



Conseil économique et social

Distr. générale
21 juillet 2008
Français
Original : anglais

Pour examen

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2008

15-18 septembre 2008

Point 8 de l'ordre du jour provisoire*

Réunions récentes du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) : recommandations et décisions intéressant le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)**

Introduction

1. Le présent rapport porte avant tout sur l'application des décisions adoptées lors des vingtième et vingt et unième réunions du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), qui ont eu lieu en juin et décembre 2007, respectivement, ainsi que sur les solutions envisagées pour donner suite aux décisions prises à la vingt-deuxième réunion du Conseil de coordination, qui s'est tenue en avril 2008. Parmi les questions examinées lors de ces récentes réunions, celles qui intéressent le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sont les suivantes :

- a) État de l'application des recommandations formulées par l'Équipe spéciale mondiale pour le renforcement de la coordination entre les institutions multilatérales et les donateurs internationaux dans la lutte contre le sida, et suite donnée à l'évaluation indépendante menée par celle-ci;
- b) Collaboration avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme;
- c) Sensibilisation aux comportements sexistes dans la lutte contre le sida;
- d) Cycle du budget-plan de travail intégré d'ONUSIDA;
- e) Deuxième évaluation indépendante d'ONUSIDA;
- f) Procédure de désignation du Directeur exécutif d'ONUSIDA.

* E/ICEF/2008/16.

** La présentation du présent document a été retardée du fait qu'il a fallu tenir des consultations internes.



I. État de l'application des recommandations de l'Équipe spéciale mondiale et suite donnée à son évaluation indépendante

2. Conformément au système de répartition des tâches d'assistance technique propre à ONUSIDA, les secteurs de la lutte contre le VIH dans lesquels l'UNICEF est chargé de favoriser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement sont pris en compte dans le plan stratégique à moyen terme pour la période 2006-2009 et dans les quatre domaines de programmation de la campagne « Unis pour les enfants, unis contre le sida », à savoir : a) la prévention de la transmission mère-enfant (PTME); b) la fourniture d'un traitement pédiatrique; c) la prévention de la transmission du VIH chez les adolescents; d) la protection et l'accompagnement des enfants touchés par le VIH/sida. Pour chaque domaine de programmation, l'UNICEF s'emploie à montrer la voie à suivre, à défendre la cause des enfants, à répondre aux besoins de fournitures et de ressources, à réunir les parties prenantes, à suivre les progrès accomplis et à nouer des partenariats à tous les niveaux.

3. Au premier semestre de 2008, l'UNICEF, ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont publié « Enfants et sida : deuxième bilan de la situation » (avril 2008) et le rapport de situation intitulé « Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé » (juin 2008). Pour la première fois, un chapitre est consacré aux femmes et aux enfants dans le rapport de situation de 2008. Ce chapitre reprend des données recueillies par l'Équipe spéciale interinstitutions élargie sur la prévention de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants dans le but de suivre les progrès accomplis sur les plans de la PTME ainsi que des soins, des traitements et de l'accompagnement pédiatriques. Ces deux rapports montrent que la situation a évolué de façon encourageante mais que des obstacles demeurent sur la voie de la réalisation des cibles de l'objectif du Millénaire pour le développement 6 et de l'objectif d'accès universel à la prévention de l'infection par le VIH, au traitement, aux soins et à l'accompagnement, d'ici à 2010.

4. La plupart des pays font des progrès substantiels en ce qui concerne la PTME. À la fin de 2007, on estimait à 33 % la proportion de femmes enceintes séropositives qui recevaient un traitement prophylactique antirétroviral visant à prévenir la transmission du virus à l'enfant, alors qu'elles n'étaient que 10 % en 2004, ce qui représente un accroissement considérable. L'augmentation a été la plus forte en Afrique subsaharienne, où se trouvent 12 des pays qui comptent le plus de femmes enceintes séropositives. En 2007, la quasi-totalité des 20 pays de cette catégorie avaient mis au point des plans nationaux de développement de la PTME ainsi que du traitement, des soins et de l'accompagnement à l'intention des enfants vivant avec le VIH. À la fin de 2007, 20 pays étaient en passe d'atteindre l'objectif, fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies, consistant à permettre à 80 % de la population mondiale d'avoir accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement d'ici à 2010.

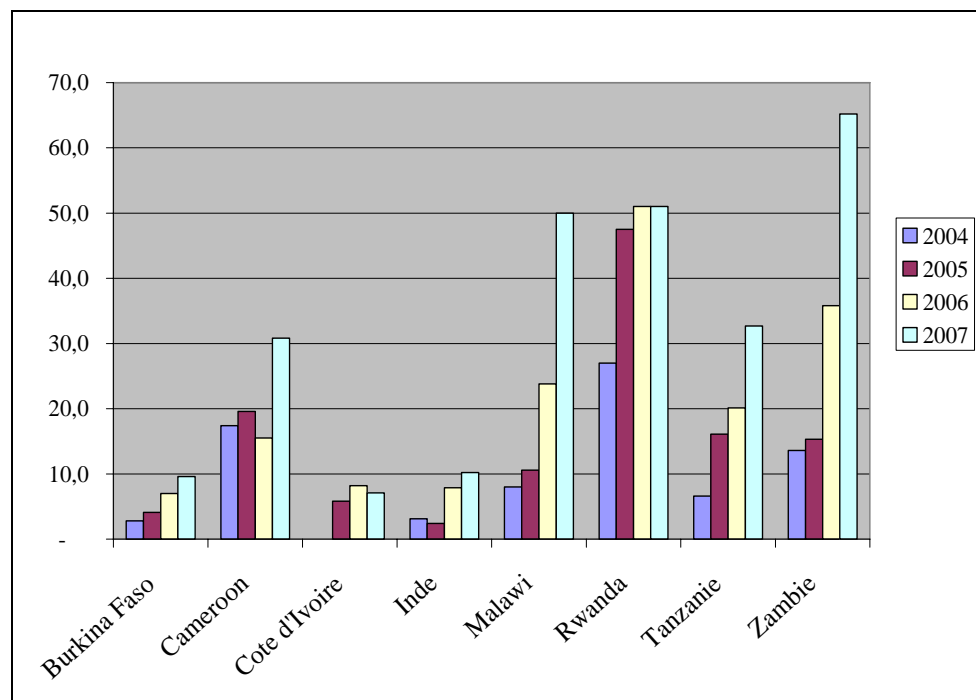
5. L'UNICEF a appuyé des activités de PTME dans 97 pays en 2007, contre 90 en 2005. Il a notamment prêté son concours technique à la planification des politiques, la communication, la formation et la diffusion des informations relatives à l'achat de médicaments et autres fournitures, ainsi qu'à la diffusion du *Guide pour la mise à l'échelle au plan mondial de la prévention de la transmission mère-enfant*

du VIH, adopté en décembre 2007 au Forum mondial de haut niveau des partenaires par des acteurs et représentants internationaux venus de 30 pays appliquant des mesures de PTME et de lutte contre le sida pédiatrique. La fourniture d'une assistance technique dans le cadre des missions techniques conjointes, lancées en 2004 et coordonnées par l'Équipe spéciale interinstitutions sur la prévention de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants, s'est révélée utile pour hâter les efforts déployés au niveau des pays. Entre 2005 et 2007, l'Équipe spéciale interinstitutions a mené 13 missions techniques conjointes à travers l'Afrique subsaharienne et l'Inde pour contrôler l'état de l'exécution des programmes, repérer les blocages et faire des recommandations sur la programmation stratégique afin d'accélérer la transposition à une plus grande échelle. L'UNICEF a également fait procéder à un examen des données d'expérience de huit missions conjointes effectuées au Burkina Faso, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, en Inde, au Malawi, au Rwanda, en Tanzanie et en Zambie. Comme l'indique la figure 1, la plupart de ces pays affichent d'importants progrès pour ce qui est de cette prévention.

Figure 1

Pourcentage de femmes enceintes soumises à un test de dépistage du VIH dans sept pays ayant accueilli des missions techniques conjointes de l'Équipe spéciale interinstitutions entre 2004 et 2007

Évolution, par pays, du pourcentage de femmes enceintes soumises à un test de dépistage du VIH entre 2004 et 2007



6. En novembre 2007, l'UNICEF et la Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM)¹ ont lancé, en collaboration avec l'OMS, une initiative commune visant à faciliter le développement des programmes nationaux de prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Cette initiative commune favorisera l'expansion plus rapide des activités de dépistage et d'accompagnement psychologique menées par les professionnels de la santé dans le cadre des soins prénatals, maternels et post-partum, l'élargissement aux mères et aux nouveau-nés de l'accès aux traitements antirétroviraux et le renforcement de l'accès précoce des nourrissons séropositifs à un traitement pédiatrique adapté. Pour commencer, huit pays doivent tirer parti de cette initiative : le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Inde, le Malawi, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie. L'accord conclu stipule que la FIAM financera les tests de dépistage du VIH, les antirétroviraux et les antibiotiques nécessaires aux patients des pays bénéficiaires pendant 24 mois au maximum, ce qui représente un montant total de 21 millions de dollars. Le rôle de l'UNICEF consiste à :

a) Participer à la définition d'une orientation générale et opérationnelle, au renforcement des capacités locales et à la fourniture d'une assistance technique dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation;

b) Exploiter son expérience en matière d'achats pour obtenir des produits de qualité au meilleur prix;

c) Aider sur le terrain les gouvernements à organiser les tests de dépistage et à distribuer les médicaments dans de bonnes conditions.

7. Les progrès observés à ce jour en matière de mise en œuvre de la PTME s'expliquent en grande partie par le soutien apporté par un nombre croissant de parties prenantes, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), ainsi que par l'engagement politique grandissant des gouvernements et du secteur privé.

8. Malgré une amélioration notable de l'accès aux services de PTME au cours de l'année écoulée, on est encore très loin d'avoir atteint l'objectif consistant à en permettre l'accès à 80 % de la population mondiale. Les principaux obstacles au développement de la PTME sont l'insuffisance des ressources humaines et des équipements disponibles à cette fin, le fait que les soins maternels et infantiles laissent à désirer, notamment sur le plan de la coordination entre les services de PTME et les soins dispensés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant, la médiocrité du suivi des femmes et des enfants, et la fragilité des liens avec les activités de traitement, de soins et d'accompagnement en matière de VIH. Les données communiquées par les gouvernements indiquent qu'en 2007, seuls 12 % environ des femmes enceintes dont la séropositivité avait été dépistée à l'occasion de soins prénatals ont fait l'objet d'un examen visant à déterminer si elles pouvaient prétendre à un traitement antirétroviral.

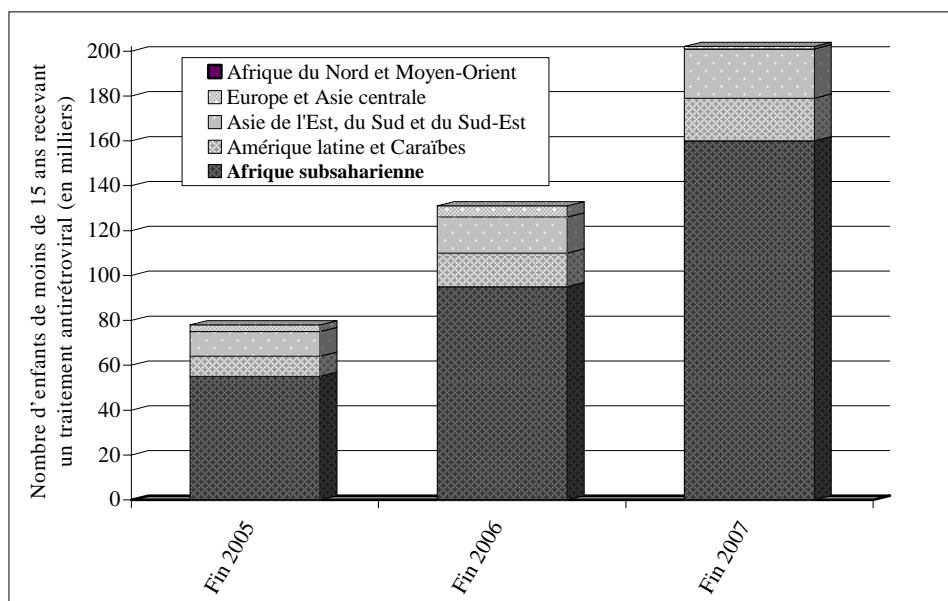
¹ Inaugurée le 19 septembre 2006, la Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM) est destinée à combler une lacune critique du système de financement de la santé à l'échelle mondiale. Le mode de financement novateur auquel elle fait appel a pour objet de réduire le prix des tests de dépistage et médicaments de qualité et d'en accélérer la disponibilité, surtout pour les habitants des pays en développement. Créée à l'initiative du Brésil, du Chili, de la France, de la Norvège et du Royaume-Uni, la FIAM compte aujourd'hui 27 pays membres, dont 19 pays d'Afrique.

9. Pour obtenir les meilleurs résultats possibles et maximiser l'impact des services de PTME, il est indispensable d'intégrer ceux-ci dans de solides programmes de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Par ailleurs, la fourniture, à l'initiative des prestataires, de services de dépistage du VIH et d'accompagnement psychologique dans les structures de soins prénatals et d'accouchement a contribué à accroître le nombre de femmes qui savent qu'elles sont séropositives et qui peuvent donc bénéficier de mesures de PTME et d'autres services adaptés de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

10. Le risque de transmission du VIH par voie d'allaitement maternel représente un terrible dilemme pour les femmes séropositives. Toutefois, une récente étude sur l'alimentation du nourrisson recommande que ces dernières allaitent leur enfant exclusivement au sein pendant les six premiers mois de son existence, sauf si des aliments de substitution acceptables, d'un prix abordable et sans danger pour la santé sont disponibles en permanence.

11. La majorité des enfants séropositifs peuvent être sauvés si on leur administre en temps voulu un traitement antirétroviral pédiatrique et du cotrimoxazole, un antibiotique bon marché dont les effets positifs sur la survie des enfants vivant avec le VIH ont été prouvés. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, le nombre d'enfants qui reçoivent un traitement antirétroviral a été multiplié par 2,6 entre 2005 et 2007, passant de quelque 75 000 à près de 200 000 (fig. 2).

Figure 2
Évolution, par région, du nombre d'enfants recevant un traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire entre 2005 et 2007



Source : Organisation mondiale de la Santé, *Rapport de situation*, Genève, 13 mars 2008.

12. La programmation en faveur des soins et du traitement pédiatriques contre le VIH a largement bénéficié de la campagne menée pour que les adultes vivant avec

le virus aient accès à un traitement. La plupart des pays prennent des mesures de renforcement des capacités des prestataires de soins aux adultes afin qu'ils puissent prendre en charge les enfants dans le cadre d'interventions en équipe axées sur la famille. La poursuite et l'intensification des activités de sensibilisation, la diminution du prix des médicaments, les polythérapies antirétrovirales génériques à dose fixe et une prévision plus précise des besoins en médicaments pédiatriques ont permis à un nombre bien plus grand de pays d'avoir accès à la thérapie antirétrovirale pour les enfants. Il y a peu de temps encore, l'accès à cette thérapie était limité par le manque de médicaments antirétroviraux dans des formulations pédiatriques. En 2007, le programme de précertification de la Food and Drug Administration des États-Unis et l'OMS a permis d'approuver une nouvelle polythérapie antirétrovirale générique pour enfants « trois médicaments en un ». Les gouvernements achètent désormais les médicaments par l'intermédiaire de la Division des approvisionnements de l'UNICEF et le PEPFAR, mais il faut redoubler d'efforts pour faire précertifier et enregistrer des polythérapies pédiatriques de meilleure qualité et d'un prix abordable.

13. Pour l'heure, très peu de jeunes enfants passent les tests de dépistage du VIH et reçoivent les traitements antirétroviraux et à la cotrimoxazole. En 2007, 77 pays, représentant 71 % des pays à revenu faible ou intermédiaire sur lesquels des données sont disponibles, ont communiqué des renseignements sur le dépistage précoce du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants. Sur les 715 000 enfants nés dans ces pays en 2007 d'une mère séropositive, seuls 8 % (54 900) avaient subi un test de dépistage dans les deux mois suivant leur naissance. Ce chiffre résulte de divers problèmes : le manque d'installations de dépistage adaptées aux jeunes enfants; la stigmatisation et la discrimination ressenties par les parents et les aidants naturels; l'absence d'une connaissance spécialisée du sida pédiatrique chez les professionnels de la santé; l'insuffisance des capacités de prestation de services et des moyens de communication; la place trop réduite que les programmes nationaux continuent d'accorder aux besoins des enfants. De nombreux systèmes de soins étant incapables de suivre l'évolution de l'état de santé de l'enfant, même quand la séropositivité de la mère est connue, une occasion de traiter les enfants est perdue.

14. Le dépistage précoce du VIH et un traitement dispensé dès les premiers mois de la vie peuvent améliorer de manière spectaculaire les taux de survie des enfants séropositifs. Une étude réalisée récemment en Afrique du Sud a permis de déterminer que la mortalité était réduite de 75 % chez les enfants séropositifs dont le traitement avait débuté avant l'âge de 12 semaines. Il devient de plus en plus facile d'effectuer un dépistage précoce chez le nourrisson à l'aide du test virologique par réaction en chaîne de la polymérase et, dans les pays dont les capacités de laboratoire sont limitées, des échantillons provenant de lieux éloignés sont transportés au moyen de papier filtre permettant de recueillir du sang sous la forme de taches de sang séché. En Afrique de l'Est et australe, où les capacités et les infrastructures de laboratoire sont réduites, le nombre de pays qui se dotent des systèmes nécessaires pour dépister le virus en testant des taches de sang séché est passé de 6 en 2005 à 11 en 2007. De tels systèmes existaient dans deux pays d'Afrique de l'Ouest et centrale et trois pays d'Asie de l'Est et du Pacifique en 2007.

15. L'un des moyens d'informer les professionnels de la santé qu'un enfant présente des risques d'infection par le VIH consisterait à noter sur la carte de santé de l'enfant que sa mère est séropositive, de sorte que l'enfant puisse recevoir les soins et le soutien requis. Plusieurs pays, dont la Zambie et le Zimbabwe, sont en

train d'adopter cette méthode, et d'autres, comme le Lesotho, vont encore plus loin, en remettant la carte de santé de l'enfant à la mère avant l'accouchement. En outre, le renforcement des programmes de santé maternelle et infantile et leur association avec les programmes de soins et de traitement relatifs au VIH contribueront à améliorer la survie de tous les enfants, y compris ceux qui sont séropositifs. Des systèmes d'évaluation des prestations et d'amélioration de la qualité peuvent être utilisés pour accroître le recours aux interventions essentielles et garantir l'apport d'un programme de soins global tenant compte de tout l'éventail des priorités relatives à la survie de l'enfant. HIVQUAL² est en train d'être adapté de façon à pouvoir être utilisé dans différents systèmes de santé à travers le monde. Il permet aux professionnels de la santé de donner en permanence des renseignements sur la qualité des prestations assurées par les établissements de santé afin que les éventuels problèmes puissent être rapidement repérés et résolus et les services sans cesse améliorés. En collaboration avec United States Centers for Disease Control and Prevention, le Gouvernement thaïlandais a testé HIVQUAL dans 12 hôpitaux en 2003, et l'utilise aujourd'hui comme méthode standard pour surveiller la qualité des soins administrés aux patients séropositifs dans l'ensemble du système de soins, y compris dans le domaine pédiatrique. HIVQUAL est également en service au Mozambique, en Namibie et au Nigéria, ainsi qu'au Guyana et en Ouganda, où il est testé dans un cadre plus large de soins pédiatriques à des patients séropositifs.

16. Le montant des antirétroviraux achetés par l'UNICEF a quasiment doublé entre 2006 et 2007, passant de 37 millions de dollars à près de 66 millions de dollars. La forte baisse des prix, notamment, a permis d'acquérir plus de doses de médicaments, dont plus de 5 millions de personnes ont bénéficié en 2007. Quant aux trousseaux de dépistage du VIH achetées par le Fonds, leur montant total est passé de 7,3 millions de dollars en 2006 à 11 millions de dollars en 2007. Une hausse a également été enregistrée en ce qui concerne le matériel de diagnostic, les réactifs et les consommables liés au VIH/sida, fournitures dont le montant a dépassé 5 millions de dollars.

17. Il est crucial de prévenir la transmission du VIH chez les jeunes et les adolescents pour atteindre les objectifs fixés lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida et les objectifs du Millénaire pour le développement. On estime que la connaissance du VIH et du sida, tant du point de vue de l'ampleur que de l'exactitude, a progressé d'au moins 10 % chez les jeunes femmes de 17 pays et les jeunes hommes de 5 pays. Dans son rapport de 2008, intitulé « Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et Déclaration politique sur le VIH/sida : progrès accomplis à mi-parcours du délai fixé pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement », le Secrétaire général indique que le taux de prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans bénéficiant d'un suivi prénatal diminue depuis 2000-2001 dans 12 des 15 pays pour lesquels on dispose de données suffisantes³, dont 9 se trouvent en Afrique de l'Est ou australe, c'est-à-dire dans la région où le taux de prévalence de l'infection est le plus élevé chez les adultes et les jeunes. Cette diminution semble

² HIVQUAL est un système de gestion de la qualité des soins dispensés aux personnes séropositives qui a été mis au point à l'origine dans l'État de New York (États-Unis). Il a depuis été adopté par plusieurs pays.

³ Ces 12 pays sont les suivants : Bahamas, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Kenya, Malawi, Namibie, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Swaziland et Zimbabwe.

correspondre à un accroissement de l'usage du préservatif chez les jeunes et à une réduction vraisemblable du nombre de partenaires.

18. Plus de 70 pays et territoires en développement prévoient désormais, dans les programmes scolaires nationaux, une formation obligatoire à l'autonomie fonctionnelle comprenant un module de prévention de la transmission du VIH. Il faut cependant redoubler d'efforts pour s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination des personnes séropositives, en mettant en œuvre des stratégies de communication axées sur les droits afin de faire évoluer les mentalités et les comportements. Par ailleurs, il est évident que les initiatives visant à sensibiliser les adolescents et les jeunes non scolarisés doivent être renforcées.

19. L'UNICEF continue de participer à l'expansion de réseaux de services de santé axés sur les besoins des jeunes, en particulier dans les pays d'Europe centrale et de l'Est et de la Communauté d'États indépendants. Des réseaux de services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique ont été développés dans des pays d'Afrique tels que l'Éthiopie, le Lesotho, le Malawi et le Mozambique. La campagne réussie de sensibilisation au sida menée en 2007 auprès des jeunes du Timor-Leste reposait sur une planification décentralisée, la dissémination de l'information entre membres de la même tranche d'âge et une forte maîtrise locale des initiatives pertinentes. Cela étant, la constitution et le développement de réseaux de services de santé axés sur les besoins des jeunes dans les systèmes de santé nationaux demeurent problématiques, compte tenu de l'insuffisance des capacités dans de nombreux cas. Des centres pour les jeunes offrant des informations sur le VIH/sida et des services d'accompagnement par les pairs ont été créés et financés, avec le concours de l'UNICEF, dans de nombreux pays et territoires, dont le Burundi, la Fédération de Russie, l'Ouganda et le territoire palestinien occupé, où 34 centres d'information pour les jeunes ayant vu le jour au cours des cinq dernières années mènent des actions de sensibilisation au VIH/sida et aux infections sexuellement transmises, et de prévention de la toxicomanie. Dans toutes les régions, l'UNICEF a financé des campagnes destinées à sensibiliser les jeunes au VIH/sida par l'intermédiaire du sport.

20. En février 2008, les directeurs exécutifs adjoints d'ONUSIDA et les organismes coparrainants se sont réunis pour la deuxième fois pour parler de la coordination des actions contre le VIH visant les jeunes. Ils ont décidé de concevoir des initiatives spéciales assorties de délais, et défini des règles de transparence destinées à renforcer la cohérence des mesures communes prises par les organismes des Nations Unies en faveur de la prévention, du traitement et des soins chez les jeunes. Aussi l'Équipe spéciale mondiale interinstitutions sur le VIH et les jeunes a-t-elle été élargie à des partenaires qui ne faisaient pas partie du système des Nations Unies, et la répartition des tâches concernant les jeunes a-t-elle été précisée dans le cadre du système de répartition des tâches d'assistance technique propre à ONUSIDA. L'Équipe spéciale interinstitutions a par ailleurs établi une série de notes d'orientation destinées à aider les équipes de pays et les groupes thématiques des Nations Unies sur le sida à donner des orientations à leur personnel, aux gouvernements, aux partenaires de développement, à la société civile et à d'autres partenaires d'exécution quant aux mesures particulières à prendre pour lutter avec succès contre le VIH chez les jeunes.

21. Toutefois, les progrès obtenus sont insuffisants. À la fin de 2007, les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 40 % des nouveaux cas d'infection par le VIH et 5,4 millions de jeunes hommes et jeunes femmes étaient séropositifs. Seuls neuf

pays à revenu faible ou intermédiaire affichaient un taux minimum de 50 % de jeunes ayant une bonne connaissance du virus et de la maladie.

22. Des informations plus fiables sur les comportements des adolescents et des jeunes, en particulier ceux qui sont les plus exposés au VIH, doivent être réunies le plus rapidement possible pour améliorer et mieux cibler les mesures de prévention de la transmission du VIH. Les données recueillies dans le cadre des enquêtes doivent être ventilées par âge et par sexe et, si possible, par situation matrimoniale. En outre, la mise en œuvre de mesures globales de prévention de la propagation du VIH chez les adolescents et les jeunes doit être encouragée, soutenue et contrôlée (avec la participation active des jeunes) dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le VIH. Les priorités nationales et infranationales en matière de prévention de la transmission du VIH doivent également être établies compte tenu des différents types d'épidémie touchant les adolescents et les jeunes, ainsi que de leurs points vulnérables et des risques qu'ils encourent. En cas de forte prévalence du VIH dans des pays où de vastes populations d'adolescents sont scolarisées, les établissements d'enseignement doivent mener des activités de prévention de la propagation du VIH, notamment exposer les risques que posent des schémas de relations sexuelles complexes (partenariats multiples et simultanés ou rapports sexuels entre personnes de générations différentes), dans le cadre des programmes scolaires ou par d'autres moyens. Les jeunes du monde entier doivent avoir accès à des informations fiables et pertinentes sur la santé procréative et sexuelle et la transmission du VIH, ainsi que sur les possibilités d'améliorer leurs compétences en matière de réduction des risques. Ils doivent aussi pouvoir bénéficier des services appropriés de prévention de la propagation du VIH, de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique, de réduction des risques, de santé procréative et sexuelle, de PTME et de circoncision masculine, et pouvoir se procurer des préservatifs.

23. Le nombre estimatif d'enfants dont un parent ou les deux sont décédés d'une infection liée au sida est passé d'environ 6 millions en 2000 à quelque 15 millions en 2005. À la fin de 2007, 24 pays, dont 21 situés en Afrique subsaharienne, avaient mené à bien, au niveau national, des plans d'action spéciaux en faveur des enfants touchés par le sida, et 10 pays, dont 9 en Afrique subsaharienne, étaient en train de mettre en œuvre de tels plans. Si la scolarisation des orphelins de 10 à 14 ans reste moins fréquente que celle des enfants qui vivent avec au moins un parent, l'écart s'est réduit dans certains pays, en partie grâce aux actions soutenues par l'UNICEF telles que la suppression des frais de scolarité et le versement de prestations en espèces dans le cadre d'une politique de protection sociale plus globale.

24. En 2007, des plans d'action nationaux en faveur des enfants touchés par le sida ont été établis sous leur forme définitive ou adoptés dans plusieurs pays, comme le Burundi, la Namibie, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda. Par ailleurs, l'UNICEF a continué de promouvoir l'accès des décideurs à l'information et la disponibilité de celle-ci aux fins de mise en œuvre en procédant à un large éventail d'études, notamment une analyse de la situation des enfants touchés par le sida au Rwanda, un examen de deux régimes pilotes de prestations en espèces mis en place au Malawi et en Zambie, une évaluation de l'impact de la formation des aidants naturels au Swaziland, une analyse des prestations en espèces versées aux enfants touchés par le sida au Ghana, et une évaluation des capacités des organisations non gouvernementales (ONG) qui fournissent des services. Avec l'aide de l'UNICEF, les systèmes d'enregistrement ou fichiers nationaux ciblant les enfants touchés par le sida ont été développés au Botswana, au Lesotho, en Namibie, en Sierra Leone, au

Swaziland et dans d'autres pays. Le Fonds a également continué d'appuyer les initiatives visant à aider les communautés locales à soigner les enfants touchés par le sida et à s'en occuper. Au Malawi et en Afrique du Sud, par exemple, il a facilité la création de crèches communautaires. En Namibie, au Swaziland et au Zimbabwe, il a financé des activités de formation à l'intention de diverses associations de prise en charge, parmi lesquelles des associations religieuses et d'autres regroupant des grands-mères d'orphelins du sida.

25. Au Zimbabwe, 400 000 enfants touchés par le sida devraient bénéficier de services vitaux financés au moyen d'un fonds d'un montant total de 85 millions de dollars, qui sera alimenté par six organismes donateurs et géré par l'UNICEF. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme continue de débloquent de grosses sommes pour des programmes axés sur les enfants touchés par le sida, tandis que les associations religieuses, comme Church Alliance for Orphans en Namibie, demeurent des partenaires de premier plan pour l'exécution. En Ouganda, en revanche, la lenteur de l'exécution des programmes susmentionnés que finance le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme compromettrait tout nouveau décaissement. On est en train de remédier à cette situation en faisant appel au Fonds de la société civile récemment créé et en renforçant l'assistance technique apportée au Gouvernement.

26. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des enfants touchés par le sida restent un problème de taille qu'il faut aborder sous tous les aspects de la lutte contre l'épidémie. Dans les régions où la prévalence est faible et l'épidémie concentrée, seule une petite proportion d'enfants est touchée par le sida. Cependant, ces enfants et leur famille risquent fort d'être victimes de discrimination, en particulier lorsque les parents souffrent déjà d'exclusion en raison de la perception qu'ont les gens de leur comportement. Une étude réalisée récemment au Bangladesh, en Inde, au Népal et au Pakistan montre comment la stigmatisation et la discrimination liées au VIH empêchent des enfants d'avoir accès aux services sociaux de base. Quelquefois, on place ces enfants dans des institutions pendant une durée prolongée et l'on empêche leurs parents de s'occuper d'eux.

27. Une étude sur les conséquences du sida en Afrique a entraîné une modification de la définition de la vulnérabilité dans le contexte d'une épidémie généralisée. Les enfants touchés par le sida risquent davantage de prendre du retard à l'école et ils ont tendance à vivre dans des ménages plus pauvres. Les dirigeants se rendent compte que le bon sens dicte souvent de soutenir les communautés touchées par le sida en améliorant les services pour tous les enfants vulnérables, y compris ceux qui sont en mauvaise santé, qui ne sont pas scolarisés, qui ploient sous le fardeau d'un travail excessif, ou qui sont extrêmement pauvres ou marginalisés, qu'ils soient ou non orphelins ou séropositifs.

28. La mise en place d'une législation, de politiques et de services qui aident les familles et les localités à s'occuper des orphelins permettra d'améliorer sensiblement leurs conditions de vie. L'aide apportée aux enfants touchés par le sida ne doit pas empêcher d'autres enfants en situation précaire d'accéder aux services essentiels; les bénéficiaires des programmes ne devraient pas être sélectionnés uniquement parce qu'ils sont orphelins.

29. Les conclusions et enseignements susmentionnés ont plusieurs implications pour les activités menées par l'UNICEF au niveau national. En 2008, l'appui technique aux pays demeurera la première des priorités dans le cadre de l'approche groupée élargie du Fonds, ainsi que pour les mécanismes conjoints tels que les

équipes interinstitutions. S'agissant de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant et du traitement pédiatrique du VIH, l'accent sera mis sur le développement des capacités de laboratoire et l'introduction de diagnostics de l'infection à VIH chez les nourrissons à titre préventif et du traitement à la cotrimoxazole dans le cadre de l'action visant à améliorer les systèmes de santé, ainsi que sur la promotion d'un meilleur accès aux médicaments antirétroviraux pour les femmes enceintes séropositives en difficulté. En matière de prévention, l'UNICEF concourra à la réalisation de nouvelles études qualitatives sur les facteurs de modification des comportements chez les adolescents et les jeunes, et la mobilisation sociale nécessaire pour encourager ces changements. Il faut redoubler d'efforts pour veiller à ce que les adolescents et les jeunes, notamment ceux qui sont séropositifs, participent de manière systématique à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des programmes de prévention du VIH. Concernant les enfants touchés par le sida, le Fonds s'attachera à aider à mettre au point et à regrouper les études, examens et analyses que réalisent actuellement divers partenaires et les groupes de travail des équipes interinstitutions. Ces documents serviront de base pour les délibérations du Forum mondial des partenaires prévu en octobre 2008. Les bureaux régionaux de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, en Asie de l'Est et dans le Pacifique, et en Asie du Sud ont mis au point des plans et cadres stratégiques qui définissent non seulement les principaux secteurs où il convient d'investir : prévention de la transmission materno-fœtale, soins pédiatriques, enfants séropositifs et sidéens, programmes s'adressant aux adolescents et programmes humanitaires, mais exposent aussi les stratégies sous-tendant les activités prévues dans le plan de travail, qui portent notamment sur : a) la fourniture d'une aide aux bureaux de pays afin qu'ils tirent parti des possibilités offertes; b) le renforcement des capacités techniques au niveau national; l'examen ou l'élaboration de documents nationaux, tels que des plans de renforcement des activités, des principes directeurs et des méthodes, ainsi que des programmes de formation; c) l'augmentation du nombre des bénéficiaires; et d) le rôle joué par le Fonds pour aider à conclure de nouveaux partenariats.

30. Une double démarche préside à toutes ces stratégies, en ce qu'il nous faut combiner nos connaissances spécialisées et notre choix des interventions décentralisées et adaptées sur le plan local avec un rôle d'appui accru aux gouvernements pour les aider à développer les activités. Cette démarche vient confirmer que l'UNICEF est un des nombreux partenaires dans la lutte contre le VIH/sida, même s'il dispose de moins de ressources. Le principal atout du Fonds est qu'il apporte une valeur ajoutée à l'ensemble des activités menées dans les pays pour lutter contre l'épidémie et ce, en déterminant et en exploitant les possibilités existant au niveau national, qui peuvent avoir un impact profond et durable à l'échelon local. Le fait d'œuvrer à divers niveaux présente d'autres avantages. Tout d'abord, cela permet d'optimiser les chances qui s'offrent au niveau national, ce qui améliore la rentabilité et permet ainsi au Fonds de s'attaquer simultanément à plusieurs questions. Par ailleurs, les pays qui décident de ne se concentrer que sur un ou deux des quatre thèmes de la campagne peuvent tout d'abord développer leur savoir-faire et leur crédibilité à l'échelon local avant d'étendre les activités et de les reproduire à une plus grande échelle. Cet équilibre entre la conduite d'activités au niveau national et la démonstration de résultats au niveau local sera une caractéristique essentielle de nos travaux futurs.

31. Le lancement, en 2006, de la campagne intitulée « Unis pour les enfants, unis contre le sida » a montré que l'UNICEF devait renforcer ses capacités internes pour

pouvoir atteindre les objectifs fixés dans ce cadre. Le Fonds doit à la fois augmenter les effectifs concernés et s'assurer que les nouveaux membres du personnel ont les connaissances voulues pour atteindre ces objectifs, qui recoupent les domaines habituels de connaissance et d'intervention de l'organisation mais exigent souvent une orientation quelque peu différente. Il faudra développer les capacités d'organisation de manière à pouvoir influencer sur les politiques nationales relatives aux enfants et aux adolescents à travers tous les thèmes de la campagne. Il est en outre impératif que l'UNICEF améliore son aptitude à faire connaître les expériences prometteuses menées à l'échelon national et à communiquer ces informations aux pays, aux donateurs potentiels et à d'autres interlocuteurs. Ces mesures peuvent à la fois permettre de mobiliser de nouvelles ressources et d'améliorer les capacités d'organisation de manière à influencer sur les politiques nationales relatives aux enfants et aux adolescents dans tous les domaines de la campagne.

32. Quatre-vingt-neuf États ont désormais mis en place des équipes conjointes des Nations Unies pour la lutte contre le sida et près de 56 d'entre elles ont élaboré un programme commun d'appui. Les vues divergent quant à la définition d'un tel programme. Afin de mieux aider ces équipes, au début de 2008, ONUSIDA a mis au point et diffusé un deuxième document d'orientation sur les programmes communs afin de clarifier certains aspects du premier document qui posaient des difficultés sur le plan de l'exécution, établi d'après les rapports reçus des bureaux locaux. Le secrétariat d'ONUSIDA et les organismes coparrainants ont en outre financé la mise au point d'une panoplie d'outils destinés à répondre aux divers besoins qu'ont les organismes des Nations Unies pour mettre en œuvre des mécanismes de coordination et des programmes communs d'appui à la lutte contre le sida, l'accent étant mis sur l'explication et l'application de concepts liés à l'orientation, le renforcement des compétences et la promotion de la collaboration entre le personnel des Nations Unies et des organismes partenaires.

33. L'UNICEF prête son concours aux équipes conjointes pour la lutte contre le sida en fournissant un appui technique au niveau national. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, cet appui s'inscrit dans le cadre du plan de travail du groupe régional interorganismes de prévention du VIH. Le contrôle de la qualité pour le volet prévention des plans de travail des équipes est un processus continu. Les plans de travail annuels sont revus lors des missions conjointes ou individuelles du conseiller régional : les progrès accomplis, les difficultés rencontrées et l'aide fournie font l'objet d'un examen, et les questions devant faire l'objet d'un suivi sont alors signalées. Une assistance technique de suivi est aussi prévue en collaboration avec les groupes de prévention créés par les équipes. Au niveau régional, le groupe interorganismes chargé de la prévention fait le bilan des progrès réalisés dans l'aide apportée aux équipes conjointes. En Inde, l'équipe conjointe d'aide pour la lutte contre le sida concourt à l'élaboration d'un programme commun des Nations Unies destiné à fournir une assistance technique dans les domaines suivants : planification stratégique et du renforcement des capacités; soins et soutien aux femmes et aux enfants; et activités préventives à l'intention des jeunes ayant des comportements à haut risque. Le PNUD, l'UNICEF et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime jouent un rôle de premier plan dans chacun des domaines susmentionnés et mettent en œuvre ces activités dans quatre États du nord-est : Manipur, Meghalaya, Mizoram et Nagaland.

34. Il ressort des enseignements tirés de l'expérience acquise par les équipes conjointes des Nations Unies pour la lutte contre le sida qu'il importe de cerner les

besoins qu'ont les pays pour mettre sur pied ces équipes et de suivre les progrès réalisés. Les premières directives ont permis à différents pays d'expérimenter diverses formules; cependant, toutes les équipes doivent tenir compte de certaines exigences minimales. Les sièges des organismes coparrainants devraient définir plus précisément les attributions et les responsabilités des chefs des bureaux de pays à cet égard, et chacune des équipes de directeurs régionaux pourrait réaffirmer ce message. L'élaboration et l'exécution de programmes communs d'appui sont étroitement liées à la mise au point et la révision des plans stratégiques nationaux, notamment les plans opérationnels, et au rôle que le système des Nations Unies peut jouer pour concourir à l'élaboration de plans d'appui technique au niveau national.

II. Renforcement de la collaboration avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme

35. À sa 21^e réunion, tenue en juin 2007, le Conseil de coordination du programme d'ONUSIDA a pris les décisions suivantes :

- a) Demander à ONUSIDA de collaborer avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à la révision et la mise à jour de leur mémorandum d'accord;
- b) Redéfinir et actualiser, compte tenu des changements survenus, les domaines de coopération et les modalités fixées à cet égard;
- c) Soumettre le document adopté à leurs conseils respectifs pour approbation;
- d) Mettre en place un système commun de suivi aux fins de promouvoir la responsabilité.

36. L'action menée pour lutter contre le sida et les mécanismes institutionnels créés à cette fin ont évolué depuis la signature du premier mémorandum d'accord. Le nouveau mémorandum a été établi sur la base d'une analyse de la situation actuelle et d'une définition précise des rôles complémentaires d'ONUSIDA et du Fonds mondial. Les questions suivantes y sont notamment évoquées : l'importance que revêtent les partenariats pour promouvoir le contrôle national; la croissance du Fonds mondial et l'élaboration de nouvelles politiques; la demande accrue d'assistance technique; la nécessité de mieux comprendre les insuffisances des programmes; et le rôle joué par les partenaires techniques dans l'augmentation, la fourniture et l'évaluation des subventions.

37. Dans le cadre du nouveau mémorandum, ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'engagent à œuvrer en partenariat en vue de garantir d'ici à 2010 un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à une aide; promouvoir le contrôle et la maîtrise des programmes par les pays; harmoniser l'appui aux programmes nationaux et synchroniser les exercices financiers, le suivi et l'évaluation afin d'accroître l'efficacité de l'aide; orienter et appuyer les activités de sensibilisation menées à l'échelle mondiale en vue de mobiliser un appui politique de haut niveau pour lancer une action globale de lutte contre le sida.

38. Une équipe de travail rassemblant des représentants du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, de l'Organisation internationale du Travail (OIT), du PNUD, du secrétariat d'ONUSIDA, du FNUAP, de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale a élaboré le nouveau mémorandum d'accord, qui a été approuvé à l'issue de la 22^e réunion du Conseil de coordination du programme. Ce nouveau mémorandum, qui est fondé sur la responsabilité mutuelle, sert de cadre stratégique général unique pour organiser ce partenariat. En outre, le secrétariat d'ONUSIDA et les organismes coparrainants concernés collaboreront avec le Fonds mondial à l'élaboration de mécanismes opérationnels de suivi dans ce cadre. Le docteur Peter Piot et M. Kazatchkine ont signé le mémorandum d'accord révisé lors de la réunion sur la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/sida, qui s'est tenue à Kampala en juin 2008.

39. Des plans nationaux seront élaborés de concert avec les bureaux de pays des organismes partenaires et en consultation avec certains membres du personnel d'ONUSIDA recrutés sur le plan régional ou national en vue de mettre en œuvre le mémorandum d'accord. Toutes les parties prenantes organiseront des activités de sensibilisation afin de susciter une volonté politique affirmée à tous les niveaux. La communication entre le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le secrétariat d'ONUSIDA et les organismes coparrainants sera essentielle. Des mécanismes visant à améliorer la communication à tous les niveaux seront définis dans les futurs accords opérationnels.

40. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme sollicitera l'aide d'ONUSIDA pour recenser les organismes participants et faire des recommandations sur les questions abordées et les participants lorsqu'il organisera des réunions techniques de grande portée. Les deux organismes partenaires estiment que le Groupe d'examen technique est un organe indépendant et que les examens doivent être effectués en respectant les politiques et procédures définies par le Fonds mondial. Les différents organismes coparrainants inviteront les membres du Groupe d'examen technique à des réunions techniques, en leur qualité d'experts, lorsque cela sera possible.

41. ONUSIDA concourt à l'élaboration de plans stratégiques nationaux, rationnels sur le plan technique et intégralement chiffrés, qui constituent les fondements de l'action menée à l'échelle nationale. Ils sont déjà un point de passage obligé pour appliquer la série actuelle de propositions et serviront de base pour l'application au niveau national des propositions que formulera le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. ONUSIDA continuera, avec l'aide de l'UNICEF, à faciliter l'élaboration et la validation des plans stratégiques nationaux, en se fondant sur des données scientifiques et en tenant compte des droits de l'homme.

42. À la faveur de cette collaboration renforcée, l'UNICEF appuiera les mécanismes de coordination nationaux et la formulation de propositions par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'objectif étant de faciliter l'élaboration de nouvelles propositions de subventions destinées aux enfants. Le Fonds a aussi consulté le Fonds mondial à plusieurs reprises, et les deux parties sont convenues de poursuivre l'analyse de plusieurs modules qui ont été retenus, dans l'optique de donner suite aux mécanismes de collaboration efficaces établis dans le cadre des précédentes séries de propositions et d'améliorer l'aptitude de l'UNICEF à mobiliser une part substantielle des 2 milliards de dollars disponibles pour la huitième série. Le Fonds a ainsi recensé huit principaux pays

(Biélarus, Cambodge, Côte d'Ivoire, Haïti, Nigéria, Ouzbékistan, Zambie et Zimbabwe) où il s'attache à renforcer l'appui technique aux fins de faciliter l'élaboration de propositions relatives à la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant et au traitement pédiatrique du sida. La gestion des achats et des approvisionnements est un autre point essentiel, en particulier au regard de la nouvelle formule de centralisation des achats et du renforcement des capacités dans les pays. Un module supplémentaire est axé sur l'information et l'exploitation des données provenant des enquêtes en grappes à indicateurs multiples aux fins du suivi et de l'évaluation.

III. Lutte contre le sida et inégalités entre les sexes

43. Après la présentation, en juin 2007, des évaluations demandées concernant les inégalités entre les sexes et du projet de principes directeurs établis à cet égard, le Conseil de coordination du programme a déclaré à sa 20^e réunion qu'il :

« accueillait avec satisfaction les résultats de l'évaluation de la place réservée aux femmes et demandait à ONUSIDA d'élaborer plus avant et de finaliser le projet de principes directeurs en accord avec les gouvernements, les donateurs, le système des Nations Unies, les initiatives mondiales de lutte contre le VIH, la société civile et toutes les parties concernées en mettant l'accent sur les mesures concrètes à prendre dans le cadre des ripostes nationales au VIH pour réaliser l'égalité et l'équité des sexes. »

et :

« demandait que les principes directeurs finalisés soient présentés au Conseil de coordination du programme à sa première réunion de 2008, assortis d'un plan d'action chiffré pour leur diffusion et application à l'échelon des pays. »

44. Comme suite aux décisions du Conseil de coordination du programme, le PNUD, le secrétariat d'ONUSIDA et le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) ont tenu des consultations approfondies en vue d'élaborer plus avant et de finaliser le projet de principes directeurs présenté au Conseil de coordination du programme en juin 2007. L'accent a été mis sur la participation des gouvernements et des interlocuteurs de la société civile issus des pays à revenu faible ou intermédiaire, notamment les présidents et les membres des commissions nationales de lutte contre le sida, le personnel affecté aux programmes nationaux de lutte contre le sida, les organisations de la société civile participant à l'exécution des programmes et aux activités de sensibilisation et le personnel des ministères de la condition féminine et des femmes. L'UNICEF a fourni une assistance technique pour aider à élaborer plus avant le projet de principes directeurs.

45. Ce document d'orientation a pour objet de promouvoir le lancement d'une action renforcée et améliorée visant à lutter contre les problèmes interdépendants liés au sida et aux inégalités entre les sexes au niveau national, en mettant l'accent sur trois grands principes : connaître l'épidémie; veiller à ce que les interventions soient fondées sur des données d'expérience; et faire en sorte que les stratégies, les politiques et les programmes s'inscrivent dans le cadre du respect des droits de l'homme. Il vient compléter les directives et outils existants à cet égard en mettant l'accent sur l'élimination des inégalités entre les sexes dans le cadre de la lutte contre le sida. Il ne vise pas à décrire en détail comment intervenir dans des domaines ou secteurs thématiques particuliers, car il existe déjà un large éventail de

matériels et d'outils de formation qui permettent d'orienter et d'appuyer des interventions précises. Ce document devrait faciliter le travail que l'UNICEF accomplit actuellement concernant les femmes et la lutte contre le VIH/sida au niveau national.

46. Le PNUD, l'UNIFEM et le secrétariat d'ONUSIDA mettront au point des outils en vue d'aider les pays à planifier, programmer et mener des interventions dans le domaine de la lutte contre le sida, qui tiennent compte des inégalités à l'égard des femmes et des filles. Les organismes coparrainants, tels que l'UNICEF, aideront le PNUD et les organismes partenaires à appliquer à titre expérimental les directives établies concernant les femmes dans quatre pays présentant des profils épidémiologiques différents. Les résultats de cette expérimentation seront utiles pour mettre au point les outils susmentionnés. En outre, le Fonds aidera le PNUD à créer un groupe d'experts chargés des questions relatives aux femmes, aux filles et aux inégalités entre les sexes, comprenant également des hommes. ONUSIDA rendra compte des progrès accomplis à cet égard à la 23^e réunion du Conseil de coordination du programme.

IV. Cycle du budget-plan de travail intégré d'ONUSIDA

47. Le budget-plan de travail intégré (BPTI) biennal est actuellement le principal instrument utilisé par ONUSIDA pour coordonner et traduire en termes opérationnels les priorités retenues dans le cadre de l'action menée par les organismes des Nations Unies pour lutter contre le sida. Il constitue un outil essentiel pour mener un exercice conjoint de programmation et de budgétisation, de coordination, de responsabilisation et de mobilisation des fonds, et a évolué tout au long des exercices suivants : 2004-2005, 2006-2007 et 2008-2009. Au fil du temps, il a attiré et guidé un nombre toujours plus grand d'organismes partenaires, de nouveaux éléments et de nouvelles catégories budgétaires ont été introduits; il est davantage axé sur les résultats et a été mis en conformité avec les priorités et les objectifs de développement convenus à l'échelle internationale, notamment ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire et la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. C'est un instrument propre à encourager la mise en œuvre de programmes harmonisés (Équipe spéciale mondiale pour le renforcement de la coordination dans la lutte contre le sida et Division du travail d'ONUSIDA), qui est considéré comme un bon exemple de mise en œuvre concrète de la réforme de l'ONU. C'est un outil de programmation et de budgétisation unique, en constante évolution, qui rassemble diverses entités des Nations Unies.

48. Pour atteindre l'objectif 6 du Millénaire pour le développement qui consiste à stopper la propagation du VIH/sida et à inverser la tendance actuelle, il faut adopter une stratégie à long terme, qui doit aller de pair avec un engagement soutenu et un financement prévisible afin que cette action soit aussi efficace que possible. Elle devra être fondée sur une analyse factuelle de l'épidémie et des interventions, la formation d'alliances synergiques au sein d'ONUSIDA et entre ONUSIDA et les autres principales parties prenantes, et il faudra améliorer la gouvernance et la gestion du Programme. Cette stratégie doit aussi promouvoir et entretenir un sentiment de contrôle et d'adhésion pour toutes les parties prenantes en offrant un cadre d'action à long terme, et permettre de mieux comprendre l'impact des interventions. L'argument en faveur d'un cadre de planification quadriennal plutôt que biennal repose sur les considérations suivantes :

- a) Planification d'une action à plus long terme;
- b) Engagements en faveur d'un financement pluriannuel permettant une planification à long terme;
- c) Meilleure compatibilité avec les cycles de planification et de budgétisation des organismes coparrainants;
- d) Diminution des coûts de transaction liés à un cycle de planification et de budgétisation portant sur deux ans;
- e) Importance accrue accordée à la mise en œuvre et au suivi des résultats au niveau national.

49. À sa 22^e réunion, le Conseil de coordination du programme a approuvé l'établissement du prochain BPTI, sur la base de la révision du cadre stratégique d'ONUSIDA 2007-2010 et compte tenu de sa reconduction jusqu'à 2011, et confirmé le maintien d'un cadre de planification quadriennal et d'un cycle budgétaire biennal. À sa 23^e réunion, le Conseil examinera le cadre stratégique révisé, qui servira de guide pour établir le BPTI pour 2010-2011 et le projet de créer un sous-comité chargé de la planification et du suivi des résultats, relevant du Conseil. En juin 2009, à sa 24^e réunion, le Conseil examinera le BPTI 2010-2011 pour approbation.

V. Deuxième évaluation indépendante d'ONUSIDA

50. En décembre 2007, à sa 22^e réunion, le Conseil de coordination du programme est convenu de réaliser une deuxième évaluation indépendante d'ONUSIDA en vue d'évaluer l'efficacité et les résultats du Programme (notamment s'agissant du secrétariat d'ONUSIDA, du Conseil de coordination du programme et des organismes partenaires) aux niveaux mondial, régional et national. Toutefois, en 2008, le Bureau du Conseil de coordination a décidé de suspendre l'évaluation, conformément à l'avis du Conseiller juridique. Compte tenu des modalités d'action du Conseil de coordination, de ses attributions et du mandat qui lui a été conféré par la décision adoptée à sa 21^e réunion, le Conseiller juridique s'est demandé si le Bureau pouvait se prononcer sur les mesures prises concernant la composition du Comité de contrôle de la deuxième évaluation indépendante d'ONUSIDA, qui sera chargé d'examiner l'évaluation des activités menées par les organismes affiliés à ONUSIDA, notamment les organismes coparrainants.

51. À sa 22^e réunion, le Conseil de coordination du programme a décidé que les organismes coparrainants devraient désigner un organe qui serait chargé d'assurer la liaison avec le Comité de contrôle, sans en être membre. Le Comité se compose de 10 membres indépendants représentant le large éventail des acteurs concernés. Les organismes coparrainants ont recommandé au FNUAP d'assumer le rôle de liaison avec le Comité.

52. Le projet de rapport de la deuxième évaluation indépendante sera présenté au Conseil de coordination du programme à sa 24^e réunion, qui se tiendra en juin 2009.

VI. Nomination du Directeur exécutif d'ONUSIDA

53. À sa 22^e réunion, le Conseil de coordination du programme a créé un comité chargé de surveiller le processus de nomination du nouveau Directeur exécutif d'ONUSIDA, qui est composé par six États membres, deux ONG et quatre organismes coparrainants (OIT, HCR, UNICEF et OMS) et a les fonctions suivantes :

- a) Veiller à ce que la procédure de présentation des candidatures soit dûment suivie;
- b) Encourager et accueillir favorablement les candidatures issues de régions autres que celles des précédents directeurs exécutifs;
- c) Mettre au point un système de notation pour évaluer les candidats;
- d) Organiser des entretiens initiaux en vue de sélectionner les candidats et de les évaluer en fonction des compétences de base, et présenter les candidats retenus par ordre de préférence au Comité des organismes coparrainants;
- e) Soumettre au président du Comité des organismes coparrainants les résultats du processus de nomination, notamment la liste des candidatures à examiner, le compte rendu des entretiens et la liste complète de tous les candidats pris en considération.

54. À l'automne 2008, le Comité des organismes coparrainants – qui peut aussi se réunir en séance privée – examinera la liste des candidatures et organisera des entretiens avec les candidats retenus. Le président du comité chargé de surveiller le processus de nomination participera aux entretiens et au processus de nomination en qualité d'observateur, et rendra compte au Conseil de coordination du programme, à sa 23^e réunion, de la procédure suivie. Enfin, le Comité fera connaître au Secrétaire général de l'ONU le nom de la personne qui sera officiellement nommée.
