

NOTE D'INFORMATION
PREVENTION DU VIH POUR 2020:
UN PARTENARIAT MONDIAL POUR
LA PRESTATION

Exonération de responsabilité

Les études de cas utilisées dans cette note d'information sont présentées telles qu'elles ont été soumises et n'indiquent pas, de façon implicite ou autre, l'approbation ou le soutien de l'ONUSIDA dans le cadre de sa mission, de l'un de ses Coparrainants, des États membres ou de la société civile, ni un quelconque lien avec ces derniers ou un quelconque soutien de leur part. Le contenu de ces études de cas n'a pas fait l'objet d'un contrôle indépendant. L'ONUSIDA ne garantit en aucun cas l'exhaustivité et l'exactitude de ces études de cas, et décline expressément toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans ces dernières. Les formulations employées dans cette publication et la présentation des études de cas susvisées n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique d'un quelconque pays, territoire, ville ou région, ou de ses autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Par ailleurs, lesdites études de cas ne reflètent pas nécessairement les positions d'États membres, de la société civile, du Secrétariat de l'ONUSIDA ou des Coparrainants de l'ONUSIDA.

Pour de plus amples informations, toutes les études de cas sont publiées en ligne dans un document de séance sur le site Internet du CCP: UNAIDS/PCB (40)/CRP4

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	6
DONNÉES PROBANTES ET CONSIGNES DE MISE EN ŒUVRE – CE QUI FONCTIONNE	10
L'ÉCHELLE DE LA PRÉVENTION DEMEURE INSUFFISANTE: POURQUOI ?.....	18
OPPORTUNITÉS ET DÉFIS DES NOUVELLES INITIATIVES.....	27
RÔLE DES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES DANS LA PRÉVENTION DU VIH.....	34
VERS UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LA PRÉVENTION DU VIH	40
RECOMMANDATIONS.....	43
RÉFÉRENCES	45

INTRODUCTION

1. Lors de sa 39^e réunion, en décembre 2016, le Conseil de coordination de l'ONUSIDA a choisi pour 40^e segment thématique: « La prévention du VIH d'ici à 2020: un partenariat mondial pour la prestation ». Cette nouvelle thématique arrive à un moment crucial. En effet, le nombre des nouveaux cas de séropositivité stagne et semble ne plus diminuer, ce qui souligne l'urgence et la nécessité de redynamiser la prévention du VIH si nous souhaitons atteindre les objectifs fixés au niveau mondial. Elle offre également une opportunité majeure d'examiner comment et dans quelle mesure une meilleure intégration de la riposte au VIH aux initiatives plus larges de concrétisation des ODD pourrait accélérer les progrès réalisés, sachant que la prévention du VIH est étroitement liée à plusieurs des ODD.
2. Le choix de cette thématique fait suite à une série de réunions du Conseil qui ont réaffirmé l'importance de la prévention du VIH. En 2000, par exemple, le CCP a recommandé que les gouvernements, les partenaires bilatéraux, les ONG et l'ONUSIDA appuient l'accélération de la prévention dans toutes les zones touchées, grâce à des initiatives régionales, nationales et mondiales.¹ En 2005, l'ONUSIDA a publié un document d'orientation politique intitulé: « Intensification de la prévention du VIH » (ONUSIDA/CCP(16)/04.3)². Le CCP y exhortait le Programme commun à lancer un mouvement d'intensification de la prévention du VIH, tout en soulignant la nécessité de traduire cette prévention par des actions concrètes à l'échelon national et s'inscrivant dans le cadre d'une riposte globale au VIH, et de prendre en charge les facteurs fondamentaux qui sous-tendent l'épidémie.³ En 2012, il y a cinq ans, un segment thématique complet du CCP a été consacré à la « Prévention combinée: répondre au besoin urgent de redynamiser les ripostes de prévention au VIH dans le monde en intensifiant l'action et en développant les synergies pour stopper et amorcer le renversement de l'épidémie de sida », en ligne avec les Objectifs du Millénaire pour le développement.
3. Le document d'information de 2012 analyse la majeure partie des initiatives qui ont fait leurs preuves pour la prévention du VIH, et relève la nécessité d'étendre les bonnes combinaisons de programmes aux bons endroits, de même que les défis uniques posés par les programmes de prévention combinée, tant en termes de mise en œuvre que d'évaluation. Ceux-ci portent en effet sur des actions aux multiples facettes et dépendantes du contexte, dont l'impact résulte de la combinaison spécifique d'actions retenue.⁴ Dans ses décisions ultérieures, le Conseil a pris note des objectifs de prévention du VIH adoptés dans la Déclaration politique de l'ONU de 2011 et a appelé le Programme commun, les gouvernements, les organisations de la société civile et les autres partenaires au développement à s'intéresser davantage à tous les paramètres de la prévention combinée étayée par des données probantes.⁵
4. Plus récemment, plusieurs thématiques du CCP ont été liées à la prévention du VIH au sein de populations spécifiques, parmi lesquelles « Le VIH, les adolescents et les jeunes » en 2013, « Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables » en 2015 et « Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030 » en 2016. Le VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés a également été abordé lors de la 37^e réunion en 2016⁶. À l'issue de la session sur les adolescents et les jeunes, le CCP a relevé avec une vive inquiétude que les jeunes femmes de 15 à 24 ans présentaient des taux d'infection au VIH deux fois plus élevés que les jeunes hommes, et a donc encouragé les États Membres à étendre de toute urgence les programmes de prévention du VIH sexospécifiques,

adaptés aux jeunes et fondés sur des données probantes, à accroître l'accès au traitement pédiatrique du VIH et à renforcer les initiatives visant à renforcer la capacité des jeunes femmes et des adolescentes à se protéger contre le VIH.⁷

5. La 35^e réunion du CCP, en 2014, a constaté que les nouveaux cas n'avaient que très légèrement diminué chez les consommateurs de drogues injectables et que l'objectif de la Déclaration politique de 2011 concernant la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables ne serait presque certainement pas atteint.⁸ Le CCP a reconnu la nécessité de renforcer le travail sur la transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues, en adoptant et en mettant en œuvre des politiques globales en matière de drogue étayées par des données probantes, fondées sur le respect des droits de l'homme et éclairées par les mesures de réduction des risques liés au VIH et aux consommateurs de drogues préconisées par le Guide technique OMS/ONUSIDA/ONUDDC⁹. Enfin, concernant le rôle de la collectivité, le CCP a été informé de l'importance de la collaboration entre collectivités et gouvernements pour modifier les comportements, créer une demande d'actions de prévention et y répondre, et remettre en question les normes socioculturelles et les attitudes pour améliorer les résultats de la prévention, notamment en étendant la portée des services de prévention, en faisant progresser le respect des droits humains et en réduisant les inégalités entre les sexes ainsi que la stigmatisation et la discrimination.¹⁰ Le CCP a ensuite encouragé les États membres à supprimer les barrières réglementaires et culturelles, et à s'assurer d'une participation digne de sens de la société civile ainsi que des personnes vivant avec le VIH et des autres populations clés dans les politiques et programmes.¹¹
6. En s'appuyant sur les discussions qui précèdent, ce document:
 - examine les progrès accomplis depuis la dernière discussion approfondie du CCP, en 2012, sur l'état de la prévention du VIH et les séances spécifiques sur les adolescents et la consommation de drogues qui l'ont suivie;
 - examine ce qui fonctionne en termes de prévention du VIH et quelles parties prenantes doivent être impliquées pour un maximum de succès, et analyse pourquoi les programmes de prévention ont été insuffisamment étendus, malgré les engagements politiques répétés des États membres de l'ONU et les appels lancés par le Conseil;
 - présente les opportunités de redynamisation de la prévention, notamment grâce à une liaison plus étroite avec les initiatives plus larges de concrétisation des ODD; et
 - propose les éléments d'un cadre mondial de prévention du VIH et d'un partenariat pour la prestation.
7. Cette note ainsi que le segment thématique se concentrent sur la prévention primaire du VIH, et sur l'autonomisation des populations clés ainsi que la promotion et la mise à disposition d'outils efficaces auprès de ces dernières, afin qu'elles puissent se protéger du VIH. Les principales données probantes concernant l'effet préventif du traitement, notamment dans le cadre d'initiatives plus larges de réduction du nombre des nouveaux cas, sont également présentées mais ne constituent toutefois pas le principal objet de cette note. Les programmes de prévention combinée associent des approches biomédicales, comportementales et structurelles, notamment le dépistage et l'orientation vers les services médicaux.

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Malgré la disponibilité d'un éventail croissant d'outils et de méthodes efficaces pour la prévention du VIH, les nouveaux cas chez l'adolescent et l'adulte ont largement stagné ces dernières années, et les objectifs de prévention fixés au niveau mondial ont été largement manqués. Les nouveaux cas ont stagné chez les professionnel(le)s du sexe et ont même augmenté chez les HSH et les consommateurs de drogues injectables. Dans les pays africains à forte prévalence, le nombre de nouveaux cas chez les adolescentes et les jeunes femmes ainsi que chez leurs partenaires masculins souvent plus âgés reste particulièrement élevé, en dépit de certains signes indiquant que l'incidence chez les filles aurait amorcé une baisse. Le nombre de jeunes augmente dans les populations clés. Dans ces pays, un nombre important d'adultes, aussi bien des femmes que des hommes, contractent également le VIH, ce qui impose une approche de prévention couvrant toutes les tranches d'âge.

Nouveaux cas à l'échelon mondial et régional

8. Malgré la disponibilité d'un éventail croissant d'outils et de méthodes efficaces de prévention du VIH, et une extension massive de l'accès au traitement ces dernières années, les nouveaux cas chez l'adulte n'ont pas suffisamment reculé à l'échelle mondiale. De 2005 à 2015, le nombre annuel total de nouvelles infections est passé de 2,5 millions (2,3 millions - 2,8 millions) à 2,1 millions (1,8 million - 2,4 millions), mais le nombre annuel des nouvelles infections au VIH est lui resté stationnaire, à environ 2 millions depuis 2010. L'objectif de la Déclaration politique de 2011 de réduire les nouveaux cas dus à une transmission sexuelle ou à la consommation de drogues injectables de 50 % entre 2010 et 2015 est resté largement hors d'atteinte^{a, 12}
9. Parallèlement, des progrès considérables ont été réalisés dans la réduction des nouveaux cas chez l'enfant, qui sont passés de 450 000 (390 000 - 510 000) en 2005 à 150 000 (110 000 - 190 000) en 2015. Ces résultats sont pour une grande part attribuables à l'engagement politique et programmatique vis-à-vis du Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie. À l'échelle mondiale, le pourcentage de femmes enceintes pouvant bénéficier de services de prévention via les plateformes existantes de soins prénatals a augmenté de 16 % (14-18 %) à 77 % (69-86 %) entre 2005 et 2015.
10. En 2015, près de 90 % des nouveaux cas chez l'adulte sont apparus dans les 35 pays choisis pour bénéficier de l'Initiative accélérée de la stratégie 2015 de l'ONUSIDA. L'Afrique du Sud présente le plus grand nombre de nouveaux cas, soit 380 000 (330 000 - 430 000), suivie du Nigeria et de l'Inde. Parmi les 35 pays retenus, seuls six ont enregistré une baisse des nouveaux cas de plus de 30 % entre 2010 et 2015, tandis que 17 ont connu une baisse

^a Bien que près de 100 % des nouveaux cas chez l'adulte surviennent par l'une de ces deux voies de transmission, la sécurité transfusionnelle et les précautions standard contre les infections nosocomiales dans le secteur de la santé restent également essentielles.

modeste de moins de 30 % et 12 ont subi une augmentation.¹³ Aucun pays n'a atteint l'objectif de la Déclaration de politique de l'ONU de 2011 sur le VIH, qui visait une réduction de 50 % de la transmission par voie sexuelle et par la consommation de drogues pour 2015.

11. Une modeste baisse de 4 % des nouveaux cas chez l'adulte a été observée en Afrique australe et orientale entre 2010 et 2015, alors que les tendances en Asie, dans le Pacifique, en Afrique de l'Ouest et centrale, en Amérique latine et dans les Caraïbes sont demeurées stationnaires. Il a été estimé que les nouveaux cas chez l'adulte avaient augmenté au Moyen-Orient, en Afrique du Nord, en Europe de l'Est et en Asie centrale pendant cette période, y compris dans certains pays non retenus par l'Initiative d'accélération.¹⁴

Nouveaux cas chez les populations clés

12. Selon les estimations, environ 45 % des nouveaux cas dans le monde surviennent chez les populations clés et leurs partenaires sexuels.¹⁵ En-dehors de l'Afrique subsaharienne, plus de 60 % des nouveaux cas sont liés aux populations clés.¹⁶ En Afrique subsaharienne, la proportion est inférieure mais néanmoins significative : 20 % des nouveaux cas identifiés au Bénin sont liés à des professionnel(le)s du sexe, à leurs clients et à leurs partenaires.¹⁷ Une étude menée en 2013 dans un état du Nigéria a montré que près de la moitié des nouveaux cas survenaient au sein des populations clés, c'est-à-dire chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, et les consommateurs de drogues et leurs partenaires.¹⁸ Certains chercheurs ont estimé qu'en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, une grande part des nouveaux cas surviennent dans le contexte du commerce du sexe.¹⁹
13. Des analyses récentes suggèrent qu'au niveau mondial, le nombre de nouveaux cas chez les professionnel(le)s du sexe est stationnaire ces dernières années, tandis que l'incidence a augmenté chez les consommateurs de drogues injectables et chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes²⁰, malgré les réussites de la prévention chez ces populations dans certains pays et certaines villes, par exemple, chez les professionnel(le)s du sexe en Thaïlande^{21, 22}, chez les consommateurs de drogues injectables en Ukraine²³ et chez les hommes gays et les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans plusieurs villes des États-Unis^{24, 25} et à Londres²⁶. À Boston, par exemple, où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent 64 % des personnes vivant avec le VIH, les nouveaux cas chez l'homme ont diminué de 31 % entre 2005 et 2013.²⁷

Les données sont insuffisantes pour les autres populations clés, en-dehors des professionnel(le)s du sexe, des consommateurs de drogues injectables et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Toutefois, les personnes transgenres, les détenus et les populations indigènes, bien qu'en nombre plus limité, sont aussi plus vulnérables au VIH que les autres adultes^{28, 29, 30, 31, 32}. En 2011, le Canada a par exemple enregistré 179,2 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants autochtones contre 29,2 nouveaux cas chez les populations non autochtones, la différence étant la plus marquée chez les femmes autochtones³³. Par ailleurs, dans certaines régions telles que l'UE, les migrants peuvent constituer une part considérable des nouveaux diagnostics, ces derniers incluant des contractions du virus ultérieures à l'arrivée dans la région, ce qui souligne la nécessité

d'actions spécifiques à l'intention de cette population clé³⁴. En règle générale, les populations clés demeurent entre 5 fois (détenus) et 49 fois (femmes transgenres) plus susceptibles de contracter le virus que les autres adultes d'un pays donné.³⁵

14. Le taux de contraction du virus peut être très élevé. Par exemple, à Rio de Janeiro au Brésil, une prévalence du VIH de 31,2 % a été observée parmi les femmes transgenres³⁶, contre 0,6 % (0,4-0,8 %)³⁷ chez l'adulte au sein de la population nationale. Dans certains groupes de population, comme les professionnel(le)s du sexe en Afrique australe³⁸, et les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans certaines villes³⁹, l'incidence peut atteindre 10 %, ce qui signifie que 10 % de ces personnes contractent le virus chaque année.

Nouveaux cas chez les adolescentes et les jeunes femmes et chez leurs partenaires masculins dans les pays à forte prévalence

15. Le nombre total des nouveaux cas de séropositivité chez les adolescentes et les jeunes femmes demeure inacceptable. En 2015, 240 000 (200 000 - 270 000) nouveaux cas ont été dépistés chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans en Afrique orientale et australe, dont 100 000 (89 000 - 120 000) en Afrique du Sud et 23 000 (17 000 - 34 000) au Kenya.⁴⁰ Au Swaziland, 47 % des femmes de 25 à 29 ans sont déjà séropositives.⁴¹ En 2015, 19 % des nouveaux cas dans le monde concernaient des jeunes femmes (de 15 à 24 ans), 79 % de ces derniers étant apparus en Afrique subsaharienne.
16. Les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne sont confrontées à un risque particulièrement élevé de contracter le VIH par rapport à leurs homologues masculins. Dans plus de 15 pays de la région⁴², les jeunes femmes (de 15 à 24 ans) sont entre 3 et 7 fois plus susceptibles de contracter le virus que leurs homologues masculins, en raison de différents facteurs biologiques, démographiques, sociaux et économiques⁴³, ⁴⁴. Les inégalités socio-économiques dont sont victimes les femmes ainsi que leur position de vulnérabilité dans le contexte des relations sexuelles les empêchent de prendre les mesures requises pour se protéger.⁴⁵
17. Les violences ou la crainte de ces dernières ont été identifiées comme une barrière importante au développement des services de prévention et de traitement^{46,47}, et là où les hommes adoptent un comportement dominateur et où la prévalence du VIH excède 5 %, un lien a été identifié entre la violence physique et émotionnelle exercée par un partenaire intime et la contraction du VIH chez la femme.^{48,49} Par ailleurs, des recherches menées au Botswana et au Swaziland ont montré que les femmes souffrant de l'insécurité alimentaire ont 70 % de chances en moins de percevoir leur capacité personnelle à contrôler la relation sexuelle, et près de 70 % de chances en plus d'avoir des relations non protégées.⁵⁰

Certains signes indiquent que l'incidence du VIH a amorcé une baisse chez les jeunes femmes dans certains pays à forte prévalence tels que l'Afrique du Sud, tandis que le faible taux de contraction du virus chez les garçons et les jeunes hommes reste stable⁵¹. Cependant, avec un nombre croissant de jeunes femmes et de jeunes hommes atteignant la maturité sexuelle en raison de l'évolution démographique, le nombre total de nouveaux cas reste élevé, et risque d'augmenter si les programmes mis en place ne parviennent pas à s'adapter.

Taux de contraction du VIH et tranches d'âge

18. Dans les pays à forte prévalence, un grand nombre d'adultes de plus de 25 ans, tant des femmes que des hommes, contractent le VIH, même si le taux de nouveaux cas est largement stationnaire ces dernières années dans la tranche des 25-49 ans, et ce pour les deux sexes. Chez l'homme, le risque augmente avec l'âge, ce qui implique également un risque accru pour les hommes plus âgés de transmettre le virus à leurs partenaires féminines souvent plus jeunes.⁵² La proportion des nouveaux cas dans le monde, chez l'homme, passe de 35 % pour la tranche des 15-19 ans à 63 % pour la tranche des 40-44 ans. Même en Afrique orientale et australe, où des populations clés essentiellement masculines représentent une proportion beaucoup plus faible des nouveaux cas par rapport à la moyenne mondiale, 54 % des nouveaux cas identifiés chez les 30-34 ans en 2015 étaient des hommes.⁵³ Par ailleurs, en Afrique orientale et australe, environ 57 000 (49 000 - 56 000) personnes de plus de 50 ans auraient contracté le VIH en 2015, selon les estimations.⁵⁴
19. Par conséquent, l'ONUSIDA a récemment mis en avant une approche de la prévention prenant en compte toutes les tranches d'âge et a appelé à un renforcement de l'attention accordée aux hommes dans le cadre des programmes, de même qu'à une implication plus solide de ces derniers dans les ripostes au VIH. Cette approche souligne la nécessité de comprendre l'épidémie vis-à-vis de différentes tranches d'âge, ainsi que par zone géographique et sous-population. Une compréhension détaillée est fondamentale pour améliorer la riposte au VIH. Le travail récent de cartographie des données épidémiologiques, comportementales et programmatiques facilite une prévention plus ciblée du VIH, dans les zones et auprès des populations pour lesquelles le risque de contraction du VIH est le plus élevé.⁵⁵

DONNÉES PROBANTES ET CONSIGNES DE MISE EN ŒUVRE – CE QUI FONCTIONNE

Les méthodes de prévention biomédicales telles que les préservatifs, la réduction des risques (programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, et traitement de substitution aux opiacés), la circoncision médicale masculine volontaire et le travail de prophylaxie pré-exposition pour la prévention primaire ont fait leurs preuves, lorsqu'elles sont combinées à des approches structurelles et de changement des comportements, par exemple, l'autonomisation des femmes, l'éducation, la réduction de la stigmatisation et une solide mobilisation de la collectivité. Par ailleurs, il a été solidement démontré que la prévention du VIH permet des économies considérables, lorsqu'elle se concentre sur les populations clés et est mise en œuvre avec la qualité et l'intensité requises. Le Programme conjoint s'est récemment attelé à définir des programmes sur mesure pour chaque groupe de population, ainsi que des consignes de mise en œuvre destinées à aider les différents pays dans la conduite de leurs programmes.

20. Bien que les progrès obtenus à l'échelle mondiale dans la réduction du nombre de nouveaux cas restent très en-deçà des objectifs des Déclarations de politique de l'ONU de 2011 et 2016, des succès ont été néanmoins remportés au niveau local et national, qui montrent comment l'intensification de la prévention du VIH en parallèle à la généralisation du dépistage et à l'extension des programmes de traitement conduit à d'excellents résultats. Ces succès ont généré un solide corpus de données probantes concernant les politiques, les programmes et les approches qui fonctionnent, et doivent être adoptés pour réduire le nombre de nouveaux cas. Depuis la dernière thématique approfondie du CCP sur la prévention en 2012, ces données ont été renforcées et consolidées, et une série d'analyses et de documents de référence et d'orientation a été publiée.

Interventions et approches biomédicales

21. Il ne fait aucun doute que les préservatifs (masculins et féminins) sont des outils efficaces pour réduire le nombre de nouveaux cas, et prévenir les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées.⁵⁶ L'utilisation accrue du préservatif a été attribuée au succès de la prévention en Thaïlande⁵⁷ et dans différentes communautés en Inde⁵⁸. Dans 10 pays enregistrant une baisse de plus de 25 % des nouveaux cas chez l'adulte entre 2000 et 2015, les enquêtes nationales auprès de la population montrent une augmentation constante de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier au cours de la même période, tant chez les hommes que chez les femmes⁵⁹. Au Zimbabwe⁶⁰ et en Afrique du Sud⁶¹, deux pays à forte prévalence, l'utilisation accrue du préservatif a contribué à réduire l'incidence du VIH. Là où des préservatifs sont aisément disponibles, les femmes possédant une plus grande autonomie de décision ont plus de chances d'avoir des relations à moindre risque, grâce à l'utilisation de préservatifs.⁶² Une étude de modélisation mondiale estime que les préservatifs auraient permis d'éviter près de 50 millions de nouveaux cas depuis le début de l'épidémie.⁶³

22. Un corpus de données probantes tout aussi convaincant existe concernant l'efficacité de la réduction des risques (programmes de remplacement des aiguilles et seringues, et traitement de substitution aux opiacés). Ce type d'action est fondamental afin de concevoir des programmes complets, selon les recommandations de l'OMS, l'ONUDD et l'ONUSIDA pour la prévention du VIH et la réduction d'autres effets négatifs liés à la consommation de drogues. Les pays qui ont adopté une approche globale de réduction des risques obtiennent de meilleurs résultats pour la santé des consommateurs de drogues injectables, notamment grâce à la réduction du nombre de nouveaux cas et à une gestion plus efficace de l'usage de drogues et de la criminalité liée à la drogue. Dans huit pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, une couverture triplée des programmes de remplacement des aiguilles et seringues entre 2005 et 2010 a réduit les comportements à risque liés au VIH et au virus de l'hépatite C, de même que les nouvelles infections.⁶⁴ En République islamique d'Iran, l'amélioration du traitement de la dépendance aux drogues, l'extension des programmes de distribution de seringues et d'aiguilles, et la mise sur pied de programmes carcéraux complets ont coïncidé avec une baisse des nouveaux cas chez les consommateurs de drogues injectables, de 1 897 en 2005 à 684 en 2013^{65, 66, 67}. Pareillement, en l'espace de dix ans, les programmes de remplacement des aiguilles et seringues menés en Australie ont réduit le nombre de nouveaux cas de VIH jusqu'à 70 %, et le nombre de cas d'hépatite C jusqu'à 43 %.⁶⁸

Politique de santé publique et réduction des risques en Suisse

À partir des années 80, la politique suisse en matière de drogue est passée du simple maintien de l'ordre public à une véritable politique de santé publique s'appuyant sur quatre piliers : la prévention de l'usage de drogues, le traitement de la dépendance, la réduction des risques ainsi que l'application des lois et les contrôles. L'Office fédéral suisse de la police copréside, avec l'Office fédéral de la santé publique, un groupe de travail national qui facilite la coopération et développe des bonnes pratiques. La réduction des risques et les services de traitement comprennent le remplacement des seringues, la fourniture de matériel stérile, l'accès à des salles d'injection sûres, et différentes formes d'accompagnements psychosociaux, notamment le traitement de substitution aux opiacés, qui constitue à l'heure actuelle l'une des thérapies standard en cas d'addiction aux opiacés en Suisse. Alors que dans les années 80, les consommateurs de drogues injectables représentaient près de 50 % des nouveaux cas en Suisse, la proportion est aujourd'hui tombée à 3 %. En 2013, seulement 12 hommes et 3 femmes consommateurs de drogues injectables ont contracté le virus.

UNAIDS/PCB (40)/CRP4

23. Les moyens de prévention disponibles contre le VIH se sont développés ces dernières années. La circoncision médicale masculine volontaire est une intervention unique et économique qui offre une protection partielle à vie contre la transmission du VIH de la femme à l'homme, et est recommandée dans 14 pays à forte prévalence en Afrique orientale et australe. Un bilan mené en 2009 sur trois essais contrôlés et randomisés d'envergure montre que les hommes

hétérosexuels circoncis étaient de 38 à 66 % moins susceptibles de contracter le VIH dans les deux années suivant l'opération.⁶⁹ La circoncision médicale masculine volontaire comporte également des avantages indirects pour les femmes⁷⁰. Certains modèles suggèrent que cette méthode pourrait éviter 3,36 millions de nouveaux cas d'ici 2025, soit une économie nette de 16,51 milliards de dollars américains, pour autant que la méthode soit pleinement généralisée.⁷¹

24. La prophylaxie pré-exposition (PrEP) est la toute dernière méthode en date venue renforcer les outils de prévention combinée chez les populations clés. Des essais démontrent sa grande efficacité moyennant une prise régulière.⁷² La PrEP par voie orale permet aux personnes disposant de moyens personnels de prévention limités de maîtriser discrètement leur risque de contracter le VIH, grâce à la prise quotidienne d'un antirétroviral, le fumarate de ténofovir disoproxil. Les premières initiatives de généralisation nationale de la PrEP montrent des résultats positifs. Aux États-Unis, la mise en avant résolue et déterminée de la PrEP par la ville de San Francisco dans le cadre de sa riposte globale au sida, en particulier auprès des hommes gays et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, a coïncidé avec une réduction de 29 % des nouveaux cas de 2012 à 2014.⁷³ Dans l'État de New York, le recours à la prophylaxie pré-exposition par les personnes assurées par Medicaid a considérablement augmenté entre 2012 et 2015, suite aux campagnes de sensibilisation menées par les autorités de l'État et de la ville de New York auprès des populations clés.⁷⁴ Depuis 2011, le nombre de nouveaux cas a décliné à New York, tant pour la ville que pour l'État.⁷⁵

Traitement préventif

25. Il est désormais admis que le traitement antirétroviral possède un effet préventif puissant. Le respect rigoureux d'une thérapie antirétrovirale fait baisser la charge virale à un niveau indétectable chez les personnes vivant avec le VIH, ce qui réduit considérablement le risque de transmission du virus à d'autres personnes.⁷⁶ Lorsqu'une grande proportion de personnes vivant avec le VIH au sein d'une communauté sont sous traitement, un effet préventif a été démontré au sein de ladite communauté^{77, 78, 79}. Toutefois, 40 % des personnes vivant avec le VIH ignorent leur séropositivité, parmi lesquelles une grande part de jeunes en Afrique, comme le montrent les études d'impact récemment menées dans trois pays auprès de la population. Ceci souligne la nécessité de prêter une plus grande attention aux besoins des jeunes en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.⁸⁰ Par ailleurs, le risque de transmission du VIH est particulièrement élevé chez les personnes récemment devenues séropositives, et peu d'entre elles sont susceptibles de recevoir un traitement. Des études montrent que la charge virale chez les personnes récemment devenues séropositives peut être 300 fois plus élevée qu'en cas de séropositivité de plus longue date⁸¹, et que 50 % de tous les nouveaux cas chez les HSH pourraient être dus à un partenaire récemment devenu séropositif.⁸²
26. L'orientation systématique des nouveaux cas diagnostiqués de manière à s'assurer de leur traitement reste difficile.⁸³ Une étude portant sur de nouveaux cas diagnostiqués en Afrique du Sud et remplissant les conditions pour une thérapie antirétrovirale a montré que 20 % d'entre

eux refusaient d'être traités, 92 % persistant toujours dans leur refus après deux mois d'accompagnement.⁸⁴ Maintenir la prise en charge et le respect du traitement se révèle également problématique.⁸⁵ Un respect insuffisant du traitement peut naturellement perturber la suppression de la charge virale, avec pour conséquence un risque de transmission accru.⁸⁶

27. Les modèles épidémiologiques et les leçons tirées des programmes menés suggèrent que l'objectif de l'Initiative accélérée de réduire le nombre de nouveaux cas à 500 000 en 2020 nécessite, à une échelle suffisamment large, des programmes de prévention primaire du VIH à fort impact en parallèle à une extension continue des programmes de traitement.⁸⁷ Le scénario de l'Initiative accélérée table sur la prévention de 37 % des nouveaux cas d'Afrique orientale et australe (soit la moitié des nouveaux cas à l'échelle mondiale) grâce à une thérapie antirétrovirale efficace, de 37 % de ces nouveaux cas grâce à l'utilisation de préservatifs par les personnes ayant des partenaires multiples et de 16 % de ces nouveaux cas grâce à la circoncision médicale masculine volontaire. Les cas restants seraient évités grâce à des programmes à l'intention des populations clés, à la prophylaxie pré-exposition et à des aides financières. Dans le cas des épidémies localisées, 48 % des nouveaux cas seraient évités grâce à la thérapie antirétrovirale, 26 % grâce à des programmes à l'intention des populations clés, notamment la prophylaxie pré-exposition, et 18 % grâce à l'utilisation de préservatifs par les personnes ayant des partenaires multiples. Une approche équilibrée de l'extension des programmes de traitement et de prévention (primaire) est par conséquent requise⁸⁸ : les deux types de programmes doivent être étendus en parallèle.⁸⁹
28. Lorsque des outils biomédicaux sont déployés, des interventions et approches socio-comportementales et structurelles menées en parallèle contribuent à maximiser leur acceptation, leur utilisation systématique et leur efficacité. Il s'agit là d'un point essentiel en matière de prévention combinée. Les initiatives biomédicales, socio-comportementales et structurelles sont étroitement liées et interdépendantes.

Programmes pour le changement des comportements

29. Une série de données probantes suggère que les programmes de communication visant à changer les comportements peuvent significativement appuyer d'autres approches de prévention, à condition d'être correctement conçus et mis en œuvre. Relevons que les premières diminutions de l'incidence du VIH observées en Afrique subsaharienne étaient associées à des changements de comportement.⁹⁰ Il existe des études limitées (fondées sur des critères biologiques) qui tendent à démontrer l'effet additionnel de tels programmes de communication, par exemple, l'éducation par les pairs⁹¹, les campagnes médiatiques⁹², l'éducation sexuelle en milieu scolaire⁹³ et l'accompagnement comportemental (par exemple, pour les couples sérodiscordants).⁹⁴ Isolément toutefois, ce type d'initiative n'a que peu d'effet. Par ailleurs, en l'absence d'un accès aux services de santé, les programmes menés risquent de provoquer une demande qui ne peut être satisfaite.
30. Parmi les quelques programmes multi-canaux à grande échelle qui ont permis une couverture élevée et des effets mesurables sur les attitudes, l'utilisation du préservatif et le développement du dépistage figurent, par exemple, la campagne multimédia LoveLife en Afrique du Sud⁹⁵, le

programme national pour le changement des comportements au Zimbabwe⁹⁶ et la campagne internationale One Love menée en Afrique australe⁹⁷.

31. Il a été démontré qu'une éducation sexuelle complète et de qualité a une influence positive sur les connaissances, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH.⁹⁸ Une analyse des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire menée en 2014 a démontré une amélioration des connaissances, de la capacité à utiliser correctement un préservatif et de l'utilisation de contraceptifs, ainsi qu'un refus plus fréquent d'avoir des relations sexuelles et le report du premier rapport.⁹⁹ Il a également été démontré qu'aborder les questions de genre et les droits humains rendait une éducation sexuelle de qualité encore plus efficace.¹⁰⁰
32. Des études examinant les stratégies de prévention efficaces pour des groupes^{101, 102, 103, 104, 105, 106} ou des régions spécifiques^{107, 108, 109, 110, 111, 112} indiquent que l'association d'actions de communication et d'actions favorisant un changement sociétal conçues pour des populations et contextes spécifiques a renforcé l'adoption de comportements préventifs et le recours aux services médicaux et d'accompagnement, lorsqu'ils sont disponibles.

Interventions structurelles

33. Les aspects biomédicaux et comportementaux de la prévention combinée du VIH doivent être appuyés par des interventions structurelles afin de réduire les vulnérabilités et favoriser le recours aux services médicaux et d'accompagnement. L'autonomisation et la mobilisation de la communauté, ainsi que l'élimination des barrières structurelles afin d'accroître l'accessibilité des services et leur utilisation, constituent des éléments essentiels de la prévention combinée. Il s'agit notamment de veiller à l'éducation, à l'autonomisation économique des femmes¹¹³ et à l'accès à la protection sociale, et de renforcer le cadre légal et politique, avec entre autres des mesures de modération des lois, politiques et pratiques coercitives, de réduction de la stigmatisation, des discriminations et des violences, et d'autonomisation des collectivités.
34. Il existe un lien entre l'amélioration du niveau d'éducation des femmes et des filles, et l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive, qui se traduit notamment par un taux plus faible de contraction du VIH, des maternités moins précoces et une diminution des risques lors de l'accouchement, ainsi que par d'autres résultats en termes de développement.¹¹⁴ Au Botswana, chaque année supplémentaire d'enseignement secondaire réduit le risque cumulé de contraction du VIH de 11,6 % chez la femme.¹¹⁵ L'éducation et l'autonomisation économique des femmes et des filles sont également fondamentales afin de prévenir la violence à l'égard des femmes¹¹⁶. Les mesures de protection sociale, par exemple, les aides financières, ont permis d'autonomiser les jeunes femmes, de les maintenir à l'école et de réduire considérablement les relations sexuelles rémunérées dans certains contextes.^{117 118} Une approche de mobilisation de la collectivité développée en vue de prévenir la violence à l'égard des femmes appliquée en Ouganda a non seulement réduit l'acceptation sociale de la violence et les violences effectivement exercées par le partenaire intime, mais a également réduit l'incidence du VIH.¹¹⁹
35. Parmi les interventions structurelles de prévention qui se révèlent efficaces figurent également les mesures visant à supprimer les lois, politiques et pratiques coercitives, et à réduire la stigmatisation, les discriminations et la violence à l'égard des populations clés et des personnes

séropositives. L'analyse des données probantes montre que la décriminalisation du commerce du sexe et l'autonomisation des professionnel(le)s du sexe au sein de la collectivité pourraient prévenir la contraction du VIH chez ces derniers, grâce à un impact conjugué sur la violence, le harcèlement par les forces de police et la sécurité de leur environnement de travail, et en les rendant capables d'obtenir l'utilisation de préservatifs et des relations sexuelles à moindre risque.^{120, 121} Pareillement, il a été montré que l'adoption de lois suffisamment ambitieuses pour la réduction des risques réduit la transmission du VIH¹²², et que les politiques et pratiques d'application des lois qui reflètent une véritable approche de santé publique et prévoient des alternatives à l'incarcération réduisent le nombre des détenus qui contractent le VIH, la tuberculose et/ou l'hépatite, et améliorent l'accès aux services de prise en charge du VIH pour les consommateurs de drogues en milieu carcéral.¹²³ Comme le souligne une analyse à paraître¹²⁴, la réduction de la stigmatisation sexuelle des hommes gays pourrait contribuer à diminuer les comportements sexuels à risque^{125, 126} (dont le niveau est élevé), augmenter le taux de dépistage du VIH^{127, 128} et renforcer le recours aux services médicaux et d'accompagnement, de même que le respect des traitements.¹²⁹

La prévention du VIH représente un bon investissement

36. Les programmes de prévention étayés par des données probantes, notamment ceux qui encouragent l'utilisation du préservatif¹³⁰, la circoncision médicale masculine volontaire¹³¹ ou encore la PrEP¹³², et ceux qui s'adressent aux populations clés^{133, 134}, sont tous rentables et économiques, lorsqu'ils se concentrent sur les personnes les plus touchées. Le préservatif offre par ailleurs des avantages bien au-delà du VIH pour la prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées. L'autonomisation économique des adolescentes et des jeunes femmes, par exemple, grâce à des aides financières, peut également conduire à un meilleur niveau d'éducation et à une réduction des grossesses chez les adolescentes, tandis que le traitement de substitution aux opiacés réduit la transmission du VIH¹³⁵ et de l'hépatite C¹³⁶, et diminue également la criminalité liée aux drogues^{137, 138}. Une étude canadienne¹³⁹ a montré que chaque dollar consacré à des programmes communautaires de prévention du VIH permettait une économie de 5 dollars en termes de traitement. Une autre étude, menée elle aux États-Unis, a estimé que la valeur de la prévention du VIH était considérable, puisque chaque cas évité permettait une économie de près de 230 000 dollars¹⁴⁰. Une étude de l'efficacité de l'affectation des ressources menée par la Banque mondiale en Afrique du Sud a montré que les besoins et le coût des traitements sont réduits lorsqu'une extension de la thérapie antirétrovirale est conjuguée à la circoncision médicale masculine volontaire, à un renforcement des programmes favorisant l'utilisation du préservatif et à la mise à disposition de services complets auprès des professionnel(le)s du sexe et des jeunes femmes.¹⁴¹
37. Différents modèles montrent comment une prévention du VIH correctement financée peut briser la progression de l'épidémie. Au Botswana, par exemple, des modèles montrent que passer d'un budget prévention de 10 % des fonds pour la période 2010-2012 à un budget prévention de 29 % pour la période 2014-2030 pourrait contribuer à réduire les nouveaux cas de plus de 9 000 en 2015 à moins de 3 000 en 2030, soit une réduction de 90 % par rapport à 2000. Des modèles similaires appliqués à la Biélorussie indiquent que doubler l'investissement dans la riposte au VIH et en allouer un quart à une prévention centrée sur la réduction des risques pour les

consommateurs de drogues injectables et sur des programmes de prévention combinée pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe pourrait permettre la prévention de 10 000 cas d'ici à 2020¹⁴².

Prévention combinée et consignes de mise en œuvre

38. Ces dernières années, le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA ainsi que diverses parties prenantes, notamment des organisations de la société civile, ont accompli un travail considérable pour identifier les synergies entre les différentes initiatives et la manière dont les approches de prévention combinée peuvent être adaptées sur mesure à des groupes spécifiques de la population, par exemple, aux populations clés et aux jeunes dans les environnements à forte prévalence.¹⁴³ Toutes les approches recommandées pour la prévention du VIH reposent sur les cadres conceptuels existants, par exemple, les modèles systémiques de la santé, qui prennent en compte l'importance du risque individuel, de l'influence de l'entourage et de la famille, ainsi que des facteurs sociétaux et structurels.¹⁴⁴ Les formules types associent l'encouragement de l'utilisation de préservatifs et leur distribution, le dépistage et le traitement, ainsi que des actions de sensibilisation visant à créer une demande et à travailler sur les comportements, et exigent une solide autonomisation des collectivités. Le lien doit être établi entre toutes ces actions et les systèmes critiques décisifs pour leur réussite dans lesquels elles s'inscrivent, en particulier les systèmes de santé, qu'il convient de renforcer, les structures éducatives, les mécanismes de protection sociale, les lois qui les appuient, les programmes de réduction de la stigmatisation et des discriminations, et les normes culturelles en matière de violence et de perception des genres. On pourra aussi inclure des composantes biomédicales, telles que la PrEP, la circoncision médicale masculine volontaire et la réduction des risques, en fonction du contexte épidémiologique et géographique et des populations clés concernées.¹⁴⁵
39. En outre, des outils concrets d'orientation et de mise en œuvre - y compris pour les professionnel(le)s du sexe¹⁴⁶, les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes¹⁴⁷, les consommateurs de drogues injectables¹⁴⁸, les détenus et les personnes d'autres milieux fermés^{149, 150}, les personnes transgenres¹⁵¹, et les adolescentes et les jeunes femmes¹⁵² - ont été développés pour des programmes devant être mis en œuvre avec et par ces différents groupes de population, en décrivant les mesures à prendre et en fournissant des exemples concrets pour l'autonomisation des collectivités, le ciblage géographique et la planification, la prestation de services au sein des communautés et en clinique, et le suivi et la gestion des programmes. Le nouveau cadre stratégique pour la circoncision médicale masculine volontaire (VMMC2021)¹⁵³ indique également aux pays dans lesquels il est mis en œuvre comment inclure cette intervention spécifique dans le cadre de services plus larges destinés aux hommes et aux garçons de différents âges, notamment des services d'accompagnement couvrant les questions sexuelles et la consommation de drogues, le travail sur les masculinités et la perception des genres, l'encouragement de l'utilisation de préservatifs et leur distribution, le dépistage du VIH et l'orientation vers un traitement. Les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle dressent un inventaire détaillé des objectifs d'un programme complet d'éducation sexuelle s'inscrivant dans le cadre d'une riposte au VIH, des résultats envisageables, des supports utilisés et des approches qui facilitent leur planification et leur mise en œuvre.¹⁵⁴

40. Comme on le voit, les données probantes recueillies depuis plus de 20 ans ont permis d'aboutir à un consensus clair sur ce qui fonctionne en matière de prévention du VIH. La mise à jour fournie ici a toutefois mis en évidence certains nouveaux éléments et résultats issus de recherches récentes. Tous les pays, bailleurs de fonds et programmes nationaux peuvent de plus aujourd'hui s'appuyer sur un solide corpus de supports de référence et de recommandations pour la mise en œuvre dans le cadre de leurs initiatives de prévention du VIH et de leur extension.

L'ÉCHELLE DE LA PRÉVENTION DEMEURE INSUFFISANTE: POURQUOI ?

Malgré un large consensus quant à ce qui fonctionne en matière de prévention du VIH et la disponibilité d'un vaste corpus de recommandations pour la mise en œuvre de programmes, l'envergure des actions de prévention mises en œuvre demeure insuffisante. De bonnes pratiques existent mais font malheureusement exception, et d'importants manques restent à combler pour différentes composantes des programmes dans de nombreux pays. Ces insuffisances d'échelle semblent dues à trois causes interdépendantes, à savoir (i) le manque d'engagement politique et les investissements inadéquats qui en résultent, (ii) la réticence à se pencher sur des questions sensibles liées aux besoins et droits sexuels et reproductifs des jeunes, aux populations clés et à la réduction des risques, et (iii) l'absence de prévention systématique, même lorsque le cadre politique le permet.

Constatations antérieures des lacunes en matière de prévention et efforts consentis pour les combler

41. En 2010, la Commission de haut niveau de l'ONUSIDA sur la prévention du VIH a appelé à une révolution de la prévention. Les connaissances scientifiques disponibles à cette époque ont convaincu les commissaires que des progrès beaucoup plus importants pouvaient être accomplis en termes de prévention du VIH, à condition d'obtenir un large soutien politique. La Commission a donc produit un manifeste qui défendait des objectifs ambitieux, principalement la réduction de moitié de la transmission par voie sexuelle et liée à la consommation de drogues injectables entre 2010 et 2015. Ces objectifs ont finalement été adoptés lors de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies de 2011. Le manifeste identifiait aussi quatre éléments clés pour révolutionner la prévention: l'extension rapide des actions de prévention concrètes sur le terrain, des efforts ciblés sur les régions les plus touchées par l'épidémie, la redevabilité des dirigeants et la protection concrète des droits de l'homme.¹⁵⁵
42. Les travaux de la Commission ont conduit à une mobilisation politique significative autour de la prévention à l'échelle mondiale, mais seuls quelques pays, comme le Kenya, semblent avoir lancé leur propre feuille de route pour révolutionner la prévention, conformément aux recommandations de la Commission. En 2013, soit à mi-chemin entre les déclarations de politique de 2011 et 2016, l'ONUSIDA a lancé un avertissement, en soulignant que les actions de prévention manquaient de dynamisme et que certains programmes allaient même jusqu'à s'essouffler.¹⁵⁶
43. En 2014, la Commission ONUSIDA-Lancet « Vaincre le sida - Promouvoir la santé mondiale » a noté qu'aucune réduction significative du nombre de nouveaux cas n'avait été constatée, la portée des programmes efficaces de prévention du VIH n'étant pas suffisamment large¹⁵⁷. La Commission a également relevé que les priorités de financement de la riposte au VIH visaient principalement le traitement, au détriment de la prévention, à tel point que moins d'une

personne sur cinq avait accès à des programmes de prévention au sein des populations clés. Bien que des données probantes aient clairement été présentées à l'appui des approches de prévention combinée depuis un certain temps déjà, la plupart des programmes nationaux et sous-nationaux se fiaient trop largement aux seules nouvelles approches biomédicales et ne travaillaient pas suffisamment sur les causes sous-jacentes de l'épidémie de VIH. La Commission mondiale sur le VIH et le droit avait déjà relevé, dans son rapport final de 2012, qu'à défaut de recentrer l'action sur la mise en œuvre de lois, politiques et programmes éclairés par des données probantes et protégeant les populations clés, aucune avancée scientifique, si révolutionnaire soit-elle, ne pourrait fondamentalement modifier la progression de l'épidémie.¹⁵⁸

Rapport de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention

44. Le Rapport 2016 de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention soulignait que l'extension des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant n'est pas allée de pair avec une extension similaire dans d'autres domaines clés de prévention, et qu'il subsistait donc d'importantes lacunes au niveau des cinq piliers de la prévention combinée¹⁵⁹:
- I. La prévention combinée, notamment des programmes complets d'éducation sexuelle, l'autonomisation économique et l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes femmes et les adolescentes, et pour leurs partenaires masculins dans les zones à forte prévalence.
 - II. Des programmes de prévention étayés par des données probantes et fondés sur les droits humains pour les populations clés, notamment des services spécialisés et des initiatives de mobilisation et d'autonomisation des collectivités.
 - III. Le renforcement des programmes nationaux pour les préservatifs, notamment l'approvisionnement, la distribution, le marketing social, les ventes du secteur privé et la création de la demande.
 - IV. La circoncision médicale masculine volontaire dans les pays prioritaires à forte prévalence où le niveau de circoncision masculine est faible, dans le cadre d'un élargissement des services de santé sexuelle et reproductive aux garçons et aux hommes.
 - V. La prophylaxie pré-exposition pour les populations clés.
45. La couverture géographique des programmes intensifs et globaux à l'intention des adolescentes et des jeunes femmes ainsi que de leurs partenaires demeure beaucoup trop restreinte. L'une des conséquences est la limitation des connaissances de ces jeunes, qui ne peuvent donc pas prendre des décisions éclairées. En Afrique subsaharienne, seulement 26 % des filles et 36 % des garçons ont des connaissances complètes et correctes concernant le VIH¹⁶⁰. Le programme DREAMS (*Determined, resilient, empowered, AIDS-free, mentored and safe women*) lancé dans le cadre du plan d'urgence de prise en charge du sida du président américain (PEPFAR) vise à réduire le nombre de nouveaux cas en autonomisant les jeunes femmes et les filles et en atténuant leur vulnérabilité au VIH dans 10 pays d'Afrique subsaharienne.¹⁶¹ Bien que ce programme s'étende à de nouvelles zones géographiques, que le financement d'initiatives similaires ait été étendu à cinq pays supplémentaires, et qu'un appui financier soit également apporté par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et

le paludisme, par des gouvernements et par d'autres partenaires, les efforts globalement consentis demeurent en-deçà de la couverture et de l'intensité qui permettraient véritablement une réduction significative du nombre de nouveaux cas de VIH dans les pays où cette population est touchée par une importante épidémie.

46. La portée des programmes sur mesure à l'intention des populations clés est par ailleurs limitée, par exemple, dans le cas des professionnel(le)s du sexe dans les pays à faible revenu et en particulier en Afrique subsaharienne, où les taux de contraction du virus sont les plus élevés¹⁶², et les principaux services de réduction des risques sont inexistant dans de nombreux pays où une consommation de drogues injectables a été rapportée.¹⁶³ Un certain nombre de pays n'ont pas encore évalué la taille de leurs populations clés et demeurent donc dans l'incapacité d'établir des objectifs dignes de sens concernant le nombre de personnes devant bénéficier d'une prévention combinée.¹⁶⁴
47. Les progrès dans la fourniture et l'utilisation des préservatifs masculins et féminins ont largement stagné. Le manque rien que pour l'Afrique subsaharienne a été estimé à plus de 3 milliards de préservatifs masculins par an, soit environ 50 % des besoins estimés, et les investissements dans le marketing et la promotion des préservatifs se sont étioyés.¹⁶⁵ Une conséquence partielle est l'existence d'écart marqués dans l'utilisation de préservatifs avec des partenaires occasionnels, de 41 % au Mozambique à 85 % au Zimbabwe chez les hommes, et de 34 % au Mozambique à 76 % au Lesotho chez les femmes.¹⁶⁶ Le préservatif féminin n'a fait l'objet d'une promotion et d'une distribution à une échelle significative que dans quelques pays, parmi lesquels le Brésil, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe, sans extension réelle au marché mondial ces 15 dernières années. La circoncision médicale masculine volontaire s'est rapidement développée pour atteindre près de 11,7 millions d'hommes dans 14 pays prioritaires en quelques années. En revanche, le nombre annuel des circoncisions réalisées dans les pays prioritaires a diminué en 2015 par rapport à 2014.¹⁶⁷
48. Le caractère prometteur de l'un des outils de prévention les plus récents, à savoir la prophylaxie pré-exposition, commence à peine à être perçu, et une poignée de pays seulement travaille à son agrément réglementaire et au déploiement de programmes, après la réussite de projets pilotes. Des efforts supplémentaires considérables seront nécessaires pour atteindre l'objectif mondial de 3 millions de personnes accédant à la PrEP d'ici 2020 au sein des populations clés.
49. Parallèlement, l'effet préventif potentiel du traitement antirétroviral n'a pas encore été pleinement évalué, car 40 % (35-44 %) des personnes vivant avec le VIH dans le monde ignorent leur séropositivité et la charge virale de 62 % (59-65 %) des personnes vivant avec le VIH dans le monde n'a pas encore baissé jusqu'à un niveau indécélable¹⁶⁸. En d'autres termes, près des deux tiers des personnes vivant avec le VIH, dont beaucoup n'ont que récemment contracté le virus, risquent de transmettre ce dernier, à moins que ces personnes et leurs partenaires sexuels et/ou consommateurs de drogues injectables ne disposent d'outils de prévention primaire et soient rendus capables de les utiliser.

Causes de l'incapacité persistante à mener la prévention à l'échelle requise

50. Différentes analyses et rapports, notamment la stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021, soulignent trois causes interdépendantes à l'incapacité fréquente de mener des programmes de prévention efficaces à grande échelle : (i) le manque d'engagement politique et les investissements insuffisants qui en résultent, (ii) la réticence à se pencher sérieusement sur des questions sociétales sensibles telles que les besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, la perception des genres et les populations clés, et la mise en place d'un environnement favorable à une prévention efficace, et (iii) l'absence d'une approche systématique de mise en œuvre, de supervision et de redevabilité des programmes de prévention.¹⁶⁹

Des engagements politiques et des investissements inadéquats

51. Au travers de la Déclaration de politique de l'ONU de 2016, les États membres se sont engagés à allouer, en moyenne, un quart du budget de la riposte au VIH à la prévention. Le rapport 2016 de l'ONUSIDA sur les lacunes en matière de prévention identifiait pourtant des gouvernements et bailleurs de fonds dont les investissements nets dans la prévention (à l'exclusion de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant) n'excédaient pas 10 % du budget VIH, tandis que les aides nationales des deux principaux bailleurs de fonds, à savoir le PEPFAR et le Fonds mondial, représentaient 13 à 16 % du budget total, les aides complémentaires du PEPFAR n'étant pas prises en compte dans l'analyse.¹⁷⁰ Une étude des aides accordées par le Fonds mondial commandée par l'ICASO et l'EANNASO pour la présente réunion du CCP confirme ces conclusions.¹⁷¹ L'évaluation préliminaire des propositions récentes du Fonds mondial suggère que la part des budgets consacrée à la prévention pourrait même diminuer dans le cadre des aides futures, principalement en raison de budgets très importants réservés aux traitements et laboratoires, qui semblent l'emporter sur la prévention.¹⁷²

52. Les investissements des bailleurs de fonds dans les programmes à l'intention des populations clés, la riposte communautaire et la promotion du préservatif ont été particulièrement faibles : 4 % des aides du PEPFAR¹⁷³ et plus ou moins 7 des lignes du Fonds mondial¹⁷⁴ ont été consacrés à la prévention du VIH parmi les populations clés, et moins de 1 % a été affecté à l'achat de préservatifs et à leur promotion dans le cadre de programmes¹⁷⁵. L'analyse des aides les plus récentes accordées par le PEPFAR et le Fonds mondial est en cours.

53. L'évolution des investissements à l'échelon national est encore plus préoccupante. Ces dernières années, ce sont les bailleurs de fonds qui ont financé la majorité des actions de prévention du VIH dans de nombreux pays à revenu moyen où l'épidémie se concentre au niveau des populations clés, notamment le Bangladesh, le Guatemala, la Malaisie et l'Ukraine¹⁷⁶. Il existe des exceptions notables, parmi lesquelles le Brésil et l'Inde, où quasiment tous les programmes de riposte au VIH sont financés au niveau national, y compris la prévention au sein des populations clés. En Ukraine, ce n'est qu'en 2016 que le budget de l'État a commencé à couvrir pour la première fois le traitement de substitution aux opiacés pour 8 500 consommateurs de drogues injectables, après plusieurs années de financement par le Fonds mondial¹⁷⁷. Dans le sillage de la thématique de la 37^e réunion du CCP, ce dernier a

appelé à la responsabilité partagée et à la solidarité mondiale, y compris pour le financement de la riposte au VIH. Ceci inclut les programmes de prévention à l'intention des populations clés.

Réticence à se pencher sur les questions sensibles

54. La deuxième cause de l'insuffisance de la prévention est étroitement liée à la première: une réticence à sérieusement se pencher sur les questions sociétales sensibles. Les barrières juridiques et politiques à l'adoption et l'extension des services de prévention du VIH subsistent en de nombreux endroits, malgré les améliorations obtenues ailleurs. Les lois qui conditionnent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive à l'autorisation d'un tiers continuent d'empêcher les adolescentes et les jeunes femmes de disposer des informations et services dont elles ont besoin pour rester en bonne santé et éviter de contracter le VIH. Les adolescents sont souvent réticents vis-à-vis des services qui nécessitent le consentement d'un parent ou d'un tuteur. Parmi les 90 pays où des données sont disponibles pour 2016, 72 exigent encore le consentement des parents ou des tuteurs légaux pour l'accès d'un jeune à un ou plusieurs services de santé sexuelle et reproductive, et 58 exigent un tel consentement pour le dépistage du VIH¹⁷⁸. Les lois et les pratiques relatives aux droits des femmes en matière de propriété et d'héritage placent ces dernières en position de faiblesse lorsqu'il s'agit de faire valoir leurs droits au sein du ménage, et les règles et réglementations qui interdisent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment à la contraception et aux préservatifs au sein des écoles, sont également fréquentes et se sont révélées difficiles à faire évoluer.
55. Les lois, politiques et pratiques coercitives applicables aux populations clés les empêchent d'accéder aux services de prise en charge du VIH. Cela est particulièrement vrai pour les lois et politiques qui criminalisent la possession et la consommation de drogues, le commerce du sexe, les relations sexuelles entre personnes de même sexe, le travestissement ou encore les activités considérées comme une imitation du sexe opposé. Par exemple, lorsque la possession de matériel d'injection ou de préservatifs est utilisée par la justice pénale comme preuve de la consommation de drogue ou d'un commerce du sexe, les populations clés sont moins susceptibles d'utiliser ces outils de prévention éprouvés^{179, 180, 181}. La criminalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe peut dissuader les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes de rechercher des services de prévention, de dépistage ou autres lorsqu'ils en ont besoin¹⁸², et la criminalisation et la pénalisation du commerce du sexe complique l'accès des professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH aux services de santé sexuelle et reproductive¹⁸³. Dans certains pays, les modifications récentes apportées aux lois et à leur application ont eu un impact négatif sur la prévention du VIH, en limitant et dissuadant l'accès aux services de prévention.¹⁸⁴

Une mise en œuvre systématique fait fréquemment défaut

56. Troisièmement, et contrairement aux programmes de thérapie antirétrovirale et de prévention de transmission de la mère à l'enfant, la plupart des pays ont négligé de prévoir une prévention (primaire) systématique à grande échelle. Des programmes de prévention communautaires et en clinique adaptés sur mesure aux besoins des différents groupes de population peuvent généralement être mis en œuvre, même lorsque l'environnement juridique n'y est pas tout à fait propice. Par exemple, le plus vaste programme au monde à l'intention des populations clés, qui a été mis en place en Inde, a donné aux professionnel(le)s du sexe les moyens de s'organiser

et de se protéger, malgré un environnement légal et politique dans lequel la sollicitation de services sexuels contre rémunération reste illicite et où la police utilise fréquemment les nuisances publiques provoquées pour procéder à l'arrestation des professionnel(le)s du sexe¹⁸⁵. Des programmes et services efficaces pour les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes peuvent être fournis, même là où l'homophobie reste vivace¹⁸⁶. L'Afrique du Sud a massivement étendu les distributions de préservatifs ces dernières années, notamment avec des projets de distribution aux adolescents sexuellement actifs dans les écoles, par l'intermédiaire de différents canaux comprenant les adolescents-éducateurs, les services de santé scolaires ou l'orientation vers des points de vente en-dehors des écoles¹⁸⁷, malgré la réticence fréquente des parents conservateurs et des autorités scolaires. Plusieurs pays, dont l'Éthiopie et le Kenya, sont parvenus à étendre la circoncision médicale masculine volontaire à des communautés où celle-ci ne faisait auparavant pas partie des traditions culturelles.

57. Ces exemples montrent non seulement que l'extension de la prévention est possible, mais aussi qu'elle peut être particulièrement rapide lorsqu'il existe une volonté politique, un financement suffisant et la capacité de la mettre en œuvre. En Inde, le nombre de professionnel(le)s du sexe ayant bénéficié de programmes ciblés et dirigés au sein de leurs communautés est passé de 30 000 à plus de 350 000 entre 2004 et 2008¹⁸⁸. Dans la province de Kwazulu-Natal en Afrique du Sud, le nombre de préservatifs distribués est passé 8.2 préservatif par adulte masculin (>15 années) en 2010 à une moyenne provinciale de 59.1 préservatifs par adulte masculin en 2014,¹⁸⁹ après que les planificateurs de programmes aient constaté une réduction dans l'utilisation des préservatifs parmi les jeunes à travers une enquête nationale.¹⁹⁰ Quant au Mozambique, le nombre de circoncisions médicales masculines volontaires y a augmenté de seulement 100 en 2009 à près de 200 000 en 2015.¹⁹¹

Programmation des préservatifs à Kwazulu-Natal, Afrique du Sud

Entre 2008 et 2010, seulement 8 préservatifs par homme étaient distribués par année à Kwazulu-Natal, la province avec la prévalence VIH la plus élevée en Afrique du Sud. Dans le même temps, dans la province ouest du Cape, presque 40 préservatifs par homme et par année étaient distribués. Le Gouvernement s'est attelé à mettre à l'échelle les efforts pour des distributions importantes au niveau « des hot-spots » (zones chaudes), revitalisation des choix de marques avec une nouvelle génération de préservatifs colorés et avec différents goûts, l'utilisation de données sous nationales pour combler les carences de distribution et le renforcement de la chaîne d'approvisionnement en établissant des partenariats avec les Brasseries sud-africaines. Ceci a résulté en l'augmentation de presque 60 préservatifs par homme adulte en 2014.

Source: Dans le cadre de l'accélération de la riposte VIH pour en finir avec le sida d'ici à 2030: focus sur les locations et populations. Genève, 2015.

58. Malheureusement, ces exemples constituent des exceptions et non la règle, car la plupart des programmes de prévention restent très localisés et trop peu nombreux. Ils sont de plus souvent mal coordonnés et peu supervisés au niveau national. Des programmes à l'intention des populations clés existent, y compris dans la plupart des pays africains, et certains ont une portée considérable, comme au Ghana¹⁹², où 60 % du nombre estimé de professionnel(le)s du sexe ont été touchés par les programmes. Toutefois, la grande majorité des près de 30 études de cas examinées concernant des projets à l'intention des populations clés dans le cadre de la présente thématique se révèle de moindre envergure. Hormis quelques exceptions notables, telles que les programmes menés au Brésil¹⁹³, en République dominicaine¹⁹⁴ et en Suisse¹⁹⁵ à l'intention des HSH, des professionnel(le)s du sexe et des consommateurs de drogues injectables, les études de cas soumises proviennent principalement d'organisations de la société civile. De nombreux gouvernements manquent encore vraisemblablement d'expérience et ne disposent pas des procédures administratives et des politiques requises pour systématiquement faire appel à des acteurs de la société civile, et financer, encadrer et suivre ces derniers.

Programme à l'intention des professionnel(le)s du sexe au Ghana

En dépit des lois qui criminalisent ces populations, le Ghana offre une prise en charge du VIH aux professionnelles du sexe ainsi qu'aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. L'accord initial conclu en 1996 entre le ministère de la santé et le WAPCAS (projet ouest-africain de lutte contre le sida et les IST) était d'adopter une approche discrète, le commerce du sexe (et l'homosexualité) n'étant pas socialement acceptés. Après une première année de mise en œuvre à Accra, le projet a été étendu à Kumasi et en 2006, il était présent dans huit des dix régions du Ghana, grâce à l'aide d'une subvention CIDA (agence canadienne d'aide au développement international). L'approche passe par des actions de sensibilisation au sein des communautés et assure une liaison avec 21 cliniques installées dans des établissements de santé pour la prise en charge des IST auprès des professionnelles du sexe et d'autres patients. Une solide collaboration existe avec les forces de police, qui sont sensibilisées aux droits des professionnel(le)s du sexe et d'autres populations clés. La prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe au Ghana a reculé de 34 % en 2006 à 7 % en 2005.

UNAIDS/PCB (40)/CRP4

59. D'autres projets décrivent des initiatives innovantes à plus petite échelle, parmi lesquelles deux espaces d'accueil des HSH au Maroc¹⁹⁶ et au Paraguay¹⁹⁷, un projet mené auprès des femmes transgenres en Inde et deux projets d'autonomisation des communautés et des femmes au Guatemala¹⁹⁸ et au Canada¹⁹⁹.

Centre de santé sexuelle pour les HSH de Marrakech au Maroc

Face aux risques croissants de contraction du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes au Maroc, l'ALCS (Association de lutte contre le sida) a mis en place un programme à l'intention de ces derniers dans les années 90. Les services proposés ont toutefois été jugés inadéquats, en partie en raison du cadre légal défavorable dans lequel ils s'inscrivaient. Les relations homosexuelles sont punissables de 6 mois à 3 ans d'emprisonnement au Maroc, et de nombreux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ne disposaient d'aucun espace où discuter de leur sexualité et de leur santé sexuelle. En 2010 et avec l'autorisation des autorités locales, l'ALCS a donc ouvert le premier centre de santé sexuelle de Marrakech (« *Dar El Borj* »), qui propose une série de services médicaux et psychosociaux, notamment un accompagnement en cas de séropositivité, des services de dépistage (y compris pour les IST) et un accompagnement psychologique. Six cent soixante-cinq HSH se sont inscrits auprès du centre, avec une moyenne de 60 inscriptions supplémentaires chaque année.

UNAIDS/PCB (40)/CRP4

60. Dans le cadre de cette thématique, aucun gouvernement n'a proposé d'étude de cas couvrant des programmes de promotion du préservatif ou de la circoncision médicale masculine volontaire. Les seules deux études de cas soumises provenaient du PEPFAR. Ceci souligne peut-être un manque d'attention et d'engagement vis-à-vis de ces programmes à l'échelon national. En revanche, un programme intitulé « Lutte contre les IST, le VIH, le sida et les grossesses précoces en milieu scolaire » s'est distingué en Côte d'Ivoire²⁰⁰, non seulement parce qu'il est l'un des seuls à prévoir une prévention intégrée à grande échelle du VIH et des grossesses non désirées chez les adolescentes, mais aussi parce qu'il a démontré son impact.

Prévention en milieu scolaire des grossesses et du VIH chez les adolescents en Côte d'Ivoire

Près de 100 cas de VIH et plus de 5 000 cas de grossesse chez des adolescentes ont été rapportés dans les écoles de Côte d'Ivoire en 2012-2013. Pour faire face à cette situation, le gouvernement a lancé la campagne « Zéro grossesse à l'école ». Celle-ci prévoyait l'intégration de modules sur la gestion de vie et la santé sexuelle et reproductive dans les programmes scolaires, l'implication de dirigeants politiques et confessionnels, des collectivités et des parents, un examen de la législation pour la protection des filles contre le harcèlement et les violences, une campagne multimédia et la mise en place de services de santé sexuelle et reproductive intégrés et de qualité en milieu scolaire, notamment pour la prise en charge du VIH, la distribution de préservatifs masculins et féminins, et la contraception d'urgence. La campagne a permis de toucher plus de 135 000 filles et 80 000 étudiantes ont pu utiliser des contraceptifs modernes. Le résultat a été une diminution de 25 % des grossesses chez les adolescentes.

UNAIDS/PCB (40)/CRP4

61. Lorsque la volonté politique existe d'étendre les programmes, cibler les zones et populations clés, utiliser des procédures opérationnelles standardisées et mettre en place un solide système de surveillance peut apporter la rigueur nécessaire pour permettre à chaque programme de démontrer une couverture et un impact suffisant. Le modèle de gestion de la prévention auprès des populations clés via les organisations de la société civile (*Management Model for Prevention for Key Populations through Civil Society Organizations*) mis en place en Inde est un exemple de système prévoyant une supervision et un encadrement mensuels, une évaluation trimestrielle des performances de mise en œuvre selon des indicateurs critiques ainsi qu'une évaluation périodique indépendante²⁰¹. Au Kenya, la « salle de gestion de crise » initialement mise sur pied pour assurer un suivi de la performance des traitements procédera désormais également à une surveillance en temps réel des programmes mis en œuvre par les ONG et de la distribution de préservatifs, entre autres indicateurs²⁰². Un autre excellent exemple de la manière dont la surveillance peut conduire à des améliorations de la qualité des programmes de prise en charge du VIH est présenté dans le document « *Quality Action – Improving HIV prevention in Europe* » (Pour une action de qualité - Améliorer la prévention du VIH en Europe).²⁰³
62. Dans un article récent du magazine *The Lancet*, les correspondants pour la prévention du VIH d'agences mondiales et d'autres spécialistes ont lancé un appel à l'action et ont inventorié les facteurs communs de réussite et les conditions à remplir pour une extension systématique et rapide des programmes de prévention combinée²⁰⁴. Ces conditions comprennent (i) le renforcement des cadres nationaux de prévention, qui doivent définir les populations et zones prioritaires, et les objectifs de prévention nationaux et sous-nationaux en fonction desquels les programmes sont mis en œuvre, (ii) une conception des services qui s'appuie sur des données probantes, tout comme les initiatives de création de la demande, (iii) la définition claire des services proposés et des procédures opérationnelles standardisées, (iv) la capacité de faire appel à des acteurs de la société civile, et d'encadrer et de suivre ces derniers, et (v) la mise à jour régulière des données des programmes (si possible en temps réel).
63. L'article décrit également les compétences et ressources essentielles requises pour une gestion réussie des programmes de prévention à grande échelle, notamment pour (i) l'analyse stratégique de l'épidémie, de la riposte, du marché et du contexte sociétal, (ii) la traduction de données probantes en politiques et programmes, (iii) une planification, une mise en œuvre et un suivi décentralisés, (iv) une communication efficace au niveau interpersonnel, dans les médias et via les technologies, (v) la sélection et la gestion des ONG, (vi) l'implication des communautés et (vii) la gestion de la chaîne d'approvisionnement en produits de prévention. Toute lacune dans la gestion et/ou la mise en œuvre d'un programme de prévention doit être évaluée et comblée pour l'extension réussie de ce dernier.

OPPORTUNITÉS ET DÉFIS DES NOUVELLES INITIATIVES

Plusieurs développements récents offrent de nouvelles opportunités mais posent également de nouveaux défis dans le cadre de l'agenda de prévention du VIH. Il s'agit notamment de l'opportunité d'unir nos forces à celles des territoires qui appuient les ODD, dont plusieurs sont étroitement liés au VIH, ainsi que des opportunités et défis posés par l'intégration de la prévention primaire du VIH dans des programmes pour l'accès universel, dans la stratégie de l'ONUSIDA elle-même, qui accorde une grande attention à la prévention primaire en sus du traitement, et dans différentes initiatives spécifiques liées au VIH. La Conférence internationale sur le sida de Durban a créé un nouvel élan en faveur de la prévention du VIH, et le droit à la prévention du VIH est de plus en plus reconnu comme une composante du droit à la santé. Par ailleurs, des avancées technologiques telles que la disponibilité de la prophylaxie pré-exposition, l'utilisation généralisée des médias sociaux et des nouveaux médias, et les nouvelles approches de dépistage du VIH peuvent favoriser l'adoption de différentes méthodes de prévention et potentiellement créer un nouvel élan en faveur de la prévention.

64. Plusieurs développements et initiatives récents offrent de nouvelles opportunités et pourraient redynamiser la prévention du VIH. Parallèlement, de nouveaux risques et défis dont il importe de tenir compte font également leur apparition. La stagnation observée des nouveaux cas chez l'adulte, qui fait suite à une période d'extension rapide des programmes de traitement, démontre que la prévention primaire du VIH restera cruciale pour les années à venir.

Le droit à la prévention du VIH

65. Le droit à la prévention est une composante importante du droit des populations clés à une santé optimale et doit être utilisé comme argument en faveur d'un accès efficace et libre aux services de prévention et de traitement du VIH.²⁰⁵ Le droit à la santé comporte à la fois des libertés et des « prérogatives ». Ces libertés comprennent le droit de contrôler sa propre santé et son propre corps, qui englobe le droit à la santé sexuelle et reproductive. Quant aux « prérogatives », elles comprennent le droit à un système de protection de la santé qui offre à chacun une opportunité équivalente de jouir d'une santé optimale²⁰⁶. Chacun devrait avoir la liberté de choisir les méthodes de prévention du VIH qui correspondent à ses besoins et à sa situation, et d'y accéder, et devrait disposer des moyens requis pour se protéger du VIH.

Les Objectifs de développement durable (ODD)

66. Pour atteindre leur plein potentiel de même que les objectifs de développement durable de 2030, les efforts de prévention du VIH doivent être étendus. Les domaines de résultats définis par la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA concordent avec plusieurs objectifs de développement durable, y compris l'ODD n° 3 pour la bonne santé et le bien-être, l'ODD n° 4 pour une éducation de qualité, l'ODD n° 5 pour l'égalité entre les sexes et l'ODD n° 10 pour la réduction des inégalités. L'amélioration de la qualité de l'éducation, y compris des programmes complets d'éducation sexuelle, peut autonomiser les jeunes et favoriser une santé optimale, et un accès universel prenant en compte le VIH peut jouer un rôle vital dans la promotion de

l'équité en matière de santé, conformément à l'ODD n° 3. Parallèlement, des services intégrés pour la santé et les droits sexuels et reproductifs, les maladies non transmissibles et la tuberculose peuvent en principe globalement améliorer la santé publique, notamment les taux de contraction du VIH²⁰⁷. La protection contre les discriminations, les services juridiques, la connaissance des droits, l'accès à la justice et la protection internationale peuvent permettre aux individus, notamment aux populations clés, de faire valoir leurs droits et renforcer l'accès aux services de prise en charge du VIH, conformément aux ODD n° 10 et n° 16. Les partenariats voués à la concrétisation des ODD (ODD n° 17) sont également cruciaux, car à défaut de renforcer les alliances existantes et d'en nouer de nouvelles au travers des différents secteurs ainsi qu'avec les bailleurs de fonds et la société civile, l'extension de la prévention du VIH ne pourra pas réussir (voir section suivante).

67. Mettre l'accent sur les populations et les zones les plus touchées est essentiel, tant pour la prévention du VIH que pour l'agenda du développement durable. La prolongation de la scolarité des filles est bel et bien mise en avant, mais il n'empêche que plus de la moitié des filles ne terminent toujours pas le premier cycle de l'enseignement secondaire dans des pays clés de la riposte au VIH, comme le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, le Swaziland, la Tanzanie et l'Ouganda, et la moyenne pour l'Afrique orientale et australe n'est que de 32 %, partiellement en raison de sérieuses contraintes au niveau des ressources dans l'enseignement²⁰⁸. Les engagements et objectifs spécifiques définis en 2013 par 20 ministères de la santé et de l'éducation pour un accès amélioré à des services complets de santé et d'éducation à la sexualité adaptés aux jeunes ont été réaffirmés lors de la Conférence internationale sur le sida de 2016, mais les lacunes fondamentales qui existent dans l'éducation secondaire des filles subsistent.
68. Les programmes de protection sociale se développent, y compris ceux qui autonomisent les femmes, et la quasi-totalité des pays d'Afrique subsaharienne disposent d'un programme d'aides financières. Toutefois, la plupart doivent encore étendre leur couverture et atteindre les personnes les plus touchées par le VIH.²⁰⁹ Malgré les efforts louables des agences de développement mondiales, régionales et nationales, les plus ardents défenseurs de l'accès aux services et de l'appui juridique pour les populations clés restent les acteurs de la riposte au VIH, et en tout premier lieu les populations clés elles-mêmes.
69. L'intégration de la prévention du VIH dans les documents de stratégie et les plans de travail des initiatives existantes en matière de santé sexuelle et reproductive telles que le FP2020, *Every Woman Every Child* ou le Mécanisme de financement mondial peut également être renforcée dans des domaines clés tels que la prévention du VIH chez l'adolescent et l'adulte, et l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris la triple protection contre le VIH, les IST et les grossesses non désirées. La Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance (CIFF) a récemment octroyé une subvention au Secrétariat de l'ONUSIDA en vue de l'analyse et de l'élaboration de stratégies visant à optimiser le potentiel d'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et de prise en charge du VIH.

Accès universel

70. Les programmes pour l'accès universel offrent par ailleurs l'opportunité d'étendre la prévention du VIH. Les régimes d'assurance maladie dans les pays à revenu moyen et élevé peuvent, en

principe, couvrir les produits et services de prévention pour les personnes assurées, comme les dépistages et le traitement, la circoncision médicale masculine volontaire et la prophylaxie pré-exposition. Le Kenya, par exemple, envisage d'inclure la circoncision médicale masculine volontaire dans son programme de financement²¹⁰, tandis que l'assurance-maladie française²¹¹ et certains assureurs aux États-Unis²¹² couvrent désormais la prophylaxie pré-exposition. L'Écosse a récemment approuvé la couverture des prescriptions de la prophylaxie pré-exposition par son Service national de santé, mais ailleurs au Royaume-Uni, seule la consultation est gratuite et les patients paient eux-mêmes le médicament et l'achètent généralement en ligne²¹³. Le traitement de substitution aux opiacés est couvert par les régimes d'assurance-maladie en Europe. En Thaïlande, le régime de couverture maladie universelle couvre le dépistage et le traitement du VIH des citoyens, tandis que la fourniture de préservatifs et de lubrifiants aux populations clés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux personnes transgenres et aux professionnel(le)s du sexe, de même que la fourniture de préservatifs uniquement (sans lubrifiant) aux consommateurs de drogues injectables sont couvertes par les fonds affectés à la riposte au VIH de l'office national de santé publique (National Health Security Office)²¹⁴. Les régimes d'assurance offrant une couverture maladie universelle ne couvrent généralement pas explicitement le coût d'actions d'intérêt public telles que la mobilisation communautaire ou la promotion du préservatif, et ils ne couvrent pas non plus les populations clés et les personnes pauvres dans les pays à faible revenu.²¹⁵

Déclaration de politique 2016 et stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : engagements pour la riposte au VIH

71. La Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA invite à donner clairement la priorité à la prévention combinée.²¹⁶ La Stratégie a également éclairé les négociations entre les États membres des Nations unies concernant la Déclaration de politique 2016, qui définit des objectifs de prévention primaire complets et cohérents. Le nombre de nouveaux cas doit être réduit à moins de 500 000 d'ici à 2020, et à moins de 100 000 chez les adolescentes et les jeunes femmes: ces objectifs ne seront pas atteints à défaut de nouvelles initiatives majeures.
72. Pour la première fois dans l'histoire de la riposte au VIH, les objectifs de prévention reposent sur des objectifs de programmation et de financement de la prévention qui indiquent comment ces réductions peuvent être obtenues. Quatre-vingt-dix pour cent des populations clés et des jeunes à risque doivent accéder à des services de prévention combinée d'ici à 2020. Vingt milliards de préservatifs doivent être mis à disposition chaque année dans les pays à faible et moyen revenu. Selon les estimations, environ un tiers de ce chiffre est nécessaire rien que pour l'Afrique. Trois millions d'individus au sein des populations clés doivent avoir accès à la prophylaxie pré-exposition et 25 millions supplémentaires de jeunes hommes doivent subir une circoncision médicale volontaire.²¹⁷ À ces objectifs s'ajoutent les objectifs d'élimination des inégalités entre les sexes et de la violence basée sur le genre, de renforcement des connaissances et aptitudes des jeunes afin de leur permettre de se protéger, de protection sociale et d'accès à la justice.
73. La Déclaration de politique 2016 engage également les États membres de l'ONU à investir collectivement 26 milliards de dollars américains par an dans la riposte au VIH dans les pays

en développement d'ici à 2020, dont un quart du budget total affecté à la prévention du VIH et 6 % affectés à l'action sociale. Il est à présent impératif de traduire la Déclaration et la Stratégie dans des actions concrètes afin de réaliser ces objectifs ambitieux.

74. Toujours en 2016, dans le document final de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur les problèmes mondiaux en matière de drogue, les États membres ont demandé une approche de contrôle de la drogue axée sur la santé, les droits humains et les questions de genre, ont réaffirmé leur engagement de mettre fin au sida d'ici à 2030 chez les consommateurs de drogues injectables, et ont encouragé tous les pays à adopter et mettre en œuvre des services complets de prise en charge du VIH et de la consommation de drogues, selon les modalités décrites dans le guide technique OMS/ONUDD/ONUSIDA.

Conférences de l'IAS

75. Lors de la Conférence internationale sur le sida de 2016 tenue à Durban, suivie de la Réunion de haut niveau de l'ONU sur la fin du sida, la prévention du VIH chez les populations clés, notamment chez les adolescentes et les jeunes femmes ainsi que chez les détenus, et la prophylaxie pré-exposition, ont occupé une place plus prépondérante que lors de conférences antérieures. La conférence s'est clôturée sur un appel résolu à l'action, faisant dire à certains observateurs que Durban II pourrait être aussi cruciale pour l'agenda mondial de prévention du VIH que l'a été Durban I 16 ans plus tôt pour le déploiement des traitements.²¹⁸

76. La conférence a été suivie d'une série de consultations encourageant de multiples parties prenantes et équipes nationales à examiner plus avant comment redynamiser la prévention primaire, en particulier en Afrique australe et orientale, avec notamment deux réunions récentes en Namibie²¹⁹, ²²⁰ et une grande réunion d'experts régionaux organisée par le gouvernement du Zimbabwe et l'ONUSIDA²²¹. La conférence d'Amsterdam de 2018 offrira une première opportunité d'évaluer la mesure dans laquelle cet élan se maintient et se traduit par des résultats concrets.

Initiatives régionales, municipales et des bailleurs de fonds

77. La réunion d'experts du Zimbabwe a été précédée de trois réunions ministérielles en 2016, où des engagements ont été pris pour renforcer la prévention du VIH, une vision commune a été élaborée et une feuille de route régionale a été adoptée pour redynamiser la prévention en Afrique orientale et australe²²². En Amérique latine, à l'occasion d'une réunion régionale conjointe avec les Caraïbes en août 2015 à Rio de Janeiro, des objectifs régionaux en matière de prévention et de droits de l'homme ont été définis en adéquation avec la stratégie de l'ONUSIDA²²³ et plusieurs pays de la région ont établi des objectifs nationaux de prévention du VIH pour les populations clés, conformément à la Déclaration de politique 2016 de l'ONU²²⁴. En Asie et dans le Pacifique, un projet régional de prévention s'est principalement concentré sur l'introduction de la prophylaxie pré-exposition. Ces initiatives régionales montrent un nouvel élan en faveur de la prévention et doivent maintenant se traduire par des changements tangibles et indispensables au niveau national, notamment la définition d'objectifs de

prévention fondamentaux sur lesquels appuyer l'augmentation des budgets et l'extension des programmes.

78. L'initiative de l'ONUSIDA sur les villes qui s'engagent offre une nouvelle occasion de renforcer la prévention. Certaines villes continuent de montrer la voie en étendant les services de prévention du VIH à fort impact qui ont fait leurs preuves et en répondant aux besoins fondamentaux des populations clés et des individus vulnérables. De nombreuses villes dans différentes régions du monde élargissent la portée de leurs actions et la distribution de préservatifs aux populations clés, renforcent l'accès aux services de réduction des risques, introduisent la prophylaxie pré-exposition, renforcent les programmes complets d'éducation sexuelle, mettent en place des services adaptés aux jeunes et créent un cadre politique favorable. Plus de 200 villes et municipalités ont adhéré à la Déclaration de Paris « Mettre fin à l'épidémie: les villes s'engagent », qui enjoint à ces dernières d'atteindre les objectifs « 90-90-90 » de traitement du VIH, d'accélérer la prévention globale du VIH et de mettre un terme à la stigmatisation et aux discriminations.²²⁵ L'initiative doit maintenant définir clairement ses objectifs de prévention primaire, conjointement aux objectifs de traitement « 90-90-90 », notamment la réduction escomptée du nombre de nouveaux cas et le nombre (ou le pourcentage) de consommateurs de drogues injectables, de professionnel(le)s du sexe, d'hommes gays et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et de jeunes devant accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment aux préservatifs et lubrifiants, à la réduction des risques et à la prophylaxie pré-exposition.
79. Des actions supplémentaires sont également mises en œuvre grâce au nouveau cadre *Start Free Stay Free AIDS Free*, qui s'appuie sur les succès du Plan mondial dans l'élimination des nouveaux cas chez l'enfant à l'horizon 2015 et le maintien en vie de leurs mères.^{226 227} Le Plan mondial a galvanisé la volonté politique mondiale et l'action nationale pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, favorisant l'élargissement de la couverture des services et la réduction des nouveaux cas chez les enfants de 0 à 14 ans. La composante *Stay Free* de l'initiative, appuyée par l'Unicef et le PEPFAR, se concentre sur l'engagement pris dans la Déclaration de politique 2016 de réduire le nombre de nouveaux cas chez les adolescentes et les jeunes femmes à moins de 100 000 par an. Cette composante nécessitera une harmonisation avec les autres initiatives, par exemple, avec les programmes DREAMS et All-in centrés sur les adolescents et les jeunes femmes ainsi que leurs partenaires masculins, et avec les orientations existantes de l'ONU s'inscrivant dans une approche plus large.
80. Deux initiatives récentes de bailleurs de fonds pourraient contribuer à combler les lacunes importantes des actions nationales en termes de prévention : l'investissement pour les populations clés du PEPFAR (100 Mio de dollars américains) annoncé en 2016 et pour lequel l'examen des demandes est actuellement en cours, et les investissements à effet catalyseur du Fonds mondial (800 Mio de dollars américains) pour les adolescentes et les jeunes femmes, les populations clés, les droits communautaires, les questions de genre et les droits de l'homme, qui couvre la période de subvention 2017-2019^{228 229}. Pour améliorer la durabilité, les investissements catalyseurs consistent notamment en des fonds de contrepartie destinés à encourager les programmes en faveur des populations clés et vulnérables et des droits de l'homme. Il peuvent aussi fournir un financement limité pour des initiatives stratégiques

centralisées. Ces initiatives particulièrement bienvenues répondent à des besoins cruciaux et devraient être converties en subventions de prévention de base par les bailleurs de fonds, pour ensuite être progressivement prises en charge et institutionnalisées par les gouvernements.

Avancées technologiques

81. Les progrès technologiques eux-mêmes peuvent également contribuer à redynamiser les programmes de prévention, voire à modifier l'agenda de la prévention. Certaines communautés d'hommes gays et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont accueilli la PrEP comme une option supplémentaire de prévention. Elle pourrait également devenir une option de prévention importante pour d'autres populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe en Afrique, les femmes transgenres, et les adolescentes et les jeunes femmes dans les zones où l'incidence est exceptionnellement élevée. Dans le cadre de cette thématique, six études de cas consacrées à la PrEP ont été soumises (Brésil²³⁰, France²³¹, Nigeria²³², Maroc²³³, Thaïlande²³⁴ et Afrique australe²³⁵), et présentent certains jalons pour son introduction dans les programmes nationaux, par exemple, les analyse de risque, les projets pilotes, les actions de sensibilisation visant à favoriser les inscriptions, et le déploiement. De nouveaux préservatifs féminins offrant des couleurs, des parfums et des goûts différents et bien plus attrayants qu'auparavant sont désormais disponibles et pourraient renforcer la demande au-delà des quelques pays où le préservatif féminin a fait l'objet d'une promotion²³⁶. De nouvelles technologies de prévention contrôlées par les femmes sont à l'étude, par exemple, l'anneau vaginal à la dapivirine, et des plans devraient être développés pour leur introduction et leur déploiement rapide.

Prophylaxie pré-exposition en Thaïlande

Face à la persistance d'une incidence élevée du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et chez les femmes transgenres, la Thaïlande a inclus la prophylaxie pré-exposition dans ses consignes nationales 2014 pour le traitement et la prévention du VIH. Plusieurs projets pilotes ont été mis en œuvre et la PrEP a été pour la première fois proposée au centre thaïlandais de recherche sur le sida de la Croix-Rouge, installé à Bangkok. Des partenariats efficaces ont été noués avec de multiples parties prenantes, notamment des organisations de la société civile et de la collectivité ainsi que des bailleurs de fonds internationaux, et 2 sites supplémentaires ont commencé à proposer la PrEP, à Bangkok et à Chiang Mai. Ceci a permis de faire passer le nombre des bénéficiaires de la PrEP en Thaïlande de moins de 10 en 2014 à 300 en 2015 et à 2 000 en 2016. De nouveaux projets d'extension prévoient notamment un renforcement de la capacité des professionnels de la santé à augmenter l'accès à la PrEP et la détermination du modèle de service le mieux adapté à la PrEP pour une extension au niveau national.

UNAIDS/PCB (40)/CRP4

82. L'auto-dépistage et le dépistage communautaire pourraient également contribuer à la prévention primaire, à condition d'établir une liaison plus systématique avec les programmes de prévention destinés aux personnes dont le résultat se révèle négatif. Promouvoir le dépistage chez les partenaires des personnes vivant avec le VIH peut être un moyen efficace de faciliter la prévention chez les couples sérodiscordants tout en favorisant un diagnostic précoce et la liaison avec la thérapie antirétrovirale. L'auto-dépistage peut potentiellement toucher des personnes qui font partie des populations clés et ne se feraient pas dépister dans un cadre formel, et permettre de les orienter vers des programmes de prévention et de les y maintenir. L'auto-dépistage donne de premiers résultats encourageants, puisqu'il semble accroître la demande de circoncision médicale masculine volontaire et constituer une première étape vers la PrEP.²³⁷
83. Par ailleurs, les données des programmes prénatals ventilées par tranche d'âge peuvent être utilisées pour identifier les zones géographiques où le nombre d'adolescentes enceintes et de nouveaux cas chez les jeunes femmes est élevé, de manière à spécifiquement prévoir des programmes de prévention à l'intention de cette population. En l'absence de données ainsi ventilées concernant le VIH, le taux de décrochage scolaire et le nombre de grossesses chez les adolescentes peuvent être utilisés pour cibler les zones qui en ont le plus besoin. Prévoir des tests permettant d'identifier les contractions récentes du virus (quatre à six derniers mois) parmi les résultats positifs peut également permettre de déterminer les zones et populations où le risque de transmission est le plus élevé, de manière à y renforcer l'éducation à l'utilisation des préservatifs et la distribution de ces derniers, la circoncision et la prophylaxie pré-exposition.
84. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication, notamment les applications web et les applis pour smartphones et tablettes, recèlent un énorme potentiel afin de créer une demande en services de prévention et orienter les personnes vers les services adéquats. L'utilisation des smartphones pour accéder aux sites et applis des réseaux sociaux est significative, et plus de 40 pays indiquent que plus de la moitié de leurs utilisateurs adultes de smartphones utilisent les réseaux sociaux.²³⁸ Une consultation tenue à Harare en 2015 a étudié le potentiel d'utilisation de ces outils dans le cadre des programmes axés sur la prévention du VIH et la santé sexuelle et reproductive dans les pays à forte prévalence. L'utilisation des applis mobiles et des réseaux sociaux est particulièrement répandue chez les hommes gays. Dans certains pays, des études montrent que près de trois quarts d'entre eux possèdent un profil Facebook et qu'ils sont deux fois plus susceptibles que leurs homologues hétérosexuels d'avoir un compte Twitter²³⁹, ce qui offre d'importantes opportunités de les informer concernant la santé sexuelle et les services disponibles.
85. Les TIC engendrent également une transformation mondiale du commerce du sexe, en offrant une plus grande sécurité aux professionnel(le)s du sexe, en leur facilitant le travail à horaire flexible, et en leur permettant de gérer leur propre activité sans avoir besoin d'un souteneur. Chez les professionnel(le)s du sexe, les TIC sont perçues comme offrant plus d'avantages que d'inconvénients, puisqu'elles multiplient les possibilités pour communiquer, s'organiser, partager des informations et se protéger les uns les autres, avec un risque réduit de violence et de harcèlement par la police et la clientèle, et leur permet d'avoir plus de temps pour négocier les modalités des rencontres, bien que cette hypothèse nécessite une recherche plus poussée²⁴⁰.

RÔLE DES DIFFÉRENTES PARTIES PRENANTES DANS LA PRÉVENTION DU VIH

Une action de prévention efficace requiert toujours l'implication active d'autres départements gouvernementaux en-dehors de la santé, notamment l'enseignement, la sécurité sociale, la justice et les affaires intérieures, de même qu'une solide riposte au sein du secteur privé et de la société civile. Quelle que soit la structure de la prévention dans un pays donné, il est nécessaire de mettre en place des cadres complets définissant les résultats attendus et de veiller à une gestion et une coordination adéquates de la prévention, afin de garantir le déploiement de programmes parfaitement adaptés aux populations et aux régions qui en ont le plus besoin. La diversité et les atouts comparatifs du Programme commun en font une plateforme uniquement bien adaptée pour la supervision d'une nouvelle mise en avant de la prévention primaire du VIH et pour l'assistance aux différents pays dans le renforcement de leurs programmes.

86. Un engagement multisectoriel et multi-intervenants demeure crucial pour la réussite de la prévention du VIH, et le secteur de la santé, les autres secteurs gouvernementaux, la société civile et le secteur privé jouent tous un rôle capital, avec l'appui stratégique de l'ONUSIDA et de ses Coparrainants.

Secteur public

87. Dans la plupart des pays, le ministère de la Santé ou les comités ou conseils nationaux multisectoriels de riposte au sida coordonnent et supervisent l'action nationale. Les comités nationaux de riposte au sida, lorsqu'ils existent, se concentrent davantage sur la liaison avec d'autres secteurs et partenaires, notamment la société civile et les programmes à l'intention des populations clés, ainsi que sur le suivi et l'évaluation de la riposte, tandis que le ministère de la Santé mène des programmes visant à favoriser la circoncision médicale masculine volontaire, le dépistage, le traitement et la prophylaxie pré-exposition. Les programmes de promotion du préservatif peuvent également être dirigés par le ministère de la santé et/ou faire partie intégrante du travail des plannings familiaux.
88. Quelle que soit la structure de la prévention dans un pays donné, il est nécessaire de mettre en place des cadres complets définissant les résultats attendus et de veiller à une gestion adéquate de la prévention, afin de garantir le déploiement cohérent de programmes de qualité parfaitement adaptés aux populations et aux régions qui en ont le plus besoin. L'ONUSIDA et des partenaires au Kenya et au Zimbabwe expérimentent un questionnaire d'évaluation de la prévention qui couvre des éléments tels que le cadre général de prévention, les objectifs, les priorités, la mise en œuvre, les ressources et la coordination, afin d'identifier et combler les lacunes.
89. Le secteur de l'enseignement joue un rôle clé. L'inscription des filles dans le secondaire a montré son efficacité dans la réduction du nombre de nouveaux cas et les programmes complets d'éducation sexuelle jouent un rôle critique dans la prévention combinée et

l'information sur la circoncision masculine médicale volontaire. La prise en compte du VIH dans ce secteur et le renforcement des services de santé en milieu scolaire sont des moyens prometteurs de toucher les jeunes et de répondre à leurs besoins. Sous la direction de l'Unesco, le Programme commun travaille avec l'éducation nationale dans les différents pays, pour que celle-ci intègre des indicateurs liés au VIH dans ses processus de gestion et d'information. En 2013, les ministères de l'éducation et de la santé d'Afrique australe et orientale se sont engagés à assurer une éducation sexuelle complète et de qualité, et des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes dans leur région, et un certain nombre de mesures ont été prises à cet effet.²⁴¹

90. Les ministères de la protection sociale et de l'égalité entre les sexes peuvent jouer un rôle important dans la protection des droits des populations clés et l'autonomisation économique des femmes et des ménages pauvres, et contribuer à prévenir et à traiter la violence basée sur le genre et la violence à l'égard des femmes.²⁴² En tant que signataires de la résolution 60/2 de la Commission de la condition de la femme (CCF) sur les femmes, les filles et le VIH et le sida²⁴³, les ministres de l'égalité entre les sexes ont demandé au secrétariat de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) de soutenir le développement d'un programme régional d'actions visant à remédier à l'inégalité entre les sexes qui contribue à propager l'épidémie de VIH chez les femmes et les filles²⁴⁴. Le programme d'action vise à favoriser l'égalité des chances économiques et le travail décent pour les femmes et les filles, assurer la pleine implication des hommes et des garçons, promouvoir l'achèvement de l'éducation chez les filles, prendre en charge la violence à l'égard des femmes et étendre les programmes complets d'éducation sexuelle et les services de santé sexuelle et reproductive.
91. En 2014, la Banque mondiale et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont organisé une consultation avec les ministères de la protection sociale pour étudier comment les programmes de protection sociale, notamment les aides financières, pouvaient répondre aux besoins des adolescentes et des jeunes femmes vis-à-vis du VIH. Les participants à la consultation ont invité les gouvernements et les partenaires nationaux et régionaux à renforcer la protection sociale, notamment les aides financières en faveur de la santé, l'éducation et l'emploi des jeunes femmes et des filles²⁴⁵.
92. Les ministères de la justice et de l'intérieur, les parlementaires, les agences de contrôle de la consommation de drogues, les autorités locales et les organes d'application de la loi ont un rôle majeur à jouer dans la mise en place d'un environnement légal et politique favorable à la prévention du VIH. Avec le soutien de l'ONUSIDA et du Secrétariat de l'ONUSIDA, le ministère de l'intérieur du Myanmar a formé des comités directeurs de district pour la réduction des risques dans les zones où la consommation de drogues est élevée, comme les États de Kachin et Shan, constitués de représentants locaux des organes d'application de la loi et du secteur de la santé, de représentants de la société civile et des groupes communautaires, de représentants des consommateurs de drogues et de dirigeants confessionnels et de la collectivité, dans le but d'améliorer la coordination, d'accroître la couverture des services de réduction des risques et de résoudre les problèmes de manière collaborative²⁴⁶. En Malaisie, où la thérapie de substitution aux opiacés et les programmes de distribution de seringues et d'aiguilles constituent une « pierre angulaire de la stratégie gouvernementale de prévention du VIH »²⁴⁷, une procédure opérationnelle standardisée sur les aiguilles et les seringues a été

publiée afin que la police « évite de dissuader les individus d'obtenir des aiguilles et des seringues stériles ».²⁴⁸

93. Au Zimbabwe, la Cour constitutionnelle a décrété qu'un groupe de femmes arrêtées pour pratique présumée du commerce du sexe avait été privé de ses droits constitutionnels²⁴⁹. La décision a été largement considérée comme un moyen de limiter le risque de harcèlement policier envers les femmes soupçonnées d'être des professionnelles du sexe et de faciliter l'accès des professionnel(le)s du sexe aux services de santé. À l'issue d'une évaluation du contexte légal dans 52 pays, le PNUD a assisté des ministères et les parlements du Belize et des Seychelles dans l'adoption d'une législation qui décriminalise les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Société civile

94. L'engagement de la collectivité demeure un aspect fondamental de la prévention du VIH, la société civile jouant un rôle majeur dans la sensibilisation et la réussite des actions de prévention. Tout comme le secteur de la santé ne peut pas efficacement mener une stratégie nationale de prévention du VIH sans l'implication des autres départements gouvernementaux, les gouvernements ne peuvent pas non plus mettre en place des programmes de riposte au VIH sans la participation de la société civile et des communautés touchées. Les réseaux de sensibilisation et les acteurs de la société civile ont été des alliés clés tout au long de la riposte au sida et doivent continuer à jouer un rôle central dans la prévention du VIH.

95. Un exemple type est celui des organisations de la société civile qui représentent des hommes gays et d'autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Dans de nombreux pays, ces organisations préconisent des programmes VIH qui réaffirment et promeuvent les droits des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, notamment leurs droits à la santé, à la dignité et à la vie sans violence, discrimination et stigmatisation, ainsi que des plans nationaux de santé qui reconnaissent les risques qu'ils encourent et leur vulnérabilité accrue face au VIH, et qui veillent à la disponibilité et l'accessibilité de services de santé intégrés de haute qualité, sûrs, abordables et acceptables²⁵⁰. Au Venezuela, par exemple, de telles actions de sensibilisation ont permis d'améliorer la qualité des soins dans les cliniques, les prestataires offrant désormais des soins non discriminatoires, réactifs et confidentiels aux membres des minorités sexuelles.²⁵¹

96. De même, les organisations de professionnel(le)s du sexe sont de fervents défenseurs de leurs droits et contribuent de manière significative aux stratégies visant à accroître leur accès aux services de prévention du VIH. Le Réseau mondial des projets sur le travail du sexe (NSWP) a des organisations membres dans 81 pays, dont 15 sont représentées dans les mécanismes de coordination nationaux du Fonds mondial. Le Réseau est le coauteur de l'Outil de mise en œuvre pour les travailleurs du sexe (*Sex Worker Implementation Tool - SWIT*), qui fournit des conseils pratiques sur les programmes axés sur le VIH et les IST pour les professionnel(le)s du sexe, notamment les programmes sur les préservatifs et les lubrifiants²⁵². La promotion et l'utilisation du préservatif constituent des éléments importants pour la santé au travail des professionnel(le)s du sexe. Ces derniers déclarent généralement utiliser davantage le préservatif que les autres populations clés. Cependant, un soutien plus important est nécessaire, notamment un meilleur accès à des produits plus abordables et variés, et la

suppression de lois coercitives telles que celles permettant d'utiliser la possession de préservatifs comme preuve du commerce du sexe.²⁵³

97. Les consommateurs de drogues injectables ont également joué un rôle déterminant dans la défense de leurs droits, notamment pour la mise en place de mesures de réduction des risques, souvent dans un environnement juridique et sociétal hostile. Sans leurs efforts, les services de réduction des risques ne seraient pas disponibles dans certains pays²⁵⁴. Par exemple, le Réseau eurasiatique de réduction des risques (EHRN) et le Réseau eurasiatique des consommateurs de drogues (ENPUD) ont exhorté les gouvernements d'Europe centrale et orientale et d'Asie centrale à élargir la réduction des risques dans la région bien au-delà des petits projets pilotes financés principalement par des bailleurs de fonds internationaux, y compris avec des programmes pour l'égalité des genres.²⁵⁵
98. Les organisations de jeunes femmes sont également devenues d'ardentes défenseuses de la prévention du VIH. Au Malawi, au Zimbabwe et au Kenya, la plateforme WhatWomenWant mise en place par le réseau Athena a organisé des consultations auprès des adolescentes et des jeunes femmes, les a informées et a fait entendre leurs voix, en utilisant toute une série de médias sociaux innovants, tels que WhatsApp et Twitter, et en s'appuyant sur les documents d'orientation de l'ONUSIDA pour la prévention du VIH. Ceci engendre des actions de sensibilisation ciblées qui éclairent les programmes, touchent les décideurs et mobilisent les communautés pour mettre en œuvre le changement politique et accroître l'accès aux services liés à la prévention du VIH et à la santé sexuelle et reproductive.²⁵⁶ L'initiative Link-up de l'alliance contre le VIH a pour vocation de défendre la prise de contrôle par les jeunes de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs, et d'aider ces derniers à le faire²⁵⁷. Par ailleurs, les réseaux de femmes vivant avec le VIH se sont montrés particulièrement dynamiques et pourraient apporter une perspective unique dans le cadre de l'agenda pour la prévention.
99. Hormis leur rôle de sensibilisation, les organisations non-gouvernementales et de la société civile sont de plus en plus reconnues comme des intervenants efficaces pour la mise en œuvre de services de prévention du VIH fondés sur les droits humains auprès des populations clés^{258, 259}, et les organisations regroupant ces dernières ont joué un rôle prédominant dans le développement de différents outils d'encadrement de la mise en œuvre. En 2016, l'ONUSIDA s'est intéressée aux expériences de six pays ayant soutenu des programmes communautaires de riposte au VIH (en particulier pour la prévention) par l'intermédiaire de différents mécanismes, notamment l'affectation directe de ressources nationales et du Fonds mondial aux organisations de la société civile.²⁶⁰ L'analyse a révélé que ces efforts aboutissaient à de solides partenariats entre le gouvernement et les organisations communautaires, et favorisaient l'engagement de la communauté dans la riposte au VIH, la décentralisation des services et les investissements en faveur de populations difficiles à atteindre.

Secteur privé

100. Le secteur privé est de plus en plus considéré comme un partenaire clé dans la prévention du VIH. À titre indicatif, dans le cadre d'un programme innovant en Afrique du Sud, certaines sociétés minières fournissent des logements familiaux en vue de réduire la séparation du conjoint ou de la famille²⁶¹, ce qui pourrait contribuer à réduire les vulnérabilités liées au VIH

et les pratiques risquées²⁶². Les fabricants de médicaments de marque et liés à la PrEP ont fourni des renseignements précieux sur les problèmes liés à la capacité de fabrication, aux prix et aux questions réglementaires²⁶³. L'avenir à moyen et à long terme de l'accès au préservatif dans le monde en développement exige des ventes soutenues du secteur privé dans une approche globale du marché. Bien que la part du préservatif dans secteur privé soit, à court terme, appelée à rester faible dans de nombreux pays à forte prévalence, des efforts sont actuellement déployés pour établir des partenariats public-privé en faveur du développement de marchés durables et de systèmes de distribution externes au secteur public.^{264 265}

101. Le secteur des technologies de l'information et des communications, notamment les plateformes interactives des réseaux sociaux et les applis de rencontres, apporte une contribution particulièrement précieuse pour l'agenda de la prévention, son plein potentiel pouvant être atteint grâce à une collaboration étroite entre les gouvernements nationaux, les entreprises de télécommunications et les responsables de la mise en œuvre de programmes. Il a été recommandé aux agences des Nations unies d'engager un dialogue avec les organismes de réglementation internationaux du secteur des télécommunications, les gouvernements et les ONG actives dans le domaine de la santé afin de définir des normes éthiques qui régissent les prix de la communication sur la santé sur les téléphones portables. Les ministères de la Santé ont également été encouragés à demander aux entreprises de télécommunications d'intégrer un soutien aux initiatives de santé en ligne dans leurs contrats de licence.²⁶⁶

Le Programme commun

102. Le Programme commun de l'ONUSIDA a été mis sur pied pour tirer parti des avantages comparatifs des 11 organismes coparrainants des Nations unies et mobiliser ces différents secteurs, créer des partenariats, élaborer des orientations étayées par des données probantes et fournir un appui technique aux programmes nationaux de prévention du VIH. Dans le cadre du programme de l'ONUSIDA, le FNUAP et la Banque mondiale travaillent sur la réduction de la transmission sexuelle, l'ONUSIDA se penche sur la prévention du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, dans les prisons et dans d'autres milieux clos, le PNUD et le FNUAP s'efforce de donner aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnel(le)s du sexe et aux personnes transgenres les moyens de se protéger du VIH, et l'Unicef et le FNUAP font de même auprès des jeunes. Le FNUAP travaille aussi spécifiquement sur l'approvisionnement en préservatifs et leur distribution, ainsi que sur les populations clés en collaboration avec le PNUD, l'ONUSIDA et l'OMS. L'Unesco se concentre sur l'éducation sexuelle complète et sur le secteur de l'éducation. Le PNUD se concentre sur l'élimination des obstacles juridiques à la prévention, la réduction de la stigmatisation et des discriminations, et l'extension de l'accès aux programmes de justice. L'OMS dirige des programmes dans le secteur de la santé et des interventions biomédicales, et le PNUD, le FNUAP et ONU Femmes œuvrent conjointement pour répondre aux besoins des femmes et des filles liés au VIH ainsi que pour éliminer la violence basée sur le genre et la violence à l'égard des femmes. Le HCR et le PAM travaillent sur les populations touchées par des urgences humanitaires. Le Secrétariat de l'ONUSIDA est chargé de la coordination, de la cohérence et du renforcement des partenariats dans tous ces domaines.

103. Compte tenu du caractère par essence multisectoriel de la riposte au VIH et en particulier de la prévention primaire, cette division du travail demeure pertinente et la justification des missions et rôles du Programme conjoint reste solide, et offre un bon exemple pour travailler à la réalisation de l'ODD n° 17. Plusieurs organisations ont collaboré à la publication des orientations harmonisées évoquées aux sections précédentes, et ont organisé des dialogues politiques et des actions de développement des ressources s'articulant autour de problématiques critiques. L'appui technique aux stratégies de prévention nationales et à leurs composantes spécifiques s'est révélé relativement faible et largement ponctuel. Toutefois, ceci résulte à la fois d'une faible demande ainsi que d'une offre et d'une coordination manquant de clarté. Une enquête informelle des services d'appui technique de l'ONUSIDA menée en 2016 a montré qu'aucun appui spécifique n'avait été apporté à un quelconque pays afin de renforcer ses programmes nationaux de promotion du préservatif, de la circoncision médicale masculine volontaire ou de la PrEP, ou encore de programmes de prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes. Dans deux ou trois régions, un appui significatif a été apporté à des programmes destinés aux populations clés²⁶⁷. Par conséquent, le Programme commun devra renforcer son appui technique à la prévention, se pencher sur des questions politiques et des composantes programmatiques pertinentes, et centrer ses ressources là où les besoins sont les plus grands.

VERS UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LA PRÉVENTION DU VIH

Il est urgent de lancer de nouvelles initiatives afin de redynamiser la prévention primaire du VIH. Pour ce faire, il est possible de s'appuyer sur les leçons tirées d'autres initiatives réussies telles que le Plan mondial pour l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant ou des programmes de prévention antérieurs. L'objectif global de la coalition sera de renforcer et de soutenir l'engagement politique pour la prévention primaire, en établissant un agenda commun aux principaux décideurs politiques, bailleurs de fonds et responsables de la mise en œuvre des programmes, en se tenant chacun redevable de la mise en place de services à une échelle suffisante pour atteindre les objectifs de la Déclaration de politique 2016 des Nations unies.

Le temps presse

104. La nécessité d'un nouvel élan pour redynamiser la prévention primaire du VIH est une évidence. Le nombre de nouveaux cas de VIH est largement stationnaire à l'échelle mondiale, les programmes ne sont pas suffisamment étendus et la part des budgets affectée à la prévention du VIH est inadéquate. Les objectifs de prévention de la Déclaration de politique 2011 visant à réduire de 50 % la transmission par voie sexuelle et par consommation de drogues injectables d'ici 2015 n'ont pas été atteints et les efforts visant à réaliser les objectifs fixés en termes de couverture du programme de prévention et de réduction de l'incidence dans la Déclaration de politique 2016 sont insuffisants²⁶⁸. Les modèles épidémiologiques montrent qu'une approche équilibrée, notamment la combinaison, à une échelle suffisamment large, de programmes de prévention du VIH à fort impact et d'une extension continue des programmes de traitement, est nécessaire pour mettre fin au sida d'ici à 2030²⁶⁹. Dans le même temps, d'importantes opportunités existent, qu'il convient de ne pas manquer.

Apprendre des expériences passées

105. L'expérience de la période de mise en œuvre 2011-2015 montre que l'établissement d'objectifs ambitieux pour réduire le nombre de nouveaux cas de VIH dans le cadre d'une Déclaration de politique et la diffusion de données probantes concernant l'efficacité des programmes de prévention du VIH ne suffisent pas. En revanche, les initiatives d'extension des programmes de traitement et de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont bénéficié d'un appui politique durable et ont favorisé des objectifs à impact mondial (notamment des objectifs opérationnels) ainsi que des cadres nationaux de surveillance et d'évaluation établissant clairement les liens entre les réalisations des programmes et les mesures d'impact, par exemple, la réduction du nombre de décès liés au sida.²⁷⁰
106. Des leçons supplémentaires peuvent être tirées du Plan mondial visant à éliminer la transmission de la mère à l'enfant, qui a permis de favoriser l'extension des services correspondants et a entraîné une réduction manifeste des nouveaux cas de VIH chez l'enfant. Le Plan mondial a été élaboré par une équipe de travail mondiale composée des

gouvernements des pays prioritaires, de donateurs, des Nations unies et d'autres parties prenantes clés. Il a été lancé comme une initiative majeure à l'échelon international et s'appuyait sur des promesses de soutien financier. Les rapports d'avancement complets et les réunions annuelles entre les parties prenantes ont permis de maintenir l'engagement durant les cinq années couvertes par le Plan mondial.

107. L'intégration d'un ensemble d'objectifs opérationnels et financiers pour la prévention du VIH dans la Déclaration de politique 2016 constitue une base solide pour susciter un nouvel élan. Il est désormais possible pour les pays et les partenaires de se tenir mutuellement redevables des progrès concrets accomplis. La Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA élabore les principaux domaines de résultats, par exemple (i) la création de la demande pour les technologies de prévention traditionnelles et nouvelles, (ii) la résolution des problèmes liés aux lois, politiques et normes qui compromettent la santé sexuelle et reproductive et les droits des adolescents et des jeunes, ainsi que des populations clés, (iii) le renforcement de la supervision et de la gestion des programmes de prévention, et (iv) la garantie d'investissements suffisants atteignant un quart du budget mondial de la riposte au VIH. La stratégie engage également le Programme commun à renforcer les partenariats multipartites qui encouragent la participation des gouvernements, de la société civile, du secteur privé, de la communauté scientifique, des fondations et des autorités locales pour mobiliser et partager les connaissances, l'expertise, les technologies et les ressources financières.²⁷¹

Cadre pour la prévention du VIH d'ici à 2020

108. La complexité de la prévention primaire demeure un défi majeur. Les jalons, les objectifs et les domaines de résultats décrits ci-dessus doivent être résumés dans un cadre simple qui dynamisera l'engagement mondial et incitera les instances nationales et sous-nationales à fixer des objectifs, allouer des ressources et établir des cadres de suivi et d'évaluation solides, y compris des points de référence clairement définis. La nécessité de définir clairement les résultats attendus et de pouvoir assurer le suivi des progrès réalisés et d'effectuer des comparaisons entre pays ne contredit pas la nécessité de services adaptés sur mesure aux besoins locaux et d'une mise en œuvre flexible des programmes. Le cadre pour la prévention du VIH d'ici à 2020 (« HIV Prevention 2020 framework ») proposé par le magazine *The Lancet HIV* préconise des cadres de résultats nationaux ajustés visant à assurer l'accès à la prévention combinée pour 90 % des populations clés et des groupes prioritaires, des systèmes renforcés de gestion de la prévention, des plans de mise en œuvre sous-nationaux simples et une mise en œuvre rationalisée des programmes communautaires avec la pleine participation de la communauté dans l'exécution de ceux-ci ainsi que dans son autonomisation. Il plaide pour un plan ou une feuille de route à l'échelle mondiale avec un cadre de résultats concis, ainsi que pour une coalition de dirigeants de pays prioritaires, de bailleurs de fonds et d'autres parties prenantes qui s'entendrait sur le renforcement de la redevabilité, avec des fiches d'évaluation des résultats dans les pays prioritaires.²⁷²

Vers une coalition mondiale pour la prévention

109. En décembre 2016, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a annoncé la création d'un partenariat mondial pour stimuler l'action dans le cadre des cinq piliers de la prévention

combinée du VIH. En s'appuyant sur la réussite des modèles du Plan mondial et de l'initiative 90-90-90, le partenariat mondial de prévention impliquera les dirigeants politiques des pays où les taux de contraction du VIH sont les plus élevés, ainsi que des responsables de la mise en œuvre et des communautés. L'objectif global de la coalition sera de renforcer et de soutenir l'engagement pour la prévention primaire en établissant un agenda commun aux principaux décideurs politiques, bailleurs de fonds et responsables de la mise en œuvre des programmes, en se tenant chacun redevable de la mise en place de services à une échelle suffisante pour atteindre les objectifs de la Déclaration de politique 2016 des Nations unies.

110. La réunion inaugurale du partenariat mondial pour la prévention prévue pour octobre 2017 vise à créer une plateforme dynamique d'échange entre les défenseurs de la prévention du VIH et les responsables de sa mise en œuvre, à proposer et soutenir l'introduction de mécanismes pour renforcer la redevabilité de l'ensemble des parties prenantes, ainsi que d'un soutien technique, en vue d'atteindre les objectifs et engagements de la Déclaration de politique 2016 en matière de prévention et à définir des étapes clés pour assurer une extension efficace des programmes dans le cadre d'un plan d'action Prévention 2020.
111. Un groupe restreint axé sur la prévention a été créé, composé de représentants du Secrétariat de l'ONUSIDA et de quatre Coparrainants^b, du PEPFAR, du Fonds mondial, de la Coalition pour le plaidoyer en faveur du vaccin contre le sida, de l'Alliance internationale contre le VIH/sida, de la Fondation du Fonds d'investissement pour l'enfance, de la Fondation Bill et Melinda Gates et du Groupe de référence sur la surveillance et l'évaluation de l'ONUSIDA, ainsi que des directeurs des Conseils nationaux sur le sida du Kenya et du Zimbabwe qui coordonneront les préparations.
112. La coalition prévue sur la prévention permettra au Programme commun de redynamiser et de renforcer son fonctionnement autour d'un objectif commun, celui de soutenir les pays et de mobiliser les ressources nécessaires pour apporter des réponses solides, cohérentes, ciblées et élargies en matière de prévention.
113. Le CCP est invité à approuver la création de ce partenariat et à conseiller le Programme commun sur ses travaux. Les préparatifs prévus pour la réunion inaugurale comprennent jusqu'à présent une analyse plus approfondie des succès et des enseignements tirés de la Commission de prévention de 2010 et l'instauration de petits groupes de travail afin d'élaborer des documents de travail formulant des recommandations claires aux principales parties prenantes sur le leadership et le financement de la prévention du VIH, la redevabilité vis-à-vis des objectifs et engagements de la Déclaration de politique 2016 en matière de prévention, la fourniture et l'extension des services, l'organisation de l'apprentissage, les échanges et l'appui technique pour la prévention du VIH et une approche de la prévention et des perspectives des communautés axée sur la personne. Des consultations nationales pourraient ensuite être organisées et une feuille de route finale pour la prévention 2020, avec des recommandations clés, pourrait être discutée et adoptée lors de la réunion de la coalition en octobre.

^b FNUAP, Unicef, Banque mondiale et OMS

RECOMMANDATIONS

Nous ne pouvons continuer à fonctionner de la même façon si nous souhaitons véritablement lever la menace de santé publique que constitue le VIH d'ici à 2030. Par conséquent, le CCP devrait encourager les États membres, les parties prenantes et le Programme commun à prendre des mesures décisives et ambitieuses pour intensifier les programmes de prévention, en vue d'atteindre les objectifs et engagements convenus. Contrairement aux phases précédentes de la riposte au VIH, qui encourageaient le renforcement de la prévention chez l'adolescent et l'adulte, entre autres priorités, la réduction du nombre de nouveaux cas devient aujourd'hui la priorité première, compte tenu des progrès considérables réalisés dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le traitement. Par conséquent, le Conseil est invité à formuler les recommandations suivantes:

- L'ONUSIDA devrait diffuser plus largement les différentes études, documents d'orientation et outils de mise en œuvre liés à la prévention qui ont été publiés ces dernières années, présenter les données probantes et les orientations pratiques d'une manière attrayante, et encourager les États membres et les parties prenantes à les exploiter;
- Tous les pays devraient fixer des objectifs nationaux de prévention, de financement et d'impact pour 2020, en sus des objectifs 90:90:90 déjà fixés en matière de traitement, conformément à la stratégie de l'ONUSIDA et à la Déclaration de politique 2016, tout en étendant rapidement les efforts pour les atteindre, y compris en favorisant le changement de politique si nécessaire;
- Afin de garantir une riposte équilibrée, les États membres et les principaux bailleurs de fonds devraient être encouragés à s'engager à des investissements adéquats dans la prévention du VIH dans le cadre d'une riposte mondiale pleinement financée, afin d'atteindre l'objectif d'un quart des budgets consacrés à la prévention, comme convenu dans la Déclaration de politique 2016, par exemple, en réservant des portions spécifiques de leurs budgets à la prévention primaire, en adoptant des chartes nationales spécifiques pour la prévention, en réinvestissant les gains d'efficacité réalisés dans d'autres volets de la riposte (coûts de gestion des programmes, coûts des laboratoires, etc.) et en mettant en place des flux de financement réservés aux composantes négligées, en fonction des besoins;
- Le Programme commun devrait accélérer les efforts de développement de solides synergies avec les initiatives existantes en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'avec les autres initiatives de réalisation des ODD pertinents;
- Le Programme commun devrait créer une coalition mondiale composée d'États membres, de bailleurs de fonds, de la société civile et de responsables de la mise en œuvre pour renforcer et maintenir le programme d'action mondial axé sur la prévention et s'entendre sur les mesures concrètes à prendre pour parvenir aux réductions convenues du nombre de nouveaux cas, et approuver les plans visant à transformer le Groupe mondial actuel des

correspondants pour la prévention en un groupe de travail technique ou un secrétariat de soutien à la coalition;

- Dans le cadre de la coalition mondiale, et en s'appuyant sur le processus existant de surveillance mondiale du sida (GAM), le Programme commun devrait établir un mécanisme de redevabilité, qui prendrait acte des objectifs de prévention fixés au niveau national ainsi que des progrès réalisés vis-à-vis de ces objectifs, par exemple, sous la forme d'une fiche d'évaluation nationale ou d'un tableau de bord national.
- Le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA devraient mettre en place une approche efficace d'appui technique à la prévention auprès des différents pays, afin de renforcer la gestion globale des programmes de prévention ainsi que leur mise en œuvre selon les cinq piliers, à savoir (i) la prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes, et chez leurs partenaires sexuels, (ii) les populations clés, (iii) les programmes de promotion du préservatif, (iv) la prophylaxie pré-exposition et (v) la circoncision médicale masculine volontaire, et en tenant compte des composantes comportementales et structurelles des programmes.

REFERENCES

- ¹ ONUSIDA, Décisions, recommandations et conclusions de la 9^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, ONUSIDA/CCP(9)/00.8 RECS. Genève : ONUSIDA, 2000.
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/governance/pcb02/pcb_09_00_08_decisions_fr.pdf, consulté le 22 avril 2017.
- ² Intensification de la prévention du VIH : un document d'orientation politique de l'ONUSIDA, Genève, 2005
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/governance/pcb03/pcb_16_04_03_fr.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ³ Décisions de la 17^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, 29 juin 2005, Genève
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/governance/pcb04/pcb_17_05_09_en.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ⁴ Prévention combinée: répondre au besoin urgent de redynamiser les ripostes de prévention au VIH dans le monde en intensifiant l'action et en développant les synergies pour stopper et amorcer le renversement de l'épidémie de sida, ONUSIDA/CCP(30)/12.13, document de travail de l'ONUSIDA pour la 30^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, 21 mai 2012, Genève
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20120521_ThematicSegment_background_paper_fr.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ⁵ Décisions de la 31^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, 13 décembre 2012, Genève
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121219_PCBDecision_plenary_final_fr.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ⁶ HIV in prisons and other closed settings. UNAIDS/PCB (37)/15.21. Genève : ONUSIDA, 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151012_UNAIDS_PCB37_15-21_EN.pdf
- ⁷ Décisions de la 34^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, 3 juillet 2014, Genève
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140708Decisions_34PCB_meeting_FINAL_Fr.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ⁸ Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (ONUSIDA/CCP (35)/14.27), Note d'information de l'ONUSIDA pour la 35^e réunion du CCP, 11 décembre 2014, Genève
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20141202_Note_d%27informationSegmentTh%C3%A9matique_35_r%C3%A9unionCCP_FR.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ⁹ Suivi du volet thématique de la 35^e réunion du CCP : Réduire de moitié le taux de transmission du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables (ONUSIDA/CCP (36)/15.10), ONUSIDA, 2 juillet 2015, Genève
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150616_UNAIDS_PCB36_15-10_FR.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ¹⁰ Le rôle des communautés pour mettre fin au sida d'ici à 2030 (ONUSIDA/CCP (38)/16.14), note d'information de l'ONUSIDA pour la 38^e réunion du CCP, 7 juin 2016, Genève
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20160620_UNAIDS_PCB38_16-14_BN_FR.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ¹¹ Décision de la 39^e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, 8 décembre 2016, Genève
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20161208_UNAIDS_PCB39_Decisions_FR.pdf, consulté le 28 mars 2017.
- ¹² ONUSIDA. The Prevention Gap Report. Genève, Suisse, 2016.
<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, consulté le 20 avril 2017.
- ¹³ Estimations 2016 de l'ONUSIDA.
- ¹⁴ ONUSIDA. The Prevention Gap Report. Genève, Suisse, 2016.
<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, consulté le 20 avril 2017.
- ¹⁵ ONUSIDA. The Prevention Gap Report. Genève, Suisse, 2016.
<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, consulté le 20 avril 2017.
- ¹⁶ ONUSIDA. World AIDS Day Report, Get on the Fast-Track: The Life Cycle Approach to HIV. Genève, Suisse, 2016.
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf accessed , consulté le 3 avril 2017.
- ¹⁷ Shubber Z et al. The HIV Modes of Transmission model: a systematic review of its findings and adherence to guidelines, Journal of the International AIDS Society 2014, 17:18928
<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/18928>, consultation le 31 mai 2017.
- ¹⁸ Prudden HJ, Watts CH, Vickerman P, Bobrova N, Heise L et al, Can the UNAIDS modes of transmission model be improved?: a comparison of the original and revised model projections using data from a setting in west Africa. AIDS (Londres, Angleterre), 2013, 27 (16). pp. 2623-2635. ISSN 0269-9370 DOI: 10.1097/01.aids.0000432476.22616.2f (<https://researchonline.lshtm.ac.uk/1152786/1/aids-27-2623.pdf>, consulté le 1^{er} mai 2017).
- ¹⁹ Boily MC, Pickles M, Alary M, Baral S, Blanchard J et al, What really is a concentrated HIV epidemic and what does it mean for West and Central Africa? Insights from mathematical modeling. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Mar 1;68 Suppl 2:S74-82. doi: 10.1097/QAI.0000000000000437. PMID: 25723994
- ²⁰ ONUSIDA. World AIDS Day Report, Get on the Fast-Track: The Life Cycle Approach to HIV. Genève, Suisse, 2016.
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf, consulté le 3 avril 2017)

- ²¹ Nelson KE, Celentano DD, Eiumtrakol S, Hoover DR, Beyrer C, Suprasert S, et al. Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among young men in Thailand. *N Engl J Med*. 1996 Aug 01;335(5):297-303.
- ²² Celentano DD, Nelson KE, Lyles CM, Beyrer C, Eiumtrakol S, Go VF, et al. Decreasing incidence of HIV and sexually transmitted diseases in young Thai men: evidence for success of the HIV/AIDS control and prevention program. *Aids*. 1998 Mar 26;12(5):F29-36.
- ²³ Vitek CR, Cakalo JI, Kruglov YV, Dumchev KV, Salyuk TO, Bozicevic I, et al. Slowing of the HIV epidemic in Ukraine: evidence from case reporting and key population surveys, 2005-2012. *PLoS ONE*. 2014;9(9):e103657.
- ²⁴ Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J, et al. The global response to HIV in men who have sex with men. *Lancet*. 2016;388:198-206.
- ²⁵ Raymond HF, Chen YH, McFarland W. Estimating Incidence of HIV Infection Among Men Who Have Sex with Men, San Francisco, 2004-2014. *AIDS Behav*. 2016 Jan;20(1):17-21.
- ²⁶ Collins, S. Four London clinics report dramatic drops in HIV incidence in gay men: PrEP, early testing and early ART likely to be key, *HIV Treatment Bulletin*, 27 February 2017. (<http://i-base.info/htb/31126>, consulté le 24 avril 2017).
- ²⁷ Regional HIV/AIDS epidemiologic profile of city of Boston, Massachusetts: 2015. Boston, MA: Executive Office of Health and Human Services; 2015 (<http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/aids/2015-profiles/city-boston.pdf>).
- ²⁸ Degenhardt L., Mathers BM, Wirtz AL, Wolfe D, Kamarulzaman K, Carrieri MP et al What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010-2012? A review of the six highest burden countries. *Int J Drug Pol*. 2014; 25(1): 53-60
- ²⁹ Wilkinson et al, "Seek, Test, Treat" Lessons From Australia: A Study of HIV Testing Patterns From a Cohort of Men Who Have Sex With Men. *JAIDS*. 69(4): e85-e91
- ³⁰ James Ward, Michael Costello-Czok, Jon Willis, Mark Saunders, and Cindy Shannon (2014). So Far, So Good: Maintenance of Prevention Is Required to Stem HIV Incidence in Aboriginal and Torres Strait Islander Communities in Australia. *AIDS Education and Prevention*. 26(3): 267-279.
- ³¹ Iversen J, Wand H, Topp L, Kaldor J and L Maher. Iversen, Jennya; Wand, Handanb; Topp, Libbyc; Kaldor, Johnd; Maher, Lisa. Extremely low and sustained HIV incidence among people who inject drugs in a setting of harm reduction. *AIDS*; 14 janvier 2014. 28(2): 275-278.
- ³² Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214-22.
- ³³ Shea B, Aspin C, Ward J, et al. HIV diagnoses in indigenous peoples: comparison of Australia, Canada and New Zealand. *Int Health*. 2011;3(3):193-8.
- ³⁴ Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Annual Epidemiological Report; HIV/AIDS. Reporting on 2014 data retrieved from TESSy on 5 November 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/aids/Pages/Annual-Epidemiological-Report-2016.aspx>)
- ³⁵ ONUSIDA. The Prevention Gap Report. Genève, Suisse, 2016. <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>, consulté le vendredi 5 août 2016.
- ³⁶ Grinsztejn, Beatriz et al, Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling study in Rio de Janeiro, Brazil *The Lancet HIV* , Volume 4 , Issue 4 , e169 - e176
- ³⁷ Estimations 2016 de l'ONUSIDA.
- ³⁸ Hargreaves JR, Mtetwa S, Davey C, Dirawo J, Chidiya S, Benedikt C, et al. Implementation and Operational Research: Cohort Analysis of Program Data to Estimate HIV Incidence and Uptake of HIV-Related Services Among Female Sex Workers in Zimbabwe, 2009-2014. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016 May 01;72(1):e1-8.
- ³⁹ van Griensven F, Holtz TH, Thienkrua W, Chonwattana W, Wimonasate W, Chaikummao S, et al. Temporal trends in HIV-1 incidence and risk behaviours in men who have sex with men in Bangkok, Thailand, 2006-13: an observational study. *The lancet HIV*. 2015 Feb;2(2):e64-70.
- ⁴⁰ Estimations 2016 de l'ONUSIDA.
- ⁴¹ Ministère de la santé du Royaume du Swaziland (MOH) et ICAP : Action mondiale pour la santé. Enquête de mesure de l'incidence du VIH au Swaziland (SHIMS). Novembre 2012.
- ⁴² STATcompiler.com and other household surveys, 2009-2015
- ⁴³ Dellar RC, Dlamini S, Karim QA. Adolescent girls and young women: key populations for HIV epidemic control. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2 Suppl 1):19408.
- ⁴⁴ Harrison A. HIV prevention and research considerations for women in sub-Saharan Africa: moving toward biobehavioral prevention strategies. *Afr J Reprod Health*. 2014 Sep;18(3 Spec No):17-24.
- ⁴⁵ Harrison A. HIV prevention and research considerations for women in sub-Saharan Africa: moving toward biobehavioral prevention strategies. *Afr J Reprod Health*. 2014 Sep;18(3 Spec No):17-24.
- ⁴⁶ Medley A et al. La crainte de la VPI a été identifiée comme une barrière importante au développement du dépistage du VIH et du conseil, à la révélation de la séropositivité, et au développement et au respect des traitements, y compris chez la femme enceinte vivant avec le VIH et recevant un traitement prophylactique afin de prévenir la transmission de la mère à l'enfant. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 2004;82(4).
- ⁴⁷ Hatcher AM et al. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16).

- ⁴⁸ Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? *Lancet Global Health*. 2015;3(1):e34–43. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70343-2. Epub 2014 Nov 21.
- ⁴⁹ OMS, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève : ONUSIDA, 2013.
- ⁵⁰ El Nino Emergency - A Challenge to End AIDS by 2030? – Time to Act. Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies, Inter-Agency Task Team on HIV and Food and Nutrition. Août 2016 (http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2016_EL%20NINO_IATT%20AB-Final.pdf, consulté le 6 août 2017).
- ⁵¹ Shisana O, Rehle T, Simbayi L, Zuma K, Jooste S, Zungu N, et al. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012. Cape Town, South Africa: Human Sciences Research Council, 2013. (<http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/4565/SABSSM%20IV%20LEO%20final.pdf>, consulté le 19 août 2016)
- ⁵² De Oliveira T, Kharsany ABM, Graf T, Khanyile D, Grobler A, Puren A, et al. Transmission networks and risk of HIV infection in KwaZulu-Natal, South Africa: a community-wide phylogenetic study. *Lancet HIV*. 2016
- ⁵³ Get on the Fast Track: a Life-cycle Approach to HIV. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf, consulté le 19 août 2016)
- ⁵⁴ Ibid.
- ⁵⁵ Wirtz AL, Trapence G, Kamba D, Gama V, Chalera R, Jumbe V, et al. Geographical disparities in HIV prevalence and care among men who have sex with men in Malawi: results from a multisite cross-sectional survey. *The lancet HIV*. 27 fév. 2017.
- ⁵⁶ Guidance note on Condom and Lubricant programming in HIV prevalence countries. Genève : ONUSIDA, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/condoms_guidancenote_en.pdf, consulté le 5 avril 2017)
- ⁵⁷ Evaluation of the 100% Condom Programme in Thailand, UNAIDS Case Study. Genève : ONUSIDA, 2000 (http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC275-100pCondom_en.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ⁵⁸ Pickles M et al. Assessment of the population-level effectiveness of the Avahan HIV-prevention programme in South India: a preplanned, causal-pathway-based modelling analysis. *Lancet Glob Health*. 2013;1(5):e289–99.
- ⁵⁹ Estimations de l'ONUSIDA, analyses de l'ONUSIDA d'enquêtes démographiques et de santé et d'autres enquêtes auprès de la population.
- ⁶⁰ Halperin DT et al. A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Med*. 2011;8(2):e1000414.
- ⁶¹ Johnson LF, Hallett TB, Rehle TM, Dorrington RE. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *J R Soc Interface*. 2012;9.
- ⁶² Derose KP, Bogart LM, Kanouse DE, Felton A, Collins DO et al, An intervention to reduce HIV-related stigma in partnership with African American and Latino churches, *AIDS Educ Prev*. 2014 Feb;26(1):28-42. doi: 10.1521/aeap.2014.26.1.28.
- ⁶³ Stover J. 2014. Présentation. Réunion mondiale de l'ONUSIDA sur le préservatif, Genève, novembre 2014.
- ⁶⁴ Wilson D, Zhang L, Kerr C, Kwon A, Hoare A, Williams-Sherlock M et al. The cost-effectiveness of needle–syringe exchange programs in Eastern Europe and Central Asia: costing, data synthesis, modeling and economics for eight case study countries. XIX International AIDS Conference, 22–27 July 2012, Washington, DC (Abstract THAC0401; <http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=8215>, consulté le 6 avril 2016).
- ⁶⁵ Nissaramanesh B, Trace M, Roberts M. The rise of harm reduction in the Islamic Republic of Iran. Oxford: Beckley Foundation Drug Policy Programme; 2005.
- ⁶⁶ Razzaghi E, Nassirimanesh B, Afshar P, Ohiri K, Claeson M, Power R. HIV/AIDS harm reduction in Iran. *Lancet*. 2006;368:434–5.
- ⁶⁷ Islamic Republic of Iran AIDS progress report on monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS. Téhéran : secrétariat du comité national sida, ministère de la santé et de la médecine, République islamique d'Iran, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/IRN_narrative_report_2014_en.pdf, consulté le 6 avril 2016).
- ⁶⁸ Kwon JA, Anderson J, Kerr CC, Thein HH, Zhang L, Iversen J et al. Estimating the cost-effectiveness of needle–syringe programs in Australia. *AIDS*. 2012;26:2201-10.
- ⁶⁹ Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;2:CD003362.
- ⁷⁰ Weiss H, Hankins C, Dickson K. Male circumcision and risk of HIV infection in women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2009; 9: 669-77.
- ⁷¹ Njeuhmeli E, et al. (2011) Voluntary Medical Male Circumcision: Modeling the Impact and Cost of Expanding Male Circumcision for HIV Prevention in Eastern and Southern Africa. *PLoS Med* 8(11): e1001132. doi:10.1371/journal.pmed.1001132 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001132>, consulté le 5 avril 2017).
- ⁷² Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis for all populations. Fonner VA et al *AIDS* 2016 July 31;30(12):1973-83

- ⁷³ San Francisco Department of Public Health, Population Health Division, HIV Epidemiology annual report 2014, HIV epidemiology section, août 2015.
- ⁷⁴ Franklin N. Laufer, Daniel A. O'Connell, Ira Feldman, MPS, Howard A. Zucker, MD, Vital Signs: Increased Medicaid Prescriptions for Preexposure Prophylaxis Against HIV infection—New York, 2012–2015, Centers for Disease Control and Prevention, 27 novembre 2015 (https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6446a5.htm?s_cid=mm6446a5_w, consulté le 24 avril 2017).
- ⁷⁵ Ending the AIDS Epidemic Dashboard for New York State. <http://etedashboardny.org/measures/new-infections/>, consulté le 24 avril 2017.
- ⁷⁶ Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365:493-505.
- ⁷⁷ Solomon SS, Mehta SH, McFall AM, Srikrishnan AK, Saravanan S, Laeyendecker O, et al. Community viral load, antiretroviral therapy coverage, and HIV incidence in India: a cross-sectional, comparative study. *Lancet HIV*. 2016;3:183-190.
- ⁷⁸ Das M, Chu PL, Santos GM, Scheer S, Vittinghoff E, McFarland W, Colfax GN. Decreases in community viral load are accompanied by reductions in new HIV infections in San Francisco. *PLOS One*. 2010;5:e11068.
- ⁷⁹ Tanser F, Barnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell M-L, High Coverage of ART Associated with Decline in Risk of HIV Acquisition in Rural KwaZulu-Natal, South Africa *SCIENCE22 FEB 2013* : 966-971
- ⁸⁰ National HIV surveys reported by the PHIA Project, 2017 (<http://phia.icap.columbia.edu/> accessed 30 May 2017)
- ⁸¹ Robb, Merlin L. et al. Prospective Study of Acute HIV-1 Infection in Adults in East Africa and Thailand. *The New England journal of medicine* 374.22 (2016): 2120-2130. PMC. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5111628/>, consulté le 27 avril 2017).
- ⁸² Volz, Erik M. et al. HIV-1 Transmission during Early Infection in Men Who Have Sex with Men: A Phylodynamic Analysis. Ed. Timothy B. Hallett. *PLoS Medicine* 10.12 (2013): e1001568. PMC. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3858227/>, consulté le 27 avril 2017).
- ⁸³ Iwuji C et al. The impact of universal test and treat on HIV incidence in a rural South African population: ANRS 12249 TasP trial, 2012-2016. Abstract 10537, 2016 International AIDS Conference (<http://programme.aids2016.org/Abstract/Abstract/10537>).
- ⁸⁴ Katz IT, Essien T, Marinda ET, et al. Antiretroviral therapy refusal among newly diagnosed HIV-infected adults, *AIDS*, 2011, vol. 25 (pg. 2177-81).
- ⁸⁵ McNairy, M. L., & El-Sadr, W. M. (2014). Antiretroviral therapy for the prevention of HIV transmission: What will it take? *Clinical Infectious Diseases*, 58(7), 1003–1011.
- ⁸⁶ Marks G, Gardner LI, Rose CE, Zinski A, Moore RD et al. Time above 1500 copies: a viral load measure for assessing transmission risk of HIV-positive patients in care. *AIDS (Londres, Angleterre)*. 2015; 29(8):947-54. NIHMSID: NIHMS770475 PubMed [journal] PMID: 25768835 PMCID: PMC4964849 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4964849>, consulté le 11 avril 2017).
- ⁸⁷ Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD, et al. (2016) What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach. *PLoS ONE* 11(5): e0154893. doi:10.1371/journal.pone.0154893.
- ⁸⁸ David Hoos, Wafaa M El-Sadr, and Karl-Lorenz Dehne. Getting the balance right: Scaling-up treatment and prevention. *Global Public Health* Vol. 12, Iss. 4, 2017 (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17441692.2016.1171887>, consulté le 20 avril 2017).
- ⁸⁹ Baggaley R., Dalal S., Johnson C., et al. Beyond the 90-90-90: refocusing HIV prevention as part of the global HIV response. *J Int AIDS Soc*. 2016; 19(1): 21348.
- ⁹⁰ Accélérer la prévention combinée, Genève : ONUSIDA, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_fr.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ⁹¹ Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(3):181–206
- ⁹² Bertrand JT, O'Reilly K, Denison J, Anhang R, Sweat M. Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviours in developing countries. *Health Educ Res*. 2006;21(4):567–97
- ⁹³ Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and metaanalysis. *PloS One*. 2014;9(3):e89692. PMCID: PMC3942389
- ⁹⁴ Zajac K, Kennedy C, Fonner V, Armstrong KS, O'Reilly KR, Sweat MD. A systematic review of the effects of behavioural counseling on sexual risk behaviours and HIV/STI prevalence in low- and middle-income countries. *AIDS Behav*. 2014;1–25.
- ⁹⁵ Taylor M, Dlamini SB, Meyer-Weitz A, Sathiparsad R, Jinabhai CC, Esterhuizen T. Changing sexual behaviour to reduce HIV transmission - a multi-faceted approach to HIV prevention and treatment in a rural South African setting. *AIDS Care*. 2010 Nov;22(11):1395-402. doi: 10.1080/09540121003720960.

- ⁹⁶ Buzdugan R, Benedikt C, Langhaug L, Copas A, Mundida O, et al. Population-level impact of Zimbabwe's National Behavioural Change Programme. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014 Dec 15;67(5):e134-41. doi: 10.1097/QAI.0000000000000361.
- ⁹⁷ The One Love Campaign in South Africa: What has been achieved so far? Interim Evaluation. Johannesburg: Soul City Institute; 2012. (<http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/campaigns/onelove-evaluation/onelove%20interim%20eval%20Report-final%20incl%20cover.pdf>, consulté le 5 avril 2017).
- ⁹⁸ Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Paris : Unesco, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>, consulté le 5 avril 2017).
- ⁹⁹ Fonner et al. 2014. School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 9(3): e89692. Doi:<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0089692>
- ¹⁰⁰ Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education: A focus on human rights and gender. New York, UNFPA. <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20Operational%20Guidance%20for%20CSE%20Final%20WEB%20Version.pdf>
- ¹⁰¹ Michielsen K, Chersich MF, Luchters S, De Koker P, Van Rossem R, Temmerman M. Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: systematic review and metaanalysis of randomized and nonrandomized trials. *AIDS*. 2010;24(8):1193–202.
- ¹⁰² Albarracin J, Albarracin D, Durantini M. Effects of HIV-prevention interventions for samples with higher and lower percents of Latinos and Latin Americans: a meta-analysis of change in condom use and knowledge. *AIDS Behav*. 2008;12(4):521–43
- ¹⁰³ Wei C, Herrick A, Raymond HF, Anglemeyer A, Gerbase A, Noar SM. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(9):CD009337.
- ¹⁰⁴ Meader N, Li R, Des Jarlais DC, Pilling S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(1):CD007192.
- ¹⁰⁵ Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2008;13(5):659–79.
- ¹⁰⁶ Wariki WM, Ota E, Mori R, Koyanagi A, Hori N, Shibuya K. Behavioural interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:CD005272.
- ¹⁰⁷ Huang Z, Wang M, Fu L, Fang Y, Hao J, Tao F et al. Intervention to increase condom use and HIV testing among men who have sex with men in China: a meta-analysis. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2013;29(3):441–8.
- ¹⁰⁸ Lu H, Liu Y, Dahiya K, Qian HZ, Fan W, Zhang L. Effectiveness of HIV risk reduction interventions among men who have sex with men in China: a systematic review and metaanalysis. *PLoS One*. 2013;8(8):e72747.
- ¹⁰⁹ Zheng L, Zheng Y. (2012). Efficacy of human immunodeficiency virus prevention interventions among men who have sex with men in China: a meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2012;39(11):886–93.
- ¹¹⁰ Tan JY, Huedo-Medina TB, Warren MR, Carey MP, Johnson BT. A meta-analysis of the efficacy of HIV/AIDS prevention interventions in Asia, 1995-2009. *Social Sci Med*. 2012;75(4):676–87.
- ¹¹¹ Huedo-Medina TB, Boynton MH, Warren MR, LaCroix JM, Carey MP, Johnson BT. Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: a meta-analysis. *AIDS Behav*. 2010;14(6):1237–51.
- ¹¹² Lan CW, Scott-Sheldon LA, Carey KB, Johnson BT, Carey MP. Alcohol and sexual risk reduction interventions among people living in Russia: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Behav*. 2014;18(10):1835–46.
- ¹¹³ Educated Empowered Inspired: Transforming lives through the response to HIV and AIDS in East and Southern Africa - Lessons From The Economic Empowerment Approach. Genève, Suisse : OIT, 2016. (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_456923.pdf, consulté le 1^{er} juin 2017).
- ¹¹⁴ FNUAP - L'état de la population mondiale 2013. La mère-enfant : face aux défis de la grossesse chez l'adolescente. New York : FNUAP, 2013.
- ¹¹⁵ DeNeve JW et al. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470–77. doi: 10.1016/S2214-109X(15)00087-X (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134875>, consulté le 6 juillet 2016).
- ¹¹⁶ García-Moreno C et al. Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*. 2015;385:1685-95.
- ¹¹⁷ Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Ozler B. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer programme on the sexual behaviour of young women. *Health Econ*. 2010;19 Suppl:55–68. doi:10.1002/hec.1569
- ¹¹⁸ Cluver L, Boyes M, Orkin M, Pantelic M, Molwena T, Sherr L. Child-focused statecash transfer and adolescent risk of HIV infection in South Africa: a propensity-scorematched case-control study. *Lancet Glob Health*. 2013;1(6):e362–e370. doi:10.1016/S2214-109X(13)70115-3.
- ¹¹⁹ Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda by Tanya Abramsky, K. Devries, L. Kiss, J. Nakuti, N. Kyegombe et al.

¹²⁰ Footer KH, Silberzahn BE, Tormohlen KN, Sherman SG. Policing practices as a structural determinant for HIV among sex workers: a systematic review of empirical findings. *J Int AIDS Soc.* 2016 Jul 18;19(4 Suppl 3):20883. doi: 10.7448/IAS.19.4.20883. eCollection 2016. Review.

¹²¹ Joanna Busza¹§, Sibongile Mtetwa², Elizabeth Fearon³, David Hofisi⁴, Tinashe Mundawarara⁴, Raymond Yekeye⁵, Tapuwa Magure⁵, Owen Mugurungi⁶, Frances Cowan^{2,7}. Good News for Sex Workers in Zimbabwe: How a court order improved safety in the absence of decriminalisation. *Journal IAS* 2017 In press.

¹²² Accélérer la prévention combinée, Genève : ONUSIDA, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_fr.pdf, consulté le 5 avril 2017).

¹²³ Rapport sur le retard en matière de prévention, Synthèse. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Prevention-gap-report-summary_fr.pdf consulté le 5 avril 2017).

¹²⁴ Lamontagne E, d'Elbée M, Ross MW, Carroll A, du Plessis A, et al, Supporting zero discrimination: A comprehensive measurement of homophobia applicable to all countries (unpublished)

¹²⁵ Ha, H., Risser, J.M., Ross, M.W., Huynh, N.T., & Nguyen, H.T. (2015). Homosexuality-related stigma and sexual risk behaviours among men who have sex with men in Hanoi, Vietnam. *Arch Sex Behav*, 44, 349-356.

¹²⁶ Jeffries, W.L.t., Marks, G., Lauby, J., Murrill, C.S., & Millett, G.A. (2013). Homophobia is associated with sexual behavior that increases risk of acquiring and transmitting HIV infection among black men who have sex with men. *AIDS Behav*, 17, 1442-1453.

¹²⁷ Risher, K., Adams, D., Sithole, B., Ketende, S., Kennedy, C., Mnisi, Z., et al. (2013). Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc.* 16.

¹²⁸ Wei, C., Yan, H., Yang, C., Raymond, H.F., Li, J., Yang, H., et al. (2013). Accessing HIV testing and treatment among men who have sex with men in China: a qualitative study. *AIDS Care*, 26.

¹²⁹ Arreola, S., Santos, G.M., Beck, J., Sundararaj, M., Wilson, P.A., Hebert, P., et al. (2015). Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide. *AIDS Behav*, 19, 227-234.

¹³⁰ Marseille E, Morin SF, Collins C, Summers T, Coates T, Kahn JG. Cost-Effectiveness of HIV Prevention in Developing Countries. HIV InSite Knowledge Base Chapter, September 2002. <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-08-01-04>

¹³¹ Kahn JG, Marseille E, Auvert B. Cost-Effectiveness of Male Circumcision for HIV Prevention in a South African Setting. Freedberg K, ed. *PLoS Medicine*. 2006;3(12):e517. doi:10.1371/journal.pmed.0030517.

¹³² Gomez GB, Borquez A, Case KK, Wheelock A, Vassall A, Hankins C (2013) The Cost and Impact of Scaling Up Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention: A Systematic Review of Cost-Effectiveness Modelling Studies. *PLoS Med* 10(3): e1001401. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001401>

¹³³ Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2015 Feb;26 Suppl 1:S5-11. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.11.007. Epub 2014 Dec 1.

¹³⁴ Craig AP, Thein H-H, Zhang L, et al. Spending of HIV resources in Asia and Eastern Europe: systematic review reveals the need to shift funding allocations towards priority populations. *Journal of the International AIDS Society*. 2014;17(1):18822. doi:10.7448/IAS.17.1.18822.

¹³⁵ MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345:e5945.

¹³⁶ Alavian S-M, Mirahmadizadeh A, Javanbakht M, Keshtkaran A, Heidari A, Mashayekhi A et al. Effectiveness of methadone maintenance treatment in prevention of hepatitis c virus transmission among injecting drug users. *Hepat Mon*. 2013;13:e12411.

¹³⁷ Sheerin I, Green T, Sellman D, Adamson S, Deering D. Reduction in crime by drug users on a methadone maintenance therapy programme in New Zealand. *N Z Med J*. 2004;117:U795.

¹³⁸ Study shows success in methadone treatment in Hai Phong, Vietnam. Communiqué de presse : 24 juillet 2014. Durham, NC: FHI360 (<https://www.fhi360.org/news/study-shows-success-methadone-treatment-hai-phong-vietnam>, consulté le 6 avril 2016).

¹³⁹ Choi SKY, Holtgrave DR, Bacon J, Kennedy R, Lush J, et al. Economic Evaluation of Community-Based HIV Prevention Programs in Ontario: Evidence of Effectiveness in Reducing HIV Infections and Health Care Costs. *AIDS and Behavior*, 2015; DOI: 10.1007/s10461-015-1109-8

¹⁴⁰ Schackman BR, Fleishman J, Su A, Moore R, Walensky R, et al. The Lifetime Medical Cost Savings From Preventing HIV in the United States, *Medical Care*: Avril 2015 - Volume 53 - Numéro 4 - pp. 293–301 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4359630/>, consulté le 1^{er} mai 2017).

¹⁴¹ Afrique du Sud : 10. Afrique du Sud : Supporting scale-up towards prevention targets in South Africa. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁴² Investir dans la prévention du VIH. ONUSIDA : Genève, 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_fr.pdf, consulté le 6 avril 2017).

¹⁴³ Accélérer la prévention combinée. Afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 d'ici à 2020. Genève : ONUSIDA, 2015 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_fr.pdf, consulté le 6 avril 2017).

- ¹⁴⁴ Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International Encyclopedia of Education* (2nd Ed., Vol. 3, pp. 1643– 1647). Oxford, England: Pergamon Pres (<http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf>)
- ¹⁴⁵ Accélérer la prévention combinée, Genève : ONUSIDA, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_fr.pdf, consulté le 5 avril 2017)
- ¹⁴⁶ Sex Worker Implementation Tool, (SWIT): Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions, Geneva: Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/SWIT_en_UNDP%20logo.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ¹⁴⁷ MSM Implementation Tool, (MSMIT): Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions, New York: Fonds des Nations unies pour la population, 2015 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSMIT_for_Web.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ¹⁴⁸ IDUIT. Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical Guidance for Collaborative Interventions, Autriche : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2017 (<http://www.inpud.net/sites/default/files/IDUIT%205Apr2017%20for%20web.pdf>, consulté le 5 avril 2017)
- ¹⁴⁹ HIV and AIDS in places of detention: A toolkit for policymakers, programme managers, prison officers and health care providers in prison settings , Autriche : Office des Nations unies contre la drogue et le crime, 2008 (<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/V0855768.pdf>, consulté le 5 avril 2017)
- ¹⁵⁰ A handbook for starting and managing needle and syringe programmes in prisons and other closed settings, Autriche : Office des Nations unies contre la drogue et le crime (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/ADV_COPY_NSP_PRISON_AUG_2014.pdf, consulté le 5 avril 2017)
- ¹⁵¹ Transgender Implementation Tool, (TRANSIT): Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People: Practical guidance for collaborative interventions, New York: Fonds des Nations unies pour la population, 2016 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ¹⁵² HIV prevention among adolescent girls and young women: Putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_HIV_prevention_among_adolescent_girls_and_young_women.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ¹⁵³ A framework for voluntary medical male circumcision: Effective HIV prevention and a gateway to improved adolescent boys' & men's health in Eastern and Southern Africa by 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246234/1/WHO-HIV-2016.17-eng.pdf>, consulté le 5 avril 2017).
- ¹⁵⁴ Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. Paris, Unesco, 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>)
- ¹⁵⁵ Déclaration de la Commission de Haut niveau de l'ONUSIDA pour la prévention du VIH. Genève : ONUSIDA, 2010 (http://www.fondationchirac.eu/wp-content/uploads/HLC_Declaration_fr.pdf, consulté le 6 avril 2017)
- ¹⁵⁶ ONUSIDA. Rapport mondial 2013. Page 14. Genève : ONUSIDA, 2013. (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf, consulté le 20 avril 2017).
- ¹⁵⁷ Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R et al. A UNAIDS-Lancet Commission on Defeating AIDS—Advancing Global Health. Defeating AIDS—advancing global health. *The Lancet*. 2015;386:171-218. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60658-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60658-4/fulltext), consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁵⁸ HIV and the law: risks, rights and health. New York : Commission mondiale sur le VIH et le droit, 2012 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁵⁹ Prevention Gap Report. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁶⁰ Idele P., Gillespie A., Porth T., et al. Epidemiology of HIV and AIDS Among Adolescents: Current Status, Inequities, and Date Gaps. *J Acquir Immune Defic Syndr* _ Volume 66, supplément 2, 1^{er} juillet 2014.(https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/Epidemiology_of_HIV_and_AIDS_Among_Adolescents_169.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁶¹ DREAMS Innovation Challenge. Washington D.C.: PEPFAR, 2016. (<https://www.pepfar.gov/documents/organization/247602.pdf>, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁶² Laforêt et al. HIV prevention and care seeking behaviour among female sex workers in four cities in India, Kenya, Mozambique and South Africa. *Trop Med and Int Health*. Août 2016 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12761/abstract;jsessionid=DC96416B117049B7168FD48483EA1980.f04t04>, consulté le 11 avril 2017).
- ¹⁶³ Global State of Harm Reduction. Harm Reduction International, 2015. (<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction>, consulté le 11 avril 2017).
- ¹⁶⁴ Availability and Quality of Size Estimations of Female Sex Workers, Men Who Have Sex with Men, People Who Inject Drugs and Transgender Women in Low- and Middle-Income Countries. Sabin, Keith et al., *PLoS ONE* 11.5 (2016): e0155150. PMC. Web. 11 avril 2017. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4862645/>, consulté le 11 avril 2017).

- ¹⁶⁵ Prevention Gap Report. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁶⁶ ICF International. The Demographic and Health Survey Program. Statcompiler. Rockville, 2016. (<http://www.statcompiler.com/>)
- ¹⁶⁷ Prevention Gap Report. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁶⁸ Prevention Gap Report. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁶⁹ Investir dans la prévention du VIH. ONUSIDA : Genève, 2015. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_fr.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁷⁰ Prevention Gap Report. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁷¹ ICASO-EANNASO: 36.1. A Quarter for Prevention? Global Fund Investments in HIV Prevention Interventions in Generalized African Epidemics. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.
- ¹⁷² Zimbabwe, 14 mars 2017, Budget de haut niveau. (2017). Demande d'aide au Fonds mondial. Données brutes non publiées, consultées le 11 avril 2017 (3,5 % du budget total hors tuberculose ont été proposés pour la prévention du VIH chez les populations clés, les jeunes et la population en général, notamment avec des programmes de circoncision médicale masculine volontaire et de réduction de la violence basée sur le genre).
- ¹⁷³ UNAIDS. The Prevention Gap Report. Geneva, Switzerland 2016. (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap> accessed on 20 April 2017)
- ¹⁷⁴ Personal communication, Traynor D, and Thomson K, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Geneva, Switzerland; 2017.
- ¹⁷⁵ Comment le SIDA a tout changé. OMD6 : 15 ans, 15 leçons d'espoir de la riposte au sida. ONUSIDA : Genève, 2015.
- ¹⁷⁶ Global AIDS Reporting (2013–2016)
- ¹⁷⁷ Ukraine : 21.3. Ensuring 100% public financing of OST with future expansion of the number of patients. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.
- ¹⁷⁸ Sexual Rights Initiative. Sexual rights database (<http://sexualrightsdatabase.org/map/25/Age%20of%20sexual%20consent%20-%20different%20sex>, consulté le 23 juin 2016).
- ¹⁷⁹ Jürgens R, Csete J, Amon JJ et al. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*. 2010;376(9739):475–85.
- ¹⁸⁰ Strathdee SA, Beletsky L, Kerr T. HIV, drugs and the legal environment. *International Journal of Drug Policy*. 2015;26 Suppl 1:S27–32.
- ¹⁸¹ HIV and the law: risks, rights and health. New York : Commission mondiale sur le VIH et le droit, 2012 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>, consulté le 6 avril 2017).
- ¹⁸² Sheree R Schwartz, Rebecca G Nowak, Ifeanyi Orazulike, Babajide Keshinro, Julie Ake et al, The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. *Lancet HIV* 2015; 2: e299–306
- ¹⁸³ Decker MR, Crago AL, Chu SK et al. Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV. *Lancet*. 2015;385(9963):186–99. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361460800X>, consulté le 20 avril 2017).
- ¹⁸⁴ Sheree R Schwartz, Rebecca G Nowak, Ifeanyi Orazulike, Babajide Keshinro, Julie Ake et al, The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. *Lancet HIV* 2015; 2: e299–306
- ¹⁸⁵ Kate Shannon, Steffanie A Strathdee, Shira M Goldenberg, Putu Duff, Peninah Mwangi, Maia Rusakova, Sushena Reza-Paul, Joseph Lau, Kathleen Deering, Michael R Pickles, Marie-Claude Boily 'Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants' *Lancet* 2015; 385: 55–71 ([http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60931-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60931-4.pdf)).
- ¹⁸⁶ Beyrer C, Sullivan PS, Sanchez J, Dowdy D, Altman D, et al. A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men *Lancet* 380.9839 (2012): 424–438. PMC. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612610228>, consulté le 1^{er} mai 2017).
- ¹⁸⁷ Faith Khumalo, ministère de l'éducation, Pretoria, communication personnelle, mars 2017.
- ¹⁸⁸ Verma R, Shekhar A, Khobragade S, Adhikary R, George B et al, Scale-up and coverage of Avahan: a large-scale HIV-prevention programme among female sex workers and men who have sex with men in four Indian states. *Sex Trans Infect* 2010; 86 (Suppl 1): i 76 – i 82. doi: 10.1136/sti.2009.039115 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3252619>, consulté le 11 avril 2017).

¹⁸⁹ Shisana O, Rehle T, Simbayi L, Zuma K, Jooste S, Zungu N, et al. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012. Cape Town, South Africa: Human Sciences Research Council, 2013.

¹⁹⁰ Shisana O et al. South African national HIV prevalence, incidence and behavioural survey, 2012. Cape Town: HSRC Press; 2014.

¹⁹¹ Prevention Gap Report. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, consulté le 6 avril 2017).

¹⁹² Ghana : 5. HIV / STI Intervention for key population – FSW and MSM. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁹³ Brésil : 22.2 *Viva Melhor Sabendo* (Savoir pour vivre mieux). UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁹⁴ République dominicaine : 23. Reducir nuevas infecciones y aumentar las expectativas de vida en personas que viven con el VIH-SIDA en la República Dominicana, de manera sostenible mediante el fortalecimiento de la Respuesta Nacional basados en una coordinación multisectorial y efectiva. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁹⁵ Suisse : 32. Comprehensive Swiss drug policy. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁹⁶ Maroc : 8.1 « *Dar El Borj* » : un centre de santé sexuelle et reproductive pour les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) de l'Association de lutte contre le sida (ALCS) à Marrakech, Maroc. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁹⁷ Paraguay : 27. Men's Wellness Center "Kuimba'e" UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁹⁸ Guatemala : 25. Young indigenous Mayans' leadership program to prevent and reduce the gaps in universal access to information and answers related to HIV and AIDS in Guatemala: Guatemalan Parliament of Children and Adolescents. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

¹⁹⁹ Canada : 28.1 Women's Leadership and PAW Den Paw-licy Statement. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

²⁰⁰ Côte d'Ivoire : 3.2 Lutte contre les IST, le VIH, le sida et les grossesses précoces en milieu scolaire. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

²⁰¹ Accélérer la prévention combinée. Afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 d'ici à 2020. Genève : ONUSIDA, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2766_Fast-tracking_combination_prevention_fr.pdf, consulté le 6 avril 2017).

²⁰² UNAIDS HIV Situation Room; Strategy document 2017. Genève : ONUSIDA, 2017.

²⁰³ Nöstlinger C, Vuylsteke B, Nideröst S., Technical Evaluation Plan, EU Joint Action Project 2013-2016. Quality Action, 2015 (http://www.qualityaction.eu/wordpress/wp-content/uploads/2014/05/Evaluation-Plan_Update_4.2.pdf, consulté le 31 mai 2017).

²⁰⁴ Dehne K., Dallabetta G., Wilson D., Garnett G., Laga M. et al, HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. Londres, The Lancet HIV, Volume 3, No. 7, e323–e332, juillet 2016.

²⁰⁵ ONUSIDA. Investir dans la prévention du VIH. Genève : ONUSIDA, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2791_invest-in-HIV-prevention_fr.pdf, consulté le 21 avril 2017).

²⁰⁶ Santé et droits de l'homme. Organisation mondiale de la santé, aide-mémoire n°323, décembre 215.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>

²⁰⁷ Page 27, Stratégie de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf, consulté le 11 avril 2017).

²⁰⁸ Bases de données mondiales de l'Unicef 2016 se fondant sur les enquêtes MICS, EDS et d'autres enquêtes nationales auprès des ménages. <https://data.unicef.org/topic/education/secondary-education/>

²⁰⁹ From Evidence to Action : The Story of Cash Transfers and Impact Evaluation in Sub-Saharan Africa, Davis B. et al, Unicef, FAO, Oxford University Press, 2016 (<http://www.fao.org/3/a-i5157e.pdf> consulté le 13 avril 2017).

²¹⁰ Assessing Costs and Feasibility of Integrating HIV Prevention Packages into NHIF to Cover People Living with HIV in Kenya, Draft report, février 2017. Oxford Policy Management, 2017. Inédit.

²¹¹ Assemblée nationale XIV^e législature Session ordinaire de 2015-2016 Compte rendu intégral Première séance du lundi 23 novembre 2015 <http://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2015-2016/20160060.asp>

- ²¹² Covering the cost of PrEP care. Centres for Disease Control and Prevention, décembre 2015
<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-paying-for-prep.pdf>
- ²¹³ First NHS UK PrEP support service launched at 56 Dean Street, Soho <http://i-base.info/htb/28968>. Buying PrEP in England <https://www.iwantprepnnow.co.uk/>
- ²¹⁴ Management guideline for service provision for PLHIV, AIDS and TB patients, National Health Security office, Thaïlande, février 2016
- ²¹⁵ Integration of HIV Financing into Health Financing Systems in Low- and Middle-Income Countries Conceptual Framework and Preliminary Findings, UNAIDS–World Bank Economics Reference Group : Technical Working Group on Sustainable Financing, juin 2014 (http://hiv-erg.org/publications/sf/integration_financing.pdf consulté le 24 avril 2017).
- ²¹⁶ Stratégie de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA, 2016
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf, consulté le 11 avril 2017).
- ²¹⁷ Déclaration politique sur le VIH/sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, A/RES/70/266, para. 62 (f). New York : Assemblée générale des Nations Unies, 2016
(<http://undocs.org/fr/A/70/L.52>, consulté le 11 avril 2017).
- ²¹⁸ AIDS2016 Evaluation Report. Genève : International AIDS Society, 2016.
(http://www.aids2016.org/Portals/0/File/AIDS2016_evaluation_report.pdf?ver=2017-04-05-170315-470, consulté le 11 avril 2017).
- ²¹⁹ Prévention du VIH et santé et droits sexuels et reproductifs des adolescentes et des jeunes femmes : Consultation régionale de l'Afrique orientale et australe, 1-3 février 2017, Windhoek, Namibie
(<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/linkages/hiv-prevention-namibia-meeting/en/>, consulté le 25 avril 2017).
- ²²⁰ Wilton Park, Renforcer le mouvement de prévention du VIH en Afrique subsaharienne, 8-10 mars 2017
(<https://www.wiltonpark.org.uk/wp-content/uploads/WP1518-Pre-read-compendium.pdf>, consulté le 25 avril 2017).
- ²²¹ Réunion d'experts régionaux : revitalisation de la prévention du VIH, Chutes Victoria, Zimbabwe, 23 – 24 mars 2017.
(<http://www.ehpsa.org/revhivprev/revitalizing-hiv-prevention/2017/1-regional-expert-meeting-revitalizing-hiv-prevention-victoria-falls-zimbabwe>, consulté le 22 avril 2017).
- ²²² Revitalizing Combination HIV Prevention in the ESA Region. Report on the Brainstorming Meeting for Political consolidation to drive the agenda on revitalizing Combination HIV Prevention in the ESA Region. 31 mars 2016, Rainbow Towers, Harare, Zimbabwe.
- ²²³ Call to Action of the Second Latin American and Caribbean Forum on the Continuum of HIV Care : "Enhancing Combination HIV Prevention to Strengthen the Continuum of Prevention and Care"
([www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31482&Itemid=270_paho.org_2015_Call_to_Action_Second_Latin_American_and_Caribbean_Forum_on_the_Continuum_of_HIV_Care:_“Enhancing Combination HIV Prevention to Strengthen the Continuum of Prevention and Care”](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31482&Itemid=270_paho.org_2015_Call_to_Action_Second_Latin_American_and_Caribbean_Forum_on_the_Continuum_of_HIV_Care:_%20Enhancing_Combination_HIV_Prevention_to_Strengthen_the_Continuum_of_Prevention_and_Care), consulté le 12 avril 2017).
- ²²⁴ Données recueillies par l'ONUSIDA, 27 avril 2017.
- ²²⁵ Cities ending the AIDS epidemic. Genève : ONUSIDA, 2016.
(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/cities-ending-the-aids-epidemic_en.pdf, consulté le 11 avril 2017).
- ²²⁶ Start Free Stay Free AIDS Free - Cadre pour une accélération accrue de l'action en vue de mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes d'ici à 2020. Genève : ONUSIDA, 2016.
- ²²⁷ Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Genève : ONUSIDA, 2011. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_Fr.pdf, consulté le 11 avril 2017).
- ²²⁸ What you need to know about PEPFAR's Key Population Investment Fund, APCASO, 23 septembre 2016
(<http://apcaso.org/apcrg/what-you-need-to-know-about-pepfars-key-population-investment-fund/>).
- ²²⁹ Oberth G. Catalytic investments: \$800 million for matching funds, multicountry approaches, and strategic initiatives. Global Fund Observer, Newsletter Issue 300 : 18 novembre 2016.
- ²³⁰ Brésil : 22.1. Public Consultation on PrEP: implementing PrEP as a public policy with civil society and academic participations. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.
- ²³¹ France : 29. FAQ AIDES' role in community mobilisation, research, advocacy administrative process and expert recommendations in getting PrEP authorized in France. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.
- ²³² Nigeria : 9.1 Pre-exposure prophylaxis as a tool to fast track zero new HIV infections among men who have sex with men and female sex workers in Nigeria. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.
- ²³³ Maroc : 8.1. « *Dar El Borj* » : un centre de santé sexuelle et reproductive pour les Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) de l'Association de lutte contre le sida (ALCS) à Marrakech, Maroc. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.

- ²³⁴ Thaïlande : 19. PrEP Demonstration Programs in Thailand. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.
- ²³⁵ US - PEPFAR : 36.4 Determining HIV Risk for Pre-exposure Prophylaxis. UNAIDS Conference Room Paper 4 (UNAIDS/PCB (40)/CRP4), Thematic Segment on HIV Prevention 2020: a global partnership for delivery. 40^e réunion du CCP de l'ONUSIDA. Genève, Suisse : ONUSIDA, 2017.
- ²³⁶ Denise van Dijk, The Female Health Company, personal communication, novembre 2016.
- ²³⁷ Beyond the 90-90-90: refocusing HIV prevention as part of the global HIV response. Baggaley R, Dalal S, Johnson C, Macdonald V, Mameletzis I, Rodolph M, Figueroa C, Samuelson J, Verster A, Doherty M, Hirschall G.J Int AIDS Soc. 2016 Dec 19;19(1):21348
- ²³⁸ Social networking very popular among adult internet users in emerging and developing nations. (22 février 2016). (<http://www.pewglobal.org/2016/02/22/social-networking-very-popular-among-adult-internet-users-in-emerging-and-developing-nations>).
- ²³⁹ Gay people more likely to join Facebook and Twitter. (13 juillet 2010). (<http://www.telegraph.co.uk/technology/facebook/7888402/Gay-people-more-likely-to-join-Facebook-and-Twitter.html>).
- ²⁴⁰ NSWP. ICT and Sex Work: The Smart Service Provider's Guide. 2017. (<http://www.nswp.org/resource/smart-service-providers-guide-ict-and-sex-work>)
- ²⁴¹ KPMG. Strengthening sexual and reproductive health and HIV prevention among children and young people through promoting comprehensive sexuality education in Eastern and Southern Africa: End-term evaluation report, 2013–2015. Paris : Unesco, 2016. (http://youngpeopletoday.net/wp-content/uploads/2017/03/KPMG_End_Term_Evaluation_Report_2016_V2.pdf, consulté le 19 avril 2017).
- ²⁴² Getting to Zero: Global Social Work Responds to HIV. Association internationale des écoles de travail social et ONUSIDA, 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global-social-work-responds-to-HIV_en.pdf, consulté le 29 mars 2017.
- ²⁴³ Commission de la condition de la femme, Rapport sur les travaux de la soixantième session. New York : ECOSOC, 2016 (<http://undocs.org/fr/E/2016/27-E/CN.6/2016/22>, consulté le 21 avril 2017).
- ²⁴⁴ Ministres de la SADC responsables de l'égalité des sexes et des affaires féminines Gaborone, République du Botswana, le 23 juin 2016 Point décisionnel 6 point 2.1.6.7 « A chargé le Secrétariat d'élaborer un programme régional pour la mise en œuvre de la Résolution ».
- ²⁴⁵ Consultation de haut niveau sur la mise à l'échelle d'interventions sociales et structurelles éprouvées pour prévenir la transmission sexuelle du VIH, en particulier chez les jeunes femmes dans des contextes hyperendémiques. Rapport de réunion de l'ONUSIDA. Johannesburg : ONUSIDA, 2014.
- ²⁴⁶ Human Rights Violations Based on Sexual Orientation and Gender Identity in Nigeria: A Shadow Report on Nigeria's Compliance with the African Charter on Human and Peoples' Rights. Advocates for Behavioural Change et al, avril 2015 (<http://www.whereloveisacrime.org/wp-content/uploads/2015/05/ACHPR-Shadow-Report-Nigeria-SOGI-2015.pdf>, consulté le 21 avril 2017).
- ²⁴⁷ Malaysia, National Strategic Plan on HIV/AIDS 2016–2030. Kuala Lumpur: Ministry of Health, 2015. (http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/Malaysia_National_strategic_plan_2016-2030.pdf, consulté le 21 avril 2017).
- ²⁴⁸ Fafa Rahman and Guganesan Parasuraman (2012). Police knowledge of needle and syringe programs and harm reduction in Malaysia. (http://www.issdp.org/conference-papers/2012/2012_papers/Rahman%20F%20-%20Police%20Knowledge%20of%20Needle-And-Syringe%20Programs%20and%20Harm%20Reduction%20in%20Malaysia.pdf, consulté le 21 avril 2017).
- ²⁴⁹ The Punch, Zimbabwe bans arrest of sex workers, 30 mai 2015 (<http://thenews-chronicle.com/zimbabwe-bans-arrest-of-sex-workers/>, consulté le 25 avril 2017).
- ²⁵⁰ MSM Implementation Tool, (MSMIT): Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions, New York: Fonds des Nations unies pour la population, 2015 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSMIT_for_Web.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ²⁵¹ MSM Implementation Tool, (MSMIT): Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Men Who Have Sex with Men: Practical guidance for collaborative interventions, New York: Fonds des Nations unies pour la population, 2015 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSMIT_for_Web.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ²⁵² Sex Worker Implementation Tool, (SWIT): Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions, Geneva: Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/SWIT_en_UNDP%20logo.pdf, consulté le 5 avril 2017).
- ²⁵³ Condoms: The prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies. Genève : ONUSIDA, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2825_condoms_en.pdf, consulté le 29 mars 2017).
- ²⁵⁴ The Global State of Harm Reduction 2016. Londres : Harm Reduction International.
- ²⁵⁵ Joint position statement from the Eurasian Harm Reduction Network and the Eurasian Network of People Who Use Drugs for UNGASS on the World Drug Problem, 2016. Vilnius : Eurasian Harm Reduction Network and Eurasian Network of People Who Use Drugs, 2016.

- ²⁵⁶ # WhatWomenWant: A transformative framework for women, girls, and gender equality in the context of HIV and sexual and reproductive health and rights. ATHENA. Avril 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/WhatWomenWant_en.pdf, consulté le 30 mai 2017)
- ²⁵⁷ <http://www.aidsalliance.org/our-impact/link-up>
- ²⁵⁸ Communities deliver. The critical role of communities in reaching global targets to end the AIDS epidemic. UNAIDS and Stop AIDS Alliance 2015. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2725_CommunitiesDeliver_en.pdf
- ²⁵⁹ Advancing combination HIV prevention. An advocacy brief for community-led organisations. International HIV/AIDS Alliance 2016.
- ²⁶⁰ Governments fund communities. Six country experiences of financing community responses through governmental mechanisms. Genève : ONUSIDA, 2016. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2836_Governments-fund-communities_en.pdf
- ²⁶¹ South African Government News Agency. Mining towns get R18bn facelift. 1^{er} juillet 2015. (<http://sanews.gov.za/south-africa/mining-towns-get-r18bn-facelift>, consulté le 14 juillet 2015)
- ²⁶² Gebrekristos H, Resch S, Zuma K, Lurie M. Estimating the impact of establishing family housing on the annual risk of HIV infection in South African mining communities. *Sex Transm Dis.* 2005 Jun;32(6):333-40.
- ²⁶³ PrEP advocacy and access meeting report, 4-5 mai 2016, Genève (inédit)
- ²⁶⁴ FNUAP, 20 by 20: Report of the “20 by 20” Workshop. Bangkok : FNUAP, janvier 2015. (http://femalecondoms4all.org/wp-content/uploads/2015/04/20x20-Workshop-Report_Bangkok_Final-Report.pdf, consulté le 24 avril 2017).
- ²⁶⁵ FNUAP, 20 by 20: Report of the Second 20 by 20 Workshop, A UNFPA Initiative to increase the access, usage, and availability of 20 billion condoms in low- and middle-income countries by 2020. Windhoek : FNUAP, 2016.
- ²⁶⁶ Information and communications technologies: Engaging the private sector and communities in HIV programmes with gay men and other men who have sex with men. Rapport de réunion. Genève : ONUSIDA. 2016
- ²⁶⁷ Assessment of UNAIDS Technical Support Facilities. Genève : ONUSIDA, 2016. Inédit.
- ²⁶⁸ Prevention Gap Report. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf, consulté le 6 avril 2017).
- ²⁶⁹ Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD, et al. (2016) What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach. *PLoS ONE* 11(5): e0154893. doi:10.1371/journal.pone.0154893
- ²⁷⁰ Dehne K., Dallabetta G., Wilson D., Garnett G., Laga M. et al, HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. Londres, *The Lancet HIV*, Volume 3, No. 7, e323–e332, juillet 2016.
- ²⁷¹ Page 79, Stratégie de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA, 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf, consulté le 11 avril 2017).
- ²⁷² Dehne K., Dallabetta G., Wilson D., Garnett G., Laga M. et al, HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. Londres, *The Lancet HIV*, Volume 3, No. 7, e323–e332, juillet 2016.

