



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(28)/11.10
25 mai 2011

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

**CADRE UNIFIÉ DU BUDGET, DES RÉSULTATS ET DES
RESPONSABILITÉS (UBRAF) DE L'ONUSIDA 2012-2015**

Première partie : Présentation générale

Documents supplémentaires pour ce point :

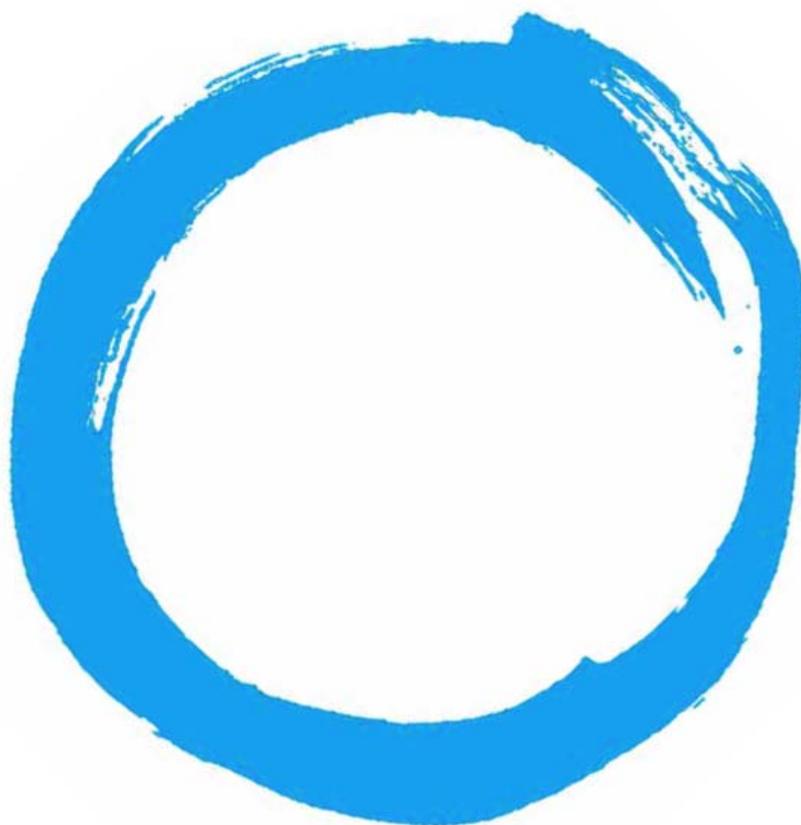
- i. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2012-2015, deuxième partie (UNAIDS/PCB(28)/11.11)
- ii. Rapport du sous-comité du Conseil de Coordination du Programme sur la préparation du cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités 2012-2015 (UNAIDS/PCB(28)/11.13)

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

- a. *approuver* l'UBRAF 2012-2015 conformément à la recommandation du sous-comité du Conseil de Coordination du Programme sur la formulation de l'UBRAF 2012-2015, et à prendre en considération les points de vue exprimés par le Conseil de Coordination du Programme ;
- b. *approuver le* budget de base de 485 millions de dollars des États-Unis pour 2012-2013 et l'allocation proposée entre les dix Coparrainants et le Secrétariat ;
- c. *demander* au Secrétariat de l'ONUSIDA de rendre compte chaque année au Conseil de Coordination du Programme de la mise en œuvre de l'UBRAF 2012-2015 ;
- d. *exhorter* tous les groupes constitutifs à utiliser le cadre des résultats et des responsabilités 2012-2015 de l'ONUSIDA pour établir les rapports nécessaires ;
- e. *noter* l'intérêt des consultations avec les multiples parties prenantes et des contributions du sous-comité du Conseil de Coordination du Programme dans la formulation de l'UBRAF 2012-2015.

Conséquences des décisions en termes de coûts : 485 millions de dollars des États-Unis

CADRE UNIFIÉ DU BUDGET, DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS (UBRAF) DE L'ONUSIDA 2012-2015



TRADUIRE LA STRATÉGIE DE L'ONUSIDA 2011-2015 EN ACTIONS

PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION GÉNÉRALE



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
UNODC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	5
CONTEXTE, VISION, MISSION ET STRATÉGIE	8
A. VALEUR AJOUTÉE PROPRE À L'ONUSIDA	8
B. CONSÉQUENCES DES ÉVOLUTIONS DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA RIPOSTE AU SIDA	10
C. ENSEIGNEMENTS	12
D. VISION DE L'ONUSIDA	13
E. STRATÉGIE DE L'ONUSIDA 2011-2015	14
PRINCIPAUX COMPOSANTS DU CADRE UNIFIÉ DU BUDGET, DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS	18
1. INTRODUCTION	18
A. DES CHANGEMENTS MAJEURS	18
B. PLAN INSTITUTIONNEL, CADRE DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS ET BUDGET	19
2. PLAN INSTITUTIONNEL	21
A. RÉVOLUTIONNER LA PRÉVENTION DU VIH	21
B. FAVORISER L'ÉMERGENCE D'UN TRAITEMENT, DE SOINS ET D'UN APPUI	25
C. PROMOUVOIR LES DROITS HUMAINS ET L'ÉGALITÉ DES SEXES	29
D. LEADERSHIP, COORDINATION ET RESPONSABILISATION	31
3. CADRE DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS	35
A. PRÉSENTATION GÉNÉRALE	35
B. CADRE DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS	35
4. BUDGET ET ALLOCATION DES RESSOURCES	38
A. PORTÉE, NIVEAU ET STRUCTURE	38
B. ALLOCATION DES RESSOURCES	40
C. RÉPARTITION DU BUDGET	44
5. VUE D'ENSEMBLE DES TRAVAUX DANS LES RÉGIONS	52
A. ASIE ET PACIFIQUE	52
B. CARAÏBES	55
C. AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE	59
D. AMÉRIQUE LATINE	63
E. MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	66
F. AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE	69
G. EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	73
ABRÉVIATIONS	78
TERMINOLOGIE ET DÉFINITIONS	79

RÉSUMÉ

1. Le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) de l'ONUSIDA succède au budget-plan de travail intégré (BPTI), l'instrument du Programme commun conçu pour maximiser la cohérence, la coordination et l'impact de la riposte des Nations Unies au sida en combinant les efforts des dix Coparrainants des Nations Unies et du Secrétariat de l'ONUSIDA.
2. S'il reste un catalyseur de l'action contre le sida au niveau des pays, l'UBRAF s'inscrit dans un contexte de développement plus large. Ce n'est pas un mécanisme de financement des programmes nationaux de lutte contre le sida ; son rôle consiste à stimuler le financement à partir des ressources des Coparrainants et d'autres programmes de lutte contre le sida, pas à le remplacer. L'UBRAF sert de cadre pour maximiser l'impact de l'ONUSIDA au niveau des pays et rend le Programme commun comptable des résultats des programmes et d'une utilisation optimale des ressources engagées.
3. L'UBRAF est guidé par la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 adoptée par le Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA en décembre 2010. Visant à réaliser la vision à long terme de l'ONUSIDA – zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida –, il s'articule autour de cette stratégie, de ses dix objectifs stratégiques et de ses fonctions stratégiques. Il décrit les effets, les produits et les prestations fournies sur lesquels le Programme commun axera ses efforts, le mode d'allocation des ressources pour obtenir ces résultats et comment les progrès seront suivis.
4. L'UBRAF est conçu pour faire avancer l'agenda de réforme des Nations Unies via un processus unique de planification, d'élaboration du budget et de responsabilisation. C'est le fruit d'un processus consultatif impliquant tous les Coparrainants, le Secrétariat de l'ONUSIDA et d'autres partenaires et parties prenantes. Il décrit clairement les résultats attendus et la valeur ajoutée de l'ONUSIDA, comment les partenaires nationaux peuvent continuer à compter sur l'appui du Programme commun et pourquoi les donateurs devraient continuer à financer l'ONUSIDA.
5. L'UBRAF doit être pratique et opérationnel mais aussi autonome bien que lié à la Stratégie de l'ONUSIDA ; il est décrit dans deux documents dont l'un donne une vue d'ensemble et l'autre fournit des informations plus détaillées.
6. L'UBRAF est structuré autour de trois composants :
 - un plan institutionnel qui fournit un cadre incluant les contributions du Programme commun en vue d'appuyer l'application concrète de la Stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2011-2015,
 - un cadre des résultats et des responsabilités qui mesurera les réalisations du Programme commun et établira clairement le lien entre investissements et résultats,
 - un budget pour financer les contributions de base des Coparrainants et du Secrétariat entre 2012 et 2015 afin de traduire les objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA en actions.

Plan institutionnel

7. Le plan institutionnel décrit la raison d'être, les objectifs et les résultats attendus du Programme commun. Pour chaque objectif et chaque fonction stratégiques, il présente les effets attendus du Programme, c'est-à-dire ce que celui-ci vise à accomplir, les produits attendus et les moyens employés pour y parvenir. Des plans de travail annuels à horizon mobile seront créés pour la mise en œuvre détaillée de l'UBRAF. Le plan institutionnel fournit aussi le lien avec les processus de planification et les cadres de résultats des Coparrainants.

Cadre des résultats et des responsabilités

8. Les produits et les prestations fournies décriront :
 - les contributions spécifiques pour atteindre les objectifs et mettre en œuvre les fonctions stratégiques,
 - le niveau attendu de la contribution (mondial, régional/national),
 - la responsabilité des Coparrainants et du Secrétariat.
9. Des indicateurs permettront de mesurer les progrès à trois niveaux : celui de la riposte mondiale au sida afin de déterminer la progression par rapport aux objectifs stratégiques, celui du Programme commun pour mesurer les contributions collectives, celui de chaque Coparrainant et du Secrétariat.
10. Un examen annuel des performances donnera au Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA une vue d'ensemble des réalisations du Programme commun. Un tableau de bord s'appuyant sur des indicateurs clés permettra de suivre les progrès pour chaque objectif et chaque fonction stratégiques. Un examen à mi-parcours conduit avant l'exercice biennal 2014-2015 permettra, si nécessaire, de réorienter et de réviser l'UBRAF 2012-2015. À terme, l'impact du Programme commun sera mesuré par les progrès dans les pays.

Budget et allocation des ressources

11. Il est proposé que le budget de base pour 2012-2013 reste au niveau de 2010-2011 et de 2008-2009, ce qui correspond à une baisse en termes réels. Cela mettra en évidence le rôle catalyseur et stimulant de l'UBRAF. Ne pas augmenter les ressources de l'UBRAF alors qu'il faut intensifier le soutien à l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH – et pour atteindre les autres objectifs du Millénaire pour le développement – nécessitera de faire plus avec moins et de travailler ensemble plus efficacement pour obtenir des résultats.
12. Les ressources de l'UBRAF seront allouées à diverses fonctions et activités, notamment :
 - le leadership, le plaidoyer, les partenariats, les informations stratégiques et les fonctions normatives,
 - l'appui consultatif, technique et à la mise en œuvre, et le renforcement des capacités,
 - un appui additionnel aux pays où la lutte contre l'épidémie aura un impact majeur,
 - les services centraux d'appui du Secrétariat (ressources humaines, finances, informatique, etc.).
13. L'exercice biennal en cours a été marqué par une hausse des ressources allouées à tous les Coparrainants, obtenue en réduisant les ressources gérées par le Secrétariat et en allouant les montants correspondants aux Coparrainants. Pour 2012-2015,

comme le demandait le Conseil de l'ONUSIDA, les ressources ont été allouées en fonction des priorités épidémiques (les contextes où la riposte à l'épidémie de VIH aura le plus d'impact et les moyens les plus efficaces pour obtenir des résultats), des performances et des fonds mobilisés par chaque Coparrainant, plutôt que sur la base des allocations passées ou d'augmentations proportionnelles. La part du budget de base de l'UBRAF allouée au Secrétariat reste au même niveau que pour l'exercice biennal en cours.

Étapes suivantes

14. L'UBRAF 2012-2015 est présenté au Conseil de Coordination du Programme pour approbation. Au cours du second semestre, des plans de travail annuels à horizon mobile seront élaborés, des mécanismes d'examen des progrès seront mis en place et les formats des rapports annuels sur les progrès destinés au Conseil de Coordination du Programme seront finalisés.

CONTEXTE, VISION, MISSION ET STRATÉGIE

15. Les coûts futurs que le VIH fait peser sur les personnes, les familles, les communautés et les pays seront déterminés par la façon dont la riposte au VIH s'adaptera aux défis émergents et aux nouvelles possibilités. Les choix seront façonnés par des ressources limitées, des priorités internationales qui évoluent et la nature des nouvelles alliances créées. Le succès ou l'échec dépendra de la qualité du ciblage des programmes de prévention, de la façon dont l'étape suivante du traitement est mise en œuvre et de la force de notre engagement collectif à l'égard des droits de l'homme, de l'égalité des sexes et d'une plus grande implication des personnes vivant avec le VIH. Dans ce contexte, la riposte mondiale au VIH aborde une phase délicate où les progrès passés sont menacés.
16. L'UBRAF présente le cadre qui permettra à l'ONUSIDA de riposter à l'épidémie entre 2012 et 2015. Cette première section décrit la valeur ajoutée propre à l'ONUSIDA, les évolutions de l'environnement et leur implications pour la riposte au sida et enfin les enseignements tirés. Il serait pertinent de la lire parallèlement à la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015.

A. VALEUR AJOUTÉE PROPRE À L'ONUSIDA

17. L'ONUSIDA s'appuie sur l'expérience et sur les atouts des dix Organismes coparrainants et du Secrétariat pour élaborer des stratégies et des politiques cohérentes, fournir une aide au renforcement des capacités des pays et des communautés et mobiliser des soutiens politiques et sociaux pour la prévention et la lutte contre le sida. Au niveau des pays, l'ONUSIDA participe à des équipes conjointes et à des programmes communs d'appui pour stimuler la coordination et la collaboration multisectorielle, conformément à l'initiative « Unis dans l'action » des Nations Unies. Avec sa structure coparrainée unique, l'ONUSIDA a adopté dès le départ une approche de travail multisectorielle – touchant toutes les sphères de la société, des personnes de tous horizons et chaque aspect de la santé et du développement au niveau mondial. De surcroît, l'ONUSIDA joue un rôle important aux niveaux mondial, régional et national pour promouvoir un environnement propice à la prise en considération des facteurs clés de l'épidémie.
18. Afin de renforcer les efforts combinés du Secrétariat et des dix Organismes coparrainants, la Deuxième évaluation indépendante et le Conseil de Coordination du Programme ont préconisé un examen de la répartition des tâches de l'ONUSIDA, ce qui a entraîné la création et l'approbation d'une nouvelle Matrice de division du travail. Pour éviter la duplication des tâches, les Coparrainants décrivent leur contribution et identifient clairement les prestations fournies en vue de maximiser les résultats collectifs et d'exploiter pleinement les atouts comparatifs du Programme commun. Le Secrétariat est chargé de faciliter et de promouvoir la coopération et l'obtention de résultats dans tous les domaines de la Matrice de division du travail. Son rôle et ses responsabilités sont axés sur le leadership et le plaidoyer ; la cohérence globale, la coordination et les partenariats dans tous les domaines, et la responsabilisation mutuelle de la famille de l'ONUSIDA à l'égard des résultats. Dans une optique générale d'alignement et d'harmonisation (dans l'esprit de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, du Programme d'action d'Accra et des « Trois Principes »), les principes fondamentaux qui régissent la Matrice de division du travail mettent aussi l'accent sur l'appropriation nationale et sur les priorités des pays.
19. La Matrice de division du travail formalise et renforce la façon dont la famille de l'ONUSIDA travaille collectivement pour appliquer le programme défini dans la

Stratégie de l'ONUSIDA 2011–2015, obtenir des résultats dans les pays et réaliser la nouvelle vision et les dix objectifs stratégiques du Programme commun. Elle s'appuie sur les mandats et les ressources organisationnels afin de produire des résultats collectivement et individuellement et pour maximiser les partenariats.

20. Fort de sa présence internationale et de ses nombreux partenariats, l'ONUSIDA peut jouer un rôle unique dans la riposte au sida :
 - en générant des informations stratégiques, en les analysant et en promouvant leur utilisation pour orienter les politiques et l'allocation des ressources sur la base de données probantes ;
 - en travaillant avec les pays et avec les donateurs afin de s'assurer que les ressources pour la riposte au sida sont investies et mises en œuvre de façon aussi efficace et efficiente que possible et ;
 - en plaidant pour une riposte au sida adoptant une approche multidisciplinaire, fondée sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes, tout en promouvant l'appropriation par les pays et la responsabilité partagée.
21. Depuis la création de l'ONUSIDA en 1996, le budget annuel du programme a été multiplié par quatre (passant de 60 à 242 millions de dollars des États-Unis), alors que dans le même temps les ressources mondiales pour la lutte contre le sida étaient multipliées par cinquante (de 300 millions de dollars à 16 milliards environ en 2010). Toutefois, en 2010, on estimait qu'environ 24 milliards de dollars des États-Unis étaient nécessaires pour mettre en place une riposte complète à l'épidémie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; il manquerait donc encore près de 8 milliards de dollars.
22. Comparé au financement global de la lutte contre le sida, le budget de l'ONUSIDA est modeste. Cependant, les ressources de base de l'ONUSIDA ont joué un rôle de catalyseur pour mobiliser des ressources internationales et nationales pour la lutte contre le sida au niveau des pays, notamment des ambassadeurs de cette lutte et des prestataires de services issus de la société civile. Ce rôle s'étend au-delà des Coparrainants de l'ONUSIDA, à des organismes de financement de premier plan comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et à des programmes bilatéraux de lutte contre le sida comme le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR).

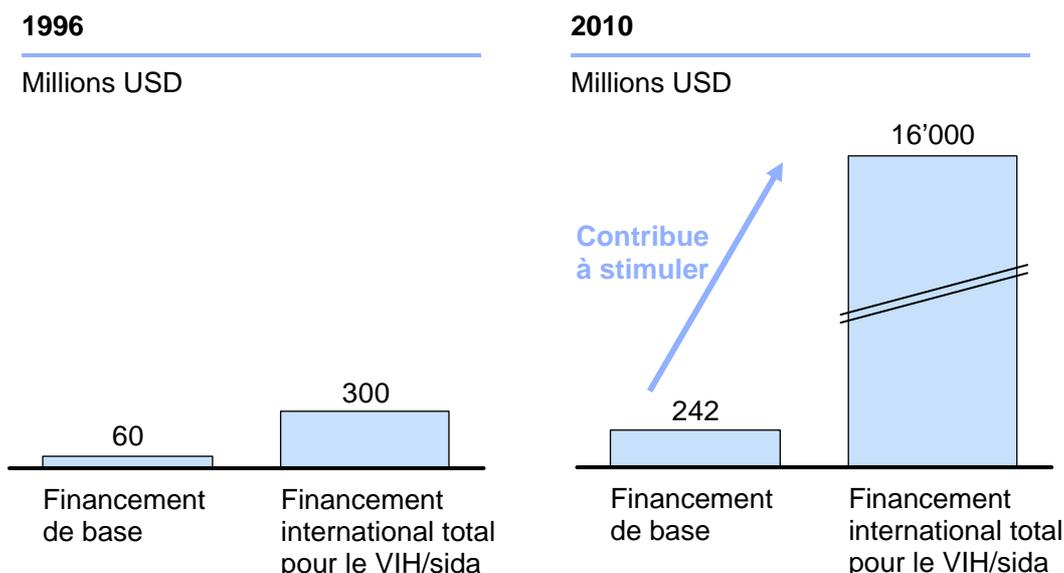


Figure 1 : Rôle de catalyseur de l'ONUSIDA dans le financement de la lutte contre le VIH/sida

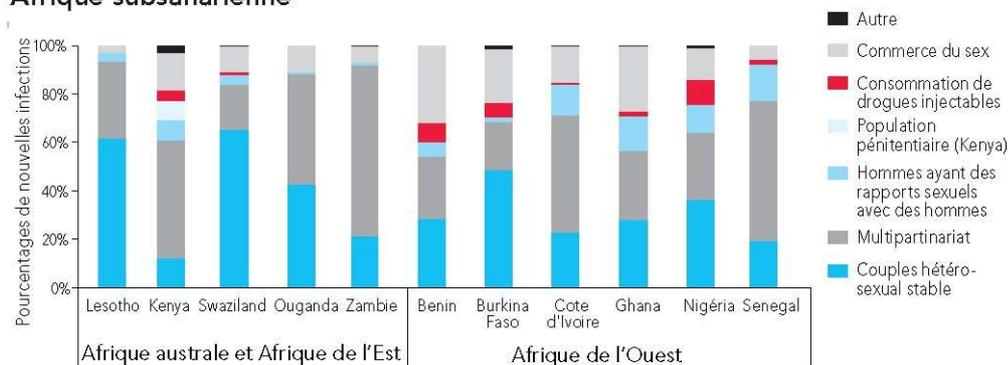
23. Comme le montre le graphique ci-dessus, l'UBRAF est un instrument conçu pour stimuler la riposte au sida au niveau des pays dans un contexte de développement plus large. Ce n'est pas un mécanisme de financement des programmes nationaux de lutte contre le sida ; son rôle consiste à stimuler le financement à partir des ressources des Coparrainants et d'autres programmes de lutte contre le sida, pas à le remplacer.

B. CONSÉQUENCES DES ÉVOLUTIONS DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA RIPOSTE AU SIDA

24. Trois facteurs externes principaux imposent à l'ONUSIDA d'adopter une approche proactive, à savoir (a) la nature et les évolutions de l'épidémie, (b) les contraintes économiques et sociales et (c) l'évolution du contexte financier et politique.
25. **Une épidémie qui évolue** – Dans de nombreux pays, par exemple en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, on assiste à l'émergence de nouveaux profils épidémiologiques où les adultes plus âgés entretenant des relations stables et durables représentent un pourcentage toujours plus élevé des nouvelles infections au VIH. En Afrique subsaharienne, la majorité des personnes séropositives sont des femmes. En Asie, les femmes sont aussi de plus en plus nombreuses à être infectées par le virus, de 21 % en 1990 à 35 % in 2009.
26. Les nouvelles infections augmentent encore en Europe orientale et en Asie centrale où leur chiffre était estimé à 87 000 en 2008, soit plus de trois fois l'estimation de 2001 (26 000 cas)¹. Alors que la transmission augmente parmi les partenaires sexuels des consommateurs de drogues, de nombreux pays de cette région constatent que l'épidémie jusqu'ici fortement concentrée chez les consommateurs de drogues injectables se transforme en épidémie où, de plus en plus, ces consommateurs de drogues constituent la population relais de la transmission sexuelle.

¹ Progrès réalisés dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et de la Déclaration politique sur le VIH/sida. Rapport du Secrétaire général des Nations Unies. 1^{er} avril 2010.

Fig. 1.2 Faire porter les efforts sur : les modes de transmission du VIH en Afrique subsaharienne



Source: ONUSIDA

Figure 2 : Pourcentages de nouvelles infections dans certains pays d'Afrique orientale, australe et occidentale

27. En Asie, l'épidémie est concentrée parmi des populations spécifiques, à savoir les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Toutefois, elle progresse régulièrement dans la population dans son ensemble.
28. Aux États-Unis, le pourcentage de nouvelles infections chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes augmente depuis le début des années 1990 et constituait en 2006 la majorité des nouvelles infections au VIH, une tendance également constatée dans plusieurs autres pays occidentaux.
29. **Contraintes économiques et sociales** – La riposte mondiale au sida réussit à mobiliser des financements. Cependant, la situation économique actuelle impose de maximiser l'impact et l'utilisation des fonds disponibles. Mettre en place l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui suppose d'investir chaque année 25 milliards de dollars des États-Unis dans la riposte, soit environ 40 % de plus que le total des investissements en 2008². Les difficultés économiques mondiales qui perdurent pourraient menacer les progrès obtenus jusqu'ici ainsi que les efforts pour répondre aux besoins de couverture dans les pays. S'attaquer à l'épidémie nécessitera de transformer radicalement les normes sociales, de placer les droits de l'homme, la sexospécificité et la société civile au cœur de la riposte, notamment les personnes et les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables.
30. **Évolution des priorités financières et politiques des donateurs** – À la crise économique s'ajoute la concurrence des autres questions de développement dont les acteurs cherchent, eux aussi, à bénéficier des financements des donateurs. Cette concurrence qui pourrait entraîner un transfert des ressources vers d'autres priorités. Pour assurer un financement durable, il est nécessaire d'augmenter les investissements nationaux et d'avoir des certitudes à plus long terme concernant les engagements en matière d'aide internationale. Un financement durable implique également d'engager les principales économies émergentes à assumer la

² Rapport de l'ONUSIDA Outlook 2010.

responsabilité de la riposte non seulement à l'intérieur de leurs frontières mais aussi dans leurs régions respectives.

31. Enfin, il semble qu'une évolution des financements et des politiques amène les donateurs à favoriser davantage les pays très touchés par la maladie et à faible revenu. Cette situation pourrait avoir de profonds effets sur les populations clés touchées par des épidémies concentrées dans certains pays, s'il n'était pas possible de mobiliser des ressources nationales suffisantes pour atteindre ces groupes.

C. ENSEIGNEMENTS

32. Pendant de nombreuses années, l'ONUSIDA s'est concentré sur la planification conjointe, la mobilisation coordonnée des ressources, le suivi et l'établissement de rapports collectifs, et de nombreux enseignements peuvent être tirés de cette expérience. S'il est évident que faire travailler ensemble dix entités des Nations Unies a un coût, celui-ci est plus que compensé par une moindre fragmentation, de solides objectifs communs, une cohérence et une efficacité accrues. Au niveau des pays en particulier, les équipes conjointes des Nations Unies sur le sida et les programmes communs d'appui réduisent la duplication et le chevauchement des activités et renforcent les synergies, participant ainsi à la mise en pratique de la réforme des Nations Unies.
33. Si la société civile et les personnes vivant avec le VIH jouent un rôle clé dans toutes les activités de l'ONUSIDA, les partenariats sont eux aussi incontournables. L'appui de l'ONUSIDA aux réseaux de personnes vivant avec le VIH, aux populations clés et aux prestataires de services de la société civile – qui suppose notamment d'aider ces groupes à mobiliser des fonds additionnels – est essentiel à une riposte au sida qui obtient des résultats et sera critique dans la mise en œuvre de l'UBRAF.
34. Un budget centré sur les résultats, cadre de suivi des performances, un dialogue régulier avec les parties prenantes et la production de rapports de qualité sont importants pour gagner et conserver la confiance des donateurs et des autres partenaires de l'ONUSIDA.
35. Le mécanisme d'examen par les pairs incorporé au prédécesseur de l'UBRAF, le budget-plan de travail intégré, permettait d'identifier les lacunes, d'éviter la duplication des activités et d'améliorer la responsabilisation.
36. La mobilisation de ressources pour un budget unifié sous la responsabilité du Directeur exécutif de l'ONUSIDA permet d'éviter le lancement de multiples collectes de fonds concurrentes. L'autorité dont est investi le Directeur exécutif pour décider de l'allocation des ressources en accord avec les effets et produits spécifiques approuvés par le Conseil de Coordination du Programme, ainsi que le déblocage de fonds en fonction des performances, procurent la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins émergents.
37. En 2010, le Conseil de Coordination du Programme a approuvé une série de recommandations qui s'appuyaient sur les résultats de la Deuxième évaluation indépendante du Programme commun. Cette évaluation a étayé l'élaboration de l'UBRAF et la mise en œuvre de la Matrice de division du travail, et mis l'accent sur un renforcement des mécanismes d'examen, de compte rendu et de responsabilisation fondé sur la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015.

D. VISION DE L'ONUSIDA

38. La vision à long terme de l'ONUSIDA cherche à atteindre l'objectif de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. L'énoncé de mission de l'ONUSIDA met en évidence la contribution du Programme commun et le rôle qu'il doit jouer à l'avenir (voir l'encadré ci-dessous).

L'ONUSIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, est un partenariat innovant qui guide et mobilise le monde en vue de mettre en place un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.

L'ONUSIDA s'acquitte de sa mission :

***En unissant** les efforts des Coparrainants des Nations Unies, de la société civile, des gouvernements nationaux, du secteur privé, des institutions mondiales ainsi que des personnes vivant avec le VIH et les plus affectées par ce virus ;*

***En exprimant haut et fort** sa solidarité avec les personnes les plus affectées par le VIH en vue de défendre la dignité humaine, les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes ;*

***En mobilisant** des ressources politiques, techniques, scientifiques et financières et en rendant chacun responsable des résultats ;*

***En communiquant** aux agents du changement des informations et des éléments probants stratégiques pour les influencer et s'assurer que les ressources sont allouées là où elles auront le plus d'impact ; et*

***En soutenant** un leadership participatif des pays en vue de ripostes complètes et pérennes combinées aux efforts nationaux en matière de santé et de développement dont elles font partie intégrante.*

E. STRATÉGIE DE L'ONUSIDA 2011-2015

39. La Stratégie de l'ONUSIDA pour 2011 à 2015 a été adoptée par le Conseil de Coordination du Programme en décembre 2010. Elle comprend trois orientations et dix objectifs stratégiques pour appuyer la vision à long terme de l'ONUSIDA, l'« *Objectif : zéro* ». Les trois fonctions stratégiques décrites dans la figure ci-dessous sous-tendent la réalisation des dix objectifs stratégiques.

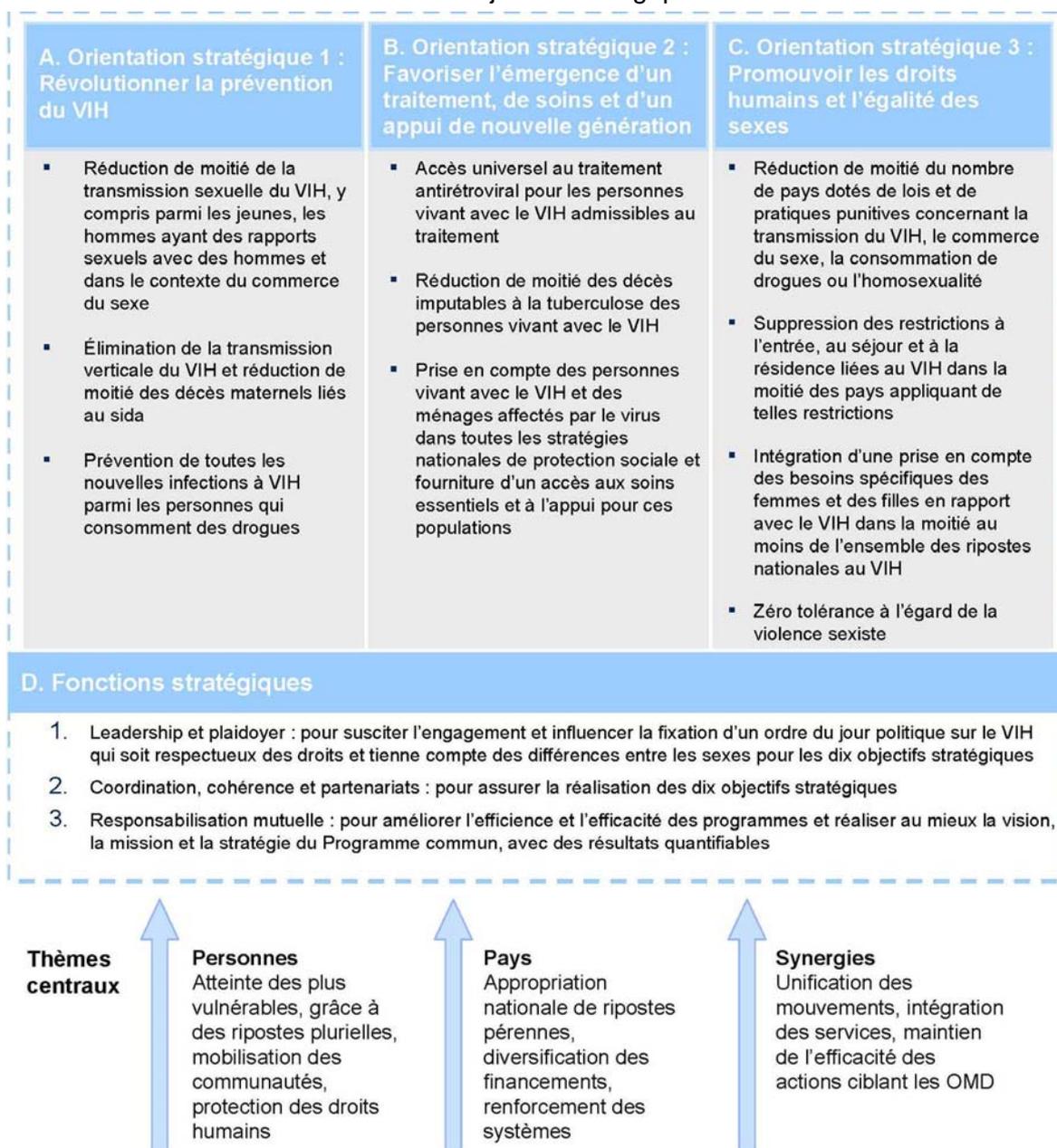


Figure 3 : Personnes, pays et synergies – thèmes centraux qui sous-tendent les orientations et fonctions stratégiques de l'ONUSIDA

40. La responsabilisation via une appropriation partagée est un principe directeur qui doit guider les efforts collectifs de l'ONUSIDA en lien avec les thèmes centraux des trois orientations stratégiques : les personnes, la primauté des pays et la recherche de synergies.

- Les personnes vivant avec et affectées par l'épidémie doivent mener et s'approprier des ripostes efficaces pour faire en sorte que ces dernières soient pérennes et respectueuses des droits, et pour obtenir des partenaires nationaux et internationaux qu'ils rendent des comptes.
 - Il faut, pour soutenir des ripostes centrées sur les personnes, renforcer l'appropriation par les pays et que ceux-ci soient capables de conduire, de gérer et de mettre en place des structures de responsabilisation pour leurs ripostes.
 - Obtenir des effets multiplicateurs au niveau des objectifs du Millénaire pour le développement nécessite des investissements stratégiques et des synergies entre les efforts de santé liés au VIH, les efforts de santé plus larges et les efforts de développement humain. En inscrivant la riposte au sida dans l'agenda pour le développement et en intégrant le sida à d'autres initiatives en matière de santé, de développement et de droits de l'homme, il est possible d'accélérer les progrès dans des domaines comme la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive, la violence sexiste, l'inégalité entre les sexes et l'éducation universelle (incluant une éducation sexuelle complète).
41. Il est fondamental d'avoir des partenariats efficaces si l'on veut que les ripostes au VIH soient pérennes et couronnées de succès. De nouveaux types de partenariats sont nécessaires pour atteindre les domaines plus larges du développement et des droits de l'homme, renforcer la collaboration Sud-Sud, placer l'appropriation par les pays au cœur de la riposte et impliquer les économies émergentes. La Stratégie de l'ONUSIDA préconise des alliances politiques qui relient les mouvements de lutte contre le VIH aux mouvements qui recherchent la justice par le biais du changement social.
42. Les nouveaux partenariats devront trouver des financements et d'autres ressources supplémentaires pour les alliances et les réseaux (en particulier ceux de populations clés comme les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables), promouvoir l'engagement total des personnes vivant avec et affectées par le VIH, et développer des liens plus solides avec les jeunes (et en particulier avec les jeunes les plus exposés), les mouvements féminins, les parlementaires, les médias, etc. Cette approche suppose des partenariats plus stratégiques avec la société civile, le secteur privé, les universités, les cercles de réflexion et les exécutants, pour s'assurer qu'ils continuent à servir de moteur pour l'innovation — des avancées en matière de traitement aux moyens logistiques, en passant par l'exploitation des nouveaux médias sociaux, et pour surmonter les obstacles précis qui entravent les progrès de la riposte à l'épidémie.
43. La Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 vise à :
- renforcer l'engagement politique pour préserver et accélérer les progrès et la réalisation d'objectifs ambitieux,
 - garantir un financement diversifié, prévisible et pérenne dans un contexte de stabilisation des ressources,
 - s'assurer que les pays sont au cœur de la riposte, en renforçant l'appropriation nationale et les mécanismes de responsabilisation à l'égard des ressources et des résultats,
 - promouvoir la participation significative des personnes vivant avec le VIH, des femmes, des groupes affectés et vulnérables,
 - maximiser la rentabilité en réduisant les coûts unitaires, en mettant en œuvre et en intensifiant des systèmes de fourniture innovants, en utilisant les nouvelles

technologies de l'information et les meilleures pratiques de gestion, et en intégrant les services liés au VIH et les services de soins de santé primaire,

- adapter le marché de l'appui technique pour plus de transparence et afin de renforcer des institutions nationales stables.

44. Au vu de l'évolution de l'épidémie et de la nécessité de mieux centrer la riposte, l'ONUSIDA devra axer ses efforts sur les programmes et réfléchir aux moyens de fournir à des pays spécifiques l'appui ciblé et sur mesure qui aura un impact majeur sur l'épidémie³.

45. En intensifiant ses efforts dans 20 pays (voir l'encadré ci-dessous), l'ONUSIDA pourra :

- se concentrer sur près de 75 % des nouvelles infections à VIH dans le monde,
- réduire de plus de 75 % de l'écart entre les besoins de traitement antirétroviral et la couverture actuelle,
- couvrir plus de 75 % des besoins mondiaux de prévention de la transmission verticale et 95 % de la charge mondiale VIH/tuberculose.

Afrique du Sud	<p>permettrait d'agir sur plusieurs fronts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ plus de 70% des nouvelles infections à VIH dans le monde ; ■ plus de 80% de l'écart mondial en matière de traitement antirétroviral pour les adultes chez qui il est indiqué ; ■ plus de 75% de l'écart mondial en matière de prévention de la transmission verticale ; ■ plus de 95% de la charge mondiale de tuberculose liée au VIH ; ■ les grandes épidémies de VIH alimentées par la consommation de drogues injectables (plus de la moitié des pays figurant aussi sur la figure 1.3) ; ■ lois entravant la riposte au VIH, notamment celles qui imposent des restrictions au déplacement des personnes vivant avec le VIH (14 de ces pays sont dotés de trois de ces lois ou plus (Fig. 1.4)) ; <p>permettrait d'accroître l'efficacité de l'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ améliorer l'exploitation de plus de US\$ 5,1 milliards de subventions en faveur du VIH de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; ■ exploiter les contributions du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida des États-Unis (qui s'élevaient à plus de US\$ 7,4 milliards pour 2007-2009) ; <p>ferait participer :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les cinq BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud).
Brésil	
Cambodge	
Cameroun	
Chine	
Éthiopie	
Fédération de Russie	
Inde	
Kenya	
Malawi	
Mozambique	
Myanmar	
Nigéria	
Ouganda	
République démocratique du Congo	
République-Unie de Tanzanie	
Thaïlande	
Ukraine	
Zambie	
Zimbabwe	

*Ces pays remplissent trois des cinq critères suivants, d'après des sources de données indépendantes : (1) >1% des nouvelles infections à VIH au niveau mondial ; (2) >1% de l'écart mondial en matière de traitement antirétroviral pour les adultes (numération des CD4 > 350/ml) ; (3) >1% de la charge mondiale de la tuberculose liée au VIH ; (4) on estime que le nombre de consommateurs de drogues injectables est supérieur à 100 000 et la prévalence du VIH parmi cette population supérieure à 10% ; (5) il existe des lois qui empêchent l'accès universel des groupes marginalisés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles et les consommateurs de drogues injectables.

Figure 4 : Pays où la lutte contre l'épidémie peut avoir un impact majeur

³ Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015

46. L'épidémie de VIH a atteint des proportions catastrophiques dans certains pays plus petits comme le Botswana, le Lesotho, la Namibie et le Swaziland et dans certains pays des Caraïbes. Compte tenu du faible nombre de leurs habitants, ces pays contribuent peu à la charge mondiale de la maladie. Néanmoins, investir dans le renforcement des ripostes au VIH est essentiel pour leur survie, et ils doivent eux aussi être considérés comme prioritaires en terme d'appui.
47. En se concentrant sur la vingtaine de pays prioritaires, l'ONUSIDA maximisera son impact. Dans nombre de ces pays, l'ONUSIDA n'augmentera pas ses financements et ne plaidera pas nécessairement en faveur d'un financement international. Il axera plutôt ses efforts sur le renforcement de l'engagement, la mobilisation de ressources nationales et/ou le financement par de grands partenaires régionaux, et appuiera les efforts pour augmenter l'efficacité et l'impact des ripostes au VIH.
48. Préserver une équipe conjointe des Nations Unies sur le sida qui fonctionne et mettre en œuvre des programmes communs d'appui au sida approuvés par l'équipe de pays des Nations Unies sont des aspects essentiels du travail de l'ONUSIDA dans tous les pays. Conformément aux principes de la réforme des Nations Unies et dans l'esprit de la responsabilisation mutuelle, les programmes communs d'appui doivent faire l'objet d'un examen annuel associant le gouvernement, les donateurs et les principaux partenaires. L'appui de l'ONUSIDA dans tous les pays affectés par le sida inclura, sans s'y limiter, un ensemble de services d'appui essentiels pour étayer les plans et les ripostes des pays au sida grâce à des informations stratégiques, une planification efficace et un appui à la mise en œuvre. Des outils et des ressources seront disponibles dans ces pays pour que l'ONUSIDA puisse soutenir la mise en œuvre de la Stratégie et de ses dix objectifs stratégiques.

PRINCIPAUX COMPOSANTS DU CADRE UNIFIÉ DU BUDGET, DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS

1. INTRODUCTION

A. DES CHANGEMENTS MAJEURS

49. L'UBRAF s'articule autour de trois composants principaux :

- un plan institutionnel,
- un cadre des résultats et des responsabilités,
- un budget.

50. En tant qu'outil permettant de traduire la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 en actions concrètes pour le Programme commun, l'UBRAF est clairement lié à la Stratégie précitée et à la responsabilité du Programme commun vis-à-vis des objectifs de la Stratégie. Il est aligné sur ces objectifs ainsi que sur les priorités régionales, nationales et épidémiologiques qui ont été identifiées à partir des apports des pays et des consultations régionales conduites par le Secrétariat avec l'engagement total des Coparrainants et des autres partenaires.

51. En tant qu'approche, l'UBRAF est radicalement différent de son prédécesseur, le budget-plan de travail intégré. L'UBRAF :

- est guidé par la vision, la mission et la stratégie de l'ONUSIDA, et clairement aligné sur les trois orientations stratégiques et les dix objectifs stratégiques correspondants ;
- est conçu sur la base d'un cycle de planification sur quatre ans, des cycles budgétaires biennaux et des plans de travail annuels à horizon mobile, et prévoit des examens des performances des parties prenantes ;
- se propose de répertorier les priorités et les ressources aux niveaux mondial, régional et national, et décrit le rôle catalyseur de l'ONUSIDA pour la riposte au sida ;
- est axé sur les pays et s'appuie sur les capacités du système des Nations Unies (et d'autres organisations), en particulier dans les pays où la lutte contre l'épidémie peut avoir un impact majeur ;
- s'apparente plus à un cadre de résultats (élaboré à partir du cadre de résultats 2009-2011 et des études de viabilité) qu'à un plan de travail ;
- inclut un cadre logique des résultats et contributions attendus des Coparrainants et du Secrétariat, où l'allocation des ressources est fondée sur les priorités épidémiques, les performances, les fonds que les Coparrainants mobilisent (et pas sur des « droits » ou des augmentations proportionnelles) et des critères de performance précis.

B. PLAN INSTITUTIONNEL, CADRE DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS ET BUDGET

52. Le plan institutionnel, le cadre des résultats et des responsabilités, l'allocation des ressources et le budget sont des composants interdépendants de l'UBRAF qui se renforcent mutuellement. Cette section décrit à la fois leur fonction pour appuyer la réalisation des objectifs de la Stratégie et leur séquence de déploiement.
53. La figure suivante représente les éléments de l'UBRAF et leurs liens avec les orientations et fonctions stratégiques.

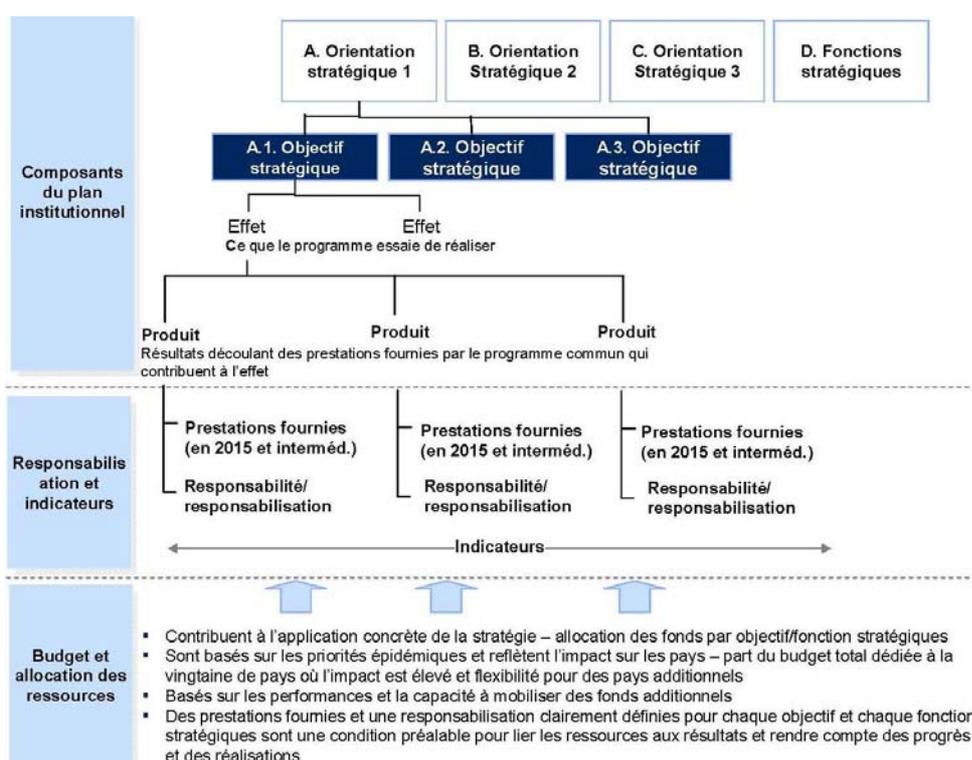


Figure 5 : Éléments de l'UBRAF et leurs liens avec les orientations et fonctions stratégiques

54. L'UBRAF relie tous les éléments du plan institutionnel, du cadre des résultats et des responsabilités et du budget pour produire une chaîne de résultats appuyant la mise en œuvre de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015. La figure ci-après reprend ces éléments et les liens qui les unissent.

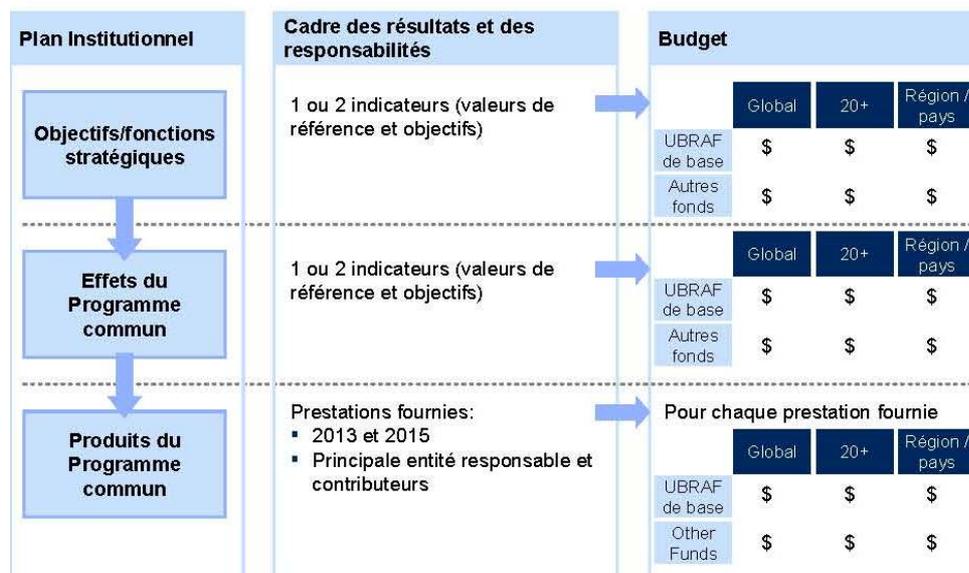


Figure 6 : Liens entre les différents éléments de l'UBRAF

55. Chacun des éléments du plan institutionnel (objectifs stratégiques, effets et produits) se retrouve dans le cadre des résultats et des responsabilités qui fournit trois niveaux de suivi des progrès : 1) un ou deux indicateurs clés pour chaque objectif stratégique, permettant le suivi des progrès au niveau de la riposte mondiale ; 2) un ou deux indicateurs clés pour le travail collectif du Programme commun de l'ONUSIDA (effets) et ; 3) des indicateurs pour chacun des Coparrainants (en lien avec les cadres de résultats institutionnels et plans de travail des Coparrainants) et pour le Secrétariat en complément des indicateurs au niveau des effets. Le succès sera déterminé en particulier par les progrès dans les pays.
56. Ces trois niveaux sont complémentaires et donnent une vue comparative de l'impact du Programme commun sur les objectifs et fonctions stratégiques, au moyen des prestations fournies spécifiques qui contribueront à ces objectifs.
57. L'allocation du budget sera liée à chacun des trois niveaux du plan institutionnel et du cadre des résultats et des responsabilités. Pour chaque objectif et fonction stratégiques, des prestations fournies spécifiques seront identifiées et les besoins en ressources seront définis pour chacun des produits, à partir des ressources de base de l'UBRAF ou d'autres ressources pour la lutte contre le sida mobilisées par les Coparrainants.

2. PLAN INSTITUTIONNEL

58. Le plan institutionnel lie clairement les orientations stratégiques aux objectifs/fonctions stratégiques correspondants, puis aux effets et produits respectifs.

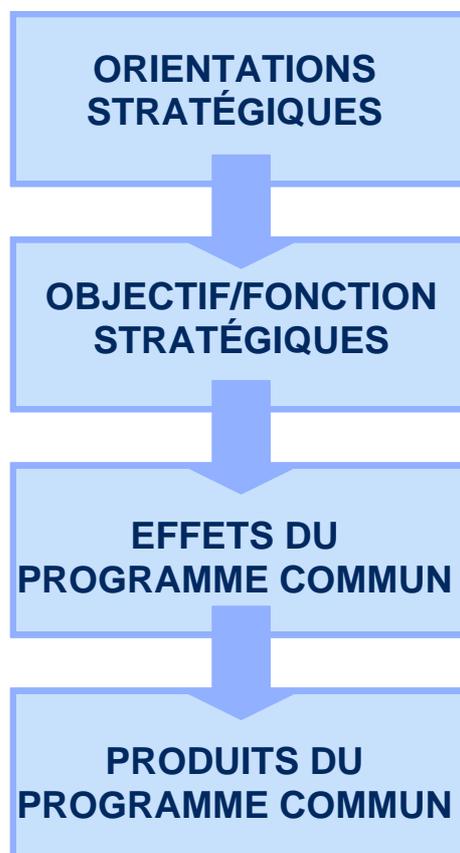


Figure 7 : Structure fondée sur les résultats du plan institutionnel de l'UBRAF

Les pages suivantes présentent les principaux éléments du plan institutionnel, en s'intéressant en particulier à ce que le Programme commun vise à réaliser et sur la façon dont il entend obtenir les produits attendus. La réalisation des objectifs stratégiques est appuyée par les fonctions stratégiques, dont elle dépend parfois, ce dont il faudra se souvenir lors de l'examen des produits et des effets.

Chaque section se conclut par une présentation des priorités et d'exemples de produits au niveau régional, identifiés lors de consultations dans chaque région et qui complètent les effets et les produits présentés pour chaque objectif et chaque fonction stratégiques.

Les lacunes et les besoins liés aux différents objectifs et fonctions stratégiques, indicateurs, repères, objectifs et prestations fournies spécifiques sont inclus dans la deuxième partie de l'UBRAF.

A. RÉVOLUTIONNER LA PRÉVENTION DU VIH

59. Plus de 7 000 personnes sont nouvellement infectées par le VIH chaque jour. Il est essentiel de révolutionner les politiques, les mesures et les pratiques de prévention. Pour mettre en place l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, et selon les estimations de l'ONUSIDA, il faudrait consacrer à la prévention 45 % environ des ressources globales pour la riposte au VIH. En réalité, dans de nombreux pays, le financement de la prévention du VIH est devenu le poste le plus modeste des budgets de lutte contre le VIH. En 2007, les pays ne

consacraient en moyenne que 21 % de leurs ressources VIH aux efforts de prévention.

60. Révolutionner la prévention du VIH est un défi complexe qui suppose que le Programme commun intensifie les efforts de prévention. Cela exigera aussi d'appuyer la création d'environnements sociaux et juridiques protecteurs favorisant l'accès aux programmes en matière de VIH – ce qui démontre combien cette première orientation stratégique est liée à la troisième. L'ONUSIDA stimulera l'adoption de l'association de mesures de prévention pour réaliser son objectif ambitieux de *zéro nouvelle infection* en se concentrant sur les trois objectifs stratégiques suivants.

1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe	
Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue
<p>1. Réduction de la transmission sexuelle par des politiques et des programmes associant diverses mesures de prévention, éclairés par des données probantes et ciblant en priorité des localités, contextes et populations spécifiques, notamment les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les personnes transsexuelles</p>	<p>Renforcement des capacités des jeunes, des organisations dirigées par des jeunes, des prestataires de services et partenaires clés pour développer, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes de prévention du VIH ciblant les jeunes dans les écoles et les communautés, y compris par une éducation sexuelle complète, le dépistage du VIH, le conseil pour la réduction des risques et des programmes complets de fourniture de préservatifs.</p> <p>Technologies et approches nouvelles et émergentes pour la prévention du VIH (circoncision masculine, microbicides, PrEP, vaccins contre le VIH, etc.) encouragées et incluses dans l'intensification de la prévention associant plusieurs mesures, si elles continuent à montrer leur efficacité lors des essais.</p> <p>Pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les personnes transsexuelles, de grandes villes ont mis en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> – des organisations bien informées, capables et qui se font entendre, engagées en tant que partenaires pour faire avancer la mise en place de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH ; – au moins un programme complet de lutte contre le VIH proposant des services non stigmatisants et pertinents, sans porter de jugement ; – au moins un solide programme fondé sur les droits pour informer les populations clés sur leurs droits, recueillir des témoignages de violation des droits humains et s'assurer que les autorités administratives et judiciaires pertinentes apportent des réponses positives et appropriées. <p>Renforcement des capacités pour planifier, mettre en œuvre et évaluer des programmes associant plusieurs mesures de prévention répondant aux besoins des personnes et des communautés.</p>

2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida

Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue
<p>1. Dans les pays comptant le plus de femmes enceintes séropositives, (a) accès universel mis en place ; (b) antirétroviraux fournis aux femmes enceintes vivant avec le VIH ; (c) réduction des besoins de planification familiale non satisfaits ; (d) réduction de l'incidence du VIH chez les femmes en âge de procréer</p>	<p>Mise en œuvre d'un plan global et d'un cadre de suivi pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et garder les mères en vie.</p> <p>Renforcement des systèmes et des services de santé maternelle et infantile, notamment des soins prénatals et des prestations assurées par un personnel qualifié, et intégration de la prévention de la transmission mère-enfant à la santé sexuelle et reproductive.</p> <p>Amélioration de la mise en œuvre de la prévention de la transmission mère-enfant auprès des populations marginalisées, notamment dans les zones rurales et urbaines, les zones où la prévalence du VIH est faible et les contextes d'épidémie concentrée.</p> <p>Mise en place de systèmes fiables d'information et de suivi, mobilisation de l'appui des donateurs externes et de l'assistance technique.</p>
<p>2. Dans les contextes d'épidémie concentrée ou de faible niveau, (a) hausse du nombre de femmes enceintes dépistées ; (b) hausse du nombre de femmes enceintes accédant aux antirétroviraux ; (c) réduction des besoins de planification familiale non satisfaits ; (d) réduction de l'incidence du VIH chez les femmes en âge de procréer</p>	<p>Décentralisation et intégration de la fourniture de services de prévention de la transmission mère-enfant aux structures courantes de soins (prénatals, accouchement et postnatals) et aux autres services de santé sexuelle et reproductive (planification familiale, gestion des maladies sexuellement transmissibles, par exemple).</p> <p>Intégration du traitement du VIH et des soins pédiatriques aux services de santé et programmes de traitement infantiles existants pour répondre aux besoins des enfants exposés et séropositifs.</p> <p>Extension de la politique et des programmes de prévention de la transmission mère-enfant, y compris des antirétroviraux (prophylaxie et traitement pour les femmes lorsque cela est indiqué), de la planification familiale et de la prévention primaire (aide nutritionnelle comprise).</p>

3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues

Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue
----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

<p>1. Renforcement des réglementations, politiques et réformes législatives, étayé par des données probantes et axé sur les droits de l'homme, et appui de la réduction des risques et des services de traitement de la dépendance aux drogues pour les consommateurs de drogues</p>	<p>Examen et adaptation facilités des législations et politiques nationales concernant les stupéfiants, la justice criminelle, la gestion des prisons et le VIH.</p> <p>Constitution d'un corpus de données appuyant des politiques de santé publique et des services complets de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH, notamment le traitement de la dépendance aux drogues pour les consommateurs de drogues, les populations pénitentiaires et les personnes vivant dans d'autres milieux clos.</p>
<p>2.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Extension des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues pour toucher régulièrement les consommateurs de drogues injectablesb. Extension des thérapies de substitution à base d'opiacés pour toucher régulièrement les consommateurs d'opiacés par injectionc. Couverture accrue des autres services de traitement de la dépendance aux drogues fondés sur des données probantes et destinés aux consommateurs d'opiacés et/ou de drogues stimulantesd. Doublement du nombre de consommateurs de drogues vivant avec le VIH ayant accès en temps utile à un traitement antirétroviral ininterrompu	<p>Fourniture de services de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, notamment de traitements de la dépendance aux drogues, selon les recommandations des Nations Unies, aux consommateurs de drogues, notamment aux populations pénitentiaires et aux personnes vivant dans d'autres milieux clos.</p>

Exemples de produits conjoints, sur la base des priorités identifiées au niveau régional :

- *Asie et Pacifique* – Informations stratégiques de qualité disponibles sur les principales populations affectées (notamment les jeunes les plus exposés) pour étayer l'élaboration des programmes et des budgets dans tous les pays.
- *Caraïbes* – Systèmes de surveillance du VIH renforcés, avec études des modes de transmission réalisées dans 10 pays et données disponibles sur le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'autres populations à risque dans 12 pays.
- *Europe orientale et Asie centrale* – Adoption et mise en œuvre de l'offre complète de services de prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables dans six pays de la région et dans les prisons si nécessaire.
- *Amérique latine* – Réseaux de référence et de contre-référence mis en œuvre au niveau des hôpitaux et des communautés pour garantir un appui approprié aux femmes enceintes séropositives.
- *Moyen Orient/Afrique du Nord* - Des informations stratégiques étayent la planification et l'élaboration de programmes de prévention ciblant les hommes ayant des rapports avec des hommes, les partenaires des consommateurs de drogues, les jeunes et le contexte du commerce du sexe.
- *Afrique occidentale et centrale* – Capacités renforcées pour mettre en œuvre et intensifier des services à assise communautaire intégrés en matière de santé reproductive, de santé maternelle, néonatale et infantile, de prévention de la transmission mère-enfant et de prévention.

B. FAVORISER L'ÉMERGENCE D'UN TRAITEMENT, DE SOINS ET D'UN APPUI

61. On estime qu'en 2009, 1,8 million de personnes sont décédées de causes liées au sida. L'accès au traitement pour tous ceux qui en ont besoin peut être réalisé grâce à un schéma médicamenteux et à des systèmes de fourniture plus simples, plus abordables au plan financier et plus efficaces. Une intégration plus importante des services de traitement antirétroviral, de traitement des co-infections et des infections opportunistes et des services de santé primaire, de santé maternelle et infantile, de prise en charge de la tuberculose et de santé sexuelle et reproductive permettra de réduire davantage les coûts et d'améliorer l'efficacité. Un renforcement des capacités pour l'enregistrement rapide élargira l'accès aux médicaments, tout comme les capacités des pays à utiliser les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC. Des mécanismes susceptibles d'élargir l'accès à des traitements médicamenteux plus efficaces pour les enfants et les adultes, comme les achats groupés, doivent être promus. L'implication accrue des communautés, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés aux stratégies, à la conception et à la fourniture des services, à l'observance et à la fourniture de soins et d'un appui fera aussi une grande différence. Les services d'aide nutritionnelle et de protection sociale doivent être renforcés pour les personnes vivant avec et affectées par le VIH, notamment les orphelins et les enfants vulnérables, par le biais de l'utilisation de transferts sociaux et financiers et le développement des régimes d'assurance sociale. Pour concrétiser la vision de *zéro décès lié au sida*, l'ONUSIDA se concentrera sur les trois objectifs stratégiques suivants :

1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement	
Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue
1. Plus de traitement, soins et appui ininterrompus pour les personnes vivant avec le VIH, plus accessibles en temps	Adaptation et mise en œuvre d'une orientation globale pour mettre en place les cinq piliers de Traitement 2.0, notamment un soutien pour des informations stratégiques mesurant l'efficacité et l'impact, en particulier dans les pays à forte prévalence où le taux de couverture antirétrovirale

<p>utile</p>	<p>est faible.</p> <p>Traitements médicamenteux optimisés : toxicité minimale, barrières de résistance élevées, interactions médicamenteuses limitées et combinaisons à dose fixe ou formules pédiatriques faciles d'emploi (pilier 1).</p> <p>Promotion et extension du recours aux lieux de soins et à d'autres plates-formes simplifiées pour le diagnostic et le suivi du traitement (pilier 2 de Traitement 2.0) (diagnostic rapide, numération de CD4, test de la charge virale et dépistage de maladies associées sur le lieu de soins, par exemple).</p>
<p>2. Produits liés au VIH d'un coût abordable plus disponibles et plus accessibles</p>	<p>Renforcement des systèmes nationaux (législatif, approvisionnement, etc.) pour utiliser les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC, élaboration de plans pour les achats groupés, la production locale, la réduction des coûts et la viabilité financière concernant les médicaments, les diagnostics et les coûts autres que ceux des produits (pilier 3 de Traitement 2.0).</p> <p>Décentralisation et intégration de la fourniture des services à la prévention et aux autres programmes de santé pour élargir l'accès à un traitement de qualité et durable (pilier 4 de Traitement 2.0).</p> <p>Hausse de la demande de traitement en mobilisant les communautés (pilier 5 de Traitement 2.0), en promouvant des politiques, en impliquant les communautés dans les stratégies, la conception et la fourniture des services, l'observance et la fourniture des soins et d'un appui (aide nutritionnelle, notamment) et en respectant les droits humains de toutes les communautés affectées (populations clés en particulier).</p>
<p>3. Accès équitable des populations clés au traitement, aux soins et à l'appui, garanti et suivi par les pays pour étayer la mise en œuvre des politiques et des programmes</p>	<p>Les politiques et les programmes proposent un accès équitable au traitement, aux soins et à l'appui pour les enfants, les femmes, les hommes et en particulier pour les populations clés.</p> <p>Des informations stratégiques spécifiques aux pays sont produites pour le suivi de l'accès dont bénéficient les populations clés, et décrivent les obstacles à surmonter.</p>

<p>2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH</p>	
<p>Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir</p>	<p>Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue</p>
<p>1. Diagnostic et traitement antituberculeux pour un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH</p>	<p>Renforcement des systèmes nationaux et mise en œuvre d'activités communes VIH/tuberculose pour réduire le poids de la tuberculose et du VIH chez les personnes vivant avec le VIH (notamment les « Trois I » pour le VIH/tuberculose et un traitement plus précoce pour prévenir la transmission de la tuberculose, la morbidité et la mortalité).</p>

<p>2. Réduction de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</p>	<p>Accès aux antirétroviraux pour prévenir la tuberculose chez toutes les personnes vivant avec le VIH pour lesquelles cela est indiqué, et pour tous les patients tuberculeux indépendamment de la numération de CD4.</p>
<p>3. Augmentation du dépistage du VIH chez les patients tuberculeux et réduction du poids du VIH</p>	<p>Test du VIH et conseil élargis pour les patients tuberculeux ; inclusion de la prévention, du traitement et des soins en matière de VIH aux programmes de lutte contre la tuberculose ; augmentation du nombre de patients tuberculeux séropositifs sous traitement antirétroviral et thérapie préventive au cotrimoxazole ; amélioration des soins et de l'appui en matière de VIH, notamment de la nutrition, pour les patients tuberculeux et les personnes vivant avec le VIH.</p>

<p>3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations</p>	
<p>Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir</p>	<p>Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue</p>
<p>1. Accès accru aux transferts sociaux tenant compte du VIH (argent, nourriture, aides en nature) pour les personnes vulnérables et les ménages affectés par le VIH et le sida</p>	<p>Incorporation des transferts sociaux tenant compte du VIH aux politiques et aux programmes nationaux de protection sociale (argent, nourriture, aides en nature). Élaboration d'une orientation fondée sur des données probantes en relation avec les transferts sociaux tenant compte du VIH. Développement d'une stratégie de plaidoyer et de communication concernant les investissements dans la protection sociale tenant compte du VIH.</p>
<p>2. Plans de protection sociale nationale et régimes d'assurance maladie sociale incorporant l'accès à la prévention, au traitement et aux soins en matière de VIH</p>	<p>Examen et révision de la protection sociale nationale, de l'assurance maladie sociale ou d'autres stratégies de financement de la santé pour garantir un accès élargi à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Promotion de modes de financement innovants pour les soins de santé liés au VIH. Développement d'une stratégie de plaidoyer pour un financement progressif et pérenne de la lutte contre le VIH.</p>
<p>3. Accès élargi aux soins, à la protection et à l'appui pour les personnes et les ménages affectés par le VIH</p>	<p>Examen des stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida, incorporation d'une riposte complète en termes de soins, de protection et d'appui, notamment pour les populations clés. Renforcement des systèmes nationaux de soins et d'appui (gouvernementaux et non gouvernementaux).</p>

Exemples de produits conjoints, sur la base des priorités identifiées au niveau régional :

- *Afrique orientale et australe* – Politiques et directives exhaustives concernant le traitement du VIH révisées, actualisées et mises en œuvre, en accord avec les données probantes et les dernières recommandations en date de l'OMS.
- *Afrique orientale et australe, Afrique occidentale et centrale, Caraïbes, Amérique latine* – Élaboration de plans de viabilité financière, de stratégies de négociation du prix des médicaments et de la capacité afin d'utiliser les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC pour le traitement et le diagnostic.
- *Afrique orientale et australe* – Services d'aide nutritionnelle et alimentaire intégrés aux programmes de traitement des patients tuberculeux vulnérables, y compris ceux qui vivent avec le VIH.
- *Afrique occidentale et centrale* – Systèmes de soins à assise communautaire/à domicile fonctionnels mis en place dans 11 pays.
- *Asie et Pacifique* – Obstacles à la protection sociale des ménages affectés par le VIH évalués et gérés par les gouvernements ; soins et appui intégrés aux propositions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- *Asie et Pacifique* – Plaidoyer pour l'inclusion de la couverture du VIH et du sida aux régimes d'assurance sociale des travailleurs du secteur formel.
- *Amérique latine* – Impact du VIH sur les ménages et mesures de protection sociale accessibles aux ménages affectés par le sida évalués et utilisés pour améliorer la protection sociale.

C. PROMOUVOIR LES DROITS HUMAINS ET L'ÉGALITÉ DES SEXES

62. Les environnements sociaux et juridiques qui ne protègent pas contre la stigmatisation et la discrimination ou qui ne facilitent pas l'accès aux programmes de lutte contre le VIH continuent de faire obstacle à l'accès universel. Les pays doivent renforcer leurs efforts : pour prendre conscience des droits humains liés au VIH et les protéger, notamment ceux des femmes et des filles ; pour mettre en œuvre des environnements juridiques protecteurs pour les personnes vivant avec le VIH et les groupes vulnérables ; et pour atteindre les communautés les plus éloignées et les plus vulnérables. Les personnes vivant avec le VIH et vulnérables au virus doivent connaître leurs droits en matière de VIH et être soutenues pour se mobiliser afin de les défendre. Des investissements beaucoup plus importants doivent être engagés pour étudier les connexions entre vulnérabilité à la transmission du VIH, inégalité entre les sexes et violence sexiste.
63. L'ONUSIDA s'efforce de concrétiser sa vision de *zéro discrimination* en se concentrant sur quatre objectifs stratégiques.

1. Réduction de moitié du nombre de pays dotés de lois et de pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité	
Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue
1. Élimination de la criminalisation inappropriée de la transmission du VIH et des obstacles juridiques à l'utilisation des services liés au VIH, en tenant compte des besoins spécifiques des jeunes et des femmes	Promotion et/ou soutien des mouvements en faveur d'une réforme des lois en lien avec le VIH. Approbation des propositions de réforme des lois ou de suppression des obstacles juridiques/réglementaires.
2. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination, accès accru à la justice pour les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés dans tous les pays	Les populations clés interviennent en tant qu'agents du changement dans tous les pays et dans les processus et forums mondiaux pertinents. Des éléments probants sur la stigmatisation, la discrimination et leur impact sont collectés, actualisés et utilisés pour étayer les programmes et les politiques nationaux. Élargissement de l'accès aux services et à la documentation juridiques, plus précisément concernant les lois et pratiques qui font obstacle à l'accès universel aux services de santé et liés au VIH, en particulier pour les populations clés et notamment les femmes.

2. Suppression des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions	
Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue

<p>1. Les parlementaires et les gouvernements d'un nombre croissant de pays appliquant des restrictions de déplacement liées au VIH considèrent activement des propositions de réforme</p>	<p>Des coalitions nationales pour une réforme pertinente des lois et des réglementations sont créées et prennent en considération les services liés au VIH pour les migrants.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>3. Intégration d'une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH</p>	
<p>Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir</p>	<p>Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue</p>
<p>1. Stratégies et programmes de lutte contre le VIH égalitaires, liés de manière adaptée à l'action nationale plus large sur l'égalité des sexes, la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et infantile et les droits humains</p>	<p>Incorporation des actions stratégiques pour les femmes et les filles aux plans stratégiques nationaux de lutte contre le sida, avec budgets appropriés pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.</p> <p>Incorporation des actions stratégiques sur le VIH aux plans nationaux sur la sexospécificité, la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle et infantile, et aux cadres d'action en faveur des droits humains des femmes, avec budgets appropriés pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.</p> <p>Encouragement et renforcement des mouvements sociaux promouvant les besoins des femmes et des filles dans le cadre du VIH.</p>

<p>4. Tolérance zéro à l'égard de la violence sexiste</p>	
<p>Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir</p>	<p>Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue</p>
<p>1. Les ripostes nationales intègrent la violence sexiste et le VIH aux politiques, programmes et services, y compris des actions et des ressources pour combattre et prévenir ces deux pandémies de manière intégrée</p>	<p>Collecte de données probantes sur les liens entre la violence sexiste et VIH, et partage de ces données avec tous les pays qui révisent ou élaborent des stratégies nationales de lutte contre le VIH.</p> <p>Élargissement de la gamme de protagonistes qui lient la violence sexiste et VIH.</p>
<p>2. Les pays mettent en œuvre un ensemble complet d'actions pour combattre et prévenir la violence à l'égard des femmes et des filles</p>	<p>Stratégies, politiques, services et programmation de l'allocation des ressources dans les pays hyperendémiques prenant en considération la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH, l'égalité des sexes et la violence sexiste.</p> <p>Les pays en situation de crise/post-crise très affectés par le VIH intègrent la violence sexiste et le VIH aux efforts de prévention/résolution des conflits et de reprise après un</p>

conflit.

Exemples de produits conjoints, sur la base des priorités identifiées au niveau régional :

- *Amérique latine* – Législation et politiques en matière de stigmatisation et de discrimination révisées et adaptées dans trois à quatre pays.
- *Moyen Orient/Afrique du Nord* – Restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH supprimées et test VIH obligatoire remplacé par un test volontaire et confidentiel.
- *Moyen Orient/Afrique du Nord* – Politiques de protection sociale révisées et renforcées pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins des femmes et des filles.
- *Afrique orientale et australe* – Pays soutenus pour s'assurer que la sexospécificité, la santé sexuelle et reproductive et le VIH sont intégrés et incorporés à l'ensemble des cadres juridiques, politiques et institutionnels clés.
- *Afrique occidentale/centrale* – Droits des femmes et des filles et égalité des sexes intégrés aux cadres de développement national, y compris aux nouveaux plans stratégiques nationaux et sectoriels.

D. LEADERSHIP, COORDINATION ET RESPONSABILISATION

64. Le principal mandat du Programme commun lui impose de mettre en œuvre la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 conformément aux trois orientations stratégiques. Le Secrétariat de l'ONUSIDA devra s'assurer du bon fonctionnement de la Matrice de division du travail et s'intéressera tout particulièrement au leadership, à la cohérence globale, à la coordination à l'échelle de tous les domaines et à la responsabilisation mutuelle de la famille de l'ONUSIDA à l'égard des résultats. Il lui incombera également de s'assurer que les services d'appui clés sont fournis au niveau national et régional pour soutenir l'obtention des résultats des programmes.
65. Atteindre les objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 exigera une efficacité continue des trois fonctions stratégiques de leadership, de coordination et de responsabilisation mutuelle.
66. **Leadership et plaidoyer** : une vision claire, une orientation efficace et un solide plaidoyer sont les préalables à des ripostes mondiales et nationales appropriées, à un engagement politique à tous les niveaux et à des stratégies multisectorielles pour améliorer et intensifier la prévention, le traitement et l'égalité en matière de VIH.
67. **Coordination, cohérence et partenariats** : la riposte au sida nécessite une action collective et le développement de partenariats durables avec des partenaires clés du développement, les organisations de la société civile, les personnes vivant avec le VIH et le secteur privé. Une bonne coordination entre ces partenaires est cruciale pour garantir l'efficacité, l'efficacité et des ripostes nationales pour l'application de la Stratégie.
68. **Responsabilisation mutuelle** : pour obtenir des résultats, il est indispensable de développer des mécanismes garantissant la responsabilisation et d'optimiser l'utilisation des ressources, en particulier dans le cadre d'un partenariat complexe impliquant de nombreuses parties prenantes. L'UBRAF est conçu pour piloter les systèmes qui renforcent le lien direct entre investissements et résultats, et pour témoigner clairement des réalisations au niveau des pays ; il rend le Programme commun comptable des prestations fournies directement liées à la réalisation des trois orientations stratégiques.

1. Leadership et plaidoyer	
Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue
1. Évolution positive et quantifiable affectant les principaux aspects et moteurs de l'épidémie	<p>Extension des programmes/ressources/stratégies pour travailler avec les personnes vivant avec le VIH au travers de l'approche Santé positive, dignité et prévention.</p> <p>Renforcement des capacités pour travailler avec les populations clés.</p> <p>Appui fourni à la société civile pour favoriser les efforts de leadership et de plaidoyer.</p>
2. Efficacité des ripostes nationales au VIH	<p>Les pays utilisent l'analyse « connaître son épidémie, connaître sa riposte » pour redéfinir les priorités de la riposte nationale et réallouer les ressources.</p> <p>Les organisations intergouvernementales et interinstitutions, les institutions multilatérales, les mécanismes de financement et la société civile sont actifs et impliqués dans la mise en œuvre de la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015.</p>
3. Engagement politique à l'égard de la riposte au VIH renouvelé et étendu	<p>Leadership et engagement porteurs de changement pour une riposte au sida durable, notamment aux niveaux national et local et dans les populations clés.</p> <p>Plaidoyer visant à assurer un engagement, des partenariats efficaces et un investissement des ressources nationales pour faire progresser des ripostes au sida fondées sur l'égalité des sexes et respectueuses des droits.</p>
4. Inclusion du sida aux agendas de la santé mondiale, des droits de l'homme, de la sexospécificité et du développement	<p>Les liens entre les ripostes au VIH et l'agenda OMD sont visibles et témoignent d'une utilisation rationnelle des ressources.</p>

2. Coordination, cohérence et partenariats	
Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir	Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue
1. Les partenariats et les programmes techniques, politiques et financiers accélèrent le changement social	<p>Renforcement des capacités, systèmes et institutions nationaux pour aborder une nouvelle phase de programmes de prévention, de traitement, de soins et d'appui.</p> <p>Mise en place d'alliances et de partenariats stratégiques clairement définis pour des diagnostics et des traitements de qualité, et pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants.</p>
2. Les pays s'approprient des ripostes au sida respectueuses des droits de l'homme, intégrant la	<p>Les données et les approches communautaires ont influencé la conception, la mise en œuvre et la prise de décisions concernant les politiques et les plans de lutte</p>

<p>dimension hommes-femmes, appropriées, coordonnées et durables</p>	<p>contre le VIH.</p> <p>La société civile est associée à la mise en œuvre d'outils de programmation et de planification stratégique nationale.</p> <p>Renforcement des compétences pour aborder certains aspects de l'épidémie de VIH : sexospécificité, participation accrue des personnes vivant avec le VIH et droits de l'homme.</p>
<p>3. Mise en œuvre de plans opérationnels et stratégiques nationaux fondés sur des données probantes, dont les priorités et les coûts sont établis, alignés sur les autres plans sectoriels et processus de développement pour atteindre les objectifs d'accès universel</p>	<p>Stratégies et programmes nationaux de lutte contre VIH alignés et intégrés à la planification et aux programmes de santé et de développement.</p> <p>Outils et processus liés aux informations stratégiques affinés, partagés et utilisés pour la prise de décisions.</p>
<p>4. Appui technique et politique orienté par la demande et efficace au regard du coût</p>	<p>Fourniture d'un appui technique, notamment par des prestataires de la société civile, pour renforcer les systèmes communautaires et fournir des services en rapport avec le VIH.</p>

<p>3. Responsabilisation mutuelle</p>	
<p>Effets : ce que le Programme commun cherche à obtenir</p>	<p>Produits : résultats auxquels le Programme commun contribue</p>
<p>1. L'ONUSIDA optimise les ressources en gérant des opérations à fort impact qui lient les ressources humaines et financières aux résultats et témoignent d'une efficacité, d'une efficacité et d'une portée accrues</p>	<p>Développement de cadres de responsabilisation mutuelle, dont l'UBRAF, et de systèmes pour concrétiser la vision, la mission et la stratégie de l'ONUSIDA.</p> <p>Matrice de division du travail de l'ONUSIDA mise en œuvre et suivie systématiquement aux niveaux mondial, régional et national.</p> <p>Cadres de résultats institutionnels liés au VIH et au sida de plus en plus synchronisés et alignés, au sein de l'ONUSIDA et avec les autres parties prenantes de la riposte au sida.</p>
<p>2. Fourniture d'une gestion efficace et efficiente à l'appui du Programme commun</p>	<p>L'UBRAF fait l'objet d'une gestion, d'un suivi et de rapports transparents pour répondre aux besoins des différentes parties prenantes.</p> <p>Les services et les ressources d'appui de l'ONUSIDA sont développés, déployés et mis en œuvre en vue d'une efficacité et d'un impact maximaux.</p>

Exemples de démarches conjointes au niveau régional :

1. Les organisations régionales et intergouvernementales sont renforcées et des partenariats régionaux innovants (sur des aspects clés liés au VIH) sont mis en place dans les régions pour appuyer la mise en œuvre et le suivi des ripostes nationales et régionales au sida.
2. Des forums régionaux des Nations Unies (divisions techniques des équipes des directeurs régionaux, équipes régionales conjointes des Nations Unies sur le sida) sont créés ou renforcés pour favoriser le développement et la mise en œuvre de programmes communs d'appui au niveau national.

Exemples de démarches conjointes au niveau national :

1. Négocier de nouveaux partenariats et établir des mécanismes donnant accès aux acteurs politiques nationaux de haut niveau et impliquant ces acteurs en vue de promouvoir un leadership porteur de vrais changements pour une riposte au sida pérenne (analyse des politiques et du contexte nationaux, renseignement politique)
2. Organiser des forums multisectoriels pour l'engagement et la coordination de l'ensemble des partenaires et parties prenantes sur le VIH dont le gouvernement, la société civile, le secteur privé, les personnes vivant avec le VIH et les donateurs (cartographie et analyse des parties prenantes, examens institutionnels, outils d'harmonisation et d'alignement)
3. Produire, analyser et utiliser des informations stratégiques afin de promouvoir les aspects liés à la connaissance de l'épidémie, du contexte, de la sexospécificité, des droits de l'homme et des populations les plus exposées dans les programmes nationaux (analyse de situation, étude/rapport de synthèse sur les modes de transmission, projections épidémiques, analyse du rapport coût-efficacité)
4. Élaborer des plans stratégiques et opérationnels nationaux multisectoriels que les pays s'approprient, éclairés par des données probantes, définissant les priorités, basés sur les résultats, estimant les coûts et intégrés aux plans plus larges du secteur de la santé et du développement national (conseil et outils pour les plans stratégiques nationaux de troisième génération, estimation des coûts, appui technique et outils de planification du développement des capacités)
5. Conduire des examens annuels et à mi-parcours des plans stratégiques et opérationnels nationaux pour identifier les lacunes et les meilleures pratiques, produire des analyses approfondies pour s'assurer que l'utilisation des ressources est optimale et améliorer la planification et la mise en œuvre basées sur les résultats (évaluation des programmes, analyse de la mise en œuvre, études d'efficience/d'impact)
6. Mobiliser les ressources du Fonds mondial, les budgets des gouvernements nationaux et d'autres financements nationaux pour le VIH (évaluation des dépenses nationales liées au sida, estimation des coûts, analyse du déficit de financement, mobilisation de ressources, financement à deux voies et renforcement des systèmes communautaires)
7. Préserver une équipe conjointe des Nations Unies opérationnelle et mettre en œuvre un programme commun d'appui sur le sida approuvé par l'équipe de pays des Nations Unies, examiné chaque année avec le gouvernement, les donateurs et les principaux partenaires, en tant que base de la responsabilisation mutuelle pour la mise en œuvre d'une réforme des Nations Unies tenant compte de la vision, de la mission et de la stratégie de l'ONUSIDA (orientation et outils révisés de l'équipe conjointe, évaluation des performances du programme commun et du bureau de pays des Nations Unies)
8. Promouvoir un environnement propice au changement concernant des aspects sensibles de la riposte au sida en renforçant les législations, politiques et plans nationaux en matière de protection sociale qui garantissent la prise en compte du VIH (indice de stigmatisation, audit sexospécifique, audit juridique)
9. Renforcer les capacités de UN Plus (groupe des membres du personnel des Nations Unies vivant avec le VIH) en vue d'augmenter la visibilité de cette entité et d'attirer de nouveaux membres, en particulier au niveau des pays, afin de parler de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH aux Nations Unies, et pour aider les membres de UN Plus à gérer efficacement les préoccupations du personnel vivant avec le VIH et à contribuer aux programmes et aux politiques portant sur le VIH au sein du système des Nations Unies.

3. CADRE DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS

A. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

69. En se dotant d'un cycle de planification sur quatre ans (au lieu de deux), l'ONUSIDA est pour la première fois en mesure de planifier des réalisations concrètes sur une période suffisante (2012-2015) pour quantifier l'impact. Le cadre des résultats et des responsabilités démontre le lien entre les investissements dans des actions et les progrès vers les objectifs stratégiques, en particulier au niveau des pays.
70. Le Conseil de Coordination du Programme a identifié un certain nombre de paramètres et de principes pour guider le suivi et la communication des performances de l'ONUSIDA :
- mesure des progrès par rapport à la Stratégie de l'ONUSIDA,
 - rapport annuel devant le Conseil,
 - centrage sur les résultats au niveau des pays,
 - mise en évidence des liens entre investissements et résultats,
 - identification des contributions de chaque Coparrainant et du Secrétariat,
 - alignement du suivi des performances sur les cadres de résultats institutionnels des Coparrainants.
71. Le cadre des résultats et des responsabilités comprend trois éléments principaux :
- 1. Des indicateurs à trois niveaux** (avec les valeurs de référence et les objectifs associés)
 - Indicateurs pour chaque objectif stratégique – afin de suivre les progrès de la riposte mondiale
 - Indicateurs pour chaque effet – afin de mesurer les réalisations collectives du Programme commun
 - Indicateurs liés aux cadres de résultats institutionnels des Coparrainants et à l'efficacité du Secrétariat – afin d'évaluer les performances des Coparrainants et du Secrétariat
 - 2. Prestations fournies** – des résultats concrets liés aux objectifs et aux fonctions stratégiques, liés aux effets des Coparrainants et du Secrétariat
 - 3. Processus d'examen** – une évaluation des performances pour mesurer les progrès et les réalisations, et en particulier les résultats au niveau des pays
72. Les indicateurs ainsi que les valeurs de référence et les objectifs identifiés figurent dans la deuxième partie de l'UBRAF.

B. CADRE DES RÉSULTATS ET DES RESPONSABILITÉS

1. Indicateurs

73. Les indicateurs mesureront les résultats par rapport aux objectifs et aux fonctions stratégiques, à trois niveaux :
- a) au niveau macro, c'est-à-dire les progrès dans des domaines spécifiques de la riposte au sida ;
 - b) au niveau du Programme commun, c'est-à-dire la contribution collective de l'ONUSIDA et ;
 - c) au niveau de chaque Coparrainant et du Secrétariat.

74. Lorsque cela était possible, les valeurs de référence et les objectifs permettant de mesurer les progrès sur une base annuelle ou biennale ont été choisis afin de permettre un suivi des progrès par rapport aux effets, aux objectifs et aux orientations stratégiques.
75. Un ensemble d'indicateurs de haut niveau a été constitué pour chaque objectif stratégique (voir la deuxième partie). Dans la mesure du possible, cette liste a été composée d'indicateurs choisis parmi les principaux indicateurs mondiaux sur le sida (UNGASS) complétés par des indicateurs issus des cadres de résultats institutionnels des Coparrainants.
76. Les indicateurs de l'UBRAF ont été évalués par le Groupe de travail des Coparrainants pour l'évaluation et alignés sur d'autres initiatives des Nations Unies, les indicateurs mondiaux sur le sida et les indicateurs OMD. Ils sont identiques et/ou complètent les indicateurs utilisés par des partenaires clés comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). Ils servent à mesurer les réalisations et la responsabilisation mutuelle du Programme commun. Pour les Coparrainants, les rapports détaillés sur les résultats utiliseront principalement leurs propres indicateurs organisationnels et processus de compte rendu.
77. Les objectifs et la portée relatifs aux indicateurs de l'UBRAF seront développés et affinés avant la mise en œuvre de l'UBRAF et figureront dans les rapports réguliers sur la mise en œuvre de l'UBRAF présentés devant le Conseil de Coordination du Programme. Tous les indicateurs seront analysés dans le cadre des examens annuels des progrès pour s'assurer qu'ils sont robustes, appropriés et qu'ils restent pertinents. L'implication totale des parties prenantes externes, en particulier des gouvernements nationaux et de la société civile ainsi que des équipes de pays des Nations Unies et des équipes conjointes des Nations Unies sur le sida, dans le processus d'examen annuel est essentiel. Des activités de suivi et d'évaluation seront développées pour faciliter la mise en œuvre et les mesures à l'échelle du Programme commun, en lien avec les cadres de résultats institutionnels des Coparrainants.

2. Prestations fournies

78. Pour chaque objectif et fonction stratégiques, des prestations fournies spécifiques ont été identifiées pour refléter les apports aux niveaux mondial, régional et national. Ces prestations décrivent :
- la responsabilité des Coparrainants et du Secrétariat à l'égard de résultats spécifiques,
 - le niveau de contribution attendu (mondial, régional/national, vingtaine de pays à impact élevé),
 - la contribution aux effets et aux objectifs ou fonctions stratégiques.
79. Les prestations fournies seront examinées et modifiées selon les besoins, essentiellement en 2013 pendant l'élaboration du budget 2014-2015.

3. Processus d'examen

80. Le processus d'examen annuel des performances vise à fournir au Comité des Organismes coparrainants et au Conseil de Coordination du Programme une vue d'ensemble claire et simple des progrès et des réalisations par rapport à la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015. Un tableau de bord (illustré ci-après) sera utilisé pour

présenter les progrès par rapport à chaque objectif et à chaque fonction stratégiques à l'aide des indicateurs clés décrits ci-dessus.

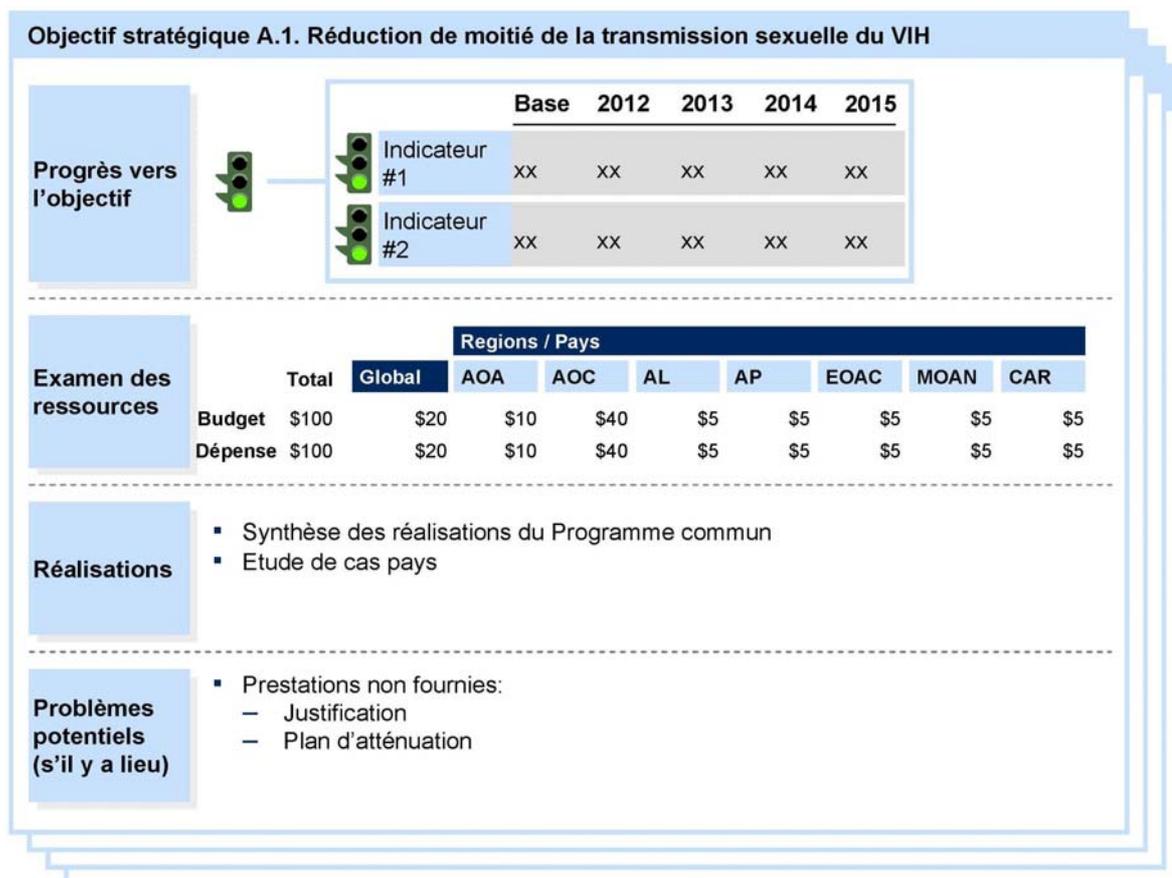


Figure 8 : Exemple de tableau de bord présentant les progrès par rapport aux objectifs et fonctions stratégiques

81. L'examen annuel identifiera également les ressources budgétées et consommées par le Programme commun pour chaque objectif/fonction, un résumé des réalisations communes et des études de cas portant sur des pays ou des régions. Il pointera les objectifs pour lesquels les progrès ne sont pas conformes aux attentes. Dans de tels cas, une analyse des progrès pour les indicateurs de niveau moins élevé, des prestations fournies et des motifs de retard sera communiquée au Comité des Organismes coparrainants et au Conseil de Coordination du Programme ; des plans d'atténuation seront élaborés, reconnaissant éventuellement que les causes des difficultés se situent en dehors du champ de compétence du Programme commun.
82. En plus du processus d'examen annuel, un examen biennal impliquera une évaluation des réalisations des Coparrainants et du Secrétariat par objectif/fonction stratégique, et servira de base à la prochaine allocation du budget de base.
83. L'évaluation des performances des Coparrainants et du Secrétariat sera essentiellement fondée sur des indicateurs et la réalisation des prestations fournies de l'UBRAF. Cela renforce la nécessité, pour les Coparrainants et le Secrétariat, d'élaborer des prestations fournies spécifiques et l'allocation des ressources associée axées sur :
- le rôle en matière d'orientation des activités techniques, normatives et de plaidoyer aux niveaux mondial et régional dans les domaines thématiques où ces

activités sont une priorité claire et influencent les ripostes des pays et l'impact sur les politiques, les programmes et les résultats ;

- la pertinence et la portée de l'expertise technique et des fonctions de base pour faire face aux priorités épidémiques, notamment les capacités, les partenariats stratégiques et l'impact dans les domaines prioritaires et dans des pays spécifiques (par exemple, réduction des risques dans les pays vulnérables à une épidémie de plus en plus alimentée par les consommateurs de drogues injectables) et ;
- le rôle dans l'appui à la mise en œuvre de stratégies de lutte contre le sida fondées sur des données probantes dans certains pays et respectant les normes de qualité et de rapport coût-efficacité.

84. La façon dont les Coparrainants et le Secrétariat allouent leurs ressources UBRAF de base aux prestations fournies devra illustrer l'impact spécifique que chaque Coparrainant et le Secrétariat peuvent obtenir aux niveaux mondial, régional et national.

85. Dans le cadre du processus d'examen, et en complément du principal mécanisme de mesure des performances (prestations fournies de l'UBRAF), le montant des fonds mobilisés et leur utilisation seront également examinés.

4. BUDGET ET ALLOCATION DES RESSOURCES

86. L'UBRAF 2012-2015 répond à de nouvelles orientations en matière de planification, de gestion et de compte rendu sur les ressources afin de tenir compte (i) de l'ordre du jour mondial de l'ONUSIDA, (ii) des principaux rôles et responsabilités au niveau régional, (iii) de la promotion de la riposte au sida à l'échelon des pays par le biais de la réforme en action des Nations Unies, et (iv) de la concentration de l'action sur une vingtaine de pays où l'on peut avoir un impact majeur sur l'épidémie. Le budget couvre aussi les fonctions de gestion, c'est-à-dire les services centraux d'appui du Secrétariat de l'ONUSIDA. Dans la mesure du possible, la formulation de l'UBRAF a été alignée sur les processus de planification et d'élaboration des budgets des Coparrainants.

A. PORTÉE, NIVEAU ET STRUCTURE

1. Portée du budget

87. L'UBRAF est conçu pour catalyser l'appui aux programmes nationaux de riposte au sida. C'est un véhicule destiné à transformer la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA en actions et à dynamiser les activités en direction de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH dans les pays – conformément à l'énoncé de mission de l'ONUSIDA (voir p. 13). Ayant pour objectif de catalyser le combat contre le sida à l'échelon des pays, l'UBRAF mobilise et exploite des financements venant des ressources propres des Coparrainants et d'autres programmes de riposte au sida qui sont essentiels pour atteindre les objectifs de la Stratégie 2011-2015 du Programme commun.

88. Depuis sa mise en place, le budget de l'ONUSIDA a principalement couvert les activités du Secrétariat de l'ONUSIDA. Cela résulte du fait qu'il est basé sur la Résolution fondatrice 1994/24 de l'ECOSOC qui stipule que « les organismes coparrainants fourniront les ressources nécessaires » et que « les fonds nécessaires pour financer les activités au niveau des pays seront obtenus pour

l'essentiel au moyen des mécanismes d'appel de fonds dont disposent les organismes coparrainants. Les fonds seront acheminés conformément aux mécanismes et méthodes de paiement de chaque organisme ».

89. Pour avoir une vision complète des financements alloués à la riposte au sida par le système des Nations Unies, il convient de savoir que l'UBRAF intègre deux catégories de financements : les fonds de base traditionnellement mobilisés par le Secrétariat de l'ONUSIDA et les autres fonds alloués au VIH mobilisés par les Coparrainants eux-mêmes. Au total, le budget de base de l'UBRAF représentera environ 12 % de l'estimation totale des fonds qui seront gérés par les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA en 2012-2013 et consacrés à des activités spécifiques de riposte au sida, comme indiqué dans la figure suivante.

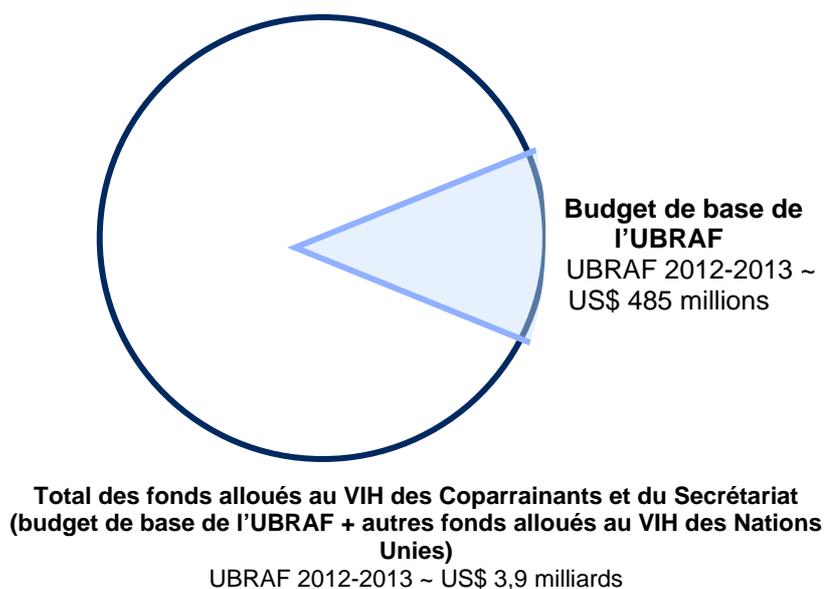


Figure 9 : Deux catégories de financements au sein de l'UBRAF : fonds de base et autres fonds alloués au VIH

2. Niveau du budget

90. Compte tenu des problèmes actuels de financement et malgré l'expansion du Programme commun et de ses priorités, il a été proposé que le budget de base de l'UBRAF soit maintenu au même niveau pour les deux prochaines années – à environ US\$ 485 millions – comme au cours des précédents exercices biennaux (2008-2009 et 2010-2011). Maintenir la croissance nominale du budget de base à zéro pendant six ans signifie une contraction de celui-ci en termes réels dans la mesure où il n'y a pas de réévaluation des coûts pour tenir compte de l'inflation et de la dépréciation du dollar américain, devise de référence du budget, par rapport à d'autres devises dans lesquelles les dépenses sont exprimées, en particulier le franc suisse.
91. Dans le passé, le Secrétariat a aussi mobilisé des fonds extrabudgétaires pour un montant d'environ US\$ 65 millions par exercice biennal pour des activités à l'échelon des pays et des domaines de travail clés non couverts par le Budget-plan de travail intégré. Pour fournir un soutien de même ampleur que par le passé, il est proposé de maintenir un montant flexible de fonds hors budget de base tout le long de l'exercice biennal 2012-2013 et d'opérer une transition pendant la durée de l'UBRAF afin d'intégrer ces fonds et les activités associées au budget de base du

Secrétariat. Ces ressources seront utilisées pour apporter un soutien à la réalisation des objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA et ce processus conduira à une planification et une gestion plus complètes des ressources, une transparence et une responsabilisation accrues.

3. Structure

92. Sur la base des orientations du Conseil de Coordination du Programme, du sous-comité du Conseil et des retours d'information des parties prenantes, l'UBRAF a été formulé pour mettre en évidence la contribution de l'ONUSIDA à la Stratégie 2011-2015. Les ressources du Programme commun sont présentées par rapport à des orientations et des fonctions stratégiques, et réparties sur deux cycles budgétaires de deux ans (2012-2013 et 2014-2015) examinés chaque année.
93. La structure spécifique du budget se compose de :
- Deux grandes catégories budgétaires – 'Secrétariat' et 'Coparrainants' – avec une ventilation supplémentaire pour montrer les ressources de chaque Coparrainant.
 - Deux types de financement – 'fonds de base' et 'autres fonds alloués au VIH' – les seconds représentant les fonds alloués à la riposte au sida mobilisés par les Coparrainants eux-mêmes à l'échelon des pays, au plan régional et au niveau mondial.
 - Deux principaux niveaux de financement – 'au niveau mondial' et 'au niveau régional/national', avec une ventilation supplémentaire par région et une concentration des fonds sur une vingtaine de pays où l'impact est élevé et d'autres pays.
 - Deux catégories de coûts pour le budget du Secrétariat – 'activités de développement' et 'fonctions de gestion', c'est-à-dire services centraux d'appui, pour améliorer la transparence et la responsabilisation.

B. ALLOCATION DES RESSOURCES

94. L'élaboration du budget et l'allocation des ressources répondent à un processus itératif en deux étapes qui inclut :
- une estimation des besoins de ressources et une allocation des ressources, et
 - une définition détaillée des ressources et des prestations fournies associées.
95. La figure suivante illustre la manière dont ces deux étapes s'intègrent dans le cycle de planification de quatre ans et le cadre global des résultats et des responsabilités.

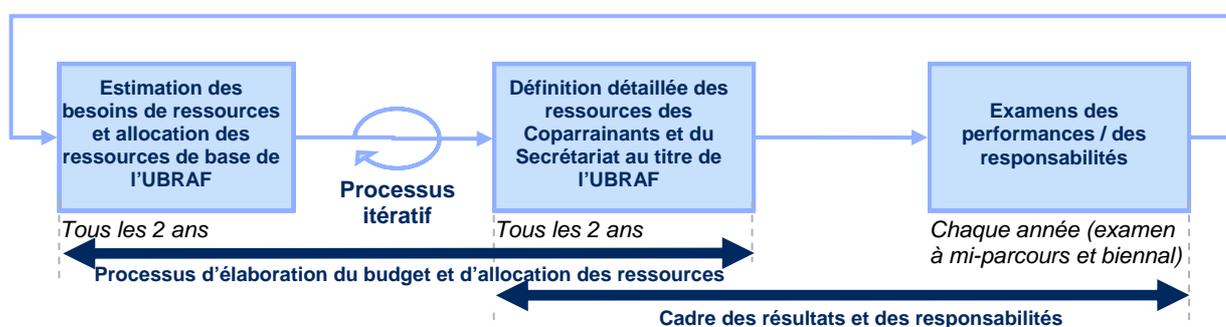


Figure 10 : Processus en deux étapes d'élaboration du budget et d'allocation des ressources

1. Estimation et allocation des ressources

96. Sur la base des effets, des produits et des prestations fournies recensés dans le cadre du processus de l'UBRAF, les Coparrainants et le Secrétariat ont estimé des besoins de ressources au niveau du budget de base et évalué les autres ressources allouées au VIH qu'ils espèrent mobiliser sur les deux prochaines années.
97. L'allocation des ressources de base a été orientée par les décisions, recommandations et conclusions des 25^{ème} et 26^{ème} réunions du Conseil de Coordination du Programme selon lesquelles :
- « les décisions du Directeur exécutif relatives à l'allocation des fonds du Budget-plan de travail intégré entre les 11 organismes (Coparrainants et Secrétariat) sont fondées sur les priorités épidémiques et les avantages comparatifs des Nations Unies »* et
- « l'allocation des fonds [du Budget-plan de travail intégré] mobilisés par l'intermédiaire du Secrétariat ne devrait plus être basée sur des droits et des augmentations proratisées, mais sur les priorités épidémiques, la performance des coparrainants et les fonds que chaque Coparrainant mobilise ».*
98. Les critères spécifiques utilisés pour déterminer l'allocation des ressources sont inclus ci-dessous :
- A. *Qualité d'ensemble des soumissions à l'UBRAF*
- Pertinence des propositions pour la réalisation des objectifs de la Stratégie
 - Clarté du rôle normatif, technique, de conseil, de plaidoyer et/ou de renforcement des capacités
 - Spécificité et mesurabilité des prestations fournies mentionnées dans les propositions
- B. *Priorité aux pays*
- Caractère central des pays et priorité aux résultats à l'échelon des pays
 - Prise en compte des priorités régionales et appui à une vingtaine de pays où l'impact est élevé
 - Présence et capacités à aider à la mise en œuvre dans les pays
- C. *Engagement*
- Mobilisation et exploitation des ressources pour la riposte au sida
 - Participation à une riposte commune contre le sida, partenariats et performances passées
 - Intégration de la question du sida au niveau interne et aux autres OMD.

2. Allocation des ressources au niveau mondial, au plan régional et à l'échelon des pays

99. Bien que les activités aient lieu aux niveaux mondial, régional et national, toute intervention de l'ONUSIDA doit au final se traduire par des résultats à l'échelon des pays. L'allocation des ressources entre le niveau mondial et le niveau régional/national tient compte de cela pour garantir un retour sur investissement maximal. Actuellement, 60 % des ressources de base du Budget-plan de travail intégré (environ US\$ 485 millions par exercice biennal) sont dépensés au niveau régional et national, et le solde au niveau mondial.

100. Sur les deux prochains exercices biennaux, l'objectif est d'accroître le montant des ressources de base de l'UBRAF dépensées au niveau régional et national à 70 % pour maximiser l'impact de toutes les ressources des Coparrainants et du Secrétariat allouées à la riposte contre le sida :

	Prévention	Traitement, soins et appui	Droits humains et égalité des sexes	Leadership, coordination et responsabilisation	Allocation du budget
Niveau au mondial	Plaidoyer, fonctions normatives, élaboration des politiques, partenariats				30% → 40%
Niveau régional	Appui au renforcement des capacités, au plaidoyer, technique et à la mise en œuvre				
Pays où l'impact est élevé	Plus de 20 pays, Appui supplémentaire par le biais des équipes conjointes et des programmes communs				60% → 70%
Tous pays	Ensemble essentiel d'appuis, d'outils et de ressources				

Figure 11 : Allocations actuelles et ciblées des ressources de base de l'UBRAF

101. Pour les pays, l'allocation des ressources de l'UBRAF sera basée sur les priorités épidémiques, les besoins, l'impact potentiel des financements ainsi que sur des questions telles que le rôle de la société civile dans la fourniture de services, en particulier dans les domaines des soins et de l'appui. Des critères spécifiques pour déterminer l'allocation des ressources du Secrétariat de l'ONUSIDA à l'échelon des pays sont présentés ci-dessous :

- *Critère 1 : Score de gravité du VIH (composite de variables)* – qui inclut l'incidence du VIH, la prévalence, le nombre de personnes vivant avec le virus et l'indice de développement humain
- *Critère 2 : Nombre de membres du personnel dans un bureau de pays* – pour s'assurer que les ressources sont orientées là où elles peuvent être exploitées au mieux
- *Critère 3 : Classification des pays par revenu sur la base de la classification de la Banque mondiale* – pour fournir une indication de la proportion dans laquelle et du niveau auquel l'aide financière peut être nécessaire
- *Critère 4 : Facteur d'ajustement basé sur les épidémies concentrées* – pour prendre en compte des caractéristiques épidémiques spécifiques (ex : CDI) alors que la prévalence globale pourrait être faible, et
- *Critère 5 : Disponibilité d'autres fonds alloués au VIH (PEPFAR, Fonds mondial, ressources internes aux pays)* – pour identifier la nature catalytique et multiplicatrice des ressources de l'UBRAF.

102. De plus, des financements seront fournis aux équipes conjointes des Nations Unies sur le sida et aux programmes communs d'appui pour intensifier l'action dans des pays spécifiques où l'impact est élevé. Il convient de noter que dans un certain

nombre de ces pays, l'ONUSIDA n'augmentera pas ses propres financements ou ne plaidera pas pour une augmentation des financements internationaux, mais plutôt pour une augmentation des financements nationaux et une plus grande mobilisation des ressources nationales.

3. Définition détaillée des ressources de base de l'UBRAF

103. Les ressources de base de l'UBRAF 2012-2015 sont en grande majorité destinées à ce que l'on peut définir comme des *activités de développement*. Celles-ci contribuent à la fourniture effective de résultats et incluent (i) des actions dont les budgets sont liés à des activités spécifiques, qui contribuent à la réalisation des objectifs stratégiques de l'UBRAF, et (ii) des activités de nature normative, de conseil en matière de politiques, techniques et de mise en œuvre qui sont nécessaires pour la réalisation des objectifs du Programme commun et les produits de l'UBRAF.
104. Pour le Secrétariat, les activités de développement incluent les travaux au niveau mondial ainsi que les travaux des sept équipes d'appui aux régions et des 85 bureaux de pays, ce qui représente environ les quatre cinquièmes du budget du Secrétariat.
105. Outre les activités de développement, l'UBRAF inclut des *fonctions de gestion*, c'est-à-dire des *services centraux d'appui* du Secrétariat, qui sont nécessaires pour un fonctionnement harmonieux du Programme commun afin de garantir l'obtention de résultats. Les coûts d'appui au programme ou les frais généraux administratifs facturés par les Coparrainants pour les ressources de base de l'UBRAF qu'ils reçoivent par l'intermédiaire du Secrétariat de l'ONUSIDA représentent de 5 à 13 %.
106. Les services centraux d'appui couvrent la gestion des ressources humaines, les questions de budget et financières, les technologies de l'information et de la communication, et les services administratifs, ainsi que les coûts de fonctionnement des bureaux. On accorde une attention particulière à l'amélioration du rapport coût-efficacité et de l'efficacité de l'appui et des services afin de s'assurer que les ressources sont bien allouées là où elles peuvent avoir l'impact le plus fort.
107. L'une des principales composantes dans le domaine de la gestion des ressources humaines est l'alignement des dotations en personnel du Secrétariat aux niveaux mondial, régional et national sur la vision, la mission et la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2011-2015. Un examen complet est en cours pour élaborer une stratégie de gestion des ressources humaines garantissant un déploiement optimal des effectifs et des compétences à tous les niveaux, une réduction des charges opérationnelles et un renforcement de la concentration de l'action à l'échelon des pays. Cette stratégie, qui fera l'objet d'un compte rendu pour le Conseil de Coordination du Programme lors de sa 29^{ème} réunion, fera partie intégrante de la mise en œuvre de l'UBRAF 2012-2015 UBRAF et permettra de s'assurer que le Secrétariat reste « en position d'atteindre » les objectifs de la Stratégie.
108. S'agissant des questions de budget et financières, le rôle du Secrétariat est non seulement de gérer ses propres fonds mais aussi les ressources mobilisées pour et virées aux Coparrainants, lesquelles représentent environ un tiers du budget de base de l'UBRAF. Cela recouvre la planification commune des ressources (c'est-à-dire l'élaboration de l'UBRAF) ainsi que les activités de suivi et de compte rendu – au Conseil de Coordination du Programme – de la mise en œuvre de toutes les

ressources (budget de base et fonds hors budget de base) gérées par les Coparrainants et le Secrétariat, afin de garantir une responsabilisation mutuelle.

109. Accroître l'efficacité et l'efficience du Programme commun requiert aussi des investissements continus dans les technologies de l'information et de la communication – qui font partie intégrante des services centraux d'appui. Cela inclut des outils pour l'information stratégique et la gestion des connaissances dans le but (i) de suivre la situation de l'épidémie, la riposte et les acteurs impliqués, et de fournir des informations pertinentes presque en temps réel pour permettre les prises de décision, (ii) de suivre les travaux du Programme commun, et (iii) de soutenir l'intégration des efforts de collecte de données sur le VIH de l'ONUSIDA aux efforts d'autres agences des Nations Unies à l'échelon des pays afin d'éviter une duplication des procédures et des travaux.
110. Comme indiqué précédemment, les partenariats sont essentiels pour soutenir la mise en œuvre de la Stratégie de l'ONUSIDA et il faut de meilleurs outils informatiques pour renforcer l'appui aux partenariats aux niveaux mondial, régional et national. L'accent étant davantage mis sur les personnes et les communautés, y compris les jeunes, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour mettre à profit les réseaux sociaux et autres technologies de communication afin d'entraîner le changement social et de susciter la participation à la riposte au sida. Cela nécessite aussi une modernisation des systèmes d'information, des outils et des processus de communication existants, ce qui a des conséquences budgétaires qui doivent être prises en considération.

C. RÉPARTITION DU BUDGET

111. Conformément aux décisions, recommandations et conclusions du Conseil de Coordination du Programme, l'UBRAF 2012-2015 est divisé en deux cycles budgétaires de 2 ans. En conséquence, les chiffres présentés dans les tableaux et figures suivants ainsi que dans la présentation détaillée du budget sont pour la période 2012-2013.
112. Comme expliqué plus haut, l'UBRAF couvre à la fois les ressources de base et les fonds mobilisés par les Coparrainants eux-mêmes pour des activités spécifiquement liées au VIH, lesquels sont appelés « fonds hors budget de base » ou « autres fonds alloués au VIH ». Le tableau suivant présente le budget de base de l'UBRAF ainsi que les fonds hors budget de base que les Coparrainants et le Secrétariat devraient mobiliser pendant le prochain exercice biennal :

Tableau 1 : Vue d'ensemble des ressources des Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA pour la riposte au sida (en US\$)

Types de fonds	Ressources estimées	%
Fonds de base	484 820 000	12 %
Autres fonds alloués au VIH	3 403 911 000	88 %
Total général	3 888 731 000	100 %

113. Les fonds alloués à la riposte au sida que les Coparrainants et le Secrétariat devraient mobiliser pendant le prochain exercice biennal – US\$ 3,4 milliards en plus du budget de base de l'UBRAF – sont spécifiquement destinés à la lutte contre le VIH et n'incluent pas les financements d'activités intégrant le VIH comme

composante ou ceux qui soutiennent les ripostes au VIH de façon plus générale et font indirectement progresser le combat contre le sida.

114. Les sections suivantes présentent l'allocation des fonds de base de l'UBRAF et des fonds hors budget de base par :

1. Orientation et fonction stratégique
2. Niveau mondial, pays où l'impact est élevé et autres pays
3. Coparrainants
4. Secrétariat

1. Ressources allouées aux orientations et fonctions stratégiques

115. Les tableaux suivants montrent une répartition des ressources de base de l'UBRAF par orientation stratégique et fonction stratégique.

Tableau 2 : Allocation du budget de base par orientation stratégique (en US\$)

Orientation stratégique	Ressources de base	%
Prévention	82 225 700	53 %
Traitement, soins et appui	46 484 500	30 %
Droits humains et égalité des sexes	26 297 300	17 %
Total général	155 007 500	100 %

116. Conformément à la Matrice de division du travail (anciennement Matrice de répartition des tâches), les Coparrainants ont principalement budgétisé leurs fonds par rapport à des objectifs et des orientations stratégiques, alors que les ressources du Secrétariat sont budgétées par rapport à des fonctions stratégiques – lesquelles contribuent aussi à la réalisation des objectifs stratégiques.

Tableau 3 : Allocation du budget de base par fonction stratégique (en US\$)

Fonction stratégique	Ressources de base	%
Leadership et plaidoyer	131 870 800	40 %
Coordination, cohérence et partenariats	104 738 200	32 %
Responsabilisation mutuelle	93 203 500	28 %
Total général	329 812 500	100 %

117. Il est important de ne pas perdre de vue que le budget de base de l'UBRAF ne représente qu'une vision partielle et donc incomplète des travaux des Coparrainants et du Secrétariat de l'ONUSIDA. Pour comprendre pleinement le rôle catalyseur et multiplicateur du budget de base de l'UBRAF, il convient de prendre en compte les autres fonds alloués au VIH des Coparrainants (et du Secrétariat). La figure suivante présente les fonds totaux alloués au VIH des Coparrainants et du Secrétariat par orientation et fonction stratégique ; on notera que plus de 50 % des ressources totales estimées sont consacrées à la prévention du VIH.

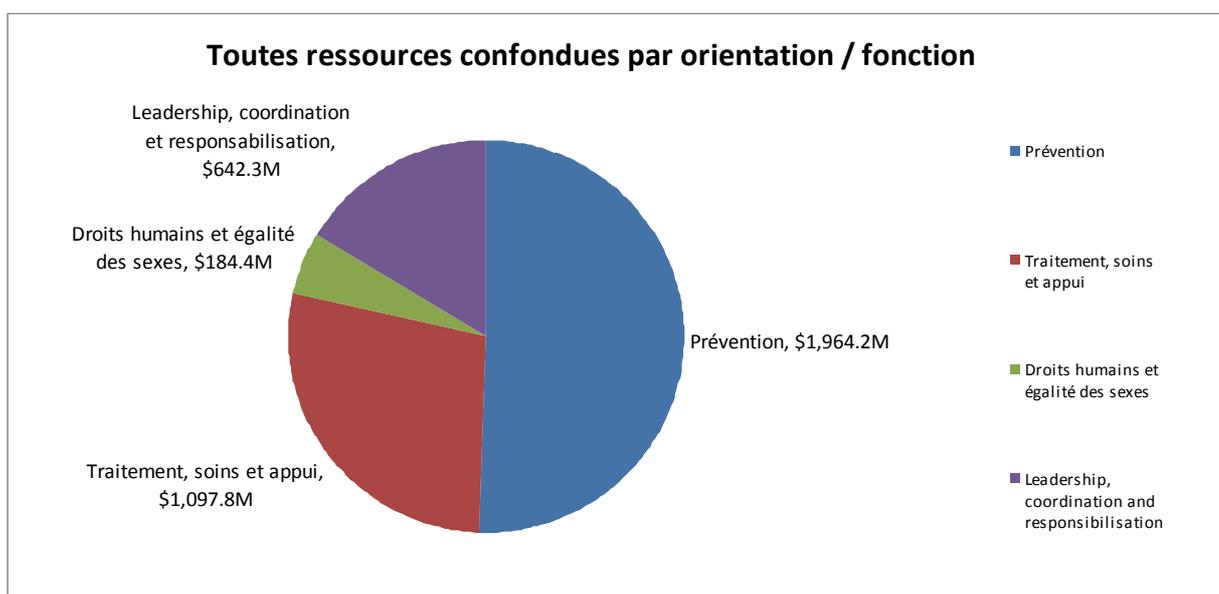


Figure 12 : Fonds du budget de base et fonds hors budget de base par orientation et fonction stratégique (en millions US\$)

118. La catégorie « droits humains et égalité des sexes » reçoit une part de fonds visiblement plus faible que les autres orientations et fonctions stratégiques, ce qui peut s'expliquer par le fait que les activités du Secrétariat dans ces domaines sont incluses dans la catégorie « leadership, coordination et responsabilisation » et que des activités relatives aux droits humains et à l'égalité des sexes sont aussi intégrés et incluses dans les budgets alloués à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui.

2. Ressources allouées aux activités au niveau mondial, dans les pays où l'impact est élevé et dans les autres pays

119. Le tableau suivant présente la répartition des fonds de base de l'UBRAF alloués aux activités au niveau mondial, dans les pays où l'impact est élevé et dans tous les autres pays en 2012-2013.

Tableau 4 : Budget de base alloué au niveau mondial, dans les pays où l'impact est élevé et dans d'autres pays (en US\$)

Niveau de financement	Ressources de base	%
Niveau mondial	192 393 700	40 %
Vingtaine de pays où l'impact est élevé	98 942 900	20 %
Tous les autres pays	193 483 400	40 %
Total général	484 820 000	100 %

120. Alors que, comme indiqué plus haut, le but est d'atteindre un objectif de 30 % sur les deux prochains exercices biennaux, environ 40 % des ressources de base globales de l'UBRAF sont actuellement allouées aux activités de leadership et de plaidoyer, aux fonctions normatives et à l'élaboration de politiques au niveau mondial. Cependant, lorsque l'on prend en compte toutes les ressources des Coparrainants et du Secrétariat, une partie beaucoup plus petite (environ 7 %) va à des activités au niveau mondial, comme illustré dans la figure suivante :

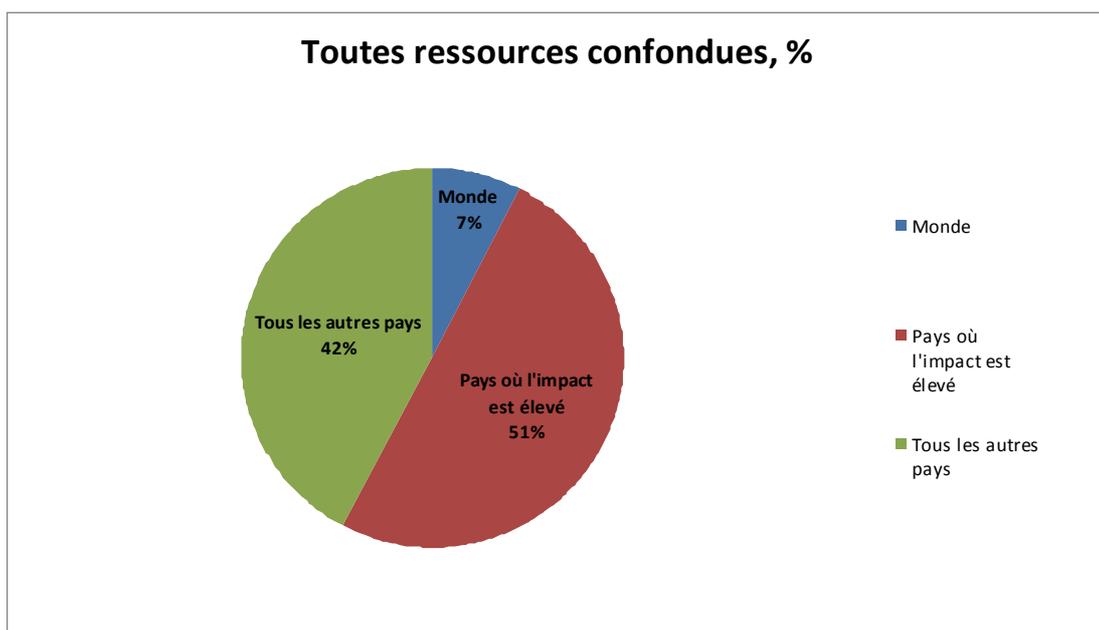


Figure 13 : Ressources totales allouées au niveau mondial, dans les pays où l'impact est élevé et dans les autres pays (%)

121. La proportion des fonds alloués aux pays où l'impact est élevé est dans une large mesure gonflée par les prêts et subventions de US\$ 1,8 milliard de la Banque mondiale.
122. Le tableau 5 montre les ressources réparties entre le niveau mondial, les pays où l'impact est élevé et tous les autres pays.

Tableau 5 : Budget total au niveau mondial, pour les pays où l'impact est élevé et les autres pays (en US\$)

Copar-rainant	Monde	Vingtaine de pays où l'impact est élevé	AP (tous les autres)	CAR (tous les autres)	EOAC (tous les autres)	AOA (tous les autres)	AL (tous les autres)	MOAN (tous les autres)	AOC (tous les autres)	TOTAL
HCR	7 903 400	5 403 800	2 168 700	221 200	546 100	4 262 900	705 200	1 389 200	3 699 500	26 300 000
UNICEF	13 476 200	226 386 100	25 587 700	8 689 300	12 464 400	42 239 500	10 026 800	8 756 400	29 333 600	376 960 000
PAM	6 071 800	166 303 100	8 705 000	162 600	162 600	43 823 100	8 705 100	0	33 216 700	267 150 000
PNUD	16 062 200	272 766 300	22 580 800	10 720 700	23 728 400	124 766 800	4 893 800	64 424 700	23 256 300	563 200 000
UNFPA	12 122 800	15 132 300	19 675 900	5 140 500	10 262 700	26 898 500	7 815 800	6 227 000	15 284 500	118 560 000
UNODC	5 613 000	19 753 000	8 312 200	1 879 100	7 903 600	4 324 300	3 826 300	6 906 500	3 278 000	61 796 000
OIT	7 682 400	7 748 200	3 346 800	1 859 400	2 053 400	5 593 800	2 231 100	1 487 900	2 797 000	34 800 000
UNESCO	9 066 100	19 635 800	2 625 600	291 300	1 430 800	2 643 400	1 662 400	982 300	1 907 300	40 245 000
OMS	62 739 500	69 832 600	26 828 600	0	14 059 100	10 447 000	8 129 600	12 797 100	16 566 500	221 400 000
Banque mondiale	1 400 000	1 086 959 900	213 892 400	21 029 600	12 436 000	170 992 500	29 901 200	3 389 600	272 998 800	1 813 000 000
Secrétariat	146 620 000	70 300 000	23 522 000	13 798 200	10 457 800	31 147 100	11 176 000	13 361 200	44 937 700	365 320 000
Total général	288 757 400	1 960 221 100	357 245 700	63 791 900	95 504 900	467 138 900	89 073 300	119 721 900	447 275 900	3 888 731 000

3. Ressources allouées aux Coparrainants

123. Le tableau 6 suivant présente les allocations de base allouées aux Coparrainants pour 2012-2013. Les allocations des deux derniers exercices biennaux sont indiquées à titre comparatif.

Tableau 6 : Répartition du budget de base par coparrainant (en US\$)

Coparrainant	Allocation de base initiale 2008-2009*	Allocation de base initiale 2010-2011*	Allocation de base proposée 2012-2013	Part 2012-2013
HCR	6 400 000	8 500 000	9 800 000	6 %
UNICEF	20 800 000	23 950 000	24 000 000	15 %
PAM	7 000 000	8 500 000	9 800 000	6 %
PNUD	13 760 000	17 010 000	17 200 000	10 %
UNFPA	18 200 000	20 975 000	21 000 000	13 %
UNODC	9 500 000	11 475 000	11 500 000	7 %
OIT	9 500 000	10 950 000	9 800 000	6 %
UNESCO	10 600 000	12 300 000	12 400 000	8 %
OMS	26 500 000	31 900 000	35 000 000	21 %
Banque mondiale	12 410 000	15 410 000	14 000 000	9 %
Total	134 670 000	160 970 000	164 500 000	100 %

* Les montants représentent les allocations de base des Coparrainants sans les fonds d'accélération programmatique ni d'autres fonds interinstitutions.

Le tableau suivant présente les allocations du budget de base de l'UBRAF 2012-2013 ainsi que les autres fonds alloués au VIH des Coparrainants et du Secrétariat.

Tableau 7 : Répartition du budget de base et de tous les fonds hors budget de base des Coparrainants (en US\$)

Organisme	Budget de base de l'UBRAF 2012-2013	Autres fonds alloués au VIH 2012-2013	Total
HCR	9 800 000	16 500 000	26 300 000
UNICEF	24 000 000	352 960 000	376 960 000
PAM	9 800 000	257 350 000	267 150 000
PNUD	17 200 000	546 000 000	563 200 000
UNFPA	21 000 000	97 560 000	118 560 000
UNODC	11 500 000	50 296 000	61 796 000
OIT	9 800 000	25 000 000	34 800 000
UNESCO	12 400 000	27 845 000	40 245 000
OMS	35 000 000	186 400 000	221 400 000
Banque mondiale	14 000 000	1 799 000 000	1 813 000 000
Secrétariat	320 320 000	45 000 000	365 320 000
Total général	484 820 000	3 403 911 000	3 888 731 000

124. Les montants budgétés indiqués dans la catégorie 'Autres fonds alloués au VIH' des Coparrainants correspondent aux meilleures estimations de ces derniers et tiennent compte du niveau le plus récent de leurs budgets réguliers et des appels de fonds volontaires. Ces estimations budgétaires sont susceptibles d'être modifiées lorsque les Coparrainants établiront chacun leur plan de travail individuel, affineront et approuveront leurs propres budgets et mobiliseront des fonds. Toutes les ressources indiquées sont 'spécifiquement allouées au VIH' et n'incluent pas les financements d'activités intégrant le VIH comme composante ou ceux qui soutiennent la riposte au VIH de façon plus générale et font indirectement progresser le combat contre le sida.
125. Notes complémentaires :
- i) Concernant le PNUD, l'estimation des autres fonds alloués au VIH inclut des fonds du Fonds mondial consacrés à la lutte contre le VIH (environ US\$ 450 millions) ainsi que d'autres fonds spécifiquement alloués à la riposte au VIH (environ US\$ 96 millions).
 - ii) Les financements de l'AID et de la BIRD de la Banque mondiale pris en compte dans les autres fonds pour environ US\$ 1,8 milliard sont des prêts et des subventions spécifiquement alloués à la riposte au VIH.
 - iii) Concernant l'UNICEF, les chiffres inclus dans la catégorie 'Autres fonds' n'incluent pas les charges relatives à environ 131 postes équivalents plein temps au siège, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays – qui sont financées sur les ressources propres de l'UNICEF.
 - iv) Pour le PAM, le montant intègre tous les coûts alimentaires, y compris les transferts monétaires et les tickets-restaurant le cas échéant, plus les coûts de mise en œuvre. Ces activités entrent dans le cadre des opérations de développement spécifiquement liées au VIH/à la tuberculose, des opérations prolongées de secours ou des opérations d'urgence du PAM.
 - v) Le soutien de l'OMS pour l'Initiative OMS/ONUSIDA sur les vaccins est inclus dans l'UBRAF, mais comme les activités sont majoritairement mondiales par nature, les fonds ne seront pas assujettis à la répartition 30/70 entre les activités mondiales et régionales/nationales.
 - vi) Concernant le Secrétariat, le montant inclut US\$ 30 millions pour les activités des Coparrainants et du Secrétariat relatives à une intensification de l'action dans les pays où l'impact est élevé par l'intermédiaire des équipes conjointes des Nations Unies et des programmes commun d'appui.
126. Comme indiqué précédemment, le budget de base de l'UBRAF joue un rôle central pour catalyser et orienter un montant significatif d'« autres fonds alloués au VIH » mobilisés par les Coparrainants pour soutenir l'action nationale et communautaire contre le VIH. Les données de l'an dernier du PAM, du PNUD et de l'UNICEF indiquent qu'environ 22 % de leurs 'autres fonds alloués au VIH' combinés (environ US\$ 106 millions) ont été acheminés par le biais d'ONG nationales, environ 14 % (US\$ 67 millions) par le biais d'ONG internationales et environ 28 % (US\$ 133 millions) par le biais des gouvernements. Les 35 % restants ont été utilisés à différentes autres fins, en particulier l'achat de biens pour le traitement du VIH et de préservatifs, et pour l'aide alimentaire. Voir la figure 8 ci-dessous.

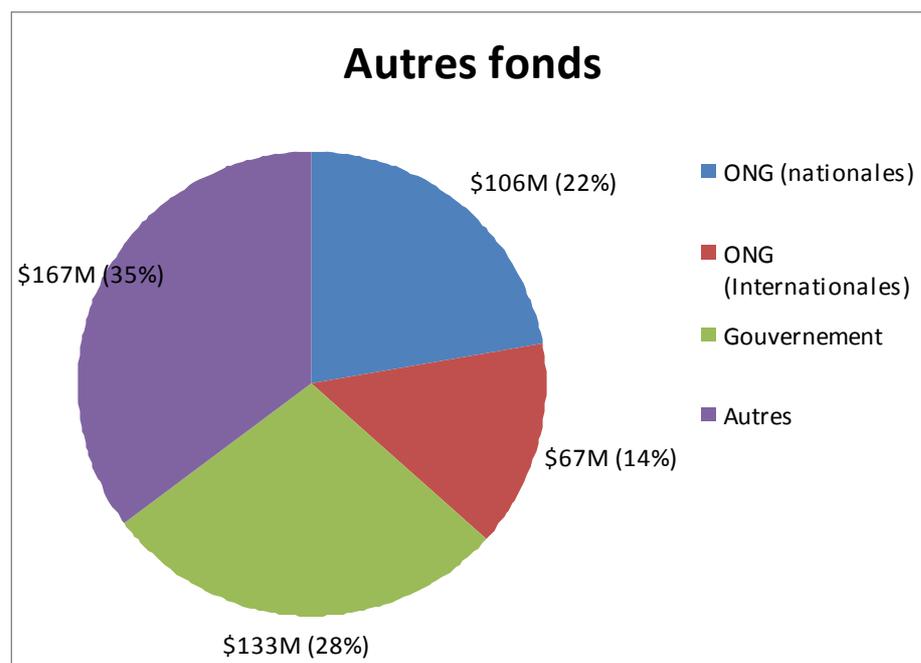


Figure 14 : Répartition des fonds hors budget de base du PAM, de l'UNICEF et du PNUD en 2010 (en millions US\$ et en % du total)

4. Budget du Secrétariat

127. Pour l'exercice biennal actuel, les budgets de base de tous les Coparrainants ont été augmentés. Cela résulte d'une diminution des budgets gérés par le Secrétariat et d'une allocation de montants correspondants aux Coparrainants. En 2012-2013 et comme demandé par le Conseil de Coordination du Programme, les ressources de base ont été allouées en tenant compte des priorités épidémiques (en fonction du lieu où et de la manière dont la riposte au VIH peut avoir l'impact le plus important), de la performance et des fonds que chaque Coparrainant mobilise, plutôt que par rapport à des allocations antérieures ou des augmentations proratisées. La part du Secrétariat dans le budget de base de l'UBRAF reste au même niveau que dans l'exercice biennal en cours.
128. Alors que les travaux du Secrétariat contribuent – et sont en fait essentiels – à la mise en œuvre réussie de la Stratégie de l'ONUSIDA et à la réalisation de tous les objectifs stratégiques, le budget du Secrétariat a, conformément à la Matrice de division du travail (anciennement Matrice de répartition des tâches), été établi autour des fonctions stratégiques de leadership, de coordination et de responsabilisation. Comme indiqué plus haut, le budget du Secrétariat peut être réparti entre les activités programmatiques ou de développement et les fonctions de gestion ou services centraux d'appui. La figure suivante fournit la ventilation du budget de base du Secrétariat.

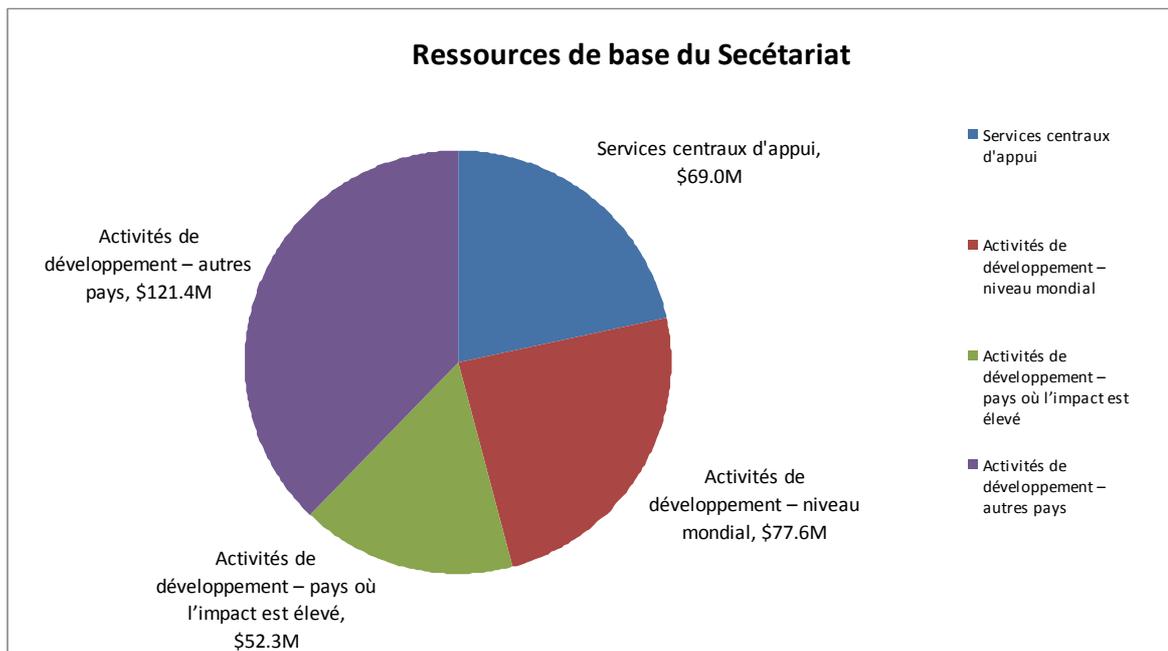


Figure 15 : Répartition du budget de base du Secrétariat (en millions US\$)

La Section II de l'UBRAF inclut une présentation détaillée du budget.

5. VUE D'ENSEMBLE DES TRAVAUX DANS LES RÉGIONS

Les pages suivantes présentent une vue d'ensemble des priorités et des résultats régionaux qui correspondent aux 10 objectifs stratégiques de la Stratégie de l'ONUSIDA. Ces priorités ont été élaborées dans le cadre de consultations au sein de chaque région et sont représentatives de la manière dont le Programme commun vise à atteindre ses objectifs dans chacune d'entre elles. Il est important de noter que les 10 objectifs stratégiques ne sont pas recensés dans chaque région mais plutôt que les objectifs sont hiérarchisés en fonction de la nature des épidémies dans les différentes régions.

A. ASIE ET PACIFIQUE

Épidémies de VIH et problèmes régionaux

129. Les épidémies sont encore pour la plupart concentrées et l'on recense la prévalence la plus élevée parmi les personnes qui consomment des drogues injectables, les professionnelles du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Habituellement, les épidémies en Asie débutent par une propagation rapide du VIH dont le niveau explose parmi les consommateurs de drogues injectables lorsque le partage des aiguilles et des seringues est une pratique largement répandue. Les données indiquent que les consommateurs de drogues injectables pratiquent le commerce du sexe (comme clients et en se prostituant) et que cela favorise la diffusion du virus parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, et accélère la propagation du VIH parmi ces populations plus importantes. De ce fait, les ripostes dans la région Asie et Pacifique doivent être massivement axées sur les populations clés si l'on veut accroître et pérenniser les progrès.
130. Les progrès en matière d'accès universel à une prévention à impact élevé sont restés lents ou instables dans de nombreux pays, en particulier parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe indirect(e)s et les clients. Les obstacles juridiques et liés aux politiques aux niveaux national et local continuent dans de nombreux pays de contrarier le développement des services de prévention destinés aux populations clés ; par ailleurs, les dépenses de prévention consacrées à ces populations sont inappropriées. La stabilité des financements est partiellement due à l'insuffisance des contributions nationales de la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire de la région et l'évolution récente de la situation financière mondiale menace le maintien d'un accès continu à des médicaments abordables, l'élargissement et l'intensification des traitements antirétroviraux, la prévention de la transmission verticale et la couverture de la tuberculose et des hépatites B et C.

Asie et Pacifique		
Bangladesh, Cambodge, Chine, Indonésie (Papouasie), Inde, Maldives, Mongolie, Myanmar, Népal, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Thaïlande, Viet Nam		
Objectif stratégique	Priorité	Produits communs

Asie et Pacifique		
A.1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise à disposition d'informations stratégiques de haut niveau de qualité pour toutes les populations affectées (y compris les jeunes les plus exposés au risque d'infection) afin d'éclairer la programmation et l'élaboration des budgets dans tous les pays. 2. Renforcement des capacités des organisations et des réseaux de populations clés à participer de façon significative aux prises de décisions à tous les niveaux et à lutter contre la stigmatisation et les violations des droits. 3. Élargissement et intensification de la couverture de services de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive de qualité destinés aux groupes vulnérables et à leurs partenaires. 4. Élargissement et intensification des programmes de distribution de préservatifs masculins et féminins (y compris de lubrifiants) en mettant l'accent sur les populations clés et les personnes affectées. 5. Renforcement des capacités et des moyens des Nations Unies, des gouvernements et de la société civile pour intégrer la prévention du VIH ciblant les populations clés de jeunes affectés (15-24) dans les programmes nationaux de riposte au sida.
A.2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en œuvre de stratégies nationales visant à éliminer le VIH chez les nourrissons au moyen des nouvelles directives de prévention de la transmission verticale et d'un cadre conceptuel, avec l'appui technique commun des Nations Unies. 2. Amélioration de l'intégration des services de prise en charge du VIH, de santé maternelle, néonatale et infantile, de santé sexuelle et reproductive, nutritionnels et communautaires, et renforcement de la collaboration. 3. Augmentation des dépistages, des traitements et du suivi du risque de PTME, y compris amélioration de l'accès aux diagnostics et aux traitements antirétroviraux. 4. Renforcement des capacités du secteur de la santé maternelle, néonatale et infantile en matière de prises de décisions relatives à la mise en œuvre et de mobilisation des ressources (notamment l'utilisation des équipes inter pays). 5. Renforcement de la prévention primaire en développant le conseil aux couples et la participation des partenaires des femmes enceintes plus exposées au risque d'infection à VIH.
A.3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues		<ol style="list-style-type: none"> 1. Prise en compte dans les stratégies, politiques et lois nationales de tous les pays de mesures éclairées par le concret de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les personnes qui consomment des drogues. 2. Suivi et évaluation à mi-parcours de l'élaboration et des progrès des stratégies nationales et régionales de réduction des risques pour 2010-2015. 3. Élargissement de la prévention du VIH parmi les consommateurs de stimulants de type amphétaminique et de drogues non injectables, y compris prévention et gestion des overdoses et des hépatites B et C. 4. Mise à disposition et exploitation par les programmes de lutte contre le VIH d'informations stratégiques sur la consommation de drogues, le VIH et l'hépatite C. 5. Harmonisation et coordination des interventions sur le thème drogues et VIH de différents ministères ou agences afin de réduire les chevauchements et d'accroître les synergies et l'efficacité.
B.1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement		<ol style="list-style-type: none"> 1. Élargissement et intensification de la couverture du traitement et des soins dans les milieux où les ressources sont limitées. 2. Déploiement du Traitement 2.0 dans tous les pays de la région. 3. Accroissement du recours au conseil et au test du VIH et garantie d'un aiguillage renforcé vers des services de soins. 4. Identification et suppression des barrières et obstacles structurels à l'accès aux services de traitement du VIH.
Fonctions stratégiques	Priorité	Produits communs
B.2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH		

Asie et Pacifique		
B.3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations		<ol style="list-style-type: none"> 1. Instauration et mise en œuvre d'une protection sociale tenant compte du VIH pour les enfants, les jeunes et les adultes affectés, y compris de droits juridiques, du droit à la santé, à l'éducation et à des moyens de subsistance. 2. Mise en œuvre de mesures de protection sociale éclairées par le concret pour les foyers affectés par le sida dans les pays durement touchés. 3. Élargissement de l'accès à la protection sociale pour les foyers affectés par le VIH et augmentation des fonds parallèlement à une suppression des obstacles par les gouvernements, et intégration des soins et de l'appui dans les propositions soumises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. 4. Inclusion de la couverture du VIH et du sida dans les régimes d'assurance sociale destinés aux travailleurs des secteurs formels dans la région.
C.1. Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes		<ol style="list-style-type: none"> 1. Réforme des lois et réglementations punitives et discriminatoires, et réduction de l'utilisation abusive des lois existantes dans la région. 2. Utilisation efficace des souplesses offertes par l'Accord sur les ADPIC et d'autres approches similaires par les pays de la région afin d'améliorer l'accès à des médicaments et des diagnostics financièrement abordables. 3. Réduction de l'application sélective et de l'utilisation abusive des lois et réglementations existantes en collaborant avec des organismes chargés de l'application des lois. 4. Réforme juridique des réglementations et des lois punitives grâce au plaidoyer d'organes du type ASEAN, SAARC et PIF et d'autres organismes de protection des droits humains. 5. Exploitation pleine et entière des mécanismes de réparation juridique et de compte rendu sur l'impact des lois et réglementations punitives et des violations des droits humains, par les groupes de la société civile et communautaires.
C.2. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions		
C.3. Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH		
C.4. Ne tolérer aucune violence sexiste		
Fonctions stratégiques	Priorité	Produits communs
D1. Leadership et plaidoyer		<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientation de l'ordre du jour et du leadership politique et autre sur les populations clés et renforcement des systèmes de promotion du Traitement 2.0 et du leadership des femmes affectées par le VIH. 2. Renforcement et utilisation de ripostes programmatiques axées sur l'information stratégique dans tous les pays de la région pour améliorer et élargir les programmes.
D2. Coordination, cohérence et partenariats		<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement des ripostes nationales grâce à une action efficace et cohérente du système des Nations Unies à l'appui des actions et du leadership communautaires.

Asie et Pacifique		
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Amélioration et pérennisation de partenariats efficaces et flexibles entre la société civile, le système des Nations Unies et les gouvernements afin d'atteindre l'accès universel et les OMD. 3. Orientation des ripostes des pays grâce à de nouveaux plans stratégiques nationaux correctement ciblés et hiérarchisés, dotés de plans opérationnels dont les coûts ont été évalués. 4. Amélioration des processus stratégiques et des programmes nationaux de lutte contre le sida grâce à des partenariats, des synergies et des mécanismes d'appui technique (y compris les DAT). 5. Développement de mécanismes de protection sociale dans les plans nationaux afin de combler les lacunes au niveau de l'accès universel pour les populations clés affectées. 6. Amélioration de l'efficacité du soutien apporté par les mécanismes d'appui technique de la région à des ripostes nationales au VIH appropriées. 7. Établissement de X réseaux nationaux de populations clés affectées dans la région grâce à l'échange de connaissances et de bonnes pratiques entre communautés. 8. Amélioration et pérennisation de l'accès au traitement et de l'observance de celui-ci grâce à des partenariats externes à la riposte au VIH et augmentation des ressources. 9. Participation d'organisation de la société civile à des services du secteur de la santé et mise en place (par ces organisations) de liaisons entre ces derniers et des services communautaires de traitement antirétroviral, de prise en charge de la tuberculose et de PTME.
D3. Responsabilisation mutuelle		<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration de la responsabilisation mutuelle du programme commun des Nations Unies vis-à-vis de la riposte au VIH dans la région. 2. Élaboration et mise en œuvre d'un cadre de responsabilisation mutuelle basé sur un plan de travail approuvé pour le programme commun régional. 3. Suivi et compte rendu des réalisations et des progrès par les programmes nationaux de riposte au sida (ex : sur l'accès universel et les processus en direction des OMD).

B. CARAÏBES

Épidémies de VIH et problèmes régionaux

131. Les Caraïbes affichent le deuxième plus haut niveau de prévalence du VIH derrière l'Afrique subsaharienne et la population adulte affectée représente environ 1 % de la population totale. La prévalence chez les adultes varie entre les pays de 0,1 % à Cuba à 3 % aux Bahamas ; Haïti et la République dominicaine abritent près de 70 % des personnes vivant avec le VIH des Caraïbes. L'épidémie de VIH est diverse en termes d'ampleur et d'intensité entre les pays, au sein de ceux-ci et entre les groupes de population. Elle touche tous les Caribéens mais continue d'affecter les populations clés de façon disproportionnée. Les femmes et les filles sont de plus en plus vulnérables à l'infection à VIH du fait d'inégalités toujours très marquées entre les sexes. L'ampleur de l'épidémie parmi les transgenres caribéens demeure inconnue.

132. La région est confrontée à un certain nombre de problèmes, notamment une utilisation limitée d'informations stratégiques pour la planification (en particulier parmi les populations clés), un accès insuffisant des populations clés aux services de prise en charge du VIH, des problèmes liés aux droits humains (en particulier la stigmatisation et la discrimination qui limitent l'accès aux services de soins de santé), l'absence de prise en compte des questions de sexospécificité et la vulnérabilité permanente de la région aux catastrophes naturelles. La pérennisation des programmes de riposte au sida est également un problème car les dépenses de lutte contre le VIH sont dans une large mesure financées par des ressources externes. En outre, la région souffre actuellement d'une contraction des

financements externes apportés pour soutenir la riposte au VIH à un moment où les gouvernements caribéens sont confrontés à de graves difficultés budgétaires.

Caraïbes		
Barbade et États caribéens orientaux, Bahamas, Belize, Cuba, République dominicaine, Guyana, Haïti, Jamaïque, Surinam, Trinité-et-Tobago		
Objectif stratégique	Priorité	Produits communs
<p>A.1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement des systèmes de surveillance du VIH, avec finalisation des études sur les modes de transmission et mise à disposition de données sur le VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'autres groupes vulnérables dans 10 pays. 2. Élaboration et mise en œuvre de programmes de prévention du VIH ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans 10 pays, à l'échelon local et au niveau régional. 3. Élargissement et intensification de politiques, de programmes et de services en milieu scolaire et hors milieu scolaire éclairés par le concret, et fourniture de produits dans 12 pays. 4. Mise en place de programmes de prévention du VIH destinés aux professionnel(le)s du sexe (hommes et femmes) dans 10 pays de la région d'ici à 2015. 5. Élaboration et mise en place de programmes de prévention du VIH destinés aux milieux carcéraux et aux personnes qui consomment des drogues dans 10 pays. 6. Mise en place d'une prévention du VIH sur le lieu de travail dans le secteur public et le secteur privé dans 6 pays au moins de l'Organisation des États caribéens orientaux.
<p>A.2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration et application d'ici à 2015 d'une stratégie et d'un plan opérationnel pour mettre en œuvre l'initiative en faveur de l'élimination de la TME. 2. Renforcement des capacités du personnel des services de santé maternelle et infantile, et des services de prise en charge des nouveau-nés dans les domaines de la détection précoce, des soins et du traitement du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes, leurs partenaires et enfants. 3. Renforcement des capacités du personnel des services de santé maternelle, néonatale et infantile afin de fournir des services de qualité aux nourrissons exposés au VIH, y compris un diagnostic précoce conforme au protocole ; renforcement des capacités au niveau communautaire pour fournir des soins et un appui aux enfants affectés. 4. Mise en place d'un mécanisme régional pour la confirmation du diagnostic de TME ou l'enregistrement des cas de TME, fonctionnant avec un système de compte rendu et une base de données régionaux sur la transmission verticale du VIH et d'autres IST d'ici à 2013. 5. Renforcement des capacités à élaborer, mettre en œuvre et maintenir des systèmes de suivi et d'évaluation efficaces dotés d'un ensemble de données de base défini pour la TME du VIH, de la syphilis et d'autres IST.
<p>A.3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues</p>		
<p>B.1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégration dans les plans nationaux de programmes complets d'élargissement et d'intensification des soins et du traitement, et mise en œuvre de ceux-ci dans tous les pays d'ici à 2015. 2. Mise en place de plans de pérennisation financière dans tous les pays d'ici à 2013 (incluant des stratégies de négociation des prix des médicaments et un renforcement des capacités à utiliser les flexibilités de l'Accord sur les ADPIC). 3. Renforcement des capacités du secteur de la santé et de la société civile à élargir et intensifier des activités de conseil et de test reliées à des activités de soins et de traitement, en mettant l'accent sur les populations les plus vulnérables et les plus exposées au risque d'infection.

Caraïbes		
		4. Renforcement des capacités des membres du personnel et des services des programmes nationaux de lutte contre le VIH à fournir des services de « prévention positive » aux personnes vivant avec le VIH, y compris concernant l'observance du traitement.
B.2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH		
B.3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations		
C.1. Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analyse des lois punitives qui traitent des questions relatives aux adolescents, à l'homosexualité, à l'orientation sexuelle, au commerce du sexe, à la consommation de drogues et au statut sérologique VIH pour éclairer une réforme des lois et des politiques dans tous les pays. 2. Élaboration et mise en œuvre de plans de plaidoyer de haut niveau dans 6 pays et au niveau régional. 3. Mise en œuvre d'une stratégie de communication pour favoriser un changement social et des débats dans 11 pays et au niveau régional d'ici à 2015. 4. Conduite du changement social pour soutenir des politiques et un environnement juridique non discriminatoires, par des organisations patronales et de travailleurs de la société civile, des personnes vivant avec le VIH, des groupes confessionnels et d'autres parties prenantes clés. 5. Garantie et promotion de l'accès à des bureaux des droits de l'homme et à des services d'aide juridique pour des groupes vulnérables tels que les migrants, les personnes affectées par des déplacements et en situation d'urgence dans 6 pays au moins.
C.2. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions		
C.3. Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en œuvre d'interventions éclairées par le concret luttant contre la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH, en particulier sur le lieu de travail, dans 6 pays au moins. 2. Renforcement des capacités des mécanismes existants de la société civile à traiter la question du VIH parmi les femmes et les filles, dans 6 pays au moins, y compris des associations de planning familial et des organisations d'employeurs et de travailleurs. 3. Intégration de services de prise en charge de la violence sexiste, du VIH et de santé sexuelle et reproductive dans les services des Ministères de la Santé, les services chargés des questions d'égalité des sexes et le PANCAP. 4. Élargissement de l'accès des femmes et des filles à la prévention, aux soins et au traitement du VIH dans 6 pays au moins, en luttant contre les goulets d'étranglement et les obstacles recensés par la recherche opérationnelle.

Caraïbes		
		5. Mise en œuvre d'une prévention du VIH pour les femmes et les filles dans des situations de conflit, d'après conflit et de déplacement dans 6 pays au moins.
C.4. Ne tolérer aucune violence sexiste		
D1. Leadership et plaidoyer	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement de la lutte contre le VIH dans la région en incluant des questions sensibles à l'ordre du jour de la riposte et en créant des environnements habitants pour celle-ci (ex : groupe consultatif caraïben, groupe pour une révolution de la prévention, etc.). 2. Production d'informations stratégiques régionales sur le VIH pour différents publics afin de prendre des décisions éclairées concernant la riposte au virus. 3. Organisation de 2 dialogues régionaux et de 4 dialogues nationaux sur le financement de la lutte contre le VIH avec les pays et réalisation d'études sur un financement pérenne dans 5 pays. 4. Réalisation d'études sur les modes de transmission dans 6 pays d'ici à 2013. 5. Appui à tous les pays pour intégrer la question du VIH aux processus plus larges des domaines de la santé et du développement d'ici à 2013. 6. Appui aux pays pour élaborer des plans opérationnels et stratégiques basés sur le concert et dont les coûts sont évalués, et pour réaliser des examens d'ici à 2014. 7. Fourniture d'un appui technique en matière de communication et d'information stratégique au PANCAP pour coordonner la riposte au sida.
D2. Coordination, cohérence et partenariats	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fourniture d'un appui technique et de formations aux équipes conjointes des Nations Unies sur le sida dans chaque pays pour mettre en œuvre des programmes communs d'appui alignés sur les priorités stratégiques nationales dans tous les pays d'ici à 2014. 2. Renforcement du groupe des Coparrainants de la région Caraïbes pour appliquer un plan coordonné portant sur les objectifs prioritaires devant être mis en œuvre. 3. Développement d'un réseau de « nouveaux » leaders (composés de femmes et de jeunes) afin d'atteindre les objectifs prioritaires d'ici à 2013. 4. Harmonisation des groupes techniques pour réduire les duplications et les facteurs d'inefficience, et élaborer des plans opérationnels axés sur les objectifs prioritaires.
D3. Responsabilisation mutuelle	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptation et mise en œuvre d'une nouvelle Matrice de division du travail (anciennement Matrice de répartition des tâches) au niveau régional et à l'échelon des pays d'ici à 2015. 2. Suivi de l'engagement au niveau régional et à l'échelon des pays pour obtenir de meilleurs résultats. 3. Appui à tous les pays de la région pour réaliser des examens annuels des programmes communs d'appui. 4. Documentation de l'amélioration de l'efficacité des bureaux de pays de l'ONUSIDA au niveau de la performance des programmes, de la planification des travaux et de l'élaboration des comptes rendus axées sur les résultats (en utilisant le processus d'évaluation des programmes par les bureaux de pays de l'ONUSIDA).

C. AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE

Épidémies de VIH et problèmes régionaux

133. La région Afrique orientale et australe est l'épicentre de l'épidémie mondiale de VIH et supporte 48 % du poids mondial du virus (5,4 % de la population mondiale). La prévalence du VIH chez les adultes est supérieure à 10 % dans 9 des 20 pays de la région et dépasse 15 % dans 4 d'entre eux. Chaque jour, 3 200 personnes sont nouvellement infectées et 2 400 décèdent du sida.
134. L'Afrique australe abritait 34 % des personnes vivant avec le VIH en 2009 et 40 % de l'ensemble des femmes adultes infectées par le VIH. 31 % des nouvelles infections à VIH et 34 % des décès liés au sida sont recensés dans ces 10 pays. Le poids des infections à VIH et des décès liés au sida demeure élevé, mais il diminue quand même. La prévalence du VIH parmi les jeunes a été réduite d'au moins 25 % ces dernières années (dans 9 des 20 pays) et les décès liés au sida ont été réduits de 20 % entre 2003 et 2009.
135. Dans la région, le principal mode de transmission reste la transmission hétérosexuelle avec une forte prépondérance des transmissions verticales. Des informations concrètes récentes révèlent cependant que de nouvelles infections se produisent dans certains pays parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui consomment des drogues injectables, et montrent par ailleurs une prévalence élevée du VIH chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients.
136. Les progrès au niveau de l'élargissement et de l'intensification du traitement antirétroviral se sont traduits par une couverture du traitement de 41 % en 2009 contre une moyenne globale de 36 % pour les pays à revenu faible ou intermédiaire (sur la base des directives 2010 de l'OMS). En 2009, 3,2 millions de personnes ayant besoin d'une thérapie antirétrovirale dans la région ont été mises sous traitement, ce qui correspond à une multiplication par 12 en 5 ans et à une augmentation de 33 % pour la seule année 2009. Bien que les progrès soient significatifs, ils demeurent fragiles.
137. Malgré des signes de stabilisation et même de recul, l'épidémie de VIH continue de se propager plus vite que la riposte en Afrique orientale et australe. Pour deux personnes mises sous traitement, on estime que trois sont nouvellement infectées. Le VIH continue de peser lourdement sur la mortalité maternelle et infantile dans certains pays. Quatre pays seulement de la région⁴ ont atteint l'objectif de fournir un traitement antirétroviral pour réduire la transmission mère-enfant du virus à 80 % des femmes enceintes qui en ont besoin. Dans la région, l'épidémie de VIH est accompagnée par une épidémie tout aussi virulente de tuberculose, mais les personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose ne reçoivent pas – pour la plupart – de traitement antirétroviral dans les pays durement touchés.
138. Parmi les principaux obstacles à la riposte au sida et aux efforts engagés pour élargir l'accès à des services vitaux de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH, citons la stigmatisation et la discrimination liées au virus, et la criminalisation des populations clés – à savoir les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe. Peu de pays de la région couvrent de façon significative les dépenses allouées à la riposte au sida au

⁴ Botswana, Namibie, Swaziland et Afrique du Sud

moyen de ressources domestiques et la majorité des pays demeurent massivement tributaires de l'aide externe pour financer leurs ripostes. Une dépendance excessive vis-à-vis de donateurs externes et un sous-investissement de ressources nationales fragilisent la pérennité de la riposte au sida.

Afrique orientale et australe		
Angola, Botswana, Comores, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Rwanda, Seychelles, Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe		
Objectif stratégique	Priorité	Produits communs
A.1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Production et utilisation de données et d'informations concrètes sur les stratégies de prévention combinée du VIH pour les couples sérodiscordants, les jeunes, les populations clés dans certaines zones géographiques (y compris les populations mobiles, les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes qui consomment des drogues injectables) et la population générale. 2. Renforcement de la couverture des programmes de prévention combinée éclairés par le concret. 3. Mise à disposition des leçons tirées, des meilleures pratiques et d'informations opportunes relatives à la prévention de la transmission sexuelle du VIH parmi les publics ciblés (<i>définis ci-dessus</i>) et utilisation de celles-ci par des partenaires nationaux pour coordonner, mettre en œuvre et évaluer les programmes. 4. Utilisation plus efficace par les pays des données et des informations concrètes sur les lois, politiques, programmes et ressources favorisant la prévention de la transmission sexuelle du VIH, y compris dans les prisons, les zones à risque et les situations de crise humanitaire. 5. Élargissement et intensification de la prévention du VIH, en contribuant à améliorer de façon efficace l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et les services de prise en charge du VIH dans tous les pays.
A.2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fourniture d'une association efficace d'antirétroviraux à toutes les femmes enceintes séropositives au VIH et à leur nourrisson. 2. Fourniture d'un traitement antirétroviral à toutes les femmes enceintes séropositives au VIH admissibles au traitement ; suivi de leurs enfants exposés au VIH et fourniture de soins à ceux-ci, notamment des conseils et un appui en matière d'alimentation des nourrissons. 3. Mise à disposition de toutes les femmes d'un ensemble complet de services de planning familial. 4. Mise à disposition de toutes les femmes en âge de procréer (y compris aux femmes séropositives au VIH) d'un ensemble de base de services de santé sexuelle et reproductive et de prise en charge du VIH.
A.3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Application dans 6-8 pays (y compris dans les prisons) de réglementations et de politiques promouvant la réduction des risques dans le contexte de la consommation de drogues injectables et de la consommation de stimulants non injectables. 2. Adoption et mise en œuvre d'un ensemble complet de services de prévention du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues injectables⁵ dans 6 pays de la région (en incluant les prisons si nécessaire). 3. Sensibilisation de 40 % des personnes qui consomment des drogues injectables aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, fourniture d'un traitement de substitution aux opiacés à 10 % des personnes qui consomment des drogues et fourniture d'un traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH. 4. Intégration d'informations et de compétences visant à promouvoir des choix de vie sains et à prévenir la consommation de drogues et le VIH parmi les jeunes dans le secteur éducatif dans 6-8 pays. 5. Amélioration de la couverture des programmes de réduction des risques dans 6-

⁵ L'ensemble complet désigne le Guide technique 2009 de l'OMS, l'UNODC et l'ONUSIDA destiné aux pays qui décrit neuf interventions clés par rapport auxquelles il conviendrait que les pays fixent leurs objectifs d'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH pour les personnes qui consomment des drogues injectables.

Afrique orientale et australe		
		<p>8 pays, en répondant aux besoins des jeunes qui consomment des drogues injectables et/ou ont été infectés par le VIH lors de la consommation de drogues.</p> <p>6. Élargissement des programmes de prévention du VIH ciblant les personnes qui consomment des drogues, y compris dans les milieux carcéraux, dans la région.</p>
<p>B.1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement</p>	✓	<p>1. Fourniture d'un traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin.</p> <p>2. Actualisation de politiques et de directives de traitement du VIH complètes, adaptation de celles-ci à la région et mise en œuvre sur la base d'informations concrètes et des orientations les plus récentes de l'OMS.</p> <p>3. Mise en œuvre de programmes de traitement du VIH de qualité dans les secteurs public et privé qui intègrent un suivi national des patients, un dispositif de pharmacovigilance, la prévention et le suivi de la résistance aux médicaments du VIH, le suivi de la situation nutritionnelle et des examens réguliers des programmes.</p> <p>4. Fourniture de services de soins et de traitement du VIH décentralisés, complets et de haut niveau de qualité dans les installations de santé primaire, y compris le conseil et le test du VIH à l'initiative du fournisseur et le soutien nutritionnel, tous reliés à des services de prise en charge de la tuberculose, de prévention de la transmission mère-enfant, de santé sexuelle et reproductive et d'autres services de soins et de prévention dans les secteurs public, privé, des ONG et des organisations confessionnelles.</p> <p>5. Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des traitements antirétroviraux grâce à une utilisation appropriée des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC, à une coopération technique Sud-Sud, à la mobilisation des ressources et au renforcement des capacités, en étroite collaboration avec les institutions régionales.</p>
<p>B.2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH</p>	✓	<p>1. Fourniture d'un traitement antirétroviral à tous les patients tuberculeux co-infectés par le VIH dans le secteur sanitaire public (y compris les prisons) et privé indépendamment du nombre de CD4.</p> <p>2. Fourniture à toutes les personnes vivant avec le VIH d'un dépistage de la tuberculose dans le secteur public (y compris les prisons) et privé ; fourniture d'un traitement préventif à l'isoniazide aux personnes ayant une tuberculose latente.</p> <p>3. Fourniture de services de traitement et de soins intégrés, complets et de qualité aux personnes vivant avec le VIH et aux patients tuberculeux, y compris ceux qui sont incarcérés.</p> <p>4. Intégration de services de soutien nutritionnel et alimentaire dans les programmes de traitement destinés aux patients tuberculeux vulnérables, y compris ceux qui vivent avec le VIH, dans tous les pays.</p>
<p>B.3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations</p>	✓	<p>1. Élaboration éclairée par le concret et mise en œuvre de politiques et de systèmes de protection sociale qui tiennent compte de la question du VIH et des enfants, et soient cohérents.</p> <p>2. Intégration effective de programmes incluant des filets de sécurité sociale mieux ciblés pour les personnes vivant avec le VIH dans les stratégies nationales, et amélioration de l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui.</p> <p>3. Mise en place de lois, politiques, plans et programmes nationaux efficaces de protection sociale garantissant une meilleure prise en compte de la question du VIH dans tous les pays de la région.</p>
<p>C.1. Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité</p>	✓	<p>1. Évaluation, examen et réforme des lois, politiques et pratiques punitives et discriminatoires pour faciliter l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.</p> <p>2. Amélioration de l'accès à la justice et réduction de la stigmatisation et de la discrimination (<i>en renforçant les capacités de la société civile et du secteur privé à protéger et à promouvoir des approches de la riposte au VIH respectueuses des droits, et à lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi les populations clés</i>).</p> <p>3. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans le secteur public et le secteur privé (<i>en formant les fournisseurs de services à la question du VIH et des droits humains des populations clés – personnes vivant avec le VIH, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, professionnel(le)s du sexe, personnes qui consomment des drogues, femmes et enfants</i>).</p>

Afrique orientale et australe		
des ripostes		<ol style="list-style-type: none"> 4. Intégration par tous les pays d'approches de lutte contre le VIH respectueuses des droits dans les politiques de riposte au VIH et au sida et les plans de développement nationaux, les propositions destinés au Fonds mondial et les autres propositions. 5. Formulation et application de lois relatives au VIH qui protègent les droits humains dans le contexte du VIH et du sida, par les juges des tribunaux du travail et les organes de défense des droits humains dans la moitié des pays de la région.
C.2. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions		
C.3. Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégration des questions de sexospécificité, de santé sexuelle et reproductive et de VIH, et inclusion de celles-ci dans les principaux cadres institutionnels, de politiques et juridiques dans tous les pays. 2. Fourniture d'informations et de services de santé sexuelle et reproductive complets et de bonne qualité aux femmes et aux filles (y compris celles rendues plus vulnérables du fait d'un déplacement forcé lié à une situation de crise humanitaire et/ou de leur incarcération dans des prisons). 3. Production, analyse et utilisation dans tous les pays de données ventilées et d'informations concrètes sur les besoins spécifiques des femmes et des filles dans le contexte des interventions en rapport avec le VIH. 4. Élaboration et mise en œuvre de programmes multisectoriels complets visant à lutter contre la violence sexiste et à atténuer son impact. 5. Amélioration des programmes tenant compte des différences entre les sexes en mobilisant les hommes et les garçons.
C.4. Ne tolérer aucune violence sexiste	✓	<p>Les produits clés de l'objectif 9 sont aussi liés à l'objectif 10.</p>
Fonctions stratégiques	Priorité	Produits communs
D1. Leadership et plaidoyer	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réalisation par les pays de la région d'études sur les modes de transmission et sur la connaissance de son épidémie/de sa riposte, et utilisation de celles-ci pour la planification stratégique. 2. Réalisation et institutionnalisation dans tous les pays de la région d'Estimations nationales des ressources et dépenses relatives au sida (REDES).
D2. Coordination, cohérence et partenariats	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exposition des grandes lignes des ripostes des pays au VIH dans des plans opérationnels et stratégiques nationaux, hiérarchisés, éclairés par le concret et dont les coûts ont été évalués.
D3. Responsabilisation mutuelle	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobilisation par les pays de ressources auprès des principales institutions bilatérales et multilatérales (telles que le Fonds mondial). 2. Prise en compte par les pays de l'importance croissante des travaux relatifs à la pérennisation des financements de la riposte au VIH.

D. AMÉRIQUE LATINE

Épidémies de VIH et problèmes régionaux

139. À première vue, les statistiques révèlent que l'épidémie de sida serait sous contrôle en Amérique latine. La prévalence du VIH dans toute la région est stable à un niveau relativement faible de 0,4 %. Les personnes vivant avec le VIH semblent en majorité parvenir à obtenir le traitement dont elles ont besoin : 51 % selon les dernières données publiées par l'OMS/l'ONUSIDA. L'accès universel au traitement est pratiquement une réalité au Brésil, au Chili, au Costa Rica, au Mexique et en Uruguay où 80 % de l'ensemble des personnes qui en ont besoin le reçoivent, selon les indications des programmes nationaux de riposte au sida. En 2009, le Costa Rica n'a déclaré aucun cas de transmission mère-enfant du VIH.
140. Mais ces chiffres masquent d'importantes disparités. La prévalence parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe (hommes) et les transgenres s'élève à pas moins de 20,3 %, 19,3 % et 34 % respectivement dans certains pays. Bien qu'il semble que le traitement soit largement disponible, il ne parvient pas jusqu'à ces populations. La stigmatisation et la discrimination, les crimes inspirés par la haine, la violence sexiste, l' homo/lesbo/transphobie permanente alimentent l'épidémie en Amérique latine et se traduisent souvent par des décès et des infirmités que l'on aurait pu éviter.
141. Alors que l'épidémie semble stable, les modes de transmission du VIH évoluent. Au Pérou, la transmission hétérosexuelle représente 43 % des nouvelles infections, ce qui modifie le ratio d'infections entre hommes et femmes.
142. La volonté politique de faire face au VIH et les mesures prises en direction de l'accès universel ont été visibles dans de nombreux cas : les investissements dans la riposte au VIH sont principalement financés par des ressources domestiques (95 % – de fonds publics et privés). Cependant, les ressources sont principalement allouées au traitement et pas à la prévention, et peu de ressources sont dirigées vers les populations clés et les plus vulnérables.
143. Tant que chaque personne vivant en Amérique latine ne pourra pas avoir accès aux services sans craindre des représailles ou des violences, il sera impossible de parler d'accès universel dans la région. Il faut améliorer la situation des femmes et des filles, les programmes de prévention doivent cibler les populations clés – y compris les jeunes dans ces groupes, et il est nécessaire de protéger les droits humains de tous. Nous ne pouvons pas négliger ces déterminants sociaux (ou d'autres) de l'épidémie de sida.

Amérique latine		
Argentine, Bolivie, Brésil, Costa Rica, Chili, Colombie, El Salvador, Équateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Pérou, Uruguay, Venezuela		
Objectif stratégique	Priorité	Produits communs

Amérique latine		
<p>A.1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation de services, de programmes et de politiques de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes dans différents milieux, y compris les situations d'urgence et les lieux de travail dans au moins 10 pays d'ici à 2013. 2. Renforcement des capacités des partenaires nationaux en matière de recherche, de conception et de mise en œuvre d'une prévention efficace du VIH, y compris dans les situations d'urgence, de conflit et de déplacement de population. 3. Conception, adaptation, mise en œuvre, suivi et évaluation dans 8 pays au moins de programmes complets sur l'éducation à la sexualité et la prévention du VIH pour les milieux scolaires et la formation professionnelle. 4. Mise en place de programmes complets sur le VIH au niveau local destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux transgenres dans 12 pays au moins d'ici à la fin 2010 (y compris aux organisations/réseaux régionaux/locaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, de professionnel(le)s du sexe (et leurs clients) et de transgenres). 5. Renforcement des capacités dans les services de santé, les ONG et les organisations à assise communautaire dans 10 pays pour concevoir, mettre en œuvre, suivre et évaluer de nouveaux programmes, politiques et services de santé sexuelle et reproductive et de prévention du VIH/des IST, d'ici à la fin 2013.
<p>A.2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Élargissement de la prévention de la transmission verticale, de l'élimination de la syphilis et de la couverture prénatale ainsi que du suivi des mères et des enfants séropositifs au VIH dans 10 pays au moins d'ici à la fin 2013 (en gérant efficacement l'intégration des services de santé maternelle et infantile et de prise en charge du VIH dans les politiques nationales et les stratégies programmatiques). 2. Renforcement des capacités des membres du personnel du secteur de la santé en matière de diagnostic précoce des enfants exposés au VIH et des membres de communautés afin de fournir des soins et un appui à ces enfants. 3. Mise en œuvre de systèmes d'aiguillage et de réseaux au niveau des hôpitaux et des communautés afin de garantir une prise en charge appropriée des femmes enceintes séropositives au VIH. 4. Suivi des progrès dans la réduction de la TME et dans l'élimination de la syphilis, et comptes rendus sur ces progrès dans tous les pays.
<p>A.3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi de la prévalence du VIH, des risques comportementaux, des déterminants sociaux et du recours aux services par les consommateurs de drogues injectables/non injectables et les prisonniers, et utilisation de ce suivi pour la planification <i>stratégique</i> et des programmes dans au moins 10 pays de la région d'ici à 2014. 2. Mise en service complète de l'observatoire de l'Amérique latine et des Caraïbes sur le VIH et les prisons dans la région d'ici à 2014. 3. Renforcement des capacités des centres de traitement des personnes consommant des drogues injectables/non injectables et des prisons en matière prévention, traitement/soins et appui liés au VIH dans 10 pays d'ici à 2013. 4. Élaboration et utilisation de stratégies et d'outils pour le plaidoyer ; renforcement des capacités à promouvoir des politiques respectueuses des questions de sexospécificité et de droits humains dans le contexte des drogues, et des politiques de santé pénitentiaire. 5. Intégration dans les stratégies et plans nationaux de lutte contre le VIH des stratégies des pays pour réduire les risques et la demande de drogues, et déploiement de ces stratégies et plans d'ici à 2015.
<p>B.1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration de l'accès au dépistage du VIH pour les groupes vulnérables et un certain nombre de personnes conscientes de leur séropositivité, en mettant en œuvre des stratégies intersectorielles pour atteindre les populations vulnérables dans les prisons, les populations mobiles et les personnes déplacées internes. 2. Garantie de l'accès au traitement et protection des droits des personnes vivant avec le VIH (y compris les prisonniers, les migrants, les travailleurs très mobiles et les personnes déplacées internes). 3. Garantie de l'élargissement et de la pérennisation de l'accès au traitement pour les personnes vivant avec le VIH. 4. Utilisation des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC par les pays pour réduire le prix des médicaments et des diagnostics. 5. Déploiement de l'approche 'Traitement 2.0' dans 10 pays prioritaires.

Amérique latine		
B.2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH		
B.3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen des politiques de protection sociale dans les secteurs de la santé, de l'emploi, de l'éducation et de la justice dans 6 pays au moins ; amendement de ces politiques pour y inclure des dispositions appropriées concernant les personnes vivant avec et affectées par le VIH. 2. Défense d'une protection sociale tenant compte la question du VIH pour les adultes et les enfants affectés par le sida, les groupes déplacés sous la contrainte et les personnes affectées par des situations de crise humanitaire et d'urgence. 3. Garantie de l'accès à la santé, l'éducation, la nutrition, le travail et la protection juridique pour les adultes et les enfants affectés par le sida, les groupes déplacés sous la contrainte et les personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire. 4. Évaluation de l'impact du VIH sur les ménages et des mesures de protection sociale proposées aux foyers affectés par le sida dans au moins 5 pays pour améliorer la pertinence et l'application des dispositifs de protection sociale.
C.1. Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Examen et adaptation des lois et politiques luttant contre la stigmatisation et la discrimination dans 3-4 pays. 2. Mise en place de politiques et/ou de programmes de lutte contre le VIH non discriminatoires et non punitifs dans 5-6 pays d'Amérique latine. 3. Promotion ou renforcement de l'accès aux services juridiques pour les groupes vulnérables dans 5-6 pays. 4. Développement de programmes répondant aux besoins juridiques spécifiques des populations clés dans 5-6 pays. 5. Mise en œuvre de politiques sur la violence sexiste, le harcèlement, l'égalité des sexes et le développement humain/les OMD dans 10 pays.
C.2. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions		
Fonctions stratégiques	Priorité	Produits communs

Amérique latine		
C.3. Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation annuelle de la mise en œuvre des politiques publiques existantes et des réalisations des politiques/programmes visant à répondre aux besoins des femmes et des filles et à protéger leurs droits, dans 1-2 pays. 2. Renforcement des capacités nationales à prévenir et à combattre la violence sexiste à l'encontre des femmes et des filles, dans au moins 3-4 pays. 3. Soutien de la promotion d'approches de prévention combinée ciblant en particulier les femmes et les filles dans 5 pays (y compris la promotion des préservatifs féminins et de l'accès à ceux-ci). 4. Mise en place chaque année de mécanismes efficaces, conviviaux et gratuits pour fournir aux femmes et aux filles un accès à la justice, dans 1-2 pays. 5. Élargissement de l'accès des femmes à des services de santé sexuelle et reproductive complets, éclairés par le concret, accueillants pour les jeunes et culturellement adaptés, dans 2-3 pays. 6. Prise en compte des besoins liés au VIH et au sida des femmes et des filles déplacées sous la contrainte et dans des situations de crise humanitaire dans 2-3 pays.
C.4. Ne tolérer aucune violence sexiste		
D1. Leadership et plaidoyer	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement des capacités de leadership et amélioration de la visibilité pour obtenir une participation accrue des populations les plus affectées, de la société civile et des gouvernements à la riposte au sida, sur la base du principe de GIPA. 2. Accroissement des synergies et de l'efficacité de l'appui des Nations Unies aux ripostes nationales dans la région, grâce à une amélioration de la programmation commune des Nations Unies dans le domaine de la riposte au sida, une répartition efficace des tâches et un leadership de l'ONUSIDA.
D2. Coordination, cohérence et partenariats	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Amélioration de la performance de mise en œuvre des subventions bilatérales et multilatérales afin d'élargir et d'intensifier l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH à l'échelon des pays et au niveau régional. 2. Coordination de l'appui technique à la région pour contribuer à améliorer la performance de la mise en œuvre des programmes et l'utilisation des subventions.
D3. Responsabilisation mutuelle	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place de mécanismes de responsabilisation pour les Coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA dans la région.

E. MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Épidémies de VIH et problèmes régionaux

144. On estime que plus de 460 000 personnes vivent avec le VIH dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (MOAN). Sur la base du Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010, la région MOAN affiche la plus forte augmentation de nouvelles infections au niveau mondial. Depuis 2005, les dernières informations stratégiques disponibles indiquent que plusieurs pays de la région, notamment l'Égypte, le Maroc et la Tunisie, semblent affectés par des épidémies concentrées. Cela vient en plus des épidémies déjà établies à Djibouti, en Iran, en Libye, en Somalie et au Soudan.
145. Bien que l'accès au traitement ait été élargi, la couverture demeure à un niveau faible tout à fait inacceptable (14 % sur la base des anciennes directives OMS et 6 % sur la base des directives demandant la mise sous traitement lorsque le nombre de CD4 est de 350). L'impact de la stigmatisation et de la discrimination qui détournent les personnes des centres de dépistage et de soins semble être le

principal obstacle à l'accès au traitement dans la région. L'ONUSIDA joue un rôle déterminant dans la lutte contre les réticences politiques à un élargissement de la couverture et à une meilleure mise en relation de services de prévention, de traitement, de soins et d'appui destinés à tous les groupes de population.

146. Depuis le début 2011, la région MOAN a traversé de profonds changements structurels, politiques et sociaux, ce qui requiert un examen des priorités à l'échelon des pays et au plan régional. En conséquence, les gouvernements et le Programme commun pourraient devoir ajuster leurs interventions et leurs domaines prioritaires à court et moyen terme afin de répondre aux nouveaux besoins nationaux – ce qui pourrait affecter la mise en œuvre des activités de lutte contre le VIH. Les investissements de l'ONUSIDA pour les 2-4 prochaines années seront donc essentiels pour prévenir et minimiser tout éventuel risque de pénurie des ressources allouées à la riposte au VIH.

MOAN		
Algérie, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Iraq, Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Palestine, Qatar, Arabie saoudite, Somalie, Soudan, Syrie, Tunisie, Émirats arabes unis, Yémen		
Objectif stratégique	Priorité	Produits communs
A.1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe	✓	<ol style="list-style-type: none"> Utilisation des informations stratégiques dans la région MOAN pour éclairer la planification et une prévention ciblée sur les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les partenaires des consommateurs de drogues injectables, les jeunes et le milieu du commerce du sexe dans 5 pays prioritaires. Augmentation de 25 % des offres de services destinés aux populations clés et de leur couverture dans 6 pays. Élaboration de politiques et d'orientations pour aider toutes les parties prenantes à mettre en œuvre les programmes de lutte contre le VIH dans 10 pays au moins. Augmentation de 15 % de la demande, de la mise à disposition et de l'accès à des services (santé sexuelle et reproductive/prise en charge du VIH) et des produits de qualité pour les jeunes, en particulier pour les populations clés, dans 9 pays. Fourniture d'une éducation complète sur le VIH pour les jeunes scolarisés et non scolarisés dans 9 pays.
A.2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida	✓	<ol style="list-style-type: none"> Adaptation et approbation par les pays de la région MOAN du cadre mondial sur l'élimination des nouvelles infections à VIH chez le nourrisson d'ici à 2012 (en mettant l'accent sur les quatre axes de la prévention de la transmission verticale). Augmentation de 25 % de la disponibilité et du recours à des services de PTME de qualité dans les 7 pays les plus durement touchés. Renforcement de l'intégration des services de prise en charge du VIH dans des services de santé sexuelle et reproductive. Mise en œuvre de l'intégration des services de prise en charge du VIH dans des services de santé sexuelle et reproductive dans 8 pays.
A.3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues	✓	<ol style="list-style-type: none"> Mise en place de lois et/ou réglementations et/ou politiques qui protègent les droits humains des consommateurs des drogues et soutiennent leur participation aux programmes de riposte au VIH dans 10 pays. Adaptation au contexte régional d'offres de services complètes (incluant la réduction des risques) pour les personnes qui consomment des drogues injectables et mise en œuvre de ces services dans 5 pays (en adaptant les dispositions pour les femmes qui consomment des drogues).
B.1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement	✓	<ol style="list-style-type: none"> Accroissement de 100 % par rapport au niveau actuel de l'accès aux services de conseil et de test volontaires du VIH et de leur utilisation comme point d'entrée vers des services de prévention et de soins pour différents groupes dans les 7 pays les plus durement touchés d'ici à 2015. Amélioration de l'accès à des produits en rapport avec le VIH financièrement abordables, y compris les médicaments antirétroviraux et les diagnostics, dans au moins 3 des pays les plus durement touchés. Augmentation de 100 % des services de soins et de traitement du VIH de qualité et ininterrompus à tous les niveaux du système de santé et dans tous les

MOAN		
		<p>contextes, dans les 7 pays les plus durement touchés d'ici à 2015.</p> <p>4. Adoption de politiques et de systèmes de protection sociale pour combattre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH afin de faciliter l'accès au traitement et à la prévention dans 3 pays.</p>
B.2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH		
B.3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations		
C.1. Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes	✓	<p>1. Adoption de lois, politiques et pratiques protégeant les droits des personnes vivant avec le VIH (y compris sur le lieu de travail, pour les populations clés et d'autres groupes) dans 10 pays.</p> <p>2. Élargissement de l'accès à la justice et aux services juridiques dans le contexte du VIH pour les personnes vivant avec le virus et les groupes plus exposés au risque d'infection dans 5 pays.</p> <p>3. Renforcement des capacités des chefs religieux, des médias, des travailleurs de santé et des employeurs à réduire la stigmatisation et la discrimination dans 4 pays</p>
C.2. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions	✓	<p>1. Suppression des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH des personnes séropositives, et remplacement du dépistage obligatoire par un dépistage volontaire et confidentiel dans 3 pays imposant de telles restrictions.</p>
C.3. Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH	✓	<p>1. Collecte/production, analyse et prise en compte dans les plans stratégiques nationaux de riposte au VIH (quantitatifs et qualitatifs) de 5 pays de données concrètes sur les besoins et les vulnérabilités spécifiques des femmes et des filles dans le contexte du VIH.</p> <p>2. Intégration des principales actions de l'Agenda en faveur des femmes et des filles dans les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH et d'autres politiques et plans appropriés dans 10 pays.</p> <p>3. Renforcement de la sensibilisation et prise de mesures pour éradiquer la violence à l'encontre des femmes et des filles dans le contexte du VIH, avec la participation effective des hommes et des garçons à la promotion de l'égalité des sexes dans 5 pays.</p> <p>4. Révision et renforcement des politiques de protection sociale pour garantir qu'elles répondent aux besoins des femmes et des filles dans le contexte du VIH (et dans les situations de crise humanitaire) dans 2 pays de la région.</p>
C.4. Ne tolérer aucune violence sexiste		<i>Voir produit C3.3</i>

MOAN		
Fonctions stratégiques	Priorité	Produits communs
D1. Leadership et plaidoyer	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Création d'un leadership et d'un engagement politiques dans la moitié des pays de la région – conduisant à un accroissement des ressources domestiques allouées à la riposte au sida. 2. Utilisation des informations stratégiques et des renseignements sur les pays pour influencer les prises de décision à un haut niveau et hiérarchiser les travaux pour tous les pays et au niveau régional. 3. Mise en place de plans stratégiques et mise en œuvre de programmes dans 15 pays. 4. Plaidoyer en faveur d'une intégration des programmes et services de prise en charge du VIH dans d'autres programmes de santé et de développement, et soutien de ce processus dans 2 pays. 5. Élargissement de l'accès à la justice et réduction de la stigmatisation et de la discrimination grâce à des campagnes de plaidoyer dans toute la région et à des partenariats 6. Soutien intégral et mise en œuvre de l'Agenda en faveur des femmes et des filles dans la moitié des ripostes nationales de la région MOAN d'ici à 2015.
D2. Coordination, cohérence et partenariats	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement des capacités, institutions et systèmes nationaux dans 10 pays au moins pour promouvoir la nouvelle phase des programmes de prévention, de traitement et de soins. Participation des populations clés plus exposées au risque d'infection et des personnes vivant avec le VIH aux processus de conception et de prise de décision des stratégies régionales et nationales de riposte au sida, tels que les mécanismes de coordination dans les pays (CCM), dans la moitié des pays. 2. Augmentation des fonds acheminés jusqu'aux fournisseurs de services de prise en charge du VIH de la société civile et pour le renforcement des systèmes communautaires par le biais du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres circuits de financement, dans 5 pays au moins. 3. Amélioration de l'efficacité et de l'efficience des subventions existantes et mobilisation des ressources nécessaires pour une riposte pérenne contre le sida dans 4 pays au moins.
D3. Responsabilisation mutuelle	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en œuvre des outils et systèmes élaborés au niveau mondial et amélioration de l'efficacité du Secrétariat au niveau de la performance des programmes, de la planification des travaux, l'élaboration de comptes rendus et le déploiement des ressources axés sur les résultats dans la moitié des pays et au niveau régional. 2. Opérationnalisation systématique de la nouvelle Matrice ONUSIDA de division du travail pour mettre en œuvre la Stratégie, et suivi au niveau régional et dans les pays abritant plus de trois agences ayant des capacités de prise en charge du VIH/sida à l'échelon national. 3. Réalisation d'examen systématiques des programmes communs d'appui sur le sida. 4. Mise en place de systèmes et d'outils innovants pour collecter, gérer et diffuser des informations concrètes sur des domaines clés de l'épidémie et de la riposte afin d'éclairer les prises de décision dans les pays et au niveau régional. 5. Production d'analyses stratégiques pour éclairer l'amélioration des programmes en visant en particulier à renforcer l'efficacité, l'efficience et la pérennité de la riposte au sida.

F. AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Epidémies de VIH et problèmes régionaux

147. L'Afrique occidentale et centrale a été fortement affectée par le VIH et le SIDA. La plupart des pays de la région ont des épidémies généralisées, avec une prévalence du VIH chez les adultes supérieure à 1 %. Trois pays ont rapporté une prévalence du VIH égale ou supérieure à la moyenne continentale pour l'Afrique subsaharienne

(5,0 %) ⁶, et la prévalence nationale en AOC reste nettement inférieure à celle de l'Afrique orientale et australe. Les tendances épidémiques récentes montrent des signes de progrès, avec une stabilisation ou un début de déclin dans la plupart des pays de la région. Entre 2001 et 2009, l'incidence du VIH a chuté de plus de 25 % dans 10 pays de la région et s'est stabilisée dans sept pays ⁷.

148. Cependant, les femmes, les filles et les jeunes continuent à être touchés de manière disproportionnée par l'épidémie. Les femmes représentent 58 % des personnes vivant avec le VIH au Ghana et 69 % au Tchad et les infections à VIH sont particulièrement élevées chez les adolescentes et les jeunes femmes.
149. Bien que les données sur la prévalence du VIH dans les populations clés marginalisées restent limitées, les études indiquent que les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont des niveaux d'infection au VIH plusieurs fois plus élevés que la population générale. L'ONUSIDA a commandé des analyses des modes de transmission au Nigéria et au Sénégal, qui ont montré que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent une part considérable des nouvelles infections.
150. Comme dans d'autres parties du monde, les jeunes continuent à être fortement touchés par l'épidémie. Dans de nombreux pays d'Afrique occidentale et centrale, des premiers rapports sexuels précoces contribuent à la propagation du VIH. Au Nigeria, par exemple, 49,7 % des filles déclarent avoir leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans. Au Mali, les jeunes filles sont plus de quatre fois plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels précoces que les jeunes hommes.
151. Des stratégies nationales anti-sida et des mécanismes de coordination sont en place pour guider et renforcer les ripostes des pays au VIH en Afrique occidentale et centrale. L'approche adoptée est celle de l'accès universel, ce qui a entraîné le développement d'objectifs spécifiques de chaque pays pour la couverture des services.
152. Bien que la connaissance du statut VIH ait augmenté dans de nombreux pays, elle reste considérablement moins élevée que dans les pays à prévalence élevée d'Afrique orientale et australe. La couverture des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (23 % en 2009) reste insuffisante plus d'une décennie après l'émergence d'outils efficaces de réduction du risque d'infection à VIH chez les nouveau-nés. Les efforts de prévention parmi les populations clés doivent être intensifiés.
153. Le nombre total de personnes bénéficiant d'un traitement a augmenté de 33 %, pour atteindre 25 % en 2009 ; la couverture thérapeutique des enfants reste cependant sensiblement inférieure (12 %) à celle des adultes (27 %), soulignant la nécessité urgente d'améliorer le diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants et d'offrir les soins appropriés. Un diagnostic tardif de l'infection à VIH, des interruptions dans l'approvisionnement en médicaments et la discontinuité des soins ont contribué à des résultats médicaux sous-optimaux, et font ressortir la nécessité d'agir pour améliorer la qualité de service. La couverture des traitements pour les

⁶ Le Cameroun (5,3 %), la Guinée équatoriale (5,0 %), et le Gabon (5,2 %).

⁷ L'incidence du VIH a diminué au Burkina Faso, en République centrafricaine, au Congo, en Côte d'Ivoire, au Gabon, en Guinée, Guinée-Bissau, au Mali, en Sierra Leone et au Togo et s'est stabilisée au Bénin, au Cameroun, en RDC, au Ghana, au Niger, au Nigeria et au Sénégal.

personnes co-infectées par le VIH et la tuberculose a augmenté, mais le service pour ces patients reste extrêmement faible dans de nombreux pays. L'accès à un soutien nutritionnel et à des soins et un traitement complet pour les infections opportunistes liées au VIH exigera également des efforts supplémentaires.

154. Le financement de la riposte au sida est encore insuffisant dans la région. Bien que de nombreux pays restent fortement tributaires de l'aide internationale, certains pays ont ouvert la voie dans la mobilisation de nouvelles ressources nationales pour lutter contre le sida.

Afrique occidentale et centrale		
Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Gabon, Ghana, Liberia, Mali, Nigeria, Sénégal, Sierra Leone, Togo		
Objectif stratégique	Priorité	Produits communs
A.1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et dans le contexte du commerce du sexe	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Élargissement et intensification des services de prévention du VIH et de santé reproductive destinés aux populations clés vulnérables. 2. Augmentation du soutien et de l'engagement des gouvernements, ainsi que de l'implication des dirigeants de la jeunesse dans la prévention du VIH parmi les populations clés vulnérables. 3. Fourniture régulière de données de surveillance et d'évaluation grâce à des systèmes de surveillance nationale, d'évaluation et d'établissement de rapports, afin de servir de source d'information aux programmes de lutte contre le SIDA et de surveiller les progrès vers l'accès universel. 4. Évaluations rapides des risques d'infection au VIH et de la vulnérabilité dans tous les pays victimes de crises humanitaires et leur utilisation dans les programmes de lutte contre le VIH. 5. Amélioration de la prévention et du traitement des IST et du VIH dans tous les programmes/services qui travaillent avec des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes qui s'injectent des drogues, et diffusion et utilisation de paramètres de prise en compte des transsexuels.
A.2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au SIDA	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement des programmes d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant dans tous les pays. 2. Mise en place et utilisation de système d'information sur la gestion de la qualité pour surveiller la mise en oeuvre des programmes. 3. Mise en place de systèmes de gestion des achats et des approvisionnements pour la prévention de la transmission verticale/amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. 4. Renforcement dans tous les pays des capacités en personnel de santé et de planification pour la création, la mise en oeuvre et le développement de programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de santé reproductive, et de prévention de la transmission verticale ancrés dans la communauté. 5. Renforcement dans tous les pays des capacités à mettre en oeuvre les services de suivi, d'orientation de traitement de santé reproductive pour les femmes enceintes et les adolescents séropositifs.
A.3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues		
B.1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisation des souplesses offertes par l'Accord sur les ADPIC par les gouvernements pour négocier les prix des médicaments, accroître l'accès aux produits de base et améliorer les systèmes nationaux d'achats et d'approvisionnement. 2. Renforcement et extension du dépistage précoce du VIH chez les adultes, les adolescents et les nourrissons. 3. Établissement d'un système de suivi et d'orientation pour la tuberculose/le VIH pour garantir une continuité des soins et une approche communautaire pour les

Afrique occidentale et centrale		
traitement		<p>femmes enceintes, les enfants, et les adolescents infectés et autres personnes vivant avec le sida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Amélioration de l'accès aux soins et à l'appui, renforcement des capacités des communautés et des systèmes à s'attaquer aux obstacles structurels et socio-culturels. 5. Intégration, mise en oeuvre et développement dans les programmes de programmes spécifiques de soutien alimentaire et nutritionnel pour les personnes vivant avec le sida sous traitement antirétroviral (VIH/tuberculose, prévention de la transmission verticale).
B.2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH		
B.3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement et mise en oeuvre de systèmes de protection sociale (plans, stratégies budgets) tenant compte du VIH. 2. Intégration des priorités de protection sociale tenant compte du VIH dans la planification nationale et les instruments et budgets de développement. 3. Génération de données sur les mesures de protection sociale pour servir de source d'information pour la défense des droits, le développement de politiques et les programmes, grâce à la recherche opérationnelle et la documentation. 4. Mise en place de mesures de protection sociales globales garantissant l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui et réduisant les vulnérabilités des personnes vivant avec le VIH. 5. Établissement et mise en oeuvre de systèmes de soins à domicile et/ou dans la communauté dans 11 pays.
Fonctions stratégiques	Priorité	Produits communs
C.1. Réduction de moitié du nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes.	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suppression des lois punitives, des pratiques et réglementations discriminatoires et création d'un cadre juridique favorable grâce à la formation et à l'implication des organes judiciaires et chargés de l'application des lois. 2. Suppression des lois, politiques et pratiques punitives et discriminatoires dans toutes les sphères de la société grâce à l'implication active des organismes régionaux et nationaux et des principales parties prenantes. 3. Renforcement des capacités et de l'engagement des parlementaires pour les réformes législatives et la suppression des lois punitives et discriminatoires. 4. Intégration efficace d'une approche basée sur les droits humains, la participation accrue des personnes vivant avec le VIH, l'égalité des sexes et l'équité dans les programmes de lutte contre le VIH pour les groupes vulnérables en renforçant les capacités des gouvernements, des équipes de pays des Nations Unies et de la société civile. 5. Amélioration de l'accès aux services d'aide juridiques pour les personnes vivant avec le VIH, les groupes vulnérables et les populations clés.
C.2. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions		
C.3. Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégration des droits des femmes et des filles et de l'égalité entre les sexes dans les cadres de développement nationaux, y compris par l'inclusion de nouveaux plans stratégiques nationaux et sectoriels. 2. Renforcement de la défense des droits et des partenariats avec les principaux leaders régionaux et nationaux et/ou avec les réseaux de défense des femmes et des filles et de promotion de l'égalité des sexes.

Afrique occidentale et centrale		
la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH		<p>3. Promotion de l'égalité des sexes, de l'élimination de la violence sexiste et de la transformation des normes sociales concernant les rapports hommes-femmes par la participation active des hommes et des garçons.</p> <p>4. Intégration des droits des femmes et des filles et de l'égalité entre les sexes dans les programmes nationaux, en s'appuyant sur les données des recherches sur les femmes, les filles et la masculinité effectuées dans la région.</p>
C.4. Ne tolérer aucune violence sexiste		
D1. Leadership et défense des droits	✓	<p>1. Stimulation de l'engagement politique et du leadership de toutes les parties prenantes – gouvernements, société civile, partenaires non étatiques, secteur privé, milieu du travail, parties prenantes régionales - pour garantir des ripostes au SIDA inclusives, multisectorielles et durables.</p> <p>2. Mise en place d'un ordre du jour régional pour une riposte au SIDA globale et efficace, clairement définie et soutenue par les politiques et normes régionales.</p> <p>3. Renforcement à tous les niveaux du leadership et de la capacité des personnes vivant avec le VIH et des groupes de personnes vivant avec le VIH, de la société civile et des organisations communautaires à s'engager de façon constructive dans la riposte au SIDA.</p> <p>4. Harmonisation et coordination du rôle directeur du système des Nations Unies dans la riposte au SIDA, avec un renforcement des capacités et des compétences aux niveaux régional et national.</p>
D2. Coordination, cohérence et partenariats	✓	<p>1. Coordination de l'assistance technique régionale aux ripostes nationales.</p> <p>2. Fourniture d'un soutien à l'Union africaine, aux Communautés économiques régionales, aux organisations intergouvernementales et autres partenaires régionaux dans leur rôle de leadership pour la mise en œuvre et le suivi des ripostes nationales et régionales.</p> <p>3. Renforcement des capacités des pays, de la société civile et des partenaires à la coordination des approches et à la mise en œuvre des politiques, et mise en place de programmes multisectoriels efficaces et durables de lutte contre le VIH et le SIDA.</p>
D3. Responsabilisation mutuelle	✓	<p>1. Développement d'un mécanisme d'examen nationaux conjoints pour coordonner et renforcer la responsabilisation et la surveillance des ripostes nationales.</p> <p>2. Mobilisation efficace des CNS et autres mécanismes de coordination pour une utilisation efficace des ressources financières permettant la montée en puissance de programmes.</p> <p>3. Mise en place d'une surveillance et d'une évaluation satisfaisantes de l'engagement régional au soutien des ripostes nationales.</p>

G. EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

Épidémies de VIH et problèmes régionaux

155. Dans la plupart des pays, l'épidémie est concentrée et l'injection de drogues reste un facteur clé de la transmission du VIH. Toutefois, la transmission sexuelle a augmenté et est devenue le principal mode de transmission dans plusieurs pays depuis quelques années. On rencontre des niveaux élevés de prévalence du VIH chez des populations clés telles que les toxicomanes, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La prévalence du VIH est également élevée parmi les populations carcérales, où le risque de tuberculose/VIH est particulièrement important. Les migrants qui passent d'un pays à faible prévalence à un pays à prévalence élevée sont également particulièrement exposés au risque d'infection à VIH. Les programmes de prévention tels que la sensibilisation ciblée et la réduction des risques qui s'adressent à des populations clés sont insuffisants et doivent être renforcés dans la région pour empêcher une propagation de l'épidémie.
156. Les progrès sur l'accès universel restent lents dans la plupart des pays, avec un accès insuffisant à la prévention, en particulier pour les hommes ayant des rapports

sexuels avec des hommes et les personnes qui s'injectent des drogues. L'accès au traitement reste faible et insuffisant pour répondre aux besoins. La lutte contre la co-infection VIH/tuberculose et l'hépatite B et C demeurent des défis majeurs. Des progrès notables ont été accomplis vers l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant avec une extension significative du dépistage du VIH. Les restrictions aux déplacements et les obstacles politiques et juridiques continuent à limiter l'accès à la prévention et au traitement pour les populations clés, notamment la réduction des risques et la substitution orale. Le financement des pays pour la prévention du VIH dans les populations clés demeure insuffisant et l'engagement politique a besoin d'un renouveau de mobilisation.

Europe orientale et Asie centrale		
Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Estonie, Géorgie, Kazakhstan, Kosovo, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Macédoine, Moldavie, Monténégro, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine, Ouzbékistan		
Objectif stratégique	Priorité	Produits communs
A.1. Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et dans le contexte du commerce du sexe	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilité dans tous les pays d'informations stratégiques sur l'épidémie, y compris les populations clés et vulnérables et les jeunes pour guider et surveiller la programmation et les budgets. 2. Intégration et mise en œuvre dans les plans nationaux de services essentiels pour les populations clés : <ul style="list-style-type: none"> - Ensemble complet de mesures pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transsexuelles dans 15 pays prioritaires ; - Ensemble complet de mesures pour les professionnel(le)s du sexe ; - Prévention du VIH dans les prisons d'au moins 10 pays, y compris la Russie et l'Ukraine ; - Expansion des programmes de promotion du préservatif en mettant l'accent sur les partenaires sexuels non exclusifs et les populations clés au Kazakhstan, au Kirghizistan, en Fédération Russe, au Tadjikistan, en Ukraine et en Ouzbékistan. 3. Incorporation de la prévention du VIH et des IST dans l'ensemble des stratégies et programmes nationaux pour les jeunes et les adolescents dans 10 pays. 4. Mise en place dans 8 pays de programmes complets d'éducation au VIH et à la sexualité, y compris la communication sur les conséquences des comportements, pour les adolescents et les jeunes. 5. Intensification des programmes de santé positive, dignité et prévention dans tous les pays de la région. 6. Prise en compte spécifique dans toutes les stratégies nationales sur le VIH des besoins des femmes et des filles et inclusion de programmes pour réduire la vulnérabilité des femmes à la transmission du VIH, notamment à l'intention des partenaires féminins de toxicomanes et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
A.2. Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au SIDA	✓	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement, intensification et surveillance de stratégies d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, en particulier dans les populations clés. 2. Intégration des services de lutte contre le VIH, de santé maternelle et infantile, de santé sexuelle et de santé reproductive, fournissant une prophylaxie antirétrovirale et un meilleur accès pour les populations clés dans 10 pays. 3. Mise à jour des protocoles de PTME et amélioration des services destinés aux femmes enceintes, y compris les directives de prophylaxie, l'alimentation du nourrisson, et la confidentialité des services. 4. Mise en place dans tous les pays d'un suivi social et de soutien aux familles d'enfants infectés.

<p>A.3. Prévention de toutes les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui consomment des drogues</p>	<p>✓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prise en compte dans les stratégies et politiques nationales de toute la région de mesures éclairées par le concret de prévention, de traitement et de soins pour les personnes qui consomment des drogues. 2. Disponibilité d'informations stratégiques dans 12 pays sur les modes de consommation des drogues et les obstacles à l'accès aux/la fourniture de services sociaux et sanitaires pour les populations toxicomanes. 3. Mise en œuvre et suivi de programmes ciblant les toxicomanes, y compris : <ul style="list-style-type: none"> - Approche communautaire, dépistage du VIH, et soins de santé de base pour les personnes qui s'injectent des drogues dans 15 pays ; - Prévention communautaire à l'intention des toxicomanes dans 8 pays, y compris la prévention des overdoses ; - Intégration des services de lutte contre le VIH et la toxicomanie et des services des ONG pour améliorer la qualité du traitement et de la réadaptation des toxicomanes dans 10 pays ; - Mise en œuvre et surveillance de la prévention primaire de l'usage de drogues et de l'injection de drogues dans 10 pays, y compris les liens avec la réduction des risques. 4. Amélioration de la réduction des risques dans au au moins 10 pays avec le développement d'un ensemble complet de mesures pour les toxicomanes.
<p>B.1. Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement</p>	<p>✓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Élargissement de la couverture du traitement antirétroviral, traitement rapide, mise en œuvre des lignes directrices révisées et mise en place de mécanismes de soutien pour la rétention et l'adhésion des patients dans tous les pays. 2. Amélioration significative dans 6 pays de l'accès au traitement pour les utilisateurs de drogues. 3. Amélioration du rapport coût-efficacité du traitement antirétroviral par la mise en oeuvre des souplesses offertes par l'Accord sur les ADPIC et la gestion de la chaîne d'approvisionnement (couverture de deux fois plus de patients avec des ressources similaires). 4. Augmentation du nombre de personnes connaissant leur statut VIH et ayant accès à un traitement précoce grâce à la fourniture accrue d'informations et aux services de conseil et dépistage volontaire pour les populations clés et les jeunes (y compris les mineurs). 5. Mise en place de la détection précoce de la résistance au traitement et amélioration de l'accès aux médicaments de deuxième intention dans tous les pays.
<p>B.2. Réduction de moitié des décès imputables à la tuberculose des personnes vivant avec le VIH</p>	<p>✓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place dans tous les pays de programmes pour s'assurer que chaque personne atteinte de tuberculose soit testée pour le VIH et ait accès aux antirétroviraux sans délai en cas de séropositivité. 2. Introduction et développement de l'utilisation de nouvelles technologies de dépistage actif de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans 8 pays de la région. 3. Mise en place de programmes de formation pour améliorer la capacité des personnels de la santé à faire face à la tuberculose et au VIH. 4. Mise en oeuvre et suivi dans 10 pays de programmes s'attaquant au problème de la co-infection VIH/tuberculose dans les établissements pénitentiaires.
<p>B.3. Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations</p>		
<p>Fonctions stratégiques</p>	<p>Priorité</p>	<p>Produits communs</p>

<p>C.1. Réduction de moitié du nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité, qui entravent l'efficacité des ripostes.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement et mise en place de plans de sensibilisation au VIH et aux droits humains dans la région. 2. Examen et évaluation des obstacles juridiques et politiques à une protection/un soutien social et sanitaire efficace aux populations clés. 3. Suppression des obstacles légaux/politiques empêchant la société civile de travailler avec les populations clés et sensibilisation des organismes d'application de la loi à la coopération avec la société civile. 4. Mise en place de systèmes de fourniture d'aide juridique aux personnes touchées par le VIH. 5. Mise en place dans tous les pays de mécanismes pour renforcer le leadership et les réseaux des organisations de personnes vivant avec le VIH, des organisations de la société civile et des systèmes communautaires dans la fourniture de services de prévention du VIH, de soins et de soutien.
<p>C.2. Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions</p>		
<p>C.3. Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH</p>		
<p>C.4. Ne tolérer aucune violence sexiste</p>		
<p>Objectif stratégique</p>	<p>Priorité</p>	<p>Produits communs</p>
<p>D1. Leadership et défense des droits</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement de plans de communication réunissant plusieurs médias pour mobiliser les leaders d'opinion et le public sur la prévention, le traitement et les soins du VIH, ainsi que l'expérience et les pratiques internationales. 2. Production et utilisation d'informations stratégiques pour guider les processus de prise de décision et améliorer la priorisation et l'allocation des ressources dans les pays (y compris des études sur les modes de transmission, des analyses épidémiologiques et des études coût-efficacité) 3. Poursuite de l'harmonisation des systèmes de collecte de données pour rendre compte des initiatives et des engagements de lutte contre le VIH à l'échelle régionale et globale ; soutien à l'harmonisation des systèmes de surveillance, évaluation et établissement de rapports conformes aux meilleures pratiques européennes. 4. Obtention de la participation de la région au traitement 2.0, à la recherche sur le vaccin, aux nouveaux tests et aux technologies sur le point de prestation, à la recherche et développement sur la prévention et le traitement du sida grâce à la sensibilisation et aux mécanismes de coopération régionale. 5. Arrivée de nouveaux pays donateurs dans la région qui contribuent à maximiser l'impact de la coopération et l'alignement sur les meilleures pratiques internationales. 6. Intégrations des programmes et services anti-VIH avec les autres programmes sanitaires, en particulier les programmes de soins maternels et infantiles, de santé sexuelle et reproductive et les soins de la tuberculose et des affections chroniques dans au moins deux pays. 7. Défense et obtention de la participation de la société civile dans le développement des politiques et de la surveillance et du financement des programmes de lutte contre le SIDA dans tous les pays.
<p>D2. Coordination, cohérence et partenariats</p>	<p style="text-align: center;">✓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Établissements de mécanismes de partenariat entre les gouvernements, la société civile et le système des Nations Unies pour parvenir à l'accès universel et aux autres OMD d'ici 2015.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Renforcement des capacités nationales, des systèmes réglementaires, des réglementations, des approches en termes de contrats de sociaux et des institutions dans 15 pays pour mettre en œuvre des programmes de prévention efficace et inclusive, et de traitement et de soins. 3. Fourniture d'un soutien cohérent et efficace à tous les pays pour 1) finaliser des plans stratégiques nationaux pour l'objectif 2015, 2) augmenter le montant et l'efficacité des subventions du Fonds Mondial, et 3) soutenir la mobilisation des ressources domestiques leur utilisation efficace pour les pays cessant d'être éligible pour ces subventions. 4. Développement d'une approche cohérente régionale du VIH et des migrations avec accès à la prévention, « portabilité » du traitement et amélioration de l'accès aux soins de santé et aux mécanismes tiers de paiement. 5. Fourniture d'un support technique aux pays pour répondre aux priorités liées à l'épidémie dans la région, en particulier par le renforcement des capacités de la société civile, notamment les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. 6. Mise en place de partenariats avec le secteur privé favorisant un meilleur accès à la prévention, au traitement et aux soins et mobilisant les transferts de technologie pour une meilleure efficacité.
<p>D3. Responsabilisation mutuelle</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Surveillance des capacités du système des Nations Unies aux niveaux national et régional avec documentation des lacunes pour garantir des programmes de soutien suffisant (p. ex., la dotation en personnel et autres ressources). 2. Développement de synergies entre les Coordonnateurs résidents et le Secrétariat pour renforcer la qualité de la riposte des Nations Unies au niveau des pays et d'optimiser le rapport coût-efficacité de la coordination. 3. Conduite conjointe d'analyses stratégiques sur d'importants aspects de l'épidémie dans la région pour augmenter l'efficacité du soutien des Nations Unies à la riposte. 4. Amélioration de l'efficacité de l'ONUSIDA dans la planification axée sur les résultats, de la cohérence des programmes conjoints de soutien et du suivi conjoint des performances avec établissement de rapports dans tous les pays de la région, en s'appuyant sur la division du travail, y compris l'évaluation annuelle des programmes conjoints de soutien.

ABRÉVIATIONS

- ADPIC : aspects des droits de propriété intellectuelle
- BM : Banque mondiale
- BPTI : budget-plan de travail intégré
- BRICS : Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud
- CCP : Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA
- COC : Comité des Organismes coparrainants
- DEI : deuxième évaluation indépendante
- GIPA : Participation accrue des personnes vivant avec le VIH (Greater Involvement of People living with HIV)
- GNP+ : Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (Global Network of People living with HIV)
- HCR : Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
- HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- OIT : Organisation internationale du travail
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le développement
- OMS : Organisation mondiale de la Santé
- ONG : organisation non gouvernementale
- ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
- PAM : Programme alimentaire mondial
- PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement
- PTME : prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- PVVIH : Personne vivant avec le VIH
- TAR : traitement antirétroviral
- TB : tuberculose
- UBRAF : Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (Unified Budget, Results and Accountability Framework)
- UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
- UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population
- UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance
- UNIFEM : fonds de développement des Nations Unies pour la femme (United Nations Development Fund for Women)
- UNODC : Office des Nations unies contre la drogue et le crime (United Nations Office on Drugs and Crime)

TERMINOLOGIE ET DÉFINITIONS

Terme	Définition	Source
Association d'approches de prévention	L'association d'approches de prévention possède les caractéristiques suivantes : elle est adaptée aux besoins et aux contextes nationaux et locaux, combine des éléments biomédicaux, comportementaux et structurels pour réduire à la fois les risques immédiats et les vulnérabilités sous-jacentes ; elle est élaborée avec l'implication totale des communautés affectées, promeut les droits humains et l'égalité des sexes ; elle fonctionne en recherchant systématiquement les synergies au fil du temps, au niveau des individus, des familles et de la société ; elle investit dans des ripostes centralisées et des communautés et renforce la coordination et la gestion ; elle est souple et fondée sur l'apprentissage permanent — elle peut s'adapter à l'évolution des schémas épidémiques, ajuster et déployer rapidement de nouveaux outils et des innovations.	ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 28
Programmes d'éducation globaux	Ils comportent par définition cinq éléments : 1) éducation de qualité ;2) contenu, programmes et matériels d'apprentissage ; 3) formation et soutien des éducateurs ; 4) politique, gestion et systèmes ; 5) approches et points d'entrée.	Cadre d'action EDUSIDA (UNESCO, juin 2008)
Violence basée/fondée sur le sexe	Violence sexiste est un terme générique pour tout acte nuisible/préjudiciable perpétré contre le gré de quelqu'un, et qui est basé sur des différences socialement prescrites entre hommes et femmes. Les actes de GBV enfreignent/violent un certain nombre de droits humains universels protégés par les conventions et les instruments normatifs internationaux. Beaucoup — mais pas toutes — de formes de GBV sont des actes illégaux et criminels au regard des politiques et des législations nationales. L'expression « violence basée/fondée sur le sexe/sexiste » est souvent utilisée de manière interchangeable avec l'expression « violence à l'égard des femmes ». L'expression « violence basée/fondée sur le sexe/sexiste » souligne la dimension sexospécifique relation entre la condition de subordination des femmes dans la société et leur vulnérabilité croissante à la violence. Il importe de noter, toutefois, que les garçons et les hommes peuvent également être victimes de la violence basée sur le sexe, notamment la violence sexuelle. La nature et l'ampleur de ces types particuliers de GBV varient selon les cultures, les pays et les régions. Les exemples incluent : – La violence sexuelle, notamment l'abus/l'exploitation sexuelle et la prostitution forcée	Comité permanent interorganisations (CPI) Directives en vue d'interventions contre la violence basée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire. (CPI, 2005): pp.7-8

Terme	Définition	Source
	<ul style="list-style-type: none"> - La violence domestique/familiale - La traite humaine - Le mariage forcé/précoce - Les pratiques traditionnelles nuisibles comme les mutilations génitales féminines, les crimes d'honneur, l'héritage des veuves et ainsi de suite. 	
Réduction des risques	<p>Se réfère aux politiques, programmes et approches qui visent à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques nocives associées à l'utilisation de substances psychoactives. Pour les usagers des drogues par injection, dans le cadre du VIH, c'est un ensemble intégré composé de neuf éléments, décrits dans le Guide technique OMS, ONUDC, ONUSIDA. Programmes d'aiguilles et de seringues ;traitements de substitution aux opiacés et autres traitements de la dépendance ; dépistage du VIH et conseil ; traitement antirétroviral ; prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles ; programmes de distribution de préservatifs pour les utilisateurs de drogues par injection et leurs partenaires sexuels ; information, éducation et communication ciblées sur les utilisateurs de drogues par injection et leurs partenaires sexuels ; vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale ; prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose.</p>	<p>Guide de terminologie de l'OUSIDA 2011, ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 38, et OMS, ONUDC, ONUSIDA : Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA2009</p>
Populations clés	<p>Les populations clés, ou populations clés plus exposées au risque d'infection, sont des groupes plus susceptibles que d'autres d'être exposés au VIH ou de le transmettre, dont l'engagement est essentiel à une riposte au VIH efficace. Dans tous les pays, ces populations incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Toutefois, chaque pays devrait définir les populations clés spécifiques à son épidémie et une riposte basée sur le contexte épidémiologique et social.</p>	<p>ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 41</p>
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	<p>Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, indépendamment du fait qu'ils aient ou non aussi des relations sexuelles avec des femmes ou qu'ils aient une identité individuelle/sociale associée à ce comportement, tels que « gay » ou « bisexuels ».</p>	<p>ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 6</p>
Personnes concernées par le VIH	<p>Englobe les membres de la famille et personnes à charge qui peuvent être impliqués dans la prestation de soins ou autrement affectés par la séropositivité d'une personne vivant avec le VIH.</p>	<p>Guide de terminologie ONUSIDA 2011</p>

Terme	Définition	Source
Santé positive, dignité et prévention	<ul style="list-style-type: none"> – Élargir l'accès aux politiques et aux programmes de santé publique basés sur les droits humains et s'appuyant sur des données factuelles, et comprendre ces politiques et programmes qui aident les personnes vivant avec le VIH à faire des choix adaptés à leurs besoins et leur permettent d'avoir une vie saine ; – Intensifier et appuyer les programmes existants de test, de soins, d'appui, de traitement et de prévention en matière de VIH que les communautés se sont appropriés et qu'elles conduisent ; – Intensifier et appuyer les programmes d'initiation à la santé, au traitement et à la prévention, et s'assurer que les droits humains et l'acquisition de notions juridiques de base sont promus et effectifs ; – S'assurer que les personnes vivant avec le VIH non diagnostiquées et diagnostiquées de même que leurs partenaires et leurs communautés sont inclus dans les programmes de prévention du VIH mettant en avant la responsabilité partagée, indépendamment du statut VIH connu ou perçu, et qu'elles ont les moyens de se protéger ainsi que leur(s) partenaire(s) en exerçant des choix plutôt qu'en subissant des restrictions ; – Intensifier et appuyer des programmes sur le capital social axés sur des ripostes au VIH durables conduites par les communautés en investissant dans le développement des communautés, la constitution de réseaux, le renforcement des capacités et des ressources pour les organisations et les réseaux de personnes vivant avec le VIH. 	ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 39
Professionnel(e)s du sexe	Adultes et jeunes de sexe féminin ou masculin, et transsexuel(le)s, qui reçoivent de l'argent ou des biens en échange de services sexuels, soit régulièrement soit occasionnellement, et qui peuvent ou non définir consciemment ces activités comme génératrices de revenus.	ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 8
Transsexuel	Généralement, le terme « transsexuel » désigne les individus dont l'identité sexuelle et/ou l'expression sexospécifique diffèrent des normes sociales liées à leur sexe de naissance. Le terme « personnes transsexuelles » décrit un large éventail d'identités, de rôles et d'expériences qui peuvent varier considérablement selon les cultures.	ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 36
Transmission verticale	Transmission du VIH d'une mère à son enfant au cours de la grossesse, l'accouchement ou	ONUSIDA 2011–2015 Stratégie : note finale 19

Terme	Définition	Source
	l'allaitement.	
Groupes vulnérables	Populations soumises à des pressions de la société ou des circonstances sociales qui peuvent les rendre plus vulnérables à l'exposition aux infections, y compris le VIH, telles que les populations touchées par des situations humanitaires, les réfugiés, les personnes déplacées et les migrants, des travailleurs de l'économie informelle, les personnes souffrant de la faim, la malnutrition et l'insécurité alimentaire, les personnes handicapées, et les enfants orphelins et vulnérables.	Guide de terminologie ONUSIDA 2011 et Cadre de résultats de l'ONUSIDA 2009-2011

Définitions de gestion axée sur les résultats (d'après le groupe de référence pour le suivi et l'évaluation de l'ONUSIDA, MERG)

Terme	Définition
Objectif	Une déclaration générale du résultat désiré, habituellement à long terme, d'un programme ou d'une intervention.
Résultat	Effet à court terme et à moyen terme d'un programme ou d'une intervention, tel qu'une modification des connaissances, attitudes, croyances, et/ou comportements.
Produit	Les résultats ou produits directs d'un programme, d'une intervention ou d'un ensemble d'activité.
Activité de production	Actions accomplies ou efforts par lesquels quel que les fonds, l'assistance technique et autres types de ressources sont mobilisés pour la production de produits spécifiques.
Indicateur	Variable quantitative ou qualitative qui fournit une façon valide et fiable de mesurer la réussite, d'évaluer la performance ou de refléter les changements liés à une intervention.

[Fin du document]