STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA 2026-2031

POUR METTRE FIN AU SIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2026

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr).

Selon les termes de cette licence, vous êtes autorisé-e à copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit jamais laisser entendre que l'ONUSIDA soutient une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez diffuser votre œuvre en utilisant la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. La version originale en anglais est la version contraignante et authentique. »

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html).

Proposition de citation. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 : Unis pour mettre fin au sida. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2026. Licence :
CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre qui est attribué à un tiers, par exemple des tableaux, des chiffres ou des illustrations, il vous incombe de déterminer si vous avez besoin d'une autorisation pour le réutiliser et d'obtenir le cas échéant l'autorisation du ou de la titulaire du droit d'auteur. Le risque de réclamations suite à une violation d'un élément appartenant à un tiers dans le cadre de l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur ou l'utilisatrice.

Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région ou de ses autorités, ni la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord définitif.

La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'ONUSIDA les approuve ou les recommande par rapport à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms des produits déposés ou brevetés sont identifiables, car ils commencent par une majuscule.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'ONUSIDA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur ou à la lectrice. L'ONUSIDA ne pourra en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

ONUSIDA / JC316F

TABLE DES MATIÈRES

2 Résumé analytique

11 Introduction : Tout commence par les personnes

13 La situation actuelle du VIH dans le monde : Principales conclusions de l'examen à mi-parcours et données 2025

17 Fondements programmatiques de la Stratégie

22 Financement de la riposte mondiale au VIH

25 Cartographier le changement : Trois priorités, huit domaines de résultats pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 et soutenir la riposte

29 Théorie du changement : La voie vers 2030

34 Priorité 1 : Une réponse mondiale pilotée par les pays, résiliente et prête pour l'avenir

- **36** Domaine de résultat 1. Assurer le financement des ripostes mondiales et nationales au VIH axées sur l'être humain
- **40** Domaine de résultat 2. Intégrer les interventions en matière de VIH et les systèmes sanitaires et communautaires liés au VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé au sens large et les principaux secteurs autres que celui de la santé
- **43** Domaine de résultat 3. Investir dans des systèmes d'information essentiels et dans la collecte de données dans plusieurs secteurs et incluant les communautés

47 Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **48** Domaine de résultat 4. Intensifier les options de prévention du VIH qui combinent des interventions biomédicales, structurelles, communautaires et comportementales
- **53** Domaine de résultat 5. Garantir un accès équitable à des services de dépistage, de traitement et de soins du VIH disponibles, accessibles, acceptables et de qualité
- **55** Domaine de résultat 6. Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et défendre les droits humains et l'égalité des genres dans la lutte contre le VIH
- **58** Domaine de résultat 7. Garantir un accès équitable aux innovations scientifiques, médicales et technologiques en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH

64 Priorité 3 : Leadership communautaire dans la lutte contre le VIH

- **65** Domaine de résultat 8. Renforcer le leadership de la communauté

68 Partenariats pour le progrès : actions locales, régionales et multilatérales pour mettre fin au sida

- **69** Une action locale pour un plus grand impact
- **70** Le régionalisme et la réponse mondiale au VIH
- **71** Le multilatéralisme inclusif et la réponse mondiale au VIH

73 Rôle du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) dans le soutien à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida

77 Unis pour mettre fin au sida

79 Annexe 1 : Contexte régional de la réponse globale

- **80** Asie-Pacifique
- **84** Caraïbes
- **88** Afrique orientale et australe
- **92** Europe de l'Est et Asie central
- **96** Amérique latine
- **99** Moyen-Orient et Afrique du Nord
- **103** Afrique occidentale et centrale
- **108** Europe centrale et occidentale, et Amérique du Nord

112 Annexe 2 : Phases de l'élaboration de la stratégie globale

116 Annexe 3 : Glossaire

122 Annexe 4 : Théorie du changement

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

La riposte mondiale contre le sida est à un moment critique. Le monde n'a jamais été aussi proche de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique, mais ces progrès risquent fort d'être réduits à néant dans un contexte de crises convergentes, de volatilité généralisée et d'aggravation des inégalités.[1]

Le paysage de la lutte contre le VIH a changé de manière spectaculaire, marqué par des changements dans les financements dédiés à la santé et au VIH et dans l'architecture globale de l'aide, par des pressions fiscales croissantes et par des pressions contre les droits humains. Dans le même temps, l'émergence d'innovations et de technologies offre de nouvelles opportunités passionnantes.

Il existe une voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, et elle reste ouverte. Elle exige que la réponse mondiale s'adapte à ce contexte difficile, qu'elle s'attaque aux inégalités structurelles qui entravent l'accès et qu'elle accélère l'expansion du VIH et d'autres services essentiels de manière durable.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 présente un cadre et des actions pour y parvenir – en travaillant ensemble pour répondre aux besoins des personnes affectées par le VIH, exposées au risque d'infection et vivant avec le VIH en cette période de bouleversements et d'incertitudes.

La Stratégie place les personnes au centre et définit des orientations stratégiques et des actions prioritaires qui leur permettront d'exercer leurs droits, de se protéger et de s'épanouir face à la pandémie du VIH. Elle résume également le rôle du Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida dans la mise en œuvre de la Stratégie et son rôle de chef de file dans la coordination de la riposte mondiale au VIH.

Comment la Stratégie a-t-elle été développée ?

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 est le fruit d'une vaste consultation avec les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, ainsi qu'avec des partenaires à différents niveaux de la société – travailleurs communautaires, organisations locales et secteur privé, gouvernements nationaux et agences bilatérales et multilatérales. Elle examine l'impact de l'évolution rapide de l'écosystème mondial de la santé et du développement, de l'aggravation des inégalités et des violations des droits humains, de la persistance de la stigmatisation et de la discrimination, de la volatilité économique et de l'incertitude géopolitique.

L'élaboration de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida a comporté quatre volets de travail : (a) l'examen intermédiaire de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 ; (b) le développement des objectifs mondiaux en matière de sida pour 2030 par une équipe spéciale mondiale sur les objectifs pour 2030 ;[2] et (c) le soutien aux pays pour l'élaboration de feuilles de route nationales sur la durabilité de la lutte contre le VIH ; et (d) des consultations multipartites.

[1] Rapport mondial actualisé sur le sida 2025 – Le sida, la crise et le pouvoir de transformation | ONUSIDA
[2] Pour plus d'informations sur les travaux de l'Équipe spéciale mondiale : Objectifs 2030 recommandés pour le VIH | ONUSIDA

L'examen intermédiaire a mis en évidence des avancées majeures, notamment dans l'élargissement de l'accès au traitement du VIH, ainsi que des inégalités persistantes dans l'accès à la prévention du VIH et des progrès insuffisants dans l'élimination des obstacles sociétaux et structurels. Ces informations ont servi de base aux vastes consultations qui ont façonné la Stratégie.

Des consultations impliquant des représentants de près de 100 gouvernements nationaux et de 379 organisations de la société civile ont participé à des réunions et plus de 3 000 parties prenantes ont participé à une enquête en ligne. Les consultations ont permis de recueillir les points de vue, les besoins et les recommandations de la population pour atteindre l'objectif d'éradication du sida dans une période de changement et d'incertitude. Des experts d'institutions universitaires et scientifiques du monde entier ont été impliqués tout au long du processus en tant que membres de l'équipe spéciale mondiale sur les objectifs.

Les nouveautés de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 met l'accent sur l'intensification rapide des services de lutte contre le VIH afin de mettre en place une riposte capable de pérenniser ses résultats.

Cela implique de passer d'une approche principalement centrée sur l'intervention à une approche centrée sur la personne, et d'un système dirigé par les bailleurs de fonds et les partenaires à un système qui soit pris en charge et dirigé par le pays (y compris par les communautés et la société civile) dans le cadre d'une responsabilité partagée.

La Stratégie cristallise le passage d'une riposte au VIH d'urgence, pilotée par les bailleurs de fonds, à une approche durable, nationale, fondée sur les droits et intégrée, qui s'inscrit dans des systèmes sanitaires et sociaux résilients. Elle met l'accent sur le financement national à long terme et sur l'intégration du VIH dans la couverture sanitaire universelle, les soins de santé primaires et d'autres plates-formes.

Des actions claires sont proposées pour les trois priorités fondamentales et les huit domaines de résultats de la Stratégie, ainsi que des objectifs mesurables, dont les pays peuvent assurer le suivi, et une approche intégrée pour la fourniture de services au sein des systèmes sanitaires et sociaux nationaux.

LA PRIORITÉ 1 met l'accent sur le leadership national, la diversification des financements et l'intégration du VIH dans les systèmes de soins de santé universels. Elle appelle à l'innovation fiscale, à la collaboration multisectorielle, à l'intégration dans les soins de santé primaires et à une gouvernance des données fondée sur l'équité et la protection de la vie privée.

LA PRIORITÉ 2 est axée sur des services de lutte contre le VIH intégrés, différenciés et axés sur les personnes, qui garantissent l'accès à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins en matière de VIH pour les personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection, en combinant des outils biomédicaux et des changements de comportement social, et en poursuivant la fabrication locale de produits de santé.

LA PRIORITÉ 3 défend des approches fondées sur les droits et tenant compte de la dimension de genre, ainsi qu'une gouvernance menée par les communautés. La réforme juridique, le financement des organisations communautaires et la protection sont essentiels.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 arrive à un moment de grande opportunité et de grande menace. Des efforts sociaux, scientifiques et économiques considérables ont permis au monde d'être sur le point de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Dans le même temps, la santé publique est reléguée au second plan, les conflits se multiplient et les inégalités éloignent les gens les uns des autres.

Une menace plane sur les grands progrès accomplis

Au cours de la période couverte par la Stratégie précédente (2021-2025), le nombre de personnes ayant contracté le VIH en 2024 n'a jamais été aussi faible depuis la fin des années 1980, près de 32 millions de personnes bénéficient d'un traitement contre le VIH et le nombre de décès liés au sida a été ramené à son niveau le plus bas depuis le début des années 2000.[3] La modélisation indique que la riposte au VIH a permis de sauver 26,9 millions de vies.[4, 5]

Cela a été rendu possible par des décennies de solidarité, de volonté politique et d'activisme au niveau mondial de la part des personnes vivant avec le VIH, des communautés touchées, de la société civile, des professionnels de la santé, des scientifiques, des chercheurs, des gouvernements et des bailleurs de fonds.

Toutefois, les progrès ne sont pas assez rapides pour atteindre les objectifs fixés dans la Stratégie précédente. Sur les 40,8 millions estimées de personnes vivant avec le VIH en 2024, 9,2 millions ne recevaient pas de traitement antirétroviral et on estime que 1,3 million de personnes ont contracté le VIH, soit plus du triple de l'objectif de 370 000 fixé pour 2025. Les déficits de financement et les obstacles qui bloquent l'accès aux services de prévention et de traitement laissent encore de nombreuses personnes sur le carreau.

L'Organisation de coopération et de développement économiques prévoit que l'aide extérieure en matière de santé aura diminué de 30 à 40 % en 2025 par rapport à 2023. De nombreux pays sont confrontés à l'incertitude économique et à des restrictions budgétaires qui limitent leurs dépenses en matière de santé publique. Plusieurs d'entre eux sont également confrontés à des urgences humanitaires, à la volatilité politique ou à des conflits armés. Tout cela perturbe gravement les services de santé, y compris en ce qui concerne le VIH, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.[6] Le manque de financement entrave également les efforts déployés pour lutter contre les inégalités et intensifier le travail vital des communautés.

Les inégalités persistantes et la stigmatisation exacerbent la situation, dans un contexte d'atteintes aux droits humains et à l'égalité des genres. L'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes

[3] Les estimations relatives au VIH citées ici ont été publiées par l'ONUSIDA en juillet 2025 et reflètent les données jusqu'en décembre 2024.
[4] Sida, crise et pouvoir de transformation : Rapport mondial actualisé sur le sida 2025. Genève : ONUSIDA ; 2025
[5] Le point de départ du processus d'élaboration de la Stratégie a été l'état de la riposte à la pandémie de VIH, tel qu'il est décrit dans l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et dans le rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Depuis, l'ONUSIDA a publié son rapport mondial actualisé sur le sida 2025, qui dresse un tableau mitigé de la riposte au VIH et décrit l'impact initial des réductions de financement imposées au début de l'année 2025.

femmes (15 à 24 ans) reste très élevée dans certaines parties de l'Afrique au sud du Sahara. Les membres des populations clés[7] partout dans le monde sont toujours exposés à un risque accru de contracter le VIH, mais ils se heurtent à des obstacles considérables lorsqu'ils tentent de se protéger contre le virus.

Lorsque les gouvernements financent la lutte contre le VIH, il devient plus difficile pour les personnes marginalisées d'accéder aux médicaments et à l'aide dont elles ont besoin pour survivre. Lorsque les gouvernements sous-financent les interventions communautaires qui sont en première ligne pour fournir des services, les personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection en subissent les conséquences.

Ce contexte exige un regain d'urgence, une solidarité revitalisée et la priorisation d'interventions et d'approches éprouvées qui répondent aux conditions et aux besoins différents des pays.

Malgré les difficultés, la voie à suivre pour mettre fin au sida d'ici à 2030 est toute tracée. Les outils et les connaissances nécessaires pour mettre fin au sida existent et comprennent de nouvelles innovations de pointe. Les ressources peuvent être réaffectées pour faire du financement durable des réponses au VIH une réalité. Les expériences et les connaissances des communautés de personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus ou exposées au risque d'infection sont disponibles pour guider et faire avancer les réponses. Collectivement, le monde a les moyens de mettre fin à la pandémie. Ce qu'il faut avant tout, c'est renouveler le sens de l'urgence, de la communauté, du leadership et de la solidarité.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 trace la voie de l'action collective pour les cinq prochaines années et au-delà, alors même que le monde est en train de basculer sur ses bases. Elle vise à garantir que, d'ici à 2030 :

- 40 millions de personnes vivant avec le VIH suivent un traitement contre le VIH et bénéficient d'une suppression virale ;
- 20 millions de personnes utilisent des options de prévention du VIH basées sur le traitement antirétroviral ; et
- toutes les personnes peuvent accéder à des services liés au VIH sans discrimination.

La durabilité est le mot d'ordre

La durabilité est un thème récurrent de la Stratégie : la riposte mondiale au VIH doit protéger les acquis de la lutte contre la pandémie, étendre ces acquis et veiller à ce qu'ils perdurent.

La durabilité exige de planifier au-delà des urgences actuelles en construisant des systèmes sociaux et de soins de santé durables. Des systèmes de santé publique renforcés permettent de mieux résister au VIH et à d'autres menaces sanitaires.

[6] https://www.oecd.org/fr/publications/2025/06/cuts-in-official-development-assistance_e161f0c5/full-report.html

[7] Les populations clés ou populations clés à plus haut risque représentent les groupes les plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre et dont la participation est indispensable à une riposte au VIH réussie. Dans tous les pays, les populations clés comportent des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des environnements, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les usagers de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe ainsi que leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Voir : Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 : Objectif zéro. Genève : ONUSIDA ; 2010.

Cela signifie qu'il faut disposer de systèmes de financement et de prestation de services de santé qui offrent des services accessibles et de qualité aux personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection, et qui réduisent les dépenses à la charge des patients. Il faut soutenir les communautés afin qu'elles puissent apporter un soutien rapide et adéquat. Il faut également s'attaquer aux inégalités structurelles qui empêchent les gens d'utiliser des services vitaux et de bénéficier d'un soutien.[8]

Enfin, la durabilité exige des investissements stratégiques dans les capacités nationales et locales, y compris des modalités de financement flexibles qui répondent aux priorités locales. Un financement fiable associé à une prestation de services efficace et efficiente améliore les résultats en matière de santé, ce qui génère des avantages sociaux, économiques et politiques secondaires. Pour ce faire, toute une série d'entités, y compris celles qui ne sont pas traditionnellement actives dans le domaine de la santé publique, doivent collaborer entre les secteurs et les niveaux.

Trois priorités essentielles et huit domaines de résultats

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida définit trois priorités et huit domaines de résultats, chacun impliquant des actions pratiques pour parvenir à une riposte efficace et durable au VIH.

Priorité 1 : Une réponse pilotée par le pays, résiliente et prête pour l'avenir

Les gouvernements et les communautés sont en première ligne des réponses nationales au VIH. Alors que le financement international diminue, les investissements nationaux et ceux des bailleurs de fonds doivent se concentrer sur des approches durables qui renforcent les systèmes de santé au sens large, fournissent des services intégrés et centrés sur les personnes, et s'attaquent aux déterminants sociaux et structurels de la santé pour les personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus ou exposées au risque d'infection.

Domaine de résultat 1. *Assurer le financement des ripostes mondiales et nationales au VIH axées sur l'être humain*

Domaine de résultat 2. *Intégrer les interventions en matière de VIH et les systèmes sanitaires et communautaires liés au VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé au sens large et les principaux secteurs autres que celui de la santé*

Domaine de résultat 3. *Investir dans des systèmes d'information essentiels et dans la collecte de données dans plusieurs secteurs et incluant les communautés*

[8] Centrer les droits humains dans les ripostes durables au VIH - Site Web de l'ONUSIDA sur la durabilité.

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

La Stratégie est centrée sur les personnes. Pour mettre fin au sida, il faut que les personnes puissent accéder à des services durables de prévention, de dépistage et de traitement du VIH de qualité dans un environnement exempt de stigmatisation, de discrimination et de violence. Pour cela, il faut réduire les inégalités et défendre le droit de chacun à accéder aux services de santé liés au VIH.

***Domaine de résultat 4**. Intensifier les options de prévention du VIH qui combinent des interventions biomédicales, structurelles, communautaires et comportementales*

***Domaine de résultat 5**. Garantir un accès équitable à des services de dépistage, de traitement et de soins en matière de VIH disponibles, accessibles, acceptables et de qualité*

***Domaine de résultat 6**. Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et défendre les droits humains et l'égalité des genres dans la lutte contre le VIH*

***Domaine de résultat 7**. Garantir un accès équitable aux innovations scientifiques, médicales et technologiques en matière de dépistage, de prévention, de traitement et de soins du VIH*

Priorité 3 : Leadership communautaire

Les communautés de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus doivent continuer à montrer la voie en élaborant des politiques, en fournissant des services et en rendant des comptes.

***Domaine de résultat 8**. Renforcer le leadership de la communauté*

Ensemble, les priorités et les domaines de résultats constituent un programme chiffré, mesurable et ciblé pour mettre fin au sida d'ici à 2030 et soutenir les ripostes nationales au VIH à l'avenir. En cette période de bouleversements et d'incertitudes à l'échelle mondiale, ils tracent une voie réaliste vers ce qui serait une réalisation historique en matière de santé publique : mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.

Des engagements renouvelés et des objectifs clairs et réalistes

La Stratégie propose 16 objectifs de premier plan, répartis en six domaines prioritaires, et 50 objectifs de second plan.[9] Ces objectifs désagrègent la réponse globale en sections distinctes et gérables et servent à simplifier l'obligation de rendre des comptes tout en relevant des défis en constante évolution.

[9] https://www.unaids.org/en/recommended-2030-targets-for-hiv.

Certains objectifs sont maintenus par rapport à la Stratégie précédente[10], car ils n'ont pas encore été atteints par tous les pays et qu'ils restent cruciaux. Il s'agit notamment des objectifs 95-95-95 qui visent à ce que 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, à ce que 95 % de toutes les personnes dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée reçoivent une thérapie antirétrovirale permanente et à ce que 95 % de toutes les personnes recevant une thérapie antirétrovirale présentent une suppression virale d'ici à 2025.[11]

La réalisation de ces objectifs devrait permettre d'éviter 3,3 millions de nouvelles infections par le VIH et 1,4 million de décès liés au sida entre 2025 et 2030, ce qui permettra d'atteindre l'objectif d'éradication du sida en 2030, à savoir une réduction de 90 % des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida par rapport à 2010. Une réduction supplémentaire de 5 % des nouvelles infections et des décès dus au sida par an après 2030 garantirait la durabilité de cet exploit dans les pays et les communautés après 2030.[12]

Cet objectif peut être atteint si les personnes sont en mesure d'accéder au traitement du VIH pour vivre en bonne santé et réduire la transmission ultérieure, si elles peuvent accéder à d'autres options de prévention efficaces et appropriées, si la stigmatisation et la discrimination sont réduites et si les politiques et les lois qui les empêchent d'accéder aux services sont supprimées.

Partenariats pour le progrès : actions locales, régionales et multilatérales pour mettre fin au sida

Dans de nombreux pays, les services de santé et autres services clés sont gérés et fournis au niveau local. Cela permet de développer des partenariats productifs entre les communautés, les autorités locales, les prestataires de services, les organisations philanthropiques, les organisations confessionnelles, le secteur privé et d'autres acteurs. La Stratégie présente des recommandations visant à intégrer les activités liées au VIH des unités politiques infranationales.

Les entités régionales, y compris les réseaux d'organisations de la société civile, ont un rôle essentiel à jouer. Elles sont bien placées pour harmoniser les stratégies de santé publique, mettre en commun l'appui technique et les achats, promouvoir la responsabilité nationale, mobiliser des ressources partagées, promouvoir la capacité de production locale et régionale de produits liés au VIH, mener des recherches et diffuser des informations.

Une action multilatérale est nécessaire pour susciter et soutenir l'engagement politique, faciliter et coordonner l'action, faire progresser les orientations normatives et les normes internationales, parvenir à un financement durable et renforcer la responsabilité. La Stratégie contient donc également des recommandations pour une action régionale et multilatérale.

Un thème central de la Stratégie est également la compréhension du fait que la pandémie de sida ne peut être surmontée de manière isolée. Les interventions liées au VIH doivent être intégrées à d'autres programmes et systèmes de santé publique et de développement,

[10] Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 – Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. | ONUSIDA.
[11] Frescura L, Godfrey-Faussett P, Feizzadeh A, El-Sadr W, Syarif O, Ghys PD, et al. (2022) Achieving the 95 95 95 targets for all: A pathway to ending AIDS. PLoS ONE 17(8): e0272405. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272405.
[12] Stover, J Mattur D, Siapka M. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets.medRxiv 2025.07.01.25330647; doi: https://doi.org/10.1101/2025.07.01.25330647 (Preprint).

notamment en ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs, la tuberculose, l'hépatite virale, les maladies non transmissibles, la santé mentale et la protection sociale.

Aucun acteur ne peut à lui seul mettre fin à cette pandémie : en nous unissant, nous pouvons mettre fin au sida d'ici à 2030.

Le rôle du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

La Stratégie reconnaît que le leadership multilatéral en matière de VIH, incarné par le Programme commun, reste indispensable. Alors que le contexte évolue, le Programme commun continuera à fournir le leadership politique, le pouvoir de rassemblement, les données et la responsabilité, ainsi que l'engagement communautaire qui ont servi la riposte mondiale au VIH pendant près de trois décennies.

Guidé par les trois priorités de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, le Programme commun adaptera son soutien aux contextes nationaux et régionaux et travaillera avec les gouvernements, les communautés, les partenaires de la société civile et les autres parties prenantes (y compris les institutions régionales, le plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida, ou PEPFAR, et le Fonds mondial) pour permettre aux pays de soutenir leurs ripostes au VIH et de combler les lacunes restantes.

Nouvelles estimations des besoins en ressources

Les projections de l'ONUSIDA indiquent que la réalisation des objectifs fixés dans la Stratégie nécessitera des ressources annuelles comprises entre 21,9 et 23 milliards de dollars dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'ici à 2030. Ce chiffre est inférieur à l'estimation précédente de 29,3 milliards de dollars, en raison des réductions de prix et d'autres économies réalisées ces dernières années. Les nouvelles estimations reflètent également une prestation de services plus efficace et plus ciblée, ainsi que des approches prioritaires basées sur le risque d'infection par le VIH.

La plupart des besoins annuels en ressources pour le VIH en 2030 se situeront dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (46 %), le reste se situant dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (34 %) et dans les pays à faible revenu (20 %).[13, 14] Il est envisagé que les pays à faible revenu financent environ un tiers, les pays à revenu moyen inférieur environ deux tiers et les pays à revenu moyen supérieur la quasi-totalité de leur riposte au VIH à l'aide de ressources nationales.

En 2024, le financement de la lutte contre le VIH dans le monde s'élevait à 18,7 milliards de dollars, les fonds nationaux représentant 52 % de ce total. La Stratégie reconnaît toutefois que tous les pays, en particulier les pays à faible revenu, n'ont pas la possibilité d'augmenter rapidement leurs ressources nationales pour lutter contre le VIH, en raison des obligations liées à la dette, du manque de marge de manœuvre budgétaire et de la lenteur de la croissance économique. Les ressources internationales resteront d'une importance cruciale dans certains pays, notamment ceux qui sont touchés par un conflit.

[13] Les nouvelles estimations excluent les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que la Banque mondiale a récemment reclassés dans la catégorie des pays à revenu élevé.
[14] Stover J, Mattur D, Siapka M et al. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. medRxiv. 2025. doi: https://doi.org/10.1101/2025.07.01.25330647.

Unis pour mettre fin au sida

L'objectif de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 en tant que menace pour la santé publique est ambitieux, mais il repose sur des réalisations concrètes. Les travailleurs de première ligne et les communautés ont montré que les réponses apportées par les communautés peuvent ralentir la pandémie et en réduire les effets les plus graves. L'innovation scientifique a permis de mettre au point des traitements et des diagnostics révolutionnaires. Pendant de nombreuses années, la solidarité mondiale a permis aux pays de surmonter les limitations de ressources. Le monde a fait face au pire de la crise du sida et a montré qu'il est à la fois nécessaire et possible de fonder la santé publique sur la science, la solidarité et le leadership communautaire.

Pourtant, la réponse mondiale au VIH est aujourd'hui en grand péril.

Bien que plus de 40 millions de personnes vivent avec le VIH et que plus d'un million de personnes contractent le virus chaque année, l'engagement et la solidarité nécessaires pour mettre fin à la pandémie semblent s'effriter. L'accès à des interventions biomédicales essentielles telles que la prophylaxie pré-exposition et la thérapie antirétrovirale, à des systèmes de données vitaux, ainsi qu'à la recherche et à l'innovation, est menacé par les réductions de financement. Les services de prévention ont été interrompus, les travailleurs de la santé ont perdu leur emploi et les organisations communautaires réduisent ou interrompent leurs activités de lutte contre le VIH.

Aucune communauté ni aucun pays ne peut mettre fin au sida seul : nous devons nous unir. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 fournit une base pour revitaliser la détermination et l'action collectives qui peuvent mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.

INTRODUCTION : TOUT COMMENCE PAR LES PERSONNES

INTRODUCTION : TOUT COMMENCE PAR LES PERSONNES

Les profonds changements en cours dans le monde affectent la réponse mondiale au VIH. La diminution des engagements politiques et financiers en faveur du VIH et de la santé mondiale entraîne une crise de financement qui menace près de 40 ans de progrès dans la lutte contre la pandémie. Comment une coalition de partenaires du monde entier, qu'il s'agisse d'individus vivant avec le VIH ou d'institutions fournissant des services et menant des recherches de pointe, peut-elle gérer de tels bouleversements et incertitudes ? Comment protéger des décennies d'acquis durement gagnés face à des défis redoutables ? Tout commence par les personnes.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 est le fruit d'une vaste consultation avec des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, ainsi qu'avec des partenaires à différents niveaux de la société : travailleurs communautaires et organisations locales, gouvernements nationaux et agences bilatérales et multilatérales, secteur privé et philanthropie, chercheurs et personnes chargées de la mise en œuvre des programmes. La Stratégie tient compte de l'impact de l'évolution rapide de l'écosystème mondial de la santé et du développement, de l'aggravation des inégalités entre les hommes et les femmes et des violations des droits humains, des défis économiques croissants, de la persistance de la stigmatisation et de la discrimination, ainsi que d'une multitude d'autres problèmes.

Ce document est le fruit d'un processus riche et approfondi qui a permis de définir chaque objectif et chaque choix stratégique. Ces consultations ont également permis aux participants de se retrouver autour d'une ambition commune : mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030, une ambition ancrée dans le désir de protéger la santé et le bien-être des personnes.

La Stratégie est divisée en plusieurs sections. La première décrit l'état actuel de la riposte mondiale au VIH et le processus de consultation qui a conduit à ses recommandations. Cela inclut les succès et les échecs et note les possibilités d'action. La deuxième section porte sur les trois priorités d'action qui se sont dégagées des consultations. Chaque priorité est divisée en domaines de résultats ou en opportunités de progrès. La troisième section présente les possibilités de partenariats à tous les niveaux de la société pour soutenir et pérenniser la riposte mondiale au VIH. Une autre section (annexe 1) décrit les priorités régionales pour réaliser l'ambition de mettre fin à la pandémie et maintenir ces progrès à l'avenir.

La Stratégie reconnaît à la fois que le monde est plus proche que jamais de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique et que les progrès accomplis risquent fort d'être perdus.[15] Elle propose un cadre et des actions pour travailler ensemble afin de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection en cette période de bouleversements et d'incertitudes. La Stratégie nous invite à nous recentrer d'urgence sur la manière dont nous pouvons travailler ensemble pour traverser ce moment sans précédent et continuer à servir les personnes touchées par le VIH et vivant avec le virus, et à mettre en place une réponse durable pour l'avenir.

[15] Rapport mondial actualisé sur le sida 2025 - Le sida, la crise et le pouvoir de transformation | ONUSIDA

LA SITUATION ACTUELLE DU VIH DANS LE MONDE : PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'EXAMEN À MI-PARCOURS ET DONNÉES 2025

LA SITUATION ACTUELLE DU VIH DANS LE MONDE : PRINCIPALES CONCLUSIONS DE L'EXAMEN À MI-PARCOURS ET DONNÉES 2025

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 arrive à un moment de grande opportunité et de grande menace. D'une part, des efforts sociaux, scientifiques et économiques considérables ont permis au monde d'être sur le point de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Les gens apprennent. Les communautés s'engagent. La science fonctionne. Mais ces progrès sont menacés par un climat politique et économique mondial instable dans lequel la santé publique est reléguée au second plan, les conflits se multiplient et les inégalités éloignent les gens les uns des autres.

Les faits montrent que les investissements dans la lutte mondiale contre le VIH sont efficaces.[16] Au cours de la période couverte par la stratégie précédente – de 2021 à 2025 – moins de personnes ont contracté le VIH en 2024 qu'à n'importe quel moment depuis la fin des années 1980. La modélisation indique que le traitement du VIH a permis de sauver 26,9 millions de vies depuis 1995.[17]

Toutefois, les progrès ne sont pas assez rapides pour atteindre les objectifs mondiaux fixés dans la Stratégie précédente. Sur les 40,8 millions de personnes vivant avec le VIH en 2024, 9,2 millions ne recevaient pas de thérapie antirétrovirale (TAR) salvatrice et on estime que 1,3 million de personnes ont contracté le VIH, soit plus du triple de l'objectif de 370 000 fixé pour 2025. Les déficits de financement et les obstacles qui bloquent l'accès aux services de prévention et de traitement laissent encore de nombreuses personnes sur le carreau. Les inégalités persistantes et la stigmatisation exacerbent la situation. Si la fin du sida en tant que menace pour la santé publique est à notre portée, nous ne sommes pas sur la bonne voie pour atteindre cet objectif d'ici à 2030.

Plusieurs tendances importantes soulignent l'urgence de la situation :

- Au niveau mondial, les nouvelles acquisitions de VIH diminuent plus rapidement chez les femmes que chez les hommes vivant avec les VIH, bien que l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans) reste extraordinairement élevée dans certaines parties de l'Afrique orientale et australe et de l'Afrique occidentale et centrale. Plus de 210 000 adolescentes et jeunes femmes ont contracté le VIH en 2024, soit une moyenne de 570 nouvelles infections par jour.

- Au niveau mondial, il y aura 40 % de personnes infectées par le VIH en moins en 2024 qu'en 2010 ; l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe ont atteint une réduction de 56 %. Pourtant, au cours de la même période, les nouvelles infections par le VIH ont augmenté au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (de 34 %), en Amérique latine (13 %) et en Europe de l'Est et en Asie centrale (7 %), et d'importantes lacunes et inégalités dans l'accès aux services ont persisté, en particulier pour les populations clés.

- Le nombre de personnes mourant de causes liées au sida a considérablement diminué, mais la pandémie a encore coûté la vie à environ 630 000 personnes en 2024, dont 61 % vivaient en Afrique subsaharienne.

[16] Le point de départ du processus d'élaboration de la Stratégie a été l'état de la riposte à la pandémie de VIH, tel qu'il est décrit dans l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et dans le rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Depuis, l'ONUSIDA a publié son rapport mondial actualisé sur le sida 2025, qui dresse un tableau mitigé de la riposte au VIH et décrit l'impact initial des réductions de financement imposées au début de l'année 2025.

[17] https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025

- Le financement de la lutte contre le VIH diminue dans le monde entier. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'aide extérieure à la santé devrait diminuer de 30 à 40 % en 2025 par rapport à 2023, ce qui perturbera gravement les services de santé, notamment en ce qui concerne le VIH, dans les pays à revenu faible et intermédiaire.[18] La diminution du financement entravera également les efforts déployés pour lutter contre les inégalités, intensifier et soutenir le travail vital des communautés et améliorer l'accès aux programmes de prévention et de traitement du VIH.

En outre, la riposte mondiale au VIH est menacée par des attaques contre les droits humains et l'égalité des genres, et elle opère dans un espace civique qui se rétrécit. Les jeunes femmes, les populations clés et d'autres groupes marginalisés sont plus susceptibles d'être affectés par ces conditions, d'où leur vulnérabilité accrue au VIH. La stigmatisation et la discrimination restent également des problèmes persistants qui entravent l'accès aux services. Dans de nombreux pays, les jeunes sont moins sensibilisés au VIH que les générations précédentes qui ont bénéficié de programmes solidement financés.

De nombreux pays sont confrontés à des contraintes majeures, notamment l'incertitude économique et les restrictions fiscales qui freinent les dépenses de santé publique, l'aggravation des urgences humanitaires, la volatilité politique et les inégalités sociales, qui ont un impact direct sur la capacité des pays à lutter contre le VIH.

Les inégalités, soulignées dans la précédente Stratégie mondiale de lutte contre le sida, s'aggravent. Les inégalités entre les genres sont exacerbées par les conflits, les bouleversements économiques et le manque d'accès aux institutions et aux opportunités. Les personnes vivant avec le VIH, les populations clés,[19] et les jeunes femmes et filles restent exclues des principaux processus de prise de décision, ce qui réduit leur capacité à contribuer à la riposte au VIH.

La violence sexuelle et fondée sur le genre empêche les femmes et les populations clés, en particulier, de rechercher et d'accéder aux services appropriés de lutte contre le VIH et à d'autres services essentiels. Il existe également des disparités dans l'accès aux services de prévention, de traitement et de soutien entre les différentes communautés de personnes touchées par le VIH. Lorsque les gouvernements financent la lutte contre le VIH, il devient plus difficile pour les personnes confrontées à des difficultés économiques d'accéder aux médicaments et à l'aide dont elles ont besoin pour survivre. Lorsque les gouvernements sous-financent les interventions communautaires qui sont en première ligne pour fournir des services, ce sont les populations clés qui en font les frais. Les systèmes gouvernementaux de protection sociale qui excluent les personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus perpétuent les inégalités structurelles, compromettent les résultats en matière de santé et affaiblissent la résilience des communautés.

Les tensions mondiales augmentent et la crise climatique cause de plus en plus de dégâts, entraînant de nombreux déplacements de population. Les grands bailleurs de fonds institutionnels délaissent la santé publique

[18] https://www.oecd.org/en/publications/2025/06/cuts-in-official-development-assistance_e161f0c5/full-report.html

[19] Les populations clés ou populations clés à plus haut risque représentent les groupes les plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre et dont la participation est indispensable à une riposte au VIH réussie. Dans tous les pays, les populations clés comportent des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des environnements, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les usagers de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe ainsi que leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Voir : Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 : Objectif zéro. Genève : ONUSIDA ; 2010.

au profit d'autres priorités, et le financement de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la santé est réorienté. Tout cela creuse les écarts dans la riposte mondiale au VIH.

Ce contexte exige un regain d'urgence et la priorisation d'interventions et d'approches qui répondent aux conditions et aux besoins variables des pays. Le succès de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique dépendra des choix que feront les dirigeants dans les années à venir. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 trace la voie de l'action collective pour les cinq prochaines années et au-delà.

L'objectif de mettre fin à la pandémie de sida peut être atteint. Fin 2024, près de 32 millions de personnes recevaient un traitement contre le VIH et les décès liés au sida avaient été ramenés à leur niveau le plus bas depuis le début des années 2000.[20] Ces progrès ont été atteints grâce à des décennies de solidarité et d'activisme au niveau mondial de la part des personnes vivant avec le VIH, des communautés touchées, de la société civile, des professionnels de la santé, des scientifiques, des chercheurs, des gouvernements et des bailleurs de fonds.

Malgré les difficultés, la voie à suivre pour mettre fin au sida d'ici à 2030 est toute tracée. Les outils et les connaissances nécessaires pour mettre fin au sida existent, y compris les innovations de pointe. Les ressources peuvent être réaffectées pour faire du financement durable des réponses au VIH une réalité. Les expériences et les connaissances des communautés de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus sont disponibles pour guider les progrès futurs. Collectivement, le monde a les moyens de mettre fin à la pandémie. Ce qu'il faut avant tout, c'est un sentiment renouvelé d'urgence, de communauté, de leadership politique et de solidarité.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 présente un nouvel agenda pour maintenir le cap sur notre engagement à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 et à soutenir les ripostes nationales au VIH au-delà de 2030, alors même que le monde change de fondations. Pour répondre aux exigences de ce moment, la riposte au VIH doit s'attaquer aux inégalités qui compromettent l'accès aux traitements, aux services de prévention et aux médicaments vitaux, et accélérer l'expansion de services de qualité de manière durable.

La Stratégie est un appel à l'action et un schéma directeur pour parvenir à l'unité, mieux cibler et hiérarchiser les priorités, construire une forte appropriation par les pays et assurer une solidarité mondiale continue dans la lutte contre le sida. Elle guidera les gouvernements, les communautés, la société civile, les bailleurs de fonds et les autres parties prenantes tout au long de la prochaine phase de la riposte au VIH.

[20] Les estimations relatives au VIH citées ici ont été publiées par l'ONUSIDA en juillet 2025 et reflètent les données jusqu'en décembre 2024.

FONDEMENTS PROGRAMMATIQUES DE LA STRATÉGIE

FONDEMENTS PROGRAMMATIQUES DE LA STRATÉGIE

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 vise à garantir que, d'ici 2030 :

- 40 millions de personnes vivant avec le VIH suivent un traitement contre le VIH et bénéficient d'une suppression virale.
- 20 millions de personnes utilisent des options de prévention du VIH basées sur le traitement antirétroviral ; et
- toutes les personnes peuvent accéder à des services liés au VIH sans discrimination.

La Stratégie met donc l'accent sur les trois piliers de la riposte – le traitement, la prévention et la fourniture de services liés au VIH sans stigmatisation ni discrimination – et affirme que chacun d'entre eux doit être poursuivi pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.[21]

Figure 1. Les fondations de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031

Des objectifs mondiaux clairs et partagés ainsi qu'une feuille de route sont nécessaires pour atteindre cet objectif. La Stratégie identifie donc trois domaines prioritaires, chacun d'entre eux étant assorti d'une série d'actions pratiques. La première section sur les objectifs 2030 décrit le « quoi » (les résultats souhaités), tandis que la deuxième section décrit le « comment » (les actions nécessaires à différents niveaux pour atteindre les résultats).

[21] Tels que définis dans la Déclaration politique 2021-2026 sur l'éradication du sida (2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_fr.pdf) et réaffirmés dans l'objectif recommandé pour 2030 (https://www.unaids.org/en/recommended-2030-targets-for-hiv).

La Stratégie vise des réductions significatives à travers différents indicateurs : réduire les nouvelles infections par le VIH de 90 % par rapport à 2010 et de 5 % par an après 2030 ; réduire les décès liés au sida de 90 % par rapport à 2010 ; et assurer la durabilité des réponses au VIH par les pays et les communautés après 2030.

Les objectifs s'inscrivent dans une logique claire. L'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique peut être atteint si les personnes peuvent accéder au traitement du VIH pour vivre en bonne santé et réduire la transmission ultérieure, si elles peuvent accéder à d'autres options de prévention efficaces et appropriées, si la stigmatisation et la discrimination sont réduites et si les politiques et les lois qui empêchent les personnes d'accéder aux services sont supprimées.

La Stratégie propose 16 objectifs de premier rang et 50 objectifs de second rang pour 2030.[22] Les objectifs désagrègent la réponse globale en sections distinctes et gérables. Certains objectifs sont maintenus par rapport à la Stratégie précédente[23], car ils n'ont pas encore été atteints par tous les pays et qu'ils restent cruciaux. Il s'agit notamment des objectifs 95-95-95 qui visent à ce que 95 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, à ce que 95 % de toutes les personnes dont l'infection par le VIH a été diagnostiquée reçoivent une TAR permanente et à ce que 95 % de toutes les personnes recevant une TAR présentent une suppression virale d'ici à 2025.[24] En décembre 2024, sept pays à revenu faible ou intermédiaire – le Botswana, l'Eswatini, le Lesotho, la Namibie, le Rwanda, la Zambie et le Zimbabwe – auront atteint les objectifs 95-95-95. Ces succès doivent être maintenus et étendus aux pays où les objectifs n'ont pas été atteints.

La pandémie de sida ne peut être surmontée de manière isolée. Les interventions liées au VIH doivent être intégrées à d'autres programmes et systèmes de santé publique et de développement, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et génésique, la tuberculose, l'hépatite virale, les maladies non transmissibles, la santé mentale et la protection sociale. L'objectif est de répondre aux multiples besoins des personnes en matière de santé et de développement, d'assurer leur bien-être tout au long de leur vie et de rendre la lutte contre le VIH plus durable. La santé publique est une entreprise holistique.

Les 16 objectifs prioritaires sont organisés en six domaines prioritaires (Illustration 2). Sont également recommandés 50 objectifs de second rang que les pays devraient envisager d'inclure dans leurs stratégies et programmes nationaux de lutte contre le VIH s'ils ne parviennent pas à atteindre les 16 objectifs de premier rang.[25]

[22] https://www.unaids.org/en/recommended-2030-targets-for-hiv
[23] Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 - Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. | ONUSIDA
[24] Frescura L, Godfrey-Faussett P, Feizzadeh A, et al. Achieving the 95-95-95 targets for all: A pathway to ending AIDS. PLoS ONE. 2022;17(8):e0272405. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272405
[25] 20250328_recommended_2030_HIV_targets_livedocument_en_13_May_2025.pdf

Figure 2. Les 16 objectifs prioritaires pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 et assurer la pérennité de la riposte au VIH après 2030*

Garantir l'accès à des traitements et des soins anti-VIH disponibles, acceptables et de haute qualité pour les personnes vivant avec le VIH	• **95 %** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique • **95 %** des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et reçoivent un traitement • **95 %** des personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement ont une charge virale indétectable
Renforcer les options de prévention du VIH qui combinent des interventions biomédicales, structurelles et comportementales	• **90 %** des personnes ayant besoin de prévention ont recours à des options de prévention (PrEP, PEP, préservatifs, programmes d'échange de seringues, traitement d'entretien aux opiacés)
Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et défendre les droits humains et l'égalité des sexes dans la riposte au VIH	• **<10 %** des personnes vivant avec le VIH et des personnes issues de populations clés et vulnérables sont victimes de stigmatisation et de discrimination • **<10 %** sont victimes d'inégalités entre les sexes ou de violences • **<10 %** des pays ont un environnement juridique et politique punitif qui restreint l'accès aux services
Garantir le leadership communautaire dans la riposte au VIH	• Les organisations communautaires fournissent **30 %** des services de dépistage et d'aide au traitement • Les organisations communautaires fournissent **80 %** des options de prévention • Les organisations communautaires fournissent **60 %** des programmes de facilitation sociale
Intégrer les services liés au VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé au sens large et d'autres secteurs	• **95 %** des personnes bénéficiant de services de prévention ou de traitement du VIH reçoivent également les services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin (y compris pour les IST) • **95 %** des femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nouveau-nés bénéficient de soins maternels et néonatals intégrés ou liés à des services complets de lutte contre le VIH, notamment pour la prévention du VIH et du virus de l'hépatite B et le traitement de la syphilis
Assurer un financement durable pour les ripostes nationales et mondiales au VIH centrées sur la personne	• Réduire les dépenses à la charge des patients, conformément à la couverture sanitaire universelle • Augmenter le pourcentage des dépenses nationales consacrées au VIH • **21,9 milliards de USD** mobilisés pour des investissements liés au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire • Tous les pays ont accès à des prix équitables pour les diagnostics et les traitements

D'ici 2030, réduire les nouvelles infections par le VIH de 90 % par rapport à 2010 et poursuivre la baisse de 5 % par an après 2030

Réduire les décès liés au sida de 90 % par rapport à 2010

Assurer la pérennité de la riposte au VIH après 2030

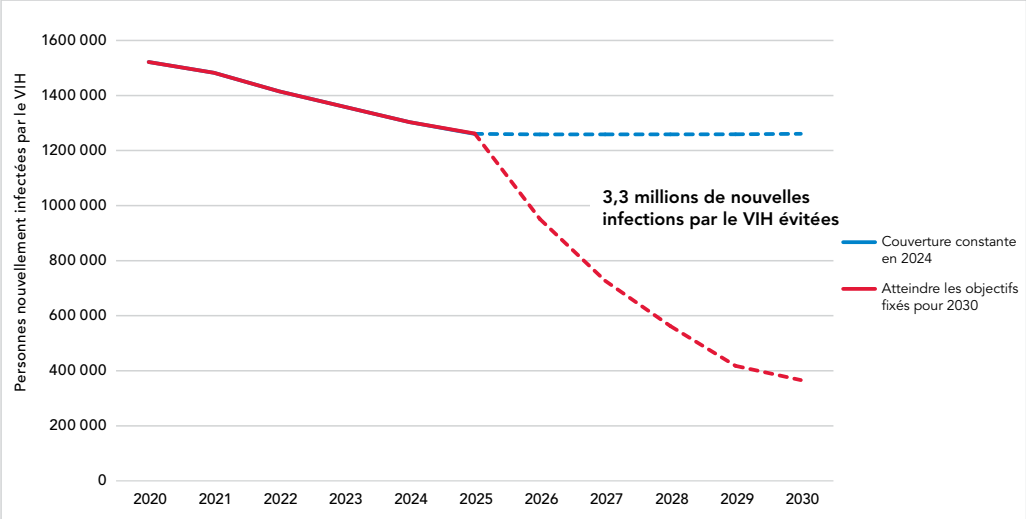
PEP : prophylaxie post-exposition
PrEP : prophylaxie pré-exposition

*Les objectifs seront ventilés, le cas échéant, par genre, âge et population clé.

Atteindre les objectifs permettra à la plupart des pays d'atteindre l'objectif visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique (ou « mettre fin au sida ») d'ici 2030. Cet objectif est défini comme une réduction de 90 % par rapport aux chiffres de 2010 du nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH et du nombre de personnes décédant de causes liées au sida.[26]

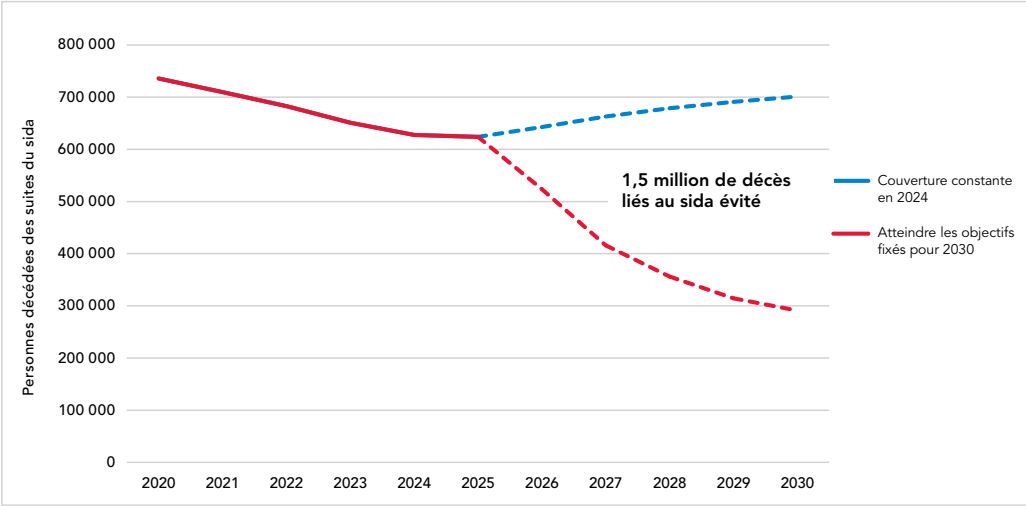
Les Illustrations 3 et 4 illustrent l'impact de la réalisation des objectifs : entre 2025 et 2030, 3,3 millions de nouvelles infections par le VIH et 1,4 million de décès liés au sida seraient évités.

Figure 3. Nombre potentiel de nouvelles infections à VIH évitées si les objectifs de lutte contre le VIH pour 2030 sont atteints, estimations mondiales pour 2020-2024 et projections pour 2025-2030



Source : Estimations épidémiologiques et projections des objectifs de l'ONUSIDA pour 2025

Figure 4. Nombre de décès liés au sida évités si les objectifs de lutte contre le VIH pour 2030 sont atteints, estimations mondiales pour 2020-2024 et projections pour 2025-2030



Source : Estimations épidémiologiques et projections des objectifs de l'ONUSIDA pour 2025

[26] Définition d'objectifs mondiaux en matière de VIH pour 2030. Genève : ONUSIDA ; 2025 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-05/20250328_recommended_2030_HIV_targets_livedocument_en_13_May_2025.pdf).

FINANCEMENT DE LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH

FINANCEMENT DE LA RIPOSTE MONDIALE AU VIH

Les projections de l'ONUSIDA indiquent que la réalisation des objectifs fixés dans la Stratégie nécessitera des ressources annuelles comprises entre 21,9 et 23 milliards de dollars dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire d'ici à 2030.[27] Ce montant est inférieur de 7,4 milliards de dollars à l'estimation précédente de 29,3 milliards de dollars, en raison des réductions de prix et d'autres économies réalisées ces dernières années. En outre, les nouvelles estimations reflètent une prestation de services plus efficace et plus ciblée, ainsi que des approches prioritaires basées sur le risque d'infection par le VIH.

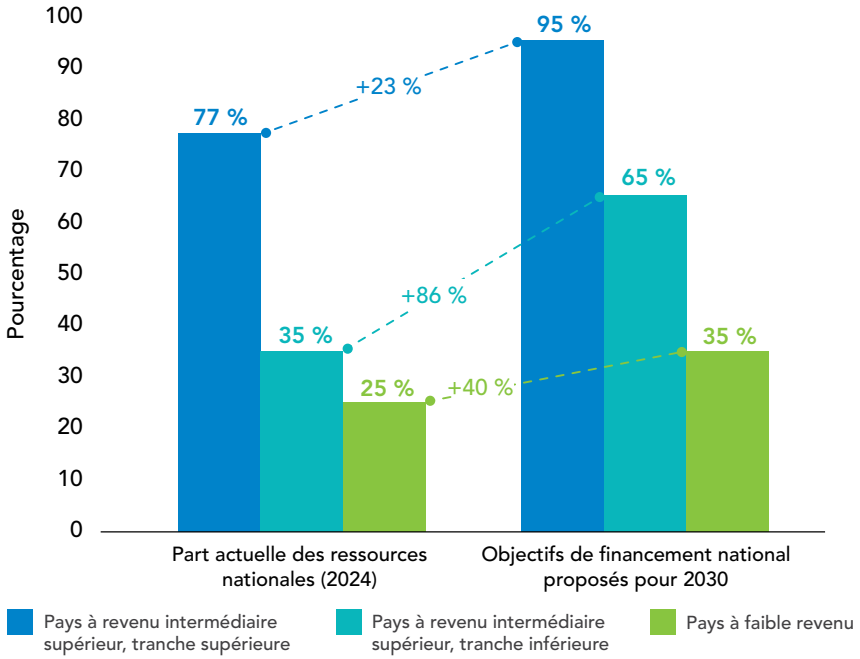
La plupart des besoins annuels en ressources pour le VIH en 2030 se situeront dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (46 %), le reste se situant dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (34 %) et dans les pays à faible revenu (20 %).[28, 29] On estime que les pays à faible revenu financeraient environ 35 %, les pays à revenu moyen inférieur environ 65 % et les pays à revenu moyen supérieur environ 95 % de leur riposte au VIH à l'aide de ressources nationales. Pour l'ensemble des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'estimation (préliminaire) des besoins en ressources pour le VIH en 2030 devrait être répartie de manière programmatique de la façon suivante : 24 % pour la prévention, 40 % pour le dépistage et le traitement antirétroviral et 10 % pour les catalyseurs sociétaux sociétaux. Les profondes inégalités qui alimentent et entretiennent la pandémie de sida doivent également être abordées afin de garantir que les services sont effectivement fournis à tous ceux qui en ont besoin. Réduire les coûts sans s'attaquer aux obstacles structurels à l'égalité d'accès aux médicaments et aux services ne ferait qu'accentuer les inégalités.

En 2024, le financement de la lutte contre le VIH dans le monde s'élevait à 18,7 milliards de dollars, les fonds nationaux représentant 52 % de ce total.[30] Cependant, tous les pays, en particulier les pays à faible revenu, n'ont pas la possibilité d'augmenter rapidement les ressources nationales consacrées à la lutte contre le VIH. La Banque mondiale prévoit qu'au moins 29 pays connaîtront une réduction des dépenses publiques par habitant jusqu'en 2028 au moins, en raison des obligations liées à la dette, du manque de marge de manœuvre budgétaire et du ralentissement de la croissance économique.[31] Les ressources internationales doivent être mises à disposition, en particulier dans les pays touchés par des conflits.

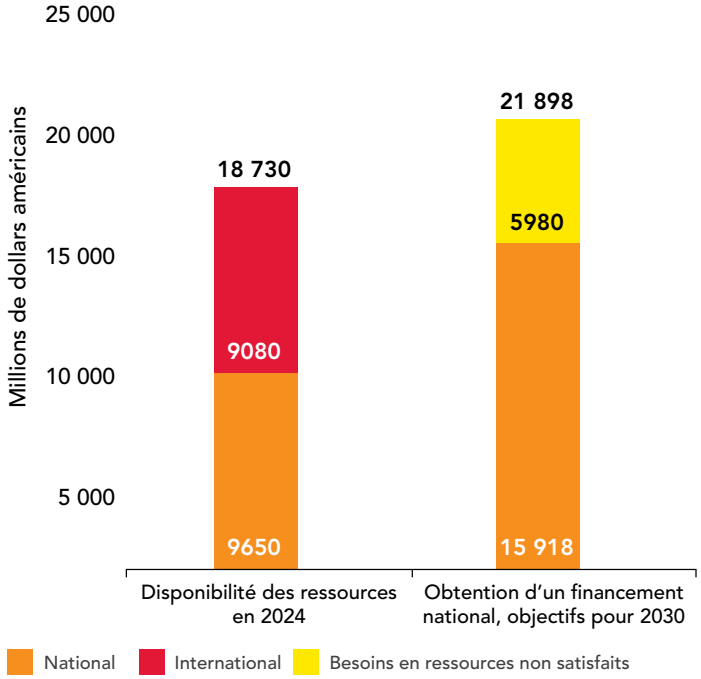
[27] Stover J, Mattur D, Siapka M et al. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. medRxiv. 2025. doi: https://doi.org/10.1101/2025.07.01.25330647
[28] Les nouvelles estimations excluent les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure que la Banque mondiale a récemment reclassés dans la catégorie des pays à revenu élevé.
[29] Stover J, Mattur D, Siapka M et al. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. medRxiv. 2025. doi: https://doi.org/10.1101/2025.07.01.25330647.
[30] L'estimation exclut les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure qui ont été récemment reclassés en tant que pays à revenu élevé.
[31] Kurowsky C, Schmidt M. Evans DB, et al. Perspectives des dépenses publiques de santé – projections jusqu'en 2028 : pressions budgétaires divergentes, voire contraintes. Washington DC : Banque mondiale ; 2024 (https://documents1.worldbank.org/curated/en/099110524145099363/pdf/P506692116ebcb0e188b4175eb4c560cb5.pdf).

Figure 5. Estimation des ressources disponibles pour la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2023, estimation des besoins en ressources en 2030 et scénario dans lequel les objectifs nationaux de financement de la lutte contre le VIH sont atteints

Part actuelle des ressources nationales et objectifs proposés de financement national pour 2030 dans les pays à faible revenu, à revenu intermédiaire, tranche inférieure, et à revenu intermédiaire, tranche supérieure



Ressources estimées pour le VIH disponibles dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en 2024, et besoins estimés pour 2030



Remarque : les objectifs de financement national reflètent la part moyenne des ressources nationales dans les différents groupes de revenus d'ici 2030. Au sein de chaque groupe – en particulier parmi les pays à revenu intermédiaire, tranche inférieure et les pays à faible revenu – le fardeau de la maladie et la capacité fiscale varient considérablement d'un pays à l'autre. Ces objectifs visent à encourager une plus grande appropriation domestique au niveau national pour une augmentation collective dans chacun des groupes de revenus.

Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2025.

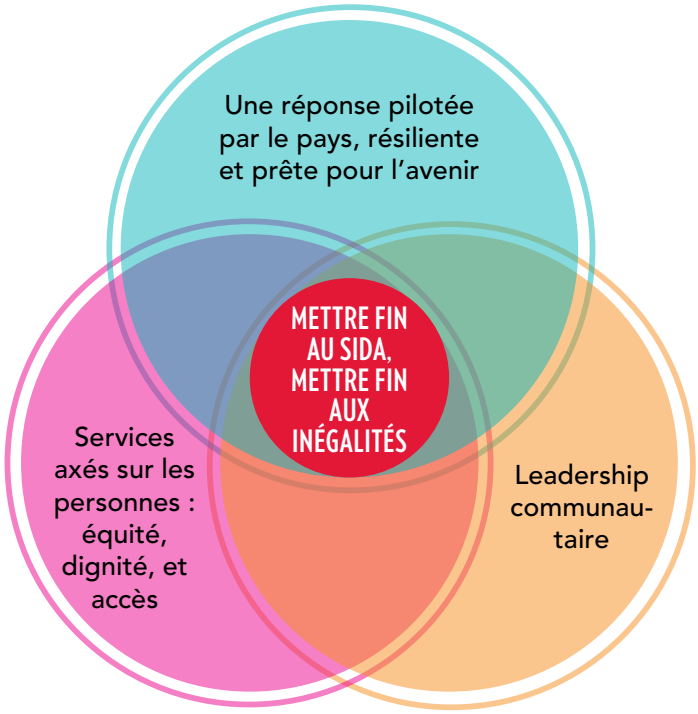
CARTOGRAPHIER LE CHANGEMENT : TROIS PRIORITÉS, HUIT DOMAINES DE RÉSULTATS POUR METTRE FIN AU SIDA EN TANT QUE MENACE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE D'ICI À 2030 ET SOUTENIR LA RIPOSTE

CARTOGRAPHIER LE CHANGEMENT : TROIS PRIORITÉS, HUIT DOMAINES DE RÉSULTATS POUR METTRE FIN AU SIDA EN TANT QUE MENACE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE D'ICI À 2030 ET SOUTENIR LA RIPOSTE

La Stratégie définit trois domaines prioritaires (Illustration 6) et huit domaines de résultats (Illustration 7). Les actions doivent être durables, axées sur les personnes et permettre aux communautés de jouer un rôle moteur.

- **Priorité 1 : Une réponse pilotée par le pays, résiliente et prête pour l'avenir.** Les gouvernements et les communautés sont en première ligne des réponses nationales au VIH. Alors que le financement international diminue, les investissements nationaux et ceux des bailleurs de fonds doivent se concentrer sur des approches durables qui renforcent les systèmes de santé au sens large, fournissent des services intégrés et centrés sur les personnes, et s'attaquent aux déterminants sociaux et structurels de la santé pour les personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus ou exposées au risque d'infection.
- **Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité, et accès.** La Stratégie est centrée sur les personnes. Pour mettre fin au sida, il faut que les personnes puissent accéder à des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH de qualité dans un environnement exempt de stigmatisation, de discrimination et de violence. Cela exige de réduire les inégalités et de défendre les droits de chacun à accéder aux services de santé liés au VIH et à d'autres services de santé, y compris les femmes et les filles, les hommes et les garçons, les enfants et les populations clés touchées ou exposées au risque d'infection par le VIH, quels que soient leur situation et leur lieu de résidence.
- **Priorité 3 : Leadership communautaire.** Les communautés de personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus ou exposées au risque d'infection doivent continuer à montrer la voie en élaborant des politiques, en fournissant des services et en rendant des comptes.

Figure 6. Trois priorités pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 et soutenir la riposte



Les consultations avec les communautés et les autres partenaires engagés dans la riposte mondiale au VIH ont permis d'identifier huit domaines de résultats ou actions qui auront le plus grand potentiel pour aider les pays à mettre durablement fin au sida d'ici à 2030. Ces domaines de résultats ont été définis lors des consultations pour la Stratégie, y compris la consultation multipartite demandée par le Conseil de Coordination du Programme (CCP).

Figure 7. Priorités et domaines de résultats pour atteindre une riposte durable et mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030

LA STRATÉGIE S'ARTICULE AUTOUR DE TROIS PRIORITÉS ET DE HUIT DOMAINES DE RÉSULTATS

PRIORITÉS 1
SOUTENIR LA RÉPONSE

Une réponse pilotée par le pays, résiliente et prête pour l'avenir

DOMAINE DE RÉSULTAT 1
Assurer le financement des ripostes mondiales et nationales au VIH centrées sur l'être humain

DOMAINE DE RÉSULTAT 2
Intégrer les interventions en matière de VIH et les systèmes sanitaires et communautaires liés au VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé au sens large et les principaux secteurs autres que celui de la santé

DOMAINE DE RÉSULTAT 3
Investir dans des systèmes d'information essentiels et dans la collecte de données dans plusieurs secteurs et incluant les communautés

PRIORITÉS 2
SERVICES AXÉS SUR LES PERSONNES

Équité, dignité et accès

DOMAINE DE RÉSULTAT 4
Intensifier les options de prévention du VIH qui combinent des interventions biomédicales, structurelles, communautaires et comportementales

DOMAINE DE RÉSULTAT 5
Garantir un accès équitable à des services de dépistage, de traitement et de soins en matière de VIH disponibles, accessibles, acceptables et de haute qualité

DOMAINE DE RÉSULTAT 6
Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et défendre les droits humains et l'égalité des genres dans la lutte contre le VIH

DOMAINE DE RÉSULTAT 7
Garantir un accès équitable aux innovations scientifiques, médicales et technologiques en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du VIH

PRIORITÉS 3
LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE

Des communautés autonomes à la tête de la lutte contre le VIH

DOMAINE DE RÉSULTAT 8
Donner aux communautés les moyens de diriger

ACTION LOCALE, RÉGIONALE ET MULTILATÉRALE POUR METTRE FIN AU SIDA

Ensemble, les priorités et les domaines de résultats constituent un programme chiffré, mesurable et ciblé pour mettre fin au sida d'ici à 2030 et soutenir les ripostes nationales au VIH à l'avenir. En cette période de bouleversements et d'incertitudes à l'échelle mondiale, ils tracent une voie réaliste pour atteindre l'un des objectifs de santé publique les plus ambitieux de notre époque.

Les nouveautés de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 propose de ne plus se focaliser sur l'intensification rapide des services de lutte contre le VIH, mais de s'orienter vers l'éradication du sida et la construction d'un avenir durable. Cela implique également de passer d'une approche principalement centrée sur l'intervention à une approche centrée sur la personne, et d'un système dirigé par les bailleurs de fonds et les partenaires à un système qui soit pris en charge et dirigé par le pays (y compris par les communautés et la société civile) dans le cadre d'une responsabilité partagée. La Stratégie présente un nombre réduit d'objectifs mesurables que les pays peuvent suivre, ainsi qu'une approche intégrée pour la fourniture de services au sein des systèmes nationaux.

Figure 8. Principaux changements entre la précédente Stratégie mondiale de lutte contre le sida et la nouvelle Stratégie

2025		2030
Intensification de la lutte contre le VIH	➡	Mettre fin au sida et assurer la durabilité
Centrée sur les interventions	➡	Centrées sur les personnes
Un grand nombre d'objectifs, dont certains étaient des déclarations d'intention et n'étaient pas mesurables	➡	Moins d'objectif adoptables par l es pays, les zones sous-nationales et les sous-populations
Programmes verticaux de lutte contre le VIH	➡	Intégration des services de lutte contre le VIH dans les programmes nationaux
Accent mis sur la prestation de services	➡	Accent mis sur l'accès aux services et la diversification des méthodes – modèles d'autosoins, programmes menés par les communautés, DSD
Forte dépendance à l'égard des bailleurs de fonds et réponse au VIH axée sur les bailleurs de fonds	➡	Réponses prises en charge et dirigées par les pays. Responsabilité partagée différenciée en fonction des revenus
Stratégies mondiales	➡	Stratégies à la fois mondiales et régionales

THÉORIE DU CHANGEMENT : LA VOIE VERS 2030

THÉORIE DU CHANGEMENT : LA VOIE VERS 2030

La Stratégie répond à une période extraordinaire pour la santé publique mondiale. Les pressions budgétaires croissantes, les crises qui se chevauchent et le recul des droits humains menacent les progrès durement acquis. Sa théorie du changement (annexe 4) articule les changements stratégiques nécessaires pour maintenir les acquis, accélérer les progrès et s'adapter à l'évolution des conditions.

La théorie du changement cristallise le passage d'une riposte au VIH d'urgence, axée sur les bailleurs de fonds, à une approche durable, dirigée au niveau national, fondée sur les droits[32] et intégrée, qui s'inscrit dans des systèmes sanitaires et sociaux nationaux, infranationaux et communautaires résilients. Elle met l'accent sur le renforcement de l'appropriation par les pays, le leadership communautaire, le financement national à long terme et l'intégration du VIH dans la couverture sanitaire universelle (CSU) et les plates-formes de soins de santé primaires. Elle propose des actions concrètes pour renforcer les systèmes nationaux dans les trois priorités et les domaines de résultats.

Elle reconnaît également les progrès réalisés dans le cadre de la précédente Stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021-2026), en veillant à ce que les nouvelles ambitions s'appuient sur des succès avérés, notamment en matière de suppression virale, de leadership communautaire et d'égalité entre les genres. La prochaine période stratégique s'appuie sur ces réalisations pour terminer le programme inachevé, en mettant l'accent sur la durabilité, l'équité et les droits.

La priorité 1 met l'accent sur le leadership national, la diversification des financements et l'intégration de la lutte contre le VIH dans les systèmes de santé publique. Elle appelle à l'innovation fiscale, à la collaboration multisectorielle, à l'intégration dans les soins de santé primaires et à une gouvernance des données fondée sur l'équité et la protection de la vie privée.

La priorité 2 est axée sur des services de lutte contre le VIH intégrés, différenciés et axés sur les personnes, qui garantissent l'accès à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins en matière de VIH pour les personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection, en combinant des outils biomédicaux et des changements de comportement social, et en poursuivant la fabrication locale de produits de santé.

La priorité 3 défend des approches fondées sur les droits et tenant compte de la dimension de genre, ainsi qu'une gouvernance menée par les communautés. La réforme juridique, le financement des organisations communautaires et la protection sont essentiels.

Les priorités englobent les éléments essentiels de la riposte au VIH : un financement durable ; l'intégration dans les soins de santé primaires ; un accès abordable aux médicaments et aux technologies ; des systèmes d'information solides ; des services de dépistage, de traitement et de soins différenciés et axés sur les personnes ; l'accès

[32] L'approche fondée sur les droits humains est un cadre conceptuel pour le processus de développement humain fondé sur les normes internationales en matière de droits humains et orienté vers la promotion et la protection des droits humains. Elle cherche à analyser les inégalités qui sont au cœur des problèmes de développement et à remédier aux pratiques discriminatoires et aux répartitions injustes du pouvoir qui entravent les progrès du développement et font souvent que des groupes de personnes sont laissés pour compte. On trouve des références à cette approche dans : la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 ; le CDH 56/22 (2024, consensus), qui appelle à des approches fondées sur les droits humains dans les systèmes de données et la conception des politiques ; et le CDH 54/16 (2023, consensus), qui reconnaît qu'une approche fondée sur les droits humains est nécessaire pour l'élimination de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables.

aux options de prévention telles que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et les préservatifs ; des environnements juridiques et politiques favorables ; et l'investissement dans des actions et des programmes menés par les communautés.

La Stratégie envisage la réalisation des objectifs mondiaux en matière de lutte contre le sida d'ici à 2030, notamment la cascade 95-95-95 et une réduction de 90 % des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida, comme mesures quantitatives essentielles de la réussite. Les objectifs numériques sont soutenus par des résultats stratégiques plus larges : l'accès aux outils de prévention, de dépistage, de traitement et de soins en matière de VIH ; l'adoption de lois et de politiques favorables ; l'augmentation du financement national ; et la pleine intégration des réponses au VIH, y compris les liens avec les comorbidités telles que la tuberculose et l'hépatite virale, dans des systèmes sanitaires et sociaux nationaux, infranationaux et communautaires résilients.

Au cœur de cette vision se trouve l'engagement de réduire les profondes inégalités qui continuent d'accroître le risque d'infection par le VIH et d'entraver l'accès aux services, en particulier pour les femmes, les filles, les jeunes et les populations clés. Ensemble, ces objectifs quantitatifs et qualitatifs reflètent la vision holistique qui consiste à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique et à faire progresser l'équité, l'inclusion et la durabilité.

2026

Stratégie mondiale de lutte

Mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 et mettre en place une riposte durable

COMMENT Y PARVENIR ?

Leadership national pour des réponses multi-sectorielles intégrées, durables et centrées sur les personnes

- Renforcement des systèmes
- Réponses fondées sur les données
- Lutte contre les inégalités
- Implication des personnes vivant avec le VIH, touchées par le VIH ou exposées au risque à tous les niveaux

Action infranationale | Action régionale | Action partenariale et multilatérale

Priorités et domaines de résultats

Résultats

La stratégie recommande des mesures dans chaque domaine de résultats

Soutenir la riposte

Financement
Financement durable pour des ripostes nationales et mondiales au VIH centrées sur les personnes

Intégration
Intégration des interventions liées au VIH et des systèmes de santé et communautaires liés au VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé au sens large et les principaux secteurs non liés à la santé

Données
Systèmes d'information essentiels et collecte de données par secteurs et communautés

Services axés sur les personnes

Prévention
Options biomédicales, structurelles, communautaires et comportementales pour la prévention du VIH

Dépistage, traitement et soins
Des services de dépistage, de traitement et de soins du VIH disponibles, accessibles, acceptables et de qualité pour les personnes vivant avec le VIH

Droits humains et égalité des sexes
Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et défendre les droits humains et l'égalité des sexes dans la riposte au VIH

Accès à l'innovation
Garantir un accès équitable aux innovations scientifiques, médicales et technologiques en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH

Leadership communautaire

Communauté
Leadership communautaire dans la riposte au VIH à travers les services et les systèmes

contre le sida

2031

Objectifs 2030
Résultats

95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut reçoivent un traitement traitement, et 95 % des personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement ont une charge virale indétectable

90 % des personnes ayant besoin de prévention ont recours à des options de prévention (PrEP, PEP, préservatifs, NSP, OAT)

Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH ou des populations clés et vulnérables sont victimes de stigmatisation et de discrimination, moins de 10 % sont victimes d'inégalités entre les sexes ou de violences, moins de 10 % des pays ont des environnements juridiques et politiques punitifs qui restreignent l'accès aux services

Les organisations communautaires (CLO) fournissent 30 % des services de dépistage et d'aide au traitement. 80 % des options de prévention et 60 % des programmes de facilitation sociale

95 % des personnes qui bénéficient de services de prévention ou de traitement du VIH reçoivent également les services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin (y compris pour les IST)

95 % des femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nouveaunés bénéficient de soins maternels et néonatals intégrés ou liés à des services complets de lutte contre le VIH, notamment pour la prévention du VIH et du virus de l'hépatite B et le traitement de la syphilis

Réduire les dépenses personnelles liées au VIH conformément à la couverture sanitaire universelle

Augmenter le pourcentage des dépenses liées au VIH qui sont nationales

21,9 milliards de dollars par an mobilisés pour des investissements liés au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Tous les pays ont accès à des prix équitables pour les diagnostics et les traitements

OBJECTIF

Mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique

IMPACT

D'ici 2030, réduire les nouvelles infections par le VIH de 90 % par rapport à 2010 et poursuivre la baisse de 5 % par an après 2030

Réduire les décès liés au sida de 90 % par rapport à 2010

Assurer la pérennité de la riposte au VIH après 2030

PRIORITÉ 1 : UNE RÉPONSE MONDIALE PILOTÉE PAR LES PAYS, RÉSILIENTE ET PRÊTE POUR L'AVENIR

PRIORITÉ 1 : UNE RÉPONSE MONDIALE PILOTÉE PAR LES PAYS, RÉSILIENTE ET PRÊTE POUR L'AVENIR

La durabilité a été un thème récurrent dans les consultations qui ont permis d'élaborer la stratégie. Une réponse mondiale durable doit protéger les acquis de la lutte contre la pandémie, étendre ces acquis et s'assurer de leur pérennité. Cela devra se faire en dépit d'une forte baisse du financement international des programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

La durabilité exige de planifier au-delà des urgences actuelles en renforçant les systèmes sociaux et de soins de santé qui sont durables et qui peuvent être déployés parallèlement à d'autres instruments de santé publique. Les investissements dans des réponses efficaces doivent simultanément renforcer des systèmes de santé et multisectoriels plus larges et intégrés. Cela signifie qu'il faut disposer de systèmes de financement et de prestation de services pour les soins de santé et la protection sociale qui réduisent les dépenses à la charge des patients (sur la base d'analyses économiques de la santé et d'analyses de la valeur à long terme) et qui fournissent des services accessibles, acceptables et de qualité aux personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection par le VIH. Des systèmes de santé publique renforcés permettent de mieux résister au VIH et à d'autres menaces sanitaires.

La durabilité passe également par le renforcement des communautés afin qu'elles puissent apporter un soutien rapide et adéquat. Il faut pour cela s'attaquer aux droits humains et aux contextes sociaux qui conduisent à la stigmatisation et à la discrimination et qui découragent les personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus ou exposées au risque d'infection d'utiliser les services et de rechercher un soutien.[33] Lorsque les systèmes de santé et de protection sociale sont inclusifs, transformatifs en matière de genre et répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH, ils peuvent atténuer certaines des inégalités qui alimentent la pandémie et compromettent la riposte. La lutte contre les inégalités entre les hommes et les femmes est au cœur du renforcement des communautés. La protection sociale peut réduire la vulnérabilité, supprimer les obstacles à l'accès aux services et améliorer la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes, permettre la sécurité alimentaire, la nutrition et l'inclusion sociale.

Enfin, la durabilité exige des investissements stratégiques dans les capacités nationales et locales, y compris des modalités de financement flexibles qui répondent aux priorités locales. Un financement fiable associé à une prestation de services efficace et efficiente améliore les résultats en matière de santé, ce qui génère des avantages sociaux, économiques et politiques secondaires. Pour cela, il faut que les acteurs, y compris ceux qui ne sont pas traditionnellement actifs dans le domaine de la santé publique, collaborent entre les secteurs et les niveaux.

La pérennisation de la riposte au VIH[34] au-delà de 2030 exige des transformations majeures. L'un de ces changements est l'intégration accélérée de la lutte contre le VIH dans des systèmes de santé plus larges, tout en incorporant le leadership et les interventions des

[33] Centrer les droits humains dans les ripostes durables au VIH - Site Web de l'ONUSIDA sur la durabilité

[34] La durabilité est définie comme la capacité d'un pays à disposer et à utiliser, dans un environnement favorable, des systèmes de santé et d'équité axés sur les personnes, fondés sur les droits humains et l'égalité des genres, des institutions autonomes et compétentes et des organisations pilotées par les communautés, ainsi que des ressources adéquates et équitablement réparties, afin d'atteindre et de maintenir la fin du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 et au-delà, en défendant le droit à la santé pour tous. Voir : Document sur la durabilité de la riposte au VIH | ONUSIDA.

communautés. Un autre changement concerne l'augmentation de la mobilisation des ressources nationales et des investissements dans le domaine de la santé et du VIH.

Globalement, l'objectif d'une riposte durable est une riposte au VIH pilotée par les pays, résiliente, inclusive et « prête pour l'avenir ». L'aspect « pays » exige de s'adapter aux contextes locaux spécifiques et d'impliquer les communautés de manière significative. La résilience consiste à s'adapter à l'évolution des réalités sociales, économiques et politiques. L'inclusivité exige que toutes les populations, indépendamment de leur genre, de leur statut juridique, socio-économique et politique, participent de manière significative à la prise de décision qui les concerne. Pour être « prêt pour l'avenir », il faut rester conscient des changements dans les domaines socio-économiques et politiques qui pourraient affecter la réponse au VIH.

La Stratégie propose les domaines de résultats suivants comme points d'action.

Domaine de résultat 1. Assurer le financement des ripostes mondiales et nationales au VIH axées sur l'être humain

Un financement durable est essentiel pour une riposte au VIH centrée sur l'être humain. Dans de nombreux pays, les gouvernements nationaux sont déjà la principale source de financement de leurs réponses au VIH et doivent continuer à être soutenus par la solidarité mondiale. Les gouvernements nationaux ont besoin d'aide pour mener des processus d'élaboration de politiques qui offrent des voies claires et progressives vers un financement durable. Des solutions de financement locales existent et sont de plus en plus importantes pour les actions menées par les communautés. Il s'agit notamment de partenariats avec des acteurs du secteur privé, des institutions religieuses, des autorités traditionnelles, des structures de gouvernance autochtones, des réseaux et organisations communautaires et d'autres acteurs locaux.

Alors que les deux tiers des pays déclarant à l'ONUSIDA ont augmenté leurs dépenses nationales pour le VIH au cours des cinq dernières années, la mobilisation des ressources nationales pour le VIH a été mise à rude épreuve pendant quatre années consécutives, un déclin qui a commencé pendant la pandémie de COVID-19.[35] Outre la réduction de l'aide internationale, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire sont confrontés à des remboursements de dettes lourds et à une marge de manœuvre budgétaire limitée, ce qui réduit leur capacité à financer des programmes de santé et de lutte contre le VIH.

Dans le même temps, les réductions du financement des bailleurs de fonds perturbent les programmes de lutte contre le VIH et entraînent des lacunes importantes dans le financement des travailleurs de santé de première ligne et des services de lutte contre le VIH. L'impact comprend des retards dans l'approvisionnement et des ruptures de stock de diagnostics, de médicaments antirétroviraux (ARV), y compris pour la prévention de la transmission mère-enfant (PrEP), et d'autres produits de prévention. Les interventions communautaires sont également touchées, les projets portant sur la stigmatisation et la discrimination, les inégalités entre les genres et la création d'environnements juridiques favorables étant contraints de fermer leurs portes. Les effets s'étendent au-delà du VIH et mettent à

[35] Voir : https://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/nasacountryreports

rude épreuve des systèmes de santé publique entiers, ce qui réduit également les perspectives de fourniture de services intégrés.

L'action multilatérale reste donc impérative, en particulier pour garantir un financement adéquat. Les inégalités de revenus et d'accès aux ressources sont également en augmentation, et certaines de ces inégalités sont particulièrement ressenties dans les systèmes de santé et de protection sociale. Une action multilatérale durable peut atténuer ces disparités.

Les données compilées par l'ONUSIDA indiquent que le gouvernement des États-Unis, le Fonds mondial et d'autres entités de développement ont financé collectivement plus de 90 % de la lutte contre le VIH dans au moins neuf pays[36] et 60 % de la lutte contre le VIH dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Malgré l'augmentation du financement national de la lutte contre le VIH, les réponses de certains pays sont restées très dépendantes de l'aide extérieure.

La diminution rapide des financements a mis en évidence la fragilité des réponses au VIH qui dépendent fortement des financements extérieurs. Alors que la part de l'aide publique au développement consacrée à la santé publique est restée stable entre 2010 et 2022, la part consacrée aux programmes de lutte contre le VIH a presque diminué de moitié, passant de 6 % à 3,4 %. Les réductions de financement annoncées au début de l'année 2025 font suite à une baisse de près de 6 % de l'aide publique au développement en faveur de la lutte contre le VIH depuis le pic atteint en 2013. Ce déclin aurait été encore plus marqué sans le soutien important du Fonds mondial et du gouvernement américain. Cependant, au début de l'année 2025, une grande partie des fonds américains consacrés à la lutte contre le VIH ont été supprimés ou suspendus. Les changements qui interviendront dans l'architecture financière mondiale en 2025 risquent d'annuler des décennies de progrès et d'investissements et de compromettre l'ensemble de la riposte au VIH.

De nombreux programmes de lutte contre le VIH, en particulier ceux axés sur la prévention, s'efforcent de faire face à l'impact des réductions soudaines et importantes du financement des bailleurs de fonds. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure sont capables de divers degrés de résilience. Certains pourront absorber les réductions du financement des bailleurs de fonds grâce à des capacités de financement nationales plus fortes, mais plusieurs auront du mal à combler les lacunes dans des domaines essentiels tels que la prévention du VIH et les facteurs sociétaux, où l'investissement national a toujours été limité. Ces réalités soulignent la nécessité de diversifier les sources de financement tout en les rendant plus résistantes.

Les programmes de prévention du VIH en particulier continuent d'être sous-financés, tout comme les programmes axés sur les obstacles sociétaux, y compris l'inégalité entre les hommes et les femmes. Les ressources consacrées aux populations clés sont insuffisantes, malgré les taux disproportionnés de VIH au sein de ces groupes. Les dernières estimations montrent que moins de 3 % des dépenses totales consacrées au VIH sont allouées à des interventions de prévention auprès des populations clés, ce qui est bien inférieur

[36] Éthiopie, Haïti, Liberia, Malawi, Mozambique, Nigeria, Sud-Soudan, République-Unie de Tanzanie, Zimbabwe.

aux 20 % estimés nécessaires d'ici à 2030. Le manque de financement fiable des programmes destinés à ces populations compromet l'ensemble de la riposte au VIH.

Des financements innovants et diversifiés sont nécessaires pour étendre et pérenniser les réponses au VIH. Les conversions de dettes, telles que l'initiative « Debt2Health » du Fonds mondial, par exemple, peuvent être utilisées pour convertir la dette souveraine en investissements dans le domaine de la santé, y compris pour le VIH, débloquant ainsi de nouveaux flux de financement. Le financement mixte peut également mobiliser des capitaux multilatéraux, publics et non concessionnels provenant de banques de développement nationales, régionales et mondiales, d'institutions de financement du développement et d'acteurs privés, en utilisant des ressources concessionnelles pour réduire le risque d'investissement et canaliser le financement vers des zones mal desservies.

Des exemples tels que le « Lives and Livelihoods Fund »[37] plaident en faveur de la diversification du financement de la lutte contre le VIH et de l'incitation à la fabrication d'ARV, respectivement. Les modèles fondés sur les résultats, comme le financement basé sur les performances au Rwanda et la prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique du Sud, appuient le travail des bailleurs de fonds et des gouvernements, tout en promouvant l'efficacité et l'innovation. Au Guatemala, l'émission d'obligations ESG (environnementales, sociales et de gouvernance) pour un montant de 800 millions de dollars a suscité un vif intérêt de la part des investisseurs, avec un bénéfice potentiel pour le programme national de prévention et de contrôle des IST et du VIH/sida en tant que dépense éligible.[38] Les régimes d'assurance publics et privés peuvent également intégrer les services de lutte contre le VIH par le biais d'un financement commun. Bien que ces approches aient un potentiel important, leur impact dépend d'un soutien technique adapté, de l'implication de la communauté et d'une approche fondée sur les droits qui lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Obligations à impact social

Les obligations à impact social sont un modèle de financement innovant qui est testé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les obligations sont des investissements dans des objectifs sociaux, et elles sont réalisées lorsque le résultat visé par une intervention est atteint. En Afrique du Sud, un programme pilote d'obligations à impact social lancé en 2023 pour réduire la transmission verticale du VIH a montré qu'il était possible d'aligner les incitations financières sur les résultats en matière de santé. Bien que ces obligations ne soient pas nécessairement des modèles d'intervention évolutifs, elles peuvent servir de sources de financement provisoire.

Source : Elendu C, Amaechi DC, Elendu TC, et al. Shaping sustainable paths for HIV/AIDS funding: a review and reminder. Ann Med Surg (Lond). 2025 Feb 27;87(3):1415-1445. doi: 10.1097/MS9.0000000000002976.

[37] Lives and Livelihoods Fund | IsDB
[38] See: https://www.minfin.gob.gt/wp-content/uploads/archivos/dcp/Repu%CC%81blica%20de%20Guatemala%20-%20Marco%20de%20Financiamiento%20Sostenible%202024%20vF.pdf

Les actions requises pour assurer le financement de ripostes mondiales et nationales au VIH centrées sur l'être humain sont notamment les suivantes :

- **Assurer l'alignement et l'intégration complète dans la conception, l'évaluation des coûts et la budgétisation des plans nationaux de lutte contre le VIH.** Il s'agit notamment d'aligner les sources de financement (y compris les sources de financement externes) sur les stratégies et les plans nationaux, d'améliorer l'efficacité, la transparence et de mettre en place des mécanismes de responsabilisation solides.
- **Élaborer et promouvoir un modèle de financement avancé de la riposte au VIH afin d'assurer une transition progressive de la riposte au VIH vers un financement national et vers des systèmes de santé intégrés**, en déployant une série d'instruments de financement :
  - **Accroître les recettes nationales pour la santé et le VIH** en augmentant la collecte des recettes nationales (par exemple, en augmentant les taux d'imposition des sociétés, du patrimoine et des personnes, en réformant les régimes fiscaux préférentiels et en prenant des mesures pour lutter contre la fraude et l'évasion fiscales) ; en augmentant les allocations budgétaires à la santé et au VIH ; en réaffectant les fonds libérés par les accords d'allégement de la dette ; et en améliorant l'administration fiscale et la passation des marchés publics.
  - **Mettre en place et rendre opérationnels des instruments de financement diversifiés, innovants et mixtes pour les programmes de lutte contre le VIH**, notamment des taxes sanitaires réservées, des taxes sur le VIH, des échanges de dettes, des prêts et des obligations sociales, par le biais de plates-formes de financement conjointes associant les gouvernements, les banques de développement, les bailleurs de fonds, la société civile et le secteur privé.
  - **Intégrer le financement de la lutte contre le VIH** dans les budgets de santé publique et les budgets multisectoriels, ainsi que dans les instruments émergents tels que les régimes et mécanismes d'assurance maladie.
  - **Augmenter radicalement l'aide au développement pour la santé et le VIH** qui est acheminée par le biais des systèmes nationaux, afin de renforcer durablement les capacités de lutte contre le VIH.
- **Intégrer les services liés au VIH**, y compris la prestation de services et le suivi menés par la communauté, dans les régimes nationaux d'assurance maladie et les ensembles de prestations des systèmes de santé publique universelle, les régimes de protection sociale et d'éducation, les mécanismes de contrats sociaux et les programmes d'assurance maladie des secteurs public et privé.
- **Éliminer les frais d'utilisation et réduire les dépenses personnelles pour les services de santé liés au VIH et d'autres services de santé essentiels**, en accordant la priorité aux populations marginalisées, notamment les femmes, les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés.
- **Mettre en place de vastes mécanismes de financement commun** au niveau national ou infranational qui combinent les budgets nationaux, l'assurance maladie sociale et les contributions des bailleurs de fonds afin d'améliorer l'efficacité, la durabilité et l'équité de la riposte au VIH.
- **Élaborer et mettre en œuvre des feuilles de route multisectorielles, fondées sur les droits et pilotées par les pays**, pour lutter durablement contre l'épidémie au-delà de 2030,[39] et faire converger ces efforts avec les réformes des systèmes de santé nationaux et les efforts de financement de la santé. Les feuilles de route doivent définir une répartition inclusive et évolutive des responsabilités de financement, aux niveaux mondial, régional et national, afin de maintenir dans la durée des réponses au VIH centrées sur les personnes et fondées sur l'équité.
- **Améliorer les systèmes de gestion des finances publiques et garantir la pleine responsabilité** des engagements pris par les pays en matière de financement national de la santé et de la lutte contre le VIH, avec un suivi explicite des ressources consacrées au VIH et aux investissements menés par les communautés.
- **Donner la priorité aux gains d'efficacité, à l'optimisation des ressources et aux réformes d'intégration** qui garantissent le meilleur impact et les meilleurs résultats pour les investissements.
- **Tirer parti des organisations régionales ainsi que des plates-formes d'apprentissage et de coopération Sud-Sud** pour renforcer la responsabilité, mettre en commun les ressources (y compris pour les organisations dirigées par les communautés) et soutenir un financement prévisible pour les organisations régionales et nationales dirigées par les communautés et d'autres organisations de la société civile.
- **Le leadership communautaire en matière de prestation de services et de responsabilité est au cœur des réponses nationales réussies et durables**. Cela doit se refléter et faire l'objet d'un suivi dans les dotations spécifiques et à long terme des budgets nationaux.

[39] Homepage - UNAIDS Sustainability Website

Domaine de résultat 2. Intégrer les interventions en matière de VIH et les systèmes sanitaires et communautaires liés au VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé au sens large et les principaux secteurs autres que celui de la santé

La prochaine phase de la riposte au VIH exige un changement transformateur qui dépasse les programmes verticaux pour aboutir à des systèmes pleinement intégrés, résilients et centrés sur les personnes. Alors que les pays s'efforcent de pérenniser les acquis et de combler les lacunes, il est essentiel qu'ils intègrent les interventions en matière de VIH et les systèmes sanitaires et communautaires liés au VIH dans les soins de santé primaires,[40] les systèmes de santé au sens large et les principaux secteurs autres que celui de la santé.

L'intégration peut tirer parti des atouts avérés des ripostes au VIH – notamment leur caractère multisectoriel, l'innovation, le leadership des gouvernements et des communautés, les mécanismes de responsabilisation, les approches fondées sur les droits et la prise en compte de la dimension de genre – pour accélérer les progrès vers la santé publique universelle et le développement durable. Elle peut permettre de mettre en place des plates-formes de prestation de services plus cohérentes afin de répondre aux multiples besoins sanitaires et non sanitaires des personnes et des communautés, de maximiser l'efficacité des ressources et d'améliorer les autres résultats en matière de santé et de développement en répondant aux besoins des personnes de manière plus globale. Des soins de santé primaires renforcés qui intègrent des actions multisectorielles et l'engagement de la communauté pour promouvoir l'équité en matière de santé et le bien-être peuvent encore améliorer les réponses au VIH. En intégrant davantage le VIH dans le domaine plus large de la santé et du développement, les pays peuvent jeter les bases d'une réponse plus inclusive, durable et « prête pour l'avenir », qui protège et fait progresser les acquis pour les générations à venir.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida recommande des actions immédiates et à plus long terme pour s'éloigner des systèmes fragmentés et cloisonnés dépendant des bailleurs de fonds. L'intégration implique un alignement spécifique au contexte et fondé sur des données probantes de multiples services, systèmes et/ou secteurs, dans le but d'améliorer la rapidité, l'accessibilité, l'équité et l'efficacité des efforts visant à répondre aux divers besoins des individus et des communautés. Il s'agit également de renforcer les systèmes cliniques et sociaux de santé, en veillant à ce qu'ils soient accessibles à tous les secteurs de la société face à des inégalités qui ne cessent de se creuser.

Les services liés au VIH et les systèmes axés sur le VIH (y compris les systèmes communautaires) doivent être stratégiquement intégrés aux systèmes de soins de santé primaires et aux systèmes de santé plus généraux des pays, en tenant compte des contextes locaux. Les interventions de lutte contre le VIH devraient également être intégrées dans des programmes prioritaires ne relevant pas du secteur de la santé, tels que l'éducation, la protection sociale, les programmes d'autonomisation et d'égalité, la justice, le travail et les interventions humanitaires, afin de s'attaquer aux déterminants structurels du risque de VIH et d'éliminer les obstacles sociétaux et structurels qui entravent l'accès aux services. Cette intégration est

[40] Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires

essentielle pour que les réponses au VIH soient inclusives, équitables et efficaces, tout en accélérant les progrès vers la réalisation d'objectifs plus larges en matière de santé et de développement.

Une intégration réussie commence au niveau local – dans les établissements de soins de santé primaires et les cliniques communautaires – et s'étend progressivement, sur la base d'évaluations rapides des besoins et de données spécifiques au pays sur la charge du VIH et les facteurs sociaux et de santé de la population.

Des systèmes communautaires solides sont tout aussi importants, notamment des réseaux de soutien par les pairs, des mobilisateurs communautaires et des agents de proximité qui fournissent des services et effectuent un suivi à l'échelle de la communauté. Ils jouent un rôle clé pour atteindre les gens, stimuler la demande, fournir des services et assurer la responsabilité. Intégrer les travailleurs et les systèmes communautaires aux systèmes de santé et aux autres systèmes pertinents, tout en renforçant leurs capacités et leur leadership, contribue à garantir que les systèmes de santé répondent aux besoins des populations et soient résilients et durables.

L'intégration peut également améliorer les réponses aux chocs extérieurs tels que les conflits, les bouleversements économiques ou les catastrophes climatiques. Ces chocs sont de plus en plus fréquents, y compris dans les pays où la prévalence du VIH est élevée, et ils intensifient la vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH et affectées par celui-ci, en particulier les femmes et les filles, qui peuvent être exposées à la violence fondée sur le sexe. Dix-neuf pays fortement touchés par le VIH, principalement en Afrique au sud du Sahara, font partie des 50 pays figurant en tête de l'indice 2024 des États fragiles.[41] Plus que jamais, le VIH doit faire partie de la préparation aux situations d'urgence et de la réponse humanitaire.

[41] https://fragilestatesindex.org/global-data/

Les actions requises pour l'intégration des interventions en matière de VIH et des systèmes sanitaires et communautaires liés au VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé au sens large et les secteurs clés autres que la santé sont les suivantes :

- **Assurer un leadership politique fort, un engagement stratégique et transprogrammatique**, ainsi que des mécanismes opérationnels clairs pour intégrer le VIH dans les soins de santé primaires[42] et les systèmes de santé plus larges. Ces mesures doivent être adaptées au contexte épidémiologique de chaque pays, au niveau de la charge du VIH et aux capacités du système, et elles doivent être renforcées par une gestion efficace du changement, une préparation aux situations d'urgence, une résilience et une adaptabilité accrues du système.
- **Renforcer l'intégration des services et des systèmes axés sur le VIH – y compris la prestation de services et le suivi par la communauté – dans les soins de santé primaires et les systèmes de santé publique au sens large.** Cela peut se faire en alignant et en se concentrant sur les principaux leviers stratégiques et opérationnels des fonctions de soins de santé primaires et de santé publique, notamment : les effectifs des soins de santé primaires ; les médicaments et autres produits de santé ; la gestion des achats et de l'approvisionnement ; les systèmes de laboratoire ; les systèmes d'information et de surveillance de la santé ; le suivi et l'évaluation ; les technologies numériques pour la santé ; le financement ; et les politiques et la gouvernance. Cela peut améliorer la coordination, l'efficacité et la durabilité de la fourniture de services centrés sur les personnes et locaux, adaptés au contexte.
- **Simplifier la prestation des services liés au VIH en se concentrant sur les services essentiels de dépistage, de traitement, de soins et de prévention du VIH, afin d'améliorer – au sein des soins de santé primaires et des systèmes de santé publique plus larges** – la disponibilité, l'accessibilité, la qualité et l'efficacité de l'ensemble des soins et services liés au VIH, y compris les options d'autosoins. Les services doivent être fournis volontairement, selon une approche sensible au genre et fondée sur les droits humains, sans discrimination ni coercition.
- **Formaliser, institutionnaliser et intégrer les systèmes et services communautaires axés sur le VIH dans les soins de santé primaires et les systèmes de santé publique plus larges.** Cela devrait être fait pour reconnaître et inclure les agents de santé communautaires et d'autres effectifs communautaires – y compris les pairs navigateurs, les personnes vivant avec le VIH et les réseaux et groupes de populations clés – comme faisant partie des systèmes de santé nationaux et locaux, avec des rôles et des protections rémunérés et formalisés. Cette démarche peut garantir la fourniture de services de santé de qualité, centrés sur la personne et la communauté, fiables et rentables en matière de VIH et de santé en général. L'investissement dans le leadership communautaire renforce l'appropriation locale et garantit que les programmes répondent aux réalités vécues et aux multiples besoins en matière de santé et autres des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et autres populations vulnérables (voir domaine de résultats 8).
- **Renforcer la collaboration, aligner les politiques et investir dans le cofinancement entre les secteurs** pour intégrer le VIH dans la protection sociale, l'éducation, la justice et le travail. Cela est important pour s'attaquer aux obstacles sociétaux et aux facteurs structurels et pour améliorer l'efficacité des interventions en matière de VIH, en particulier pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Investir dans les réformes et le renforcement des capacités des secteurs autres que celui de la santé dans le cadre d'approches et d'interventions intégrées. Il s'agit notamment d'élaborer des politiques et des protocoles de prestation de services en collaboration avec les bénéficiaires visés.
- **Promouvoir la coordination des programmes multisectoriels et élargir l'inclusion des principales parties prenantes** (telles que les législateurs, les gouvernements locaux, les organisations communautaires et le secteur privé) afin de réaliser les avantages plus larges de l'intégration du VIH en matière de développement. Cela peut favoriser un soutien durable et la mobilisation des ressources dans tous les secteurs, en s'appuyant sur les données économiques de la santé pour donner la priorité aux interventions rentables.
- **Intégrer une approche fondée sur les droits humains** dans l'intégration des services de lutte contre le VIH dans les soins de santé généraux, en déployant des efforts programmatiques spécifiques pour mettre en place des services non stigmatisants, transformateurs sur le plan du genre, adaptés aux jeunes et aux populations clés, et en intégrant des structures communautaires dans les systèmes généraux afin de garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de lutte contre le VIH.
- **Intégrer le VIH dans les plans de préparation et de réaction à la sécurité et aux catastrophes, ainsi que dans les réponses humanitaires**, et veiller à la mise en œuvre de ces plans pour assurer la continuité et la fourniture de services en temps de crise, y compris les services de santé et de droits sexuels et reproductifs pour les victimes de violences sexuelles et fondées sur le genre. Ces activités devraient inclure des réseaux de personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou

[42] Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires, OMS, 2020

exposées au risque d'infection, dans l'élaboration et la mise en œuvre de cadres nationaux de préparation aux catastrophes et de réponse humanitaire.

- **Mettre en place des systèmes de responsabilisation et des indicateurs solides** pour mesurer les résultats et l'efficacité de l'intégration des services et des systèmes axés sur le VIH dans les soins de santé primaires, les systèmes de santé plus larges et les secteurs clés autres que la santé. Ces systèmes de suivi guideront le processus d'intégration et fourniront des informations précieuses qui permettront d'atteindre les résultats souhaités de l'intégration. En outre, il est important de démontrer, de promouvoir et de suivre les avantages de l'intégration du VIH pour le développement en produisant et en communiquant systématiquement des preuves de la manière dont les réponses intégrées au VIH contribuent aux objectifs en matière d'éducation, d'égalité des genres, d'emploi et de protection sociale.
- **Renforcer la sécurité sanitaire mondiale, la résilience des pays et les réponses aux pandémies mondiales** en s'appuyant sur les enseignements tirés de la lutte contre le VIH, par exemple en ce qui concerne l'importance des réponses fondées sur des données et des preuves, la solidarité mondiale, les actions multisectorielles, le respect des droits humains, une forte coordination nationale et l'engagement des communautés.

Domaine de résultat 3. Investir dans des systèmes d'information essentiels et dans la collecte de données dans plusieurs secteurs et incluant les communautés

Les réponses au VIH ont été basées sur des systèmes de données solides et opportuns qui ont permis d'éclairer la planification et la coordination. La résilience de ces systèmes s'est avérée particulièrement cruciale lors d'autres urgences sanitaires, telles que la COVID-19 et l'orthopoxvirose simienne. Le renforcement des systèmes de données sur le VIH peut potentiellement améliorer le suivi de la santé publique de manière plus générale, car ces systèmes peuvent être déployés dans le cadre de diverses priorités sanitaires. Il est donc essentiel de continuer à investir dans les systèmes de données. En outre, les capacités doivent être maintenues pour permettre des estimations précises de l'incidence du VIH, de la prévalence et des tendances de la mortalité ; pour déterminer où et parmi qui le risque de VIH et d'incidence est élevé ; pour documenter la manière dont les ressources sont allouées ; et pour surveiller les programmes, suivre les progrès et identifier les lacunes.

Les systèmes de données robustes intègrent des sources de données multiples, reposent sur la collecte de données en temps voulu aux niveaux infranational et national, et nécessitent un stockage sécurisé des données et des capacités d'analyse. Le choix des sources de données doit permettre aux responsables de programmes de comprendre l'épidémie et la riposte (y compris les coûts de la riposte), afin de planifier efficacement les programmes.

Des investissements accrus sont nécessaires dans les systèmes d'information, en particulier pour les populations clés et vulnérables. Les données mondiales existantes sur les inégalités et les facteurs structurels du VIH, par exemple, ne sont pas suffisamment utilisées pour comprendre pleinement les effets de ces inégalités sur la vulnérabilité et les risques liés au VIH et pour y répondre.

Pour renforcer la durabilité de la riposte mondiale face à la réduction du financement, les pays devraient intégrer davantage les systèmes nationaux d'information et de données sur le VIH à d'autres systèmes d'information sur la santé et le développement, y compris les données sur les facteurs structurels de la vulnérabilité au VIH. Les données issues des efforts menés par les communautés peuvent guider l'amélioration des services et devraient être systématiquement incluses dans les systèmes de données et utilisées dans les plans stratégiques nationaux. Le suivi mené par les communautés permet

également d'accroître la responsabilité et la qualité des services fournis.[43, 44] Les communautés doivent conserver la propriété et le contrôle des données utilisées dans la riposte au VIH, et les données doivent être gérées conformément aux normes les plus strictes en matière de sécurité et de soins, tout en respectant les droits des personnes dont les données ont été collectées.

Les nouvelles technologies de l'information, en particulier les outils d'intelligence artificielle (IA), peuvent offrir des possibilités intéressantes d'analyse, de présentation et de diffusion des données. S'ils sont conçus correctement et en toute sécurité, ces systèmes peuvent être utilisés pour identifier des interventions rentables et pour comprendre l'impact plus large des stratégies intégrées de dépistage, de prévention, de traitement et de soins en matière de VIH. De telles analyses peuvent s'appuyer sur les réseaux sociaux, les grandes enquêtes auprès des ménages, les dossiers médicaux électroniques, les recherches sur internet et d'autres métadonnées. Toutefois, ces outils ne peuvent pas remplacer des systèmes efficaces de collecte d'informations et de données. Alors que les technologies numériques font de plus en plus partie intégrante de la prestation des soins de santé et de l'engagement communautaire, la protection de la vie privée, de la confidentialité et d'autres droits numériques doit être une préoccupation centrale dans les programmes de lutte contre le VIH.[45, 46]

[43] Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL-A, et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. PLoS One. 2021;16(12):e0260555.
[44] Caswell G, Dubula V, Baptiste S, et al. The continuing role of communities affected by HIV in sustained engagement in health and rights. J Int AIDS Soc. 2021;24(Suppl 3):e25724.
[45] Ratevosian J, Reid M, Ni Z, et al. Reimagining HIV prevention with artificial intelligence. Lancet HIV. 2025:S2352-3018(25)00158-4.
[46] The Role of Artificial Intelligence in the Global HIV Response, UNAIDS, 2026 (forthcoming)

Les actions requises pour investir dans les systèmes d'information essentiels et la collecte de données dans de multiples secteurs sont les suivantes :

- **Gouvernance.** Investir dans des systèmes robustes de données de routine et les maintenir, avec une gouvernance et une gestion efficaces des données, notamment en garantissant la confidentialité. Établir des exigences techniques pour toutes les initiatives de santé numérique (y compris celles financées par des bailleurs de fonds) afin de les aligner sur les architectures nationales d'échange d'informations sur la santé. Soutenir les capacités institutionnelles nationales à gérer les données relatives au VIH dans le cadre de la gouvernance des données sanitaires et sociales, y compris la propriété et la conservation des données à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de santé, la protection de la vie privée, le partage des données et l'accès par les gouvernements, les communautés, les partenaires internationaux et d'autres parties prenantes concernées. Dans les politiques de gouvernance des données, inclure des cadres de gouvernance des données spécifiques aux enfants et informées par la communauté qui traitent du consentement, de la vie privée et de la protection contre les préjudices dans les interventions de santé numérique. Veiller à ce que tous les outils numériques destinés aux mineurs fassent l'objet d'une évaluation de l'impact sur les droits de l'enfant et intègrent des principes de conception adaptés à l'âge qui protègent la vie privée tout en permettant l'accès aux services essentiels liés au VIH. Les politiques en matière de données doivent protéger les populations clés, en particulier celles qui sont exposées à un risque accru en raison de la criminalisation.
- **Sources.** Reconnaître et soutenir les sources et les systèmes de données stratégiques et innovants pour guider la riposte au VIH, en mettant l'accent sur les rapports relatifs aux objectifs mondiaux les plus importants pour mettre fin au sida. Il s'agit notamment de systèmes de données de routine qui fournissent des informations stratégiques essentielles sur les schémas épidémiques et sur l'ensemble des cascades de dépistage, de traitement et de prévention du VIH, y compris la mesure de la suppression virale au niveau de la population. Les systèmes de suivi centrés sur la personne nécessitent la mise en place ou le renforcement de dossiers médicaux électroniques basés sur une identification unique disponible au niveau national.
  - Des enquêtes complètes, multi-maladies et bio-comportementales auprès des ménages peuvent atteindre les personnes en dehors des structures de soins formelles et permettre de mieux comprendre comment le VIH affecte les différentes populations. L'intégration des enquêtes dans les zones de développement réduit la « lassitude » des communautés et permet une utilisation plus efficace des ressources financières et de la main-d'œuvre.
  - Il est important de continuer à renforcer les systèmes de surveillance des cas et d'enregistrement des faits d'état civil (y compris les données sur la cause du décès) afin de passer à des données en temps réel.
  - Les modèles peuvent être utilisés pour estimer des indicateurs difficiles à mesurer et informer les décisions de programme sur l'impact potentiel de différentes interventions (y compris les populations estimées ayant besoin d'options de prévention).
- **Intégration.** L'interopérabilité des systèmes d'information sur la santé doit être renforcée. Il est important de soutenir la prestation de services intégrés et les réponses, lorsque cela est possible, ainsi que les dossiers médicaux et sociaux électroniques partagés. Cela devrait se faire en veillant à ce que la collecte et l'analyse de données désagrégées soient utilisées pour prendre des décisions fondées sur des preuves et pour améliorer l'efficacité des systèmes et de la prestation de services, et à ce que les normes les plus élevées en matière de confidentialité et de protection des données soient respectées. Les systèmes de données sur le VIH et les autres activités de collecte de données sanitaires et sociales devraient assurer un apprentissage bidirectionnel et une transition vers des systèmes de données intégrés. La numérisation des données électroniques sanitaires et sociales devrait également intégrer des données cliniques, logistiques, relatives aux ressources humaines, au financement et à la communauté, afin de les rendre plus interopérables. Lorsque cela est possible et utile, l'échange de données transfrontalières peut servir de base à des programmes de renforcement.
- **Inégalités.** Les sources de données doivent inclure des caractéristiques qui permettent une analyse désagrégée afin d'identifier les inégalités pertinentes. Les gouvernements (et le secteur privé) devraient soutenir les systèmes de données de routine afin de compiler et de protéger les données qui donnent un aperçu de la situation et des autres caractéristiques des personnes laissées pour compte. En outre, les systèmes d'information doivent recueillir des données sur l'accès et les obstacles aux services sociaux et de santé, le statut socio-économique, les niveaux d'éducation, l'emploi et d'autres détails. L'analyse de données ventilées aidera les pays et les communautés à

identifier et à surveiller les inégalités dans des domaines clés, notamment le genre, l'âge et les facteurs sociaux et économiques pertinents, et à prendre des mesures correctives. La combinaison de ces données avec des informations sur les politiques et les lois peut révéler des violations des droits humains et leur impact sur l'accès aux services et indiquer des contre-mesures.

- **Suivi dirigé par la communauté.** La collaboration entre les structures de suivi dirigées par le gouvernement et la communauté devrait être formalisée pour une responsabilité mutuelle et une synergie opérationnelle. Promouvoir l'interopérabilité de ces systèmes tout en veillant à ce que les données soient collectées en vue d'une prise de décision fondée sur des données probantes.
- **Finances.** Les informations sur les dépenses devraient être utilisées pour éclairer la planification nationale, l'élaboration des budgets, l'amélioration de l'efficacité et la formulation des politiques. Les données ventilées sur les dépenses, les coûts et le financement des interventions dans les ripostes nationales au VIH restent rares. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour compiler les coûts des actions transformatrices intégrées des programmes nationaux de lutte contre le VIH, afin que les stratégies et les plans puissent être chiffrés et dotés de ressources adéquates.
- **Utilisation des données.** Les capacités numériques des professionnels de la santé devraient être renforcées par des programmes de formation systématiques et des mécanismes de soutien permanents. Des cadres de compétences numériques doivent être élaborés pour les prestataires de services liés au VIH, la formation à la santé numérique peut être intégrée dans les programmes de formation initiale, et des programmes de mentorat peuvent être mis en place pour aider les travailleurs de la santé à utiliser efficacement les outils numériques pour la prise de décisions cliniques, la gestion des patients et l'amélioration de la qualité fondée sur les données. Il convient également de promouvoir l'utilisation prudente des technologies numériques, y compris l'IA, pour améliorer l'utilisation et la visualisation des données.
- **Estimations.** Un nouveau paradigme pour les estimations de routine des besoins en matière de prévention du VIH devrait être introduit par le biais d'une modélisation annuelle du nombre de personnes ayant besoin de prévention du VIH. Des estimations pour différentes populations clés et prioritaires, ainsi que pour différents outils de prévention du VIH, devraient être élaborées. Ces estimations spécifiques à chaque pays servent de base à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des progrès accomplis par rapport aux objectifs annuels nationaux et infranationaux en matière de prévention. Ils permettent également de simplifier le suivi des progrès sur la base de données de routine (voir domaine de résultats 4) et de développer des approches de prévention sur mesure.

PRIORITÉ 2 : SERVICES AXÉS SUR LES PERSONNES : ÉQUITÉ, DIGNITÉ ET ACCÈS

PRIORITÉ 2 : SERVICES AXÉS SUR LES PERSONNES : ÉQUITÉ, DIGNITÉ ET ACCÈS

« Au cours des dix dernières années, la fourniture de services liés au VIH aux personnes incarcérées s'est considérablement améliorée. « Mais un important écart persiste encore dans la fourniture de services équivalents pour les personnes en prison et dans la communauté… En tant que personne ayant une expérience vécue en détention et dirigeant aujourd'hui une ONG en Ukraine axée sur la santé en milieu carcéral, je peux affirmer que beaucoup reste à faire de la part des gouvernements et de la communauté internationale, en étroite collaboration avec les personnes ayant une expérience vécue en prison, pour garantir que la privation de liberté ne devienne pas une privation du droit à la santé »

– Anon (Ukraine)

L'éradication du sida passe par la réduction des inégalités, l'arrêt des violations des droits humains et l'élimination de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence qui rendent difficile l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement. Une telle approche holistique est également plus durable, car elle s'attaque aux facteurs sous-jacents qui alimentent la pandémie et sapent les réponses au VIH. La Stratégie définit une telle approche, qui comprend un meilleur accès à des services de santé différenciés, à des possibilités d'éducation équitables et à des mesures de protection sociale.

Domaine de résultat 4. Intensifier les options de prévention du VIH qui combinent des interventions biomédicales, structurelles, communautaires et comportementales

La durabilité de la réponse mondiale exige une réduction plus rapide des nouvelles infections. Malgré les progrès significatifs réalisés dans plusieurs pays, les nouvelles infections au VIH estimées à 1,3 million en 2024 représentent plus du triple de l'objectif de 370 000 fixé pour 2025. L'accès et l'utilisation d'outils de prévention du VIH éprouvés restent insuffisants et inégaux.

Une prévention du VIH fructueuse nécessite des interventions biomédicales, structurelles et comportementales réalisées en synergie. La prévention biomédicale, y compris les versions orales et à longue durée d'action de la PrEP et les approches holistiques de dépistage, est vitale. La PrEP orale est une option de prévention importante pour les populations clés et leurs partenaires sexuels, ainsi que pour les adolescentes et les femmes dans les contextes où l'incidence du VIH est élevée. Elle reste l'une des interventions biomédicales les plus efficaces dans le cadre de cette Stratégie mondiale, qui a été mise à l'échelle dans plusieurs villes du monde. L'accès a augmenté, mais reste faible, en raison d'obstacles juridiques et politiques, d'un sous-investissement dans la mise en œuvre de la PREP par des organisations communautaires auprès des personnes qui en ont le plus besoin, et d'autres facteurs.

Les produits injectables de prévention du VIH à longue durée d'action qui remplacent la PrEP orale multidose par des injections semestrielles constituent un complément très prometteur à la prévention du VIH, en particulier pour les femmes qui ont du mal à négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires masculins, ainsi que pour les professionnel(le)s du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les personnes qui ont du mal à adhérer à la PrEP orale.

Les injections semestrielles d'un produit injectable de prévention du VIH à longue durée d'action se sont révélées exceptionnellement efficaces pour prévenir l'acquisition du VIH dans les essais cliniques, avec une efficacité de 100 % chez les adolescentes et les jeunes femmes dans l'essai PURPOSE 1 en Afrique du Sud et en Ouganda et une efficacité de 96 % chez les hommes cisgenres et les hommes et femmes transgenres dans l'essai PURPOSE 2 en Argentine, au Brésil, au Mexique, au Pérou, en Afrique du Sud, en Thaïlande et aux États-Unis d'Amérique. Cette option de PrEP à longue durée d'action est sûre et bien tolérée, y compris pendant la grossesse.[47] En offrant une protection continue contre le VIH pendant six mois, elle peut répondre à certains des problèmes d'adhésion et de maintien associés à la PrEP orale.

L'utilisation généralisée des préservatifs parmi les populations modérément exposées au VIH, y compris les jeunes, est une pierre angulaire de la prévention du VIH et les modèles épidémiques montrent qu'elle doit être maintenue pour atteindre les objectifs de 2030. Cependant, l'achat de préservatifs a diminué d'un tiers et les programmes de marketing social n'ont cessé d'être financés au cours de la dernière décennie.[48] En conséquence, l'utilisation des préservatifs est en baisse dans plusieurs pays. Le dépistage du VIH est un autre outil de prévention important, mais les taux de dépistage sont en baisse et restent faibles parmi les populations clés qui courent un risque élevé de contracter le VIH.

Les stratégies comportementales et communautaires telles que l'autodiagnostic du VIH, la sensibilisation par les pairs et l'éducation sexuelle complète sont complémentaires et constituent une partie essentielle de la mise en œuvre de l'intervention biomédicale ; elles se sont révélées fiables et efficaces pour prévenir les nouvelles infections par le VIH. Comme l'indique le document sur les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle,[49] de nombreux noms différents sont utilisés pour désigner l'éducation sexuelle complète, reflétant l'accent mis par les différents pays sur divers aspects de l'éducation sexuelle complète. La discrimination persistante, ainsi que les inégalités entre les genres et les autres inégalités sociales, continuent d'entraver l'accès aux outils et aux services de prévention, ce qui souligne la nécessité de redoubler d'efforts pour s'attaquer à ces obstacles structurels.

La prévention de la transmission sexuelle du VIH est étroitement liée aux efforts visant à éviter les grossesses non désirées et l'acquisition d'autres infections sexuellement transmissibles. Malgré des progrès notables dans l'intégration des services visant à éliminer la transmission verticale du VIH dans les services de santé sexuelle et reproductive, cette intégration n'est pas encore suffisamment répandue (voir domaines de résultats 2 et 6). L'utilisation et l'impact des services tendent à être plus élevés lorsque la prévention du VIH est intégrée dans des services plus larges de santé sexuelle et reproductive et soutenue par la communauté.

[47] Bekker, LG · Das, M · Abdool Karim, Q, et al. Twice-yearly lenacapavir or daily F/TAF for HIV prevention in cisgender women. N Engl J Med. 2024; 391:1179-1192.
[48] Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : ONUSIDA ; 2024.
[49] Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Volume I. Paris : UNESCO, 2009.

Les quelque 14 millions de personnes qui s'injectent des drogues dans le monde continuent d'être laissées pour compte dans les programmes de lutte contre le VIH, les femmes qui s'injectent des drogues étant particulièrement négligées.[50] Les programmes de réduction des risques sont presque totalement absents pour les personnes détenues dans les prisons et autres lieux fermés, malgré les nombreuses preuves de consommation de drogues injectables. Entre 2017 et 2024, seuls neuf pays sur 133 ont indiqué que des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues étaient en place dans les prisons. Les personnes qui s'injectent des drogues ont besoin d'un ensemble complet d'interventions fondées sur des données probantes pour la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, notamment des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, une thérapie d'entretien aux agonistes opioïdes, le dépistage du VIH et le conseil, le traitement antirétroviral, la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles, des programmes de distribution de préservatifs, la prévention et le traitement de l'hépatite virale ainsi que la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose.[51]

Les programmes de prévention du VIH élaborés de concert avec les personnes vivant avec le VIH et les populations clés doivent être renforcés, et les obstacles tels que la stigmatisation et la criminalisation de la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH et des populations clés doivent être levés. Cela est particulièrement urgent dans les régions où le nombre de personnes infectées par le VIH augmente, comme en Europe de l'Est et en Asie centrale, en Amérique latine, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Il est urgent de mettre en place des interventions plus sensibles à la culture, dirigées par des jeunes et ciblées, qui encouragent le dépistage du VIH, l'utilisation de préservatifs, la PrEP et les comportements de recherche de santé dans les milieux sociaux et sur les lieux de travail.

Il faut s'attaquer aux obstacles structurels, notamment les lois punitives, les restrictions légales liées à l'âge, la violence fondée sur le genre, les normes et inégalités sexospécifiques préjudiciables et la discrimination à l'encontre des populations à haut risque d'infection par le VIH.

Dans l'ensemble, la prévention du VIH reste sous-financée, ce qui rend difficile pour la riposte mondiale de réduire les nouvelles infections aux faibles niveaux requis pour mettre fin au sida. Les investissements nationaux dans la prévention stagnent ou diminuent dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui les expose à une recrudescence potentielle des nouvelles infections.

[50] Rapport 2024 sur la drogue dans le monde. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2024 (https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html).
[51] OMS, ONUDC, INPUD Ensemble d'interventions recommandées pour la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, de l'hépatite virale et des IST chez les personnes qui s'injectent des drogues, 2023.. https://www.who.int/publications/i/item/9789240071858.

Les actions requises pour l'intensification d'une prévention globale du VIH qui associe des interventions biomédicales, structurelles, communautaires et comportementales sont les suivantes :[52]

- **Promouvoir une prévention du VIH globale et centrée sur l'individu, et accroître la disponibilité d'un ensemble optimal d'options de prévention**, y compris la PrEP quotidienne et à longue durée d'action, la prophylaxie post-exposition, les préservatifs et les lubrifiants, et d'autres services destinés à des populations spécifiques, tels que les aiguilles, les seringues et la thérapie par agonistes opioïdes pour les personnes qui s'injectent des drogues, et la circoncision médicale volontaire pour les hommes dans les milieux où l'incidence du VIH est élevée.
- **Introduire et élargir rapidement l'accès équitable aux options de PrEP afin de fournir au moins 20 millions d'années-personnes de PrEP** à l'échelle mondiale en 2030. Pour parvenir rapidement à une utilisation généralisée de la PrEP, il faudra combiner plusieurs approches et éliminer les obstacles à l'accès. La PrEP orale est désormais peu coûteuse (environ 3 USD par personne et par mois pour les versions génériques) et son extension devrait se poursuivre par le biais des canaux publics, privés et communautaires. La PrEP injectable hautement efficace et à longue durée d'action devrait être introduite rapidement. Des prix abordables pour tous les pays à revenu faible ou intermédiaire seront nécessaires pour que les options à longue durée d'action soient rentables et viables.
- **Redynamiser les approches de marché total pour les préservatifs**, inverser les baisses d'utilisation des préservatifs causées par les perturbations des programmes au cours de la dernière décennie et augmenter l'accès aux préservatifs pour les personnes laissées pour compte. L'investissement public dans les programmes de distribution de préservatifs peut se concentrer sur la distribution gratuite et la vente subventionnée par des entreprises sociales pour les groupes à faibles revenus, les jeunes et les populations clés.
- **Développer l'autogestion de la prévention du VIH** en rendant les produits d'autogestion tels que les préservatifs, les autotests, les aiguilles propres, la prophylaxie post-exposition et, dans certains contextes, la PrEP, plus largement disponibles sans exiger des utilisateurs qu'ils accèdent à des soins de santé formels. Il faut pour cela augmenter le nombre de points d'accès offrant des soins auto-administrés pour la prévention du VIH (par exemple, les pharmacies, les distributeurs, les boutiques physiques et en ligne). De nouveaux produits tels que la PrEP orale mensuelle, qui pourrait être disponible avant 2030, pourraient être ajoutés au programme d'autosoins une fois que leur sécurité et leur efficacité auront été confirmées.
- **Améliorer la demande d'options de prévention du VIH** en appliquant une nouvelle approche de la communication de prévention centrée sur les personnes, qui comprend des campagnes de sensibilisation numériques et menées par des pairs pour promouvoir les avantages de la PrEP, de la prophylaxie post-exposition, de l'utilisation du préservatif et des outils de réduction des risques. Les messages doivent être élaborés avec la participation des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et d'autres populations prioritaires, y compris les jeunes, tout en incitant les utilisateurs à faire des choix et à respecter des normes de prévention et en renforçant les connaissances en matière de santé, y compris sur l'utilisation de l'uranium.
- **Élaborer des modèles de programmes de prévention durables pour les régions d'Afrique au sud du Sahara où l'incidence du VIH est élevée, en particulier pour les femmes et les hommes jeunes et adultes plus exposés au risque d'infection par le VIH.** Il faudra pour cela renforcer l'intégration avec les plates-formes de services existantes, telles que les services de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'avec l'éducation sexuelle globale dispensée par le secteur de l'éducation. D'autres secteurs, tels que l'industrie minière, le tourisme, l'agriculture et les services en uniforme, peuvent consacrer des ressources de leur budget à des activités de prévention. Les programmes d'information communautaire portant sur la demande et les normes sociales et les normes d'inégalité entre les genres liées au VIH peuvent être intégrés dans d'autres programmes de santé communautaire ou, dans les régions où l'incidence du VIH est la plus élevée, peuvent être mis en œuvre en tant que programmes nationaux par l'intermédiaire de la société civile locale plutôt qu'en tant que projets de bailleurs de fonds.
- **Développer des interventions culturellement adaptées et destinées aux hommes, qui encouragent le dépistage du VIH, l'utilisation du préservatif, la PrEP et les comportements de recours aux soins**, notamment par l'intermédiaire des clubs sportifs, des lieux de culte, des prisons et des milieux de travail. Réévaluer le rôle de la circoncision médicale volontaire à la lumière des situations épidémiologiques des pays ; si elle s'avère rentable, l'intervention devrait être intégrée dans les services de santé financés au niveau national.
- **Développer un système renforcé d'accès sécurisé aux programmes pour les populations clés en fonction du contexte national.** Les programmes de prévention du VIH destinés aux populations clés devraient être conçus conjointement avec

[52] La Coalition mondiale pour la prévention du VIH, par l'intermédiaire de ses membres et du Forum national de leadership multisectoriel sur le VIH, organisera des consultations supplémentaires afin de consolider les recommandations relatives à une nouvelle approche de la prévention du VIH.

ces dernières et étendus grâce à une approche spécifique à chaque pays, combinant des actions de sensibilisation menées par les communautés et des services non stigmatisants et non moralisateurs. Les obstacles tels que les restrictions liées à l'âge d'accès, les lois punitives, la stigmatisation et la discrimination doivent être supprimés. Des modèles intégrés de soutien sont nécessaires pour permettre aux organisations communautaires de concevoir des programmes et de fournir des services de prévention du VIH (voir domaines de résultats 6 et 8).

- **Renforcer et étendre les services complets de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues en garantissant un accès équitable à un ensemble complet d'interventions fondées sur des données probantes, notamment des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, des thérapies par agonistes opioïdes, des tests de dépistage du VIH, des préservatifs et des lubrifiants, la PrEP et la PEP**, dans le cadre de modèles dirigés par la communauté, non stigmatisants et respectueux des droits. Supprimer les obstacles juridiques, politiques et structurels qui entravent l'accès, y compris les lois punitives et les restrictions sur la possession de matériel d'injection, et développer des approches différenciées et d'autosoins.
- **Institutionnaliser la prévention différenciée du VIH dans les politiques nationales** et veiller à ce que les options de prévention soient systématiquement proposées dans le cadre des soins de santé, y compris les services de santé sexuelle et génésique, de santé maternelle et infantile et de réduction des risques.

Domaine de résultat 5. Garantir un accès équitable à des services de dépistage, de traitement et de soins du VIH disponibles, accessibles, acceptables et de qualité

Les personnes vivant avec le VIH qui reçoivent un traitement et parviennent à une suppression virale ont une espérance de vie similaire à celle des personnes non séropositives et ne peuvent pas transmettre le virus à leurs partenaires. Des mesures de prévention appropriées permettent également d'éviter la transmission aux nourrissons. Le message U=U (indétectable = intransmissible) est essentiel et s'applique à l'ensemble de la riposte au VIH.

Cependant, des millions de personnes n'ont toujours pas accès au dépistage et au traitement du VIH. Les disparités d'accès sont évidentes entre les régions et à l'intérieur de celles-ci, ainsi qu'entre les adultes et les enfants, les femmes et les hommes, et entre les membres des populations clés et la population générale.[53] Par exemple, bien que plusieurs pays aient réussi à réduire considérablement les taux de transmission verticale du VIH, un nombre important d'enfants vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiqués et ne reçoivent pas de traitement contre le VIH. Les enfants (0 à 14 ans) représentaient 12 % de tous les décès liés au sida en 2024, alors qu'ils ne constituaient que 3 % des personnes vivant avec le VIH. Savoir qu'une personne vit avec le VIH est la première étape d'un traitement efficace ; un investissement insuffisant dans le dépistage compromet l'ensemble de la riposte au VIH.

En outre, une proportion toujours importante (25-40 %) de personnes sont atteintes d'une maladie à VIH avancée (ou sida) au moment du diagnostic ou de l'instauration du traitement.[54, 55] Cette tendance est évidente dans toutes les régions et n'a guère évolué au cours de la dernière décennie, ce qui rappelle la nécessité constante de surveiller, d'ajuster et d'améliorer les programmes de traitement.

Les pertes de financement entraînent des interruptions de service (dues par exemple à des ruptures de stock d'ARV et d'autres médicaments ou à des pénuries de personnel) qui déstabilisent les programmes de traitement et de soins. Les interruptions de traitement mettent en péril la santé des personnes vivant avec le VIH, augmentent le risque de transmission du VIH (et/ou de la tuberculose) à d'autres personnes et mettent à rude épreuve les systèmes de santé. Elles contribuent à l'augmentation de l'acquisition du VIH et de la morbidité et de la mortalité liées au sida, ce qui entraîne des coûts et des conséquences humaines et économiques à long terme. En l'absence de remède contre le VIH, des millions de personnes continueront à avoir besoin d'un traitement contre le VIH pendant de nombreuses décennies.

Il est essentiel de répondre aux multiples besoins de santé des personnes vivant avec le VIH. La fourniture bien intégrée de services de santé liés ou non au VIH peut réduire la morbidité et la mortalité, notamment en raison de comorbidités et de coinfections telles que la tuberculose, l'hépatite virale, d'autres infections sexuellement transmissibles, de maladies non transmissibles, de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et contribuer à un bien-être à long terme.

[53] Stevens O, Sabin K, Anderson RL, et al. Population size, HIV prevalence, and antiretroviral therapy coverage among key populations in sub-Saharan Africa: collation and synthesis of survey data, 2010–23. Lancet Glob Health. 2024 Sep;12(9):e1400-e1412. doi: 10.1016/S2214-109X(24)00236-5.
[54] De Waal R, Wools-Kaloustian K, Brazier E, et al. Global trends in CD4 count measurement and distribution at first antiretroviral treatment initiation. Clin Infect Dis. 2024:ciae548 (https://doi.org/10.1093/cid/ciae548).
[55] Kitenge MK, Fatti G, Eshun-Wilson I, et al. Prevalence and trends of advanced HIV disease among antiretroviral therapy-naïve and antiretroviral therapy-experienced patients in South Africa between 2010–2021: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2023;23(1):549 (https://doi.org/10.1186/s12879-023-08521-4).

Les actions requises pour garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité du dépistage, du traitement et des soins en matière de VIH sont les suivantes :

- **Fournir un traitement contre le VIH à 40 millions de personnes d'ici à 2030** grâce à des services exempts de stigmatisation et de discrimination.
- **Renforcer l'adoption, dans les politiques nationales de santé, d'approches différenciées en matière de prestation de services pour le dépistage**, le traitement et les soins en matière de VIH, qui incluent les prestataires de soins de santé primaires et les services communautaires. Celles-ci devraient être alignées sur les besoins des populations qui connaissent les plus grandes lacunes en matière de dépistage et de traitement et qui sont exposées à un risque élevé de mortalité liée au sida pour assurer d'atteindre les objectifs 95-95-95 à travers tous les groupes de population. Selon le contexte, ces populations pourraient inclure les enfants, les adolescent·e·s, les femmes enceintes et allaitantes, les mères, les populations clés, les personnes vivant avec le VIH perdues de vue, celles atteintes d'une maladie à un stade avancé, les personnes âgées vivant avec le VIH, ainsi que les personnes présentant des comorbidités et des co-infections.
- **Accélérer la conception et l'extension de services de santé centrés sur la personne, au sein des systèmes de soins de santé primaires et des structures communautaires**, qui intègrent le dépistage, le traitement et les soins du VIH avec des services de santé maternelle et infantile, de santé sexuelle et reproductive, de co-infections et d'autres maladies transmissibles et non transmissibles (notamment la tuberculose, les hépatites virales B et C, les infections sexuellement transmissibles, le cancer du col de l'utérus et d'autres cancers, la santé mentale et les troubles liés à l'utilisation de substances), ainsi que des services de lutte contre la violence fondée sur le genre (y compris la violence exercée par un partenaire intime).
- **Impliquer les personnes vivant avec le VIH et les réseaux de populations clés dans la conception**, la fourniture et le suivi de services intégrés de lutte contre le VIH, en particulier lorsque le VIH est lié à la santé sexuelle et reproductive, aux maladies non transmissibles, à la santé mentale et à la violence fondée sur le genre.
- **Investir dans le renforcement des capacités des prestataires de soins de santé et des communautés en matière de connaissances sur le VIH et de services**, notamment en ce qui concerne les avantages du diagnostic précoce, de l'U=U, de la suppression virale et des soins à long terme pour les personnes vivant avec le VIH, ainsi que les défis liés à la maladie à un stade avancé, au vieillissement avec le VIH, à la stigmatisation et à la discrimination.
- **Garantir la disponibilité et l'accès équitable** à des produits de dépistage et de traitement du VIH précis et de haute qualité dans le monde entier, conformément aux normes de santé mondiales et aux orientations normatives.
- **Déployer de nouvelles technologies et innovations programmatiques** pour optimiser la décentralisation et l'efficacité du dépistage, du traitement et du soutien à l'adhésion au VIH, notamment par le dépistage holistique des infections VIH aiguës et chroniques, l'autodépistage VIH précis, les formulations ARV à longue durée d'action et à dose fixe, les interventions de sensibilisation virtuelles, ainsi que l'adoption de l'intelligence artificielle et des outils de santé numériques.
- **Faire progresser et soutenir les réformes juridiques et politiques** qui permettent le transfert des tâches et la fourniture de services par la communauté, et abroger ou modifier d'urgence les lois et politiques punitives qui criminalisent, pénalisent, stigmatisent ou créent d'autres obstacles à l'accès au dépistage, au traitement, à la prévention et aux soins en matière de VIH (voir domaine de résultats 6).
- **Renforcer les systèmes d'information nationaux** afin de contrôler la qualité et la performance des services de dépistage et de traitement en matière de VIH, d'identifier les obstacles à l'accès et d'intégrer les données sur l'économie de la santé afin de soutenir la prise de décision fondée sur des données probantes.

Domaine de résultat 6. Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et défendre les droits humains et l'égalité des genres dans la lutte contre le VIH

La pandémie de VIH est alimentée par des inégalités profondément ancrées et des violations systémiques des droits humains, dont beaucoup sont facilitées par des lois, des politiques, des normes et des pratiques sociales et sexospécifiques qui accroissent la vulnérabilité, bloquent l'accès aux services et sapent la riposte au VIH.[56, 57] Ces conditions affectent particulièrement les membres des populations clés, les femmes, les filles et les personnes de sexe différent, en augmentant leur exposition aux risques et en les dissuadant de rechercher et de recevoir des services de prévention, des traitements, des soins ou un soutien communautaire.

Il est donc essentiel de s'attaquer aux inégalités qui se recoupent pour que le sida cesse d'être une menace pour la santé publique d'ici à 2030. Les droits humains et l'égalité des genres doivent être pleinement intégrés et mis en œuvre à tous les niveaux de la Stratégie, afin que toutes les personnes, dans toute leur diversité, puissent exercer leurs droits et vivre à l'abri de la stigmatisation et de la discrimination.[58]

La stigmatisation et la discrimination sont les obstacles les plus fréquemment signalés dans le cadre de la riposte au VIH et se manifestent dans les soins de santé, l'éducation, l'emploi et les contextes humanitaires, ainsi que dans les ménages et les communautés. Des données récentes montrent que 13 % des personnes vivant avec le VIH dans 25 pays ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation dans des contextes spécifiques au VIH et 25 % ont eu des expériences similaires dans des contextes de soins de santé non liés au VIH.[59]

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH se croisent avec celles basées sur l'identité de genre, l'origine ethnique, le handicap, la consommation de drogues, l'âge, les normes sociales, les normes de genre et le statut socio-économique. Les jeunes, les femmes et les filles, ainsi que les populations clés, subissent une stigmatisation et une exclusion sociale accrues. En outre, les personnes vivant avec le VIH peuvent faire l'objet d'une stigmatisation intériorisée, marquée par des jugements négatifs sur elles-mêmes et sur leurs perspectives d'avenir.

La criminalisation de la transmission du VIH, de la non-divulgation et de l'exposition au virus, ainsi que les lois visant les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, leurs réseaux et leurs organisations, entravent considérablement l'accès aux services liés au VIH. Soixante-quatre pays criminalisent les relations entre personnes de même genre et 14 pays criminalisent l'identité de genre, y compris les identités transgenres et non binaires. Les lois qui criminalisent la consommation de drogues, le commerce du sexe et la non-divulgation, l'exposition et la transmission du VIH dissuadent également les gens de se faire soigner et les isolent de leur communauté, ce qui, en fin de compte, nuit à la santé publique. En outre, certains pays ont poursuivi des personnes pour avoir allaité alors qu'elles vivaient avec le VIH, ce qui restreint encore les droits des personnes vivant avec le VIH.

[56] Lyons CE, Twahirwa Rwema JO, Makofane K, et al. Associations between punitive policies and legal barriers to consensual same-sex sexual acts and HIV among gay men and other men who have sex with men in sub-Saharan Africa: a multicountry, respondent-driven sampling survey. Lancet HIV. 2023;10(3):e186–e194.
[57] Kuchukhidze S, Boily M, Niangoran S, et al. Community-level HIV stigma and discrimination's impact on HIV testing, treatment uptake, and viral suppression in 33 African countries: a pooled analysis of 76 nationally representative surveys (2000–2022). Abstract OAF1106LB. Presented at AIDS 2024, 22-26 juillet 2024, Munich, Allemagne.
[58] La résolution du Conseil des droits humains sur le VIH et les droits humains adoptée le 12 juillet 2024 (A/HRC/RES/56/20) appelle les États membres à lutter contre les attitudes discriminatoires et les lois et politiques punitives qui empêchent l'accès aux services de santé, ce qui inclut la criminalisation des populations clés. Les États membres devraient supprimer les obstacles juridiques afin de garantir l'accès à des services non stigmatisants.
[59] Indice 2.0 de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, Rapport mondial : Hear us out–measuring HIV-related stigma and discrimination. Amsterdam : Global Network of People living with HIV; 2023.

La criminalisation compromet les mesures de lutte contre le VIH

La recherche indique que la criminalisation compromet les résultats en matière de VIH. Dans les pays qui criminalisent les actes sexuels entre personnes de même sexe, les personnes vivant avec le VIH avaient 11 % de chances en moins de connaître leur statut et 8 % de chances en moins de bénéficier d'une suppression virale, par rapport aux pays qui ne disposent pas de telles lois. La criminalisation de la consommation de drogues a été associée à une baisse de 14 % de la connaissance du statut VIH et de 14 % de la suppression virale. La criminalisation de ces trois domaines a été associée à une aggravation des résultats d'environ 18 à 24 %.

Source : Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A, Erondu NA, Erkkola T, Graeden E. Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? BMJ Glob Health. 2021 Aug;6(8):e006315. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006315. PMID: 34341021; PMCID: PMC8330576

La violence basée sur le genre, la stigmatisation, la discrimination, les normes de genre nuisibles et l'inégalité entre les genres continuent d'alimenter la pandémie de sida chez les adolescentes et les femmes, les personnes de genres divers et les populations clés. La violence à l'encontre des personnes vivant avec le VIH les décourage de rechercher des services et un soutien en matière de VIH et intensifie leur vulnérabilité sociale et leur aliénation. Il est urgent et permanent de transformer les relations entre les hommes et les femmes, d'éliminer la violence fondée sur le genre et les autres formes de violence et de veiller à ce que chacun puisse accéder aux services de prévention, de traitement et de soins dont il a besoin.

Les inégalités entre les genres et les formes de discrimination qui se recoupent limitent également l'accès à l'éducation, aux services de santé et à la protection sociale, tout en renforçant les déséquilibres de pouvoir qui augmentent la vulnérabilité au VIH et à la stigmatisation liée au VIH.

Les inégalités touchent également la population croissante des personnes âgées vivant avec le VIH, qui est confrontée à des vulnérabilités aggravées, notamment la discrimination liée à l'âge qui s'entrecroise avec la stigmatisation liée au VIH. Pour que les personnes vieillissantes vivant avec le VIH aient accès à des services de santé appropriés, à la protection sociale et à la protection des droits humains, il est nécessaire d'accorder une attention ciblée aux politiques et aux programmes.

La Stratégie invite les pays à réaffirmer et à respecter leur engagement en faveur des droits sociaux, économiques et politiques, qui sont fondamentaux pour une réponse mondiale efficace et équitable au VIH. Il s'agit notamment d'institutionnaliser les droits humains et les approches transformatrices en matière d'égalité des genres qui comprennent des mécanismes appropriés de protection, de réparation, de promotion et de responsabilisation dans tous les secteurs, tels que la santé, la justice et la sécurité, l'emploi et l'éducation. Ce n'est que par une action inclusive et centrée sur les droits que les objectifs de cette Stratégie pourront être atteints et maintenus.

Les actions requises pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination et faire respecter les droits humains et l'égalité des genres dans la riposte au VIH sont les suivantes :

- **Veiller à ce que toutes les personnes puissent accéder à des services exempts de stigmatisation et de discrimination**, et développer et renforcer la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à mettre fin à la stigmatisation, à la discrimination, au harcèlement (y compris le cyberharcèlement) et à la violence liés au VIH dans les secteurs de la santé, de l'éducation et ailleurs, tout en s'assurant que les politiques et pratiques ne privent pas l'accès à l'éducation et à l'emploi en raison du statut sérologique. Introduire les protections et le soutien sur le lieu de travail, y compris le soutien par les pairs.
- **S'attaquer aux obstacles juridiques et politiques**, y compris la criminalisation de la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH et les lois répressives qui entravent l'accès aux services de dépistage, de traitement et de prévention du VIH, en particulier pour les populations clés et les groupes marginalisés, ainsi que pour les femmes et les jeunes filles. Il s'agit notamment de supprimer les lois pénales spécifiques au VIH, ainsi que d'autres lois qui criminalisent les actes sexuels entre personnes de même sexe, le travail sexuel et la consommation de drogues ; de transformer les normes sexospécifiques néfastes qui limitent la capacité des femmes et des filles à participer pleinement à la vie sociale et politique ; et de protéger l'espace civique.
- **Abroger les lois et pratiques discriminatoires** qui augmentent la stigmatisation et la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH et qui les dissuadent d'accéder aux services et aux soins liés au VIH. Il s'agit notamment des lois sur le consentement parental qui restreignent l'accès des adolescents aux services liés au VIH, des lois qui limitent l'autonomie et la prise de décision des femmes concernant leur santé, et de l'absence de protection juridique contre la violence et la discrimination fondées sur le genre.
- **Intégrer l'égalité des genres, les droits humains et la prestation de services différenciés liés au VIH et gérés par les communautés** dans les dispositifs de santé publique universelle, les stratégies de santé numérique et les systèmes de données nationaux en élaborant des normes minimales pour transformer les services de santé en espaces sûrs et inclusifs pour tous, et garantir l'accès à des services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins de haute qualité pour toutes les populations.
- **Inclure explicitement les populations clés** dans les définitions des populations vulnérables dans les Stratégies nationales de lutte contre le VIH, en particulier dans les contextes où des lois punitives et des normes de genre et sociales nuisibles contribuent à une faible couverture des services liés au VIH.
- **Instituer des protections des droits humains** et intégrer des formations anti-stigmatisation et transformatrices en matière de genre dans les secteurs pertinents de la santé, de la législation, des forces de l'ordre, de la protection sociale et de l'éducation, y compris des modules spécifiques au genre et aux populations clés.
- **Intégrer le soutien juridique et la protection des droits humains dans les services de santé et de lutte contre le VIH et dans d'autres contextes tels que les prisons.** Veiller à ce que les mécanismes prévoient des voies de recours, des procédures de réparation et des connaissances juridiques pour les personnes vivant avec le VIH, les femmes et les filles, et les populations clés.
- **Augmenter le financement et la mise en œuvre d'interventions qui s'attaquent aux obstacles liés aux droits humains et aux normes d'inégalité entre les genres.** Développer une protection sociale inclusive et donner aux femmes et aux filles les moyens d'améliorer leur accès aux services et aux soins liés au VIH. S'attaquer aux pratiques coercitives, négligentes et irrespectueuses liées à leur santé et à leurs droits sexuels et génésiques.
- **Sécuriser, protéger, respecter et promouvoir l'espace civique** afin de faciliter le leadership et l'engagement des communautés, des réseaux et des organisations de personnes vivant avec le VIH, des femmes et des filles, ainsi que des populations clés et prioritaires. Cela devrait leur permettre de participer à la défense des droits humains et des approches transformatrices en matière de genre, à l'élaboration et au suivi des politiques, la priorité étant d'assurer l'accès universel à des tests de qualité et la continuité des soins dans toutes les populations, et d'inclure la suppression des restrictions de voyage qui affectent les personnes vivant avec le VIH.
- **Renforcer les capacités des législateurs** et autres acteurs politiques à participer à la riposte au VIH, à promouvoir la non-discrimination, les droits humains et l'égalité de genre, et à collaborer efficacement entre les secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection sociale, de la religion, de la justice et de l'emploi.

Domaine de résultat 7. Garantir un accès équitable aux innovations scientifiques, médicales et technologiques en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH

La science a toujours été un élément essentiel de la réponse mondiale au VIH. Les sciences sociales et cliniques ont contribué à des interventions qui ont permis de ralentir la pandémie et de fournir des traitements vitaux à des dizaines de millions de personnes. Elles jettent également les bases de la mise au point éventuelle d'un vaccin ou d'un remède qui permettrait d'enrayer définitivement la pandémie. Avec la science de la mise en œuvre, cette recherche est d'une importance cruciale et nécessite un financement continu.

Le retard et la lenteur de la mise à disposition du TAR dans les années 1990 et 2000 ont souligné l'importance d'associer des interventions scientifiques et cliniques bien financées à une action sociale et politique plus large. Malgré l'existence de traitements vitaux, des choix politiques et des obstacles systémiques en ont fortement limité l'accès et ont entraîné des millions de décès liés au sida et d'infections par le VIH qui auraient pu être évités. Des mesures décisives sont nécessaires pour éviter que cela ne se reproduise et pour garantir que toutes les personnes puissent bénéficier des dernières innovations en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soins liés au VIH.

Les prix des ARV restent très variables

In 2024, the lowest price for the WHO-recommended first-line HIV En 2024, le prix le plus bas pour le traitement de première intention contre le VIH recommandé par l'OMS pour les adultes (TDF/3TC/DTG) était de 37 dollars par personne et par an. Le coût du traitement de première intention recommandé par l'OMS pour les enfants était d'environ 30 dollars. Toutefois, il s'agit de prix subventionnés. Les fabricants de médicaments déterminent généralement les pays éligibles aux subventions. Par conséquent, les prix des ARV varient considérablement d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre.

Source : MSF Access (2024) https://msfaccess.org/antiretroviral-prices-2023

L'une des réalisations les plus importantes de la lutte mondiale contre le VIH a été la réduction des prix des ARV. Ces réductions sont dues en partie à la volonté politique des gouvernements nationaux, aux pressions exercées par les organisations de la société civile et les institutions multilatérales, à la concurrence des fabricants de génériques, à l'utilisation de mécanismes d'achat groupé et aux effets des économies d'échelle. La baisse des prix des ARV permet d'élargir l'accès au traitement du VIH, de réduire le coût financier global de la riposte et d'affecter les économies réalisées à d'autres éléments de la riposte.

La transparence des prix et les évaluations économiques de la santé sont importantes pour évaluer la rentabilité, assurer la viabilité des programmes, garantir la disponibilité de produits de santé de qualité et rechercher une plus grande équité. Des diagnostics de qualité, des ARV et d'autres produits liés au VIH doivent être accessibles et abordables partout.

Malgré les progrès réalisés dans la réduction des prix des ARV, l'ampleur des besoins en matière de traitement du VIH est telle que les programmes de traitement nécessitent encore d'importantes dépenses budgétaires. Les prix d'achat varient encore considérablement d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre. Les pays à revenu intermédiaire et à revenu intermédiaire supérieur sont souvent exclus des régimes de subvention et des programmes des bailleurs de fonds, ce qui les oblige à payer des prix plus élevés pour les produits et les technologies de santé, en particulier pour les nouvelles innovations. De manière générale, les produits destinés à la lutte contre le VIH représentent près de 30 % des dépenses annuelles totales consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire et jusqu'à 40 % dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure.[60]

La fixation de prix équitables et abordables pour des innovations telles que les ARV à longue durée d'action est également d'une importance cruciale pour la lutte contre le VIH. Il en va de même pour les innovations futures, y compris la mise au point éventuelle d'un vaccin ou d'un remède contre le VIH. L'effort de réduction des prix des médicaments et autres produits de santé doit inclure de nouvelles innovations.

La production et la distribution de versions génériques moins chères des ARV ont permis d'élargir considérablement l'accès au traitement. Toutefois, la concentration de la fabrication de génériques dans quelques pays et la dépendance à l'égard des chaînes d'approvisionnement intercontinentales comportent des risques, comme on l'a vu lors de la pandémie de COVID-19, lorsque de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont eu du mal à accéder aux médicaments et à d'autres produits de santé. Ces expériences ont renforcé la volonté politique, notamment en Afrique, de renforcer les capacités de production locales et/ou régionales.

Il est possible de remédier aux inégalités qui entravent l'accès équitable au VIH et à d'autres produits de santé essentiels. Par exemple, les développements en matière de santé numérique, d'interventions virtuelles et d'IA peuvent être exploités, en particulier dans les zones mal desservies et isolées, pour permettre la mise en place de services virtuels, renforcer les systèmes de surveillance de la santé et optimiser l'allocation des ressources. Ces outils pourraient également soutenir les soins personnalisés, la prévision automatisée des chaînes d'approvisionnement et guider l'intégration de la riposte au VIH aux services de santé plus larges.

Toutefois, le déploiement de ces outils doit se faire en tenant compte des vulnérabilités des personnes vivant avec ou affectées par le VIH en matière de confidentialité et de sécurité des données. Des garanties solides sont nécessaires pour empêcher l'exposition d'informations sensibles sur la santé, ce qui pourrait aggraver la discrimination, la criminalisation et la violence. Des investissements stratégiques et des cadres éthiques rigoureux sont essentiels pour garantir que ces technologies soient utilisées de manière sûre, inclusive et informée par les communautés, afin de réduire plutôt que de renforcer les inégalités existantes.

[60] Sida, crise et pouvoir de transformation : Rapport mondial actualisé sur le sida 2025. Genève : ONUSIDA ; 2025.

Les actions requises pour un accès équitable aux innovations scientifiques, médicales et technologiques sont les suivantes :

- **Promouvoir des réformes visant à renforcer les chaînes d'approvisionnement en produits de santé** grâce à la planification stratégique, à l'amélioration de la quantification et des prévisions, à un engagement politique fort et à l'adoption de cadres d'évaluation des technologies de la santé.[61] Appliquer les principes de l'économie de la santé à la gestion des produits de santé afin d'améliorer l'efficacité, la transparence et la durabilité des services de dépistage, de prévention, de traitement et de soins du VIH.
- **Donner la priorité aux stratégies d'accès au marché** qui garantissent que les médicaments essentiels et autres produits de santé – y compris les diagnostics de qualité assurée, les technologies à longue durée d'action et auto-administrables – parviennent à toutes les personnes qui en ont besoin, en particulier les populations mal desservies, dans tous les contextes, y compris dans les pays à revenu intermédiaire. Tirer parti des mécanismes d'achat avancés et des outils d'organisation du marché pour favoriser un accès équitable aux produits de santé, réduire les nouvelles infections, améliorer la détection des cas de VIH en temps opportun et la continuité du traitement. Renforcer la demande au niveau communautaire par le biais d'une éducation ciblée, de campagnes et d'une conception inclusive des produits qui impliquent les utilisateurs potentiels (y compris les organisations dirigées par les communautés) dans la conception et le déploiement des produits.
- **Promouvoir un accès équitable à des technologies de santé de qualité** pour le VIH et les co-infections et comorbidités associées, y compris des médicaments, des diagnostics, des vaccins et d'autres produits essentiels, par le biais d'une assistance technique adaptée. Maximiser l'impact sanitaire et économique et l'allocation équitable de produits de qualité pour diagnostiquer, prévenir et traiter le VIH, ses co-infections et ses comorbidités, l'assurance qualité étant maintenue indépendamment du fait que le financement provienne de sources nationales ou de bailleurs de fonds internationaux.
- **Améliorer la transparence des marchés des technologies de santé liées au VIH**, en renforçant les plates-formes existantes et en en créant de nouvelles pour rendre publics les coûts de production et les prix des produits liés au VIH par le biais de mécanismes mondiaux/régionaux et nationaux, fournissant ainsi des informations cohérentes et transparentes pour des négociations de prix équitables. Des mesures de transparence sont également nécessaires pour améliorer la qualité des licences des produits de santé, en faisant progresser les analyses sur le paysage des brevets des technologies de santé liées au VIH.
- **Promouvoir des cadres juridiques équilibrés** qui renforcent les capacités des pays à gérer les droits de propriété intellectuelle dans une optique de santé publique, notamment par l'utilisation stratégique des flexibilités existantes dans le cadre de l'accord de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (accord sur les ADPIC). Il s'agit notamment de permettre l'accès aux produits de santé essentiels pour diagnostiquer, prévenir et traiter le VIH, ainsi que ses co-infections et ses comorbidités. En outre, il convient d'encourager la conclusion d'accords de licence volontaires transparents, opportuns, sans entraves et non exclusifs, assortis de conditions sans équivoque axées sur la santé publique, afin de permettre le transfert, le développement et la fabrication de technologies, à des conditions convenues d'un commun accord, ainsi que l'approvisionnement d'un large éventail de pays.
- **Favoriser la production pharmaceutique locale et/ou régionale** en investissant dans des centres de production régionaux durables et géographiquement diversifiés et dans des mécanismes d'achat groupé afin de renforcer la résilience de la chaîne d'approvisionnement et de réduire les coûts. Ces changements devraient être complétés par des efforts visant à promouvoir la production locale et/ou régionale de produits VIH dont la qualité est garantie.
- **Encourager d'autres mécanismes d'incitation à l'innovation** dans le secteur de la santé, en assurant une coordination transparente et un financement durable de la recherche et du développement des technologies de la santé, en promouvant l'accès à l'innovation pour tous et en recherchant d'autres mécanismes de rémunération de l'innovation dans le secteur de la santé qui ne dépendent pas des prix finaux des produits médicaux.
- **Tirer parti de l'IA et de la santé numérique** pour la prévention, le dépistage, le traitement et les soins en matière de VIH, en appliquant des principes éthiques clairs et fondés sur les droits humains, avec des orientations techniques appropriées, des cadres de gouvernance solides et l'engagement de la communauté. La priorité est donnée à des applications telles que les soins personnalisés, la fourniture de services virtuels, la prévision automatisée de la chaîne d'approvisionnement, la modélisation

[61] https://www.who.int/health-topics/health-technology-assessment#tab=tab_1
[62] Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé numérique 2020-2025. Genève : OMS ; 2021 (https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf).

des épidémies et l'intégration dans des systèmes de santé plus vastes. Sauvegarder les droits numériques, la confidentialité et la sécurité des données afin de protéger les personnes vivant avec ou affectées par le VIH. Assurer la préparation au numérique par des évaluations de maturité de l'OMS et de l'Union internationale des télécommunications,[62] une gouvernance et une responsabilité claires, des garanties d'équité (par exemple, l'accessibilité, la culture numérique pour les travailleurs de la santé et les communautés), et une conception universelle pour inclure les personnes handicapées, les adultes plus âgés et les groupes marginalisés.

- **Encourager les partenariats avec les gouvernements, les bailleurs de fonds, les experts juridiques, la société civile, y compris les réseaux de personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection, le secteur privé et les réseaux de la chaîne d'approvisionnement**, afin de lever les obstacles juridiques et tarifaires et de relever les défis de la mise en œuvre. Plaider en faveur de mécanismes inclusifs et transparents pour coordonner et financer la recherche et le développement, en veillant à ce que les innovations parviennent à ceux qui en ont le plus besoin de manière abordable et équitable.
- **S'attaquer systématiquement à la fracture numérique** en investissant dans l'infrastructure de connectivité, les appareils abordables, les systèmes de données primaires et les programmes d'alphabétisation numérique en tant que conditions préalables à l'équité en matière de santé numérique. Veiller à ce que les stratégies de santé numérique s'attaquent explicitement aux obstacles rencontrés par les populations marginalisées, notamment les personnes handicapées, les personnes âgées, les communautés rurales et les personnes ayant une connectivité ou une culture numérique limitée. Concevoir des modèles de prestation de services hybrides qui combinent les approches numériques et traditionnelles pour s'assurer que personne n'est laissé pour compte.

Santé numérique et intelligence artificielle dans la riposte mondiale au sida : Priorités pour 2026-2031

L'intelligence artificielle (IA) et la santé numérique ont le potentiel d'accroître l'agilité, l'efficacité, l'équité et la durabilité de la riposte au VIH. Le défi consiste à exploiter les possibilités de transformation de l'IA, tout en préservant les droits, la confiance des communautés et la viabilité à long terme.

Les domaines où l'IA est prometteuse

Gains prédictifs et opérationnels. L'IA pourrait permettre d'établir des profils de risque dynamiques et sensibles au contexte, de prévoir les épidémies, d'optimiser le financement et de mettre en place des « tours de contrôle » de la chaîne d'approvisionnement qui fournissent des informations en temps réel pour la prévention, la fourniture de services et l'affectation des ressources. La numérisation, qui remplace les systèmes papier, peut alléger la charge de travail d'un personnel de santé débordé et améliorer la qualité des données.

Protection de l'équité et de la confiance. La réponse au VIH est ancrée dans la protection des populations marginalisées et criminalisées. L'IA présente des risques d'utilisation abusive des données, de surveillance et de biais algorithmiques. En l'absence d'un engagement significatif de la communauté et de garanties solides (par exemple, des procédures de protection de la vie privée, de dépersonnalisation, de cryptage et de non-discrimination), ces outils pourraient aggraver les inégalités et éroder la confiance.

Financement et mise en œuvre. Les investissements dans l'IA ont le potentiel de générer des rendements mesurables, de renforcer les systèmes de santé et de catalyser les gains d'efficacité. Cependant, la fragmentation du financement et le manque de clarté des rôles constituent des obstacles. Un cadre d'investissement cohérent, aligné sur les stratégies nationales de lutte contre le VIH et soutenu par des ressources mises en commun, pourrait aider à obtenir les avantages souhaités.

Infrastructure et capacité. La mise à l'échelle de l'IA nécessite une infrastructure durable, conçue au niveau régional, ainsi qu'une clarté sur le stockage, la gouvernance et la propriété des données. Il est important de renforcer la préparation et les capacités institutionnelles des décideurs politiques, des professionnels de la santé et des communautés pour parvenir à un engagement et à une responsabilisation significatifs.

Actions pour 2026-2030

Placer les personnes et les droits au centre des préoccupations. Ancrer toutes les applications de l'IA dans la dignité, la vie privée et la sécurité ; investir dans des mesures de protection spécifiques au VIH ; et appliquer les cadres existants en matière de droits humains lorsque la responsabilité de l'IA évolue.

Institutionnaliser l'engagement communautaire. Faciliter la participation des personnes vivant avec le VIH et des populations clés à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation du déploiement de l'IA.

Élaborer un cadre d'investissement à plusieurs niveaux. Positionner l'IA comme une nécessité stratégique, établir un dossier d'investissement fondé sur des preuves et mobiliser des financements complémentaires auprès des bailleurs de fonds, des gouvernements et des partenaires privés.

Co-développer des infrastructures durables. Clarifier la gouvernance et l'accès, et tirer parti des partenariats régionaux pour construire des fondations numériques souveraines et résilientes.

Renforcer la qualité et l'intégration des données. Améliorer l'interopérabilité, investir dans des données épidémiologiques, des programmes et des financements solides, atténuer les risques associés à des données de mauvaise qualité et garantir l'implication humaine dans la surveillance lorsque l'automatisation n'est pas suffisante.

L'IA peut contribuer à rendre la riposte au VIH plus intelligente, plus rapide et plus équitable, à condition que l'innovation soit équilibrée par les droits, la confiance et des investissements qui ne laissent aucune communauté de côté.

Achats groupés de produits de santé dans une architecture mondiale de la santé en transition

Si les pays atteignent les objectifs de la stratégie mondiale de lutte contre le sida, le financement national de la lutte contre le VIH pourrait passer de 52 % en 2024 à plus de deuxtiers d'ici à 2030. Bien que positive, cette évolution risque de fragmenter le marché, ce qui pourrait entraîner une hausse des prix, un affaiblissement de la concurrence entre les fournisseurs et des ruptures de stock, en particulier pour les produits à faible volume et dans les pays à revenu intermédiaire confrontés à une tarification différenciée et à des obstacles en matière de propriété intellectuelle. Une combinaison de modèles d'achats groupés ancrés au niveau mondial et régional peut garantir l'accessibilité financière, la qualité et l'innovation, complétant ainsi les actions du domaine de résultats 7 visant à renforcer les chaînes d'approvisionnement, à encourager les centres de production régionaux et à appliquer les principes de l'économie de la santé.

Principaux obstacles à l'efficacité des mécanismes de passation de marchés publics groupés

Financement et devises. Les retards de paiement, la réticence à payer à l'avance et la volatilité des devises sapent la confiance des fournisseurs.

La fragmentation du marché. Un approvisionnement national non coordonné réduit l'échelle, ce qui peut nuire aux produits pédiatriques et aux produits à faible volume.

Obstacles réglementaires. Des lois mal alignées, des restrictions à l'importation et des normes divergentes retardent l'accès.

Lacunes dans les capacités. La faiblesse des prévisions et la visibilité limitée des approvisionnements en produits de santé entraînent des ruptures de stock et des gaspillages.

Exclusion de la production locale. Les fabricants régionaux se heurtent à des obstacles de préqualification et ne disposent pas d'une demande prévisible pour justifier leurs investissements.

Options politiques et de mise en œuvre

Renforcer les plates-formes régionales. Soutenir le développement de mécanismes régionaux de mise en commun avec une gouvernance claire, une consolidation solide de la demande et une harmonisation de la réglementation (par exemple, la préqualification de l'OMS).

Assurer un financement pour des achats stables. Mobiliser de nouveaux instruments de financement, le soutien des banques de développement et des bailleurs de fonds pour le financement préalable, les garanties et la couverture des risques de change afin d'assurer le paiement des fournisseurs dans les délais et la stabilité des marchés publics.

Adopter une approche fondée sur le cycle de vie. Dans la mesure du possible, transférer les produits matures tels que les ARV de première intention vers les systèmes nationaux, et conserver les canaux communs pour les produits pédiatriques, de niche et innovants (par exemple, les ARV à longue durée d'action).

Respect de la qualité. Appliquer les normes de préqualification de l'OMS et viser le prix durable le plus bas, en s'appuyant sur des évaluations économiques de la santé pour maintenir la concurrence et l'accessibilité financière.

Améliorer les données et les prévisions. Renforcer les systèmes de données nationaux et développer la capacité nationale à établir des prévisions solides afin d'aligner les achats sur la demande anticipée.

Planifier et ordonner les transitions. Élaborer des plans de transition annuels, propres à chaque pays, reliant les réformes financières, les ajustements juridiques et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement.

Soutenir la fabrication locale. Combiner la mise en commun de la demande avec l'assistance technique et le partage des risques afin d'intégrer les producteurs régionaux conformes dans les chaînes d'approvisionnement.

Contrôler et s'adapter. Établir un tableau de bord de la santé du marché pour suivre l'évolution des prix, la diversité des fournisseurs et les risques de rupture de stock.

PRIORITÉ 3 : LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

PRIORITÉ 3 : LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

Les communautés constituent le troisième pilier de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et sont essentielles à sa réussite. Elles sont au cœur de la riposte au VIH et accomplissent un travail salvateur. Les réseaux et les groupes de personnes vivant avec et affectées par le VIH – y compris les réseaux de femmes, de jeunes et de populations clés – ont joué un rôle essentiel depuis le début de la pandémie. Ils se sont mobilisés pour exiger l'accès au traitement, lutter contre la stigmatisation, élaborer des politiques et fournir des services. Du plaidoyer et de la mobilisation des ressources à la fourniture de services par les pairs, en passant par le suivi et la recherche menés par les communautés, les communautés ont permis d'identifier les lacunes et de mettre au point des solutions innovantes et adaptées au contexte, y compris dans des environnements difficiles et des zones touchées par des crises. La Stratégie mondiale ne peut réussir sans un effort concerté pour soutenir les réponses communautaires, y compris les réseaux dirigés par les personnes vivant avec le VIH, les femmes, les jeunes et les populations clés.

Les communautés créent également une demande de produits de santé en organisant les personnes vivant avec ou affectées par le VIH en réseaux et en demandant des comptes aux bailleurs de fonds, aux gouvernements et aux agences multilatérales. Lorsque de nouvelles technologies, comme la PrEP à longue durée d'action, sont développées, les organisations dirigées par les communautés œuvrent à susciter la demande et à fournir des services de manière acceptable et accessible. Surtout dans un contexte d'hésitation politique et de recul des financements, le renforcement des réponses dirigées par les communautés constitue une opportunité de continuer à transformer la riposte au VIH, en passant d'un modèle descendant à un modèle fondé sur la solidarité, la dignité, la résilience, les droits humains et l'égalité de genre.

Domaine de résultat 8. Renforcer le leadership de la communauté

Le plaidoyer, les campagnes et l'engagement des communautés sont essentiels pour une riposte durable et efficace au VIH. Ces actions génèrent de l'urgence et renforcent la responsabilité. Les défenseurs de la communauté identifient les obstacles, remettent en question les normes néfastes et cocréent des solutions inclusives et efficaces. Les actions de plaidoyer menées par les communautés mettent également en évidence les changements susceptibles d'améliorer l'impact et l'efficacité des investissements dans le traitement, la prévention et les soins. Il n'est pas seulement stratégique d'adopter et de soutenir le leadership communautaire, c'est essentiel pour mettre fin à l'épidémie de sida.

Les efforts de suivi et de recherche menés par les communautés complètent les autres systèmes de surveillance du VIH en générant des données contextuelles qui, autrement, passeraient inaperçues. Comprendre les dimensions sociales du VIH, notamment les inégalités entre les genres et autres, ainsi que la stigmatisation et la discrimination, permet d'identifier des interventions opportunes, socialement appropriées et adaptées au contexte. L'implication des réseaux de femmes dans les efforts déployés par les communautés est essentielle pour lutter contre les inégalités entre les genres.

En donnant aux organisations communautaires les moyens de produire et d'analyser les données qu'elles recueillent, on renforce les capacités locales et on produit des données probantes qui permettent d'améliorer les politiques et les programmes.

L'élargissement de la prestation de services dirigée par les communautés est crucial pour atteindre les personnes insuffisamment prises en charge par les systèmes de santé conventionnels. Les communautés sont particulièrement bien équipées pour fournir des services de prévention aux personnes vivant avec le VIH, aux populations clés et aux jeunes, pour apporter un soutien en matière de traitement et pour promouvoir des approches d'autosoins. Parce que la prestation de services communautaires est centrée sur les personnes, elle peut répondre à leurs besoins de manière globale et apporter des bénéfices au-delà du VIH, notamment en matière de santé générale, de protection sociale et d'inclusion, d'autonomisation économique et d'éducation. Des partenariats solides entre la communauté et le gouvernement pour étendre la fourniture de services liés au VIH peuvent avoir un impact massif sur une réponse efficace, efficiente et durable au VIH.

Un financement diversifié et innovant des interventions menées par les communautés est essentiel, en particulier dans les contextes de pénurie de personnel de santé et d'installations, et lorsque les populations clés et autres populations marginalisées sont confrontées à des obstacles sociaux et juridiques. Dans un contexte de ressources limitées, il est possible de moderniser les systèmes de santé en établissant des partenariats avec les communautés afin de mettre en place des interventions rentables, adaptées et intégrées. Il est possible d'accroître le financement des actions menées par les communautés en promouvant une combinaison de différents modèles de financement (contrats sociaux, responsabilité sociale des entreprises, entreprises sociales, etc.).

L'autonomisation des populations marginalisées, sous-représentées et mal desservies est essentielle à la réussite de la lutte contre le VIH. Cela peut se faire en créant et en préservant des espaces et des possibilités de participation à la prise de décision, et en fournissant une formation, un mentorat et d'autres formes de soutien au renforcement des capacités. L'impact de ces interventions va au-delà de la riposte au VIH en s'attaquant aux disparités en matière de droits humains et en renforçant l'espace civique de manière plus générale.

Les actions requises pour le leadership communautaire dans la lutte contre le VIH sont les suivantes :

- **Institutionnaliser et désigner officiellement la représentation des communautés** (y compris les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les femmes et les jeunes) dans les mécanismes de coordination et de prise de décision à tous les niveaux de la riposte, y compris les mécanismes de financement de la lutte contre le VIH.
- **Reconnaître officiellement et institutionnaliser le rôle important des communautés** dans l'élaboration conjointe des orientations politiques, des objectifs et des cadres de responsabilité à tous les niveaux de la lutte contre le VIH.
- **Réformer les lois, politiques et cadres réglementaires** qui limitent la capacité des organisations communautaires à participer à tous les aspects de la lutte contre le VIH, en particulier le plaidoyer, la participation à la prise de décision et la prestation de services, y compris les services de dépistage, de traitement et de prévention. Il s'agit notamment de soutenir la sauvegarde des espaces civiques et de suivre l'évolution de l'espace civique et de la participation des communautés à la planification et à la prise de décision en matière de VIH aux niveaux national, régional et mondial.
- **Fournir des ressources adéquates à toutes les composantes des réponses communautaires**, du plaidoyer à l'engagement dans la prise de décision et la responsabilité, la prestation de services et le suivi et la recherche menés par les communautés.
- **Mettre en place des mécanismes efficaces de passation de marchés sociaux** permettant un financement prévisible, à long terme et flexible des réponses dirigées par les communautés grâce aux ressources nationales, et veiller à ce que ces mécanismes soient accessibles aux entités communautaires telles que les organisations dirigées par des jeunes, les réseaux de femmes et les organisations de populations clés.
- **Soutenir et développer les systèmes existants de prestation de services gérés par les communautés**, y compris les innovations telles que les services et campagnes numériques, les centres d'accueil pour les populations clés ou les jeunes, en établissant des seuils minimaux d'allocation nationale afin de garantir un financement cohérent et équitable de ces approches.
- **Permettre et financer le suivi et la recherche menés par les communautés** et prévoir leur inclusion systématique dans les processus de planification et de prise de décision, à l'aide de données pour la programmation et la responsabilisation. La recherche communautaire devrait évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité des interventions de lutte contre le VIH afin de renforcer la viabilité des programmes.
- **Soutenir le leadership des jeunes** dans la lutte contre le VIH en augmentant le financement prévisible et flexible répondant aux besoins des jeunes, en garantissant un engagement significatif des jeunes dans la prise de décision et en soutenant la collaboration intergénérationnelle et entre pairs ainsi que les modèles de mentorat qui construisent intentionnellement des générations successives de leaders.
- **Soutenir le renforcement des capacités, la résilience et la préparation** des organisations communautaires, en particulier celles qui représentent et servent les populations sous-représentées et mal desservies. Il s'agit notamment de lever les obstacles liés aux droits humains, à l'âge et au genre, et d'assurer une formation juridique, une mobilisation des ressources et un engagement politique.
- **Soutenir l'engagement des communautés dans les processus de planification de la durabilité** et soutenir l'intégration des services communautaires et des actions de plaidoyer dans les systèmes nationaux, y compris la mise en place ou l'extension des contrats sociaux.

PARTENARIATS POUR LE PROGRÈS : ACTIONS LOCALES, RÉGIONALES ET MULTILATÉRALES POUR METTRE FIN AU SIDA

PARTENARIATS POUR LE PROGRÈS : ACTIONS LOCALES, RÉGIONALES ET MULTILATÉRALES POUR METTRE FIN AU SIDA

L'éradication du sida nécessite une action collective soutenue. La réponse au VIH doit être menée par le pays et centrée sur les personnes, avec des services fournis localement. Les gouvernements et les communautés dirigent les efforts nationaux, tandis que les partenaires régionaux et internationaux assurent la coordination, l'orientation et le soutien technique. Aucun acteur ne peut à lui seul mettre fin au sida.

Les niveaux de gouvernement infranationaux, y compris les municipalités et les unités fédérales, sont de plus en plus importants pour les systèmes de gouvernance. Dans certains pays, ces niveaux de gouvernement disposent d'allocations budgétaires indépendantes pour la santé et sont les principaux fournisseurs de certains services de santé. Il est nécessaire de reconnaître davantage l'importance des niveaux d'action infranationaux.

Une action locale pour un plus grand impact

Dans de nombreux pays, les services essentiels, notamment la santé et l'éducation, sont gérés et fournis au niveau local. Cela permet de développer des partenariats productifs entre les communautés, les autorités locales, les prestataires de services, les organisations philanthropiques, les organisations confessionnelles, le secteur privé et d'autres acteurs.

Les populations clés et autres populations prioritaires sont souvent concentrées dans les zones urbaines ou périurbaines ou dans les établissements informels : dans certains pays, les villes abritent une grande proportion de personnes vivant avec le VIH.[63] Certaines villes accueillent également d'importantes populations de réfugiés et de migrants. Les autorités municipales sont donc bien placées pour s'attaquer aux risques et aux besoins liés au VIH, et peuvent promouvoir le dialogue, l'action politique et la coordination entre les différents niveaux de gouvernement. Les nations autochtones peuvent également constituer un lien important pour la fourniture de services aux populations qui peuvent être réticentes à demander de l'aide aux États. La Stratégie souligne donc l'importance d'inclure les villes, les municipalités et les autres autorités locales en tant que partenaires dans la lutte contre le VIH.

Les recommandations à l'intention des unités politiques infranationales sont les suivantes :

- **Encourager le leadership, la coordination et le dialogue** entre les différents niveaux de gouvernement pour relever les défis de la lutte contre le VIH, notamment en renforçant et en intégrant les systèmes communautaires dans les structures de santé officielles et les plans de préparation aux catastrophes.
- **Gérer des systèmes permettant de renforcer le suivi et la communication des données** afin de mieux comprendre les tendances et modèles au sein des villes et des localités et d'améliorer les réponses locales au VIH.

[63] Ending AIDS, Ending Inequalities: Fast-Track Cities. Geneva: UNAIDS; 2021.

- **Garantir un accès équitable aux services de santé** pour les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus, en particulier les migrants, les réfugiés et les personnes vivant en milieu fermé.

Le régionalisme et la réponse mondiale au VIH

Les organisations régionales peuvent jouer un rôle essentiel à jouer dans les situations d'urgence sanitaire et autres, notamment par la promotion d'indicateurs communs, d'outils de notification en temps réel et de partage de données entre les acteurs humanitaires et sanitaires, y compris au-delà des frontières, afin de faciliter la continuité des services de santé vitaux. La valeur de la coordination régionale a été démontrée lors de la pandémie de COVID-19, lorsque les pays africains ont collaboré pour fournir et distribuer rapidement des kits de dépistage, diffuser des informations sanitaires essentielles et atténuer l'impact de la pandémie.

Les institutions régionales et les organisations et systèmes multilatéraux jouent un rôle essentiel dans la lutte mondiale contre le VIH. L'Union africaine, par exemple, a pris l'initiative de coordonner les efforts régionaux de lutte contre le VIH, notamment en élaborant un cadre visant à intégrer les réponses au VIH dans des stratégies plus larges de lutte contre la tuberculose et le COVID-19. Cette coordination permet à la région de mettre en commun ses ressources et de renforcer son pouvoir de négociation collective avec l'industrie pharmaceutique mondiale.

Les pandémies, les conflits et les déplacements rendent nécessaire l'intégration de la réponse au VIH dans les interventions humanitaires. Le potentiel de la coordination régionale a été démontré lors de la pandémie de COVID-19, lorsque les pays africains ont collaboré pour fournir et distribuer rapidement des kits de dépistage, diffuser des informations sanitaires essentielles et atténuer certains des pires résultats observés ailleurs.

La participation d'organisations régionales telles que l'Union africaine, Africa CDC, la Communauté des Caraïbes (CARICOM), le Conseil des ministres de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (COMISCA), l'Organisation andine de la santé (Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unánue-ORAS-CONHU) et l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est est donc importante pour soutenir la riposte mondiale au VIH. Ces entités peuvent jouer un rôle important dans la mise en commun du soutien technique et des achats, l'harmonisation des stratégies

Coordination régionale

La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a lancé sa stratégie pour la santé et les droits sexuels et reproductifs en 2019. La stratégie facilite la coordination régionale pour améliorer les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et comprend une fiche d'évaluation qui présente un modèle d'intégration des services dans tous les secteurs et contextes, y compris les situations humanitaires. Elle tient également compte du contexte économique et de développement de chaque État membre et cherche à garantir que les actions politiques contribuent à améliorer la qualité de vie de toutes les personnes concernées.

Source : Communauté de développement de l'Afrique australe. Stratégie pour la santé et les droits sexuels et reproductifs dans la région de la SADC. Gaborone : SADC ; 2019

publiques, la promotion de la responsabilité nationale, la mobilisation de ressources partagées, la conduite de recherches et la diffusion d'informations à grande échelle.

Le leadership émergent des réseaux régionaux de personnes vivant avec le VIH et des coalitions de populations clés joue également un rôle essentiel dans l'élaboration et la coordination des politiques. Les organismes régionaux dirigés par les communautés devraient être reconnus comme des partenaires et des décideurs en matière de planification et de responsabilité régionales.

Les organisations régionales sont également les mieux placées pour promouvoir les capacités de production locales et régionales de médicaments contre le VIH et d'autres produits, ainsi que pour améliorer la résilience des chaînes d'approvisionnement et des systèmes d'approvisionnement, ce qui réduit la dépendance vis-à-vis des fournisseurs internationaux. Le renforcement de la communication transfrontalière et de l'échange d'informations, ainsi que l'abaissement des barrières commerciales, constituent des étapes positives dans cette direction. Les instruments de financement au niveau régional qui permettent de canaliser les ressources vers les réseaux et organisations communautaires pourraient également renforcer leur leadership et leur rôle.

Le multilatéralisme inclusif et la réponse mondiale au VIH

L'action multilatérale reste un élément essentiel de la réponse. La coordination globale entre les institutions permet d'avoir des objectifs communs, des programmes clairs et une répartition efficace des ressources et des tâches entre les différents éléments de la réponse.

Une réponse multilatérale fixe également des objectifs clairs, prévoit des mécanismes mondiaux de responsabilité et s'engage à respecter des normes internationales. L'action multilatérale est importante pour relancer et soutenir l'engagement politique, promouvoir des partenariats inclusifs et de grande envergure, et renforcer la responsabilité afin que la réponse reste une priorité. Il est également nécessaire d'élargir l'accès aux outils biomédicaux essentiels, tels que la PrEP orale, les injectables à longue durée d'action et l'anneau à base de dapivirine, en donnant la priorité aux populations clés, aux adolescentes et jeunes femmes, ainsi qu'aux jeunes. Les investissements dans le diagnostic, l'achat de médicaments et le soutien aux chaînes d'approvisionnement sont essentiels, de même que les mécanismes de financement innovants pour la production nationale. Accélérer les homologations nationales des nouveaux traitements et réduire les coûts grâce à l'utilisation de versions génériques des médicaments clés demeurent indispensables.

La recherche et le développement continus d'interventions cliniques et non cliniques sont essentiels pour mettre fin au sida et pour répondre à d'autres crises sanitaires. Elle nécessite un financement multilatéral durable et coordonné, ainsi qu'une collaboration entre les institutions et les disciplines. La meilleure façon d'y parvenir est de mettre en place une coordination multilatérale.

Des millions de personnes vivant avec le VIH dépendent directement des mécanismes multilatéraux pour avoir accès au traitement, à la

prévention et au soutien psychosocial. Les partenaires traditionnels et non traditionnels doivent participer à la lutte contre le VIH, en particulier au niveau communautaire. Un financement durable et équitable de la riposte au VIH est essentiel pour atteindre les objectifs visant à mettre fin à la pandémie d'ici à 2030, ainsi que pour renforcer la santé mondiale de manière plus générale grâce à des investissements dans des interventions qui s'attaquent aux dimensions sociales et structurelles de l'épidémie de sida.

Les recommandations pour une action multilatérale sont les suivantes :

- **Convoquer et soutenir l'action collective multipartite** aux niveaux mondial et régional, y compris le leadership des communautés de personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection, des organisations philanthropiques, du secteur privé, des gouvernements nationaux, des organisations régionales et des entités multilatérales.
- **Fournir des cadres d'action mondiaux et régionaux** pour garantir la responsabilisation, notamment en fixant des objectifs et des indicateurs de suivi des progrès réalisés dans la lutte contre le VIH.
- **Assurer un financement durable** de la riposte mondiale en rétablissant les flux de financement perturbés afin de répondre aux besoins immédiats des personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus ou exposées au risque d'infection.
- **Faire progresser les orientations normatives et les normes internationales** pour une réponse au VIH fondée sur les droits et de nature à transformer les rapports femmes-hommes.
- **Promouvoir des changements juridiques, politiques et sociaux** qui protègent les droits, s'attaquent aux inégalités et garantissent que les communautés sont habilitées en tant que partenaires à part entière de la lutte contre le VIH.
- **Accroître l'accès aux diagnostics liés au VIH et aux médicaments** en s'attaquant aux obstacles liés à la propriété intellectuelle et aux brevets afin de garantir l'accessibilité financière, sans décourager l'innovation et l'investissement dans la recherche et le développement. Veiller à ce que les produits anti-VIH existants et nouveaux restent largement disponibles et accessibles afin de tenir compte des disparités de capacité entre les différentes régions.
- **Développer et investir dans un programme de recherche scientifique international** pour accélérer la fin du sida en tant que menace pour la santé publique.

RÔLE DU PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA) DANS LE SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

RÔLE DU PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA) DANS LE SOUTIEN À LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

La mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida exige que le Programme commun remplisse des fonctions essentielles pour soutenir les pays. Le Programme conjoint soutiendra la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida en se concentrant sur la priorité absolue consistant à aider les gouvernements et les communautés à mener des ripostes nationales durables, inclusives et multisectorielles au VIH dans un contexte qui évolue rapidement.

Le leadership multilatéral en matière de VIH, incarné par le Programme commun, reste indispensable. Au fur et à mesure que le contexte évolue, le Programme commun continuera à fournir le leadership politique, le pouvoir de rassemblement, les données et la responsabilité, ainsi que l'engagement communautaire dont les pays ont besoin pour soutenir leurs ripostes au VIH et combler les lacunes restantes, contribuant ainsi au renforcement global de la sécurité sanitaire mondiale et de la résilience des pays.

Reconnaissant la diversité des épidémies de VIH, des capacités, des obstacles structurels et des besoins, le Programme commun adaptera le soutien aux contextes nationaux et régionaux. Guidé par les trois priorités de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, il travaillera avec les gouvernements, les communautés (y compris les réseaux nationaux et régionaux de personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les jeunes et les femmes), d'autres partenaires de la société civile et d'autres parties prenantes (y compris les institutions régionales, le plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida, ou PEPFAR, et le Fonds mondial) pour promouvoir une action transnationale et interrégionale afin d'accélérer la mise en œuvre et d'accroître l'impact.

Recommendations du Programme commun

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida recommande les actions suivantes de la part du Programme commun.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays, résiliente et prête pour l'avenir

- Engager et mobiliser les dirigeants politiques et d'autres parties prenantes clés, notamment par le biais de plates-formes mondiales, régionales et nationales de haut niveau, afin de soutenir et de faire progresser les engagements politiques et les investissements en faveur de ripostes nationales au VIH durables, multisectorielles et inclusives, soutenues par les mécanismes de responsabilité mutuelle du Programme commun. *(DR 3)*
- Convoquer et coordonner les efforts accélérés avec les programmes nationaux, les communautés, le PEPFAR, le Fonds mondial et d'autres partenaires pour faire progresser la durabilité par l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des mesures clés des feuilles de route pour la durabilité du VIH (englobant les aspects politiques, programmatiques et financiers) avec des modèles intégrés de fourniture de programmes et un financement diversifié pour un impact maximal. *(DR 1)*

- Plaider, orienter et soutenir des ripostes nationales durables et équitables au VIH par la mobilisation d'un financement national accru, une protection sociale sensible au VIH pour les personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH et exposées au risque d'infection, et un plaidoyer en faveur d'une solidarité mondiale continue. *(DR 1)*
- Fournir des orientations politiques, du plaidoyer et un soutien technique pour l'intégration des interventions et des systèmes liés au VIH aux systèmes de santé plus larges et à d'autres systèmes non sanitaires clés, afin de construire des réponses au VIH résilientes et durables et de soutenir la sécurité sanitaire mondiale. *(DR 2)*
- Aider les pays à générer et à analyser des données multisectorielles afin d'améliorer leurs réponses au VIH. *(DR 3)*
- Diriger et diffuser des rapports sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida. *(DR 3)*
- Identifier et traiter les inégalités, notamment par le biais d'un suivi du VIH mené par les communautés, du renforcement des capacités des pays en matière de systèmes d'information stratégiques intégrés, et du suivi des flux financiers, de la tarification et de l'approvisionnement afin de renforcer la transparence, la responsabilité et l'efficacité, et d'encourager la sensibilisation et le financement durable de la lutte contre le VIH aux niveaux mondial, régional et national. *(DR 3)*
- Guider et soutenir l'amélioration et l'utilisation de systèmes d'information plus intégrés sur le VIH et, plus largement, sur la santé et d'autres secteurs clés, afin de suivre, d'analyser et d'éclairer des décisions fondées sur des données probantes et d'atteindre des services plus durables dans le domaine du VIH et dans d'autres domaines. *(DR 3)*

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- Fournir des orientations politiques et un appui aux pays pour adopter, mettre en œuvre et suivre les politiques, outils et cibles nationaux de prévention combinée du VIH, y compris en accélérant l'adoption des innovations, pour et avec les populations clés ainsi que d'autres groupes exposés à un risque accru d'infection par le VIH. *(DR 4)*
- Réunir les communautés, les gouvernements et d'autres partenaires afin de faire progresser la prévention du VIH et de réduire les obstacles qui entravent une réponse au VIH plus efficace. *(DR 4)*
- Fournir un appui politique, de plaidoyer et technique aux pays pour adopter ou adopter et mettre en œuvre des politiques et programmes nationaux alignés sur les dernières orientations mondiales, afin de garantir un accès effectif à des services de dépistage, de traitement, de soins et de services intégrés de qualité en matière de VIH, y compris pour les comorbidités et les co-infections courantes. *(DR 5)*

- Fournir un soutien technique, politique et de plaidoyer aux pays sur l'intensification des actions visant à faire respecter les droits humains, à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et à faire progresser l'égalité des genres pour une réponse plus efficace au VIH. *(DR 6)*
- Fournir un soutien technique, politique et de plaidoyer aux pays qui mènent des actions à plus grande échelle pour un accès équitable aux innovations, y compris les produits de dépistage, de traitement et de prévention du VIH, et pour l'intensification des nouvelles technologies telles que les transformations dans le domaine de la santé numérique. *(DR 7)*

Priorité 3 : Leadership communautaire dans la lutte contre le VIH

- Soutenir le leadership et l'engagement significatif des communautés de personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des adolescentes et des jeunes femmes, et favoriser des partenariats solides avec les gouvernements et d'autres parties prenantes afin de renforcer le leadership communautaire dans le cadre de la santé publique et des systèmes de soutien social pour des réponses efficaces, inclusives et durables au VIH. *(DR 8)*
- Fournir un soutien technique, politique et de plaidoyer aux pays pour étendre ou consolider le leadership des communautés VIH, y compris les ripostes au VIH menées par les communautés. *(DR 8)*

UNIS POUR METTRE FIN AU SIDA

UNIS POUR METTRE FIN AU SIDA

L'objectif consistant à « mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 en tant que menace pour la santé publique » est ambitieux, mais il repose sur des réalisations concrètes. Les travailleurs de première ligne et les communautés ont montré que les réponses apportées par les communautés peuvent ralentir la pandémie et en réduire les effets les plus graves. L'innovation scientifique a permis de mettre au point des traitements et des diagnostics révolutionnaires. Pendant de nombreuses années, la solidarité mondiale a permis aux pays de surmonter les limitations de ressources. Le monde a fait face au pire de la crise du sida et a démontré qu'il est à la fois nécessaire et possible de fonder la santé publique sur la solidarité et le leadership communautaire.

Ces leçons s'appliquent également au-delà du VIH. Dans de nombreux pays, les agents de santé communautaires qui avaient été formés pour apporter un soutien non clinique aux personnes vivant avec le VIH sont devenus l'épine dorsale de la réponse à la pandémie de COVID-19 et aux épidémies d'orthopoxvirose simienne[64, 65] dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des protocoles de traitement intégrés combinant des interventions cliniques et non cliniques ont permis d'atténuer l'impact de maladies telles que le paludisme et la tuberculose. Les innovations scientifiques et technologiques, y compris les systèmes de données de santé publique et la collaboration transnationale en matière de collecte, de stockage et de traitement des données, ont introduit de nouvelles normes pour les systèmes de données de santé publique. La riposte au VIH a renforcé la capacité de l'humanité à affronter et à surmonter les problèmes de santé publique.

Cependant, la réponse mondiale au VIH est aujourd'hui en grand péril. Plus de 40 millions de personnes vivent avec le VIH et plus d'un million de personnes contractent le virus chaque année. Pourtant, l'engagement et la solidarité nécessaires pour mettre fin à la pandémie semblent s'effriter. L'accès à des interventions biomédicales essentielles telles que la PrEP et le TAR, à des systèmes de données vitaux, ainsi qu'à la recherche et à l'innovation, est menacé par les coupes budgétaires. Les services de prévention ont été interrompus, les travailleurs de la santé ont perdu leur emploi et les organisations communautaires réduisent ou interrompent leurs activités de lutte contre le VIH.

Aucune communauté ni aucun pays ne peut mettre fin au sida seul : nous devons nous unir. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida vise à revitaliser la détermination et l'action collectives qui ont permis au monde d'être plus proche que jamais de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique. Elle appelle à un engagement renouvelé en faveur de l'ambition d'atteindre cet objectif.

[64] Collins C, Isbell MT, Karim QA, et al. Leveraging the HIV response to strengthen pandemic preparedness. PLOS Glob Public Health. 2023 Jan 24;3(1):e0001511. doi: 10.1371/journal.pgph.0001511.
[65] 2025_global-council-inequality-report_en.pdf

ANNEXE 1 : CONTEXTE RÉGIONAL DE LA RÉPONSE GLOBALE

Outre les priorités et les domaines de résultats de la réponse globale, il existe une série de priorités spécifiques à chaque région, qui ont été élaborées en consultation avec les partenaires locaux. L'annexe 1 résume les spécificités régionales et les situe dans le cadre plus large de la réponse mondiale. Dans chaque région, une série de parties prenantes, y compris les gouvernements, la société civile, les communautés, les partenaires de développement et d'autres acteurs clés, devront être impliqués.

** Sauf indication contraire, les données citées ci-dessous sont tirées du rapport Rapport mondial actualisé sur le sida 2025*[66]

[66] Sida, crise et pouvoir de transformation : Rapport mondial actualisé sur le sida 2025. Genève : ONUSIDA ; 2025.

ASIE-PACIFIQUE

ASIE-PACIFIQUE

Vue d'ensemble

L'Asie et le Pacifique continuent d'avoir la deuxième plus grande épidémie de VIH au monde, avec environ 6,9 millions de personnes vivant avec le VIH et 300 000 nouvelles infections en 2024, soit près d'un quart de l'ensemble des nouvelles infections dans le monde.

Malgré une baisse de 17 % des nouvelles infections et une diminution de 53 % des décès liés au sida depuis 2010, les progrès restent inégaux, certains pays connaissant une recrudescence de l'épidémie. Certaines des épidémies de VIH à la croissance la plus rapide se trouvent dans cette région (par exemple en Afghanistan, aux Fidji, au Pakistan, en Papouasie–Nouvelle-Guinée et aux Philippines). La région connaît une crise croissante en matière de prévention du VIH. L'adoption de la PrEP est faible et la couverture des services de prévention parmi les populations clés est bien en deçà des objectifs mondiaux. Les lacunes en matière de traitement persistent : 79 % seulement des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut, 69 % étaient sous traitement et 66 % avaient une charge virale supprimée en 2024. La stigmatisation, la discrimination et différents obstacles structurels continuent d'entraver l'accès aux services, en particulier pour les populations clés et les jeunes. Des réformes juridiques et politiques sont nécessaires pour débloquer l'accès au VIH et aux services connexes.

Si le financement national a augmenté, de nombreux pays dépendent encore fortement de l'aide extérieure, en particulier pour la prévention du VIH. Depuis 2010, le financement externe des programmes de lutte contre le VIH a diminué de 54 %, passant d'un pic de 1,45 milliard de dollars en 2011 à 581 millions de dollars en 2024. Au cours de la même période, la contribution des ressources nationales a augmenté de 92 %. D'ici 2024, environ 82 % du financement de la lutte contre le VIH proviendra de sources nationales, contre 54 % en 2011. Toutefois, si l'on exclut la Chine, l'Inde et la Thaïlande de ces calculs, la part nationale du financement de la lutte contre le VIH tombe à 49 %, ce qui met en évidence le fait que de nombreux pays de la région continuent de dépendre de l'aide extérieure.

Les perturbations actuelles du financement externe des réponses au VIH affecteront les programmes de lutte contre le VIH dans toute la région, y compris dans les 10 pays où le PEPFAR a fourni une assistance technique ou un soutien aux programmes. La prévention du VIH risque de subir les répercussions les plus importantes : les données communiquées au Suivi mondial de la lutte contre le sida (GAM) montrent que 11 des 16 pays de la région dépendent de sources internationales pour plus de 75 % de leur financement de la prévention.

Pour parvenir à un avenir sans sida, il faut un financement adéquat, surmonter les obstacles systémiques, transformer les attitudes sociétales et défendre les initiatives communautaires en tant que fondement d'une riposte au VIH inclusive et fondée sur les droits. Les communautés habilitées et bien financées sont essentielles pour la réponse au VIH dans la région : les contrats sociaux et le financement continu des bailleurs de fonds seront essentiels pour soutenir les réponses menées par les communautés dans la région.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Assurer la durabilité** des dimensions programmatiques, politiques et financières des réponses au VIH, en s'appuyant sur une planification propre au pays, une gouvernance inclusive et un engagement multisectoriel. *(DR 1)*
- **Augmenter régulièrement le financement national de la santé et du VIH**, en accordant une attention particulière au financement de la prévention du VIH et des programmes destinés aux populations clés, et élaborer et mettre en œuvre une combinaison évoluée de financements internationaux et nationaux. *(DR 1)*
- **Intégrer les services VIH et les technologies de santé**, y compris pour la prévention du VIH, dans les prestations de santé nationales des systèmes de santé publique universelle, les mécanismes de protection sociale et les programmes d'assurance maladie publique afin d'améliorer la viabilité et l'accès et de réduire les frais à la charge des patients. *(DR 1)*
- **Intégrer les services de lutte contre le VIH dans des systèmes de santé plus larges**, notamment les soins de santé primaires, la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale et la réduction des risques. *(DR 2,3)*
- **Tirer parti des systèmes communautaires** en augmentant les investissements nationaux, les contrats sociaux et les partenariats stratégiques. *(DR 1)*
- **Atteindre des systèmes de santé résilients**, y compris les infrastructures, la main-d'œuvre, l'accès aux médicaments et aux diagnostics, grâce à une action multisectorielle coordonnée. *(DR 2)*
- **Intégrer les systèmes de données** pour améliorer la portée, la qualité des services, l'efficacité, la confidentialité et les capacités de partage des données. Les systèmes de données devraient être durables, soutenir la prise de décision fondée sur des données probantes et inclure des données issues d'un suivi communautaire afin de renforcer la responsabilité. *(DR 3)*
- **Institutionnaliser les systèmes de données financières** afin de produire régulièrement des données sur les coûts, les dépenses et l'efficacité pour éclairer la prise de décision. *(DR 3)*

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Élargir l'accès équitable à des combinaisons efficaces de prévention du VIH et de réduction des risques**, en mettant l'accent sur la PrEP pour les populations clés et les groupes de personnes qui sont les plus laissés pour compte. *(DR 4)*
- **Élargir l'accès à des services innovants et différenciés de lutte contre le VIH** en soutenant l'extension et l'institutionnalisation de l'autodiagnostic, de la sensibilisation mobile, de la télésanté et de la PrEP à longue durée d'action au sein des systèmes nationaux et des services communautaires. *(DR 4)*
- **Améliorer les connaissances sur le VIH** grâce à des plates-formes numériques et à un enseignement adapté à la culture des jeunes et des populations clés. *(DR 4)*
- **Soutenir l'initiation précoce du traitement** et l'accès équitable aux meilleurs antirétroviraux – y compris pour les enfants, les adolescents et les femmes enceintes – afin d'améliorer l'observance du traitement et de maximiser les avantages de U=U et du traitement en tant que prévention. *(DR 5)*
- **Accélérer l'élimination de la transmission verticale** du VIH grâce à des services intégrés qui s'appuient sur la triple initiative mondiale d'élimination, en garantissant l'accès universel au dépistage prénatal, au traitement en temps opportun des femmes enceintes vivant avec le VIH et aux soins de suivi pour les nourrissons exposés. *(DR 4, DR 5)*
- **Garantir des prix et un accès équitables aux médicaments** et aux outils de diagnostic du VIH dans tous les pays, y compris aux produits innovants de prévention du VIH. *(DR 5)*
- **Faire progresser les réformes juridiques et politiques et s'attaquer aux obstacles sociaux et structurels** – notamment la stigmatisation, la discrimination et la violence fondée sur le genre – afin d'améliorer l'accès au VIH et aux services connexes. *(DR 6)*

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Renforcer et institutionnaliser** le leadership communautaire par le biais du renforcement des capacités, de rôles formels dans la gouvernance et de mécanismes durables de participation. *(DR 8)*
- **Soutenir la fourniture de services par la communauté** en élargissant l'accès au dépistage, à la prévention et au traitement par des approches fiables et culturellement appropriées. *(DR 8)*
- **Renforcer les capacités et la responsabilité des communautés** en utilisant des outils numériques, des systèmes de données et des processus de planification inclusifs. *(DR 8)*

CARAÏBES

CARAÏBES

Vue d'ensemble

La région des Caraïbes a fait des progrès dans sa réponse au VIH depuis 2010. Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH a diminué de 21 % entre 2010 et 2024. Quatre pays (Cuba, République dominicaine, Haïti et Jamaïque) représentaient près de 85 % de l'ensemble des nouvelles infections à VIH dans la région en 2024, Haïti représentant à lui seul 38 %. Les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) représentaient 25 % des nouvelles infections dans la région, en partie à cause de l'accès limité à des services de prévention adaptés aux jeunes.

Onze des 18 pays ou territoires qui ont été validés au niveau mondial pour l'élimination de la transmission verticale du VIH et/ou de la syphilis se trouvent dans les Caraïbes,[67] ce qui témoigne de la solidité du programme de santé maternelle de la région.

La prévalence moyenne du VIH chez les adultes (15-49 ans) dans les Caraïbes en 2024 était de 1,2 %, soit l'une des plus élevées au monde en dehors de l'Afrique au sud du Sahara. L'épidémie touche de manière disproportionnée les populations marginalisées, notamment les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les communautés autochtones et les personnes vivant dans la pauvreté.

Le nombre de décès liés au sida dans la région a chuté de 62 % depuis 2010, et la couverture des traitements s'est considérablement élargie : on estime qu'en 2024, 85 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 74 % reçoivent un traitement antirétroviral et 66 % ont une charge virale supprimée. La couverture du traitement était de 79 % chez les femmes vivant avec le VIH et âgées de 15 ans, mais de 71 % chez leurs homologues masculins.

Les programmes de lutte contre le VIH dans les Caraïbes dépendent fortement de l'aide extérieure, qui représente plus de 66 % du financement de la lutte contre le VIH. Près de 100 % de la riposte au VIH en Haïti est financée par des bailleurs de fonds, tandis que la République dominicaine finance 60 % de sa riposte au VIH à l'aide de ressources nationales.

Les perturbations du financement des bailleurs de fonds – en particulier du PEPFAR et d'autres sources bilatérales – pèsent sur les programmes de lutte contre le VIH, en particulier sur les services de prévention destinés aux populations clés. De nombreux pays de la région ont une dette importante et sont confrontés à des difficultés économiques qui, dans certains cas, sont aggravées par l'instabilité politique, ce qui entraîne une réduction des dépenses publiques dans le domaine social et de la santé. Ces pressions économiques soulignent l'importance d'une solidarité mondiale soutenue et de stratégies de financement innovantes pour soutenir des réponses globales au VIH dans la région.

[67] Cuba (2015) ; Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, îles Caïmans, Montserrat, Saint-Kitts-et-Nevis (2017) ; Dominique (2020) ; Belize (2023) ; Jamaïque, Saint-Vincent-et-les-Grenadines (2024).

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Assurer la viabilité financière** par la mise en œuvre de feuilles de route sur la durabilité, la mobilisation de ressources diversifiées et l'engagement du secteur privé. Renforcer les capacités sous-régionales par le biais du partenariat pancaribéen contre le VIH/sida (PANCAP) et maintenir la solidarité mondiale avec les pays qui dépendent d'une aide extérieure. *(DR 1)*
- **Renforcer les systèmes de santé résistants au climat** pour assurer la continuité des services VIH dans les zones exposées aux catastrophes. *(DR 2)*
- **Renforcer les systèmes de données** et l'analyse afin de produire des données en temps réel et ventilées sur le VIH – intégrant les estimations du VIH, la modélisation, les estimations de la taille de la population et la surveillance comportementale – qui peuvent être utilisées pour orienter la programmation ciblée. *(DR 3)*
- **Investir dans les innovations en matière de données** pour soutenir la modélisation, les estimations, le suivi en temps réel et l'estimation de petits échantillons. *(DR 3)*

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Élargir la couverture de la prévention** combinée en mettant l'accent sur les interventions à fort impact, y compris l'accès abordable à la PrEP innovante à longue durée d'action et la promotion accrue des préservatifs et des lubrifiants, en veillant à une prestation équitable par le biais de services décentralisés et dirigés par la communauté. *(DR 5)*
- **Intensifier l'adoption et l'accès à l'innovation**, y compris les schémas thérapeutiques les plus efficaces et les ARV à longue durée d'action pour le traitement et la prévention du VIH.
- **Intégrer les services liés au VIH dans des systèmes de santé et des systèmes communautaires plus larges** – notamment la santé sexuelle et reproductive, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé maternelle et infantile et les soins primaires – tout en investissant dans des systèmes de laboratoire et de diagnostic plus solides, dans l'autodiagnostic et dans des tests combinés pour des maladies multiples. *(DR 2, DR 3, DR 4, DR 5)*
- **Investir dans le renforcement des systèmes de laboratoire et de diagnostic**, y compris le renforcement des diagnostics au point de service, le suivi de la charge virale, l'autodépistage du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et/ou le multiplexage pour répondre à des besoins concomitants.
- **Renforcer les services complets destinés aux jeunes**, y compris l'éducation sexuelle, les services de santé sexuelle et reproductive, la revitalisation de la participation des jeunes et les campagnes menées par les jeunes dans les établissements d'enseignement, avec une conception et un suivi assurés par la communauté. *(DR 8)*

- **Éliminer la transmission verticale du VIH** en intégrant le dépistage et le traitement dans les soins prénatals et en tirant parti de l'initiative de triple élimination. *(DR 4, DR 5)*
- **Renforcer les systèmes de soutien communautaires**, y compris le suivi mené par la communauté, les programmes de soutien par les pairs pour les mères séropositives, les messages de motivation, les espaces de traitement sûrs et les mécanismes de recours améliorés avec des systèmes d'orientation appropriés. *(DR 4, DR 5)*
- **Réduire la stigmatisation et la discrimination** grâce à des politiques antidiscriminatoires renforcées, une discrimination zéro sur le lieu de travail, des cadres politiques intégrés en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs tenant compte de la dimension de genre, et une intégration globale des politiques. *(DR 6)*
- **Investir dans des innovations en matière de mécanismes d'approvisionnement et de coopération régionale** afin d'améliorer l'accès équitable aux médicaments et autres produits de santé (par exemple, en utilisant le Fonds stratégique de l'OPS).

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Améliorer la mise en œuvre et la promotion des contrats sociaux** afin d'institutionnaliser les réponses apportées par les communautés et de mettre en place des mécanismes de financement durables. *(DR 8)*
- **Renforcer les réseaux communautaires et le leadership** des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et affectées par le biais d'un renforcement des capacités, d'approches de développement communautaire et d'une meilleure prise en compte de la dimension de genre parmi les dirigeants communautaires et les parties prenantes.
- **Renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation menés par les communautés** afin de garantir la responsabilité et l'efficacité des initiatives de lutte contre le VIH au niveau communautaire. *(DR 3, DR 8)*
- **Intégrer des approches centrées sur les jeunes** dans les politiques de santé sexuelle et reproductive et de prévention du VIH, avec une conception et un suivi menés par les communautés, en accordant la priorité aux pays à forte incidence du VIH. *(DR 8)*

AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE

AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE

Vue d'ensemble

On estime à 490 000 le nombre de personnes qui auront contracté le VIH en 2024 en Afrique orientale et australe, une région qui abrite environ 21,1 millions de personnes vivant avec le VIH, soit un peu plus de la moitié du nombre total de personnes vivant avec le VIH dans le monde. Pourtant, la région a accompli des progrès remarquables dans la lutte contre la pandémie. Les nouvelles infections annuelles par le VIH ont diminué de 56 % depuis 2010, passant de 1,1 million à 490 000 en 2024. Plusieurs pays sont parvenus à réduire de manière significative la transmission verticale du VIH, la couverture des services de prévention de la transmission verticale dépassant 95 % dans 10 pays.

Le nombre de décès liés au sida a diminué de 59 %, passant de 630 000 à 260 000 au cours de la même période, grâce à l'expansion des programmes de dépistage et de traitement. En 2024, 93 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique ; parmi elles, 91 % suivaient un traitement antirétroviral, et 95 % des personnes sous traitement avaient une charge virale supprimée.

Les coupes budgétaires actuelles menacent toutefois ces avancées. Il existe également d'importantes inégalités entre les populations, la couverture des tests et des traitements étant faible chez les enfants et les adolescents. En outre, les progrès ne sont pas uniformes dans la région. Alors que la plupart des pays où l'épidémie de VIH est importante ont enregistré une forte baisse des nouvelles infections, certains pays où l'épidémie est moins importante, notamment dans les îles de l'océan Indien, connaissent une augmentation. Les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) continuent d'être exposées à un risque disproportionné de contracter le VIH. Elles représentaient 28 % des nouvelles infections à VIH dans la région en 2024 et étaient trois fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins. Les membres des populations clés n'ont pas toujours accès aux services de prévention du VIH et courent un risque élevé de contracter le virus. Les réductions de financement, y compris les réductions du soutien du PEPFAR, ont perturbé les programmes essentiels dans certains pays, en particulier pour les groupes marginalisés.

Les organisations communautaires sont les mieux placées pour fournir des services de traitement et de prévention du VIH à leurs pairs d'une manière acceptable et accessible. Les tendances récentes en matière de financement ont mis en évidence la dépendance des systèmes communautaires à l'égard de l'aide internationale, soulignant la nécessité urgente de renforcer leur résilience en élargissant l'accès aux ressources nationales, notamment par le biais de contrats sociaux et d'autres mécanismes de financement durable.

Les services de lutte contre le VIH sont également perturbés par les conflits, les chocs liés au changement climatique et les déplacements de population. En 2023-2024, la région comptait plus de 28,9 millions de personnes déplacées et 6,4 millions de réfugiés. Le système de santé éthiopien est mis à rude épreuve par les sécheresses, les glissements de terrain et les conflits, tandis que les programmes de traitement au Malawi et au Mozambique ont été gravement perturbés par des phénomènes météorologiques extrêmes. Une réponse efficace au VIH dans les situations humanitaires est nécessaire pour relever ces défis.

Les ressources totales allouées à la lutte contre le VIH dans la région s'élevaient à 9,3 milliards de dollars en 2024, soit une baisse de 6 % par rapport à 2020. Environ 34 % des fonds proviennent de sources nationales, mais cette proportion tombe à 20 % si l'on exclut l'Afrique du Sud. Cela souligne la dépendance continue de la région à l'égard des bailleurs de fonds externes tels que le PEPFAR et le Fonds mondial. Le traitement du VIH reste relativement bien financé, mais l'investissement dans les interventions de prévention du VIH est faible, avec seulement 8 % des fonds alloués à la prévention au Kenya, 10 % en Namibie et en Afrique du Sud, et 12 % en Ouganda, par exemple.

De nombreux pays de la région sont aux prises avec une faible croissance économique et une dette insoutenable, ce qui limite la marge de manœuvre budgétaire pour compenser les réductions des bailleurs de fonds. Le paysage financier actuel met en péril des domaines vitaux de la réponse, notamment la prévention, les facilitateurs sociaux et les services communautaires. Il est urgent de renforcer l'appropriation nationale, de mettre en place des financements innovants et de planifier la viabilité à long terme. Plusieurs pays ont élaboré des feuilles de route pour la durabilité de la riposte au VIH qui mettent l'accent sur l'appropriation nationale, l'intégration des services de lutte contre le VIH dans des systèmes de santé plus larges et une mobilisation accrue des ressources nationales.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Tirer parti des ressources nationales et internationales** pour renforcer les mécanismes de financement durable des investissements à long terme dans la lutte contre le VIH. *(DR 1)*
- **Accélérer l'élaboration de feuilles de route sur la durabilité du VIH**. *(DR 1)*
- **Accélérer les progrès vers la santé publique universelle grâce à la fourniture de services intégrés**, y compris dans les situations humanitaires. *(DR 2)*
- **Intégrer les services de lutte contre le VIH** dans les systèmes de santé nationaux, y compris les programmes de santé publique universelle. *(DR 2)*
- **Renforcer les systèmes de données nationaux** afin de produire des données désagrégées pour une programmation ciblée de la lutte contre le VIH. (DR 3)
- **Améliorer les intégrations de données transfrontalières**, les renvois et les systèmes de données.
- **Mettre en place des systèmes de données appartenant à la communauté et dirigés par elle**, y compris un suivi ventilé des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 95-95-95 et 30-80-60. *(DR 3)*

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Mettre en œuvre des stratégies de prévention du VIH adaptées au contexte** et garantir un accès durable à des tests, des traitements et des soins de qualité pour tous, y compris les enfants, les adolescents et les populations clés. *(DR 2)*
- **Soutenir et développer les services communautaires**, y compris les modèles de prestation de services différenciés, afin d'élargir l'accès et d'améliorer les résultats en matière de santé. *(DR 8)*
- **Mettre en œuvre des modèles de décriminalisation fondés sur les droits humains et liés au VIH**, qui réduisent les obstacles juridiques et protègent les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, et fournir une assistance technique à cet effet. *(DR 6)*
- **Élaborer des stratégies adaptées et centrées sur les jeunes** qui s'attaquent aux vulnérabilités et aux obstacles à la prévention du VIH, au dépistage, au traitement et à d'autres services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles. *(DR 4, DR 5)*
- **Faire progresser l'égalité des genres dans la lutte contre le VIH** en supprimant les obstacles, en réduisant les vulnérabilités et en donnant aux femmes les moyens d'exercer leur droit à la santé sans stigmatisation, discrimination ni violence. *(DR 6)*

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Promouvoir l'engagement et le leadership des communautés** dans la lutte contre le VIH. *(DR 8)*
- **S'appuyer sur les communautés et les réunir** pour renforcer le leadership et l'appropriation des personnes vivant avec le VIH dans la prise de décision et les interventions de riposte au VIH. *(DR 4, R 5 et DR 6)*
- **Investir dans les services et la recherche menés par les communautés** afin de renforcer les stratégies de prévention du VIH prises en charge au niveau local. *(DR 8)*
- **Établir et renforcer les mécanismes de contrats sociaux** en vue d'une mise en œuvre efficace des interventions communautaires de lutte contre le VIH. *(DR 8)*
- **Développer et intégrer le suivi communautaire** dans les systèmes de données gouvernementaux afin de garantir la responsabilisation et le suivi de l'impact.

EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRAL

EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE

Vue d'ensemble

Les décès liés au sida et les nouvelles infections par le VIH ont augmenté en Europe de l'Est et en Asie centrale, respectivement de 48 % et de 7 %. On estime à 130 000 le nombre de nouvelles infections par le VIH dans la région en 2024 et à 2,1 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH. Les cascades de dépistage et de traitement sont à la traîne dans d'autres régions : en 2024, 72 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut, 51 % étaient sous traitement et 43 % avaient une charge virale supprimée, ce qui reflète les lacunes en matière de dépistage, de mise en relation en temps utile, de rétention et de couverture des traitements.

L'épidémie est alimentée par des inégalités persistantes dans l'accès aux services pour les populations clés, dans un contexte de lois répressives, de stigmatisation et de criminalisation des populations clés. La couverture de la prévention est insuffisante : en 2023, seuls 57 % des professionnel(le)s du sexe, 54 % des personnes transgenres, 52 % des personnes qui s'injectent des drogues et 34 % des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont eu accès à au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois. La transmission sexuelle du VIH semble augmenter, notamment chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, ainsi que chez les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe et leurs partenaires.

La riposte au VIH s'effectue dans le contexte de la guerre en Ukraine, d'autres conflits armés et de troubles politiques, et fait face à une réduction de l'espace civique, une continuité des soins perturbée ainsi qu'un accès insuffisant aux services pour les populations clés, les migrants et les réfugiés. Les services dirigés par les communautés et le suivi communautaire sont insuffisamment institutionnalisés et financés. La région est de plus en plus connectée aux régions voisines par le biais des migrations, du commerce, des flux de main-d'œuvre et des liens sociaux, une dynamique qui a des répercussions sur les systèmes de soins de santé, les schémas de transmission du VIH et les exigences en matière d'infrastructures de santé publique.

Les dépenses nationales consacrées au VIH doivent être davantage alignées sur les besoins réels. Malgré des investissements importants dans le traitement antirétroviral, les dépenses actuelles ne devraient couvrir le traitement que de 60 % des personnes diagnostiquées séropositives d'ici à 2030. Il existe également de grandes différences dans les coûts des traitements antirétroviraux, qui vont de 120 dollars par personne et par an en Arménie à 6 778 dollars en Serbie.

Même en optimisant les dépenses, la couverture des traitements ne devrait atteindre que 80 %, ce qui souligne l'urgence d'une affectation plus efficace des ressources allouées à la lutte contre le VIH dans la région.

La plupart des pays financent les médicaments ARV grâce à leurs ressources nationales, mais les services de prévention, la sensibilisation des communautés et les activités fondées sur les droits humains continuent de dépendre fortement de bailleurs de fonds extérieurs, en particulier le Fonds mondial et le gouvernement des États-Unis.

Ce modèle de financement est de moins en moins viable, d'autant plus que les priorités des bailleurs de fonds changent. La progression de l'épidémie de VIH dans la région nécessite des plans et des actions de lutte contre le VIH qui mettent l'accent sur des environnements juridiques favorables, accordent la priorité à l'élargissement de la couverture de la prévention et du traitement, en particulier pour les populations clés, facilitent et soutiennent les interventions menées par les communautés et augmentent les financements nationaux.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Assurer un financement durable de la lutte contre le VIH** grâce à des solutions d'efficacité allocative en déployant une analyse stratégique, en utilisant des modèles de financement à sources multiples pour garantir l'investissement national dans les objectifs de la stratégie et en réduisant les coûts unitaires. *(DR 1)*
- **Institutionnaliser les contrats sociaux** et mettre en place un financement d'urgence pour maintenir les services essentiels pendant les crises et les changements de bailleurs de fonds. *(DR 1)*
- **Intégrer le VIH dans la préparation et la réponse aux situations humanitaires et d'urgence**, et inclure le VIH dans les plans d'urgence nationaux, les évaluations des besoins et les appels humanitaires. *(DR 2)*
- **Permettre l'orientation transfrontalière et la reconnaissance des dossiers médicaux des migrants et des réfugiés** ; garantir un accès ininterrompu aux traitements antirétroviraux et à la prévention, quel que soit le statut juridique ; et sécuriser les chaînes d'approvisionnement en produits de santé sexuelle et reproductive et en produits de lutte contre le VIH. *(DR 2)*
- **Renforcer les systèmes d'information intégrés** et combler les lacunes en matière de données pour la prise de décision (en particulier pour les populations clés) ; institutionnaliser le suivi mené par les communautés en intégrant ces données dans les processus nationaux de suivi, d'évaluation et d'examen. *(DR 3)*
- **Développer l'utilisation des plates-formes numériques, de la télémédecine** et des services transfrontaliers en ligne pour renforcer l'orientation des patients, la continuité des soins et l'accès à la prévention et au traitement, en particulier pour les migrants et les réfugiés. *(DR 3)*
- **Intégrer les services de lutte contre le VIH et de réduction des risques dans les soins de santé en milieu carcéral**, sur un pied d'égalité avec les systèmes civils, en garantissant l'accès aux traitements antirétroviraux, à la PrEP, aux soins de santé mentale et au soutien par les pairs ; et intégrer les services de lutte contre le VIH en milieu fermé, notamment dans les prisons et les centres de détention, dans les systèmes nationaux de gouvernance sanitaire et de santé publique universelle.
- **Optimiser les achats, accélérer l'enregistrement** et enregistrer les médicaments essentiels contre le VIH et les diagnostics au niveau national afin de garantir une disponibilité continue après l'élimination progressive des bailleurs de fonds. Simplifier et harmoniser les procédures d'achat des produits liés au VIH, y compris les modèles d'achat groupé et la collaboration régionale.

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Développer les options de prévention combinée**, y compris la PrEP à longue durée d'action et la prophylaxie post-exposition, et adapter les mécanismes réglementaires afin d'accélérer l'adoption des innovations. *(DR 4)*
- **Optimiser les approches de dépistage et la prestation de services VIH centrées sur les personnes** (par exemple, l'autodépistage, la délivrance communautaire, la navigation par les pairs, l'outreach en ligne) et renforcer les résultats thérapeutiques (U=U) au sein de paquets intégrés de services VIH, tuberculose, santé sexuelle et reproductive et santé mentale. Institutionnaliser des soins exempts de stigmatisation dans les établissements de santé. *(DR 5)*
- **Intégrer la prévention de la violence fondée sur le genre** et le soutien aux survivants dans les programmes de lutte contre le VIH, et renforcer les réseaux dirigés par des femmes. *(DR 6)*
- **Protéger l'espace civique et faire progresser les réformes juridiques** vers les objectifs de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida (par exemple, la dépénalisation et l'abrogation des lois punitives sur le VIH) grâce à un plaidoyer coordonné, des partenariats, des connaissances juridiques, des mécanismes de réponse rapide et une aide juridique (y compris des réformes qui interdisent la notification obligatoire par les travailleurs de la santé et la divulgation non consensuelle d'informations sur le VIH à des autorités autres que les autorités sanitaires, y compris les forces de l'ordre).
- **Intégrer la prévention du VIH, la réduction de la stigmatisation et l'éducation à la santé sexuelle et reproductive** dans les systèmes éducatifs formels et informels, en impliquant fortement les communautés et les réseaux de jeunes.

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Institutionnaliser, financer et intégrer les réponses et le suivi menés par les communautés** avec une main-d'œuvre communautaire qualifiée, en donnant la priorité aux réseaux dirigés par des jeunes et des femmes et à la participation significative des communautés à la conception, à la mise en œuvre et à la responsabilité des programmes. *(DR 8/DR 3)*
- **Constituer et conserver une main-d'œuvre communautaire** (par exemple, les pairs, les conseillers, les services de proximité) en prenant des mesures pour prévenir l'épuisement professionnel et soutenir leur bien-être ; développer le leadership, le financement et la participation à la gouvernance pour les groupes dirigés par des jeunes et des femmes. *(DR 8/DR 3)*
- **Établir un financement de contingence** afin de maintenir les services dirigés par les communautés en période de crise et lors de changements dans le soutien des bailleurs de fonds. *(DR 1, DR 6, DR 8)*

AMÉRIQUE LATINE

AMÉRIQUE LATINE

Vue d'ensemble

L'Amérique latine est l'une des trois régions du monde où le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH a augmenté entre 2010 et 2024 : de 110 000 à 120 000 selon les estimations. Le nombre annuel de décès liés au sida a diminué de 31 % entre 2010 et 2024 dans l'ensemble de la région. Ces tendances sont différentes pour les hommes et les femmes : Les décès liés au sida ont diminué de 44 % chez les hommes, mais ont augmenté de 6 % chez les femmes.

La couverture des tests et des traitements est généralement élevée chez les adultes, mais beaucoup plus faible chez les enfants. Environ 86 % des adultes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2024, 71 % recevaient un traitement antirétroviral et 66 % présentaient une suppression virale. Seuls 56 % des enfants vivant avec le VIH avaient été diagnostiqués et 44 % recevaient un traitement antirétroviral.

Plus d'un quart des nouvelles infections par le VIH (26 %) se sont produites chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans), les jeunes hommes représentant les trois quarts des nouvelles infections par le VIH. L'épidémie touche de manière disproportionnée les populations marginalisées, notamment les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres, les communautés autochtones et les personnes vivant dans la pauvreté. La maladie de Chagas reste une préoccupation et est traitée parallèlement à la triple élimination du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B. Cette approche intégrée de la lutte contre les maladies tire parti des systèmes existants de gestion des maladies transmissibles et génère des synergies qui profitent également à la lutte contre le VIH.

Les prix moyens des médicaments antirétroviraux dans la région ont diminué, passant de 203 dollars par personne et par an en 2020 à 148 dollars en 2023, mais ils restent plus de deux fois plus élevés qu'en Afrique de l'Est et en Afrique australe, par exemple. La centralisation des achats et le recours à des mécanismes tels que le Fonds renouvelable de l'Organisation panaméricaine de la santé ont permis de réduire les prix (y compris pour les médicaments contre l'hépatite C). Bien qu'ils aient participé aux essais, les pays d'Amérique latine n'ont pas été inclus dans les accords de licence volontaire qui permettraient d'accéder à des prix plus abordables pour les ARV à longue durée d'action.

Les ressources nationales ont permis de financer 96 % de la riposte au VIH dans la région en 2024. Toutefois, sept pays sur quinze ont déclaré allouer moins de 10 % de leurs ressources totales à la prévention du VIH. Compte tenu du contexte de faible croissance économique, de situations politiques complexes, de contraintes budgétaires liées à des niveaux d'endettement élevés, de flux migratoires et de l'impact d'événements climatiques extrêmes, il est essentiel de garantir un financement durable de la riposte au VIH, notamment par le biais de financements nationaux, de financements innovants et de la solidarité mondiale.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Assurer la durabilité des programmes**, des politiques et des finances grâce à une planification prise en charge par les pays, à une gouvernance inclusive, à la direction des organes de coordination régionaux et à un engagement multisectoriel, y compris une transition réussie vers un financement national par le biais de feuilles de route et de stratégies de durabilité. *(DR 1)*
- **Intégrer les services de lutte contre le VIH** dans des systèmes de santé plus larges, notamment les soins de santé primaires, la santé sexuelle et reproductive et les services de santé mentale, ainsi que dans des systèmes gérés par la communauté et le secteur privé. *(DR 2,3)*
- **Institutionnaliser l'utilisation des données programmatiques, épidémiologiques et financières** pour une riposte au VIH fondée sur des données probantes. *(DR 3)*

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Accroître l'accès et l'utilisation de la prévention combinée**, y compris la PrEP à longue durée d'action à un prix abordable. *(DR 4)*
- **Améliorer la prestation des services liés au VIH et les résultats des traitements** grâce à des options de dépistage diversifiées, des soins de proximité, des systèmes de soutien par les pairs, l'accès à des technologies de santé innovantes et l'optimisation de la prestation des services. *(DR 5)*
- **Renforcer l'engagement et les efforts visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH** en élaborant et en mettant en œuvre des lois et des politiques qui garantissent et protègent les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et vulnérables, y compris les populations autochtones et les migrants. *(DR 5)*
- **Garantir les droits humains et l'accès équitable** aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les populations autochtones, les migrants et les communautés en situation de crise humanitaire, grâce à des programmes adaptés aux cultures et aux conflits et à des mécanismes de protection renforcés. *(DR 2)*

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Renforcer les réponses apportées par les communautés** grâce à un financement durable et à des mécanismes de contrats sociaux institutionnalisés. *(DR 8)*
- **Renforcer le leadership communautaire, les capacités et la représentation** des personnes vivant avec et affectées par le VIH dans les processus décisionnels nationaux, régionaux et mondiaux en matière de politique et de programmation de la santé et du développement. *(DR 8)*

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

S/P.Virot

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Vue d'ensemble

La riposte au VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord est encore loin d'atteindre les objectifs fixés pour 2025 et 2030. Les nouvelles infections par le VIH ont augmenté de 94 % entre 2010 et 2024, passant de 12 000 à 23 000 par an. Le nombre annuel de décès liés au sida n'a diminué que de 6 % au cours de la même période. La couverture du traitement du VIH dans la région est la plus faible du monde, avec seulement 48 % des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral en 2024. La couverture du traitement est encore plus faible chez les enfants séropositifs (35 %). À l'exception de l'Arabie saoudite, tous les pays de la région sont loin d'atteindre les objectifs de 95-95-95.

Compte tenu de la très faible prévalence du VIH dans la région, les nouvelles infections peuvent être réduites rapidement si les pays prennent des mesures appropriées et efficaces pour répondre aux besoins des populations les plus exposées au risque de contracter le VIH. Toutefois, même lorsqu'ils existent, les services de lutte contre le VIH ne prennent pas en charge un grand nombre des personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH. La stigmatisation et la discrimination intenses marginalisent les membres des populations clés et les dissuadent de recourir aux services de santé liés au VIH. Des tabous sociaux forts, des lois punitives et des barrières financières limitent également l'accès, tout comme les frais à la charge des patients, qui sont parmi les plus élevés au monde.

Les ressources totales disponibles pour le VIH dans la région s'élevaient à 120 millions de dollars en 2024, ce qui laissait un écart de 71 % par rapport à l'objectif de 2025. La réponse de la région au VIH est affectée par des crises sociopolitiques, économiques et humanitaires de grande ampleur. Au Soudan, près de 15 millions de personnes ont besoin d'une assistance sanitaire, mais 70 % des établissements de santé ne fonctionnent pas dans les zones difficiles d'accès. Le soutien financier du Fonds mondial a permis de reconstituer les stocks de médicaments antirétroviraux et de réinscrire au traitement environ 4 000 personnes vivant avec le VIH qui avaient abandonné les soins en raison de la guerre civile dans ce pays. Les défis humanitaires complexes et prolongés faussent le financement du développement dans la région, au détriment des investissements dans les réponses aux problèmes de santé et de VIH.

Avec un fardeau global du VIH encore relativement faible, les pays de la région peuvent mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Mais cela nécessitera un engagement politique plus fort, un financement accru – y compris un soutien aux organisations communautaires et autres organisations de la société civile qui répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus – et une réduction des obstacles juridiques et sociaux.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Accroître le financement durable du VIH** grâce à des solutions d'allocation efficace : déployer des analyses stratégiques, des modèles de financement multi-sources pour garantir un investissement national en faveur des objectifs de la Stratégie mondiale contre le sida ; soutenir le développement et la mise en œuvre de feuilles de route de durabilité incluant des réponses intégrées dirigées par les communautés et des solutions innovantes pour la prévention, l'optimisation du traitement et la protection sociale. *(DR 1)*
- **Réduire les dépenses personnelles** pour les services liés au VIH.
- **Intégrer le VIH dans la préparation et la réponse aux situations humanitaires et d'urgence**, en incluant le VIH dans les plans d'urgence nationaux, les évaluations des besoins et les appels humanitaires. Coordonner les plates-formes de services transfrontalières, en veillant à ce que les produits et les chaînes d'approvisionnement en matière de santé sexuelle et reproductive et de VIH soient assurés. *(DR 2)*
- **Exploiter les données** pour obtenir des résultats transformateurs en mettant l'accent sur les populations clés et les populations prioritaires, notamment en améliorant la surveillance épidémiologique et les études biocomportementales, ainsi qu'en améliorant les informations stratégiques pour la conception des programmes et des politiques, un suivi et une évaluation plus efficaces, et une mobilisation et une affectation des ressources plus efficientes. *(DR 3)*
- **Intégrer les services de lutte contre le VIH dans les réponses humanitaires et les conflits.**

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Développer les options de prévention combinées**, y compris la PrEP à longue durée d'action, et ajuster les mécanismes réglementaires pour accélérer l'adoption des innovations. *(DR 4)*
- **Optimiser la prestation de services de lutte contre le VIH centrés sur l'individu** (y compris l'autodiagnostic, la prestation communautaire, la navigation par les pairs et la diffusion sur le Web) et renforcer les résultats du traitement (U=U) dans le cadre de programmes intégrés de lutte contre le VIH, la tuberculose, la santé sexuelle et reproductive et la santé mentale. Institutionnaliser des soins exempts de stigmatisation dans les établissements de santé. *(DR 5)*
- *Élargir les programmes visant à éliminer la transmission pédiatrique du VIH* dans l'ensemble de la région.

- **Développer les services de dépistage du VIH, de traitement et de soins pour les enfants, les membres des populations clés et les jeunes**, et réduire les obstacles sociétaux et structurels qui limitent leur accès aux services nécessaires. *(DR 5)*
- **Intégrer la prévention de la violence fondée sur le genre et le soutien** aux survivants dans les programmes de lutte contre le VIH et renforcer les réseaux dirigés par des femmes. *(DR 6)*
- **Protéger l'espace civique et faire progresser les réformes juridiques** (par exemple, la dépénalisation et l'abrogation des lois punitives sur le VIH) par le biais d'un plaidoyer et de partenariats coordonnés, de l'alphabétisation juridique et de l'aide juridique. *(DR 7)*

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Institutionnaliser, financer et intégrer les réponses dirigées par les communautés** et le suivi communautaire avec des équipes communautaires qualifiées, en donnant la priorité aux réseaux dirigés par les populations clés et à la participation significative des communautés à la conception, à la mise en œuvre et à la reddition de comptes des programmes. *(DR 8/DR 3)*
- **Mettre en place un financement de contingence** pour maintenir les services dirigés par les communautés en période de crise et lors de changements soudains dans le soutien des bailleurs de fonds. *(DR 1, DR 6, DR 8)*

AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Vue d'ensemble

L'épidémie de VIH en Afrique occidentale et centrale reste un défi majeur pour la santé publique. En 2024, on estime à 160 000 le nombre de nouvelles infections dans la région, qui compte 5,2 millions de personnes vivant avec le VIH. Entre 2010 et 2024, le nombre de décès liés au sida a diminué de 60 %.

L'expansion des services différenciés de dépistage du VIH, de traitement et de soutien a permis de réaliser des progrès notables : 81 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 94 % d'entre elles reçoivent un traitement antirétroviral et 92 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée. Le nombre d'adultes (15 ans et plus) recevant un traitement contre le VIH a plus que doublé depuis 2015. Cependant, un peu plus de la moitié (56 %) des femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient des médicaments ARV pour prévenir la transmission verticale en 2024 et seulement 37 % des enfants vivant avec le VIH recevaient un traitement. Le VIH pédiatrique est donc une priorité absolue dans la région. Une combinaison d'engagement politique fort, d'expertise technique et de mobilisation communautaire est nécessaire pour continuer à progresser dans la prévention de la transmission verticale du VIH.

La stigmatisation, la discrimination et les environnements juridiques restrictifs entravent l'accès aux services et sapent les réponses apportées par les communautés ; il faut y remédier. En outre, les crises humanitaires, l'instabilité politique et le manque de financement des systèmes de santé menacent la durabilité des réponses au VIH et la continuité des services. La faiblesse relative des systèmes de santé dans plusieurs pays constitue un défi pour la poursuite de l'intégration des services de lutte contre le VIH dans les systèmes de santé nationaux.

La dépendance de la région à l'égard des financements extérieurs pour les programmes de lutte contre le VIH constitue également un défi pour la durabilité de la riposte au VIH. Il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur la mobilisation des ressources nationales pour réduire cette dépendance et renforcer la viabilité à long terme. Le financement national de la lutte contre le VIH ne représentera que 29 % du total des ressources consacrées à la lutte contre le VIH dans la région en 2024, et il a diminué depuis 2018. En outre, près de la moitié du coût des soins liés au VIH est financée par des dépenses personnelles ; l'accessibilité financière est donc également un problème majeur.

Les programmes de prévention du VIH et les programmes de soutien à la société nécessitent en particulier une augmentation des dépenses nationales. Bien que plus d'un tiers des nouvelles infections par le VIH surviennent parmi les membres des populations clés et leurs partenaires sexuels, seul 1 % environ des ressources totales consacrées au VIH est alloué aux interventions de prévention pour les personnes issues de ces populations. Il est urgent de renouveler le plaidoyer en faveur d'une augmentation des investissements pour promouvoir une réponse au VIH fondée sur les droits, en mettant l'accent sur l'intensification de la prévention, l'élimination des inégalités entre les genres et l'arrêt de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Mobiliser et augmenter le financement national** et diversifier les sources (par exemple, les impôts, le secteur privé, les autorités locales). *(DR 1)*
- **Institutionnaliser les feuilles de route sur la viabilité du VIH** et les plans dans les cadres nationaux (par exemple, les stratégies de santé, les stratégies de développement national, la santé publique universelle, etc.). *(DR 1)*
- **Renforcer les systèmes de santé et intégrer progressivement le VIH dans la santé publique universelle**, les systèmes de soins de santé primaires et les services de santé du secteur privé, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, les maladies non transmissibles (y compris la santé mentale) et les comorbidités. *(DR 2)*
- **Intégrer les services de santé non formels (communautés)** dans les systèmes d'élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite virale. *(DR 2)*
- **Soutenir la mise en place de réseaux de services locaux** reliant les services publics, communautaires et privés, avec des ressources dédiées, y compris des ressources financières, pour définir les interventions, les mettre en œuvre et en assurer le suivi et l'évaluation. *(DR 2)*
- **Faire progresser l'intégration** des services liés au VIH, à la santé sexuelle et reproductive et à la violence fondée sur le genre dans les interventions sanitaires d'urgence, la préparation aux situations d'urgence et la réponse humanitaire par le biais de la sensibilisation, de la coordination, du renforcement des capacités et de l'échange de connaissances. *(DR 2)*
- **Recueillir, valider et analyser les données du programme, les données épidémiologiques, les données communautaires et les données financières** pour une riposte au VIH fondée sur des données probantes. *(DR 3)*
- **Élaborer des données locales et démographiques** sur les nouvelles infections afin d'orienter les interventions de prévention, y compris la fourniture de services différenciés, dans les zones prioritaires. *(DR 3)*
- **Développer le suivi du VIH par les communautés**. *(DR 3)*

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Assurer l'élaboration et la mise en œuvre de plans locaux visant à accélérer la prévention combinée**, en intégrant les dernières technologies (par exemple, la PrEP injectable à longue durée d'action) et les préservatifs dans les zones prioritaires, sous la direction de représentants des groupes vulnérables et des populations clés. *(DR 4)*
- **Garantir l'accès à des outils de prévention efficaces** (par exemple, les préservatifs et la PrEP, y compris les versions à longue durée d'action) et à des traitements de qualité. *(DR 4)*
- **Mettre en œuvre des directives relatives à la triple élimination** en utilisant des approches personnalisées et fondées sur des données afin d'élargir et de soutenir les programmes de transmission verticale. *(DR 4)*
- **Renforcer l'éducation sexuelle complète et adaptée** aux jeunes en s'appuyant sur les programmes de coopération régionale. *(DR 4)*
- **Assurer le développement et la pérennité des organisations de populations clés et des organisations de jeunes/adolescents, de filles et de femmes** impliquées dans la prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive. *(DR 4)*
- **Accélérer la mise en œuvre de services de dépistage et de traitementdifférenciés**, en mettant l'accent sur les services communautaires. *(DR 5)*
- **Intégrer la formation aux droits humains et à l'égalité des genres** dans les programmes d'études des professionnels de la santé afin de garantir que les services, y compris les services de santé primaires, **sont exempts de stigmatisation et de discrimination**, en particulier pour les jeunes et les groupes vulnérables. *(DR 5)*
- **Promouvoir la création et l'intégration de centres de santé communautaires**, gérés par des acteurs locaux et des organisations communautaires. *(DR 5)*
- **Soutenir les interventions d'alphabétisation en matière de santé menées par les organisations communautaires** afin de favoriser une demande éclairée de services, en particulier chez les adolescents, les jeunes filles et les femmes. *(DR 5)*
- **Mener des campagnes de sensibilisation du public et de communication** en collaboration avec les nouveaux médias pour donner un caractère d'urgence à la riposte au VIH et réduire la stigmatisation liée au VIH, notamment en mettant en lumière les expériences des enfants et des adolescents vivant avec le VIH, de leurs familles et de leurs partenaires. *(DR 6)*
- **Donner aux institutions (nationales) de défense des droits humains les moyens de s'attaquer aux obstacles juridiques et politiques** qui empêchent les personnes vivant avec le VIH,

exposées au risque d'infection ou affectées par le virus d'accéder aux services dont elles ont besoin. Aborder la question de la criminalisation des populations clés comme une étape nécessaire à leur inclusion significative et à leur accès aux services. *(DR 6)*

- **Tirer parti des technologies de la santé et des innovations numériques** pour améliorer l'efficacité, réduire les coûts et renforcer les systèmes de prestation et de responsabilité, y compris la télémédecine/télésanté et les outils d'intelligence artificielle, etc. *(DR 7)*
- **Soutenir la production pharmaceutique régionale** via des plates-formes régionales (CEDEAO, CEMAC, Union africaine). *(DR 7)*
- **Numériser le suivi médical du VIH**, notamment pour améliorer la continuité des soins dans les zones reculées. *(DR 7)*

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Renforcer les structures communautaires** (par exemple, les centres de santé locaux, les cliniques mobiles, les unités de dépistage en milieu rural) dirigées par des acteurs locaux afin de fournir des services de lutte contre le VIH adaptés au contexte.
- **Introduire des mécanismes de soutien financier**, y compris des contrats sociaux, en particulier pour les organisations dirigées par des personnes vivant avec le VIH et des jeunes.
- **Impliquer activement les responsables communautaires** et les personnes vivant avec le VIH, y compris les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH et les populations clés, dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.
- **Mettre en place des réseaux intégrés de services de santé communautaire**, combinant des interventions biomédicales, comportementales et structurelles.
- **Renforcer les capacités locales** grâce à des programmes de formation des formateurs et à la professionnalisation des agents de santé communautaires, en garantissant des transferts de compétences durables.
- **Soutenir la formation juridique** des populations clés dans des environnements restrictifs ou hostiles et former les leaders communautaires et les pairs éducateurs à la défense des droits humains. *(DR 8)*
- **Mettre en place des mécanismes de réaction rapide** en cas de crise juridique ou politique. *(DR 8, DR 6)*
- **Promouvoir des espaces sûrs et un soutien psychosocial pour les personnes** marginalisées et/ou touchées par la stigmatisation, la discrimination ou la violence. *(DR 6)*

EUROPE CENTRALE ET OCCIDENTALE, ET AMÉRIQUE DU NORD

EUROPE CENTRALE ET OCCIDENTALE, ET AMÉRIQUE DU NORD

Vue d'ensemble

Depuis 2010, le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH a diminué de 14 % et celui des décès liés au sida de 48 % en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord. Dans de nombreux pays de cette région, les réponses nationales sont très avancées et bénéficient d'un accès unique aux dernières innovations scientifiques et autres. La réponse au VIH est souvent mise en œuvre par les autorités locales (en particulier les villes et les grandes municipalités), qui ont accès à des fonds considérables, à des infrastructures de santé, à du personnel et à d'autres ressources. Cela reflète les investissements de longue date dans les infrastructures de santé publique.

Toutefois, la prévalence du VIH parmi les populations clés reste nettement plus élevée que dans la population générale. Malgré des données montrant des progrès constants dans la prévention du VIH, plusieurs facteurs – notamment la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation des populations clés – continuent de causer des disparités en matière de santé et de compromettre la santé et le bien-être des personnes appartenant à des communautés marginalisées.

Si l'on n'accélère pas l'élargissement de la couverture de la prévention et du traitement, on estime à 49 000 le nombre de nouvelles infections par le VIH et à 2,5 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région de l'Europe occidentale et centrale et de l'Amérique du Nord en 2030. L'âge moyen des personnes vivant avec le VIH augmente également, la proportion de personnes âgées (55 ans et plus) devant passer de 18 % en 2010 à 47 % en 2030. Les adolescents et les hommes représentent environ 76 % de toutes les personnes vivant avec le VIH dans cette région.

Priorité 1 : Une riposte au VIH pilotée par les pays et prête pour l'avenir

- **Renforcer le leadership politique et communautaire** en garantissant la participation des différents acteurs et partenaires, y compris de la société civile, à la formulation des politiques et à la prise de décision, et en reconnaissant le rôle de la société civile dans l'accès aux services pour les populations clés. *(DR 1)*
- **Augmenter le financement** et assurer une allocation adéquate et équitable des ressources aux niveaux local et régional ; augmenter le financement des approches du VIH centrées sur la personne afin de réduire les disparités et d'améliorer les résultats en matière de santé pour les personnes vivant avec le VIH, affectées par le VIH ou exposées au risque d'infection. *(DR 1)*
- **Renforcer les systèmes de santé**, notamment les systèmes de soins de santé primaires et les systèmes de santé maternelle et infantile, afin de garantir l'intégration du VIH dans les plans de santé nationaux et régionaux plus larges. Élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales sur le VIH, la santé sexuelle, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite virale. *(DR 2)*

- **Garantir des soins intégrés, centrés sur la personne et de longue durée**, qui répondent à l'ensemble des besoins physiques, mentaux et sociaux de diverses populations. *(DR 2)*
- **Renforcer la gestion coordonnée des cas** en impliquant les pharmaciens, le personnel infirmier et les prestataires de services communautaires. *(DR 2)*
- **Intégrer le soutien social** en tant que composante essentielle des soins liés au VIH afin d'améliorer les résultats et de réduire les disparités en matière de santé, et garantir l'accès aux services de protection sociale dans le cadre d'une prise en charge globale.
- **Améliorer les systèmes de données** pour suivre la qualité et la réactivité des services, contrôler l'engagement et le maintien des services, en particulier pour les populations clés et mal desservies, en fixant des repères et des objectifs axés sur l'équité et en encourageant un suivi mené par la communauté pour combler les lacunes en matière de données. *(DR 3)*
- **Améliorer le suivi et la collecte de données désagrégées** pour éclairer la prise de décision, optimiser l'allocation des ressources et soutenir le développement de programmes de suivi ciblés pour répondre aux besoins non satisfaits des groupes marginalisés (par exemple, les femmes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres et les migrants en situation irrégulière). *(DR 3)*

Priorité 2 : Services axés sur les personnes : équité, dignité et accès

- **Développer le dépistage du VIH** parmi les populations clés, les migrants et les réfugiés en supprimant les obstacles à l'accès, en encourageant le diagnostic précoce et en facilitant l'autodépistage pour réduire la stigmatisation interne. *(DR 4)*
- **Renforcer la prévention primaire** et améliorer l'accès aux préservatifs, à la PrEP, à la prophylaxie post-exposition et au TAR dans le cadre de programmes de prévention combinés en augmentant le financement et en développant les services pour toutes les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH. *(DR 4)*
- **Améliorer l'accès et l'observance des traitements** ainsi que la gestion des coinfections et des comorbidités liées au VIH en faisant progresser la recherche sur des médicaments nouveaux et accessibles pour le traitement du VIH et en supprimant les obstacles juridiques afin que les populations mal desservies, y compris les migrants et les réfugiés, aient accès aux soins de santé. *(DR 5)*
- **S'attaquer aux formes croisées de stigmatisation et de discrimination**, en particulier dans les établissements de soins de santé. *(DR 6)*

- **Utiliser des outils numériques et des pratiques de dépistage inclusives** pour améliorer la prévention et le diagnostic précoce, notamment en encourageant les innovations en matière de santé numérique pour soutenir les soins et la prévention, en s'attaquant à l'exclusion numérique pour garantir un accès équitable aux outils numériques, et en élargissant et en normalisant le dépistage facultatif du VIH, en particulier dans le cadre des soins prénatals, pour soutenir le diagnostic précoce. *(DR 7)*
- **Concevoir des services de soins de longue durée** adaptés aux réalités vécues par les populations clés et les communautés mal desservies, et traiter les comorbidités comme une urgence sanitaire, avec un dépistage précoce, systématique et intégré.
- **Aborder les déterminants sociaux plus larges de la santé** qui affectent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et affectées.
- **Protéger l'espace civique et faire progresser les réformes juridiques** (par exemple, la dépénalisation et l'abrogation des lois punitives sur le VIH) par le biais d'un plaidoyer et de partenariats coordonnés, de l'alphabétisation juridique et de l'aide juridique.

Priorité 3 : Leadership communautaire

- **Accroître l'engagement et le leadership des communautés** dans les réponses locales, y compris par l'engagement et le leadership des jeunes.
- **Intégrer les réponses communautaires** dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH et dans la prestation de services, notamment par le biais de contrats sociaux.
- **Veiller à ce que les communautés soient traitées comme des partenaires égaux** dans la planification et la fourniture des soins.
- **Fournir un financement durable et prévisible** pour les initiatives communautaires.

ANNEXE 2 : PHASES DE L'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE GLOBALE

5 phases pour la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida

La Stratégie servira de base à la Déclaration politique soumise pour adoption par l'ensemble des pays lors de la Réunion de haut niveau sur le sida de 2026, qui devrait tenir à l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) en juin 2026.

JANVIER À MARS 2025

1. Définition du périmètre et identification des solutions

Des consultations seront menées sur les principaux domaines thématiques de la prochaine Stratégie mondiale contre le sida afin de garantir une identification claire des problèmes et de recueillir des solutions auprès de nombreux acteurs pour progresser vers les objectifs de haut niveau et les cibles pour 2030.

AVRIL À MAI 2025

2. Sélection et hiérarchisation des priorités

Les propositions issues des domaines thématiques et d'une consultation multipartite (incluant les parties prenantes du CCP) menée de mars à mai 2025 ont contribué à l'élaboration du plan d'ensemble de la Stratégie.

JUIN 2025

3. Élaboration d'une ébauche et d'une proposition pour le CCP

Le CCP examinera et formulera des commentaires sur l'ébauche du plan. Ces commentaires contribueront à finaliser le cadre et à élaborer la Stratégie finale.

SEPTEMBRE À OCTOBRE 2025

4. Après réception des commentaires du CCP de juin, rédaction finale et consultations finales sur l'ébauche de la Stratégie

Cela comprend une deuxième consultation multipartite (incluant les parties prenantes du CCP) afin de finaliser la Stratégie en vue de son adoption.

NOVEMBRE À DÉCEMBRE 2025

5. Soumission au CCP et adoption

La Stratégie finale sera partagée avec le CCP pour adoption lors de la 57e réunion.

Principales étapes de l'élaboration de la stratégie

- **Développer les objectifs.** Tout au long de l'année 2024 et au début de l'année 2025, l'ONUSIDA a jeté les bases de l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida. Quatre axes de travail ont été mis en œuvre : (a) l'examen intermédiaire de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 ; (b) le développement des objectifs mondiaux en matière de sida pour 2030 par une équipe spéciale mondiale sur les objectifs pour 2030 ;[68] et (c) le soutien aux pays pour l'élaboration de feuilles de route nationales sur la durabilité de la lutte contre le VIH ; et (d) des consultations multipartites. Le travail s'est poursuivi malgré les difficultés financières croissantes en 2025.

- **Identifier ce qui a fonctionné.** L'examen intermédiaire a mis en évidence des avancées majeures, notamment dans l'élargissement de l'accès au traitement du VIH, ainsi que des inégalités persistantes dans l'accès à la prévention du VIH et des progrès insuffisants dans l'élimination des obstacles sociétaux et structurels. Il a identifié de grandes opportunités pour étendre l'accès aux nouvelles technologies de prévention, garantir un financement durable (en particulier dans les contextes à faibles revenus et à forte charge de morbidité), intégrer les services de traitement et de prévention du VIH dans des agendas plus larges de santé et de développement, et réduire les inégalités. Ces enseignements ont servi de base aux vastes consultations qui ont façonné la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026–2031.

- **Obtenir des contributions d'autres acteurs.** En complément de l'examen à mi-parcours, les priorités et les domaines de résultats de la prochaine Stratégie ont été guidés par les contributions des pays (par exemple à travers l'élaboration des feuilles de route pour la pérennité de la riposte au VIH)[69] et par les résultats d'une récente enquête en ligne, ainsi que par les plans nationaux de lutte contre le sida et leurs évaluations, qui ont mis en évidence les principaux obstacles et les domaines d'action prioritaires.[70]

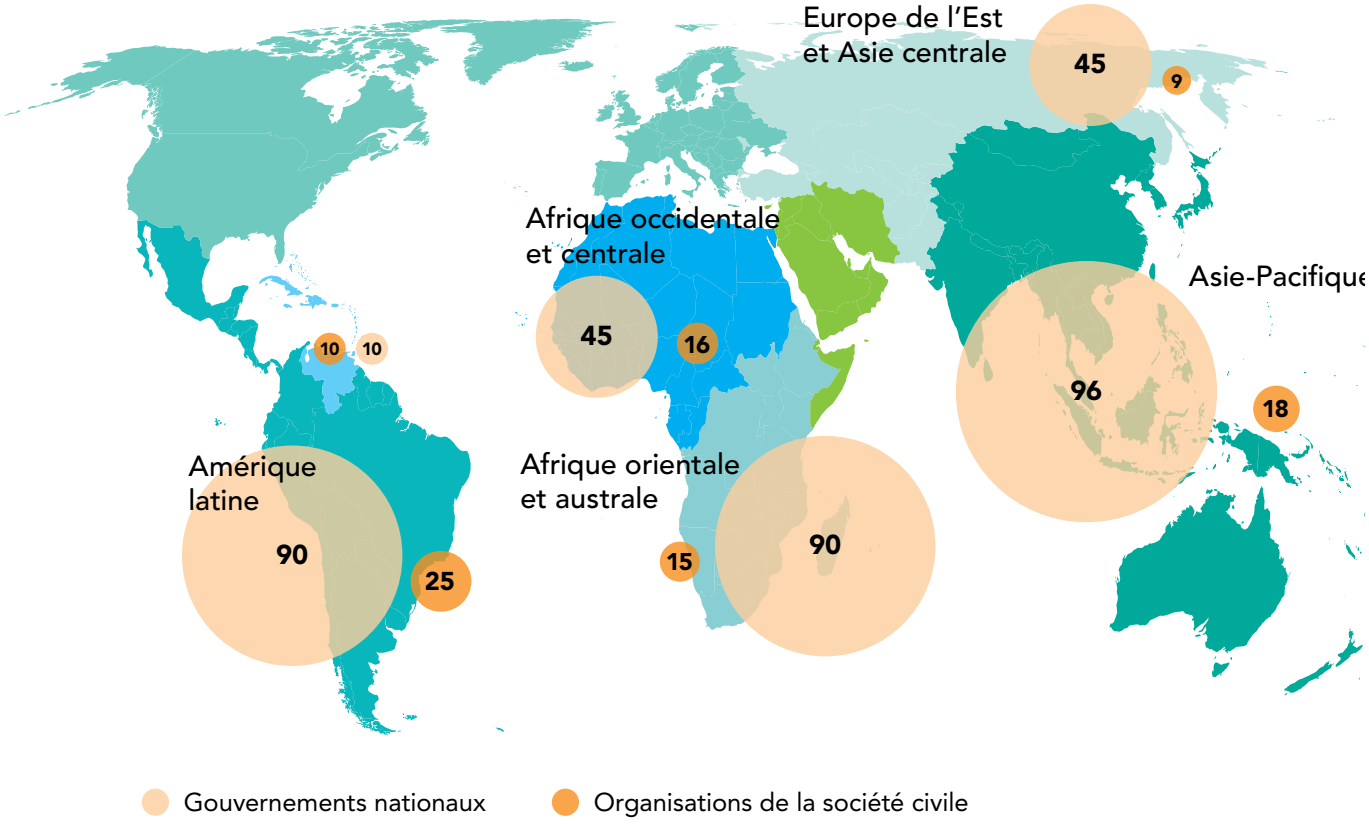
- **Répondre à l'évolution des conditions.** Depuis 2024, le paysage de la lutte contre le VIH a considérablement changé, marqué par des changements dans le financement spécifique du VIH, l'architecture globale de l'aide et l'émergence d'innovations et de technologies qui offrent de nouvelles opportunités passionnantes. L'écosystème du financement de la lutte contre le VIH a été particulièrement affecté par le changement des priorités multilatérales au début de l'année 2025. Le Rapport mondial actualisé sur le sida 2025 présente ces changements ainsi que les données les plus récentes sur l'épidémie de VIH et la riposte.[71]

- **Recueillir d'autres informations.** Des consultations multipartites ont eu lieu en mars, avril et octobre 2025. Des représentants de près de 100 gouvernements nationaux et de 379 organisations de la société civile ont participé aux réunions et plus de 3 000 parties prenantes ont participé à une enquête en ligne. Les participants ont été invités à identifier des actions prioritaires.

[68] Pour plus d'informations sur les travaux de l'Équipe spéciale mondiale : Objectifs 2030 recommandés pour le VIH | ONUSIDA
[69] Voir : Page d'accueil - Site Web de l'ONUSIDA sur la durabilité
[70] Un document de salle de conférence présentant les résultats de l'enquête est disponible.
[71] Rapport mondial actualisé sur le sida 2025 - Sida, crise et pouvoir de transformation. Genève : ONUSIDA ; 2025

- **Garantir une base scientifique solide.** Des experts d'institutions universitaires et scientifiques du monde entier ont été impliqués tout au long du processus en tant que membres de l'équipe spéciale mondiale sur les objectifs et par le biais d'une consultation spécifique qui s'est tenue lors de la conférence internationale sur le sida à Kigali en juillet 2025, ainsi que par la participation à des groupes thématiques. La base factuelle de la Stratégie est également décrite dans l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (publié en juillet 2024) et dans le Rapport mondial actualisé sur le sida 2025, qui sont tous deux référencés de manière exhaustive.
- **Hiérarchiser.** Pour guider les consultations, une matrice de priorisation a été intégrée au guide officiel de facilitation. Cela a aidé les participants à évaluer et à classer les domaines potentiels sur la base de critères convenus tels que l'urgence, l'impact, la faisabilité et l'alignement sur les objectifs stratégiques. L'utilisation de la matrice a favorisé un dialogue structuré et la recherche d'un consensus entre les différents groupes de parties prenantes. Les résultats de ces exercices ont ensuite été synthétisés pour identifier les priorités stratégiques et les domaines de résultats présentés dans ce schéma.

Figure 9. Participation aux consultations sur la Stratégie mondiale de lutte contre le sida



* Les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord étaient engagés par l'intermédiaire des bureaux de l'ONUSIDA en Afrique orientale et australe et en Afrique occidentale et centrale.

** Environ 93 gouvernements nationaux et 360 organisations de la société civile ont été consultés au cours de cette période. Les consultations se sont poursuivies par la suite.

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE

Prévention combinée du VIH

La prévention combinée du VIH vise à obtenir un impact maximal sur la prévention du VIH en combinant des stratégies comportementales, biomédicales et structurelles fondées sur les droits humains et éclairées par des données probantes, dans le contexte d'une épidémie locale bien étudiée et bien comprise. La prévention combinée du VIH peut également être utilisée pour faire référence à la stratégie individuelle de prévention du VIH, qui consiste à combiner différents outils ou approches (simultanément ou successivement), en fonction de la situation actuelle, des risques et des choix de chacun.

La prévention combinée comprend à la fois la prévention primaire (axée sur les personnes séronégatives) et la prévention de la transmission ultérieure par les personnes vivant avec le VIH.

Source : Guide de terminologie de l'ONUSIDA, 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.

Principales caractéristiques des programmes de prévention combinés

- Adaptés aux besoins et contextes nationaux et locaux.
- Combiner les interventions biomédicales, comportementales et structurelles.
- Engager pleinement les communautés touchées, en promouvant les droits humains et l'égalité des genres.
- Agir de manière synergique et cohérente dans le temps à plusieurs niveaux – individu, famille et société.
- Investir dans des réponses décentralisées et communautaires et améliorer la coordination et la gestion.
- Souple et adaptable à l'évolution des épidémies et capable de déployer rapidement des innovations.

Sources :

Prévention combinée du VIH : adapter et coordonner les stratégies biomédicales, comportementales et structurelles pour réduire les nouvelles infections par le VIH. Genève : ONUSIDA ; 2010.

Prévention combinée : répondre à la nécessité urgente de redynamiser les actions de prévention du VIH à l'échelle mondiale en les intensifiant et en créant des synergies afin de stopper la propagation de l'épidémie de sida et de commencer à inverser la tendance. Genève : ONUSIDA ; 2013 (UNAIDS/PCB(30)/12.13).

Éducation sexuelle complète

L'éducation sexuelle complète (ou ESC) est définie comme « une approche adaptée à l'âge et à la culture pour enseigner la sexualité et les relations en fournissant des informations scientifiquement exactes, réalistes et non moralisatrices ». L'éducation sexuelle permet d'explorer ses propres valeurs et attitudes et d'acquérir des compétences en matière de prise de décision, de communication et de réduction des risques concernant de nombreux aspects de la sexualité ».

Source : Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Volume I. Paris : UNESCO, 2009.

L'éducation sexuelle complète est désignée différemment d'un pays à l'autre. De nombreuses appellations différentes sont utilisées, reflétant l'accent mis par les différents pays sur divers aspects de l'éducation sexuelle complète. Comme tous les programmes scolaires, l'ESC doit être dispensée conformément aux lois et politiques nationales.

Compétences génériques de la vie courante

Thèmes essentiels	• Prise de décision/affirmation de soi • Communication/négociation/refus • Autonomisation en matière de droits humains
Thèmes souhaités	• Acceptation, tolérance, empathie et non-discrimination • Autres compétences de vie liées au genre

Santé sexuelle et reproductive/éducation à la sexualité

Thèmes essentiels

- Croissance et développement humain
- Anatomie et physiologie sexuelles
- Vie familiale, mariage, engagement à long terme et relations interpersonnelles
- Société, culture et sexualité : valeurs, attitudes, normes sociales et médias en relation avec la sexualité
- Reproduction
- Égalité des genres et rôles des hommes et des femmes
- Abus sexuels/résistance à des rapports sexuels non désirés ou forcés
- Préservatifs
- Comportement sexuel (pratiques sexuelles, plaisir et sentiments)
- Transmission et prévention des infections sexuellement transmissibles

Thèmes souhaités

- Grossesse et accouchement
- Contraception autre que les préservatifs
- Violence fondée sur le genre et pratiques préjudiciables/refus de la violence
- Diversité sexuelle
- Sources de services de santé sexuelle et reproductive/recherche de services
- Autres contenus liés à la santé sexuelle et reproductive et à l'éducation à la sexualité

Contenu spécifique lié au VIH et au sida

Thèmes essentiels

- Transmission du VIH
- Prévention du VIH : pratiquer des rapports sexuels protégés, y compris l'utilisation de préservatifs
- Traitement du VIH

Thèmes souhaités

- Stigmatisation et discrimination liées au VIH
- Sources de services de conseil et de dépistage ; recherche de conseils, de traitements, de soins et de soutien
- Autres contenus spécifiques liés au VIH et au sida

Source : Mesurer la réponse du secteur de l'éducation au VIH et au sida – Lignes directrices pour l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs de base. Paris : UNESCO, 2013.

L'UNESCO a élaboré un ensemble de thèmes « essentiels » et « souhaitables » pour un programme d'éducation au VIH et à la sexualité basé sur les compétences nécessaires à la vie courante. Les thèmes essentiels sont ceux qui ont l'impact direct le plus important sur la prévention du VIH, tandis que les thèmes souhaitables sont ceux qui ont un impact indirect sur la prévention du VIH, mais qui sont importants dans le cadre d'un programme global d'éducation sexuelle.

Protection sociale tenant compte du VIH

La protection sociale sensible au VIH permet aux personnes vivant avec le VIH et aux autres populations vulnérables d'accéder aux services en même temps que le reste de la population, ce qui permet d'éviter l'exclusion de certains groupes. La protection sociale sensible au VIH est l'approche privilégiée, car elle évite la stigmatisation qui peut résulter d'une focalisation exclusive sur le VIH. Les approches de la protection sociale sensible au VIH comprennent les éléments suivants : protection financière par le biais de transferts prévisibles d'argent, de nourriture ou d'autres produits pour les personnes touchées par le VIH et les plus vulnérables ; accès à des services de qualité abordables, notamment des traitements, des services de santé et d'éducation ; et politiques, législation et réglementation visant à répondre aux besoins (et à faire respecter les droits) des personnes les plus vulnérables et les plus exclues.

Source : Guide de terminologie de l'ONUSIDA, 2015. Genève : ONUSIDA; 2015 (https://www.unaids.org/sites/default/files/ media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf).

Populations clés ou populations clés à haut risque

Les populations clés ou populations clés à plus haut risque représentent les groupes les plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre et dont la participation est indispensable à une riposte au VIH réussie. Dans tous les pays, les populations

clés comportent des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des environnements, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les usagers de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe ainsi que leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Cependant, chaque pays doit définir les populations spécifiques les plus concernées par l'épidémie et la riposte contre celle-ci en fonction du contexte épidémiologique et social.

Source : Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 : Objectif zéro. Genève : ONUSIDA ; 2010.

L'ONUSIDA considère que les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe et leurs clients, les personnes transgenres et les personnes qui s'injectent des drogues sont les quatre principaux groupes de population clés. Ces populations sont souvent victimes de lois répressives ou de politiques stigmatisantes et sont parmi les plus susceptibles d'être exposées au VIH. Leur engagement est essentiel à la réussite de la riposte au VIH partout dans le monde – ils sont la clé de l'épidémie et la clé de la riposte. Les pays doivent définir les populations spécifiques les plus concernées par l'épidémie et la riposte contre celle-ci en fonction du contexte épidémiologique et social. L'expression « populations clés » est également utilisée par certaines agences pour désigner des populations autres que les quatre énumérées ci-dessus. Par exemple, les prisonniers et autres personnes incarcérées sont aussi particulièrement vulnérables au VIH et bénéficient rarement d'un accès adéquat aux services ; certaines organisations peuvent les considérer comme une population clé. L'expression « populations clés à haut risque » peut également être utilisée de manière plus large, pour désigner d'autres populations qui sont les plus exposées au risque d'acquisition ou de transmission du VIH, quel que soit l'environnement juridique et politique. Outre les quatre principales populations clés, ce terme englobe les personnes vivant avec le VIH, les partenaires séronégatifs des couples sérodiscordants et d'autres populations spécifiques susceptibles d'être concernées dans certaines régions (comme les jeunes femmes en Afrique australe, les pêcheurs et les femmes autour de certains lacs africains, les chauffeurs routiers sur de longues distances et les populations mobiles).

En outre, l'ONUSIDA utilise également le terme « populations prioritaires » pour décrire les groupes de personnes qui, dans un contexte géographique spécifique (pays ou lieu), sont importants pour la riposte au VIH parce qu'ils courent un risque accru de contracter le VIH ou sont désavantagés lorsqu'ils vivent avec le VIH, en raison d'une série de circonstances sociétales, structurelles ou personnelles. Outre les personnes vivant avec le VIH et les populations clés définies au niveau mondial qui sont importantes dans tous les contextes, les pays peuvent identifier d'autres populations prioritaires pour leurs réponses nationales, s'il existe des preuves locales claires d'un risque accru de contracter le VIH, de mourir du sida ou de subir d'autres effets négatifs sur la santé liés au VIH parmi d'autres populations. En fonction de l'épidémiologie du VIH dans le pays, des facteurs associés et des inégalités, il peut s'agir de populations telles que les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans les endroits où l'incidence du VIH

est élevée, les partenaires sexuels des populations clés, les personnes en déplacement, les personnes handicapées, les populations autochtones, les travailleurs des mines, ainsi que d'autres populations dans des pays spécifiques.

Toutefois, dans la grande majorité des cas, les populations clés et les personnes vivant avec le VIH sont les populations prioritaires les plus importantes pour la réalisation des objectifs mondiaux.

Source : Guide de terminologie de l'ONUSIDA, 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015. Disponible sur https://www.unaids.org/sites/default/files/ media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf.

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes décrivent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (y compris les jeunes hommes), qu'ils aient ou non des rapports sexuels avec des femmes ou qu'ils aient une identité personnelle ou sociale homosexuelle ou bisexuelle. Ce concept est utile, car il inclut également les hommes qui s'identifient comme hétérosexuels, mais qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Le terme « homosexuel » peut se référer à l'attirance sexuelle pour le même sexe, au comportement sexuel du même sexe et à l'identité culturelle du même sexe.

Source : Guide de terminologie de l'ONUSIDA, 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015. Disponible sur https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_fr.pdf.

Personnes transgenres

Transgenre est un terme générique désignant les personnes dont l'identité et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées au genre qui leur a été assigné à la naissance ; il inclut les personnes transsexuelles, transgenres ou non conformes au genre. Les personnes transgenres peuvent s'identifier comme transgenre, femme, homme, trans-femme ou trans-homme, transsexuel ou, dans certaines cultures, comme *hijra* (Inde), *kathoey* (Thaïlande), *waria* (Indonésie) ou l'une des nombreuses autres identités transgenres. Elles peuvent exprimer leur genre de diverses manières, masculines, féminines et/ou androgynes.

Source : Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : OMS ; 2014.

Jeunes

Les jeunes sont les personnes âgées de 15 à 24 ans (selon les indicateurs du système de notification des progrès de la lutte mondiale contre le sida).

*Source : Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, 2015. Genève : OMS ; 2015 (*http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_en.pdf, *consulté le 25 septembre 2015).*

L'OMS définit l'adolescence comme la période de croissance et de développement humain qui se situe après l'enfance et avant l'âge adulte, entre 10 et 19 ans.

Source : Adolescent development: a critical transition. Dans : OMS [Site Web]. OMS ; 2015 (https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/quality-of-care, consulté le 25 septembre 2015).

ANNEXE 4 : THÉORIE DU CHANGEMENT

ANNEXE 4 : THÉORIE DU CHANGEMENT

Le cadre ci-dessous décrit plus en détail la théorie du changement mentionnée à la page 20 de la Stratégie.

OBJECTIF : Mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 (réduction de 90 % des nouvelles infections et des décès par rapport aux niveaux de 2010 ; riposte durable, équitable et résiliente)						
	Narratif prioritaire de haut niveau	**Résultats (ce qui doit être fait/livré)**	**Conclusions (ce qui change)**	**Objectifs 16 (destination d'ici 2030)[72, 73]**	**Risques**	**Réduction**
Priorité 1 : Réponses des pays en matière de développement durable	Des ripostes au VIH menées par les pays avec un financement à long terme sûr et diversifié ; une intégration complète du VIH dans les systèmes sanitaires et sociaux plus larges ; un accès équitable à l'innovation et une gouvernance solide des données pour la résilience.	Améliorer l'alignement des modèles d'évaluation des coûts et de budgétisation au niveau national. Accroître la mobilisation des recettes nationales (prélèvements, échanges de créances, taxes sur la santé). Créer des instruments de financement innovants et intégrer la responsabilité budgétaire et le suivi budgétaire sensible au VIH. Intégrer le VIH dans les programmes de soins de santé primaires et de santé publique ; renforcer les plates-formes multisectorielles (éducation, protection sociale, justice, travail). Investir dans la surveillance de routine, l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques de l'état civil, ainsi que dans des systèmes numériques interopérables d'information sur la santé avec protection de la vie privée et des données. Renforcer la capacité d'utilisation des données au niveau national et communautaire pour favoriser l'apprentissage adaptatif et l'amélioration des programmes. Élaborer des feuilles de route nationales sur la viabilité de la lutte contre le VIH. Intégrer des TAR adaptés aux adolescents et aux jeunes et à la communauté. Veiller à ce que les applications numériques tiennent compte de l'égalité des genres et des droits.	Financement à long terme et diversifié de la lutte contre le VIH assuré. Des réponses au VIH intégrées dans des soins de santé primaires de qualité, efficaces et résistants. Assurer un accès équitable aux innovations. Des systèmes de données et d'information solides favorisent la responsabilisation. Un accès abordable et rapide aux médicaments et aux innovations est garanti.	Augmenter le pourcentage des dépenses liées au VIH qui proviennent de sources nationales, de sorte que les ressources nationales représentent 35 % de la riposte au VIH dans les pays à faible revenu, 65 % dans les pays à revenu moyen inférieur et 95 % dans les pays à revenu moyen supérieur. Réduire les dépenses personnelles liées au VIH, conformément aux principes de la santé publique universelle. 21,9 milliards de dollars mobilisés pour des investissements dans la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. 95 % des personnes bénéficiant de services de prévention ou de traitement du VIH reçoivent également les services de santé sexuelle et reproductive nécessaires (y compris pour les IST). 95 % des femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nouveau-nés reçoivent des soins maternels et néonatals qui intègrent ou sont liés à des services complets de lutte contre le VIH, notamment pour la prévention du VIH et du VHB et le traitement de la syphilis. Indicateurs complémentaires des systèmes (voir les recommandations relatives aux objectifs).	Baisse du financement des bailleurs de fonds ; faible mobilisation nationale ; inertie institutionnelle ; sous-financement des soins de santé primaires ; systèmes de données fragmentés ; risques liés à la protection de la vie privée et à l'intelligence artificielle. Information tardive sur la résurgence de l'épidémie. Dépendance à l'égard des systèmes de données financés par des bailleurs de fonds. Faible intégration du suivi communautaire. Risques pour la vie privée et les droits numériques. Utilisation non réglementée ou contraire à l'éthique de l'IA et de la gouvernance des données, sans garanties suffisantes en matière de respect de la vie privée et des droits humains.	Élargir la marge de manœuvre budgétaire (impôts progressifs, prélèvements, échanges de créances). Faire participer les économies émergentes au financement. Renforcer la responsabilité budgétaire. Développer des instruments de financement innovants. Intégrer l'intégration dans les plans de santé et de soins de santé primaires. Veiller à ce que l'intégration des soins de santé primaires englobe explicitement les plates-formes de prestation de services communautaires. Renforcer l'infrastructure des soins de santé primaires et les mesures d'incitation en faveur de la main-d'œuvre. Mobiliser des ressources pour les systèmes de données. Intégrer des mesures de surveillance et de protection numérique pilotées par les communautés. Combler les lacunes en matière de préparation numérique au moyen d'évaluations de la maturité et de programmes d'alphabétisation numérique afin de garantir un accès équitable aux interventions numériques en matière de santé. Renforcer les capacités réglementaires en matière d'IA et de numérique.

[72] Remarque : NSP (programme aiguille/seringue) ; PEP (post-exposure prophylaxis) ; SSP (soins de santé primaires) ; PrEP (pre-exposure prophylaxis) ; OAT (traitement par agoniste opioïde) ; IST (infections sexuellement transmissibles) ; CSU (couverture sanitaire universelle) ; SSR (santé sexuelle et reproductive) ; VHB (vaccin contre l'hépatite B). Source : Recommandations de l'Équipe spéciale mondiale de réflexion pour la définition des objectifs de lutte contre le VIH à l'horizon 2030. Genève : ONUSIDA ; 2025.

[73] Les objectifs seront ventilés, le cas échéant, par genre, âge et population clé.

OBJECTIF : Mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 (réduction de 90 % des nouvelles infections et des décès par rapport aux niveaux de 2010 ; riposte durable, équitable et résiliente)						
	Narratif prioritaire de haut niveau	**Résultats (ce qui doit être fait/livré)**	**Conclusions (ce qui change)**	**Objectifs 16 (destination d'ici 2030)[72, 73]**	**Risques**	**Réduction**
Priorité 2 : Couverture et qualité des services VIH	Élargir l'accès équitable au traitement et à la prévention du VIH afin que tous ceux qui ont besoin de ces services puissent en bénéficier.	Élargir les services différenciés et intégrés de lutte contre le VIH. Élargir l'accès aux options de prévention du VIH (PrEP, préservatifs PEP, NSP, OAT, ESC). Renforcer les connaissances et les capacités des prestataires et de la communauté ; réduire la stigmatisation. Soutenir la fabrication locale, les achats groupés et les activités de façonnage du marché. Intégrer un TAR adapté aux adolescents/jeunes et à la communauté. Veiller à ce que les applications numériques tiennent compte de l'égalité des genres et des droits.	Les personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement et à des soins de qualité ; la suppression virale augmente. Les personnes à risque ont recours à une prévention efficace ; l'incidence du VIH diminue. Les services sont plus différenciés, intégrés et inclusifs. Les pays utilisent régulièrement des données en temps réel et l'apprentissage pour adapter et améliorer les modèles de prestation de services liés au VIH.	95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur sérologie VIH ; objectif 95-95-95 atteint. 90 % de couverture de la prévention. <10 % stigmatisation/ discrimination. <10 % de lois punitives.	Déficits de financement. Lacunes dans les soins de santé primaires, ruptures de stock. Stigmatisation, faible intégration de la santé sexuelle et reproductive et du VIH, lois répressives.	Augmenter les financements nationaux/ innovants. Augmenter les budgets de financement et de prévention. Renforcer les SSP et le personnel de santé. Coordination régionale des achats. Réformer les lois punitives. Intégrer la santé sexuelle et reproductive et le VIH. Promouvoir des campagnes de changement social et comportemental. Soutenir les génériques et les réformes de la tarification. Renforcer les capacités réglementaires en matière d'IA et de numérique.

[72] Remarque : NSP (programme aiguille/seringue) ; PEP (post-exposure prophylaxis) ; SSP (soins de santé primaires) ; PrEP (pre-exposure prophylaxis) ; OAT (traitement par agoniste opioïde) ; IST (infections sexuellement transmissibles) ; CSU (couverture sanitaire universelle) ; SSR (santé sexuelle et reproductive) ; VHB (vaccin contre l'hépatite B). Source : Recommandations de l'Équipe spéciale mondiale de réflexion pour la définition des objectifs de lutte contre le VIH à l'horizon 2030. Genève : ONUSIDA ; 2025.

[73] Les objectifs seront ventilés, le cas échéant, par genre, âge et population clé.

OBJECTIF : Mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 (réduction de 90 % des nouvelles infections et des décès par rapport aux niveaux de 2010 ; riposte durable, équitable et résiliente)						
	Narratif prioritaire de haut niveau	**Résultats (ce qui doit être fait/livré)**	**Conclusions (ce qui change)**	**Objectifs 16 (destination d'ici 2030)[72, 73]**	**Risques**	**Réduction**
Priorité 3 : Équité et communauté	Promouvoir les droits humains, l'égalité des genres et le leadership communautaire afin que les services soient accessibles, acceptables et durables.	Abroger les lois discriminatoires ; adopter des lois d'habilitation. Étendre les programmes de lutte contre la stigmatisation et la violence fondée sur le genre. Institutionnaliser les approches fondées sur les droits et transformatrices en matière d'égalité des genres. Fournir des ressources pour les réponses apportées par les communautés grâce à la co-conception de contrats sociaux et à l'innovation pilotée par les communautés (y compris les plates-formes d'autosoins numériques et dirigées par des agents de santé communautaires).	Les communautés sont habilitées à mener des actions et disposent des ressources nécessaires à cet effet. Réduction de la stigmatisation et de la discrimination et protection de l'espace civique. Respect des droits humains et de l'égalité des genres.	Les organisations communautaires fournissent 30 % des services de dépistage et de soutien au traitement. Les organisations communautaires proposent 80 % des options de prévention Les organisations dirigées par la communauté réalisent 60 % des programmes de facilitation sociétale. (Noter l'objectif de suivi par la communauté dans les 50 objectifs restants).	La répression contre l'égalité des genres et les droits des personnes LGBTIQ+. Normes sexistes néfastes et violence sexiste persistante. Financement insuffisant des droits et des interventions de lutte contre la stigmatisation. Rétrécissement de l'espace civique et lois restrictives sur les ONG. Faible reconnaissance des rôles de la communauté. Capacité et financement limités des organisations communautaires.	Créer des coalitions de défense. Institutionnaliser l'autonomisation juridique et les politiques de transformation du genre. Fournir des ressources pour les programmes de lutte contre la stigmatisation, la violence fondée sur le genre et l'aide juridique. Engager les dirigeants/influents à modifier les normes néfastes. Réformer les lois/réglementations pour permettre la fourniture de services par les communautés. Institutionnaliser les mécanismes de contrats sociaux. Renforcer les capacités et apporter un soutien en matière de sauvegarde. Reconnaissance formelle du suivi et de l'innovation menés par les communautés, permettant l'extension des systèmes d'apprentissage locaux et des outils d'adaptation.
Hypothèses	• L'engagement politique aux niveaux mondial et national reste fort. • Les nouvelles innovations en matière de prévention et de traitement du VIH sont accessibles et étendues de manière équitable. • Les approches fondées sur les droits restent au cœur des ripostes nationales et mondiales au VIH. • La société civile et les organisations communautaires disposent d'un espace juridique, de ressources et de capacités pour opérer et diriger, avec des mesures d'atténuation rapides en cas de restrictions.					

[72] Remarque : NSP (programme aiguille/seringue) ; PEP (post-exposure prophylaxis) ; SSP (soins de santé primaires) ; PrEP (pre-exposure prophylaxis) ; OAT (traitement par agoniste opioïde) ; IST (infections sexuellement transmissibles) ; CSU (couverture sanitaire universelle) ; SSR (santé sexuelle et reproductive) ; VHB (vaccin contre l'hépatite B). Source : Recommandations de l'Équipe spéciale mondiale de réflexion pour la définition des objectifs de lutte contre le VIH à l'horizon 2030. Genève : ONUSIDA ; 2025.

[73] Les objectifs seront ventilés, le cas échéant, par genre, âge et population clé.

ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 595 59 92

unaids.org