH, l'objectif de 50 % a été dépassé.

Avec le soutien fourni par l'OIT aux ministères du Travail, aux syndicats de travailleurs et à la Coalition des entreprises contre le sida, 21 pays au total ont élaboré des plans d'action et intégré des programmes de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH sur le lieu de travail à grande échelle au sein des programmes de santé et de protection sociale. Ils ont intégré des ripostes au VIH dans les programmes de lutte contre la tuberculose sur le lieu de travail, ou intégré des ripostes à la tuberculose aux programmes existants de lutte contre le VIH sur le lieu de travail destinés aux salariés. Au Kenya, par exemple, grâce aux directives conjointes HealthWISE de l'OIT et de l'OMS, le syndicat national des infirmiers kényans a renforcé ses capacités de formation afin d'améliorer la sécurité au travail et la santé des travailleurs de santé de sexe masculin et féminin dans le contexte de la tuberculose et du VIH.

L'UNICEF a continué de mettre l'accent sur la lutte contre la tuberculose/le VIH chez les enfants par le biais de la fourniture de services intégrés et d'une riposte communautaire au sein de plateformes de santé maternelle, néonatale et infantile, et par la publication de données concrètes sur le poids des co-infections afin d'éclairer les modifications nécessaires des politiques et des programmes. Cette évolution a été rendue possible grâce à la mise en œuvre d'un projet pilote de gestion adaptée de cas communautaires sur le VIH/la tuberculose en Zambie, et par la réalisation d'une évaluation de la lutte contre le VIH et la tuberculose chez les enfants au Ghana et au Nigéria.

31. Le plaidoyer renforcé de l'ONUSIDA à l'occasion d'événements importants de 2014 – tels que la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes de 2014, la Conférence sur le sida d'Europe orientale et d'Asie centrale, la Conférence sur le sida 2014, le Sommet sur le traitement à des fins de prévention et le Sommet de l'Union – a contribué à améliorer la visibilité de la co-

Le PAM a fourni une aide alimentaire et nutritionnelle aux patients tuberculeux, y compris aux patients co-infectés par la tuberculose/le VIH, dans 18 pays. Dans neuf de ces pays, des rations familiales supplémentaires ont été attribuées pour minimiser les partages de rations. À Madagascar, le programme « Nourriture sur ordonnance » du PAM destiné aux patients tuberculeux, y compris aux patients co-infectés par la tuberculose et le VIH, a permis d'enregistrer un taux de réussite du traitement contre la tuberculose de 94 %. Le plaidoyer qui s'en est suivi a permis d'élaborer un protocole national et une stratégie nutritionnelle nationale pour les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH souffrant de malnutrition, et une note conceptuelle de Madagascar sur la tuberculose à l'intention du Fonds mondial.

infection tuberculose/VIH, à élaborer des stratégies à grande échelle, à partager des exemples de succès de cette amplification, à définir des programmes de recherche de base et sur la mise en œuvre, et à mobiliser des ressources. Lors de la Conférence sur le sida 2014 de Melbourne, la réunion sur le thème *Eliminating TB Deaths: Time to step up the HIV response* (éliminer les décès liés à la tuberculose, l'heure est venue d'accélérer la riposte au VIH) est apparue particulièrement importante et a permis d'affirmer un engagement politique de haut niveau pour combler les écarts de traitement antirétroviral pour les patients tuberculeux vivant avec le VIH.

32. L'information stratégique est vitale pour s'attaquer aux problèmes de co-infection tuberculose/VIH. L'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont continué d'établir des rapports sur des données consolidées et recoupées sur cette co-infection, destinés à l'élaboration du rapport de l'OMS sur la lutte contre la tuberculose dans le monde, des rapports sur le VIH et des rapports de l'ONUSIDA. L'amélioration de la collecte et du compte rendu de données a permis à 132 pays d'établir des rapports sur les résultats ventilés par statut sérologique VIH en 2013, contre 96 en 2012.
33. Les efforts pour affiner et actualiser les directives sont également significatifs. Pour élargir l'accès des populations clés et des plus vulnérables, des recommandations sur la co-infection tuberculose/VIH (établies grâce aux contributions du Secrétariat de l'ONUSIDA et de l'ONUSIDA) ont été intégrées aux lignes directrices de l'OMS sur la prévention, le diagnostic et les soins destinés aux populations clés, et aux directives sur la gestion de la tuberculose chez les enfants. L'OMS et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont également travaillé avec le Fonds mondial et le PEPFAR pour réviser le *Guide de suivi et d'évaluation des activités conjointes tuberculose/VIH*.
34. En 2014, l'appui fourni aux pays par l'OMS, le Secrétariat de l'ONUSIDA et d'autres partenaires clés a été axé sur la poursuite du renforcement d'une programmation conjointe de la lutte contre la tuberculose et le VIH. Ce renforcement a été rendu possible grâce à des orientations stratégiques fournies au groupe de travail technique sur la tuberculose/le VIH du Fonds mondial, à l'élaboration d'une note d'information sur la programmation conjointe tuberculose/VIH, et à l'assistance technique apportée par l'OMS à plus de 20 pays durement touchés par la co-infection tuberculose/VIH pour qu'ils élaborent des plans stratégiques nationaux, réalisent des examens conjoints de programmes, et rédigent 25 notes conceptuelles distinctes sur la tuberculose et le VIH destinées au Fonds mondial.
35. Plus de 75 % de l'ensemble des cas estimés de co-infection tuberculose/VIH sont recensés dans 10 pays seulement, dont neuf se situent en Afrique subsaharienne. Les interventions du Programme commun seront donc généralement ciblées sur un petit nombre de pays et axées sur des composantes différentes, mais cependant vitales, d'une riposte multisectorielle.
36. À l'avenir, le Programme commun continuera de faire le nécessaire pour que la recherche et la mise en œuvre de la lutte contre la co-infection tuberculose/VIH demeure en bonne place de l'ordre du jour mondial par l'intermédiaire de tribunes internationales telles que l'International AIDS Society, la Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI), Harm Reduction International, la Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique (ICASA) et les conférences de l'Union, ainsi que par la constitution de partenariats stratégiques via des réseaux de parties prenantes clés.

iii. Protéger les personnes vénérables

37. Le Programme commun a instamment tenu à inscrire la protection sociale à l'ordre du jour mondial de lutte contre le sida en 2014, en s'assurant que la protection sociale, les soins et l'appui soient globalement considérés comme une composante essentielle de la riposte au sida, en compilant une base de données probantes pour les interventions de protection sociale et en renforçant des systèmes nationaux de protection sociale, de soins et d'appui.
38. Le Groupe de travail sur la protection sociale, les soins et l'appui co-organisé par la Banque mondiale et l'UNICEF a fait un travail exceptionnel cette année en termes de positionnement de la protection sociale, des soins et de l'appui au sein de la riposte au VIH. Différents événements du Programme commun ont permis de réunir les parties prenantes autour de ce domaine thématique et de le placer en meilleure position dans la riposte au VIH. Ainsi, la première réunion sur les dynamiques sociales et structurelles a été organisée à Washington (co-accueillie par le Président de la Banque mondiale et le Directeur exécutif de l'ONUSIDA), et la réunion annuelle sur la protection sociale, les soins et l'appui a permis de rassembler pour la première fois des chercheurs et des décideurs pour présenter les premières conclusions sur le thème de la protection sociale et de la prévention du VIH.

Le segment thématique de la 34^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA sur la prise en charge des moteurs économiques et sociaux de l'épidémie de VIH à travers la protection sociale s'est soldé par des points de décision concernant la protection sociale, les soins et l'appui, notamment : associer la lutte contre le VIH à l'éradication de la pauvreté extrême, des inégalités et à la promotion des droits humains, faciliter les dialogues à l'échelon des pays et réaliser des évaluations sur le VIH et la protection sociale, élargir et intensifier les programmes de protection sociale qui soutiennent la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH, promouvoir la recherche sur la protection sociale, et renforcer les connaissances en matière de protection sociale de ceux qui en ont besoin.

39. L'OIT a lancé une campagne mondiale de sensibilisation sur les socles nationaux de protection sociale. Cette campagne incluait un plaidoyer pour la suppression de l'exclusion des polices d'assurance au motif du VIH au Sri Lanka, pour la couverture des personnes vivant avec le virus par la politique et la stratégie nationales de protection sociale en Éthiopie, et pour la sensibilisation de 2 600 travailleurs à la question du VIH et de la protection sociale au Kenya.
40. L'UNICEF a apporté un soutien aux gouvernements nationaux pour qu'ils étendent progressivement la couverture de la protection sociale et élaborent des systèmes de protection sociale complets dans 97 pays. En Afrique, l'UNICEF aide à la conception et à la mise en œuvre de dispositifs de transfert monétaire dans 10 pays et apporte son soutien à 22 pays pour qu'ils formulent des stratégies, des politiques et des systèmes de protection sociale multisectoriels. L'UNICEF a aussi dirigé la documentation des enseignements et des modèles sur la manière dont les synergies entre les systèmes de protection des enfants et de prise en charge du VIH ont beaucoup contribué à

Les activités du Secrétariat de l'ONUSIDA ont incité le Fonds mondial à apporter son soutien à l'élargissement et l'intensification des programmes de protection sociale. La protection sociale, et en particulier les transferts monétaires, à des fins de prévention du VIH a été intégrée dans les notes conceptuelles du Kenya, du Malawi, de Tanzanie, d'Ouganda et de Zambie destinées au Fonds mondial.

Le PNUD apporte son soutien à plus de 53 pays pour les questions de protection sociale. En 2014, il a contribué à l'organisation d'une consultation nationale sur une protection sociale qui tient compte du VIH au Cambodge, ce qui a contribué à identifier les personnes vivant avec le VIH comme un « groupe vulnérable spécial » au sein de la stratégie nationale cambodgienne de protection sociale.

l'amélioration des résultats en matière de la protection des enfants et de VIH au Nigéria, en Zambie et au Zimbabwe.

41. Durant la campagne mondiale de sensibilisation et les débats de fond qui ont eu lieu en 2014 sur le VIH et la protection sociale, l'un des messages fondamentaux a été de mettre l'accent sur une recherche spécifique sur le VIH qui tienne compte de ses dimensions au sein des grandes stratégies de protection sociale et des interventions du secteur de la santé. À cet égard, le Secrétariat de l'ONUSIDA a publié, avec le soutien des Coparrainants et de partenaires, une note d'orientation sur le VIH et la protection sociale.
42. À l'avenir, le Programme commun continuera d'apporter un soutien aux programmes de protection sociale dans différents domaines, notamment une attention accrue aux points de décision de la 34^{ème} réunion du Conseil de Coordination Programme. Pour de nombreux membres du Programme commun, les transferts monétaires demeurent une priorité absolue. Des travaux seront poursuivis pour mieux intégrer la sensibilisation au genre au sein de ces dispositifs et des indicateurs sur les transferts monétaires et leurs liens avec la prévention du VIH seront établis.

C. Promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes pour soutenir la riposte au VIH

i. Réduire le nombre de pays appliquant des lois punitives

43. Afin de promouvoir les engagements pris par les États membres des Nations Unies dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 et les recommandations du Rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, le Programme commun a entrepris un certain nombre d'activités en 2014. Il a soutenu des réformes des lois, politiques et pratiques punitives, renforcé les capacités des autorités judiciaires, législatives et en charge de l'application des textes relatifs au VIH, aux droits humains et aux lois, élargi l'accès à la justice et aux initiatives visant à promouvoir les connaissances juridiques, et publié des documents d'orientation, des outils et des produits de connaissance.
44. Pour promouvoir les conclusions et les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, le PNUD a élaboré des documents d'orientation sur la manière d'évaluer les cadres juridiques et les dialogues nationaux. Ces ouvrages comprennent un document d'orientation destiné au personnel des Nations Unies intitulé « Preventing and Responding to HIV related human rights crises » (prévenir les problèmes de droits humains en rapport avec le VIH et les résoudre) élaboré en partenariat avec l'UNFPA, l'ONU DC, l'OIT, le HCR, l'UNICEF, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Fonds mondial. En 2014, l'ONUSIDA a publié le « GAP Report » (rapport sur les écarts) qui s'intéresse aux populations clés laissées pour compte par la riposte au VIH.

Aux Philippines, l'UNICEF, l'UNFPA, le Secrétariat de l'ONUSIDA et des partenaires ont organisé des dialogues sur les politiques visant des réformes juridiques de la santé et des droits des adolescents. L'UNICEF a soutenu des efforts qui ont conduit le gouvernement de Thaïlande à décider que les enfants de moins de 18 ans pouvaient avoir accès au dépistage du VIH sans consentement parental.
45. Dans la région Asie-Pacifique, l'Équipe régionale interinstitutions sur le sida a organisé des dialogues nationaux dans 19 pays afin d'examiner les obstacles liés aux lois et aux politiques limitant l'accès des personnes vivant avec le VIH et des populations clés aux

services. Au Pakistan, cela s'est soldé par le vote de la Loi sur le sida de la province de Sindh, toute première loi sur le sida d'Asie du Sud. Au Bangladesh, l'État a adopté une politique qui reconnaît les personnes transgenres. L'UNESCO, l'UNFPA, le Secrétariat de l'ONUSIDA et des partenaires ont également réalisé un examen des obstacles liés aux lois et aux politiques dans la région Asie-Pacifique qui empêchent d'accéder aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive/de prise en charge du VIH.

46. En Amérique latine, le PNUD a aidé cinq pays à réviser leurs lois sur le VIH (Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Nicaragua et Uruguay). Au Costa Rica et en Uruguay, des amendements des lois sont présentés au Parlement. Le PNUD a également apporté un soutien à l'examen des lois sur l'identité sexuelle au Salvador, au Guatemala et au Nicaragua.

En République dominicaine, le Secrétariat de l'ONUSIDA a soutenu, en coordination avec le Mouvement des femmes unies (MODEMU), le CONAVIHSIDA et des partenaires, la préparation d'un projet de loi visant à reconnaître le commerce du sexe comme un travail et à fournir des soins complets aux professionnel(le)s du sexe.

47. En Afrique subsaharienne, le Programme commun a aidé les autorités du Nigéria à faire voter un projet de loi contre la stigmatisation. L'OIT a fourni des conseils techniques pour intégrer des mesures de protection des travailleurs en rapport avec le VIH dans le projet de loi de santé et le projet de loi de santé et de sécurité au travail du Kenya. Le soutien du PNUD a permis de réviser et de réformer les lois sur le VIH au Lesotho, en Namibie, au Swaziland et en Tanzanie. Il a également aidé le Secrétariat de la CEDEAO à rédiger une loi minimum sur le VIH pour adoption par ses États membres.

Le PNUD a soutenu des efforts en République démocratique du Congo qui ont permis d'éviter l'adoption d'une nouvelle loi contre l'homosexualité, alors qu'au Tchad, les interventions du Secrétariat de l'ONUSIDA se sont traduites par la suspension d'un projet de disposition du Code pénal prévoyant la criminalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe.

48. Dans les États arabes, le plaidoyer du PNUD a incité le gouvernement de Djibouti à s'engager à prendre des mesures pour ratifier la Convention arabe pour la prévention du VIH/sida et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH. En Somalie, le PNUD et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont soumis des commentaires sur le projet de loi sur les délits sexuels, ce qui a permis d'améliorer la formulation adoptée.

49. En Europe orientale et Asie centrale, le PNUD et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont soutenu les travaux de la Coalition eurasiennne pour la santé des hommes en obtenant des gouvernements qu'ils s'engagent à mettre fin à l'élaboration et l'adoption de lois homophobes. Un projet de loi homophobe en suspens sur la « propagande gay » a été retiré du Parlement ukrainien grâce aux interventions de l'Équipe

L'OMS, l'ONU DC, le PNUD, l'UNFPA et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont coparrainé un dialogue mondial sur la police et le VIH organisé par le réseau LEAHN et l'IDLO à Amsterdam.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA a présenté deux mémoires d'amicus curiae dans des affaires traitées devant la Haute Cour du Malawi (concernant la constitutionnalité des lois pénales visant l'homosexualité) et devant la Cour européenne des Droits de l'homme (contestant l'interdiction des traitements de substitution aux opiacés en Russie).

conjointe des Nations Unies. Les interventions abusives de la police ciblant les professionnel(le)s du sexe au Kirghizistan et au Tadjikistan ont cessé grâce au plaidoyer du PNUD, de l'UNFPA et du Secrétariat de l'ONUSIDA.

ii. Supprimer les restrictions au voyage liées au VIH

50. Depuis 2011, onze pays, territoires ou zones ont supprimé leurs restrictions ou ont officiellement indiqué qu'ils n'appliquaient pas de restrictions au voyage liées au VIH. Ainsi, il reste 38 pays ou zones qui imposaient toujours de telles restrictions à la fin 2014. En 2013-2014, le Secrétariat et le PNUD ont fourni un soutien technique et en matière de plaidoyer qui a joué un rôle essentiel pour supprimer les restrictions au voyage liées au VIH en Australie, aux Comores et au Tadjikistan.

51. Outre le soutien apporté par l'ONUSIDA pour lever les restrictions, le Programme

commun s'est également efforcé de travailler avec les pays du Moyen-Orient accueillant des migrants. Dans le cadre du suivi des travaux communs débutés en 2013, le PNUD, l'OIT, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le HCR mènent une étude pour examiner les politiques, les cadres réglementaires et les pratiques dans les pays du Conseil de coopération du Golfe, ainsi qu'au Liban et en Jordanie. Il est prévu que l'étude soit conduite par les pays (par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des programmes nationaux de lutte contre le sida). Une note conceptuelle et une méthodologie pour les études nationales ont été finalisées et adressées aux pays concernés du Conseil de coopération du Golfe.

Avant la Conférence internationale sur le sida de 2014, le Secrétariat a travaillé avec les autorités australiennes pour décider si les réglementations relatives au VIH du pays devaient être considérées comme des « restrictions au voyage liées au VIH » selon les critères établis par la Cellule internationale de réflexion sur les restrictions au voyage liées au VIH. En juillet 2014, l'ONUSIDA a salué l'engagement de l'Australie d'agir pour que les personnes vivant avec le VIH ne soient pas confrontées à une exclusion automatique ni à un traitement inéquitable lorsqu'elles demandent des visas d'entrée, de séjour ou de résidence.

Les Comores ont voté une nouvelle loi qui protège explicitement la libre circulation des personnes vivant avec le VIH, à la suite de la lettre de validation adressée par le Secrétariat pour obtenir des clarifications.

Au Tadjikistan, le Secrétariat et le PNUD ont travaillé en étroite collaboration avec les parties prenantes nationales afin de les aider à élaborer un projet de loi sur le VIH, y compris des dispositions mettant fin à l'ensemble des restrictions au voyage liées au VIH. Le soutien du Secrétariat de l'ONUSIDA au Tadjikistan a été renforcé par la visite du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Cette visite a offert l'opportunité d'élargir et d'intensifier le plaidoyer autour du projet de législation afin d'abroger les restrictions au voyage liées au VIH. Le parlement du Tadjikistan a voté la nouvelle loi en mars 2014.

iii. Répondre aux besoins des femmes et des filles en rapport avec le VIH

52. En Afrique subsaharienne, 59 % des adultes vivants avec le VIH sont des femmes, et les taux d'infection chez les jeunes femmes sont deux fois plus élevés que chez les jeunes hommes. Au niveau mondial, les femmes séropositives au VIH subissent également des formes de violence institutionnelle, y compris la stérilisation et l'avortement sous la contrainte. On leur dénie l'accès aux services de stérilisation volontaire ou d'avortement dans le respect de l'hygiène. La riposte au sida doit tenir compte de l'ensemble des différentes vulnérabilités des femmes, y compris des jeunes femmes et des professionnelles du sexe, promouvoir une évolution des normes sexospécifiques préjudiciables et mettre un terme à leur marginalisation économique.

53. Le Programme commun a contribué de façon significative à la prise en compte des dimensions sexospécifiques des épidémies de VIH. L'égalité des sexes et les droits humains sont mieux intégrés dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH. Les cadres des politiques et de protection des droits humains qui soutiennent les droits des femmes ont été renforcés, en particulier en ce qui concerne les femmes vivant avec le VIH et appartenant aux populations clés. Parallèlement l'appui aux femmes vivant avec le VIH, compris leur participation et leur leadership dans des initiatives plus larges de santé et de développement, a également contribué à améliorer les politiques sur le VIH et l'égalité des sexes.
54. Des outils et des orientations techniques plus efficaces élaborés par le Programme commun et d'autres partenaires ont contribué à améliorer les stratégies nationales de lutte contre le VIH et les notes conceptuelles du Fonds mondial afin de d'attirer davantage l'attention sur l'égalité des sexes, y compris sur les droits à la santé sexuelle et reproductive, et sur les populations clés. Utilisé par plus de 30 pays, l'outil d'évaluation basée sur le genre de l'ONUSIDA a permis aux gouvernements et aux organisations de la société civile de recenser les lacunes et les priorités stratégiques au sein des ripostes nationales au VIH.

Un groupe de travail technique mis en place par ONU Femmes et co-organisé par le Fonds mondial (avec la participation du PNUD, de l'UNFPA, de l'OMS, du Secrétariat de l'ONUSIDA, des donateurs et des organisations de la société civile) a commandé et diffusé une liste des principales interventions des programmes qui visent à faire évoluer de façon positive les inégalités entre les sexes afin de soutenir et d'éclairer l'élaboration des notes conceptuelles. Cette action a également soutenu des réseaux de femmes vivant avec le VIH en les aidant à renforcer leurs capacités à participer aux processus du Fonds mondial.

55. Les femmes et les filles, en particulier celles qui vivent avec le VIH et appartiennent à des populations clés, sont des partenaires majeures du plaidoyer, de l'élaboration, de la mise en œuvre, et du suivi et de l'évaluation des programmes de riposte au VIH qui tiennent compte de la dimension de genre. Dans plus de 30 pays, les efforts de la famille de l'ONUSIDA ont été axés sur le renforcement des capacités des femmes vivant avec le VIH et de leurs réseaux afin qu'elles participent aux différents examens des politiques et à l'élaboration des plans stratégiques nationaux, ce qui s'est traduit par des recommandations intégrant les besoins et les priorités des femmes et des filles en rapport avec le VIH.
56. L'ONUSIDA a également continué d'apporter son soutien à la Coalition mondiale sur les femmes et le sida qui réunit de nombreuses parties prenantes en vue de promouvoir l'égalité des sexes, l'autonomisation des femmes, la santé, la santé sexuelle et les droits dans le contexte du VIH. Durant la 58^{ème} réunion de la Commission de la condition de la femme en mars 2014, la Coalition mondiale sur les femmes et le sida a organisé un débat sur le thème « Promouvoir la santé sexuelle et reproductive et les droits des jeunes femmes dans le cadre de développement pour l'après 2015 ».

L'ONUSIDA a apporté un soutien aux femmes vivant avec le VIH, y compris aux jeunes femmes, pour qu'elles participent à la 58^{ème} réunion de la Commission de la condition de la femme, notamment aux négociations sur la résolution relative au VIH et aux conclusions approuvées.

57. L'UNICEF, l'UNFPA, ONU Femmes et d'autres Coparrainants ont soutenu des partenaires nationaux pour compiler des données portant sur la vulnérabilité sociale des

adolescentes et des jeunes femmes afin de mieux répondre, par le biais de services intégrés de santé sexuelle et reproductive et de prise en charge du VIH accueillants pour les jeunes, à leurs besoins en matière de stratégies de prévention du VIH, et pour élaborer de nouveaux plans stratégiques nationaux au Cambodge, au Kenya et au Mozambique. Ces organismes ont également favorisé le recours aux informations stratégiques sur les jeunes et les populations clés en Namibie, et ont contribué à optimiser la couverture des programmes de lutte contre le VIH/de santé sexuelle et reproductive destinés aux jeunes et aux adolescents scolarisés et non scolarisés afin de réduire les taux élevés de prévalence du VIH chez les filles et les jeunes femmes enceintes (âgées de 14 à 24 ans) en Ouganda.

À la suite d'une consultation mondiale organisée par l'UNESCO à Johannesburg en novembre 2014 (qui a porté sur les liens entre le VIH, les grossesses précoces/non désirées et le droit à l'éducation), le Kenya révisé actuellement sa politique de santé sexuelle et reproductive ciblant les adolescents afin d'y inclure une mesure de réadmission des mères adolescentes dans les écoles.

58. En Afrique orientale et australe, une initiative de l'OIT, du Secrétariat de l'ONUSIDA et de la Communauté de développement de l'Afrique australe a autonomisé les jeunes femmes et les filles en leur ouvrant un accès à l'économie informelle grâce à l'intégration d'un apprentissage de compétences entrepreneuriales et économiques, y compris un accès aux prêts dans les services de prise en charge du VIH. En Zambie, le pourcentage de jeunes femmes ayant utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport sexuel a augmenté de 37 % à 53 %, et le pourcentage de celles qui ont eu accès à des services de prise en charge du VIH a augmenté de 76 % à 89 %. Globalement, on a constaté une augmentation de 72 % des revenus moyens et de 58 % des dépenses d'éducation par femme. Ces résultats illustrent concrètement comment la lutte contre les déterminants socioéconomiques du VIH peut réduire la vulnérabilité des jeunes femmes.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA et ONU Femmes ont continué de travailler avec les chefs traditionnels et les décideurs pour protéger les droits de propriété et d'héritage des femmes vivant avec le VIH. À la suite d'un examen des lois au Malawi, les sept plus grands chefs ont signé la « Déclaration des chefs » en vertu de laquelle ils s'engagent à relever l'âge du mariage pour les filles.

iv. Stopper la violence sexiste

59. Les violences des partenaires intimes constituent une violation inacceptable des droits humains fondamentaux et affectent de façon disproportionnée les femmes et les filles. Selon les estimations, une femme sur trois est battue, contrainte à des rapports sexuels ou victime d'autres abus de leur partenaire intime durant sa vie. Il a été démontré que les violences accroissent d'environ 50 % le risque d'infection à VIH et que la violence (ou la peur de la violence) dissuade les personnes d'accéder aux services de prévention, de traitement de soins et d'appui en rapport avec le VIH.

60. L'ONUSIDA a consolidé la base de données concrètes sur les violations des droits humains dont sont victimes les femmes, les jeunes femmes et les filles vivant avec le VIH ainsi que celles qui appartiennent aux

Le Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies pour éradiquer la violence à l'égard des femmes (qui est géré par ONU Femmes) a apporté un soutien à des organisations de femmes vivant avec le VIH afin d'appliquer la méthode « Stepping Stones » au Malawi pour prévenir la violence et réduire la vulnérabilité des femmes au VIH. Cette méthode consiste à inciter les hommes et les chefs traditionnels à remettre en cause les normes sexospécifiques inégalitaires et à mobiliser les populations locales pour plaider en faveur de lois plus efficaces. Cette mobilisation communautaire et ce plaidoyer contre les violences à l'égard des femmes affectées par le VIH ont favorisé l'adoption d'une loi criminalisant le viol conjugal.

populations clés (professionnelles du sexe, consommatrice de drogues injectables et transgenres). Le Programme commun s'est en outre intéressé aux points d'intersection entre le VIH et différentes formes de violences sexistes, aux obstacles qui empêchent d'accéder à la justice et aux activités programmatiques efficaces pour s'attaquer à ces problèmes dans les milieux sanitaires, éducatifs et communautaires.

61. Pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les milieux sanitaires, la famille de l'ONUSIDA a contribué à une analyse juridique des violations des droits des femmes affectées par le VIH dans les milieux sanitaires en Asie, élaboré une trousse à outils à cet effet, et conduit une initiative pour lutter contre cette forme de discrimination en Amérique latine et dans les Caraïbes – en partenariat avec des organisations de la société civile nationales et régionales. L'UNESCO a développé ses travaux sur la violence sexiste en milieu scolaire dans au moins 13 pays afin de compiler des données probantes pour étayer et élaborer des politiques promouvant des écoles sûres pour les jeunes, y compris les jeunes LGBTI et ceux qui ne se conforment pas aux critères sociaux de genre. L'objectif est également de sensibiliser les administrateurs d'école et les enseignants au harcèlement homophobe, transphobe et fondé sur la violence sexiste dans les établissements scolaires.
62. Des données probantes plus complètes sur les violences à l'égard des femmes vivant avec le VIH et des femmes appartenant aux populations clés ont permis d'affiner et d'élaborer des politiques et des réponses programmatiques nationales éclairées par le concret dans différents contextes épidémiques. En 2014, un soutien technique et un renforcement des capacités des autorités de coordination de la riposte nationale au sida et des ministères en charge des questions d'égalité des sexes ont permis de renforcer les liens entre VIH et violence sexiste dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et les plans nationaux d'action pour mettre fin à la violence sexiste dans 10 pays au moins.

En Indonésie, un plan d'action a été élaboré pour prendre en compte les données concrètes sur les professionnel(le)s du sexe et l'on a plaidé pour leur intégration dans le nouveau plan stratégique national de lutte contre le VIH. Au Nigéria, le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA et ONU Femmes ont apporté le soutien à l'élaboration, la mise en œuvre et la diffusion du plan national d'action « Combattre les points d'intersection entre la violence sexiste et le VIH/sida ». Ce plan s'appuie sur un recensement des lois, politiques et services en rapport avec la violence sexiste et le VIH réalisé avec le soutien du PNUD. En Afrique du Sud, le PNUD, l'UNFPA et ONU Femmes ont fourni un appui technique au Sommet national sur les questions de genre organisé par la Commission sud-africaine pour l'égalité des sexes, lequel s'est soldé par l'adoption d'un plan national d'action pour l'élargissement et l'intensification de la prévention de la violence sexiste et du VIH.

Un rapport régional publié par le PNUD, l'UNFPA, le Réseau Asie-Pacifique des professionnel(le)s du sexe et SAngram a proposé des recommandations pour éclairer les politiques et les programmes afin de prévenir et de lutter contre la violence à l'égard des professionnel(le)s du sexe de sexe (femmes, hommes et transgenres). Basée sur des conclusions tirées de quatre pays (Indonésie, Myanmar, Népal et Sri Lanka), l'étude a reçu le Prix de la recherche Robert Carr et été présentée lors de la Conférence internationale sur le sida de Melbourne.

L'OMS, l'UNFPA et ONU Femmes ont publié un manuel clinique à l'intention des prestataires de santé sur la fourniture de services et de soins aux survivants de violences, y compris la fourniture de traitements post-exposition afin de prévenir la transmission du VIH.

Le HCR et ses partenaires ont promu l'intégration d'une prévention, de traitements, de soins et d'un appui en rapport avec le VIH/la violence sexuelle et sexiste de qualité dans les mécanismes de coordination de la protection et de la santé, et dans les structures communautaires par le biais d'une formation de travailleurs sociaux, de santé et communautaires à l'observance du traitement antirétroviral et au conseil.

FONCTIONS STRATEGIQUES ET DOMAINES LIES

Réalisations et contributions de l'ONUSIDA

1. Leadership et plaidoyer

63. En 2014, la vision de mettre fin au sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030 a été massivement entérinée. Les bases du soutien politique de cet objectif ambitieux ont été posées et la dynamique s'est accélérée pour faire en sorte que personne ne soit laissé sur le bord de la route en direction de cet objectif ultime.

En 2013-2014, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a rencontré des chefs d'État et de gouvernement ainsi que des ministres, et entrepris de nombreuses visites bilatérales de pays (y compris au Brésil, en Tunisie, en Guinée équatoriale, au Ghana, en Inde, dans les îles de l'Océan Indien, en Côte d'Ivoire, au Mali, en Mauritanie, en Russie, au Rwanda, au Sénégal, en Afrique du Sud et en Thaïlande). Il a par ailleurs organisé trois visites conjointes de pays avec des partenaires clés (République centrafricaine avec l'UNOCHA, Namibie avec le Fonds mondial, et Mali avec le Fonds mondial et l'OMS). En outre, des hauts responsables de l'ONUSIDA ont effectué un certain nombre de visites de pays pour s'engager directement auprès de partenaires clés de la riposte au sida et renforcer les priorités institutionnelles de l'ONUSIDA. Cet important plaidoyer a permis de susciter de nouveaux engagements forts pour soutenir l'appel de l'ONUSIDA en faveur d'une accélération de la riposte mondiale au sida, d'une responsabilité partagée et d'une solidarité mondiale.

64. L'ambitieux message de la vision de l'ONUSIDA de l'« Objectif : Zéro » (zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida) a été adopté par les leaders politiques et les militants à travers le monde. Motivée par les progrès de la riposte au sida au cours des dernières années, la communauté internationale (y compris le Conseil de Coordination du Programme et le Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable) a fait sienne l'ambition de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030.

65. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a poursuivi ses importants travaux pour renforcer la dynamique et le soutien politiques afin d'intégrer la lutte contre le sida et le Programme commun au sein du programme plus large de développement pour l'après 2015. La Conférence internationale sur le sida de Melbourne et l'Assemblée générale des Nations Unies de septembre 2014 ont constitué des plateformes mondiales essentielles qui ont permis à l'ONUSIDA de mobiliser un soutien sans précédent de la part des États membres des Nations Unies, des donateurs, de la société civile et d'autres partenaires afin de d'accélérer et d'amplifier l'action au cours des cinq prochaines années. Des engagements bilatéraux et multilatéraux essentiels ont été obtenus durant le dernier trimestre 2014, y compris de la part des ministres de la Santé des pays BRICS, du Département d'État des États-Unis, du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR) des États-Unis et du Luxembourg – qui a fait la première promesse de soutien financier direct à l'ONUSIDA pour la mise en œuvre des cibles « 90-90-90 ».

66. Le Secrétariat de l'ONUSIDA continue d'assurer sa fonction fondamentale et son rôle de leadership qui sont de fournir des informations stratégiques, en publiant des données sur l'épidémie et des analyses stratégiques approfondies présentées dans des rapports majeurs, sur le site Internet AIDSinfo et dans diverses publications. Par exemple, le « GAP Report » (rapport sur les écarts) publié à la mi-2014 s'est intéressé aux lieux et

aux populations actuellement délaissés par la riposte au sida. Le Rapport sur l'accélération de la riposte et les cibles présentés lors de l'Assemblée générale des Nations Unies de septembre 2014 ont fourni une base de données probantes pour renforcer l'engagement mondial en direction de l'objectif de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030. Enfin, le Rapport sur les villes a fourni des données, des analyses, des études de cas et des exemples motivants des innovations en milieu urbain, ce qui a conduit à la Déclaration de Paris pour mettre fin à l'épidémie de sida de décembre 2014. Ensemble, ces rapports ont fourni des données concrètes convaincantes, mettant en évidence une fenêtre d'opportunité de cinq ans pour accélérer la riposte afin de mettre un terme à l'épidémie de sida à l'horizon 2030.

67. L'ONUSIDA a renforcé le leadership de l'Afrique et les progrès de la riposte au sida.

Grâce à la réunion des ministres des Finances de l'Union africaine (UA) d'Abuja de mars 2014 et à la Réunion annuelle de l'UA à Malabo en juin 2014, un soutien politique supplémentaire a pu être mobilisé pour que les pays élaborent des stratégies nationales solides, inclusives et axées sur les résultats et des modèles d'investissement, mettant ainsi en place un cadre solide pour le changement.

Une nouvelle initiative de l'ONUSIDA destinée à promouvoir la collaboration Sud-Sud entre l'Union africaine et la Communauté caribéenne a œuvré pour faciliter l'élaboration de la Feuille de route caribéenne sur le VIH qui sera adressée aux chefs de gouvernement caribéens en 2015.

La Ligue des États arabes a avalisé une nouvelle Stratégie arabe de lutte contre le sida totalement novatrice (2014-2020) pour lutter contre le développement de l'épidémie de VIH dans la région.

68. En 2014, l'ONUSIDA a souligné et partagé les enseignements de la riposte au sida pour lutter contre le virus Ebola. Son intervention a porté sur l'identification de moyens nouveaux

et innovants pour favoriser une approche de santé centrée sur les populations, qui renforce la sécurité humaine et donc la sécurité nationale. Une mission conjointe a été menée au Mali en octobre avec le Fonds mondial, l'OMS et le Représentant spécial de la France pour la lutte contre le virus Ebola et un [document de séance](#) décrivant les enseignements de la riposte au sida a également été préparé pour le Conseil de Coordination du Programme en décembre 2014.

ii. Coordination, cohérence et partenariats

69. La valeur ajoutée des enseignements tirés de l'approche unique du Programme commun a été saluée par son organe directeur, le Conseil de Coordination du Programme, et la résolution de l'ECOSOC (E/RES/2013/11). Cette résolution cite le Programme commun comme un exemple utile de bonnes pratiques pour le reste de la famille des Nations Unies afin d'améliorer la cohérence, la coordination et l'action ciblée sur les résultats ainsi que l'impact à l'échelon des pays pour l'après 2015.

70. L'approche axée sur les résultats et les principes de l'ONUSIDA – y compris une participation multipartite globale, une gouvernance inclusive, des données probantes et concrètes, une responsabilisation mutuelle, l'équité et le respect des droits humains – peuvent être considérés comme une stratégie pionnière pour la santé, les droits humains et la gouvernance du développement pour l'après 2015.

71. La riposte au sida continue d'illustrer l'efficacité des partenariats publics-privés. L'ONUSIDA et la CNUCED ont coprésidé un groupe de discussion pour améliorer l'accès à des médicaments de qualité élevée à faible coût et pour promouvoir leur fabrication au niveau national par le biais de partenariats publics-privés. Le Secrétariat

de l'ONUSIDA, la Banque mondiale, le PNUD et le Fonds mondial travaillent également ensemble pour améliorer l'efficacité des investissements dans la riposte au sida et s'efforcent de sortir cette riposte de son isolement au niveau des financements et des politiques. Un nouvel Accord de coopération entre l'ONUSIDA et le Fonds mondial a été signé en décembre 2014. Il décrit des mécanismes de coordination renforcée, de partage d'informations en temps utile à tous les niveaux et de responsabilisation mutuelle.

En 2014, l'ONUSIDA, la Clinton Health Access Initiative, le Fonds mondial, le gouvernement des États-Unis et la société Roche ont renégocié un accord mondial historique afin de réduire de 40 % au moins le coût de la principale technologie de mesure de la charge virale. Certains pays élargissent déjà l'accès à cet outil essentiel de diagnostic et son nouveau prix devrait permettre d'économiser US\$ 150 millions au moins au cours des cinq prochaines années.

72. En 2014, l'ONUSIDA a promu des approches stratégiques d'investissement pour les investissements nationaux et internationaux ainsi que des plans de transition vers une plus grande viabilité financière afin d'accroître les investissements locaux dans les ripostes, en apportant la preuve que la rentabilité économique des investissements nécessaires est jusqu'à 15 fois supérieure à leur coût. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, la Banque mondiale, le PNUD et le Fonds mondial s'efforcent ensemble d'améliorer l'efficacité des investissements dans la riposte au sida dans le but de sortir cette riposte de son isolement au niveau des financements et des politiques.

Le Secrétariat de l'ONUSIDA a fourni un soutien pour élaborer les notes conceptuelles sur le VIH ou sur la co-infection VIH/tuberculose de 45 pays pour le nouveau modèle de financement du Fonds mondial, l'ensemble portant sur un montant de plus de US\$ 5 milliards.

73. Tout le long de 2014, le modèle de gouvernance participative de l'ONUSIDA a permis un dialogue entre les communautés affectées, les gouvernements et les Nations Unies, facilitant ainsi l'établissement progressif d'une politique mondiale et la fixation de cibles mondiales ambitieuses basées sur des réalités concrètes et nationales. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, les Coparrainants et d'autres partenaires (le PEPFAR, par exemple) ont travaillé en étroite collaboration pour aider les pays à mettre en œuvre une approche d'investissement dans les processus de planification nationale et à aligner la nouvelle stratégie 3.0 du PEPFAR sur les priorités mondiales.
74. À l'échelon des pays, l'ONUSIDA a fourni une assistance technique élargie pour s'assurer que des plans nationaux sur le VIH sont en place, que des ressources sont disponibles, que des approches sont intégrées et que les capacités locales et décentralisées sont renforcées. L'ONUSIDA participe activement à trois groupes de coordination de l'appui technique afin de garantir une collaboration solide entre les partenaires pour aider les pays à exploiter au mieux les ressources du Fonds mondial. En 2014, les dispositifs d'appui technique et les équipes d'appui régionales de l'ONUSIDA ont apporté leur aide à plus de 60 pays grâce à 125 missions d'appui technique axées sur le nouveau modèle de financement.
75. Le Programme commun continue de perfectionner les mécanismes pour faire en sorte que la coordination soit aussi efficace que possible dans les domaines qui comptent. La mise en place d'un groupe de pilotage sur le commerce du sexe en mai 2014 (auquel participent le PNUD et l'UNFPA) et d'un nouveau groupe consultatif stratégique des Nations Unies sur la consommation de drogues et le VIH (auquel participent l'ONUSIDA, l'OMS et d'autres partenaires) a renforcé le rôle de leadership et de coordination de l'ONUSIDA ainsi que l'efficacité de l'action ciblant ces deux groupes de populations clés.

76. Tout le long de 2014, le Secrétariat de l'ONUSIDA a renforcé les partenariats avec la société civile et s'est fait le fer de lance de plusieurs initiatives en collaboration avec celle-ci. Par exemple, ces interventions ont permis de promouvoir les objectifs de traitement à des fins de prévention, de non-discrimination et d'égalité des sexes, les initiatives d'accélération, la participation des jeunes et des communautés et la fourniture de services, un recentrage mondial, un appui des chefs religieux en matière de droits humains et un plaidoyer en faveur des objectifs de développement durable. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a conduit l'engagement des Nations Unies auprès des organisations confessionnelles pour s'attaquer à l'épidémie d'Ebola, en fournissant un appui technique pour l'élaboration d'une stratégie et des directives de participation communautaire aux essais cliniques du vaccin contre le virus Ebola ainsi que des contributions pour un protocole d'inhumation digne et sûr.

iii. Responsabilisation mutuelle

77. Le Programme commun continue de générer des résultats et d'apporter la preuve de l'utilisation optimale des ressources. Parallèlement, l'UBRAF apparaît comme un outil de responsabilisation efficace, reliant la réalisation d'objectifs spécifiques et l'évaluation des résultats et des contributions de la famille de l'ONUSIDA à des indicateurs spécifiques et autres indicateurs de performance.

78. Grâce à l'examen à mi-parcours de l'UBRAF – qui a été présenté lors de la 34^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme en 2014 et s'appuie sur des examens externes ainsi que sur la collecte et l'analyse de données complètes, le Programme commun a pu évaluer son efficacité et identifier comment améliorer l'UBRAF pour renforcer la coordination, le suivi des performances et la responsabilisation. Un examen distinct des indicateurs de l'UBRAF qui a débuté à la mi-2013 a permis d'établir un cadre révisé et simplifié composé de 32 indicateurs de base.

79. Le premier Dialogue sur le financement de l'ONUSIDA a été organisé le 12 novembre 2014 avec quelque 80 participants représentant plus de 40 États membres, en plus des ONG du Conseil de Coordination du Programme et des Coparrainants. Un portail Internet « Investing for Results » (Investir en vue de résultats) (<https://results.unaids.org/>) a également été mis en ligne en novembre 2014. Il fournit des informations sur les réalisations à l'échelon des pays, les résultats par rapport aux priorités, les tendances des financements et les dépenses. Le portail devrait devenir un outil important en complément des rapports imprimés à l'intention du Conseil de Coordination du Programme, car il donne accès à des informations financières et programmatiques régulièrement actualisées.

80. Un audit externe n'a émis aucune réserve à l'égard des comptes 2014 de l'ONUSIDA (ils sont « fidèles et sincères ») et le Secrétariat de l'ONUSIDA a été salué pour avoir mis en œuvre l'ensemble des 10 recommandations du précédent audit externe. Ces recommandations comprenaient notamment l'élaboration d'un plan, d'une stratégie et d'un manuel d'achat global. Les domaines dans lesquels où la gestion des ressources de l'ONUSIDA pourrait être davantage améliorée sont mentionnés dans le rapport d'audit externe qui fait partie intégrante du Rapport financier de 2014 présenté lors de la 36^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme (UNAIDS/PCB (36)/15.8).

81. L'adoption des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) par le Secrétariat a permis de continuer d'améliorer l'exhaustivité, la qualité et la comparabilité de ses comptes rendus financiers. En s'appuyant sur une politique de gestion des risques et un modèle de gouvernance élaborés par le Secrétariat de l'ONUSIDA, un

Comité de gestion des risques a été mis en place en juin 2014 pour guider et superviser la mise en œuvre de la gestion des risques institutionnels au sein du Secrétariat.

82. En 2014, le Secrétariat de l'ONUSIDA est entré dans la phase de consolidation de son réalignement stratégique. Il a continué de renforcer les systèmes administratifs et de gestion et les stratégies de planification des effectifs, y compris la formation du personnel et la mise en œuvre du Plan d'action pour l'égalité des sexes du Secrétariat. Plusieurs initiatives rentables et efficaces ont été engagées en 2014, telles que le remplacement des Blackberries par des iPhones, un nouveau plan de tarification forfaitaire pour les utilisateurs de mobiles au Siège et le passage à une agence de voyage étrangère qui offre – à moindre coût par rapport aux agences de voyage basées à Genève – une couverture géographique plus large et permet de générer des économies plus importantes (économies d'environ CHF 137 000 pour les neuf premiers mois d'activité).
83. Par l'intermédiaire du GNUD et du HLCM, l'ONUSIDA a pleinement participé à l'élaboration des Principes de fonctionnement normalisés (SOP) pour l'initiative « Unis dans l'action » dans le cadre des efforts engagés pour rendre le système des Nations Unies plus cohérent et efficace. Une mission conjointe de haut niveau au Brésil a permis aux participants de s'engager auprès des organisations et du gouvernement en faveur d'une nouvelle stratégie opérationnelle et de la mise en place du premier dispositif opérationnel commun pour le système des Nations Unies.

iv. Comblent l'insuffisance des ressources

84. L'engagement de l'ONUSIDA et de la communauté internationale de mettre fin au sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030 ne requiert pas seulement que l'on définisse des objectifs ambitieux, mais doit également s'accompagner d'investissements considérables en amont des pays et des donateurs, respectueux des principes de partage équitable et de solidarité mondiale. À l'échelon des pays, le Secrétariat de l'ONUSIDA intervient en tant que négociateur en travaillant avec les pays et les partenaires de développement pour promouvoir le bien-fondé d'une évolution des relations traditionnelles de coopération vers des relations basées sur une responsabilité partagée et une solidarité mondiale.

La feuille de route de l'Union africaine pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme est un exemple de la manière dont les pays africains et les partenaires de développement se sont ralliés à ce principe de responsabilité mutuelle pour redynamiser la lutte contre ces trois maladies.

85. En 2014, l'ONUSIDA a réalisé une projection des nouvelles estimations des besoins d'investissement contre le VIH pour mettre fin au sida à l'horizon 2030, présenté les impacts probables et les besoins de financement ainsi que les avantages et la rentabilité économiques potentiels, et proposé des solutions pour les stratégies de financement. Le processus a inclus des consultations avec des experts, des spécialistes de la modélisation, des représentants des régions, la société civile et d'autres partenaires sur la définition des cibles mondiales à atteindre et des modèles souhaitables. Les contributions mondiales de 36 pays qui supportent 90 % du poids de la maladie et les dépenses ont été validées à l'occasion de consultations régionales. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et la Banque mondiale ont également mis en place un Groupe de référence économique sur le VIH qui se compose de groupes de travail techniques chargés d'établir des estimations des besoins mondiaux de ressources.

86. L'ONUSIDA a étudié la relation entre les catalyseurs essentiels et la mortalité liée au sida afin de déterminer l'impact de ces catalyseurs sur les épidémies de VIH. Une base de données de qualité garantie regroupant toutes les données disponibles sur les dépenses liées au VIH de 33 pays prioritaires pour la période 2006-2013 a été constituée et les différentes consultations du Groupe de travail sur le suivi des ressources allouées à la lutte contre le VIH ont permis de poser des bases pour préparer une évaluation des investissements et du suivi des ressources axée sur les résultats. Celle-ci permettra de relier le suivi de ressources à la performance et aux résultats des interventions.

Les Équipes d'appui aux régions de l'ONUSIDA en Afrique orientale et australe et en Asie-Pacifique ont réalisé des études régionales sur le paysage actuel des financements et sur l'identification de solutions pour un financement pérenne de la riposte au VIH au moyen de ressources nationales.

En Afrique orientale et australe, des données probantes issues des initiatives d'investissement et des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH ont été essentielles pour élaborer des notes conceptuelles pour le Fonds mondial. Neuf notes conceptuelles (Zambie, Initiative transfrontalière de la SADC, Ouganda, Mozambique, Tanzanie, Swaziland, Maurice et Zanzibar) ont été transmises au Fonds mondial – dont huit ont été approuvées.

La Banque mondiale a fourni un soutien à des pays d'Amérique latine pour qu'ils réalisent une analyse de l'efficacité d'allocation afin d'éclairer l'allocation des ressources et la planification stratégique de la lutte contre le VIH.

En exploitant ses nombreuses années d'expérience d'appui aux pays pour élaborer des plans de financement pérennes de la lutte contre le VIH, l'ONUSIDA a publié une note méthodologique à l'intention des experts dans ce domaine, des administrateurs et des planificateurs en charge de l'élaboration de ces plans. Le Secrétariat, le PNUD, l'OMS et le Fonds mondial ont collaboré ensemble pour préparer une note d'information destinée aux pays afin de les aider à exposer, dans les plans stratégiques nationaux ou les propositions soumises aux donateurs, la manière dont leurs interventions optimisent les ressources disponibles.

v. Intégration de la riposte au VIH

87. L'intégration du VIH au sein d'autres programmes de santé et non liés à la santé (et vice versa) sera essentielle pour atteindre les objectifs de développement durable, y compris l'éradication du sida. Dans de nombreux pays, des progrès ont été enregistrés au niveau de l'intégration de la fourniture des services dans les domaines de la lutte contre le VIH et la tuberculose, de l'élimination de la transmission mère-enfant (eTME), de la santé maternelle et infantile, des infections sexuellement transmissibles (IST), du planning familial, et des maladies non transmissibles ainsi que dans les soins primaires. Toutefois, ce qui est efficace dans un pays ou une région peut ne pas l'être dans un autre, et les pays sont à différents stades d'intégration de la riposte au VIH.

Un outil d'orientation a été préparé par l'ONUSIDA (avec des contributions de l'UNFPA, l'OMS, l'UNICEF, l'IPPF et d'autres partenaires) sur l'organisation et le lancement de processus conduits par les pays visant une intégration multisectorielle, accélérée et efficace, et l'identification d'opportunités pour mettre en œuvre l'intégration de la prise en charge du VIH au niveau de la fourniture des services.

Le Groupe de travail interinstitutions des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT) a promu une meilleure intégration de la prise en charge du VIH dans les services de MNT comme indiqué dans la Déclaration politique des Nations Unies de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la lutte contre les MNT.

L'UNFPA a codirigé – avec l'IPPF, l'OMS, l'UNICEF, le Secrétariat de l'ONUSIDA et le Groupe de travail interinstitutions sur l'intégration – l'élaboration d'un cadre commun de produits associé au Plan mondial d'eTME de Job Aid for Healthcare Workers. L'objectif était d'aider les programmes à fournir une gamme complète de produits afin d'améliorer l'efficacité des programmes d'eTME, y compris les médicaments antirétroviraux, les contraceptifs, les médicaments contre les IST et la tuberculose, les interventions ciblant la violence sexiste, la grossesse, l'accouchement, les nourrissons et les enfants.

Le Groupe de travail interinstitutions sur les liens entre les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et le VIH (UNFPA, OMS, Secrétariat de l'ONUSIDA, IPPF et d'autres partenaires) a élaboré le « SRHR and HIV Linkages Compendium: Indicators & Related Assessment Tools » (recueil sur les liens entre le VIH et les droit en matière de santé sexuelle productive : indicateurs et outils d'évaluation associés) et l'indice national des indicateurs d'évaluation des progrès en matière de VIH et de droits de santé sexuelle et reproductive qui a été appliqué dans 50 pays.

88. Les pays sont 67 % à déclarer avoir intégré la prise en charge du VIH dans les services de santé sexuelle et reproductive (y compris les infections sexuellement transmissibles) au niveau de leurs installations sanitaires. Plus de 90 % des pays indiquent que l'intégration du VIH dans des cadres de développement plus large et dans d'autres systèmes constitue une priorité nationale, et 70 % déclarent qu'ils sont en bonne voie pour atteindre les engagements nationaux d'intégration.
89. En ce qui concerne les soins primaires, 71 pays (plus de la moitié) ont déclaré que le nombre de services de conseil et de dépistage du VIH intégrés dans les soins globaux des patients ambulatoires avait augmenté dans leurs centres de santé, et environ un tiers des pays ont déclaré que quelques services seulement fournissaient des services communs. Près d'un tiers des pays avaient davantage intégré les services et déclaré un nombre plus élevé de centres de soins proposant le conseil et le dépistage du VIH, le traitement antirétroviral et les soins ambulatoires globaux.
90. En 2014, le Programme commun a soutenu et promu activement ces efforts dans différents domaines où il dispose d'un avantage comparatif, conformément au principe de répartition des tâches. Au niveau mondial, des efforts ont également été axés pour démontrer les avantages d'une approche intégrée afin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), pour sensibiliser davantage à l'ampleur et à la profondeur de l'intégration, et pour soutenir des initiatives conduisant à un meilleur suivi et une meilleure surveillance des résultats à l'échelon des pays.

vi. Planification multisectorielle

91. Des plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida de qualité élevée, rigoureux et solides qui privilégient l'obtention de résultats – y compris stopper la transmission du VIH et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH – sont essentiels pour le

succès de chaque riposte nationale au virus. Le processus d'élaboration de plans stratégiques nationaux réalistes et adaptables doit évoluer au même rythme que l'épidémie et que l'environnement en constante mutation.

92. En 2014, le Programme commun a élaboré et présenté des orientations de planification stratégique des ripostes nationales au VIH de troisième génération. La Banque mondiale a travaillé avec des partenaires et utilisé différents outils d'optimisation, dont l'analyse Optima HIV, pour améliorer l'efficacité d'allocation en matière de VIH, les scénarios épidémiologiques et les analyses d'engagement financier. En collaboration avec des partenaires des Nations Unies, le Fonds mondial et le gouvernement des États-Unis, des analyses de la pérennité financière et de l'efficacité d'allocation des ripostes nationales au VIH ont été réalisées dans plusieurs pays en Asie de l'Est, en Europe orientale et Asie centrale, et en Afrique.

La Banque mondiale a élaboré, en collaboration avec des collègues du FMI, un cadre d'analyse des engagements budgétaires en faveur de la riposte au VIH et réalisé des analyses de la pérennité financière au Swaziland, en Zambie, au Kenya, en Côte d'Ivoire et en Indonésie.

93. Ensemble, ces activités ont permis d'améliorer les stratégies nationales axées sur des programmes à impact élevé afin de réduire le nombre de nouvelles infections et de décès. Au Soudan, par exemple, les ressources allouées à la riposte au VIH ont été pratiquement doublées, y compris celles consacrées au traitement, et cela s'est accompagné d'un programme hautement prioritaire et d'un quadruplement des montants alloués pour les populations clés.

94. À la suite d'une consultation régionale en Europe orientale et Asie centrale organisée par le Secrétariat de l'ONUSIDA, la Banque mondiale, le PNUD et le Fonds mondial, sept pays de la région ont commencé à élaborer des initiatives d'investissement contre le VIH. Un partenariat solide a par ailleurs été mis en place pour fournir un appui financier et technique. Une initiative d'investissement contre le VIH a été élaborée au Tadjikistan, et une modélisation de l'impact épidémiologique et du rapport coût-efficacité de différents scénarios d'investissement est en cours d'achèvement ailleurs. Le Secrétariat de l'ONUSIDA et les partenaires ont apporté leur soutien à l'élaboration d'initiatives d'investissement contre le VIH dans 20 autres pays à travers le monde.

L'UNESCO, l'UNFPA, l'UNICEF, le PNUD, le Secrétariat de l'ONUSIDA, Save the Children, GNP+ et l'OMS ont contribué à une analyse de la prise en charge des jeunes populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida dans la région Asie-Pacifique.

La toute première étude sur les jeunes HSH (basée sur la méthode de l'échantillonnage en fonction des répondants) a été soutenue par l'UNESCO au Myanmar, et une analyse de la situation des jeunes populations clés a été publiée avec le soutien de l'UNESCO, l'UNICEF, l'UNFPA et le Secrétariat de l'ONUSIDA.

L'OIT a apporté son soutien à 28 pays (y compris 21 pays à impact élevé) pour élaborer des plans stratégiques nationaux incluant une mise à grande échelle des programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail afin de répondre aux besoins des travailleurs vulnérables.

Le PAM a fourni une assistance technique pour plaider en faveur de l'intégration d'une composante alimentaire et nutritionnelle dans les plans stratégiques nationaux, les protocoles nationaux ainsi que les subventions VIH/tuberculose du Fonds mondial dans 17 pays.

95. Pour l'avenir, le Programme commun continuera d'apporter un soutien technique pour promouvoir des approches multisectorielles au sein des ripostes nationales au sida, y compris pour les analyses de l'efficacité d'allocation, dans le cadre des notes conceptuelles du Fonds mondial, et en direction de la couverture universelle de santé et l'intégration du financement des programmes de riposte au VIH.

THEMES TRANSVERSAUX

Réalisations et contributions de l'ONUSIDA

1. Répondre aux besoins des jeunes en rapport avec le VIH

96. Malgré les progrès des ripostes au sida, les jeunes demeurent une population marginalisée tant concernant l'accès aux services vitaux que la participation aux processus décisionnels. Pour la seule année 2013, 670 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans ont été nouvellement infectés par le VIH et le virus a été la deuxième cause de mortalité chez les adolescents dans le monde. Le manque d'informations demeure extrêmement problématique. En Afrique orientale et australe, seulement 36 % des hommes et 27 % des femmes de la tranche 15-24 ans sont en mesure d'identifier correctement au moins deux méthodes pour stopper la transmission du VIH. Ces chiffres sont encore plus faibles dans d'autres régions.

97. Alors que l'épidémie de sida et la riposte parviennent à maturité, une nouvelle génération de leaders doit prendre les rênes pour conduire le monde vers l'éradication du sida. Le Programme commun a œuvré en faveur d'un engagement massif des jeunes lors de forums sur la définition des politiques en 2014, en mettant particulièrement l'accent sur les droits à la santé sexuelle et reproductive dans le programme de développement pour l'après 2015. Par exemple, lors de la Conférence internationale sur le sida, le Programme commun a apporté son soutien à une pré-conférence sur la jeunesse, été présent au stand d'accueil pour les jeunes et a participé à un événement de cinq jours destiné à permettre aux jeunes de constituer des réseaux axés sur les droits à la santé sexuelle et reproductive.

L'UNFPA a apporté son soutien à une approche créative d'éducation par les pairs axée sur l'éducation à la santé sexuelle et reproductive et au VIH. Par exemple, une éducation pour les pairs sous forme de pièce de théâtre a permis d'atteindre 31 931 jeunes au Liban, 12 000 en Égypte et 18 000 dans le reste de la région. En outre, la campagne « Lets Talk » d'Y-PEER a sensibilisé 1 490 000 jeunes de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord.

L'UNICEF a publié, avec les Instituts nationaux de la santé et d'autres partenaires, un supplément spécial dans le Journal of AIDS qui mettait en évidence la complexité de l'épidémie de VIH chez les adolescents et illustrait les possibilités d'élargir et d'intensifier les interventions.

98. L'ONUSIDA a soutenu le PACT, initiative de collaboration de 25 organisations conduites par des jeunes et destinées à fournir des services aux jeunes. Grâce à l'initiative innovante CrowdOutAIDS, des jeunes du monde entier ont utilisé les médias sociaux et sollicité les internautes pour élaborer des recommandations stratégiques afin que l'ONUSIDA travaille plus efficacement avec les jeunes.

99. La majeure partie des décès d'adolescents liés au sida touchent des jeunes qui survivent depuis longtemps après avoir été infectés à l'occasion d'une transmission mère-enfant et n'ont jamais été

En 2014, l'ONUSIDA a réalisé une analyse régionale en Amérique latine portant sur les obstacles juridiques limitant l'accès des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive et de prise en charge du VIH. L'analyse se poursuit et sera présentée à la fin du premier trimestre 2015.

diagnostiqués ou l'ont été tardivement, qui n'ont pas reçu de soins ou les ont interrompus, ce qui met en évidence l'inadéquation des programmes de lutte contre le VIH et des programmes de santé plus larges. L'ONUSIDA conduit les efforts mondiaux pour lutter contre ce problème en fournissant des données concrètes, des matériels de plaidoyer et des orientations techniques.

100. Un groupe interinstitutions et des organisations communautaires et de jeunes ont élaboré des orientations sur les jeunes populations clés, sous la coordination de l'OMS. Cette dernière a également intégré des considérations spéciales concernant les adolescents dans ses orientations normatives sur les populations clés.

Au Kenya, au Mozambique, en Ouganda et au Cambodge, ONU Femmes a pris des mesures pour que les réseaux de jeunes femmes fassent partie intégrante des processus de planification stratégique de la riposte au VIH. Au Cameroun, ONU Femmes a axé son action sur l'engagement des hommes et des garçons, ce qui s'est traduit par la création d'un réseau national chargé de plaider pour les droits des filles et des jeunes femmes.

ii. Garantir une éducation de qualité élevée

101. Au niveau mondial, le secteur de l'éducation manque de financements et subit des pressions croissantes. Les ressources sont concentrées sur l'acquisition de connaissances de base et il reste souvent peu de fonds à consacrer au renforcement des capacités des éducateurs pour qu'ils puissent développer les compétences des apprenants sur différents sujets relatifs au VIH, tels que l'éducation à la sexualité.

102. En 2014, l'UNESCO et l'UNFPA ont renforcé les capacités de plus de 97 pays pour qu'ils élargissent et intensifient la riposte au VIH/sida du secteur de l'éducation grâce à une éducation complète à la sexualité, adaptée à l'âge et fondée sur le concret, et à un soutien pour lutter contre la violence sexiste en milieu scolaire. Le Programme commun a plaidé en faveur d'une éducation complète à la sexualité lors de forums de décideurs, notamment la Réunion régionale des ministres en charge de l'égalité des sexes de la SADC et la Conférence régionale sur le sida d'Europe orientale et Asie centrale.

L'UNESCO et l'UNFPA ont élaboré un cadre de responsabilité pour mettre en œuvre l'engagement en faveur d'une éducation complète à la sexualité et de services destinés aux jeunes d'Afrique orientale et australe, avec 20 indicateurs clés établis pour 2015, 2017 et 2020. De ce fait, un nouveau programme d'éducation complète à la sexualité a été mis en place en Zambie, ciblant 1 750 000 jeunes et plus de 12 000 enseignants qui ont bénéficié d'une formation.

103. En Europe orientale et Asie centrale, un guide pratique sur la violence sexiste en milieu scolaire a été élaboré à l'intention des écoles, et l'UNESCO, l'UNICEF et ONU Femmes ont promu des actions sur la violence sexiste en milieu scolaire dans la région Asie-Pacifique grâce à une campagne via les médias sociaux à l'occasion de la Journée internationale de la femme. L'Équipe de travail interinstitutions sur l'éducation, ONU Femmes et l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles (UNGEI) élaborent des orientations mondiales sur la violence sexiste en milieu scolaire.

Grâce au partenariat Shuga, l'UNICEF, le PEPFAR, MTV et les Coparrainants de l'ONUSIDA ont apporté leur soutien à la diffusion d'informations sur une éducation complète à la sexualité à plus de 4 millions de jeunes par le biais de programmes radiophoniques et télévisés ciblant les jeunes en Tanzanie, au Kenya, en République démocratique du Congo, au Lesotho, en Afrique du Sud et au Cameroun.

104. Des responsables de 27 pays ont reçu un appui afin de mieux suivre et évaluer la riposte au VIH du secteur de l'éducation grâce à des formations de l'UNESCO, de l'UNICEF et du Secrétariat de la SADC. L'objectif était d'intégrer des indicateurs de base en rapport avec le VIH dans les systèmes d'information sur la gestion de l'éducation (SIGE). La trousse à outils pour le suivi et l'évaluation FRESH (concentrer les ressources pour une meilleure santé en milieu scolaire) a été traduite en russe et communiquée aux ministères de l'Éducation de 10 pays d'Europe orientale et Asie centrale afin de normaliser les programmes d'éducation à la santé et au VIH.

En Europe orientale et Asie centrale, l'UNESCO, l'UNICEF et le PNUD ont soutenu l'élaboration de différents outils multimédias, y compris un site Internet multilingue sur la santé sexuelle et reproductive destiné aux adolescents (teenslive.info), un jeu vidéo éducatif interactif sur les dommages occasionnés par la consommation de drogues (Xroad.tv) et un portail spécial destiné aux professionnel(le)s du sexe (malina-center.by).

iii. Élargir et intensifier les politiques et les programmes de lutte contre le VIH sur le lieu de travail

105. En 2013, l'ONUSIDA a indiqué que sur les 35 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde, 19 millions n'avaient pas conscience de leur séropositivité. Pour atteindre les objectifs d'accélération « 90-90-90 » et progresser de façon déterminante pour mettre fin au sida en tant que menace de santé publique à l'horizon 2030, le

dépistage du VIH doit être amplifié de façon exponentielle, en particulier parmi les populations clés et ceux qui sont actuellement laissés pour compte.

L'initiative [VCT@WORK](#) (conseil et dépistage volontaire au travail) a été conçue sur cette base et lancée en juillet 2013 par l'OIT, le Secrétariat de

l'ONUSIDA, différents gouvernements et des organisations d'employeurs et de travailleurs, dans le but d'inciter cinq millions de travailleurs à se soumettre à un dépistage du VIH avant décembre 2015.

Au Nigéria, l'OIT a collaboré avec le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'UNICEF, le ministère fédéral du Travail, le Nigeria Labour Congress, la National Employers Consultative Association, le Réseau des personnes vivant avec le VIH, les agences nationales et d'État de lutte contre le sida afin de mobiliser les travailleurs de l'État du Delta, de l'État de Lagos et du Territoire de la capitale fédérale pour qu'ils se soumettent à un test de dépistage du VIH dans le cadre d'un contrôle médical plus large de la santé et du bien-être. Au total, 36 603 travailleurs ont fait l'objet d'un dépistage en 2014 (49 % d'hommes et 51 % de femmes).

106. En 2014, le Groupe de travail interinstitutions (IATT) chargé des programmes sur le lieu de travail et de la mobilisation du secteur privé a prioritairement axé ses travaux sur l'amplification de l'Initiative VCT@WORK dans les pays à impact élevé. Il a également mis l'accent sur deux sous-priorités supplémentaires – Élaborer de nouveaux indicateurs pour évaluer la discrimination en matière d'emploi et Mettre en place un centre mondial d'information pour diffuser des matériels de lutte contre le VIH sur le lieu de travail.

107. En juin 2014, l'IATT a demandé la création d'un groupe de travail dirigé par l'OIT afin d'élaborer des indicateurs pour évaluer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH sur le lieu de travail. Ce groupe a décidé que les indicateurs proposés devaient évaluer la stigmatisation et la

discrimination liées au VIH en ciblant les employeurs et les directeurs ou les superviseurs, les travailleurs et leurs représentants, et les

Au cours des 18 derniers mois, 1 230 306 travailleurs se sont soumis à un test de dépistage du VIH (hommes 58 %, femmes 40 %, autres 2 %). 36 376 travailleurs, soit environ 3 %, ont été diagnostiqués séropositifs (hommes 62 %, femmes 36 %, autres 2 %) et aiguillés vers des services de traitement et de soins pour leur suivi.

membres des populations clés affectées (y compris les personnes vivant avec le VIH et les communautés affectées).

108. Avec le soutien de l’OMS, de l’UNESCO, du PNUD, du Secrétariat de l’ONUSIDA, des membres de l’IATT, des réseaux de personnes vivant avec le VIH, des organisations de la société civile et de plus de 200 pays partenaires, l’OIT a mobilisé des réseaux et des groupes constitutifs dans 32 pays (y compris 25 pays à impact élevé) afin de susciter la demande de dépistage du VIH.

iv. Intégrer des composantes alimentaires et nutritionnelles dans les ripostes VIH

109. L’une des difficultés est que les ressources consacrées à la fourniture de produits alimentaires et nutritionnels pour favoriser l’observance du traitement antirétroviral et le maintien dans le système de soins sont insuffisantes. Le Programme commun privilégie des approches pratiques axées sur la mise en œuvre qui peuvent s’appuyer sur des programmes intégrés qui associent les services de prise en charge du VIH à la fourniture de produits alimentaires et nutritionnels ainsi qu’à la protection sociale, au renforcement des moyens d’existence et à l’éducation.

Le PAM a travaillé en étroite collaboration avec le Secrétariat de l’ONUSIDA, la délégation des ONG du Conseil de Coordination du Programme, la Suisse et d’autres États membres et Coparrainants pour faire en sorte que la 35^{ème} réunion du Conseil de Coordination du Programme adopte un point de décision pour faire de l’appui nutritionnel l’un des facteurs essentiels contribuant à la prévention et à l’observance du traitement contre le VIH.

110. Le Programme commun a travaillé à la consolidation d’une base de données concrète sur l’alimentation et la nutrition. Le PAM a, par exemple, coordonné la publication d’un supplément « sida et comportement » (octobre 2014) composé de huit documents vérifiés par les pairs sur la sécurité alimentaire et le rôle de l’alimentation et de la nutrition dans l’observance des soins contre le VIH/sida, ainsi que la rédaction d’un chapitre d’un ouvrage sur la nutrition et le VIH devant être publié au début 2015.

111. En collaboration avec le PEPFAR, le PAM, l’OMS et le Secrétariat de l’ONUSIDA ont finalisé et publié un guide pour les Commissions nationales de riposte au sida axé sur la programmation alimentaire et nutritionnelle pour les adolescents et les adultes vivant avec le VIH. Ce guide fournit aux décideurs et aux administrateurs de programmes des indications sur le rôle de l’alimentation et de la nutrition dans des soins complets du VIH et de la tuberculose, en mettant particulièrement l’accent sur la stimulation de la demande de services, y compris l’amélioration de l’accès au traitement (et de son observance) et du maintien dans le système de soins. L’OMS a publié des directives de soins et de soutien nutritionnel pour les patients tuberculeux.

112. Le partenariat « Nourishing Bodies, Nourishing Minds » conclu entre le PAM, l’UNICEF, l’UNESCO et des partenaires du secteur privé a poursuivi son initiative triennale en faveur d’un accès amélioré et intégré aux soins de santé, à la nutrition et l’éducation pour les enfants défavorisés. La phase pilote de l’initiative a été axée sur quatre pays où les niveaux de malnutrition sont élevés et de scolarisation faibles – Haïti,

Le PAM a actualisé la terminologie relative à la nutrition dans le Guide de terminologie de l’ONUSIDA et travaillé avec l’OMS et le Secrétariat de l’ONUSIDA afin d’élaborer une nouvelle note d’orientation de l’ONUSIDA sur l’alimentation et la nutrition, qui propose des étapes pratiques pour intégrer des interventions axées sur l’alimentation et la nutrition dans le cadre des activités normales de soins, de traitement et d’appui en rapport avec le VIH. Le PAM a également actualisé la lexique nutritionnel du Guide de terminologie de l’ONUSIDA.

Mozambique, Niger et Pakistan – et qui payent par ailleurs un tribut significatif au VIH.

113. Le partenariat durable entre l'UNICEF, l'UNFPA et le PAM constitue une autre initiative qui illustre le bien-fondé d'une approche commune intégrée pour s'attaquer aux problèmes interdépendants de l'insécurité alimentaire, de la malnutrition et du VIH. Ce partenariat fournit des interventions combinées d'aide alimentaire/nutritionnelle et d'éducation à la santé sexuelle et reproductive afin d'améliorer les résultats en matière de nutrition et de santé (y compris en matière de VIH/sida) chez les adolescentes, ce qui contribue finalement à soutenir les objectifs plus larges de santé maternelle, néonatale et infantile, de prévention des retards de croissance et d'éradication du sida.

Les programmes d'alimentation en milieu scolaire du PAM et les programmes de la Banque mondiale ont permis d'améliorer la rétention scolaire et la qualité de l'enseignement primaire et secondaire. En maintenant les enfants et les adolescents vulnérables à l'école, ces programmes ont offert une plateforme pour fournir une éducation complète à la sexualité, une éducation à la santé sexuelle et reproductive, et d'autres enseignements afin de renforcer les compétences psychosociales, de promouvoir des modes de vie sains (y compris une bonne nutrition) et de retarder les mariages et les grossesses précoces.

v. Lutter contre le VIH dans les situations d'urgence humanitaire

114. La lutte contre le VIH n'est pas une priorité dans les situations d'urgence humanitaire, en particulier dans les zones où la prévalence est faible. Par ailleurs, les pays dotés de systèmes de santé fragiles disposent souvent de capacités limitées pour pouvoir répondre aux situations d'urgence. Cet état de fait aggrave davantage le problème et il devient alors encore plus difficile de lutter contre le VIH dans les situations d'urgence.
115. Le HCR et le PAM continuent d'administrer le Groupe de travail interinstitutions (IATT) sur le VIH dans les situations d'urgence, lequel se compose d'autres membres du Programme commun et a pour objectif d'aider les pays et les ripostes à être mieux préparés à lutter contre le VIH dans les situations d'urgence. En 2014, le groupe a notamment apporté un soutien pour intégrer le VIH dans les collectifs humanitaires et renforcer les capacités des gouvernements, des agences de développement, des ONG et d'autres acteurs, notamment lors de la 20^{ème} Conférence internationale sur le sida.

En 2014, les Directives pour la fourniture du traitement antirétroviral aux migrants et aux personnes affectées par les crises en Afrique subsaharienne ont été publiées. Ces directives ont été élaborées par le HCR en partenariat avec 14 organisations différentes. Les directives actualisées ont été élargies afin d'inclure tous les types de migrants et de populations affectées par des crises, y compris les populations déplacées sous la contrainte. Elles proposent des recommandations claires pour les États, cliniciens et administrateurs de programmes, pour la société civile, les donateurs et les organismes des Nations Unies.

116. Le HCR a travaillé avec l'OMS, le PAM, l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA pour élaborer un document de plaidoyer et d'orientation sur la nécessité de maintenir programme minimum de lutte contre le VIH dans le contexte de la crise du virus Ebola afin de protéger les investissements engagés dans la région. Ce document décrit l'ensemble minimum recommandé d'interventions et d'actions en rapport avec le VIH qui est nécessaire pour assurer la continuité des services de prise en charge du virus, y compris par l'intermédiaire des plateformes communautaires.

En collaboration avec le HCR et Save the Children, l'UNICEF a élaboré des orientations sur la prévention de la TME (PTME) dans les situations de crise humanitaire. Le document comprend un examen des enseignements tirés de l'expérience et de la documentation publiée ainsi qu'une note d'orientation relative aux principaux aspects de l'intégration d'actions humanitaires dans la PTME et de la PTME dans les interventions humanitaires.

117. Une déclaration de politique commune du HCR, de l'OMS et de l'ONUSIDA a été publiée concernant le conseil et le dépistage du VIH chez les réfugiés et autres personnes relevant du HCR. Elle insiste sur les conditions de fourniture du conseil et du dépistage du VIH pour ces populations. La déclaration souligne également que le Programme commun n'est pas favorable au dépistage forcé ou obligatoire du VIH pour des motifs de santé publique ou pour toute autre raison.

En Afrique occidentale et centrale, l'Équipe conjointe des Nations Unies sur le sida continue de plaider en faveur de l'intégration des activités de lutte contre le VIH dans la stratégie régionale du Sahel et les plans de riposte des groupes de travail interinstitutions, y compris en matière de gouvernance et de sécurité.

118. Dans la région Asie-Pacifique, le PAM et le HCR ont apporté leur soutien au renforcement des capacités des réseaux de personnes vivant avec le VIH à fournir des services de prise en charge du virus dans le cadre des interventions humanitaires. En outre, des directives relatives au VIH dans les situations d'urgence ont été promues auprès des parties prenantes des opérations humanitaires et de la lutte contre le VIH intervenant dans la région. Les difficultés majeures associées ont été traitées et des solutions intégrées dans les nouveaux plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/sida.

En 2014, les bénéficiaires des programmes d'aide alimentaire du PAM incluaient les personnes vivant avec le VIH de plusieurs pays, notamment les pays à impact élevé affectés par des conflits (République centrafricaine, République démocratique du Congo et Sud-Soudan), par le virus Ebola (Sierra Leone, Guinée), en situation de transition ou d'après crise (Côte d'Ivoire, Haïti), ainsi que les réfugiés et les personnes déplacées internes (Éthiopie, Cameroun, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda).

119. Dans les zones d'Ukraine affectées par des conflits, ONU Femmes a recruté (par l'intermédiaire de son bénéficiaire des subventions du Fonds d'affectation spéciale des Nations Unies) près de 300 prestataires de services d'État et d'organisations de la société civile pour prendre en charge les cas de violence sexuelle et sexiste liés à l'escalade du conflit, en mettant l'accent sur les filles et les jeunes femmes (notamment celles qui vivent avec le VIH). À partir de ces travaux, un protocole de réponse rapide à la violence sexuelle et sexiste dans les situations d'urgence a été approuvé par le ministre de la Politique sociale.

vi. HSH, transgenres et professionnel(le)s du sexe

120. Les ripostes nationales restent inadaptées pour réduire le risque d'infection à VIH et la vulnérabilité au virus parmi les populations clés, et les donateurs internationaux n'alignent pas suffisamment leurs investissements sur les réalités épidémiques. À l'heure actuelle, les programmes visant les populations clés ne représentent que 4 % environ des dépenses mondiales allouées à la lutte contre le VIH alors que l'ONUSIDA recommande pourtant qu'elles soient augmentées à 14 % d'ici à 2015.

121. En 2014, le Programme commun a lancé une initiative concertée pour aider les pays à compiler de meilleures informations stratégiques sur les populations clés. Le GAP Report (rapport sur les écarts) de l'ONUSIDA a amélioré la visibilité et la sensibilisation à l'égard des laissés pour compte de la riposte au sida, notamment les populations clés de professionnel(le)s du sexe, d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

(HSH), de transgenres, de personnes s'injectant des drogues et de personnes incarcérées.

122. Le Secrétariat de l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNFPA, la Banque mondiale et l'OMS ont collaboré avec le Fonds mondial, MEASURE Evaluation, le PEPFAR et d'autres partenaires clés afin d'aider 42 pays à se préparer pour des estimations de la taille des populations clés et un recensement pour éclairer les programmes afin de concevoir des ripostes mieux adaptées au niveau national et des villes.

Quatre pays (République dominicaine, République démocratique du Congo, Maurice et Madagascar) ont achevé leur estimation.

Avec le PEPFAR et la Fondation Bill et Melinda Gates, la Banque mondiale a apporté son soutien à une collecte de documents examinés par les pairs qui mettent l'accent sur la fourniture et l'envergure des programmes pour renforcer l'impact de la lutte contre le VIH sur les professionnel(le)s du sexe (Focus on Delivery and Scale: Achieving HIV Impact with Sex Workers). Ces documents sont axés sur les tendances épidémiologiques et sur les difficultés, les succès, le rapport coût-efficacité et l'impact des programmes ciblant les professionnelles du sexe.

123. La suppression des cadres juridiques, politiques et pratiques punitifs, de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des populations clés, y compris des jeunes populations clés, est étroitement liée à la réduction de la transmission sexuelle du virus. Le PNUD a soutenu des efforts en RDC qui ont permis d'empêcher le vote

L'UNFPA a fourni son appui à une consultation sur la programmation de la prise en charge du VIH/de la santé sexuelle et reproductive (Afrique orientale et australe), l'éducation par les pairs pour les jeunes populations clés (Afrique occidentale et centrale), les programmes axés sur le VIH/la santé sexuelle et reproductive respectueux des droits des populations clés dans 12 pays, l'élaboration de stratégies de promotion du préservatif dans trois pays, et l'élaboration de plans stratégiques incluant des actions ciblant les populations clés dans quatre pays.

d'une nouvelle loi contre l'homosexualité. L'OIT a réalisé une étude PRIDE en Argentine, en Hongrie, en Afrique du Sud et en Thaïlande – qui analyse la nature des discriminations dont les travailleurs LGBT sont victimes dans leurs emplois formels et informels, ainsi que les bonnes pratiques pour lutter contre ces problèmes.

Le Programme commun conduit également des initiatives internationales pour défendre le droit à l'éducation des jeunes LGBT. L'initiative « Being LGBT in Asia » du PNUD s'attaque à la violence sexiste en milieu scolaire fondée sur l'identité de genre/l'orientation sexuelle perçue en Indonésie, aux Philippines, au Viet Nam, au Cambodge, en Chine, en Thaïlande, en Mongolie et au Népal.

LIMITES, OBSTACLES ET ENSEIGNEMENTS TIRES

124. Bien que la riposte au sida ne cesse d'enregistrer des progrès, ceux-ci sont réversibles. Le Programme commun demeure confronté à des difficultés auxquelles il a continué de s'attaquer en 2014 pour pouvoir lutter plus efficacement contre l'épidémie. La présente section s'appuie sur les constatations de l'Examen à mi-parcours de l'UBRAF de 2014, traite des problèmes et souligne les enseignements tirés de l'expérience du Programme commun et de ses partenaires cette année-là.

La stigmatisation et la discrimination, les lois punitives, les restrictions au voyage liées au VIH et le conservatisme croissant empêchent les personnes de rechercher un traitement, des informations et l'appui dont elles ont besoin, et d'y accéder.

125. Il est essentiel de protéger les droits humains et de rendre l'accès à la santé plus équitable si l'on veut atteindre les objectifs nationaux et mondiaux de lutte contre les épidémies de VIH. Cependant, la discrimination fondée sur le statut sérologique VIH, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou le comportement est toujours présente dans la société civile, les systèmes de santé, les politiques et les administrations de nombreux pays. La stigmatisation et la discrimination à l'encontre des populations clés comptent toujours parmi les plus importants obstacles à des ripostes au sida efficaces à travers le monde. Le manque de ressources nationales, le caractère limité des données quantitatives et le ciblage insuffisant des populations clés dans les programmes perpétuent cette discrimination et continuent de limiter l'efficacité des ripostes.
126. Selon l'ONUSIDA, 77 pays criminalisent les rapports sexuels entre adultes consentants de même sexe. Des lois punitives sont toujours en vigueur dans de nombreux pays contre les transgenres, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui s'injectent des drogues. Les femmes et les filles sont confrontées à de multiples formes d'exclusion et de discrimination, ce qui les empêche d'accéder aux services de prise en charge du VIH. Des normes sociales préjudiciables, la stigmatisation et la violence sexiste limitent en outre la capacité des personnes à accéder aux informations et aux services, et à faire des choix sains pour éviter la contamination par le VIH.
127. Malgré les engagements pris par les États membres des Nations Unies dans la Déclaration politique de 2011, un nombre croissant de pays développés et en développement discutent et mettent en place des lois, des politiques et des pratiques punitives. Les lois punitives qui criminalisent les populations clés et les lois qui empêchent l'accès des jeunes aux services et aux droits de santé sexuelle et reproductive accroissent également la vulnérabilité aux infections à VIH et menacent les progrès obtenus en vue d'inverser l'épidémie.
128. Bien que le nombre de pays, de territoires et de zones imposant certaines restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au statut sérologique VIH ait diminué en 2014, il reste nécessaire d'engager de nouvelles actions. Par exemple, l'absence de volonté politique de la part des gouvernements hôtes des pays du Conseil de coopération du Golfe demeure un obstacle aux efforts qui visent à supprimer les restrictions au voyage dans de nombreux pays accueillant des migrants. En outre, différents rapports indiquent que des pratiques discriminatoires perdurent dans des pays qui ont ostensiblement levé les restrictions au voyage, notamment l'obligation d'un dépistage du VIH aux enseignants d'anglais étrangers en Corée.
129. Le conservatisme croissant, les « valeurs traditionnelles » et les pressions de certains groupes politiques et religieux agissent également comme un obstacle à un dialogue ouvert et à l'accès aux services qui permettraient aux populations clés, en particulier aux jeunes, de se protéger. Certains pays bloquent l'accès des jeunes à des ressources qui proposent sur Internet des matériels d'information et d'éducation à la prévention. Les normes sociales restrictives imposées aux jeunes femmes et aux filles sont un handicap supplémentaire à leur accès aux services et aux informations pertinents, et les empêchent de s'approprier leur propre santé sexuelle. Les obligations de consentement parental demeurent un obstacle majeur à l'accès des jeunes, en particulier pour des jeunes populations clés, aux services de santé sexuelle et reproductive. Le manque de services de réduction des risques accueillants pour les jeunes constitue également une difficulté majeure dans de nombreux pays.

Il faut surveiller en permanence les lois et les politiques dans la mesure où les évolutions positives peuvent être inversées lorsque de nouveaux leaders politiques arrivent au pouvoir ou du fait de pressions sociétales.

Une gestion incohérente des achats et des approvisionnements a entraîné une insécurité des produits, en particulier dans les pays durement touchés.

130. La disponibilité des préservatifs demeure un problème permanent en Afrique subsaharienne. En 2013, les donateurs n'ont fourni que huit préservatifs masculins par homme de 15 à 49 ans et un préservatif féminin pour huit femmes en âge de procréer. De nombreux pays qui payent le plus lourd tribut au VIH demeurent très dépendants du soutien des donateurs en matière de fourniture de préservatifs, alors que l'accès aux préservatifs dans les prisons reste une question particulièrement problématique.
131. Malgré un accès aux services d'approvisionnement groupé volontaire pour tous les bénéficiaires du Fonds mondial, un certain nombre de pays d'Afrique et d'Europe orientale payent des prix supérieurs à la normale pour les médicaments antirétroviraux et les tests de diagnostic du VIH en raison, essentiellement, de prévisions inadaptées, de procédures d'appel d'offres inefficaces ou de l'étroitesse des marchés régionaux. Les ruptures de stock constituent également un obstacle, en particulier dans les situations de crise humanitaire.

Pour lutter contre le problème des ruptures de stock, le PAM a signé un protocole d'accord de logistique avec le Fonds mondial afin de mieux préparer les pays à une riposte immédiate par le biais de ses six centres humanitaires.

Les insuffisances des systèmes de soins, des infrastructures et d'intégration des services permettent aux populations clés de passer au travers des mailles de la riposte au sida.

132. Selon les rapports transmis par les pays qui ont réalisé des examens à mi-parcours, le besoin d'investissements en amont pour renforcer les systèmes de santé, former des équipes de travail et collaborer entre les secteurs au-delà du secteur de la santé n'est toujours pas satisfait, ce qui ne permet pas de répondre aux besoins des populations clés et d'intégrer efficacement les services. Ce problème concerne notamment l'engagement des populations clés et leur appropriation de la conception, la mise en œuvre et la fourniture des services.
133. Le nombre insuffisant de travailleurs de santé formés et l'absence de transfert des tâches affaiblissent considérablement de nombreux systèmes de santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Cette situation est aggravée par l'insuffisance des infrastructures, notamment au niveau de la santé primaire.

Des solutions sont en train d'être apportées aux problèmes relatifs à l'intégration. Par exemple, les femmes enceintes, les femmes séropositives au VIH et leurs enfants bénéficient de plus en plus de programmes de santé maternelle et néonatale qui comprennent des composantes intégrées de santé reproductive, d'eTME et de services pédiatriques de prise en charge du VIH ainsi que d'un soutien alimentaire et nutritionnel.

Dans une conjoncture où la concurrence devient de plus en plus rude pour obtenir des ressources, le financement de la riposte au sida subit des pressions car certains considèrent que la menace du sida diminue, ce qui réduit la sécurité des financements avec des répercussions préjudiciables sur les taux de transmission du VIH.

134. Les mesures d'austérité imposées dans les principaux pays donateurs ont eu des répercussions directes sur la lutte contre le VIH, le financement du sida devenant plus

difficile à mobiliser au cours des années précédentes. En outre, les gouvernements demandent que l'on mette davantage l'accent sur les résultats, les évaluations d'impact, la responsabilisation et l'efficacité. Les programmes doivent en conséquence être rentables, efficaces, ciblés et soutenant une approche axée sur les personnes et respectueuse des droits de l'homme.

135. Malgré l'augmentation des investissements nationaux alloués à la lutte contre le VIH, l'insuffisance des ressources demeure considérable. La dépendance des pays pour financer leur riposte au sida demeure élevée, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En effet, 50 pays sur 133 environ dépendent des contributions internationales pour financer plus de 75 % de leur riposte. L'absence de prévisibilité, associée à la stabilité ou à la diminution potentielle des financements externes de la lutte contre le VIH au-delà de 2015, pose un problème majeur pour combler l'insuffisance des ressources, et de nombreux pays et régions expriment des doutes quant à leur capacité à pouvoir répondre à des demandes d'investissements nationaux accrus.
136. En outre, la génération actuelle de jeunes grandit dans un contexte dans lequel le VIH est considéré comme une moindre menace. De ce fait, le risque d'une baisse de vigilance s'accroît, ce qui entraîne une augmentation des comportements sexuels à risque et une diminution des dépistages du VIH dans certains milieux. La multiplication des comportements sexuels à risque, tels que l'augmentation du nombre de partenaires sexuels et le recours moins fréquent aux préservatifs, a été documentée dans différents pays, ce qui a permis de mettre en évidence qu'il faut continuer de plaider en faveur de comportements sexuels à moindre risque.

Ce problème doit rester au premier plan et montre l'importance d'une riposte multisectorielle au sida, telle que matérialisée par le Programme commun de l'ONUSIDA.

Malgré les progrès de la lutte contre les inégalités entre les sexes et pour l'autonomisation des femmes au sein de la riposte au sida, des normes et des pratiques sexospécifiques préjudiciables, ainsi que des lois et des politiques discriminatoires continuent d'avoir un impact négatif sur les femmes et les filles, alors que les politiques et les plans ne parviennent toujours pas à répondre à toute la diversité des besoins des femmes et des filles.

137. Les ripostes nationales au sida continuent dans une certaine mesure de refléter les biais sexospécifiques des politiques, programmes, institutions et budgets, alors que l'on ne comprend pas et que l'on ne remet pas pleinement en question les relations sous-jacentes de pouvoir. Les biais sexospécifiques et l'inégalité des relations de pouvoir doivent être inversés si l'on veut garantir un accès équitable aux services de traitement, d'information et de prévention pour les femmes, les hommes, les filles, les garçons, les hommes et les femmes transgenres, et que tous en bénéficient. Cela ne sera possible que grâce à des investissements pérennes dans la recherche et à des données concrètes sur les dynamiques sociales et structurelles, au plaidoyer politique et aux connaissances techniques, ainsi qu'au savoir-faire pour transformer les ripostes au VIH.

Il est nécessaire de réaliser des investissements et d'apporter un soutien à long terme afin de faciliter un engagement plus large des réseaux de femmes vivant avec le VIH pour qu'ils conduisent et participent activement aux ripostes contre le virus. Cela impose de renforcer leurs capacités organisationnelles, de soutenir la constitution d'alliances et de promouvoir la mobilisation des groupes constitutifs. La participation des hommes aux activités de promotion de l'égalité des sexes doit également être renforcée.

138. Il est inacceptable que les personnes continuent d'avoir des connaissances aussi peu précises au sujet du VIH, en particulier les adolescentes. Compte tenu du nombre élevé des rapports sexuels contraints que subissent les femmes, il est nécessaire de mettre en place une meilleure éducation et des programmes de prévention de la violence, de l'utilisation des préservatifs et les compétences en matière de négociation pour accroître les connaissances qu'ont les adolescentes du VIH et renforcer leur capacité à éviter l'infection.

139. On constate un manque visible de volonté politique, de soutien institutionnel et de capacités pour lutter contre la violence sexiste, et la base de données concrètes sur ce qui est efficace dans ce domaine est insuffisante. Dans beaucoup de pays, les financements nationaux consacrés à la lutte contre la violence sexiste sont faibles ou inexistantes, et les programmes dépendent essentiellement des financements des donateurs. Les sujets controversés, les violations des droits humains et les normes sexospécifiques admises continuent également d'empêcher la lutte contre la violence sexiste de progresser.

Il faut engager des efforts substantiels pour lutter contre la violence sexiste et renforcer la coordination d'une riposte multisectorielle, y compris les capacités d'aiguillage des institutions sanitaires, sociales, juridiques et chargées de l'application des lois, ainsi que des prestataires en activité. Il est également nécessaire de renforcer les capacités d'adoption de politiques et de programmes de prévention et de lutte contre la violence sexiste fondés sur le concret.

La riposte au sida connaît un grand nombre de laissés pour compte du fait des écarts d'accès au traitement et d'observance de celui-ci, en particulier parmi les populations clés.

140. Bien que l'on recommande une mise sous traitement antirétroviral plus précoce, les patients continuent de commencer le traitement tardivement, ce qui entraîne une mortalité et une morbidité évitables et des coûts supplémentaires. Bien que l'accès au dépistage VIH ait été élargi et que le nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral ait augmenté, on observe une défection substantielle des patients tout le long de la cascade des soins, depuis le conseil et le dépistage du VIH jusqu'à l'observance à long terme du traitement et à la suppression de la charge virale. Des actions urgentes sont nécessaires, y compris dans les pays à revenu élevé, pour promouvoir davantage l'adoption et l'observance du traitement, ainsi que le maintien des patients tout le long du continuum de soins du VIH.

141. *On estime qu'entre 40 % et 50 % de l'ensemble des nouvelles infections à VIH chez les adultes dans le monde surviennent chez des personnes des populations clés et leurs partenaires proches. Toutefois, bon nombre des membres des populations clés déclarent ne pas avoir été sollicités par des programmes de prévention du VIH au cours des 12 mois précédents, ce qui met en évidence une lacune majeure de la riposte au VIH.*

postes nationales demeurent inadaptées pour réduire le risque d'infection à VIH chez les populations clés et leur vulnérabilité au virus. Le maintien des femmes ayant accouché dans des programmes B+ et de planning familial est également faible – dans de nombreux milieux, le risque de « perdus de vue en cours de suivi » peut-être cinq fois plus élevé que chez d'autres patients sous traitement antirétroviral.

142. Au niveau mondial, régional et à l'échelon des pays, une attention insuffisante est accordée aux effets positifs des composantes alimentaires et nutritionnelles sur la réussite des traitements. Ces composantes permettent en effet une meilleure

observance des traitements et un maintien dans les services de soins. Cette situation réduit la capacité à garantir des financements appropriés pour les composantes alimentaires et nutritionnelles au sein des mécanismes de financement spécifiquement axés sur la lutte contre le VIH et la tuberculose qui accordent la priorité à la fourniture d'un traitement. Ainsi, les interventions alimentaires et nutritionnelles n'ont pas pu être suffisamment financées dans de nombreux pays en 2014, ce qui les a contraints à suspendre temporairement ces composantes essentielles pour favoriser l'observance des traitements. Il faut absolument que des facteurs structurels – tels qu'une alimentation et une nutrition appropriées, un logement sûr et un soutien et une protection sociaux – soient pris en compte si l'on veut accroître l'impact des programmes de riposte au sida et réduire les obstacles à l'observance du traitement et au maintien dans les services de soins.

MISE EN ŒUVRE FINANCIERE

143. Les informations financières présentées dans cette section décrivent les investissements engagés pour obtenir les résultats collectifs du Programme commun ainsi que les résultats individuels des Coparrainants et du Secrétariat. Elles décrivent également les ressources réelles mobilisées par rapport aux ressources estimées pour 2014-2015. Les dépenses sont présentées sous plusieurs angles afin de comparer plus facilement les ressources estimées prévues et les dépenses réelles.
144. Le taux global de mise en œuvre du budget de base de cette première année de l'exercice biennal s'établit à 49 %. Les Coparrainants ont réussi à mobiliser d'autres financements au moyen de leur budget de base de l'UBRAF – en investissant collectivement US\$ 2,87 millions, ce qui représente 75 % de l'estimation initiale des autres fonds. Les deux tiers des dépenses totales de 2014 ont été allouées aux pays à impact élevé, et le reste des pays où l'ONUSIDA est présent ont reçu 28 %. Cette répartition illustre l'engagement du Programme commun dans les pays où l'impact sur l'épidémie serait le plus élevé. Les dépenses mondiales ont été maintenues à 5 %, niveau légèrement inférieur à la projection de 7 % pour l'exercice biennal.
145. En 2014, les dépenses au titre du budget de base ont été en ligne avec les projections programmatiques : le Pilier A (Révolutionner la prévention) a reçu la part la plus importante (52 %, contre 48 % des ressources prévues). En outre, la composante Leadership et plaidoyer représente, comme prévu, le pourcentage de dépenses le plus élevé parmi les Fonctions stratégiques.
146. Les tableaux et graphiques résumant les dépenses présentés dans cette section sont complétés par des rapports plus détaillés sur les dépenses au titre du budget de base par produit de l'UBRAF et par organisme dans le Rapport de suivi des résultats. Ce document présente également les dépenses par objectif et fonction stratégique, par rapport au budget de base et aux autres fonds.

Tableau 1 : Vue d'ensemble des dépenses des Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA en 2014 (US\$)

Type de fonds	Ressources estimées	%	Dépenses	%
Budget de base	484 820 000	11%	237 232 832	8%
Autres fonds	3 832 820 000	89%	2 872 507 516	92%
Total général	4 317 640 000	100%	3 109 740 348	100%

Tableau 2 : Dépenses au titre du budget de base au niveau mondial, pour les pays à impact élevé et pour les autres pays (US\$)

Type de fonds	Ressources estimées	%	Dépenses	%
Niveau mondial	201 410 000	42%	99 229 651	42%
+30 pays à impact élevé	125 405 000	26%	66 864 634	28%
Autres pays	158 005 000	33%	71 138 547	30%
Total général	484 820 000	100%	237 232 832	100%

Tableau 3 : Dépenses au titre du budget de base par orientation stratégique (US\$)

Orientation stratégique	Ressources estimées	%	Dépenses	%
Prévention	79 102 000	48%	38 449 367	52%
Traitement, soins et appui	47 539 000	29%	21 074 061	28%
Droits humains et égalité des sexes	37 885 000	23%	14 566 478	20%
Total général	164 526 000	100%	74 089 906	100%

Tableau 4 : Dépenses au titre du budget de base par fonction stratégique (US\$)

Fonction stratégique	Ressources estimées	%	Dépenses	%
Leadership et plaidoyer	131 642 000	41%	67 831 267	42%
Coordination, cohérence et partenariats	105 118 000	33%	50 730 193	31%
Responsabilisation mutuelle	83 534 000	26%	44 581 466	27%
Total général	320 294 000	100%	163 142 926	100%

Graphique 1 : Dépenses totales au niveau mondial, pour les pays à impact élevé et pour les autres pays en 2014

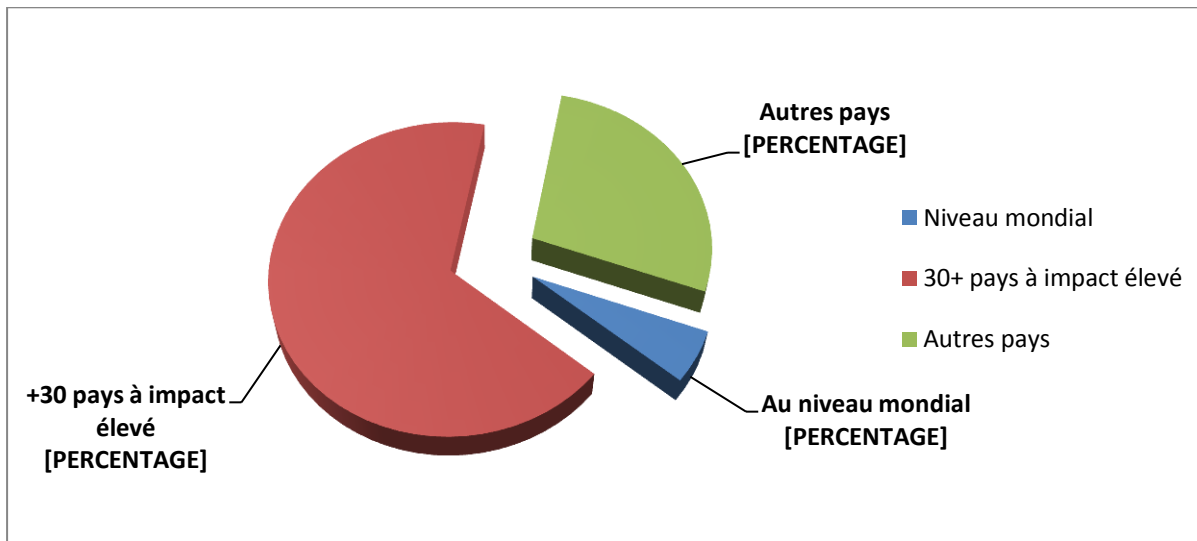


Tableau 5 : Répartition des dépenses au titre du budget de base et des fonds hors budget de base* (US\$)

ORGANISME	BUDGET DE BASE			AUTRES FONDS			TOTAL		
	Budget (2014-2015)	Dépenses (2014)	%	Ressources prévues (2014-2015)	Dépenses (2014)	%	Ressources prévues (2014-2015)	Dépenses (2015)	%
HCR	9 800 000	4 900 000	50.00%	16 500 000	111 913 900	678.27%	26 300 000	116 813 900	444.16%
UNICEF	24 000 000	8 620 973	35.92%	198 000 000	98 494 865	49.74%	222 000 000	107 115 838	48.25%
PAM	9 800 000	4 396 279	44.86%	197 153 000	45 264 523	22.96%	206 953 000	49 660 802	24.00%
PNUD	17 200 000	7 836 977	45.56%	520 000 000	326 059 204	62.70%	537 200 000	333 896 181	62.15%
UNFPA	21 000 000	8 519 783	40.57%	106 106 000	64 391 945	60.69%	127 106 000	72 911 728	57.36%
ONUSDC	11 500 000	5 750 000	50.00%	29 076 000	14 243 900	48.99%	40 576 000	19 993 900	49.28%
ONU Femmes	7 600 000	3 775 960	49.68%	26 704 000	17 351 132	64.98%	34 304 000	21 127 092	61.59%
OIT	10 900 000	5 069 264	46.51%	17 126 000	7 058 861	41.22%	28 026 000	12 128 125	43.27%
UNESCO	12 400 000	5 607 387	45.22%	13 850 000	14 754 440	106.53%	26 250 000	20 361 827	77.57%
OMS	35 000 000	16 100 000	46.00%	169 029 000	60 850 440	36.00%	204 029 000	76 950 440	37.72%
Banque mondiale	15 400 000	7 443 079	48.33%	2 494 276 000	2 068 255 258	82.92%	2 509 676 000	2 075 698 337	82.71%
Secrétariat	310 220 000	159 213 130	51.32%	45 000 000	43 869 048	97.49%	355 220 000	203 082 178	57.17%
TOTAL	484 820 000	237 232 832	48.93%	3 832 820 000	2 872 507 516	74.93%	4 317 640 000	3 109 740 348	72.02%

*inclut les dépenses réelles et les engagements

Tableau 6 : Dépenses totales au niveau mondial, pour les pays à impact élevé et pour les autres pays* (US\$)

Organisme	Monde	Pays à impact élevé	AP	CAR	EOAC	AOA	AL	MOAN	AOC	TOTAL
HCR	2 980 620	59 312 168	5 246 176	-	5 200 726	5 827 126	1 916 418	28 141 794	8 188 872	116 813 900
UNICEF	4 202 831	58 853 589	14 259 546	2 326 177	3 341 373	11 268 690	2 693 030	2 350 280	7 820 323	107 115 838
PAM	1 730 796	39 753 751	81 589	45 143	1 154 539	2 545 386	233 132	546 941	3 569 524	49 660 802
PNUD	11 198 826	248 558 722	1 300 149	6 014 244	31 281 545	1 305 212	2 814 956	14 930 998	16 491 528	333 896 181
UNFPA ¹	14 976 413	36 785 551	1 365 328	893 167	2 340 035	2 295 117	4 694 914	6 372 890	3 188 315	72 911 728
ONU DC	1 230 000	14 010 191	1 252 735	46 170	1 445 600	181 109	485 150	1 243 185	99 760	19 993 900
ONU Femmes	2 534 978	11 042 020	1 638 505	489 710	1 011 270	1 005 956	988 662	969 455	1 446 532	21 127 092
OIT	4 216 396	6 650 193	99 693	50 963	2 250	393 753	380 178	35 414	299 285	12 128 125
UNESCO	2 215 337	13 585 114	604 727	146 886	346 583	1 582 765	341 662	374 998	1 163 755	20 361 827
OMS	21 917 540	24 185 000	8 971 260	900 640	5 000 300	3 763 520	1 895 740	4 386 960	5 929 480	76 950 440
Banque mondiale	10 559 944	1 527 692 467	195 858 696	26 534 889	87 274 045	37 550 082	68 784 862	22 755 723	98 687 629	2 075 698 337
Secrétariat	90 167 310	43 568 834	14 749 800	3 454 046	14 111 565	12 202 799	5 785 125	5 371 971	13 670 728	203 082 178
Total général	167 930 991	2 083 997 600	245 428 204	40 902 035	152 509 831	79 921 515	91 013 829	87 480 609	160 555 731	3 109 740 348

* inclut les dépenses réelles et les engagements

[Fin du document]

¹ Les dépenses incluent des composantes des programmes sur la santé sexuelle et reproductive et sur l'égalité des sexes.