

**Mettre fin aux inégalités.  
Mettre fin au sida.  
Stratégie mondiale de  
lutte contre le sida, 2021-  
2026**

**Version corrigée des données**

Documents supplémentaires pour cet article : S/O

**Action requise lors de cette réunion — le conseil de coordination du programme est invité à :**

*Adopter* la stratégie mondiale contre le sida 2021-2026

**Implications financières pour la mise en œuvre des décisions :** aucune

Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026

2021

# STRATÉGIE MONDIALE CONTRE LE SIDA 2021 -2026 : UN CADRE DE LUTTE CONTRES LES INÉGALITÉS QUI MET L'ACCENT SUR LES PERSONNES



**Rappelant que tous les aspects des activités d'ONUSIDA sont régis par les principes directeurs suivants :<sup>1</sup>**

- Alignés sur les priorités des parties prenantes nationales ;
- Basés sur une participation significative et mesurable de la société civile, en particulier des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH ;
- Basés sur les droits humains et l'égalité des sexes ;
- Basés sur les meilleures preuves scientifiques et connaissances techniques disponibles ;
- Promouvant des ripostes globales au sida qui intègrent la prévention, le traitement, les soins et le soutien ; et
- Basés sur le principe de non-discrimination.

**L'ONUSIDA a pour mandat, par la résolution 1994/24 du Conseil économique et social, de :**

- a) Fournir un leadership mondial en réponse à l'épidémie ;
- b) Atteindre et promouvoir un consensus mondial sur les approches politiques et programmatiques ;
- c) Renforcer la capacité du système des Nations Unies à suivre les tendances et à veiller à ce que des politiques et des stratégies appropriées et efficaces soient mises en œuvre au niveau des pays ;
- d) Renforcer la capacité des gouvernements nationaux à élaborer des stratégies nationales exhaustives et à mettre en œuvre des activités efficaces de lutte contre le VIH/sida au niveau national ;
- e) Promouvoir une large mobilisation politique et sociale pour prévenir le VIH/sida et y faire face au sein des pays, en veillant à ce que les interventions nationales fassent intervenir un large éventail de secteurs et d'institutions ;
- f) Plaider en faveur d'un engagement politique accru dans la lutte contre l'épidémie aux niveaux mondial et national, notamment par la mobilisation et l'allocation de ressources adéquates pour les activités liées au VIH/sida.

Pour atteindre ces objectifs, le programme collaborera avec les gouvernements nationaux, organisations intergouvernementales, organisations non gouvernementales, groupes de personnes vivant avec le VIH/sida et organismes des Nations Unies.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> [19e réunion du CCP - Décisions, recommandations et conclusions \(unaids.org\)](#)

<sup>2</sup> [Résolutions du Conseil économique et social donnant lieu à la création de l'ONUSIDA](#)

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	6
RÉSUMÉ .....	8
CHAPITRE 1 : DÉCENNIE D’ACTION POUR LA RÉALISATION DES ODD : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ET COMBLER LES ÉCARTS POUR METTRE FIN AU SIDA EN TANT QUE MENACE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE.....	20
<b>Secrétaire général de l’ONU - António Guterres</b> .....	20
Chapitre 2 : Réaliser la vision des Trois Zéros : impact modélisé de la mise en œuvre de la stratégie .....	31
CHAPITRE 3 : PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1 : MAXIMISER UN ACCÈS ÉGAL ET ÉQUITABLE AUX SERVICES ET SOLUTIONS LIÉS AU VIH.....	34
<b>Domaine de résultat 1 : Prévention primaire du VIH pour les populations clés, les adolescents et les autres populations prioritaires, y compris les adolescents et les jeunes femmes et hommes dans les endroits où l’incidence du VIH est élevée.....</b>	<b>35</b>
<b>Domaine de résultat 2 : Les adolescents, les jeunes et les adultes vivant avec le VIH, en particulier les populations clés et les autres populations prioritaires, connaissent leur statut, reçoivent immédiatement des traitements et des soins intégrés de qualité qui optimisent la santé et le bien-être et y adhèrent.....</b>	<b>39</b>
<b>Domaine de résultat 3 : Prestation de services pédiatriques et de transmission verticale adaptés, intégrés et différenciés pour les femmes et les enfants, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes dans les endroits où l’incidence du VIH est élevée .....</b>	<b>43</b>
CHAPITRE 4 : PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2 : ÉLIMINER LES OBSTACLES À L’ATTEINTE DES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE VIH.....	46
<b>Domaine de résultat 4 : Des réponses communautaires au VIH pleinement reconnues, habilitées, dotées de ressources et intégrées pour une riposte au VIH transformatrice et durable.....</b>	<b>47</b>
<b>Domaine de résultat 5 : Les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les personnes à risque de contracter le VIH jouissent des droits humains, de l’égalité et de la dignité, sans stigmatisation ni discrimination.....</b>	<b>49</b>
<b>Domaine de résultat 6 : Les femmes et les filles, les hommes et les garçons, dans toute leur diversité, pratiquent et promeuvent des normes sociales équitables entre les sexes et l’égalité des sexes, et travaillent ensemble pour mettre fin à la violence sexiste et pour atténuer les risques et l’impact du VIH .....</b>	<b>51</b>
<b>Domaine de résultat 7 : Des jeunes pleinement autonomisés et dotés des ressources nécessaires afin de définir une nouvelle orientation pour la riposte au VIH et de débloquer les progrès nécessaires pour mettre fin aux inégalités et au sida.....</b>	<b>53</b>
CHAPITRE 5 : PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3 : FINANCER PLEINEMENT ET SOUTENIR DES RIPOSTES EFFICACES AU VIH ET LES INTÉGRER DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ, DE PROTECTION SOCIALE, HUMANITAIRES ET DE RIPOSTES AUX PANDÉMIES.....	56
<b>Domaine de résultat 8 : Une riposte au VIH entièrement financée et efficace mise en œuvre pour atteindre les objectifs à l’horizon 2025.....</b>	<b>56</b>

<b>Domaine de résultat 9 : Des systèmes intégrés de santé et de protection sociale qui soutiennent le bien-être, les moyens de subsistance et des environnements favorables pour les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter et touchées par le VIH afin de réduire les inégalités et de leur permettre de vivre et de prospérer.....</b>	<b>59</b>
<b>Domaine de résultat 10 : Une riposte au VIH résiliente et pleinement préparée qui protège les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter et touchées par le VIH dans des contextes humanitaires et les prémunit contre les effets néfastes des pandémies et des chocs actuels et futurs.....</b>	<b>63</b>
CHAPITRE 6 : QUESTIONS TRANSVERSALES.....	66
CHAPITRE 7 : RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES NOUVEAUX RÉSULTATS ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES.....	70
CHAPITRE 8 : PROFILS RÉGIONAUX.....	75
<b>Asie et Pacifique .....</b>	<b>75</b>
<b>Europe orientale et Asie centrale.....</b>	<b>76</b>
<b>Afrique orientale et australe.....</b>	<b>78</b>
<b>Afrique occidentale et centrale.....</b>	<b>80</b>
<b>Moyen-Orient et Afrique du Nord.....</b>	<b>81</b>
<b>Amérique latine et Caraïbes .....</b>	<b>83</b>
<b>Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord.....</b>	<b>84</b>
CHAPITRE 9 : LE PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA : SOUTENIR UNE RIPOSTE PANGOUVERNEMENTALE ET SOCIÉTALE POUR METTRE EN ŒUVRE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA SIDA .....	86
ANNEXES.....	93
<b>Annexe 1. Objectifs et engagements désagrégés pour 2025.....</b>	<b>93</b>
<b>Annexe 2 : Objectifs complémentaires produits au cours du processus d'élaboration de la stratégie mondiale de lutte contre le sida.....</b>	<b>102</b>
<b>Annexe 3. Besoins en ressources.....</b>	<b>104</b>
<b>Annexe 4. Glossaire.....</b>	<b>113</b>
<b>Annexe 5. Abréviations.....</b>	<b>118</b>

## AVANT-PROPOS

Il y a 20 ans, alors que la pandémie de sida se propageait rapidement dans le monde entier, la communauté internationale s'est fixé pour la première fois un objectif collectif ambitieux visant à enrayer et inverser la propagation du VIH d'ici à 2015. Lorsque cela a été réalisé, nous nous sommes fixé un objectif encore plus ambitieux en 2016, à savoir de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. La vision collective de l'ONUSIDA sous-tend ces objectifs : zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida.

La solidarité mondiale et la résilience des communautés ont sauvé des millions de vies. Mais nous aurions pu accomplir beaucoup plus. Nombre des inégalités qui ont facilité la propagation de la pandémie de sida s'aggravent et continuent d'attiser la propagation du VIH dans de nombreuses régions du monde. La COVID-19 a mis ces inégalités au premier plan et a mis en évidence la fragilité des gains réalisés. La résilience et l'expérience de la riposte au VIH dans la lutte contre les inégalités qui affectent de manière disproportionnée les populations clés et les populations prioritaires sont essentielles à l'opportunité unique de la génération actuelle de « mieux reconstruire » après la COVID-19.

Il y a de l'espoir. Les solutions existent. 40 ans d'expérience dans la riposte au VIH ont fourni la preuve de ce qui fonctionne. Certains pays sont parvenus à maîtriser leurs épidémies de sida. Nous savons comment mettre fin au sida, et voici la stratégie qui nous permettra d'y parvenir.

**Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026** est une nouvelle approche audacieuse qui utilise une optique d'inégalités pour combler les lacunes qui empêchent les progrès visant à mettre fin au sida. La stratégie mondiale de lutte contre le sida vise à réduire ces inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à donner la priorité aux personnes qui n'ont pas encore accès aux services vitaux de lutte contre le VIH. La stratégie énonce des actions prioritaires fondées sur des données probantes et des objectifs audacieux pour que chaque pays et chaque communauté soient sur la bonne voie afin de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

S'appuyant sur les principales leçons tirées des pandémies de VIH et de COVID-19, la stratégie tire parti des outils et approches éprouvés de la riposte au VIH, identifiant où, pourquoi et pour qui la riposte au VIH ne fonctionne pas. La stratégie décrit les priorités stratégiques et les mesures que les partenaires mondiaux, régionaux, nationaux et communautaires doivent mettre en œuvre pour lutter contre le sida. Elle tire parti de quatre décennies d'expérience de la riposte au VIH, en aidant les gouvernements, les partenaires et les communautés à « mieux reconstruire », en soutenant les systèmes de santé pour qu'ils soient plus résilients et placent les gens au centre de tous les efforts. Cette stratégie présente également un nouvel appel audacieux à l'action pour que le programme commun de l'ONUSIDA fasse progresser notre rôle de chef de file dans la riposte mondiale au VIH et mette en œuvre la stratégie. La stratégie exige en outre que la riposte au VIH soit entièrement financée et mise en œuvre de toute urgence avec une efficacité optimale.

Cette stratégie est le fruit d'une analyse approfondie des données sur le VIH et d'un processus inclusif de consultation avec les États membres, les communautés et les partenaires. Je suis profondément reconnaissante aux milliers de participants de plus de 160 pays et partenaires qui ont contribué à son développement.

Œuvrons pour que 2021 soit un tournant dans l'histoire de l'éradication du sida. Quarante ans se sont écoulés depuis le signalement des premiers cas de sida, vingt ans depuis la

session extraordinaire historique de l'assemblée générale des Nations Unies sur le sida et 25 ans depuis la création de l'ONUSIDA. J'appelle la communauté internationale à se rallier aux objectifs audacieux et aux engagements pris dans cette stratégie pour mettre fin aux inégalités qui empêchent les gens de bénéficier des services liés au VIH et faire en sorte que nous parvenions à mettre fin au sida d'ici 2030. Réengageons-nous pour faire en sorte de mettre toutes nos forces collectives au service de la lutte contre le sida et de la réalisation du droit à la santé pour tous.

Winnie Byanyima

## RÉSUMÉ

1. La nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021–2026) vise à réduire les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida et à placer les populations au centre des efforts déployés pour que le monde puisse mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Des décennies d'expérience et de preuves de la riposte au VIH montrent que les inégalités croisées entravent les progrès visant à mettre fin au sida.<sup>3</sup>
2. Élaborée par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)<sup>4</sup> et devant être adoptée par le conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, cette stratégie définit un cadre d'action transformatrice pour réduire ces inégalités d'ici à 2025 et mettre chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030<sup>5</sup>. La stratégie utilise une optique d'inégalités pour identifier, réduire et mettre fin aux inégalités qui représentent des obstacles et les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, les pays et les communautés et les empêchent de mettre fin au sida.
3. La stratégie est adoptée au cours de la décennie d'action pour accélérer les progrès de réalisation des objectifs de développement durable (ODD), et apporte des contributions explicites pour faire progresser les objectifs et cibles sur l'ensemble des ODD.<sup>6</sup>
4. La stratégie s'appuie sur un examen approfondi des données disponibles et sur un vaste processus consultatif inclusif auquel ont participé plus de 10 000 parties prenantes réparties dans 160 pays. Les résultats de la stratégie accélérée 2016–2021 de l'ONUSIDA ont éclairé l'élaboration de la nouvelle stratégie, y compris la décision du conseil de coordination du programme (CCP) d'élaborer la stratégie mondiale de lutte contre le sida « en maintenant les piliers critiques qui ont donné des résultats dans le cadre de la stratégie accélérée actuelle, son ambition et les principes qui la sous-tendent jusqu'à la fin de 2025, mais aussi en améliorant la stratégie actuelle pour hiérarchiser les domaines critiques qui sont à la traîne et nécessitent une plus grande attention ».
5. La stratégie est axée sur les personnes et vise à unir les pays, les communautés et les partenaires au-delà de la riposte au VIH pour prendre des mesures prioritaires afin d'accélérer les progrès vers la réalisation d'une vision englobant zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. La stratégie vise à fournir aux personnes les programmes et ressources dont elles ont besoin et à exercer leurs droits, à se protéger et prospérer face au VIH.

---

<sup>3</sup> Tout au long de la stratégie, le terme « mettre fin au sida » est utilisé pour désigner l'expression complète « mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 ». Ce concept est défini comme une réduction de 90 % des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida d'ici 2030, par rapport au niveau de référence de 2010.

<sup>4</sup> L'utilisation du terme « ONUSIDA » dans la stratégie fait référence au programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

<sup>5</sup> La stratégie mondiale de lutte contre le sida couvre la période 2021-2026, mais énonce des objectifs et des engagements à atteindre d'ici la fin de 2025. Le but est de permettre un examen de ces résultats et l'élaboration de la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida en 2026. Celle-ci couvrira la période allant jusqu'en 2030.

<sup>6</sup> Les 10 objectifs de développement durable qui sont explicitement liés à cette stratégie sont les suivants : ODD 1 Pas de pauvreté ; ODD 2 Faim « zéro » ; ODD 3 Bonne santé et bien-être ; ODD 4 Éducation de qualité ; ODD 5 Égalité des sexes ; ODD 8 Travail décent et croissance économique ; ODD 10 Réduction des inégalités ; ODD 11 Villes et communautés durables ; ODD 16 Paix, justice et institutions efficaces ; et ODD 17 Partenariats pour la réalisation des objectifs.

6. S'appuyant sur les principales leçons tirées des pandémies de VIH et de COVID-19, la stratégie tire parti des outils et des approches éprouvés de la riposte au VIH. Elle identifie où, pourquoi et pour qui la réponse au VIH ne fonctionne pas. Elle décrit les orientations stratégiques et les actions prioritaires devant être mises en œuvre par les partenaires mondiaux, régionaux, nationaux et communautaires d'ici 2025 afin de mettre la riposte au VIH sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.
7. La stratégie résume également le rôle du programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida dans la mise en œuvre de la stratégie et son rôle de chef de file dans la coordination de la riposte mondiale au VIH.

**Il est possible de mettre fin au sida, mais un changement de cap est nécessaire pour faire de cette aspiration une réalité.**

8. Quarante ans après l'identification des premiers cas de sida et vingt-cinq ans depuis la création de l'ONUSIDA, le monde dispose de preuves indiquant qu'il est possible de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 avec les connaissances et les outils actuellement disponibles. Avec de nouveaux diagnostics, outils de prévention et traitements, nous pouvons avancer encore plus vite, jusqu'au jour où nous aurons un vaccin contre le VIH et un remède fonctionnel.
9. Beaucoup de progrès ont été réalisés parmi certains groupes de personnes et dans certaines régions du monde. Quelques pays sont parvenus à lutter contre l'épidémie de sida, et d'autres sont sur le point de le faire. En 2019, plus de 40 pays avaient franchi ou étaient sur le point d'atteindre un jalon épidémiologique clé pour mettre fin au sida.<sup>7</sup> Des millions de personnes vivant avec le VIH jouissent maintenant d'une vie longue et saine et le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida est en baisse. En juin 2020, sur les 38 millions de personnes vivant avec le VIH, 26 millions avaient accès à une thérapie antirétrovirale vitale (ART). Ce traitement entraîne une suppression de la charge virale qui empêche la propagation du VIH.
10. La science continue de générer de nouvelles technologies et de nouveaux mécanismes pour faire progresser la prévention du VIH, le traitement, les soins et le soutien. Cela inclut notamment des progrès vers un vaccin contre le VIH et un remède fonctionnel. Des stratégies de distribution novatrices ont amélioré la portée et l'impact des services liés au VIH.
11. Malgré les succès remportés, le sida reste une crise mondiale urgente. Le monde n'a pas atteint les objectifs de prévention et de traitement accélérés de 2020 fixés dans la stratégie accélérée de l'ONUSIDA de 2015 et la déclaration politique des Nations Unies sur l'élimination du sida de 2016. La plupart des pays et des communautés ne sont pas sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.
12. Cela était vrai avant la pandémie de COVID-19, mais l'impact de cette pandémie rend plus difficile la poursuite des progrès contre le VIH, y compris la nécessité d'une action plus urgente. Nous devons identifier et traiter les facteurs qui nous ont empêchés

---

<sup>7</sup> Défini comme un rapport d'incidence/prévalence du VIH de 3,0 % ou moins, que 25 pays aient atteint en 2019, y compris : l'Afrique du Sud, l'Australie, la Barbade, le Botswana, le Burkina Faso, le Burundi, le Cambodge, la Côte d'Ivoire, Djibouti, l'Érythrée, Eswatini, l'Éthiopie, le Gabon, l'Italie, le Kenya, le Népal, les Pays-Bas, le Rwanda, Singapour, l'Espagne, la Suisse, la Thaïlande, Trinité-et-Tobago, le Vietnam et le Zimbabwe. À la fin de l'année 2019, 16 autres pays étaient en bonne voie pour atteindre le jalon d'un rapport d'incidence/prévalence de 4,0 % ou moins, dont : le Cameroun, El Salvador, le Guatemala, Haïti, le Lesotho, le Malawi, le Maroc, la Namibie, le Niger, la Nouvelle-Zélande, l'Ouganda, le Pérou, la République dominicaine, le Sénégal, le Sri Lanka et le Togo.

d'atteindre les objectifs de 2020. Et nous devons le faire tout en préservant les programmes de lutte contre le VIH contre l'impact de la COVID-19 et en protégeant les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH de la COVID-19 et d'autres menaces imminentes. En matière d'élaboration de groupes de population prioritaires pour les vaccins contre la COVID-19, la stratégie appelle les pays à inclure toutes les personnes vivant avec le VIH dans la catégorie des affections médicales à haut risque.

13. Malgré tous nos efforts, les progrès de la lutte contre le VIH restent fragiles dans de nombreux pays et extrêmement insuffisants parmi les populations clés<sup>8</sup> à l'échelle mondiale et parmi les populations prioritaires, qui englobent les enfants, les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique subsaharienne. Diverses inégalités sociales, économiques, raciales et sexospécifiques,<sup>9</sup> des environnements sociaux et juridiques qui entravent plutôt que permettent la riposte au VIH et la violation des droits humains ralentissent les progrès dans la riposte au VIH et dans d'autres domaines de la santé et du développement.
14. Des inégalités existent non seulement entre les pays, mais aussi à l'intérieur des pays. Même dans les pays qui ont atteint les objectifs de traitement 90–90–90, les moyennes dissimulent la réalité : trop de personnes sont encore laissées pour compte. Tout en reflétant les tendances positives, les moyennes globales mondiales et nationales masquent les domaines de préoccupation persistants qui, s'ils ne sont pas pris en compte, empêcheront le monde de mettre fin au sida.
15. En 2019, 1,7 million de personnes ont récemment contracté l'infection à VIH. Fin 2020, 12 millions de personnes vivant avec le VIH étaient à risque de mourir de causes liées au sida en l'absence de traitement. Même s'il existe un traitement efficace, près de 700 000 personnes sont mortes de causes liées au sida en 2019. La riposte au VIH doit se recentrer sur la manière d'étendre les services vitaux à tous ceux qui en ont besoin, dans chaque pays et chaque communauté.
16. Pour la majorité des populations clés et autres populations prioritaires, y compris des millions de personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur statut sérologique ou n'ont pas accès au traitement, les avantages des progrès scientifiques et de la protection sociale et juridique liée au VIH restent hors de portée. Les populations clés (les personnes vivant avec le VIH, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients) courent un risque plus élevé d'exposition au VIH que les autres groupes.<sup>1011</sup> Dans des contextes spécifiques, les réponses efficaces

---

<sup>8</sup> Les populations clés ou les populations clés à plus haut risque sont les groupes de personnes ayant le plus de risques d'être exposées au VIH ou de le transmettre, et dont l'engagement est crucial pour une action efficace contre le VIH. Dans tous les pays, les populations clés incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients courent un risque plus élevé d'exposition au VIH que les autres groupes. Cependant, chaque pays définit les populations spécifiques qui sont au cœur de son épidémie et de sa riposte, en fonction du contexte épidémiologique et social.

<sup>9</sup> L'inégalité désigne un déséquilibre ou un manque d'égalité. Dans cette stratégie, le terme « inégalités » englobe les nombreuses inégalités (injustices ou iniquités qui peuvent également entraîner des inégalités), disparités et lacunes associées à la vulnérabilité au VIH, à l'utilisation des services et aux résultats obtenus dans divers contextes et parmi les nombreuses populations vivant avec le VIH ou touchées par le VIH.

<sup>10</sup> Voir le glossaire à l'annexe 4, qui fournit des définitions de ces populations.

<sup>11</sup> Certains organismes emploient également le terme « populations clés » pour désigner des populations autres que les quatre populations énumérées ci-dessus. Par exemple, les prisonniers et les autres

au VIH doivent également se concentrer sur d'autres populations prioritaires, telles que les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne et 47 % des enfants vivant avec le VIH dans le monde, qui ne reçoivent pas d'accès à un traitement susceptible de leur sauver la vie.

**Les inégalités dans la riposte au VIH restent marquées et persistantes ; elles entravent les progrès vers l'éradication du sida.**

17. Des décennies de données factuelles et d'expérience, synthétisées dans un examen complet des données factuelles entrepris par l'ONUSIDA en 2020,<sup>12</sup> montrent que les inégalités sont l'une des principales raisons pour lesquelles les objectifs mondiaux de 2020 n'ont pas été atteints. Ces inégalités qui sous-tendent la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation liée au VIH accroissent la vulnérabilité au VIH des personnes et rendent les personnes vivant avec le VIH plus susceptibles de mourir de maladies liées au sida.
18. La majorité des personnes nouvellement infectées par le VIH et qui n'ont pas accès aux services vitaux de lutte contre le VIH appartiennent à des groupes de population clés et vivent dans des contextes vulnérables, où la volonté politique, le financement et les politiques inadéquats les empêchent d'accéder aux soins de santé. Les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent environ 62 % des nouvelles infections dans le monde et 99 %, 97 %, 96 %, 89 %, 98 % et 77 % des nouvelles infections en Europe orientale et en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord, en Asie et dans le Pacifique et en Amérique latine, respectivement.

---

personnes incarcérées sont également particulièrement vulnérables au VIH ; bien souvent, ils ne bénéficient pas d'un accès adéquat aux services et certains organismes peuvent les qualifier de population clé.

<sup>12</sup> Analyse des preuves : Mise en œuvre de la Stratégie ONUSIDA 2016–2021 : sur la voie rapide pour mettre fin au sida. Disponible sur [UNAIDS-2016-2021-Strategy-Evidence-review\\_en.pdf](#)

### **Les disparités d'accès, d'infections à VIH et de décès dus au sida résultent d'inégalités**

Les écarts dans les réponses au VIH et les infections à VIH qui en résultent et les décès liés au sida sont dus à des lignes de faille d'inégalité. Dès le début, l'épidémie de VIH a représenté une inégalité aiguë sur le plan de la santé, touchant certaines populations clés de façon beaucoup plus disproportionnée. Les inégalités illustrent pourquoi la riposte au VIH fonctionne pour certaines personnes, mais pas pour d'autres. Les inégalités structurelles et les déterminants de la santé : éducation, profession, revenu, domicile et communauté ont tous un impact direct sur les résultats en matière de santé et de VIH. Plus le statut social et économique d'une personne est bas, plus elle est susceptible d'être en mauvaise santé. Des forces sociétales, telles que la discrimination fondée sur la race, le sexe et l'orientation sexuelle, augmentent les contraintes exercées sur certains groupes de population. Des normes de genre inégales qui limitent l'agence et la voix des femmes et des filles, réduisent leur accès à l'éducation et aux ressources économiques, étouffent leur participation civique et contribuent au risque plus élevé de VIH auquel sont confrontées les femmes dans des contextes où la prévalence du VIH est élevée. Populations clés : les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transsexuelles et les personnes qui consomment des drogues, en particulier celles qui s'injectent des drogues, sont victimes de discrimination, de violence et d'environnements juridiques et sociaux punitifs, qui contribuent tous à la vulnérabilité au VIH. Certaines personnes handicapées, les personnes âgées vivant avec le VIH, les migrants et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont souvent touchés de manière disproportionnée par le VIH. Alors que les nouvelles infections à VIH ont diminué de 23 % dans le monde entre 2010 et 2019, les nouvelles infections ont augmenté de plus de 10 % dans plus de 30 pays. Les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) représentent environ 15 % de la population mondiale, mais représentaient 28 % des nouvelles infections à VIH en 2019. En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes sont trois fois plus susceptibles de contracter une infection à VIH que leurs pairs masculins du même âge. On estime que les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient environ 62 % de toutes les nouvelles infections à VIH en 2019, mais ne représentent qu'une petite fraction de la population mondiale. Les enfants vivant avec le VIH ont une couverture thérapeutique plus faible que les adultes et constituent une proportion plus élevée des

19. Le risque de contracter le VIH est 26 fois plus élevé chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, 29 fois plus élevé chez les consommateurs de drogues injectables, 30 fois plus élevé chez les professionnel(le)s du sexe et 13 fois plus élevé chez les personnes transsexuelles. Chaque semaine, environ 4 500 jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont infectées par le VIH. En Afrique subsaharienne, 5 nouvelles infections sur 6 chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans touchent les filles. Les jeunes femmes sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes. Seulement 53 % des enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH ont accès au traitement du VIH qui leur sauvera la vie.
20. L'une des principales raisons pour lesquelles les disparités dans la riposte au VIH demeurent aussi marquées et persistantes est que nous n'avons pas réussi à nous attaquer aux facteurs sociétaux et structurels qui accroissent la vulnérabilité au VIH et diminuent la capacité des personnes à accéder aux services liés au VIH et à en bénéficier efficacement. Reconnaître la valeur et la dignité égales de chaque personne n'est pas seulement éthique, il s'agit d'un élément essentiel pour mettre fin au sida. L'égalité d'accès aux services de lutte contre le VIH et la pleine protection des droits humains doivent être assurées à tous.

**La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026 est axée sur la réduction des inégalités**

21. S'appuyant sur les réalisations historiques de la riposte au VIH et reconnaissant les défis et les opportunités les plus urgents, cette stratégie reconnaît que des changements clés sont nécessaires pour mettre fin au sida dans le monde.
22. La stratégie place les ODD liés à la réduction des inégalités au cœur de son approche pour guider et piloter les efforts dans chaque pays et chaque communauté. La stratégie définit un cadre global d'actions transformatrices pour faire face à ces inégalités et, plus généralement, respecter, protéger et réaliser les droits humains dans la riposte au VIH. En réduisant les inégalités à l'origine de l'épidémie de sida, nous pourrions combler les lacunes en matière de prévention, de dépistage, de traitement et de soutien du VIH d'ici 2025 et remettre le monde sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.
23. La stratégie maintient les personnes au centre pour qu'elles bénéficient de normes optimales en matière de planification et de prestation de services, pour éliminer les obstacles sociaux et structurels qui empêchent les personnes d'accéder aux services de lutte contre le VIH, pour donner aux communautés les moyens d'ouvrir la voie, pour renforcer et adapter les systèmes afin qu'ils fonctionnent en faveur des personnes les plus gravement touchées par les inégalités, et pour mobiliser pleinement les ressources nécessaires afin de mettre fin au sida.
24. La stratégie appelle les gouvernements nationaux, les partenaires de développement et de financement, les communautés et le programme commun de l'ONUSIDA à identifier ces inégalités et à y remédier. Les pays et les collectivités partout dans le monde doivent atteindre toute la gamme des objectifs et des engagements énoncés dans la nouvelle stratégie, dans toutes les régions géographiques et pour toutes les populations et tous les groupes d'âge, afin d'atteindre les Trois Zéros : zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination liée au VIH.
25. La réalisation des objectifs et engagements de la stratégie permettront de réduire le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH de 1,7 million en 2019 à 370 000 en 2025, et le nombre de personnes décédées de maladies liées au sida de 690 000 en 2019 à 250 000 en 2025.

### **La prévention du VIH bénéficie d'une urgence et d'une attention sans précédent dans la stratégie**

26. Pour réaliser le plein potentiel du traitement du VIH et prévenir de nouvelles infections à VIH, la stratégie préconise le renforcement urgent et une mise à l'échelle rapide des services de prévention combinés du VIH qui auront le plus grand impact. La stratégie comprend des objectifs de couverture ambitieux pour les interventions clés de prévention du VIH et pour toutes les populations clés et prioritaires, et appelle à des investissements annuels totaux dans la prévention pour atteindre plus de 9,5 milliards de dollars américains d'ici 2025<sup>13</sup>. La stratégie vise également à réaliser le plein potentiel du traitement en tant que prévention et recommande la réaffectation de ressources limitées des approches de prévention du VIH moins efficaces à celles qui ont un impact élevé.
27. Dans le même temps, la stratégie souligne l'importance d'éviter les dichotomies artificielles entre traitement et prévention dans la riposte au VIH, en se concentrant plutôt sur la pleine exploitation des synergies entre la prévention combinée et le traitement. Si l'on s'attaque aux inégalités sous-jacentes, y compris à l'inégalité des sexes, à la stigmatisation et à la discrimination, les résultats en matière de prévention et de traitement s'amélioreront.

---

<sup>13</sup> Les besoins en ressources sont expliqués en détail au chapitre 7.

### **La stratégie demande des résultats transformateurs qui exigent ambition, rapidité et urgence dans la mise en œuvre**

28. Les parties prenantes de la riposte au VIH devront œuvrer davantage pour veiller à ce que leurs actions soient stratégiques, intelligentes et axées sur les résultats. La stratégie accorde la priorité à la mise en œuvre urgente et au déploiement accru d'outils, de stratégies et d'approches fondés sur des données probantes, qui transformeront les gains progressifs en résultats transformateurs. Il sera essentiel de maintenir et poursuivre le déploiement des outils et stratégies existants.

### **La stratégie devrait être mise en œuvre sous la forme d'un ensemble complet, mais nécessite des ripostes différenciées qui répondent aux besoins des personnes, des communautés et des pays dans toute leur diversité, et maintiennent les progrès dans la riposte au VIH**

29. La stratégie est conçue pour être mise en œuvre comme un tout cohérent, en accordant une importance égale aux interventions biomédicales, aux environnements favorables, aux réponses communautaires et au renforcement et à la résilience des systèmes de santé. La stratégie vise à assurer des progrès soutenus et améliorés en ce qui concerne les soins, la qualité de vie et le bien-être des personnes vivant avec le VIH tout au long de leur vie. Elle vise également à renforcer les liens avec des services intégrés, tels que ceux destinés à d'autres maladies transmissibles, à la santé sexuelle et reproductive, à la santé mentale et aux maladies non transmissibles.

### **Les communautés sont à l'avant-garde et doivent être dotées de tous les moyens nécessaires pour jouer leurs rôles cruciaux**

30. Bien que les communautés soient essentielles à la riposte au VIH, la capacité des ripostes dirigées par les communautés, des populations clés et des jeunes à contribuer pleinement à mettre fin au sida d'ici 2030 est compromise par de graves pénuries de financement, la réduction de l'espace civique dans de nombreux pays et un manque d'engagement et d'intégration complets dans les ripostes nationales. La stratégie décrit les mesures stratégiques à prendre afin de fournir aux ripostes dirigées par les collectivités et les jeunes les ressources et le soutien dont ils ont besoin pour remplir leur rôle et leur potentiel en tant que partenaires clés de la riposte au VIH.

### **La stratégie amplifie les avantages plus larges de la riposte au VIH et de la lutte contre le sida**

31. Un ensemble de preuves solides montre que les inégalités croisées alimentent l'épidémie de VIH et bloquent les progrès vers l'éradication du sida. En réduisant les inégalités, nous serons en mesure de réduire considérablement les nouvelles infections à VIH et les décès liés au sida. Cela contribuera à son tour à une multitude de résultats sociaux et économiques positifs et accélérera les progrès vers le développement durable pour tous.

32. Les investissements dans la riposte au VIH ont renforcé le fonctionnement et la résilience des systèmes de santé dans le monde entier. La stratégie a été élaborée alors que la pandémie de COVID-19 perturbait de nombreux services de lutte contre le VIH, aggravant les inégalités et ébranlant les économies nationales. Il comporte donc des mesures qui sont nécessaires pour protéger les personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH et la riposte au VIH contre les pandémies actuelles et futures. Reconnaissant le rôle central que l'infrastructure de lutte contre le VIH a joué pour aider divers pays à lutter contre la COVID-19, la stratégie vise à tirer parti de la riposte au VIH

dans la préparation et la riposte aux futures pandémies et à accroître les synergies avec d'autres mouvements mondiaux de santé et de développement.

### **Les trois priorités stratégiques connexes de la stratégie**

33. La stratégie s'appuie sur trois priorités stratégiques interdépendantes :

- Priorité stratégique 1 : maximiser l'accès égal et équitable aux services et solutions liés au VIH ;
- Priorité stratégique 2 : éliminer les obstacles à l'obtention de résultats en matière de VIH ; et
- Priorité stratégique 3 : financer pleinement et soutenir des ripostes efficaces au VIH et les intégrer dans les systèmes de santé, de protection sociale, humanitaires et de riposte aux pandémies.

34. Des actions prioritaires couvrant 10 domaines de résultats et cinq questions transversales sont proposées pour accélérer les progrès vers la réalisation de la vision de zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. Les 10 domaines de résultats comprennent :

Domaine de résultat 1 : Prévention primaire du VIH pour les populations clés, les adolescents et les autres populations prioritaires, y compris les adolescents et les jeunes femmes et hommes dans les endroits où l'incidence du VIH est élevée

Domaine de résultat 2 : Les adolescents, les jeunes et les adultes vivant avec le VIH, en particulier les populations clés et les autres populations prioritaires, connaissent leur statut, reçoivent immédiatement des traitements et des soins intégrés de qualité qui optimisent la santé et le bien-être et y adhèrent

Domaine de résultat 3 : Prestation de services pédiatriques et de transmission verticale adaptés, intégrés et différenciés pour les femmes et les enfants, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes dans les endroits où l'incidence du VIH est élevée

Domaine de résultat 4 : Des réponses communautaires au VIH pleinement reconnues, habilitées, dotées de ressources et intégrées pour une riposte au VIH transformatrice et durable

Domaine de résultat 5 : Les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les personnes à risque de contracter le VIH jouissent des droits humains, de l'égalité et de la dignité, sans stigmatisation ni discrimination

Domaine de résultat 6 : Les femmes et les filles, les hommes et les garçons, dans toute leur diversité, pratiquent et promeuvent des normes sociales équitables entre les sexes et l'égalité des sexes, et travaillent ensemble pour mettre fin à la violence sexiste et pour atténuer les risques et l'impact du VIH

Domaine de résultat 7 : Des jeunes pleinement autonomisés et dotés des ressources nécessaires afin de définir une nouvelle orientation pour la riposte au VIH et de débloquer les progrès nécessaires pour mettre fin aux inégalités et au sida

Domaine de résultat 8 : Une riposte au VIH entièrement financée et efficace mise en œuvre pour atteindre les objectifs à l'horizon 2025

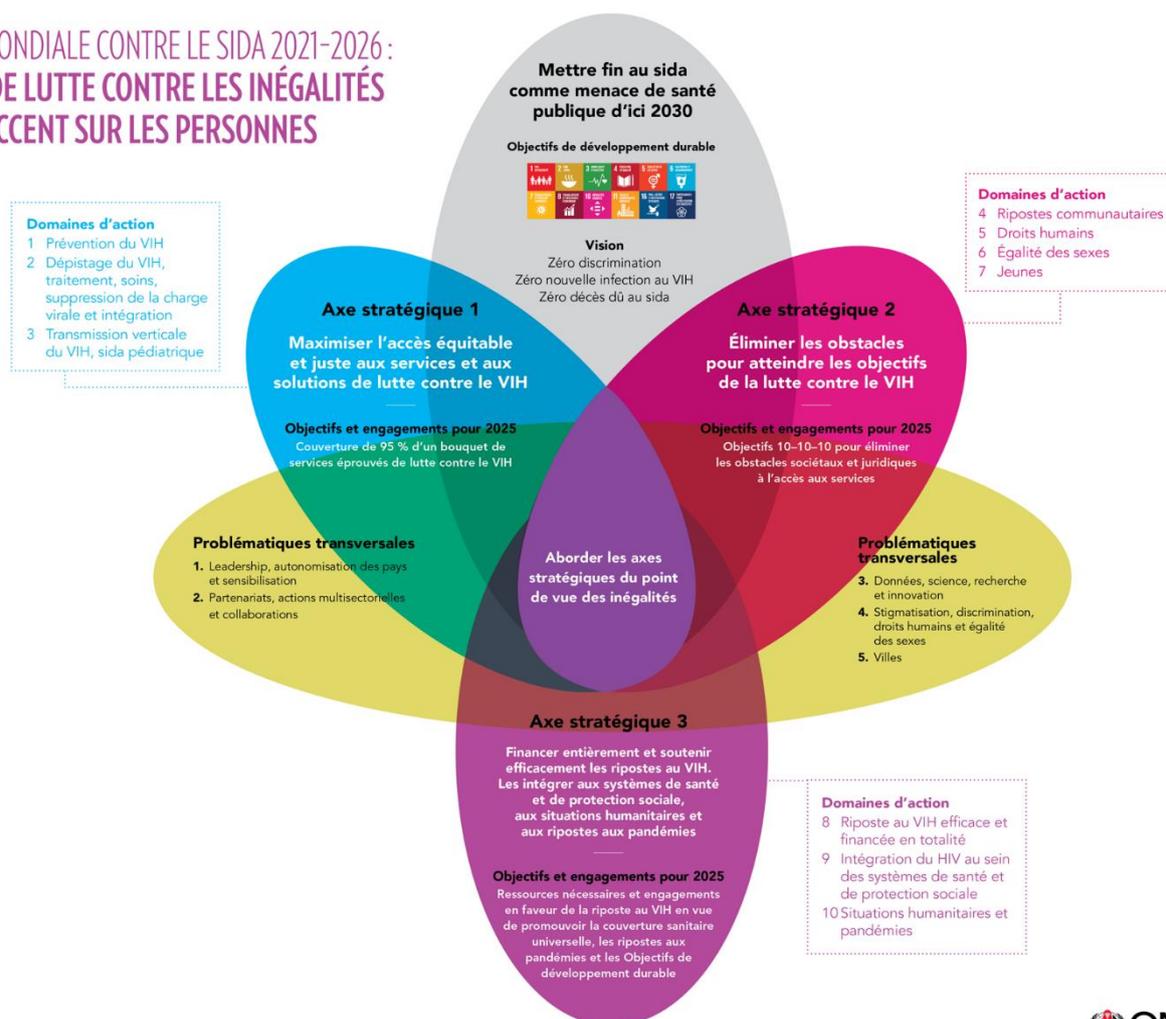
Domaine de résultat 9 : Des systèmes de santé et de protection sociale qui soutiennent le bien-être, les moyens de subsistance et des environnements favorables pour les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter ou touchées par le VIH afin de réduire les inégalités et de leur permettre de vivre et de prospérer

Domaine de résultat 10 : Une riposte au VIH résiliente et pleinement préparée qui protège les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter et touchées par le VIH dans des contextes humanitaires et les prémunit contre les effets néfastes des pandémies et des chocs actuels et futurs

Les questions transversales comprennent :

- i. Leadership, responsabilisation des pays et plaidoyer : à tous les niveaux, les dirigeants doivent renouveler leur engagement politique, assurer une communication soutenue avec diverses principales parties prenantes et soutenir les actions de celles-ci.
- ii. Partenariats, multisectorialité et collaboration : les partenaires à tous les niveaux doivent harmoniser les processus stratégiques et renforcer la collaboration stratégique afin de tirer pleinement parti des contributions à la lutte contre le sida et d'en assurer la synergie.
- iii. Données, science, recherche et innovation : les données, la science, la recherche et l'innovation sont d'une importance cruciale dans tous les domaines de la stratégie pour informer, guider et réduire les inégalités liées au VIH et accélérer le développement et l'utilisation des services et programmes relatifs au VIH.
- iv. Stigmatisation, discrimination, droits humains et égalité des sexes : les obstacles aux droits humains et à l'inégalité des sexes qui ralentissent les progrès dans la riposte au VIH et laissent pour compte des populations clés et prioritaires doivent être abordés et surmontés dans tous les domaines de la stratégie.
- v. Villes, urbanisation et établissements humains : les villes et les établissements humains en tant que centres de croissance économique, d'éducation, d'innovation, de changement social positif et de développement durable pour combler les lacunes programmatiques dans la riposte au VIH.

## STRATÉGIE MONDIALE CONTRE LE SIDA 2021-2026 : UN CADRE DE LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS QUI MET L'ACCENT SUR LES PERSONNES



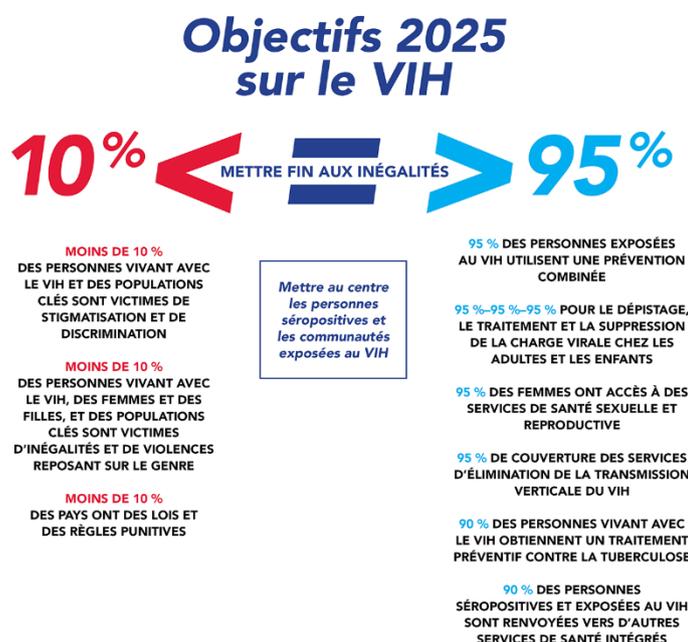
### Des objectifs et engagements ambitieux pour 2025 afin de mettre le monde sur la bonne voie pour mettre fin au sida

35. La stratégie prévoit de nouveaux objectifs et engagements ambitieux<sup>14</sup> à atteindre dans chaque pays et communauté pour toutes les populations et toutes les tranches d'âge d'ici 2025.<sup>15</sup>
36. Les trois priorités stratégiques de la stratégie sont reflétées dans les trois catégories de cibles et d'engagements : des services de lutte contre le VIH complets et centrés sur l'être humain ; l'élimination des obstacles grâce à la suppression des obstacles sociaux et juridiques à une riposte efficace au VIH ; et des systèmes robustes et résilients pour répondre aux besoins des personnes.

<sup>14</sup> La liste complète des objectifs est détaillée à l'annexe 1.

<sup>15</sup> La stratégie mondiale de lutte contre le sida couvre la période 2021-2026 et énonce des objectifs et des engagements à atteindre d'ici la fin 2025. Le but est de permettre un examen de ces résultats et l'élaboration de la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida en 2026. Celle-ci couvrira la période allant jusqu'en 2030.

## DES OBJECTIFS ET DES ENGAGEMENTS AMBITIEUX POUR 2025



### Mise en œuvre de la stratégie

37. Pour mettre en œuvre des réponses adaptées et différenciées, chaque région et chaque pays devra adapter la stratégie de manière à répondre à sa situation épidémiologique et économique, à s'attaquer aux principales inégalités liées au VIH, à promouvoir et à protéger les droits humains et à faire progresser la lutte contre le sida d'ici 2030. La stratégie comprend les profils de sept régions, décrivant des actions prioritaires pour mettre les réponses régionales au VIH sur la bonne voie.
38. L'appropriation par les pays est soulignée en tant que vecteur durable de changement dans la riposte au VIH, et prendra la forme d'un financement diversifié, de l'intégration des services et d'une adaptation de la réponse aux besoins nationaux, infranationaux et communautaires.
39. Pour atteindre les buts et objectifs de la nouvelle stratégie, il faudra que les investissements annuels dans le VIH des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire atteignent un pic de 29 milliards de dollars américains d'ici 2025. Les pays à revenu intermédiaire supérieur représentent 51 % des besoins totaux en ressources de la stratégie. La plupart des ressources devraient provenir de ressources nationales, tandis que les partenaires de développement doivent s'engager à financer durablement les besoins restants en ressources. La stratégie exige des ressources suffisantes pour atteindre ces objectifs et engagements afin de changer la dynamique de l'épidémie et de se mettre sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.
40. Le sous-investissement chronique dans la riposte mondiale au VIH s'est traduit non seulement par des millions de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, mais aussi par une augmentation des ressources mondiales nécessaires pour atteindre les objectifs et les engagements de la stratégie. Des investissements beaucoup plus importants sont nécessaires dans trois domaines :

- i. Prévention du VIH : un quasi doublement des ressources pour la prévention combinée fondée sur des données probantes, de 5,3 milliards de dollars américains par an en 2019 à 9,5 milliards de dollars américains en 2025. Les ressources devraient également être réaffectées des méthodes de prévention inefficaces aux programmes et interventions de prévention fondés sur des données factuelles préconisés dans la stratégie.
  - ii. Dépistage et traitement du VIH : les investissements doivent augmenter de 18 %, passant de 8,3 milliards de dollars américains en 2019 à 9,8 milliards de dollars américains d'ici 2025, mais le nombre de personnes sous traitement augmentera de 35 %, en raison des gains d'efficacité découlant de la réduction des prix des produits et des coûts de prestation des services. La réalisation de ces objectifs de traitement contribuera à réduire davantage les nouvelles infections à VIH, ce qui entraînera à son tour une réduction des besoins en ressources pour le dépistage et le traitement entre 2026 et 2030.
  - iii. Les vecteurs sociétaux : l'investissement dans les vecteurs sociétaux doit plus que doubler pour atteindre 3,1 milliards de dollars US en 2025 (représentant 11 % des ressources totales). Ces investissements devraient être axés sur l'établissement de l'environnement législatif et politique nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie. Les vecteurs sociétaux devront être cofinancés par le secteur de la riposte au VIH et par des secteurs autres que celui de la santé.
41. L'ONUSIDA est le seul programme conjoint du système des Nations Unies qui rassemble la diversité et l'expertise du système des Nations Unies, des États membres et de la société civile autour d'une vision commune pour mettre fin au sida et atteindre les trois zéros. L'ONUSIDA est un moyen unique d'encourager la transformation, d'incuber des approches multisectorielles novatrices et de relever les défis transversaux essentiels à la mise en œuvre de cette stratégie.
42. L'ONUSIDA s'emploiera à catalyser la mise en œuvre rapide des mesures prioritaires énoncées dans la stratégie. Une fois la stratégie adoptée, l'ONUSIDA alignera sa portée, ses capacités, ses méthodes de travail et ses efforts de mobilisation des ressources sur les priorités stratégiques et les nouveaux domaines de résultats. L'ONUSIDA mesurera ses performances, ses contributions et ses résultats par rapport aux progrès réalisés dans les ripostes au VIH aux niveaux national, régional et mondial, en mettant particulièrement l'accent sur la manière dont elle travaillera avec les pays et les communautés pour réduire les inégalités d'ici 2025 afin de mettre la riposte sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.
43. En résumé, la stratégie vise à unir les pays, les communautés et les partenaires au-delà de la riposte au VIH pour prendre des mesures prioritaires qui accéléreront les progrès vers la réalisation d'une vision englobant zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. Elle vise à fournir aux personnes les programmes, les connaissances et les ressources dont elles ont besoin pour exercer leurs droits, se protéger et prospérer face au VIH. La stratégie détermine où, pourquoi et pour qui la réponse ne fonctionne pas. S'appuyant sur les principales leçons tirées des pandémies de sida et de COVID-19, la stratégie tire parti des outils et des approches éprouvés de la riposte au VIH. Elle décrit également les priorités stratégiques et les mesures prioritaires à prendre pour que la riposte au VIH soit en bonne voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

## CHAPITRE 1 : DÉCENNIE D'ACTION POUR LA RÉALISATION DES ODD : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ET COMBLER LES ÉCARTS POUR METTRE FIN AU SIDA EN TANT QUE MENACE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Elle est au cœur du programme à l'horizon 2030 pour le développement durable, notre schéma directeur convenu pour la paix et la prospérité sur une planète saine, et inscrite dans l'ODD 10 : réduire les inégalités à l'intérieur des pays et entre les pays.

### *Secrétaire général de l'ONU - António Guterres* <sup>16</sup>

44. Au cours des cinq dernières années de la riposte mondiale au VIH, l'impossible s'est avéré possible. Lors de la mise en œuvre de la stratégie accélérée de l'ONUSIDA pour 2016-2021, certaines communautés et certains pays ont connu une baisse conséquente des infections à VIH et des décès liés au sida, même sans vaccin contre le VIH ni traitement curatif. Des dizaines de pays ont fait des progrès majeurs vers la réalisation des objectifs 90-90-90. En 2019, plus de 40 pays étaient en bonne voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Ces progrès ont été facilités par les progrès scientifiques qui ont permis de mettre au point de nouvelles technologies de prévention et de traitement du VIH et de clarifier la combinaison optimale de services et de stratégies de prestation. Il s'est également avéré crucial de disposer de preuves convaincantes quant à la valeur et à la nécessité d'abroger les lois et les politiques discriminatoires ou portant atteinte aux droits humains. Le leadership des communautés et des personnes qui se présentent pour revendiquer leur droit à la santé, renforcé par une solidarité mondiale continue, ont également été des vecteurs clés de ce succès.
45. Pourtant, malgré les preuves indiquant que nous pouvons mettre fin au sida, la riposte au VIH n'est actuellement pas en bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030, comme le prévoient les ODD. L'épidémie de sida reste une crise mondiale. Malgré le succès de nombreux programmes de prévention et de traitement financés par les gouvernements et dirigés par les communautés, les progrès accomplis ces dernières années dans la réduction des nouvelles infections à VIH et dans la mise en relation d'un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH avec un traitement ont nettement ralenti dans certains pays et communautés. Dans d'autres pays et communautés, le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida augmente. L'épidémie de sida reste dynamique : des évolutions et des fluctuations sont observées dans les schémas épidémiologiques et les fardeaux de la maladie au sein et entre un large éventail de communautés, de pays et de régions.
46. Une correction stratégique urgente de la trajectoire est nécessaire afin de remettre la riposte mondiale au VIH sur les rails. La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026 s'appuie sur les enseignements tirés de la stratégie précédente. Elle est guidée par les principes, normes et règles relatifs aux droits humains, les engagements pris en faveur de l'égalité entre les sexes et les approches qui placent les communautés au centre de la réponse mondiale. La stratégie vise à s'attaquer aux facteurs spécifiques qui ont ralenti les progrès et provoqué l'échec de la riposte pour les personnes les plus vulnérables au VIH, en particulier celles qui connaissent des inégalités sociales, économiques, raciales et/ou de genre.

### **Les inégalités sont à l'origine de l'épidémie de sida**

---

<sup>16</sup> [Allocution du Secrétaire général lors de la conférence Nelson Mandela : « Tackling the Inequality Pandemic: A New Social Contract for a New Era » \(lutter contre la pandémie d'inégalités : un nouveau contrat social pour une nouvelle ère\) ; 18 juillet 2020.](#)

47. Le monde n'a pas atteint les objectifs accélérés de 2020 en raison de l'aggravation des inégalités à l'intérieur des pays et entre eux. Les écarts se creusent entre les personnes et les communautés qui connaissent une baisse rapide des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida et celles qui se voient refuser de telles améliorations.
48. Les progrès rapides réalisés dans de nombreux pays et communautés montrent ce qui peut être accompli. Toutefois, l'absence de progrès ou le rythme lent observé ailleurs reflète ce qui se produit lorsque les droits humains, l'égalité des sexes et les communautés ne sont pas placés au centre de la riposte au VIH.
49. Des millions de personnes vivant avec le VIH et des dizaines de millions de personnes à risque ne bénéficient toujours pas de services vitaux de prévention du VIH et de protection de la santé. Les inégalités n'affectent pas seulement les personnes exclues, elles pèsent sur des populations et des sociétés entières. Nous ne pouvons mettre fin au sida sans réduire ces inégalités.
50. Les inégalités signifient que certaines personnes obtiennent un accès immédiat à la prévention et au traitement du VIH, tandis que d'autres doivent attendre des mois, voire des années ; chaque année, cette attente entraîne la mort de centaines de milliers de personnes. Les interventions biomédicales de pointe et les services essentiels n'atteignent que certaines personnes, certaines communautés et certains pays. Nous ne pouvons pas mettre fin au sida à moins d'éliminer ces inégalités.
51. Les pandémies de sida et de COVID-19 suivent et approfondissent les failles de la société. Les inégalités exacerbent la vulnérabilité aux maladies infectieuses et amplifient l'impact des pandémies. Bien souvent, à l'échelle nationale, du fait des inégalités structurelles et du financement insuffisant, les interventions biomédicales de pointe et les services sociaux essentiels sont hors de portée des personnes et communautés qui en ont besoin. Souvent, les programmes de lutte contre le VIH conçus pour tirer parti des progrès scientifiques ne sont pas adaptés aux besoins et réalités complexes des personnes qui connaissent ces inégalités multiples, souvent croisées.
52. C'est pourquoi la stratégie mondiale de lutte contre le sida cherche en priorité à atteindre les personnes et communautés laissées pour compte. Il faut comprendre qui sont ces personnes et ces communautés et où elles se trouvent, les caractéristiques et les causes de leur vulnérabilité et de leur marginalisation, et pourquoi les efforts déployés à ce jour n'ont pas abouti ou n'ont pas fonctionné pour elles. Cela exige de hiérarchiser et renforcer les programmes de lutte contre le VIH qui placent ces personnes et ces communautés au centre des réponses mondiales, régionales, nationales, infranationales et communautaires.
53. Les inégalités qui entravent les progrès vers l'éradication du sida apparaissent lorsque le VIH croise des lignes de faille complexes entre les systèmes sociaux, économiques, juridiques et de santé. Ces inégalités fonctionnent sur plusieurs axes, et certaines en amplifient d'autres. Elles sont souvent aggravées par les lois et les politiques et se traduisent par des résultats inégaux en matière de VIH, des pratiques discriminatoires et oppressives et par la violence.

54. Les inégalités expriment souvent la façon dont les systèmes de santé sont conçus, financés, organisés et gérés. Du fait des obstacles financiers, les systèmes de santé ne répondent pas aux besoins des pauvres et des communautés à faible revenu. L'accent mis par de nombreux services de santé sur les interventions curatives diminue également l'attention et le financement affectés aux interventions préventives qui pourraient contribuer à réduire les inégalités en matière de VIH et d'autres résultats sanitaires.

55. En raison des inégalités persistantes, les réponses au VIH fonctionnent pour certains, mais pas pour d'autres. Les nouvelles infections à VIH ont diminué chez les jeunes femmes dans de nombreuses régions du monde, mais les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) vivant en Afrique subsaharienne sont jusqu'à 3 fois plus susceptibles de contracter une infection à VIH que leurs homologues masculins.

56. La violence sexuelle et sexiste et les normes sexistes néfastes auxquelles aucun pays du monde n'a mis fin continuent d'être les principaux moteurs de l'épidémie de sida, avec des conséquences immédiates et à long terme pour les individus, les familles, les communautés et les sociétés. Les réponses au VIH sont également en grande partie insuffisantes pour les populations clés.

57. À l'échelle mondiale, les hommes vivant avec le VIH sont moins susceptibles d'avoir accès aux services de dépistage et de traitement du VIH que les femmes vivant avec le VIH. En Europe et en Amérique du Nord, même si les technologies de pointe offrent les moyens de mettre fin à l'épidémie parmi certaines populations, de nombreux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes appartenant à des minorités raciales ou ethniques différentes, femmes transgenres, consommateurs de drogues injectables et personnes à faible

#### VIH et COVID-19

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, l'ONUSIDA a travaillé aux côtés de personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH à travers le monde pour gérer ses impacts. Il a également étudié comment l'expérience de la lutte contre le VIH pourrait aider à informer et à orienter des réponses efficaces, efficientes, centrées sur l'être humain et durables à la COVID-19. Des décennies d'investissement dans la riposte au VIH ont créé des plateformes qui se sont avérées utiles pour lutter contre la COVID-19, tout comme elles l'ont été pour répondre à l'épidémie d'Ebola en Afrique occidentale et centrale en 2014–2015.

Les efforts internationaux couronnés de succès en matière de riposte au VIH reposent sur l'innovation, le respect des droits humains et de l'égalité des sexes, les solutions communautaires et l'engagement à ne laisser personne de côté. Des conseils sur la manière de lutter contre la stigmatisation et la discrimination pendant la COVID-19 s'appuient également sur 40 ans d'expérience en matière de riposte au VIH.

L'ONUSIDA souligne plusieurs actions vitales :

- Mettre l'égalité des sexes au centre des réponses à la COVID-19, et montrer comment les gouvernements peuvent faire face aux impacts sexistes et discriminatoires de la COVID-19.
- Protéger les personnes les plus vulnérables, en particulier celles qui appartiennent à des populations clés, qui sont à haut risque de contracter une infection à VIH, pour répondre aux préoccupations en matière de droits humains dans le contexte évolutif de la COVID-19.
- Tirer parti l'expérience et l'infrastructure de la riposte au VIH pour assurer une riposte plus robuste aux deux pandémies.

En tenant compte des enseignements tirés de la riposte au VIH, les ripostes à la COVID-19 et d'autres pandémies peuvent être axées sur l'être humain, souples, novatrices, équitables et axées sur les résultats. En agissant de manière intelligente et stratégique, les pays peuvent tirer parti de leur infrastructure du VIH pour accélérer la riposte à la COVID-19 et d'autres menaces pandémiques afin de tenir les promesses du programme de développement durable à l'horizon 2030 pour assurer la santé et le bien-être de tous.

revenu ont été laissés pour compte. Les inégalités se traduisent par la détérioration et l'inaccessibilité des services de santé pour les enfants, les adolescents, les jeunes et les adultes vivant avec le VIH ou touchés par le VIH dans des situations de catastrophes climatiques et/ou de conflit, y compris les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les rapatriés et les demandeurs d'asile, et les migrants vulnérables. Les personnes vivant dans des établissements informels n'ont souvent pas accès aux services essentiels.

58. Les enfants sont laissés pour compte. Seuls 53 % des enfants vivant avec le VIH ont accès à un traitement. Comme ils ne peuvent pas faire entendre leur voix dans la riposte, ils disposent d'opportunités inégales pour demander des solutions répondant à leurs besoins.
59. Bien que des progrès significatifs aient été accomplis dans la lutte contre le VIH dans de nombreux pays à forte charge de morbidité, les progrès sont fragiles ou inexistant dans de nombreux pays où la prévalence du VIH est plus faible. Cela s'explique en partie par la diminution de l'attention portée au VIH à mesure que le fardeau des maladies non transmissibles augmente.
60. Les données montrent que les disparités dans l'accès aux services liés au VIH, l'incidence du VIH et la mortalité liée au sida sont le résultat de multiples inégalités qui se chevauchent et d'un accès inégal à l'éducation, à l'emploi et aux opportunités économiques.
61. Des engagements politiques et financiers renouvelés sont nécessaires pour intensifier les interventions visant à remédier aux différentes inégalités structurelles, financières et économiques et à transformer les normes socioculturelles néfastes, les inégalités fondées sur le sexe et la violence sexiste qui continuent d'alimenter les épidémies de sida.

**Les mesures visant les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida portent leurs fruits.**

62. La riposte au VIH a montré que lorsque les pays prennent des mesures juridiques, politiques et programmatiques pour lutter contre les inégalités, les lacunes de la riposte peuvent être rapidement réduites et les progrès globaux vers la fin du sida s'accélèrent.
63. Il y a 20 ans, lorsque la communauté internationale a décidé pour la première fois d'enrayer et d'inverser l'épidémie de sida, ces résultats étaient jugés irréalistes.<sup>17</sup> Aujourd'hui, on observe que le taux de nouvelles infections à VIH a diminué le plus rapidement dans certains des pays à faible revenu les plus touchés par le VIH.
64. Dans divers contextes, la solidarité, l'ambition et les innovations de la riposte au VIH sauvent des vies.

---

<sup>17</sup> Les objectifs du millénaire pour le développement, adoptés en septembre 2000, comportaient l'objectif ODM 6 consistant à enrayer et à commencer à inverser la propagation du VIH d'ici à 2015 ; voir [A/RES/55/2 : Déclaration du millénaire des Nations Unies](#).

65. La prestation de services novateurs (comme une distribution plurimensuelle) et le leadership communautaire ont permis un accès soutenu aux services liés au VIH, même pendant les périodes de confinement liées à la COVID-19.

66. Dans certains contextes en Afrique, les adolescentes et les jeunes femmes connaissent de fortes réductions de leur risque de contracter le VIH grâce à des programmes multisectoriels de lutte contre le VIH qui favorisent l'égalité des sexes et mettent l'accent sur la santé des femmes et des filles. Ceux-ci incluent des programmes de santé sexuelle et procréative, notamment en matière de contraception, d'éducation, d'éducation sexuelle complète et d'émancipation économique.

Utiliser une optique d'inégalités pour accélérer les progrès vers l'éradication du sida : Le recours à une optique d'inégalités nécessite une compréhension de la nature et des causes des inégalités à différents endroits et parmi différents groupes de population, et la façon dont elles interagissent avec le VIH. Afin de contribuer à l'identification des mesures supplémentaires ou modifiées requises pour atteindre des résultats programmatiques meilleurs et plus égaux, il est important de se concentrer sur certaines questions, à savoir où, pourquoi et pour qui la riposte au VIH ne fonctionne pas. En adoptant une approche fondée sur les inégalités, les pays, les communautés, l'ONUSIDA et ses partenaires peuvent concevoir de meilleures

67. Des inégalités existent également entre les populations clés dans différents pays et régions. Dans certains contextes, les populations clés ont réussi à préserver l'accès à des services vitaux de lutte contre le VIH, tels que la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et la réduction des risques, même pendant les périodes de confinement de la COVID-19. Mais ailleurs, les populations clés continuent de faire face à de graves inégalités qui limitent leur accès aux services liés au VIH.

68. Des engagements politiques et financiers sont nécessaires pour intensifier les interventions visant à remédier aux inégalités structurelles, financières et économiques et à transformer les normes socioculturelles néfastes, les inégalités fondées sur le sexe et la violence sexiste qui alimentent les épidémies de VIH.

69. Axée sur les inégalités, la perspective de la stratégie déplace l'attention vers les personnes et les communautés qui sont encore laissées pour compte dans la riposte au VIH. Dans la mise en œuvre de cette stratégie, la riposte au VIH fera appel à des approches différenciées adaptées aux besoins de contextes, populations et lieux spécifiques et accordera la priorité aux personnes et populations les plus dans le besoin.

**En adoptant une optique axée sur les inégalités, la stratégie veillera à ce que la riposte mondiale au VIH fonctionne pour tous et ne laisse personne de côté**

70. Plusieurs principes clés sous-tendent l'optique des inégalités dans la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida.

- i. Accorder la priorité aux actions qui réduiront les inégalités et les disparités liées au VIH dans les résultats en matière de santé. La stratégie favorisera une nouvelle orientation urgente pour combler les lacunes créées par les inégalités et réduire les disparités dans les résultats en matière de santé pour les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, qui ne bénéficient toujours pas des services liés au VIH. Toutes les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH devraient bénéficier de la prévention, du dépistage, du traitement, des soins et de la suppression de la charge virale, quels que soient leur identité et leur lieu de résidence. Cela comprend de nouvelles technologies telles que des régimes antirétroviraux injectables faciles à

suivre pour le traitement et la prévention, des diagnostics au point de service pour les enfants, des autotests de dépistage du VIH ou des anneaux vaginaux contenant des antirétroviraux pour la PrEP des femmes.

ii. Aborder les inégalités structurelles et sociales croisées et hiérarchiser les actions qui peuvent être difficiles mais qui sont le plus nécessaires, plutôt que de se concentrer sur des actions plus faciles qui ne remettent pas en question les inégalités persistantes.

iii. Agir de manière holistique pour répondre aux déterminants épidémiologiques, socioéconomiques et juridiques du VIH.

À l'échelle mondiale, dans chaque pays et communauté, des réponses exhaustives, intégrées et ciblées doivent garantir des progrès au niveau de tous les aspects de la riposte au VIH.

iv. Reconnaître que des réponses adaptées au VIH sont nécessaires pour s'attaquer aux inégalités croisées qui sont à l'origine de l'épidémie de sida.

L'approche consistant à « connaître votre épidémie, connaître votre riposte » exige que tous les pays et communautés focalisent leurs efforts afin de comprendre où, pour qui et pourquoi la riposte au VIH fonctionne, qui a été laissé pour compte et où, et quelles inégalités et schémas de vulnérabilité sont à l'origine de ces lacunes. La riposte au VIH doit être modifiée et affinée. Il s'agit notamment de mettre au point des outils adaptés, de hiérarchiser les financements et les actions pour transformer les normes sociales préjudiciables, de réformer les environnements juridiques selon les besoins et de hiérarchiser les cadres politiques et programmatiques.

v. Mesurer notre succès dans la réduction des inégalités.

Nous devons mettre en place et perfectionner des systèmes nationaux de collecte et de suivi des données de manière durable afin de mieux saisir, analyser et suivre les progrès accomplis dans la réduction des inégalités liées au VIH.

71. La stratégie encouragera l'intensification d'interventions éprouvées contre le VIH pour lutter contre les inégalités. Des efforts urgents seront déployés pour combler les lacunes en matière de prévention du VIH, grâce à l'association de mesures et services de prévention du VIH adaptés et étendus qui peuvent réduire considérablement les taux d'infection par le VIH parmi les populations clés et prioritaires, telles que les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne. La stratégie accordera la priorité aux modèles de prestation de services et aux réponses communautaires financées qui peuvent assurer l'accès même lorsque les établissements de santé sont inaccessibles, aux politiques macroéconomiques qui élargissent la marge de manœuvre budgétaire pour les investissements prioritaires (y compris la protection sociale essentielle) et aux partenariats qui modifient les normes sociales et influencent l'élimination des lois, politiques et pratiques punitives perpétuant les inégalités et portant atteinte aux droits de la personne.

### **Envisager l'ensemble des objectifs et des engagements, des priorités stratégiques et des domaines de résultats de la stratégie à l'aide d'une optique axée sur les inégalités**

72. Une optique basée sur les inégalités, enracinée dans les droits humains, l'égalité entre les sexes et les réponses dirigées par la communauté est la principale caractéristique unificatrice de la nouvelle stratégie. Celle-ci appelle à des mesures audacieuses et urgentes pour assurer une couverture de 95 % auprès de toutes les populations, tous les groupes d'âge et toutes les zones géographiques en matière de services essentiels de lutte contre le VIH fondés sur des données factuelles, y compris la prévention combinée, la prévention de la transmission verticale et les services de santé sexuelle et reproductive, de dépistage du VIH, de traitement, de soins et de soutien.

73. La stratégie inclut également des objectifs pour les vecteurs sociétaux : réduire à un maximum de 10 % la proportion de personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination, ou qui sont victimes d'inégalités fondées sur le sexe et de violence fondée sur le sexe, et le nombre de pays qui ont mis en place des lois et des politiques punitives. Bien qu'aucun cas de discrimination, de violence ou de violation des droits humains ne soit tolérable, la stratégie comprend ces objectifs afin de concentrer l'attention sur la prévalence inacceptable de ces réalités et de susciter des progrès urgents vers leur élimination.
74. La vision de la stratégie s'efforçant de réduire les inégalités et de jeter les bases pour atteindre les objectifs à l'horizon 2030 s'appuie sur ses trois priorités stratégiques :
- maximiser un accès égal et équitable aux services et solutions liés au VIH ;
  - éliminer les obstacles à l'atteinte des résultats en matière de VIH ; et
  - financer pleinement des ripostes efficaces au VIH et intégrer le VIH dans les systèmes de santé, de protection sociale et de ripostes humanitaires et pandémiques.
75. La stratégie décrit les résultats stratégiques pour chacune de ces priorités stratégiques interdépendantes. Pour chaque priorité stratégique et domaine de résultat, elle explique comment ces progrès permettent de se rapprocher des trois zéros et fait le lien avec les 10 objectifs de développement durable pertinents. Elle définit des objectifs et des engagements clairs et quantifiables pour 2025. En particulier, elle met l'accent sur la nécessité de veiller à ce qu'aucun pays, population, communauté ou région ne soit laissé pour compte dans l'effort mondial visant à mettre fin au sida.
76. Pour chaque domaine de résultat, des actions hautement prioritaires sont proposées pour guider les décideurs et les partenaires d'exécution. Ces mesures n'excluent pas les actions de base en cours qui constituent l'ensemble standard d'interventions, de programmes, de services et de politiques en matière de VIH et qui doivent également être entreprises dans le cadre d'une riposte efficace et complète basée sur des données factuelles.
77. Reconnaissant qu'aucun acteur ou secteur ne peut, à lui seul, mettre fin à l'épidémie de sida, la stratégie est conçue pour la riposte mondiale au VIH dans son ensemble. Elle vise à réunir diverses parties prenantes autour d'un objectif commun et à permettre à toutes les parties prenantes de déterminer comment elles peuvent contribuer à mettre fin à l'épidémie de sida. La stratégie fournit un cadre pour que les pays puissent tirer parti de leur leadership et de leur appropriation de la riposte et adapter les stratégies nationales de manière à réduire les inégalités, à renforcer la réponse et à maximiser l'impact sur la santé publique. La stratégie décrit spécifiquement la manière dont le programme commun contribuera à la réalisation des résultats et objectifs stratégiques.

**La réduction des inégalités qui alimentent le VIH pourrait être un point d'entrée pour parvenir à la transformation souhaitée dans le cadre du programme de développement durable à l'horizon 2030**

78. Depuis que les premiers cas de sida ont été signalés il y a 40 ans, le VIH a mis en évidence les inégalités structurelles et la discrimination dans les sociétés du monde entier. Le VIH a eu un impact disproportionné sur les communautés qui étaient déjà marginalisées et privées de leurs droits, qu'il s'agisse des homosexuels ou d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des jeunes femmes et filles d'Afrique subsaharienne, des professionnel(le)s du sexe du monde entier, des personnes qui s'injectent des drogues ou de personnes en prison ou dans d'autres milieux fermés, des travailleurs saisonniers et mobiles ou des migrants. La pandémie de

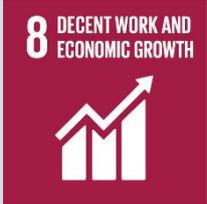
COVID-19 répète cette tendance et renforce les inégalités. Bien que l'impact de la COVID-19 soit ressenti par tous, la pandémie est particulièrement préjudiciable aux personnes les plus vulnérables et qui sont déjà victimes de discrimination et d'exclusion.

79. Le monde a répondu à ces réalités par des réponses novatrices, que la stratégie cherche à exploiter afin de promouvoir des sociétés plus saines, plus résilientes et plus égales. Il n'existe peut-être pas de vaccin ou de remède contre les inégalités, mais il est possible de les réduire. L'autonomisation des personnes et des communautés laissées pour compte peut avoir un impact transformateur positif sur l'ensemble de la société. La réduction des inégalités à l'échelle nationale et entre les pays est l'un des 17 ODD (objectif 10). En réduisant et en éliminant les inégalités qui perpétuent et exacerbent l'épidémie de sida, des résultats transformateurs pourront être amorcés au profit de la société dans son ensemble.
80. En mettant la riposte au VIH sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030, la stratégie garantira la réalisation de l'objectif spécifique au VIH du programme pour les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 (ODD 3.3), et permettra d'accélérer les progrès pour au moins 10 ODD. Le tableau 1 ci-dessous décrit les synergies et les liens entre la stratégie et les ODD : comment les progrès vers des ODD spécifiques contribuent à mettre fin au sida, et comment les gains dans la riposte au VIH accélèrent les progrès vers la réalisation de ces ODD.
81. Mettre les inégalités au cœur de la stratégie ne fera pas que débloquer les progrès vers la fin du sida. Au cours de cette décennie d'action pour la réalisation des ODD, la stratégie accélérera les progrès en vue de réduire les inégalités à l'échelle nationale et entre les pays et d'atteindre en premier les personnes les plus laissées pour compte, comme prévu dans le programme de développement durable à l'horizon 2030.

**Tableau 1 : Comment la stratégie réduit les inégalités qui inhibent les progrès en matière de VIH et de certains objectifs de développement durable**

ODD	Comment certains ODD influent sur l'épidémie de VIH et la riposte	Comment le VIH affecte les progrès pour cet ODD	Exemples illustrant la contribution de la stratégie aux ODD
ODD 1 	La pauvreté peut aggraver la vulnérabilité au VIH et compromettre la capacité des populations à en atténuer l'impact.	Les pays et les ménages touchés de manière disproportionnée par le VIH sont plus susceptibles de tomber dans la pauvreté et d'y rester, créant ainsi un cycle de vulnérabilité.	La stratégie donne la priorité aux interventions de protection sociale pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les populations prioritaires afin de réduire les inégalités de genre et de revenu et d'éliminer l'exclusion sociale, et ainsi diminuer le risque de VIH dû à la pauvreté.
ODD 2 	La faim, la malnutrition et l'insécurité alimentaire augmentent les stratégies négatives de gestion des risques sociaux et	Le VIH affaiblit le système immunitaire, limitant l'apport et l'absorption des nutriments. Il compromet la sécurité alimentaire des ménages en augmentant la	La stratégie donne la priorité aux programmes intégrés d'alimentation et de nutrition et aux interventions de protection sociale pour lutter contre les causes profondes de la pauvreté et de la faim en s'attaquant aux privations structurelles, aux inégalités et aux vulnérabilités au

ODD	Comment certains ODD influent sur l'épidémie de VIH et la riposte	Comment le VIH affecte les progrès pour cet ODD	Exemples illustrant la contribution de la stratégie aux ODD
	entravent le lancement d'un traitement antirétroviral, son observance et son efficacité, accélérant ainsi les maladies liées au sida et le décès.	stigmatisation, en réduisant la productivité, en nuisant aux moyens de subsistance et en augmentant la morbidité et la mortalité.	sein des communautés et à plus grande échelle, en promouvant des systèmes nationaux robustes, étendus et inclusifs à travers divers groupes de population.  La lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition, le maintien des revenus des adultes et le maintien des enfants à l'école contribuent à assurer l'efficacité du traitement du VIH.
<p>ODD 3</p> 	L'accès à la prévention et au traitement du VIH est compromis lorsque la couverture sanitaire universelle fait défaut ou lorsque les personnes n'ont pas accès à des services de santé sexuelle et reproductive. Le manque d'accès des personnes vivant avec le VIH à des soins intégrés a une incidence sur les résultats en matière de santé et la qualité de vie.	Les personnes vivant avec le VIH courent un risque accru de contracter certaines maladies non transmissibles, y compris des troubles de santé mentale. Les femmes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus et de mourir d'un tel cancer que les femmes ne vivant pas avec le VIH.	La stratégie préconise une couverture sanitaire universelle sensible au VIH qui soit équitable, holistique et intégrée à des services fondés sur les droits pour les comorbidités et les autres problèmes de santé affectant les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter ou touchées par le VIH.  L'investissement dans les services liés au VIH renforce les systèmes de santé, y compris la préparation à une pandémie, comme l'a montré la crise de la COVID-19, et aide à réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour les causes liées au sida
<p>ODD 4</p> 	À l'échelle mondiale, environ 7 adolescentes et jeunes femmes sur 10 connaissent mal le VIH. L'éducation est l'un des meilleurs outils de prévention du VIH disponibles. Chaque année supplémentaire de scolarité secondaire peut entraîner une réduction du risque cumulé	Les maladies liées au VIH entravent la scolarisation et l'apprentissage, de même que la stigmatisation et la discrimination dans les milieux scolaires.	La stratégie envisage un changement transformateur grâce à une éducation de qualité, y compris une éducation sexuelle complète. Celle-ci permet aux jeunes de disposer des connaissances et des compétences dont ils ont besoin pour prendre des décisions responsables et éclairées concernant leur santé et leur bien-être.  L'éducation juridique peut permettre aux personnes vivant avec le VIH de devenir des citoyens plus actifs qui connaissent et revendiquent

ODD	Comment certains ODD influent sur l'épidémie de VIH et la riposte	Comment le VIH affecte les progrès pour cet ODD	Exemples illustrant la contribution de la stratégie aux ODD
	d'infection par le VIH, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes.		leurs droits au-delà du droit à la santé, inspirant ainsi les autres.
<p>ODD 5</p> 	<p>La violence à l'égard des femmes, le déni des droits légaux et la participation limitée des femmes à la prise de décisions aggravent leur vulnérabilité à l'infection à VIH. Les normes sexospécifiques nuisibles ont également un impact sur le comportement positif des hommes face à la nécessité de consulter.</p>	<p>Le VIH est l'une des causes principales de décès chez les femmes en âge de procréer. Les femmes vivant avec le VIH et les femmes des populations clés sont plus susceptibles d'être victimes de violence sexiste.</p>	<p>La stratégie donne la priorité aux ressources destinées à l'émancipation des femmes et des filles, en garantissant leurs droits afin qu'elles puissent se prémunir contre l'acquisition du VIH, surmonter la stigmatisation et bénéficier d'un meilleur accès au dépistage du VIH, au traitement, aux soins et au soutien, ainsi qu'à des services de santé sexuelle et reproductive.</p> <p>Veiller à ce que les adolescentes et les jeunes femmes reçoivent une éducation et soient autonomes d'un point de vue économique est une bonne stratégie de prévention du VIH qui donne également à ces femmes et filles les moyens de mettre en œuvre des changements transformateurs dans leurs communautés. La stratégie préconise également des réformes visant à garantir les droits des femmes à la terre et à d'autres formes de propriété.</p> <p>Les programmes de lutte contre le VIH axés sur l'égalité des sexes qui impliquent à la fois les femmes, les filles, les hommes et les garçons peuvent réduire les violences sexistes, émanciper les femmes et transformer les normes sexospécifiques nocives, y compris celles liées à la masculinité.</p>
<p>ODD 8</p> 	<p>Des environnements de travail sûrs et sécurisés facilitent l'accès aux services liés au VIH, y compris pour les travailleurs du</p>	<p>Les personnes vivant avec le VIH peuvent connaître des taux de chômage trois fois plus élevés que les taux de chômage nationaux.</p>	<p>La stratégie vise à lutter contre le VIH dans le monde du travail en plaidant pour la protection des droits des travailleurs afin que les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH jouissent d'un plein emploi productif, exempt de discrimination.</p>

ODD	Comment certains ODD influent sur l'épidémie de VIH et la riposte	Comment le VIH affecte les progrès pour cet ODD	Exemples illustrant la contribution de la stratégie aux ODD
	secteur informel et les migrants.		
<p>ODD 10</p> 	<p>Le VIH touche plus durement les communautés vulnérables et marginalisées. L'exclusion sociale et économique et la marginalisation ont une incidence sur la capacité des personnes à se protéger contre le VIH.</p>	<p>La stigmatisation et la discrimination liées au VIH</p>	<p>La stratégie est centrée sur la réduction et l'élimination des inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida, tout en tirant parti de la riposte au VIH comme point d'entrée pour susciter un changement transformateur dans l'ensemble des ODD en s'attaquant aux inégalités.</p>
<p>ODD 11</p> 	<p>Du fait d'une urbanisation rapide, de nombreuses villes font face à des épidémies croissantes de sida. Les personnes vivant dans des taudis courent souvent un plus grand risque de contracter le VIH, en partie en raison d'un accès restreint aux services de base.</p>	<p>Le VIH touche particulièrement les villes et les zones urbaines : 200 villes comptent à elles seules plus d'un quart de la population mondiale vivant avec le VIH.</p>	<p>La stratégie préconise des ripostes au VIH menées par les villes au niveau local pour soutenir une transformation sociale positive en renforçant les systèmes de santé et les systèmes sociaux afin d'atteindre les personnes les plus marginalisées de la société.</p> <p>En tant que centres de croissance économique, d'éducation, d'innovation, de changement social positif et de développement durable, les villes sont particulièrement bien placées pour faire face à des problèmes multidimensionnels complexes tels que le VIH grâce à la participation inclusive de diverses parties prenantes.</p> <p>La responsabilisation et le leadership locaux dans la riposte au VIH assurent une plus grande égalité réelle et contribuent à garantir la santé en tant que droit pour tous.</p>
<p>ODD 16</p> 	<p>L'exclusion, la stigmatisation, la discrimination, les violations des droits de la personne et la violence alimentent l'épidémie de sida chez les adultes et les enfants. Le manque d'accès à</p>	<p>La riposte au VIH, menée par des personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, exige un accès à la justice et a mis en place des mécanismes de responsabilisation centrés sur l'être humain, générant des</p>	<p>La stratégie donne la priorité à la gouvernance participative, y compris aux interventions menées par les communautés, afin d'orienter des programmes plus pertinents et fondés sur les droits et de renforcer la responsabilisation en matière de santé et de développement.</p>

ODD	Comment certains ODD influent sur l'épidémie de VIH et la riposte	Comment le VIH affecte les progrès pour cet ODD	Exemples illustrant la contribution de la stratégie aux ODD
	la justice a des incidences sur la capacité des personnes vivant avec le VIH et des populations clés à obtenir réparation pour les violations des droits humains liées au VIH.	avantages qui vont bien au-delà de la riposte au VIH.	
<p>ODD 17</p> 	<p>Les partenariats et la solidarité mondiale sont des éléments clés de la riposte au VIH et la mobilisation de ressources nationales et internationales pour répondre aux besoins en ressources liées au VIH est essentielle pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.</p>	<p>Les efforts visant à garantir le caractère abordable et l'accès aux produits et technologies liés au VIH peuvent conférer des avantages à des programmes plus larges en matière de santé et d'équité, y compris pour la tuberculose, l'hépatite C et les maladies non transmissibles. La riposte au VIH est à l'avant-garde des partenariats innovants et place les communautés au centre.</p>	<p>La stratégie appelle à la mobilisation des investissements nationaux et internationaux dans des programmes de lutte contre le VIH fondés sur des données probantes. Elle appelle à une action collective mondiale renforcée pour améliorer le caractère abordable et l'accès à des produits de lutte contre le VIH abordables, essentiels pour mettre fin à l'épidémie de sida, notamment en promouvant des activités de plaidoyer visant à tirer parti de flexibilités offertes par les aspects des droits de propriété intellectuelle ayant trait au commerce et à optimiser l'utilisation de mécanismes volontaire d'octroi de licences et de partage de technologies pour répondre aux objectifs de santé publique. La stratégie préconise également le renforcement des échanges et de la coopération régionaux et interrégionaux dans les domaines de la science, de la recherche et de l'innovation.</p>

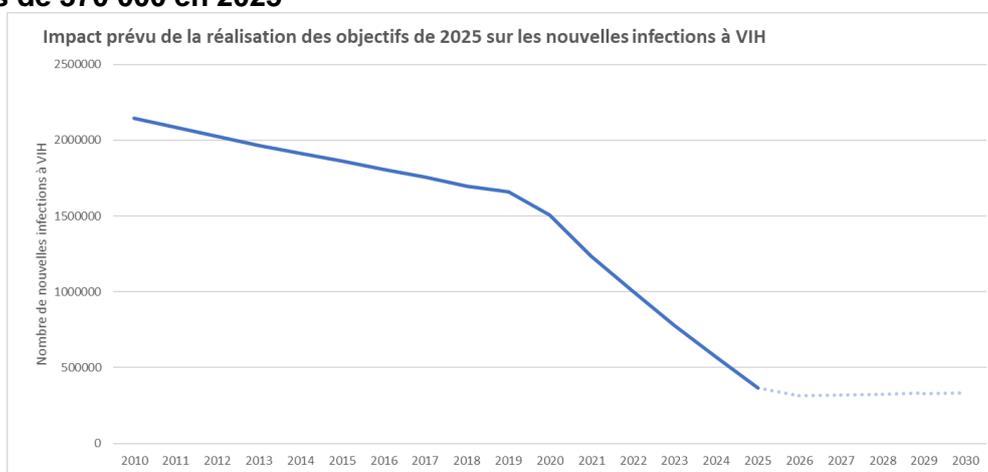
## Chapitre 2 : Réaliser la vision des Trois Zéros : impact modélisé de la mise en œuvre de la stratégie

82. La non-réalisation des objectifs de la stratégie accélérée à l'horizon 2020 et de la déclaration politique de 2016 pour mettre fin au sida a eu un coût humain tragique : 3,5 millions de personnes supplémentaires ont acquis le VIH et 820 000 personnes de plus sont mortes de maladies liées au sida que si les objectifs avaient été atteints. De ce fait, des millions de personnes supplémentaires vivent avec le VIH et des dizaines de millions de personnes qui restent à risque d'être infectées par le VIH ont besoin de services ciblés et complets.
83. Le monde peut revenir sur la bonne voie afin de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, ce qui nécessite une réduction de 90 % des nouvelles

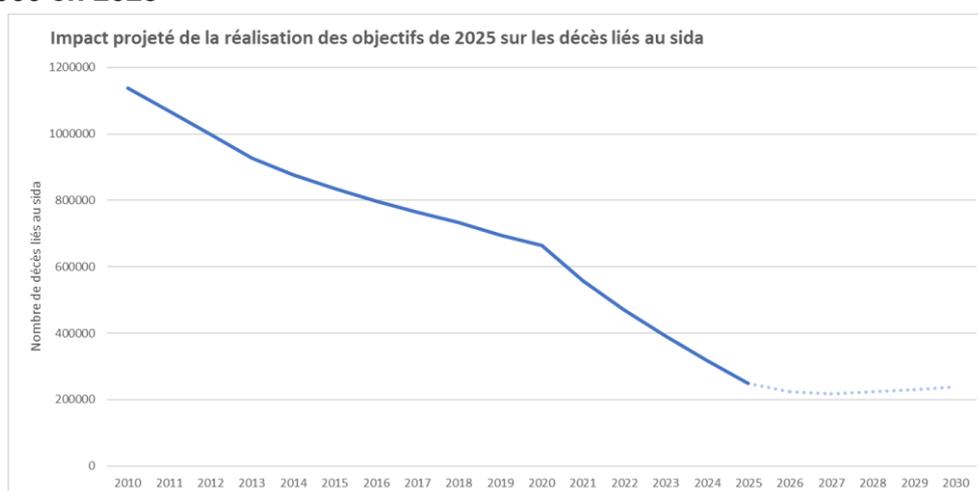
infections et des décès liés au sida (par rapport au niveau de référence de 2010). La réalisation de l'ensemble des objectifs de cette stratégie pour 2025 dans toutes les zones géographiques et auprès de toutes les populations permettra de remettre chaque pays et chaque communauté sur la bonne voie pour mettre fin au sida.

84. La modélisation épidémique montre que la réalisation des objectifs complets de 2025 réduira les infections à VIH annuelles d'environ 1,7 million en 2019 à moins de 370 000 en 2025, et réduira les décès annuels liés au sida chez les adultes et les enfants, y compris les décès dus à la tuberculose (TB), parmi les personnes vivant avec le VIH, d'environ 690 000 en 2019 à moins de 250 000 en 2025. Ce degré de succès dans la riposte au VIH mettra fermement la communauté internationale sur la bonne voie pour mettre fin à l'épidémie de sida dans tous les contextes et pour toutes les populations d'ici 2030.

**Figure 1. Le fait d'atteindre les objectifs de 2025 réduira les nouvelles infections à VIH à moins de 370 000 en 2025<sup>18</sup>**

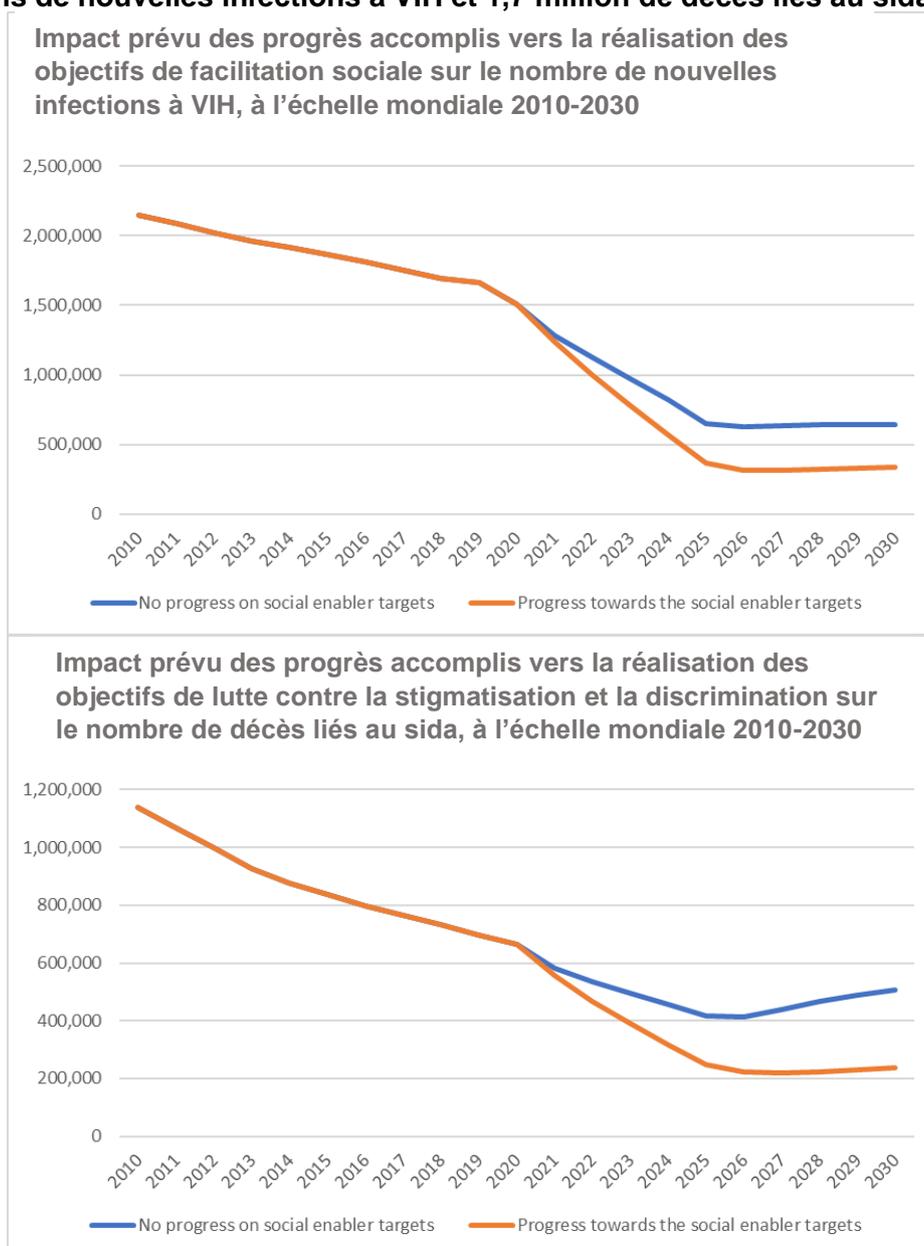


**Figure 2. Le fait d'atteindre les objectifs de 2025 réduira les décès liés au sida à moins de 250 000 en 2025**



<sup>18</sup> L'impact épidémiologique indiqué pour la période 2026-2030 suppose que les objectifs de 2025 seront atteints. L'impact épidémiologique pour la période 2026–2030 sera réexaminé à l'approche de 2025, date à laquelle il sera possible d'évaluer les réalisations des programmes jusqu'en 2025.

**Figure 3. Le fait d'atteindre les objectifs de facilitation sociétale permettra de prévenir 2,5 millions de nouvelles infections à VIH et 1,7 million de décès liés au sida d'ici 2030**



Source : Analyse spéciale d'Avenir Health à l'aide des données de l'outil de suivi des services de VIH de l'ONUSIDA/l'OMS/UNICEF, novembre 2020 ; et estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). Voir annexe sur les méthodes.

85. Il est crucial d'atteindre les objectifs de facilitation sociétale de cette stratégie. La modélisation indique que le fait de ne pas atteindre les objectifs en matière de stigmatisation et de discrimination, de criminalisation et d'égalité des sexes empêchera le monde d'atteindre les autres objectifs ambitieux de la stratégie et entraînera 2,5 millions de nouvelles infections à VIH supplémentaires et 1,7 million de décès liés au sida entre 2020 et 2030.
86. La série complète d'objectifs et d'engagements pour 2025 est fournie à l'annexe 1. Les ressources nécessaires pour atteindre ces résultats dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire sont examinées plus en détail au chapitre 7 et à l'annexe 2.

### CHAPITRE 3 : PRIORITÉ STRATÉGIQUE 1 : MAXIMISER UN ACCÈS ÉGAL ET ÉQUITABLE AUX SERVICES ET SOLUTIONS LIÉS AU VIH

87. Nous avons le potentiel et l'engagement nécessaires pour mettre fin au sida. Cependant, les services axés sur les personnes restent limités. L'absence de services complets de qualité, fondés sur les droits, tenant compte des sexospécificités et adaptés, dispensés à l'échelle et à l'intensité requises, a entraîné des inégalités qui ralentissent les progrès mondiaux vers la fin du sida. Les services actuels de lutte contre le VIH ne sont pas toujours conçus ou adaptés aux populations ou aux groupes d'âge les plus touchés par le VIH, et ils ne répondent souvent pas aux besoins de ces populations. Du fait de la stigmatisation, de la discrimination et des inégalités persistantes entre les sexes, de nombreuses populations clés et personnes issues de populations prioritaires ne sont pas atteintes et ne bénéficient pas des services requis. En outre, les services de lutte contre le VIH ne sont souvent pas complétés par un accès sexospécifique plus large, fondé les droits à des soins de santé appropriés à l'âge des personnes concernées, aux services de santé sexuelle et reproductive, à l'éducation (y compris une éducation sexuelle complète en milieu scolaire et à l'extérieur), à des moyens de subsistance durables, à des systèmes de soutien et à la protection sociale.
88. Cette nouvelle stratégie centrée sur les personnes exige des mesures d'urgence pour relier toutes les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter aux services dont elles ont besoin. Reconnaisant qu'une solution unique ne convient pas à tous, la stratégie donne la priorité à l'adaptation des ensembles de services différenciés et des approches de prestation de services aux besoins uniques des personnes, des communautés et des lieux, en utilisant des données granulaires pour cibler les programmes de la manière la plus efficace.
89. Afin d'assurer une couverture suffisante des services, la nouvelle stratégie donne la priorité aux actions visant d'abord à bénéficier aux personnes qui ne sont pas atteintes par les programmes actuels, telles que les populations clés, prioritaires et mal desservies. Les programmes de prévention du VIH adaptés et combinés doivent recevoir une priorité beaucoup plus grande, y compris l'intensification des approches de prévention sous-utilisées et des réponses communautaires, telles qu'une éducation sexuelle complète, des services de santé sexuelle et reproductive (y compris la contraception), des services de réduction des risques, des préservatifs, des lubrifiants, de la PrEP et de U=U,<sup>19</sup> et des nouveaux outils de prévention, tels que les anneaux vaginaux contenant des antirétroviraux. Des actions prioritaires sont également nécessaires pour combler les lacunes dans l'accès au traitement et aux soins qui sapent les avantages de la thérapie antirétrovirale.

#### Objectifs de haut niveau pour 2025<sup>20</sup>

- 95 % des personnes à risque de contracter le VIH ont accès à des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, axées sur la personne et efficaces et les utilisent.

<sup>19</sup> U=U, ou Undetectable=Untransmittable (indétectable=non-transmissible) est un concept scientifiquement prouvé qui se réfère au fait que les personnes vivant avec le VIH qui atteignent et maintiennent une charge virale indétectable (la quantité de VIH dans le sang) en suivant quotidiennement un traitement antirétroviral comme prescrit, ne peuvent pas transmettre sexuellement le virus à d'autres.

<sup>20</sup> Il s'agit des objectifs globaux de haut niveau pour cette priorité stratégique. L'ensemble complet d'objectifs et d'engagements de cette stratégie figure aux annexes 1 et 2.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95 % des femmes en âge de procréer ont leurs besoins en matière de VIH et de services de santé sexuelle et reproductive satisfaits.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95 % des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95 % des enfants exposés au VIH subissent un test de dépistage avant l'âge de deux mois, et à nouveau après la fin de l'allaitement maternel.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 75 % de tous les enfants vivant avec le VIH ont des charges virales supprimées d'ici 2023 (objectif provisoire)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objectifs de dépistage et de traitement 95–95–95 atteints <i>dans toutes les sous-populations, pour toutes les tranches d'âge et toutes les régions géographiques, y compris chez les enfants vivant avec le VIH.</i><sup>21</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % des personnes vivant avec le VIH prises en charge reçoivent un traitement préventif pour la tuberculose.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque sont mises en relation avec des services intégrés centrés sur les personnes et adaptés à leur contexte pour d'autres maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, la santé sexuelle et les violences sexistes, la santé mentale, la toxicomanie et d'autres services dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être en général.</li> </ul>

**Domaine de résultat 1 : Prévention primaire du VIH pour les populations clés, les adolescents et les autres populations prioritaires, y compris les adolescents et les jeunes femmes et hommes dans les endroits où l'incidence du VIH est élevée**

90. À l'heure actuelle, les efforts de prévention du VIH n'ont pas l'impact nécessaire pour mettre fin au sida. Le nombre estimé de 1,7 million de personnes ayant récemment contracté le VIH en 2019 dépasse largement l'objectif de 2020, qui visait à comptabiliser moins de 500 000 nouvelles infections à VIH. La pénurie de ressources et l'attention insuffisante accordée à la prévention de nouvelles infections à VIH parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels ainsi que les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique subsaharienne sont les principales raisons de la lenteur des progrès.

91. Le risque de transmission du VIH parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels est le principal facteur contribuant aux nouvelles infections à VIH dans le monde et dans toutes les régions en dehors de l'Afrique orientale et australe. Bien que la probabilité que des populations clés contractent le VIH dépasse le risque observé parmi les autres populations, les écarts d'investissement dans le VIH sont disproportionnés pour la prévention du VIH parmi les populations clés. Les efforts de prévention du VIH ont également été lents en matière de lutte contre la consommation nocive d'alcool ou de drogues non injectables, telles que le « chemsex » et l'utilisation d'autres stimulants qui affectent les comportements sexuels et augmentent les risques d'acquisition du VIH.

92. Les efforts de prévention du VIH n'ont pas encore pleinement mobilisé le secteur plus large de la santé ainsi que les autres secteurs non sanitaires pour s'attaquer aux inégalités sous-jacentes et aux facteurs structurels qui contribuent à la vulnérabilité au VIH. Pour combler les lacunes en matière de prévention du VIH, le renforcement urgent

<sup>21</sup> 95 % des personnes vivant avec le VIH au sein de la sous-population connaissent leur statut sérologique ; 95 % des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique suivent un traitement antirétroviral ; 95 % des personnes de la sous-population suivant un traitement antirétroviral (ART) ont une charge virale réduite.

d'une prévention combinée du VIH adaptée, à fort impact, fondée sur des données factuelles et des droits, y compris la réalisation du plein potentiel du traitement en tant que prévention sont des éléments clés et transformateurs de la nouvelle stratégie.

93. Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes qui ont contracté le VIH en 2019 (280 000) était près de trois fois plus élevé que l'objectif accéléré pour 2020 (100 000). En Afrique subsaharienne, des taux élevés d'acquisition du VIH persistent chez les adolescentes et les jeunes femmes, en raison de vulnérabilités multiples telles que des normes et pratiques sociales néfastes (c'est-à-dire les mutilations génitales féminines), des violences sexuelles et sexistes, le manque d'accès à l'éducation ou d'achèvement des études secondaires, la pauvreté et les relations sexuelles différenciées selon l'âge. La prévention combinée du VIH, y compris la prévention primaire, et en particulier chez les jeunes, est également vitale pour éliminer la transmission verticale du VIH.
94. L'engagement politique et les ressources consacrés à une prévention combinée du VIH fondée sur les faits et les droits demeurent insuffisants, et des normes sociales préjudiciables, la stigmatisation, la discrimination et des lois punitives entravent toujours les efforts de prévention. Les populations clés continuent de se heurter à ces obstacles et à d'autres pour accéder aux services de prévention du VIH. Même si les personnes des populations clés courent un risque beaucoup plus élevé de contracter le VIH, les investissements dans la prévention du VIH pour les populations clés sont disproportionnellement faibles.
95. Il existe des possibilités importantes de renforcement et de transformation des efforts de prévention, y compris de la prévention primaire, au cours des cinq prochaines années et de réduction des inégalités en matière d'accès à la prévention du VIH. Des progrès notables ont été accomplis dans la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH dans divers pays, notamment l'Afrique du Sud, le Cambodge, l'Estonie, la Thaïlande, le Vietnam et le Zimbabwe. Ces pays et d'autres ayant enregistré des baisses significatives des nouvelles infections à VIH ont mobilisé un engagement politique fort, ciblé des ressources de manière stratégique en faveur de programmes de prévention du VIH à fort impact, et soutenu des réponses communautaires à la prévention du VIH.
96. La boîte à outils pour l'association de mesures de prévention du VIH continue de se développer, avec des preuves récentes validant l'efficacité de l'anneau vaginal contenant une substance antirétrovirale, de traitements antirétroviraux injectables à action prolongée et de la PrEP. S'inspirant de la mise au point et du déploiement rapides de vaccins pour prévenir la COVID-19, la stratégie vise à minimiser les retards entre les découvertes scientifiques de solutions préventives innovantes et leur mise en œuvre.
97. La coalition mondiale pour la prévention du VIH a contribué à mobiliser l'attention mondiale sur la prévention du VIH, les 28 pays cibles de la coalition ayant adopté des objectifs nationaux ambitieux en matière de prévention du VIH. La stratégie s'appuie sur les efforts de la coalition mondiale pour la prévention du VIH afin d'allouer des ressources adéquates, d'intensifier et d'élargir les interventions de prévention efficaces et novatrices en tant que priorité urgente.
98. La nouvelle stratégie accorde la priorité à la mise en œuvre et à l'intensification de programmes d'association de mesures de prévention étayés par des données factuelles, fondés sur les droits et dirigés par les communautés, conçus pour répondre aux divers besoins, circonstances et préférences des populations qui ont le plus besoin d'une prévention efficace et offrant le plus grand impact en termes de programmation.

99. Dans le cadre de la nouvelle stratégie, les dépenses annuelles totales consacrées à la prévention primaire devraient atteindre 9,5 milliards de dollars d'ici 2025, dans le but d'atteindre des objectifs de prévention plus ambitieux pour toutes les populations.
100. Bien que les populations prioritaires en ce qui concerne les efforts de prévention varient selon les contextes locaux et communautaires, la stratégie demande des efforts ciblés pour réduire les inégalités et combler les lacunes en matière de prévention pour les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes des lieux où l'incidence du VIH est élevée.
101. Les pays doivent veiller à ce que les estimations de la taille de la population des populations clés soient mises à jour pour permettre aux programmes nationaux et aux partenaires d'exécution d'investir dans les services de lutte contre le VIH à un niveau correspondant aux besoins réels et de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs 95-95-95 de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. L'incapacité à fournir des interventions de prévention, de diagnostic et de traitement du VIH aux populations clés à grande échelle entraînera probablement un échec dans la lutte générale contre l'épidémie au niveau national. La stratégie donne la priorité aux mesures visant à autonomiser et à impliquer de manière significative ces populations et d'autres populations prioritaires et mal desservies, en particulier dans la prise de décision concernant la riposte au VIH.
102. La schistosomiase génitale féminine représente un risque d'infection par le VIH dans les régions où la schistosomiase est endémique. Le traitement préventif de la schistosomiase, en conjonction avec la prévention du VIH et la promotion de la santé sexuelle et reproductive est important pour protéger la santé des femmes et des filles.
103. **Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats**
- a. *Ressources optimales et élargissement rapide de l'accès à la prévention combinée du VIH* pour les populations clés grâce à des programmes de prévention du VIH efficaces et à plusieurs niveaux qui répondent aux besoins des populations clés conformément aux outils de mise en œuvre convenus et qui comprennent des mesures visant à garantir que les lois, politiques et pratiques nationales permettent l'accès à des ensembles de services à fort impact et leur adoption.
  - b. *Élargir et renforcer les programmes de prévention du VIH pour et avec les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes* dans le monde afin d'inverser la tendance à l'augmentation du nombre de nouvelles infections à VIH, y compris par une expansion rapide de la PrEP, de l'U=U, des programmes de préservatifs et de lubrifiants, des services de santé sexuelle et reproductive, de la prévention de la violence, de la sensibilisation menée par la communauté, de l'utilisation des nouvelles technologies de communication et de l'émancipation.
  - c. Intensifier et développer des programmes complets pour et avec les professionnel(le)s du sexe à l'échelle mondiale pour combler les lacunes persistantes, y compris parmi les professionnel(le)s du sexe les plus touchés en Afrique subsaharienne, grâce à des programmes de sensibilisation, de préservatifs et de lubrifiants dirigés par les communautés, à un accès accru à la PrEP, aux services de santé sexuelle et reproductive, à la prévention de la violence, au soutien juridique et à l'émancipation.
  - d. *Redoubler d'efforts et les intensifier pour accroître la réduction complète des risques* pour les personnes qui consomment de la drogue par injection dans tous les contextes : y compris des programmes liés aux seringues et aiguilles, une thérapie de substitution aux opioïdes, des médicaments utilisés pour bloquer les effets d'une surdose d'opioïdes et des interventions pour la consommation d'alcool

et de drogues non injectables, ainsi que la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose et de l'hépatite virale, la sensibilisation communautaire et le soutien psychosocial.

- e. *Intensifier et développer des programmes complets pour et avec les personnes transgenres*, y compris des programmes de préservatifs et de lubrifiants, un accès accru à la PrEP, des services de santé affirmant l'égalité des sexes, la prévention de la violence, des opérations de sensibilisation menées par la communauté, l'émancipation et un soutien psychosocial.
- f. *Assurer l'accès universel à une prévention complète dans les prisons et autres lieux fermés*, y compris le dépistage et le traitement volontaires du VIH, la réduction des risques, la prévention, le diagnostic et le traitement de la tuberculose et de l'hépatite virale et les services de santé et de soutien psychosocial connexes.
- g. *Répondre aux besoins multiples des adolescentes et des jeunes femmes* en développant des programmes combinés qui associent des services efficaces de prévention du VIH à des programmes portant sur le VIH et la santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, une éducation sexuelle complète, la prévention de la schistosomiase, les infections sexuellement transmissibles, la violence sexiste et les normes socioculturelles en matière de genre, et promouvant l'émancipation des femmes et leur participation significative.
- h. Renforcer l'accès à des services complets d'éducation sexuelle de bonne qualité, adaptés au sexe et à l'âge, tant à l'école qu'en dehors d'un contexte éducatif, qui tiennent compte des réalités des adolescents et des jeunes dans toute leur diversité, conformément aux orientations internationales et aux lois, politiques et contextes nationaux.
- i. Intensifier la sensibilisation des jeunes et des hommes adultes et améliorer leur accès à des programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH adaptés à leurs besoins, y compris l'excision volontaire masculine et les services de santé sexuelle, reproductive et autres et l'adoption de tels programmes.
- j. *Intensifier la qualité et la couverture de la prévention du VIH chez les femmes, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes*, y compris dans les services prénatals et de planification familiale.
- k. Lorsque les services existants ne parviennent pas à atteindre les gens, fournir des programmes alternatifs et utiliser des approches créatives (notamment les plateformes virtuelles) pour toucher les populations clés et prioritaires et permettre l'accès aux initiatives et services de prévention du VIH, de santé sexuelle et reproductive et connexes.
- l. Accélérer et faciliter l'utilisation cohérente de préservatifs et de lubrifiants masculins et féminins chez les populations prioritaires, en utilisant des approches de génération de demande adaptées aux besoins de nouvelles générations de jeunes.
- m. *Maximiser les avantages des dernières avancées scientifiques en matière de PrEP* et accélérer d'urgence l'adoption de la PrEP pour toutes les personnes qui sont à risque important d'infection par le VIH, y compris au moyen d'approches de distribution simplifiées et différenciées.
- n. Éliminer les inégalités en matière de prévention en utilisant des données granulaires pour estimer précisément la taille des populations clés et identifier les personnes qui ne reçoivent pas les services de prévention dont elles ont besoin et élaborer et mettre en œuvre des feuilles de route stratégiques ciblées, en collaboration avec les communautés touchées, pour étendre les programmes de prévention combinée adaptés aux besoins des *populations clés et prioritaires*, y

*compris des adolescents et des jeunes femmes et hommes dans les endroits où l'incidence du VIH est élevée.*

- o. Mettre à jour les communications concernant le changement de comportement vis-à-vis du VIH, notamment pour promouvoir la PrEP et U=U, et utiliser des applications Internet et mobiles pertinentes pour les jeunes et les populations clés afin d'étendre de manière optimale la portée et l'impact des services liés au VIH.
- p. *Aborder les obstacles juridiques structurels et liés à l'âge auxquels sont confrontés les adolescents et les jeunes populations clés, assurer la participation active des adolescents et des jeunes populations clés à l'élaboration de programmes dirigés par la communauté, de programmes de sensibilisation dirigés par les pairs et d'approches technologiques numériques afin de veiller à ce que les adolescents et les jeunes populations clés se voient proposer des services efficaces au plus tôt.*

**Domaine de résultat 2 : Les adolescents, les jeunes et les adultes vivant avec le VIH, en particulier les populations clés et les autres populations prioritaires, connaissent leur statut, reçoivent immédiatement des traitements et des soins intégrés de qualité qui optimisent la santé et le bien-être et y adhèrent**

***Réduire les inégalités au niveau des services de dépistage et de traitement du VIH :***

104. Des progrès remarquables ont été réalisés au cours des cinq dernières années en ce qui concerne l'élargissement des services de dépistage et de traitement du VIH et la prévention des décès liés au sida. De nombreux pays ont atteint les objectifs 90-90-90 de dépistage et de traitement du VIH<sup>22</sup> et plus de personnes que jamais ont accès à une thérapie antirétrovirale (ART) et parviennent à la suppression virale. Cependant, l'impact de l'ART a été atténué par des inégalités affectant les résultats du VIH, notamment en termes de lacunes de connaissance du statut VIH personnel, d'un manque d'initiation et de suivi du traitement en temps opportun, et de la réalisation et du maintien de la suppression virale.
105. Les efforts visant à optimiser les bienfaits de la thérapie antirétrovirale pour la santé et la prévention du VIH se heurtent à plusieurs défis. Des inégalités dans l'accès aux traitements et au niveau des résultats surviennent lorsque les services ne répondent pas spécifiquement aux besoins des populations mal desservies par les services de santé traditionnels. De nombreuses personnes qui commencent un traitement antirétroviral parviennent à une suppression virale, mais certaines ne sont pas mises en relation avec des soins suffisamment tôt ou ne poursuivent pas leur régime de soins. Souvent, il n'y a pas d'approches et de soutien différenciés pour assurer la qualité et la continuité des soins. Fin 2019, du fait de lacunes de dépistage et de traitement, environ 15,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde n'avaient pas de charge virale supprimée, mettant leur santé en danger et facilitant la propagation du VIH.
106. Les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH ont particulièrement besoin de services adaptés qui tiennent compte de leur santé physique et mentale et de leur bien-être, et qui les soutiennent dans leur transition vers des services de santé pour adultes. L'accès restreint aux traitements dont souffrent les jeunes hommes compromet leur propre santé et leur bien-être et contribue à des niveaux élevés de nouvelles infections chez les adolescentes et les jeunes femmes.

---

<sup>22</sup> Les objectifs 90-90-90 visaient à faire en sorte que d'ici 2020 : 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90 % des personnes recevant un diagnostic de VIH reçoivent un traitement antirétroviral et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral atteignent la suppression virale

107. La stigmatisation, la discrimination, les inégalités entre les sexes, les lois sur l'âge du consentement qui limitent l'accès des jeunes, les lois et politiques punitives et le fait de ne pas répondre aux besoins humains fondamentaux limitent la capacité ou la volonté de nombreuses personnes à accéder aux services de dépistage et de traitement ou à rester impliquées dans leur traitement.
108. Les personnes vivant dans des contextes informels, humanitaires et fragiles, les personnes handicapées, les populations autochtones, les migrants et les populations mobiles, les populations clés et d'autres populations prioritaires sont confrontées à des difficultés uniques pour accéder au dépistage, au traitement et aux soins du VIH.
109. Il existe déjà une forte dynamique pour relever ces nombreux défis. À l'échelle nationale, en 2019, 10 pays avaient atteint l'objectif de 73 % de suppression virale du VIH.<sup>23</sup> Par exemple, Eswatini et la Suisse ont dépassé les cibles de 95-95-95 pour le dépistage, le traitement et la suppression virale. Des approches de prestation de services différenciées, développées dans de nombreux cas par les communautés pour répondre à leurs besoins et circonstances spécifiques, sont maintenant largement adoptées. La pandémie de COVID-19 fournit un élan supplémentaire pour un déploiement accéléré afin de préserver l'accès aux services pendant les confinements nationaux ou locaux.
110. La recherche scientifique continue de révéler des moyens d'optimiser les schémas thérapeutiques. Par exemple, deux essais cliniques récents ont montré que les injections mensuelles ou bimensuelles de cabotégravir et de rilpivirine en tant que formulations à action prolongée de médicaments antirétroviraux sont aussi efficaces que le traitement oral quotidien standard. Les futurs agents à action prolongée faisant actuellement l'objet d'essais pourraient améliorer les résultats du traitement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Quatre grands essais d'intervention ont également validé des stratégies de prestation de services pour réduire les inégalités en matière de dépistage, d'adoption du traitement et de résultats chez les hommes et les jeunes.
111. L'autodépistage du VIH est apparu comme une option importante pour les personnes qui pourraient autrement éviter les services de dépistage en raison de la stigmatisation et de la discrimination. Le développement rapide de traitements et de vaccins contre la COVID-19 souligne l'importance de la science en tant que pilier clé de chaque riposte aux pandémies.
112. Tirant parti de cet élan, la stratégie accorde la priorité aux mesures visant à réduire les inégalités en matière de dépistage, de traitement et d'accès aux soins et de résultats. Elle exige la réalisation des objectifs 95-95-95 auprès de toutes les populations touchées par l'épidémie, ainsi que dans toutes les régions, tous les pays et toutes les localités. Cela exigera à la fois un engagement politique et l'utilisation stratégique de données granulaires pour identifier et répondre aux besoins spécifiques de dépistage et de traitement des populations qui n'ont pas encore bénéficié des bienfaits octroyés par la thérapie antirétrovirale sur la santé. Des mesures prioritaires, axées sur la population et spécifiques au contexte sont nécessaires d'urgence pour combler les lacunes qui réduisent les taux de suppression virale, y compris le diagnostic tardif et la perte lors du suivi.

### 113. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats

---

<sup>23</sup> Atteindre les objectifs 90-90-90 signifie qu'au moins 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH parviennent à une suppression virale.

- a. *Réduire les inégalités en utilisant des données granulaires* pour identifier et traiter les caractéristiques qui conduisent à des inégalités dans le dépistage, le traitement et l'accès aux soins et les résultats.
- b. *Maximiser rapidement l'impact de technologies et de pratiques de dépistage du VIH abordables et efficaces*, accroître l'adoption de stratégies de dépistage du VIH différenciées lorsqu'elles sont disponibles (en particulier l'autodépistage du VIH, les services de dépistage dirigés par la communauté, les services partenaires et les approches impliquant les réseaux sociaux) et renforcer le lien entre les personnes qui ont accès aux services de dépistage et les services de prévention et de traitement du VIH.
- c. *Compléter le modèle traditionnel de services autonomes de traitement du VIH fournis en établissements* par des approches novatrices, y compris celles mises en œuvre pendant la pandémie de COVID-19, afin d'élargir les services pratiques, de sorte que les personnes vivant avec le VIH, puissent commencer, poursuivre, ou reprendre leur traitement et maintenir la suppression virale du VIH.
- d. *Éliminer les obstacles juridiques, sociaux et structurels* qui empêchent le recours au dépistage et au traitement, et garantir l'accès aux autres services sociaux et de santé pertinents.
- e. *Intensifier et doter pleinement en ressources la prestation de services et le suivi menés par la communauté*, qui ont prouvé être en mesure d'améliorer les résultats concernant le VIH et la santé globale des personnes vivant avec le VIH.
- f. *Renforcer la capacité du secteur de l'éducation à répondre aux besoins des jeunes vivant avec le VIH et touchés par le VIH*, notamment en élargissant l'accès aux programmes scolaires de santé et de nutrition, en établissant des liens avec les services de santé et de protection sociale et en fournissant une éducation sexuelle complète de bonne qualité.
- g. *Élargir et promouvoir un accès équitable et abordable à des médicaments de haute qualité, à des produits de santé, à la science, à la technologie, aux innovations et aux solutions pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et d'autres populations prioritaires.*
- h. *Accélérer la recherche et le développement de technologies plus efficaces en matière de VIH*, y compris des régimes et des solutions de traitement plus efficaces, un traitement curatif contre le VIH et un vaccin contre le VIH, et investir davantage dans la recherche sur la mise en œuvre afin de constituer un corpus de données probantes pour la prestation efficace et l'impact optimal des nouvelles technologies.
- i. *Aborder l'impact des facteurs sociaux et structurels de l'épidémie de sida*, y compris l'inégalité des normes de genre et de la dynamique du pouvoir, et les violations des droits humains dans les efforts de traitement et de soins du VIH.

***Optimiser la qualité de vie et le bien-être tout au long de la vie grâce à des services intégrés centrés sur l'être humain***

114. Les approches centrées sur les personnes permettent aux individus de recevoir les services holistiques et coordonnés dont ils ont besoin de manière pratique, respectueuse et efficace. L'intégration du VIH et d'autres services de santé est cruciale pour fournir des soins coordonnés, axés sur les personnes et sur les résultats tout au long de la vie. Les populations les plus touchées par les inégalités dans la riposte au VIH sont souvent les moins susceptibles de recevoir des ensembles de services intégrés conçus pour répondre à leurs besoins. Par exemple, les jeunes vivant avec le VIH ou touchés par le VIH ont souvent peu ou pas d'accès aux services conçus spécifiquement pour répondre aux besoins des jeunes. De même, les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un risque de vieillissement accéléré, ce qui souligne la nécessité de services pouvant traiter de multiples comorbidités.

115. Bien que de nombreuses personnes puissent bénéficier de l'intégration des services, les inégalités croisées critiques et les écarts d'intégration compromettent les résultats en matière de VIH, de santé, de bien-être et de qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Par exemple, bien que la tuberculose soit évitable et traitable, elle est la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Moins de la moitié des cas de tuberculose estimés parmi les personnes vivant avec le VIH sont diagnostiqués et traités de manière appropriée et les schémas thérapeutiques pour l'infection tuberculeuse latente sont peu utilisés.

116. De même, les femmes vivant avec le VIH sont six fois plus susceptibles de souffrir d'un cancer invasif du col de l'utérus et sont plus susceptibles que les femmes séronégatives de mourir d'un cancer du col de l'utérus, même lorsqu'elles reçoivent un traitement antirétroviral. Pourtant, les services de prévention, de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus ne sont pas suffisamment intégrés aux services de lutte contre le VIH et ne sont généralement pas disponibles à grande échelle. La santé mentale, les services de traitement de la toxicomanie et les services de prévention et de traitement de l'hépatite C sont rarement intégrés et liés aux services de lutte contre le VIH, malgré la forte prévalence du VIH chez les personnes qui consomment de la drogue, en particulier par injection. Il est essentiel de relier les programmes de lutte contre le VIH aux services de prévention, de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles.

117. La stratégie accorde la priorité à l'intégration du VIH dans d'autres services de santé et dans les soins de santé primaires, en veillant tout particulièrement à répondre aux besoins des populations clés et prioritaires. La stratégie définit des objectifs concrets et quantifiables pour favoriser l'intégration des services, lutter contre les inégalités et promouvoir des services de santé holistiques centrés sur l'être humain. La tuberculose représentant encore environ un décès sur trois parmi les personnes vivant avec le VIH, la stratégie demande à ce qu'une attention urgente soit portée au programme inachevé de lutte contre les deux épidémies de VIH et de tuberculose.

#### 118. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats

- a. Pour les personnes vivant avec le VIH et à risque de le contracter tout au long de leur vie, *promouvoir et intensifier des services de santé et des services sociaux intégrés et complets, l'engagement communautaire en faveur d'un soutien par les pairs et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination*, notamment en forgeant des liens entre les services de lutte contre le VIH et les services de soutien pour les autres maladies transmissibles et non transmissibles, la santé mentale, la dépendance à l'alcool, aux drogues et à d'autres substances, et les services axés sur la santé sexuelle et reproductive, la violence sexiste, la réduction des risques et la santé mentale.
- b. Élargir la recherche des contacts communautaires fondée sur les droits et élargir l'accès aux technologies les plus récentes pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et assurer des liens optimaux avec les soins liés au VIH.
- c. *Renforcer les services intégrés de lutte contre le VIH, la syphilis, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles et d'autres infections dans les services prénatals et postnatals et dans d'autres milieux, au besoin.*
- d. Tirer parti à la fois des investissements dans la lutte contre le VIH et dans la santé pour transformer les systèmes d'enregistrement et de communication des données des programmes verticaux et adapter les systèmes de données de santé intégrés (y compris avec d'autres secteurs tels que la protection sociale) pour identifier les lacunes, les obstacles et les solutions afin de mettre en place des services de santé

intégrés efficaces pour les personnes vivant avec le VIH et à risque de contracter le VIH.

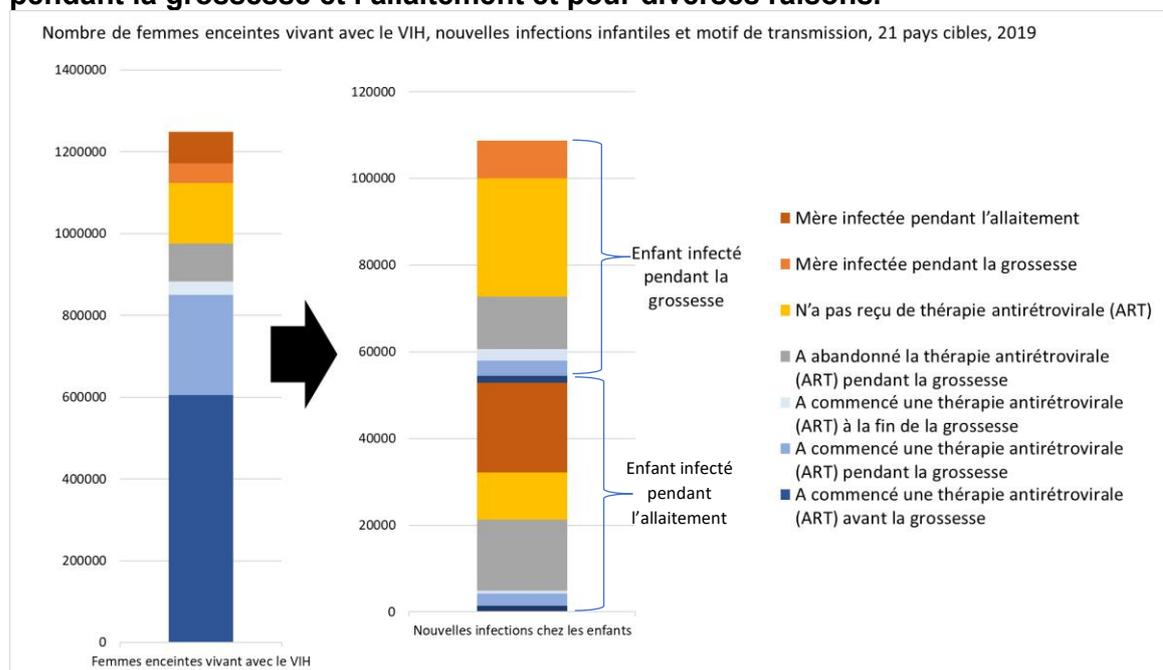
**Domaine de résultat 3 : Prestation de services pédiatriques et de transmission verticale adaptés, intégrés et différenciés pour les femmes et les enfants, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes dans les endroits où l'incidence du VIH est élevée**

119. L'une des disparités les plus flagrantes dans la riposte au VIH est l'incapacité à répondre aux besoins des enfants vivant avec le VIH ou à risque de le contracter. Alors que 85 % des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient accès aux services de traitement du VIH en 2019, seulement 53 % des enfants vivant avec le VIH en bénéficiaient. Seulement 37 % des enfants vivant avec le VIH avaient atteint une suppression virale en 2019, contre 60 % des adultes. On estime que 850 000 enfants vivant avec le VIH ne bénéficient pas de services de traitement, dont les deux tiers sont âgés de cinq ans et plus : ce résultat est le fruit de nombreuses années d'occasions manquées de prévention, de diagnostic et de traitement. Seuls 60 % des nourrissons exposés au VIH subissent un test de dépistage avant l'âge de deux mois. L'adoption et l'intégration de nouvelles technologies de diagnostic au point de service peuvent aider à combler les lacunes en matière de tests, mais celles-ci n'ont pas encore été transposées à grande échelle dans la plupart des contextes.
120. Le développement et l'adoption d'un traitement optimal du VIH adapté aux enfants accusent un retard considérable par rapport à la situation des adultes, ce qui entraîne des résultats beaucoup plus médiocres sur le plan de la santé. Même si les enfants représentaient 5 % des personnes vivant avec le VIH en 2019, ils représentaient 14 % de tous les décès liés au sida. Au fur et à mesure qu'ils grandissent et passent de l'enfance à l'adolescence et enfin deviennent de jeunes adultes, les enfants vivant avec le VIH manquent souvent du soutien psychosocial, de bons services parentaux et des services de prévention dont ils ont besoin pour continuer à bénéficier de soins contre le VIH.
121. La réduction du nombre d'enfants infectés par le VIH constitue l'une des réalisations les plus importantes de la riposte au VIH. Pourtant, en 2019, 150 000 nouvelles infections à VIH ont été comptabilisées chez les enfants, bien loin de l'objectif mondial 2020 de 20 000 enfants, la baisse des nouvelles infections infantiles ayant considérablement ralenti après 2016. La couverture mondiale de l'ART chez les femmes enceintes et allaitantes reste élevée (85 % en 2019), mais l'expansion de la couverture a également stagné. De nombreuses questions exigent une attention urgente pour accélérer les progrès en vue d'éliminer la transmission verticale du VIH et de mettre fin au sida pédiatrique.
- Certaines femmes vivant avec le VIH n'ont toujours pas accès aux services prénatals pendant la grossesse et l'allaitement.
  - Les femmes enceintes et allaitantes qui ont accès aux services liés à la transmission verticale du VIH, y compris l'ART, ne poursuivent pas toutes leur traitement et leurs soins tout au long de la grossesse et de l'allaitement.
  - Les femmes continuent de contracter le VIH pendant la grossesse et l'allaitement maternel en raison de l'absence de prévention combinée adaptée au VIH, y compris la PrEP pour les femmes à risque important de contracter le VIH. La répétition du dépistage du VIH pendant la grossesse et l'allaitement maternel peut contribuer à identifier les nouvelles infections et à déclencher des interventions aiguës pour prévenir la transmission verticale du VIH.
  - Les femmes qui reçoivent un traitement antirétroviral et qui sont enceintes ou qui allaitent mais qui n'ont pas atteint un état de suppression virale nécessitent des

interventions supplémentaires et du soutien ; le recours à un traitement antirétroviral n'est pas suffisant pour garantir des résultats optimaux pour les femmes ou les enfants.

122. Divers facteurs socioéconomiques et structurels nuisent à la capacité de nombreuses femmes, en particulier des femmes appartenant à des populations clés, d'accéder aux services et de continuer à en bénéficier. Ces facteurs incluent l'inégalité de la dynamique du pouvoir et des normes de genre, la violence sexiste, la pauvreté, les frais d'utilisation, ainsi que la stigmatisation et la discrimination de la part des travailleurs de santé, des membres de la famille et de la communauté. L'identification de nouveaux cas d'infection chez les enfants permettra aux pays d'adopter une approche ciblée pour éliminer la transmission verticale du VIH (voir la figure ci-dessous).

**Figure 4. De nouvelles infections infantiles peuvent survenir à tout moment pendant la grossesse et l'allaitement et pour diverses raisons.**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020.

123. Un renforcement rapide de l'engagement politique, de la solidarité mondiale et d'un financement spécifique contribuera à combler les inégalités en matière de prévention et de traitement du VIH chez les enfants. Le monde doit s'appuyer sur des succès clés et en tirer des enseignements. Cela inclut notamment la capacité avérée de divers pays à aider les femmes de tous âges à réduire leur charge virale tout au long de la grossesse et de l'allaitement maternel.
124. Des stratégies adaptées peuvent améliorer la prestation des services et réduire les inégalités d'accès aux services, y compris la suppression des frais d'utilisation, une plus grande participation des hommes, le mentorat par les pairs, l'utilisation de textos pour les rappels de rendez-vous, les tableaux de bord des cliniques pour suivre les progrès, la prestation de services intégrés et différenciés et un soutien socioéconomique et psychologique. Ces stratégies se sont révélées efficaces pour accroître la couverture, la rétention et l'observance des traitements chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH et pour encourager les aidants non professionnels à amener les enfants exposés au VIH à des fins de dépistage et de nouveau test, et à maintenir les enfants vivant avec le VIH sous un traitement optimal.

125. Bien qu'ils soient encore limités, les schémas thérapeutiques et formulations antirétroviraux destinés aux enfants se sont améliorés, y compris grâce à l'approbation en 2020 d'un traitement générique de première intention à base de dolutégravir, adapté aux enfants et préconisé par l'OMS, pour les enfants de moins de 20 kilogrammes. Si les besoins changeants des enfants vivant avec le VIH sont satisfaits, les programmes pourront assurer un continuum de soins à mesure que les enfants grandiront et progresseront jusqu'à l'adolescence, la jeunesse et l'âge adulte.
126. La stratégie donne la priorité à des programmes plus intelligents pour mettre fin à la transmission verticale et réduire les inégalités qui aggravent les résultats pour les nourrissons exposés au VIH et les enfants vivant avec le VIH. Parmi les mesures prioritaires figurent l'établissement et le maintien de liens entre toutes les femmes enceintes et allaitantes et un continuum personnalisé de services de dépistage, de prévention et de traitement, ainsi que l'intensification urgente des efforts visant à identifier et diagnostiquer les enfants vivant avec le VIH et leur proposer un traitement optimal adapté aux enfants.

**127. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats**

- a. *Mettre en œuvre des outils et des stratégies novateurs* pour identifier et diagnostiquer tous les enfants vivant avec le VIH, y compris des plateformes de diagnostic précoce aux points de soins pour les nourrissons exposés au VIH et des tests familiaux et domestiques de référence basés sur les droits, ainsi que des tests d'autodépistage pour identifier les enfants plus âgés et les adolescents vivant avec le VIH qui ne sont pas sous traitement.
- b. *Privilégier l'introduction rapide et l'élargissement de l'accès au dernier traitement du VIH recommandé par l'OMS, optimisé et adapté aux enfants* et parvenir à une suppression durable de la charge virale.
- c. *Soutenir la transition de l'enfance à l'adolescence puis aux soins pour adultes* et répondre aux besoins complexes, multiples et changeants des enfants, notamment en proposant des services de conseil sur l'observance du traitement fournis par des pairs et un soutien psychosocial.
- d. *Utiliser des données granulaires pour identifier les obstacles et les lacunes et adapter des approches adaptées et efficaces aux besoins nationaux et infranationaux* afin d'étendre les solutions à la prévention, au traitement et aux soins du VIH pour les enfants. Utiliser des outils tels que l'analyse d'histogrammes empilés pour identifier où et quand de nouvelles infections infantiles se produisent et les traiter, et utiliser des données ventilées par âge pour identifier et combler les lacunes dans le dépistage et le traitement du VIH chez les enfants et les adolescents.
- e. *Cibler les adolescents et les jeunes avec un ensemble complet de services combinés de prévention du VIH* adaptés à l'évolution de leurs besoins et intégrés à une éducation sexuelle complète (à l'école et hors du milieu éducatif), ainsi qu'à la santé sexuelle et reproductive (y compris la contraception), aux droits des personnes ayant un potentiel de reproduction, et au traitement et aux soins du VIH.
- f. *Atteindre, tester et maintenir toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH dans des programmes de soins prénatals et de VIH intégrés* à des schémas thérapeutiques optimisés qui permettent de supprimer durablement la charge virale grâce à des services différenciés et dirigés par la communauté répondant aux besoins des femmes dans toute leur diversité.
- g. *Intensifier la prestation de services de prévention optimisés et adaptés aux femmes enceintes et allaitantes à risque de contracter le VIH, y compris la PrEP*. Mettre en œuvre un dépistage répété du VIH pendant la grossesse et l'allaitement maternel,

conformément aux lignes directrices, pour identifier les femmes nouvellement infectées en vue d'une intervention rapide de traitement du VIH et de prévention de la transmission verticale.

- h. *S'attaquer à la stigmatisation, à la discrimination et aux normes inégales en matière de genre* qui empêchent les femmes enceintes et allaitantes, en particulier les adolescentes, les jeunes femmes et les populations clés, d'accéder aux services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH pour elles-mêmes et leurs enfants grâce à des services de soutien différenciés. Ces services comprennent l'implication des hommes, des partenaires et de la famille élargie, le mentorat par des pairs, les incitations socioéconomiques, la divulgation assistée, un soutien psychosocial et mental et la sensibilisation des professionnels de santé.
- i. *Faire progresser d'urgence la validation de l'élimination de la transmission verticale* et la validation des pays en voie d'élimination du VIH, de l'hépatite virale et de la syphilis.

#### CHAPITRE 4 : PRIORITÉ STRATÉGIQUE 2 : ÉLIMINER LES OBSTACLES À L'ATTEINTE DES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE VIH

128. L'une des principales raisons pour lesquelles les inégalités dans la riposte au VIH subsistent est que nous n'avons pas réussi à nous attaquer aux déterminants sociaux et structurels qui accroissent la vulnérabilité au VIH et diminuent la capacité d'un grand nombre de personnes à accéder aux services liés au VIH et à les utiliser efficacement.
129. Reconnaître l'égalité de valeur et de dignité de chaque personne est non seulement un impératif éthique et une obligation découlant des instruments internationaux relatifs aux droits humains, mais est également essentiel pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. L'ODD 3 ne peut être pas atteint si la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation des populations clés, la violence, l'exclusion sociale et d'autres violations des droits humains dans le contexte du VIH sont autorisées à se poursuivre et si les inégalités liées au VIH persistent. Les données recueillies montrent systématiquement que la criminalisation des personnes vivant avec le VIH et des populations clés réduit le recours aux services et augmente l'incidence du VIH. Les inégalités entre les sexes accroissent également la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH, les femmes victimes de violence conjugale dans des contextes de prévalence élevée étant plus de 50 % plus susceptibles de vivre avec le VIH.
130. Les effets de la criminalisation, de la stigmatisation, de la discrimination, des inégalités entre les sexes, de la violence sexiste et d'autres violations des droits humains dans le contexte du VIH sont profonds. Toutefois, ces dernières années, des progrès importants ont été accomplis dans divers pays pour mettre en œuvre des programmes fondés sur des données factuelles afin d'éliminer les obstacles en matière de droits humains et de promouvoir l'égalité des sexes, le respect et l'inclusion sociale. Au cours des cinq prochaines années, le monde devra appliquer d'urgence les enseignements tirés de ces succès pour accroître les investissements et catalyser plus largement les progrès dans la réduction des inégalités dans la riposte au VIH.
131. Avec ses nouveaux objectifs en matière de catalyseurs sociétaux, la stratégie exige que le même engagement et la même attention aux détails techniques qui ont caractérisé les efforts programmatiques de la riposte au VIH soient appliqués à la tâche urgente de lutte contre les facteurs sociaux et structurels qui ralentissent les progrès dans la lutte contre le sida. La stratégie accorde la priorité aux leçons tirées des récents succès et les applique plus largement, en particulier dans les pays où les inégalités sont rendues possibles par des cadres juridiques et politiques punitifs. Les communautés de personnes vivant avec le VIH, affectées par celui-ci ou les plus à risque doivent se sentir

soutenues et dotées de ressources efficaces pour galvaniser les actions visant à réduire les inégalités dans la riposte et à faire en sorte que les ripostes répondent aux besoins de toutes les personnes.

<b>Objectifs et engagements de haut niveau pour 2025<sup>24</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 % des services de dépistage et de traitement<sup>25</sup> seront fournis par des organismes communautaires.<sup>26</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 % de la prestation de services pour les programmes de prévention du VIH destinés aux populations clés et aux femmes devront être fournis par des organisations dirigées par la communauté, les populations clés et les femmes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60 % des programmes soutiendront la réalisation de catalyseurs sociétaux, qui seront exécutés par des organisations communautaires.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 10 % des pays auront un environnement juridique et politique punitif qui entraîne le refus ou la limitation de l'accès aux services.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés seront victimes de stigmatisation et de discrimination.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés subiront des inégalités fondées sur le sexe et toutes les formes de violence sexiste</li> </ul>

#### **Domaine de résultat 4 : Des réponses communautaires au VIH pleinement reconnues, habilitées, dotées de ressources et intégrées pour une riposte au VIH transformatrice et durable**

132. Si nous espérons réduire les inégalités en matière de VIH et remettre la riposte sur les rails pour mettre fin au sida d'ici 2030, les communautés vivant avec le VIH ou affectées par celui-ci doivent ouvrir la voie. Les communautés vivant avec le VIH et touchées par le VIH ont été la charpente de la riposte au VIH à tous les niveaux, du niveau mondial au niveau national en passant par les communautés. Elles plaident pour une action efficace ; elles informent les réponses locales, nationales, régionales et internationales concernant les besoins des communautés ; et elles planifient, conçoivent et fournissent des services. Elles font également avancer les droits humains et l'égalité des sexes, et soutiennent la responsabilisation et le suivi des réponses au VIH. Les communautés donnent la parole à des personnes qui sont souvent exclues des processus décisionnels. Les ripostes communautaires efficaces au VIH doivent bénéficier de ressources et d'un soutien suffisants pour permettre aux communautés de jouer leur rôle vital en tant que partenaires égaux et pleinement intégrés dans les systèmes nationaux de santé et de services sociaux.

<sup>24</sup> Il s'agit des objectifs globaux de haut niveau pour cette priorité stratégique. L'ensemble complet d'objectifs et d'engagements de cette stratégie figure aux annexes 1 et 2.

<sup>25</sup> Ceux-ci mettront l'accent sur l'amélioration de l'accès au dépistage du VIH, le lien avec le traitement, le soutien de l'observance et de la rétention, la sensibilisation au traitement et les composantes de la prestation de services différenciés, par exemple la distribution d'ARV (traitements antirétroviraux).

<sup>26</sup> Pour qu'une organisation soit considérée comme dirigée par la communauté, la majorité (au moyen 50 % plus 1) de la gouvernance, du leadership et du personnel doit provenir de la communauté desservie.

133. Les progrès réalisés ces dernières années démontrent le rôle essentiel des ripostes communautaires au VIH dans les efforts mondiaux visant à mettre fin au sida. Les communautés ont dirigé les efforts visant à identifier et à corriger les principales inégalités, élargi la base de données probantes pour l'action visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique, appuyé la planification et la mise en œuvre des ripostes nationales au VIH, identifié les principaux problèmes et lacunes pour les organes de gouvernance et de coordination nationaux et multilatéraux, élargi la portée, l'échelle, la qualité et l'innovation des services pour le VIH, et joué un rôle visible en tant que défenseurs des droits humains. En 2019, les programmes de prévention du VIH menés par les communautés et les populations clés dont la couverture dépassait 80 % dans de nombreux pays étaient parmi les plus efficaces. Compte tenu de la pénurie aiguë de ressources, il est essentiel d'accorder la priorité aux programmes de lutte contre le VIH qui donnent des résultats optimaux en matière de prévention, de dépistage, de liens avec le traitement, d'alphabétisation et d'observance des traitements, et sont dirigés par les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les femmes.
134. Les contrats sociaux, par lesquels les gouvernements s'associent aux organisations de la société civile et lui fournissent des services, sont apparus comme une option potentiellement puissante, bien que sous-utilisée, pour atteindre les populations marginalisées ou difficiles à atteindre. Bien que les rôles centraux que jouent les communautés dans la gouvernance du VIH soient reconnus, leur engagement significatif dans les systèmes nationaux de santé en tant que leaders, décideurs et partenaires demeure limité.
135. Comme on l'a vu pendant la pandémie de COVID-19, la sous-utilisation du potentiel des communautés est aggravée par une pénurie aiguë de ressources pour les interventions menées par les communautés. La réduction de la marge de manœuvre de la société civile dans de nombreux pays et la persistance de facteurs sociaux et structurels exacerbent les pressions exercées sur les ripostes communautaires au VIH et accroissent le risque de violence à l'encontre des organisations qui desservent des populations clés ou d'autres groupes marginalisés.
136. Pour réduire les inégalités au niveau de la riposte, il faudra des ressources, un engagement, un développement des capacités et un leadership solides de la part des ripostes entreprises par les collectivités. La fausse dichotomie entre les interventions du système de santé menées par le gouvernement et les interventions du système de santé menées par la communauté doit être transcendée dans les systèmes nationaux de santé et de services sociaux, les communautés étant pleinement intégrées en tant que partenaires essentiels dans chacun des aspects de la riposte au VIH.
- 137. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats**
- a. *Exécuter pleinement le principe GIPA (Greater Involvement of People living with AIDS [Participation accrue des personnes vivant avec le sida])* pour placer le leadership des personnes vivant avec le VIH au centre des réponses au VIH, veiller à ce que les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les populations clés soient représentés dans les organes de décision et puissent influencer les décisions qui affectent leur vie et accéder à un soutien technique pour la mobilisation communautaire, à des capacités organisationnelles renforcées et au développement du leadership.
  - b. Soutenir la surveillance et la recherche dirigées par la communauté et veiller à ce que les données générées par la communauté soient utilisées pour adapter les réponses aux besoins des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, y compris des jeunes populations clés.

- c. Intensifier la prestation de services dirigés par la communauté pour veiller à ce que la majorité des programmes de prévention du VIH *soient dirigés par des populations clés*, des femmes et des jeunes, et que tous les programmes de dépistage, de traitement et de soins du VIH comprennent des éléments dirigés par la communauté.
- d. Intégrer les réponses communautaires au VIH dans toutes les ripostes nationales au VIH. Assurer un soutien urgent et adéquat aux interventions menées à l'échelle par les communautés dans tous les pays, en particulier ceux qui passent au financement national, dans les zones de conflit et pendant les crises humanitaires.
- e. Mobiliser des fonds pour mettre en œuvre des interventions communautaires durables, en assurant un soutien financier et un salaire équitable pour le travail communautaire et le financement des activités menées par les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, y compris celles menées par les femmes et les jeunes.

**Domaine de résultat 5 : Les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les personnes à risque de contracter le VIH jouissent des droits humains, de l'égalité et de la dignité, sans stigmatisation ni discrimination**

138. La stigmatisation, la discrimination et autres violations des droits humains dans le contexte du VIH reflètent et engendrent les inégalités qui minent les ripostes au VIH. Chacun, y compris les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, devrait jouir des droits humains, de l'égalité et de la dignité.
139. L'objectif de la discrimination zéro échappe encore au monde. Dans 25 des 36 pays disposant de données récentes, plus de 50 % des personnes âgées de 15 à 49 ans affichaient des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Le refus de fournir des services de santé aux personnes vivant avec le VIH reste très fréquent, et la prévalence et les effets de la discrimination sont souvent particulièrement aigus pour les membres des populations clés, qui sont confrontés à des formes multiples de discrimination qui se chevauchent. Dans les contextes humanitaires, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les survivants de la violence sexuelle et sexiste sont souvent victimes d'exclusion sociale, de dépistage obligatoire du VIH, de stigmatisation et de discrimination, ainsi que d'obstacles à l'accès qui sont exacerbés par les lois de criminalisation du VIH et les restrictions de voyage. En 2019, une femme sur trois vivant avec le VIH a déclaré avoir subi au moins une forme de discrimination liée à sa santé sexuelle et reproductive au cours des 12 mois précédents.
140. Les lois punitives, l'absence de lois et de politiques habilitantes et un accès inadéquat à la justice contribuent aux inégalités qui sapent les ripostes au VIH. Au moins 92 pays criminalisent l'exposition au VIH, la non-divulgation et/ou la transmission, et 48 pays ou territoires continuent de bloquer l'entrée, le séjour ou la résidence des personnes vivant avec le VIH. Parmi les pays ayant communiqué des données à l'ONUSIDA en 2019, 32 criminalisaient et/ou poursuivaient les personnes transgenres en justice, 69 criminalisaient les activités sexuelles entre des personnes du même sexe, 129 criminalisaient certains aspects du travail sexuel et 111 criminalisaient l'usage ou la possession de drogues à des fins personnelles. La santé et le bien-être des personnes vivant en prison ou dans d'autres lieux fermés sont régulièrement menacés par des lois et des politiques punitives, y compris le refus d'accès aux services de santé essentiels.
141. Les efforts visant à ancrer les mesures de lutte contre le VIH dans les principes et approches relatifs aux droits humains, y compris les actions prioritaires décrites ci-dessous, ne peuvent être réalisés que grâce à un leadership robuste et à l'engagement actif et à la direction des ripostes dirigées par la communauté qui disposent de

ressources suffisantes pour défendre, observer et mettre en œuvre des ripostes basées sur les droits.

142. Pour atteindre l'objectif d'une discrimination zéro, des progrès importants doivent être poursuivis, accélérés, intensifiés et financés. Les attitudes stigmatisantes ont considérablement diminué dans de nombreux pays, et U=U a le potentiel d'accélérer les efforts de lutte contre la stigmatisation. Depuis 2016, plus de 89 pays ont révisé et réformé des lois et des politiques punitives et discriminatoires conformément aux recommandations de la commission mondiale sur le VIH et le droit. L'initiative Breaking Down Barriers du Fonds mondial a canalisé de nouveaux financements essentiels pour des initiatives visant à réduire les obstacles liés aux droits humains aux services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Signe d'un engagement important en faveur d'une riposte fondée sur les droits humains, 18 pays se sont joints au partenariat mondial pour prendre des mesures visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. Ils se sont engagés à lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les domaines de la santé, de l'éducation, du travail, de la justice, des personnes et des communautés, ainsi que dans les situations d'urgence et humanitaires.

143. Cette stratégie comprend des objectifs ambitieux visant à réduire fortement la prévalence et l'impact des facteurs sociaux et structurels. La stratégie vise à s'assurer que, d'ici 2025, moins de 10 % des pays disposent d'un environnement juridique et politique punitif, moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés soient victimes de stigmatisation et de discrimination, et moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés soient victimes d'inégalité et de violence entre les sexes.

#### 144. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats

- a. *Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination* qui contribuent aux inégalités dans la riposte au VIH et affectent les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, y compris les adolescents, les jeunes et les populations clés, les femmes et les filles et les personnes qui subissent des formes multiples et croisées de discrimination.
- b. Contribuer à réduire les inégalités dans la riposte en accélérant et en dotant les interventions en ressources adéquates pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination, en s'appuyant sur les efforts du partenariat mondial pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH et en soutenant la recherche et le plaidoyer menés par les communautés ainsi que la mise en œuvre de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.
- c. *Créer un environnement juridique favorable en supprimant les lois et les politiques punitives et discriminatoires*, y compris les lois qui criminalisent le commerce du sexe, la consommation ou la possession de drogues à des fins personnelles et les relations homosexuelles consensuelles, ou qui criminalisent l'exposition au VIH, la non-divulgaration ou la transmission. Introduire et appliquer une législation et des politiques protectrices et habilitantes, et mettre fin à la surutilisation des lois pénales et générales pour cibler les personnes vivant avec le VIH et les populations clés.
- d. *Intensifier et financer les actions visant à réformer la santé publique et les pratiques d'application de la loi*, y compris l'élimination des pratiques discriminatoires, arbitraires ou violentes et le dépistage, le traitement ou la détention obligatoires, pour veiller à ce qu'elles soutiennent plutôt qu'entravent la riposte au VIH.
- e. *Veiller à ce que les auteurs de violations des droits humains liées au VIH répondent de leurs actes* en améliorant l'accès effectif à la justice et en responsabilisant les

personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH et les populations clés. Il s'agit notamment d'accroître la collaboration entre les principales parties prenantes, de soutenir les programmes d'alphabétisation juridique, d'améliorer l'accès au soutien et à la représentation juridiques et de soutenir le suivi communautaire des personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH.

- f. *Privilégier la promotion des droits* des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des autres personnes à risque en veillant à ce que tous les éléments de la riposte, de la provision de services de lutte contre le VIH à la recherche et au suivi, soient des droits affirmés, à ce qu'ils impliquent les personnes vivant avec le VIH, les populations clés, les jeunes et leurs communautés. Veiller à ce que les technologies et innovations numériques en matière de santé fassent progresser le droit à la santé et à l'accès aux services en toute sécurité, sans violer ni compromettre les droits humains.

**Domaine de résultat 6 : Les femmes et les filles, les hommes et les garçons, dans toute leur diversité, pratiquent et promeuvent des normes sociales équitables entre les sexes et l'égalité des sexes, et travaillent ensemble pour mettre fin à la violence sexiste et pour atténuer les risques et l'impact du VIH**

145. L'inégalité entre les sexes est un facteur clé de l'épidémie du sida. Une dynamique de pouvoir inégale entre les hommes et les femmes et des normes néfastes en matière de sexospécificité accroissent la vulnérabilité au VIH des femmes et des filles dans toute leur diversité, les privent de leur voix et de la capacité de prendre des décisions concernant leur vie, réduisent leur capacité à accéder aux services qui répondent à leurs besoins, augmentent leurs risques de violence ou d'autres préjudices et entravent leur capacité à limiter l'impact du sida.
146. Les femmes et les filles représentent 48 % des nouvelles infections à VIH dans le monde et 59 % des nouvelles infections en Afrique subsaharienne, et le sida demeure l'une des principales causes de décès chez les femmes âgées de 15 à 49 ans dans le monde. L'impact de l'épidémie est particulièrement marqué parmi les adolescentes et les jeunes femmes. Les femmes qui appartiennent à des populations clés, ainsi que les femmes qui sont partenaires de membres de populations clés, courent des risques alarmants d'acquérir le VIH et sont moins susceptibles d'accéder aux services.
147. Les femmes et les filles sont confrontées à des formes multiples et croisées de violence, d'oppression, de stigmatisation et de discrimination. Les stratégies nationales de lutte contre le VIH dans au moins 40 pays ne répondent pas aux besoins des femmes et des filles dans le contexte du VIH, et la plupart des pays ne disposent pas d'un budget spécifique pour les activités visant à répondre aux besoins des femmes en matière de VIH. Environ un tiers seulement des jeunes femmes d'Afrique subsaharienne possèdent des connaissances précises et complètes sur le VIH. Près d'une femme sur trois dans le monde a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, des violences sexuelles sans partenaire ou les deux au cours de sa vie. En période de déplacement et de crise, le risque de violence sexiste augmente considérablement pour les femmes et les filles.
148. Les obstacles politiques, tels que les lois sur l'âge du consentement pour accéder au dépistage du VIH ou aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que la stigmatisation sociale associée à l'utilisation de tels services, entravent la capacité des adolescentes à prendre des décisions concernant leur propre santé sexuelle et reproductive. Les lois et pratiques discriminatoires devraient être abrogées, en utilisant la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des

femmes comme outil de suivi pour mettre en évidence les violations des droits des femmes vivant avec le VIH et touchées par le VIH.

149. Des progrès importants ont été réalisés récemment dans l'identification des progrès et la création d'opportunités stratégiques pour développer des ripostes au VIH qui fonctionnent pour les femmes. Des progrès notables ont été réalisés dans l'élargissement de l'accès des femmes au traitement du VIH : en 2019, 73 % des femmes vivant avec le VIH recevaient une thérapie antirétrovirale. Les nouveaux outils de prévention biomédicale, y compris les anneaux vaginaux contenant des antirétroviraux pour la PrEP destinés aux femmes, ainsi que la PrEP orale et injectable, offrent aux femmes davantage d'options pour faire des choix éclairés sur leur vie sexuelle et leur santé reproductive. Ces innovations biomédicales devraient s'accompagner d'interventions communautaires fondées sur des données factuelles, transformant les rapports entre les sexes et impliquant les femmes, les filles, les hommes et les garçons dans la transformation des normes, attitudes et comportements sexospécifiques inégaux et dans l'augmentation de la demande et de l'utilisation des services liés au VIH.

150. Le manque d'éducation et de possibilités économiques et l'accès insuffisant ou inexistant à une éducation sexuelle complète accroissent également la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH. Des preuves issues d'études de recherche confirment que l'achèvement de l'enseignement secondaire peut aider à protéger les filles contre l'acquisition du VIH, tout en générant des avantages sociaux et économiques plus larges. Une éducation sexuelle complète aide à améliorer les connaissances des jeunes sur le VIH et à lutter contre la désinformation sur la santé sexuelle et reproductive. Un corpus croissant de données a validé de nombreuses interventions intersectorielles qui transforment les rapports entre les sexes. Des investissements importants, quoiqu'encore insuffisants, du Fonds mondial, du plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), d'ONU Femmes, de l'UNICEF et d'autres partenaires soutiennent l'émancipation, la mobilisation et le leadership des femmes vivant avec le VIH, des femmes des populations clés, ainsi que des adolescentes et des jeunes femmes.

151. La stratégie accorde la priorité à une augmentation substantielle du financement des initiatives dirigées par les femmes pour transformer les normes inégales en matière d'égalité des sexes et réduire les inégalités et injustices liées au genre qui sabotent les ripostes au VIH. Les services doivent être véritablement adaptés à la sexospécificité et holistiques, et la riposte au VIH doit prendre des mesures concertées pour veiller à servir les femmes dans toute leur diversité.

152. La réalisation de ce domaine de résultat soutiendra les efforts mondiaux pour atteindre la cible 5.1 des ODD (« mettre fin à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles ») et la cible 5.6 des ODD pour « assurer l'accès universel aux soins de santé sexuelle et reproductive ».

### 153. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats

a. *Accroître le financement et la mise en œuvre d'innovations communautaires transformatrices en matière de genre afin d'éliminer les obstacles sociaux et structurels qui entravent l'égalité des sexes. Transformer les normes de genre inégales, impliquer les femmes et les filles aux côtés des hommes et des garçons en tant que défenseurs de l'égalité des sexes, s'attaquer aux inégalités dans le financement, la conception et la prestation des services de santé, et augmenter la demande et l'utilisation des services de prévention, de traitement et de soins du VIH.*

- b. *Aider les filles à achever un enseignement secondaire de qualité.* Intensifier les interventions de protection sociale pour inscrire et maintenir les adolescentes et les jeunes femmes à l'école et pour fournir des voies d'émancipation économique. Soutenir des politiques et des programmes qui favorisent des environnements scolaires sûrs et inclusifs, exempts de toutes formes de violence sexiste, de stigmatisation et de discrimination.
- c. *Prévenir et combattre la violence sexiste et la violence à l'égard des populations clés* dans le contexte du VIH. Adopter et appliquer des cadres politiques et juridiques, mettre en œuvre des interventions fondées sur des données factuelles qui préviennent la violence et le VIH, intégrer la prophylaxie post-exposition dans les services destinés aux victimes de violence sexiste et veiller à ce que les environnements scolaires soient exempts de toutes formes de violence, de violence sexiste, de stigmatisation et de discrimination, y compris par la mise en œuvre de la convention de l'OIT sur la violence et le harcèlement.
- d. *Effectuer une analyse de la sexospécificité* et recueillir et utiliser efficacement des données ventilées par âge, sexe et genre pour élaborer, mettre en œuvre et suivre des politiques, des stratégies, des programmes, des cadres de suivi et des budgets nationaux qui transforment la problématique hommes-femmes en matière de VIH.
- e. *Promouvoir l'égalité des sexes par le biais de politiques, de programmes, de résultats et d'allocations budgétaires dans les organisations et s'aligner sur les objectifs de parité des sexes*, en utilisant des outils tels que Global Health 50/50, et en se conformant aux conventions de l'OIT concernant les normes d'égalité des sexes sur le lieu de travail et au plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies sur l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes (SWAP ONU).
- f. *Privilégier les personnes laissées pour compte* en raison de leur sexe, âge, orientation sexuelle, identité de genre ou profession. Veiller à ce que les femmes et les filles qui sont confrontées à des formes croisées de discrimination et de violence (par exemple, les femmes autochtones, les femmes handicapées, les femmes qui consomment des drogues, les femmes incarcérées, les professionnelles du sexe et les femmes transgenres) reçoivent les services et l'appui adaptés dont elles ont besoin, et veiller à ce qu'elles participent véritablement à la prise de décisions relatives au VIH. Garantir l'accès à l'alphabétisation en matière de droits et à des mécanismes de plainte et de réparation efficaces en cas de violation de leurs droits fondamentaux dans le contexte du VIH.
- g. *Promouvoir l'émancipation économique des femmes* et leur accès aux ressources économiques (y compris leurs droits à la terre, à la propriété et à l'héritage), au marché du travail et à des moyens de subsistance durables. Redistribuer le travail de soins non rémunéré effectué par les femmes et les filles dans le contexte du VIH.
- h. *Abroger les lois et politiques discriminatoires* qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH et s'attaquer aux violations de la santé sexuelle et reproductive et des droits.
- i. Investir dans les mesures de lutte contre le VIH dirigées par les femmes et dans des initiatives visant à soutenir et à renforcer le leadership des femmes, en particulier des réseaux de femmes et de filles vivant avec le VIH, et des femmes des populations clés, dans la conception, la budgétisation, la mise en œuvre et le suivi de la riposte au VIH aux niveaux régional, national, infranational et communautaire.

**Domaine de résultat 7 : Des jeunes pleinement autonomisés et dotés des ressources nécessaires afin de définir une nouvelle orientation pour la riposte au VIH et de débloquer les progrès nécessaires pour mettre fin aux inégalités et au sida**

154. Au premier plan de chaque mouvement social, se trouvent des leaders du changement qui peuvent imaginer de nouvelles réalités et qui sont déterminés à créer le changement

qu'ils souhaitent voir se réaliser. Le plus souvent, ces pionniers sont des jeunes, comme le montrent les mouvements modernes sur le changement climatique et #BlackLivesMatter. La riposte au VIH doit tirer parti du leadership des jeunes pour permettre les changements radicaux nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.

155. Dans le monde complexe, imprévisible et en mutation rapide d'aujourd'hui, le rôle des jeunes dans la conduite du changement est à la fois crucial et sous-utilisé. Le monde compte 1,8 milliard de jeunes, la plus grande génération de jeunes de l'histoire. Près de 90 % des jeunes vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire, où ils constituent une grande partie de la population.
156. Les jeunes d'aujourd'hui savent communiquer sur de multiples plateformes numériques, utiliser les médias sociaux pour externaliser des idées à travers les continents, initier des groupes locaux et des mouvements mondiaux, et canaliser et concentrer le désir des gens d'apporter des changements sociaux. Il sera crucial pour les ripostes au VIH de suivre le rythme des changements technologiques et d'utiliser leurs avantages tout en atténuant leurs risques. Les jeunes sont idéalement équipés pour relever ces défis. Facilités par les technologies de l'information, de nouveaux modèles de leadership collaboratifs, réseautés et auto-organisés émergent actuellement. Ils peuvent être déployés dans la riposte au VIH de manière à refléter les réalités des jeunes et à réaliser leur potentiel de leadership et de changement social.
157. La riposte au VIH doit refléter le fait que les jeunes appréhendent le monde différemment de la population adulte en général et ont des besoins différents. Bien que de fortes réductions des nouvelles infections chez les jeunes se soient produites dans certains pays, en particulier en Afrique de l'Est et en Afrique australe, le monde n'a pas atteint l'objectif de réduction rapide de l'incidence du VIH chez les jeunes. Les jeunes sont également moins susceptibles que les adultes de connaître leur statut sérologique vis-à-vis du VIH, de recevoir un traitement ART et d'atteindre la suppression virale. Ces disparités se sont aggravées pendant la pandémie de COVID-19.
158. Il est important d'investir dans les nouvelles générations de jeunes leaders pour assurer la durabilité de la riposte au VIH. Pour y parvenir, il faut impliquer et soutenir les jeunes dans toute leur diversité, en particulier ceux qui sont touchés par le VIH, afin d'influencer et de diriger la prestation des services liés au VIH, ainsi que la prise de décisions, le suivi, la responsabilisation, la recherche et le plaidoyer dans ce domaine. Les jeunes doivent être habilités à jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration de nouvelles normes sociales concernant le sexe, la sexualité, l'identité et le consentement.
159. Une inclusion et une émancipation significatives des jeunes nécessitent l'élimination des obstacles à leur participation aux espaces et processus décisionnels liés au VIH. La stratégie vise à autonomiser, soutenir et célébrer les jeunes en tant que vecteurs essentiels du changement dans l'effort mondial de lutte contre le sida. La COVID-19 souligne le rôle transformateur que le leadership des jeunes peut jouer dans la riposte à une pandémie. Les organisations dirigées par des jeunes ont apporté résilience et innovation aux efforts visant à atténuer les effets conflictuels des pandémies de sida et de COVID-19.
160. Un appui financier et programmatique au leadership des jeunes et aux initiatives dirigées par les jeunes est nécessaire pour assurer la durabilité et l'impact des réponses dirigées par les jeunes.
161. **Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats**

- a. *Accroître l'engagement et le leadership significatifs des jeunes dans tous les processus et espaces décisionnels liés au VIH.*
- b. *Accélérer les investissements dans le leadership des jeunes (en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes et les jeunes populations clés), le renforcement des capacités et le développement des compétences à tous les niveaux dans tous les aspects de la riposte au VIH.*
- c. *Favoriser les solutions et les partenariats entre les organisations dirigées par des jeunes et les gouvernements, le secteur privé, les organisations confessionnelles et d'autres partenaires traditionnels et non traditionnels pour assurer un investissement durable dans le financement de programmes pour les jeunes.*
- d. *Renforcer l'accès à des programmes complets d'éducation sexuelle de haute qualité, adaptés au sexe et à l'âge, tant à l'école qu'en dehors du milieu éducatif, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes et les jeunes populations clés dans des contextes où l'incidence du VIH est élevée.<sup>27</sup>*
- e. *Les politiques et programmes d'appui sont axés sur l'augmentation du taux de scolarisation et de rétention des adolescentes et jeunes populations clés dans les écoles secondaires des zones à forte incidence, et établissent des liens avec la protection sociale, les initiatives « cash plus », les incitations financières, les voies d'accès à l'emploi et les interventions visant à transformer les normes sexospécifiques inégales et à prévenir la violence à l'égard des adolescentes et des jeunes femmes.*
- f. *Éliminer les obstacles juridiques et politiques, y compris les lois et politiques relatives à l'âge du consentement, qui empêchent les adolescents et les jeunes d'accéder aux services de lutte contre le VIH, et garantir l'accès à d'autres services de santé et services sociaux, y compris les services de santé sexuelle et reproductive, les préservatifs et autres contraceptifs, et les produits et services de santé et services sociaux plus larges liés au bien-être des jeunes.*
- g. *Redéfinir les services de lutte contre le VIH pour répondre aux besoins des jeunes et veiller à ce que les adolescents et les jeunes (en particulier les adolescentes et les jeunes femmes et les jeunes populations clés dans les milieux où l'incidence du VIH est élevée) puissent accéder à une gamme complète de services de lutte contre le VIH axés sur les jeunes et dirigés par leurs soins pour répondre de manière holistique à leurs besoins, notamment d'autres services sociaux, de santé et de protection.*
- h. *Veiller à ce que la riposte au VIH soit intégrée aux efforts de reprise après la pandémie de COVID-19 ainsi qu'à d'autres situations d'urgence et de crise dans des contextes humanitaires afin de profiter aux jeunes.*
- i. *Renforcer les systèmes de données ventilées par âge, sexe, genre et population et de données probantes en temps réel, et renforcer les capacités à élaborer, surveiller et analyser des indicateurs spécifiques au VIH dans tous les secteurs.*
- j. *Élargir les plateformes de sensibilisation dirigées par la communauté pour les jeunes, y compris pour les jeunes populations clés, en alliant des activités de sensibilisation dirigées par leurs pairs et des solutions basées sur les nouveaux médias, développées en collaboration avec de jeunes innovateurs.*

---

<sup>27</sup> Conformément aux directives techniques internationales des Nations Unies de 2018 sur l'éducation sexuelle, publiées conjointement par l'UNESCO, le FNUAP, l'OMS, l'UNICEF, ONU Femmes et l'ONUSIDA. [International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach \(Directives techniques internationales sur l'éducation sexuelle : une approche fondée sur des données factuelles\)](#).

## CHAPITRE 5 : PRIORITÉ STRATÉGIQUE 3 : FINANCER PLEINEMENT ET SOUTENIR DES RIPOSTES EFFICACES AU VIH ET LES INTÉGRER DANS LES SYSTÈMES DE SANTÉ, DE PROTECTION SOCIALE, HUMANITAIRES ET DE RIPOSTES AUX PANDÉMIES

162. Afin de réduire les inégalités, il faudra des systèmes robustes et résilients, spécifiquement conçus pour répondre aux besoins des personnes et des communautés les plus touchées par le VIH. L'objectif visant à mettre fin au sida exige une action concertée pour veiller à ce que chaque pays développe une réponse réellement durable qui :

- reçoit des ressources durables, utilisées efficacement, avec des affectations équitables, fondées sur des données probantes, qui tirent pleinement parti des innovations technologiques ;
- exploite et soutient l'intégration des systèmes nécessaire pour garantir aux personnes touchées par le VIH un accès efficace et égal à l'ensemble des services (médicaux et non médicaux) dont elles ont besoin pour se protéger contre l'infection et pour survivre et prospérer lorsqu'elles vivent avec le VIH ;
- est suffisamment résilient pour fournir des services à toutes les personnes quand et où elles en ont besoin, avec des systèmes qui fonctionnent efficacement dans des conditions normales et d'urgence ; et
- assure une réponse globale et complète qui inclut une coopération, une cohérence, une coordination et une complémentarité accrues entre les acteurs du développement et les acteurs humanitaires.

<b>Objectifs et engagements de haut niveau pour 2025<sup>28</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accroître les investissements mondiaux dans le VIH jusqu'à 29 milliards de dollars américains par an d'ici 2025.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 45 % des personnes vivant avec le VIH/sida, à risque et touchées par le VIH/sida ont accès à une ou plusieurs prestations de protection sociale.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95 % des personnes dans un contexte humanitaire à risque de contracter le VIH utilisent des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, centrées sur les personnes et efficaces.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % des personnes vivant dans des contextes humanitaires ont accès à des services intégrés de lutte contre la tuberculose, l'hépatite C et le VIH, en plus des programmes de lutte contre la violence sexiste (y compris la violence entre partenaires intimes), qui comprennent une prophylaxie post-exposition au VIH, une contraception d'urgence et des premiers soins psychologiques.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 95 % des personnes vivant avec le VIH/sida, à risque et touchées par le VIH sont mieux protégées contre les urgences sanitaires et les pandémies, y compris la COVID-19.</li> </ul>

### **Domaine de résultat 8 : Une riposte au VIH entièrement financée et efficace mise en œuvre pour atteindre les objectifs à l'horizon 2025**

163. Les inégalités qui ralentissent les progrès dans la riposte au VIH ont accru les besoins en ressources pour la riposte mondiale et ont souligné la nécessité urgente d'un financement durable de la lutte contre le VIH. Des ressources supplémentaires seront nécessaires pour réduire les inégalités, tenir compte des déficits résultant de l'incapacité

<sup>28</sup> Il s'agit des objectifs globaux de haut niveau pour cette priorité stratégique. L'ensemble complet d'objectifs et d'engagements de cette stratégie est fourni aux annexes 1 et 2.

à atteindre les objectifs de la procédure accélérée, combler les lacunes en matière de services résultant de la pandémie de COVID-19 et remettre le monde sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030.

164. Le VIH doit rester une priorité en termes de systèmes de santé et de financement, y compris pour soutenir une couverture sanitaire universelle et la réalisation des ODD pertinents. Pour mobiliser un financement solide et durable, il faut saisir des opportunités importantes. Compte tenu de la valeur prouvée de l'infrastructure du VIH pour les ripostes nationales à la COVID-19, la riposte au VIH devrait démontrer comment les investissements dans la lutte contre le VIH renforcent les capacités, l'infrastructure du programme, soutiennent la préparation à une pandémie et créent des plateformes permettant de traiter d'autres problèmes de santé, y compris les maladies non transmissibles.
165. Le financement national représente environ 56 % du financement disponible pour la riposte mondiale au VIH. Bien que le financement national n'ait pas augmenté assez rapidement dans l'ensemble, les investissements nationaux dans le domaine du VIH en 2015-2019 ont considérablement augmenté dans plusieurs pays. Bien qu'elle soit prometteuse, cette tendance masque des disparités dans l'allocation des fonds. Les fonds nationaux sont principalement alloués aux services de traitement, tandis que les programmes de prévention destinés aux populations clés, aux adolescentes et aux jeunes femmes et les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits humains et les inégalités structurelles sont principalement financés par des sources internationales ou sont à peine financés. Dans de nombreux pays, l'impact du financement national est encore affaibli par les inefficacités, notamment une incapacité à allouer des ressources limitées aux interventions les plus efficaces ou à cibler les ressources de manière stratégique par lieu ou population.
166. L'impact économique négatif de la pandémie de COVID-19 a créé des défis supplémentaires pour de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire en ce qui concerne la mobilisation de nouvelles ressources nationales pour leurs ripostes au VIH. La baisse des recettes fiscales et l'augmentation des dépenses publiques se sont traduites par des niveaux d'endettement et de déficit plus élevés, s'ajoutant aux niveaux insoutenables d'endettement existant dans plus de 30 pays à faible revenu. Plusieurs pays très endettés sont maintenant confrontés au double défi du sida et de la COVID-19, tandis que des niveaux élevés de service de la dette réduisent considérablement leur marge de manœuvre budgétaire pour investir dans leurs secteurs sanitaire et social.
167. Le financement des ripostes nationales au VIH doit tirer parti de partenariats traditionnels et novateurs pour s'adapter à cet environnement macrofiscal difficile, résister à une nouvelle ère d'austérité et identifier une gamme de méthodes de mobilisation des ressources nationales et des marchés. La stratégie appelle à des réformes qui élargissent la vision du financement du VIH et de la santé pour promouvoir la durabilité en s'attaquant aux moteurs structurels de l'inégalité, en promouvant la fiscalité progressive et la couverture sanitaire universelle, et en augmentant les dépenses sociales.
168. Le maintien de la solidarité mondiale et du financement par les donateurs internationaux est essentiel pour atteindre les objectifs et les engagements de la stratégie. Dans l'ensemble, l'aide internationale en matière de VIH a diminué de près de 10 % de 2015 à 2019, le soutien de quelques donateurs augmentant tandis que de nombreux autres ont réduit leur financement pour le VIH. La reconstitution réussie du Fonds mondial en octobre 2019, l'appui financier solide et soutenu des États-Unis d'Amérique au PEPFAR et l'appui essentiel fourni par la Banque mondiale aux dépenses sociales sont des

preuves encourageantes de la solidarité mondiale qui subsiste en faveur du financement de la riposte au VIH.

169. La stratégie accorde la priorité à l'action transformatrice dans trois domaines pour veiller à ce que la riposte au VIH soit entièrement financée. Premièrement, la stratégie souligne l'importance de la solidarité mondiale et la responsabilité partagée dans la mobilisation de nouvelles ressources importantes pour remettre la riposte sur les rails afin de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique et pour faire face à l'impact de la COVID-19 sur la riposte au VIH. Deuxièmement, elle demande des mesures urgentes pour améliorer l'égalité et l'impact stratégique de l'affectation des ressources afin de trouver des solutions durables pour les populations mal desservies. Troisièmement, la stratégie donne la priorité aux mesures visant à concentrer les ressources limitées sur les contextes, les populations et les approches révolutionnaires qui auront le plus grand impact.

#### 170. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats

- a. *Mobiliser le leadership politique et la solidarité mondiale* requis afin d'obtenir les ressources nécessaires afin de mettre la riposte sur la bonne voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique, et de réaliser le droit à la santé, en prenant des mesures pour :
  - i. permettre une efficacité accrue, une gouvernance, des politiques et des plateformes de prestation équitables et inclusives pour atteindre les objectifs de la stratégie et maintenir les gains réalisés à ce jour dans la riposte au VIH, et veiller à ce que les communautés touchées et les populations clés soient à l'avant-garde des processus décisionnels ;
  - ii. élargir les partenariats pour surmonter les obstacles structurels et macroéconomiques à l'augmentation des dépenses publiques intérieures en matière de VIH et de santé en tant que priorités sociétales et économiques ;
  - iii. maintenir et accroître le financement des donateurs, y compris pour s'attaquer aux causes profondes des inégalités par le biais des ripostes communautaires, en particulier pour les pays à faible revenu ayant une capacité budgétaire limitée, et pour la population clé et les réponses communautaires, y compris dans les pays à revenu intermédiaire moyen et moyen supérieur ;
  - iv. mobiliser un soutien politique et de plaidoyer pour la prochaine reconstitution des ressources du Fonds mondial en 2022, et obtenir une solidarité mondiale continue en faveur d'un financement mondial, multilatéral et bilatéral, et national, de la riposte au sida ;
  - v. promouvoir et accroître le volume et la prévisibilité du financement direct des interventions menées par les communautés sur le long terme, notamment en établissant des affectations de fonds entre les pays et un financement public des interventions menées par les communautés ; et
  - vi. promouvoir l'augmentation des investissements nationaux et internationaux dans le secteur public, les processus de gestion, une plus grande transparence et une plus grande responsabilisation, et rétablir les partenariats public-privé en vue d'obtenir des résultats équitables.
- b. *Maximiser l'impact des ressources disponibles* pour parvenir à un accès et des résultats équitables et efficaces, en prenant des mesures pour :
  - i. renforcer l'efficacité, l'égalité et l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH, leur planification et leur mise en œuvre et intégrer des solutions durables ;
  - ii. concentrer les ressources sur des interventions hautement efficaces et efficaces pour combler les lacunes et les populations prioritaires, notamment en

- augmentant le financement des programmes de mise à l'échelle pour les populations clés et en s'attaquant aux moteurs structurels ; et
- iii. tirer parti des technologies appropriées pour atteindre les gens grâce à des approches et outils qui placent les services entre les mains des gens.
- c. *Élaborer et mettre en œuvre des stratégies de financement du développement durable spécifiques au contexte (y compris des contributions multisectorielles aux ripostes au VIH) qui garantissent un accès universel et de meilleurs résultats en matière de santé, en prenant des mesures pour :*
- i. mettre en œuvre des cadres de financement adaptés aux pays qui augmentent les recettes nationales pour la riposte au VIH et les dépenses sociales, améliorent la qualité et la couverture des services de santé et de lutte contre le VIH, et améliorent la résilience et la durabilité du financement ;
- ii. veiller à ce que les cadres de financement, de gouvernance et de financement social de la couverture sanitaire universelle favorisent les progrès vers la réalisation des objectifs en matière de VIH, en éliminant les obstacles structurels et en réduisant les inégalités ; les progrès devraient être mesurés par l'intégration de toute la gamme des services de prévention, de traitement et de soins du VIH, en atteignant toutes les populations par le biais de services sans stigmatisation et en finançant publiquement les réponses communautaires ;
- iii. abolir les frais d'utilisation pour les services liés au VIH et les autres services de santé, en commençant par les populations les plus marginalisées, les femmes, les filles, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres populations prioritaires ;
- iv. s'appuyer sur les plateformes et les structures de la riposte au VIH afin de promouvoir une couverture sanitaire universelle qui inclut des considérations de genre et d'équité au-delà du statut socioéconomique et du revenu pour la réalisation du droit à la santé des personnes ;
- v. passer à un financement progressif de la santé qui assure une couverture sanitaire universelle pour toute la gamme des services liés au VIH, inclure dans les régimes nationaux et les contributions fiscales générales pour la mise en commun des ressources, et abandonner de régimes volontaires ou contributifs liés aux droits aux prestations ; et
- vi. mettre en œuvre des stratégies et des plans de transition qui assurent un financement durable, communiquer avec les communautés, les donateurs et les partenaires pour identifier des solutions adaptées aux pays et assurer un financement durable des programmes destinés aux populations clés et des programmes dirigés par les communautés.
- d. *Améliorer la collecte et l'utilisation de données granulaires ventilées par sexe, par genre et par âge pour suivre le financement des populations clés, des femmes et des filles et d'autres personnes qui ne sont pas desservies par la riposte, dans le but de maximiser l'impact, la transparence, la responsabilisation et l'efficacité des ressources et des décisions politiques.*

**Domaine de résultat 9 : Des systèmes intégrés de santé et de protection sociale qui soutiennent le bien-être, les moyens de subsistance et des environnements favorables pour les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter et touchées par le VIH afin de réduire les inégalités et de leur permettre de vivre et de prospérer**

***Intégration du VIH dans les systèmes de santé***

171. Les services de santé existants ne parviennent souvent pas à répondre aux besoins liés au VIH et aux autres exigences des personnes qui en ont le plus besoin, en raison

d'attitudes discriminatoires ou d'un manque de sensibilité aux besoins des populations clés et des populations prioritaires et de déficiences au niveau des capacités du système. Les services dédiés au VIH ne répondent pas toujours aux besoins de santé plus larges des personnes vivant avec le VIH ou touchées par le VIH.

172. Lorsque les ensembles de services intégrés sont adaptés et fournis de manière à placer les gens au centre, ils peuvent aider à réduire rapidement les inégalités dans la riposte au VIH et à soutenir la couverture sanitaire universelle. Les systèmes de santé centrés sur l'être humain doivent s'assurer que les systèmes de santé et communautaires et les vecteurs structurels et sociétaux optimisent l'impact et la durabilité des programmes de lutte contre le VIH. Ils peuvent y parvenir au moyen de structures de gouvernance inclusives qui s'appuient sur les connaissances et les perspectives de la communauté. Il est également nécessaire qu'une gamme complète de services de santé soit intégrée aux établissements de soins de santé primaires, en accordant une attention particulière à leur acceptabilité pour les populations marginalisées et les autres populations victimes de stigmatisation et de discrimination.

173. Les systèmes de santé doivent être transformés pour être véritablement exempts de toute stigmatisation ou discrimination. Les principales fonctions du système de santé, y compris l'information sanitaire, la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, les ressources humaines et le financement, devraient être renforcées pour soutenir la prestation efficace de services intégrés et liés au VIH, y compris un accès à des médicaments de qualité et d'autres produits et technologies de santé. En particulier, les interventions menées par la communauté contribuent à réduire les inégalités liées au VIH en permettant d'adapter les approches aux besoins des personnes qui ont le plus besoin de services. Les communautés sont également essentielles à la gouvernance efficace des systèmes de santé : les efforts en matière de soins de santé primaires et de couverture sanitaire universelle soulignent que la gouvernance inclusive est essentielle pour assurer des systèmes de santé efficaces et durables. L'attention portée aux facteurs sociaux et structurels contribue à éliminer les obstacles à l'utilisation et à la qualité des services, tels que la stigmatisation multidimensionnelle, la discrimination, les inégalités entre les sexes, la violence sexuelle et sexiste, la pauvreté, les conditions de vie inadéquates et l'insuffisance des investissements dans la protection sociale et l'éducation axées sur les filles et les femmes pauvres.

#### 174. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats

- a. *Intégrer le VIH dans les systèmes de santé* et veiller à ce que les approches intégrées soient globales, centrées sur l'être humain (avec des réponses et des systèmes communautaires intégrés et pleinement financés) et transformatrices en termes de sexospécificité et à ce qu'elles réduisent les inégalités et défendent le droit à la santé.
- b. Tirer parti des expériences de la riposte au VIH pour transformer les services de santé en services centrés sur les personnes, fondés sur les droits et adaptés au contexte, et éliminer systématiquement les formes multiples et croisées de stigmatisation et de discrimination vécues par les personnes lorsqu'elles accèdent aux services.
- c. Renforcer la capacité du système de santé à fournir des services, notamment en améliorant la gestion des ressources humaines, des achats et des approvisionnements, le suivi et l'évaluation, la gouvernance et la gestion afin de répondre aux besoins continus des personnes vivant avec le VIH tout au long de leur vie.

- d. *Améliorer le caractère abordable des produits liés au VIH et des technologies de la santé et l'accès à ces produits*<sup>29</sup> en tirant parti des flexibilités de l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et en optimisant l'utilisation des mécanismes volontaires d'octroi de licences et de partage de technologies pour atteindre les objectifs de santé publique, promouvoir la concurrence générique et accélérer l'entrée sur le marché des nouvelles technologies de la santé liées au VIH ;
- e. Améliorer la transparence des marchés des technologies de santé liées au VIH<sup>30</sup> ;
- f. *Soutenir les efforts visant à surmonter les obstacles réglementaires* qui retardent l'entrée sur le marché des technologies de santé liées au VIH grâce à des stratégies de dynamique du marché, à la mise en commun des achats et au renforcement des capacités réglementaires locales et régionales ;
- g. *Appuyer les négociations sur des prix équitables* avec les sociétés pharmaceutiques ; renforcer la coopération et la capacité locale à mettre au point, fabriquer et fournir des produits et des technologies de la santé liés au VIH abordables et de qualité garantie, et améliorer la fiabilité des systèmes et mécanismes d'approvisionnement et d'achat de médicaments pour les technologies liées au VIH, notamment en favorisant le développement des marchés régionaux, la collaboration Sud-Sud et la coopération avec les institutions multilatérales dans ce domaine.
- h. *Soutenir les réponses communautaires et la gouvernance inclusive du VIH et de la santé* en tant que stratégie centrale pour améliorer la prestation de services. Intégrer des réponses communautaires pour renforcer les systèmes nationaux de santé et de services sociaux à tous les niveaux. Mettre l'accent sur les investissements dans la prestation de services différenciés dirigés par la communauté, afin d'assurer un accès efficace et équitable répondant aux besoins spécifiques de groupes, de lieux et d'individus particuliers sur la base d'approches éprouvées.
- i. Renforcer la multisectorialité de la riposte au VIH pour en faire une riposte pangouvernementale et pansociale en soutenant et en plaidant en faveur de l'alignement des stratégies, politiques et pratiques relatives au VIH, à la santé et à d'autres secteurs pour une protection sociale et des services essentiels favorables aux pauvres et aux personnes vulnérables, y compris l'éducation des filles.

### **Programmes de protection sociale et soutien liés au VIH**

175. Une protection sociale robuste et centrée sur l'être humain a un rôle essentiel à jouer pour réduire les inégalités croisées qui ralentissent les progrès vers la fin du sida et l'amélioration du bien-être, de la dignité humaine et de la productivité des ménages touchés par le VIH. La protection sociale réduit la vulnérabilité, élimine systématiquement les obstacles à l'utilisation des services et améliore la santé, le bien-être et la qualité de vie, permet la sécurité alimentaire, la nutrition et l'inclusion sociale. Toutes les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH ont un droit égal à la

---

<sup>29</sup> Les produits et technologies de santé liés au VIH désignent les produits génériques et de marque, et les technologies de santé, y compris les antirétroviraux anti-VIH et autres produits essentiels, y compris les contraceptifs, les médicaments pour la prophylaxie et le traitement des co-infections et comorbidités (tuberculose, hépatite virale, IST), les diagnostics de laboratoire, y compris, mais sans s'y limiter, les kits de test rapide, les outils de surveillance, les réactifs de charge virale et, les équipements et consommables, et les technologies de prévention du VIH, y compris les préservatifs et lubrifiants masculins et féminins, la circoncision masculine médicale volontaire, la PrEP et la prophylaxie post-exposition, les seringues et aiguilles, et les médicaments pour la prévention des surdoses de médicaments (naloxone) et la thérapie de substitution aux opioïdes.

<sup>30</sup> En alignement avec la [RÉSOLUTION WHA 72.8](#)

protection sociale, qui doit être mandaté dans les cadres politiques, juridiques et programmatiques nationaux. Il peut s'agir notamment de l'accès à des services de santé universels, de transferts au titre du filet de sécurité sociale, de prestations d'assurance et de retraite et d'autres systèmes d'État accessibles à la population.

176. Les pays ne parviennent pas à garantir un accès facile à la protection sociale dont ont besoin les personnes vivant avec le VIH et vulnérables à l'infection par le VIH. Seulement 29 % de la population mondiale a accès à une protection sociale adéquate : deux tiers des enfants n'ont pas de protection sociale et les populations clés sont reconnues comme bénéficiaires dans 26 pays seulement. Les femmes et les filles continuent d'assumer la majorité du travail de soins non rémunérés dans le contexte du VIH.
177. Les pandémies telles que le sida et la COVID-19 soulignent le rôle central de la protection sociale dans le traitement et l'atténuation de l'impact des crises sanitaires. Les pays ont élargi ou lancé des centaines de nouvelles interventions d'assistance sociale pour faire face à la pandémie de COVID-19 et les niveaux de dépenses nationales pour la protection sociale ont plus que triplé. Bon nombre de ces actions aident également à atténuer l'impact du VIH et de la tuberculose, à réduire le risque de VIH et à améliorer l'accès aux services liés au VIH et à la tuberculose. Dans les pays d'Afrique orientale et australe, où les systèmes de santé sont fragiles et surchargés, les organisations de femmes au sein des communautés ont souvent comblé les lacunes des services formels en aidant à fournir des médicaments antirétroviraux et autres, des serviettes hygiéniques, des équipements de protection individuelle, des informations sur la COVID-19, de la nourriture et un soutien en espèces aux personnes et aux familles dans le besoin.
178. La stratégie appelle à une intensification des efforts pour encourager des investissements significatifs et équitables de divers secteurs dans des dispositifs et des systèmes de protection sociale inclusifs et sensibles au VIH. Cela renforcera et aidera à soutenir la riposte au VIH, améliorera l'accès aux programmes de prévention et de traitement du VIH, contribuera à fournir des avantages à grande échelle à la société dans son ensemble et stimulera l'élaboration de stratégies et de systèmes de protection sociale intégrant la santé.
- 179. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats**
- a. Réaliser des évaluations axées sur la demande, des recherches opérationnelles, un suivi et des évaluations de la qualité des programmes et dispositifs de protection sociale existants, et veiller à ce qu'ils couvrent les personnes vivant avec le VIH et touchées par celui-ci.
  - b. Renforcer les liens intersectoriels avec les plateformes de réduction de la pauvreté et le cofinancement pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les populations prioritaires afin de mettre en place des programmes de protection sociale inclusifs, y compris des programmes qui abordent la question du travail de soins non rémunéré effectué par les femmes et les filles dans le contexte du VIH.
  - c. Créer des programmes spécifiques au VIH qui tirent parti des outils de protection sociale et des options « cash-plus » (associant des paiements en espèces à d'autres dispositifs) ayant démontré qu'ils amélioraient considérablement les résultats en matière de VIH.
  - d. Renforcer les institutions et les capacités techniques pour veiller à ce que les systèmes soient entièrement équipés pour relier les personnes exposées au risque de VIH aux services de protection sociale, et pour veiller à ce que les mesures de protection sociale répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et d'autres populations prioritaires, y compris les transferts de

dispositifs de sécurité qui permettent d'accéder aux besoins essentiels et d'améliorer leur qualité de vie.

- e. Renforcer la capacité des communautés touchées par le VIH à participer à la gouvernance des systèmes de protection sociale et à fournir des services de protection sociale complémentaires dirigés dans la communauté.
- f. *Veiller à ce que les initiatives de protection sociale existantes, comme les planchers de protection sociale, répondent aux besoins des personnes vivant avec le VIH, à risque et touchées par le VIH.*

**Domaine de résultat 10 : Une riposte au VIH résiliente et pleinement préparée qui protège les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter et touchées par le VIH dans des contextes humanitaires et les prémunit contre les effets néfastes des pandémies et des chocs actuels et futurs**

**Conditions humanitaires**

180. La réduction des inégalités exige des efforts ciblés pour répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables et mal desservies, en reconnaissant que les personnes vivant avec le VIH et les populations clés se trouvant dans des situations d'urgence et humanitaires sont très vulnérables à l'impact socioéconomique des urgences. Ils sont généralement les moins protégés par les dispositifs de sécurité sociale nationaux et connaissent souvent des inégalités à plusieurs niveaux qui accroissent leur vulnérabilité. La stratégie appelle à l'égalité d'accès aux services de lutte contre le VIH pour les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH en situation d'urgence humanitaire (y compris les réfugiés et les personnes déplacées) et à veiller à ce que leurs besoins essentiels en matière de santé, d'alimentation, de nutrition, de logement et d'approvisionnement en eau soient couverts dans les interventions humanitaires.
181. L'ampleur et la fréquence des situations d'urgence humanitaire augmentent, et prennent la forme de crises complexes, de conflits prolongés, d'une insécurité alimentaire et d'événements associés aux changements climatiques. Les conflits, les catastrophes et les déplacements de populations épuisent les services de santé, isolent les communautés et accroissent la vulnérabilité, en particulier parmi les réfugiés, les personnes déplacées ou vulnérables, les migrants et les populations clés. De nombreux pays confrontés à des situations d'urgence humanitaire ont des systèmes de santé et une gouvernance faibles, offrant une provision médiocre de services de base en matière de VIH.
182. Les situations humanitaires entraînent souvent des déplacements internes ou transfrontaliers de populations. Le déplacement peut accroître la vulnérabilité et la prise de risques et peut interrompre le traitement du VIH. Même lorsque des traitements et d'autres services liés au VIH sont disponibles dans des contextes humanitaires, les personnes rencontrent de multiples obstacles pratiques à l'accès à ces services. Craignant d'être rejetées ou exclues des communautés d'accueil et des prestataires de soins de santé, les populations déplacées évitent parfois d'utiliser les services et les produits disponibles en matière de VIH.
183. Les femmes et les filles dans toute leur diversité sont touchées de manière disproportionnée par la violence et d'autres inégalités entre les sexes dans le contexte des situations d'urgence humanitaire. La lutte contre le VIH et les violences sexuelles liées aux conflits dans le contexte des crises humanitaires exige une planification préalable, la coordination et la synergie des activités de multiples acteurs et communautés, la satisfaction d'une multiplicité de besoins en matière de santé et de services et la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

184. Les efforts déployés pour lutter contre le VIH dans les contextes humanitaires peuvent s'appuyer sur des forces et des réalisations importantes et existantes. Il existe des directives claires et des mécanismes de coordination pour lutter contre le VIH dans les situations humanitaires. Des progrès importants ont été accomplis dans l'intégration des services de lutte contre le VIH dans ces contextes, y compris parmi les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. Une enquête menée dans 48 pays d'accueil de réfugiés a révélé que dans 90 % des pays, les réfugiés vivant avec le VIH ont le droit d'accéder à l'ART par le biais des systèmes de santé nationaux, tandis que les réfugiés reçoivent certains services liés au VIH par le biais de subventions du Fonds mondial dans 82 % des pays. Malgré ces réalisations importantes, les groupes les plus vulnérables (y compris les migrants en situation irrégulière, les populations clés, les mineurs et adolescents non accompagnés et les enfants) ont souvent du mal à obtenir un accès significatif aux services liés au VIH dans les contextes humanitaires.

#### 185. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats

- a. Promouvoir des politiques, des cadres et des lois qui garantissent que les plans nationaux d'intervention d'urgence sont adaptés à des contextes spécifiques et fournissent un ensemble minimum initial de services de lutte contre le VIH et leur expansion jusqu'à un ensemble complet de services à toutes les personnes touchées par des urgences humanitaires qui vivent avec le VIH ou sont à risque de le contracter, quel que soit leur lieu de résidence ou leur statut juridique.
- b. *Intégrer les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les autres populations touchées par les situations humanitaires* dans les cadres politiques, les programmes et les propositions de financement nationaux relatifs au VIH, en tenant compte de leurs besoins divers, y compris l'appui et l'intensification des interventions menées par les communautés et la fourniture de services adaptés.
- c. Utiliser des efforts adaptés au contexte local *pour intensifier la coordination et la sensibilisation* des populations dans des contextes humanitaires afin d'assurer la poursuite du traitement du VIH, en fournissant l'ensemble minimal initial de services de lutte contre le VIH (y compris la prévention combinée) et en élargissant les services complets dès que possible, en particulier pour les populations clés et les jeunes femmes et filles, en plus de services vitaux essentiels tels que la nourriture, l'eau et le logement lors des interventions d'urgence.
- d. *Renforcer les mesures visant à prévenir et à combattre la violence sexiste et la violence sexuelle liée aux conflits* en adoptant une approche multisectorielle centrée sur les survivants.
- e. *Affecter des ressources aux interventions menées par les communautés* et intensifier la participation des communautés à l'élaboration de plans de préparation aux situations d'urgence aux niveaux national et infranational et à la fourniture de services d'information, de soutien par les pairs et de liens avec les programmes de lutte contre le VIH.
- f. *Assurer une programmation granulaire, ciblée et adaptée sur le VIH et les programmes connexes*, basée sur une surveillance améliorée, une évaluation localisée des risques et des vulnérabilités, l'accès aux services et aux résultats, et des systèmes de surveillance communautaires renforcés.
- g. *Tirer parti et adapter en permanence les approches de collecte de données existantes* pour répondre aux différents besoins, contextes ou secteurs du projet afin de surveiller et de mieux soutenir les personnes vivant avec le VIH dans des contextes fragiles et humanitaires.

186. Compte tenu des effets profonds et persistants de la pandémie de COVID-19, des efforts urgents seront nécessaires pour permettre aux services de lutte contre le VIH et aux interventions plus larges de mieux reconstruire, de remédier aux vulnérabilités associées à la COVID-19 (y compris l'incidence accrue de la violence sexiste), de combler les déficits et les lacunes liés à la pandémie et de relancer la dynamique. En outre, la riposte au VIH doit protéger les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH contre de futurs défis inattendus, tels qu'une résurgence de la COVID-19, d'autres pandémies et de crises financières.
187. Comme le montrent les pandémies de sida et de COVID-19, les épidémies pandémiques représentent une menace pérenne à la vie dans un monde interconnecté. La COVID-19 constitue une urgence, une crise de santé publique et un choc socioéconomique pour le monde. Même les pays à revenu élevé et les pays sans conflit ou sans situation d'urgence éprouvent de graves difficultés à assurer la prévention, le diagnostic et le traitement et à maintenir les services de santé offerts à la population en général. La pandémie a eu des effets majeurs sur la santé et le bien-être, y compris des augmentations alarmantes de l'incidence de la violence sexiste. Les pandémies de sida et de COVID-19 soulignent la nécessité d'une riposte au VIH et de systèmes de santé résilients, adaptables, centrés sur l'être humain et prêts à faire face aux futures pandémies.
188. Des mesures spécifiques sont nécessaires pour garantir que toutes les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les autres personnes à risque de contracter le VIH soient mieux protégées dans les situations d'urgence sanitaire (sur la base de l'indicateur 3.d.1 des ODD. Capacité du règlement sanitaire international et préparation aux urgences sanitaires) et aient accès aux services de santé et à d'autres services de soutien. Les leçons tirées des réponses au VIH et à la COVID-19 devraient être utilisées pour renforcer la préparation. La pandémie de COVID-19 a souligné les failles d'un monde profondément inégalitaire où les femmes dans leur diversité et les groupes traditionnellement marginalisés ont subi des pertes de leurs moyens de subsistance, des expulsions et des abus. Mais cela a également stimulé l'adoption rapide d'innovations clés liées au VIH, y compris l'autodépistage du VIH, la distribution plurimensuelle de médicaments et l'utilisation de plateformes virtuelles pour le soutien, le conseil et la diffusion de l'information.
189. Les données les plus récentes indiquent que les personnes vivant avec le VIH courent un risque accru d'effets graves de la COVID-19, y compris de décès dû à la COVID-19, par rapport aux personnes sans VIH.

**190. Mesures prioritaires pour atteindre les objectifs et les résultats**

- a. Accroître les investissements dans des infrastructures d'intervention d'urgence dirigée par la communauté et dotées de ressources adéquates et étendre les ripostes dirigées par la communauté pour fournir une sensibilisation communautaire, des informations et un soutien par les pairs pendant les urgences sanitaires et les situations de pandémie.
- b. Promouvoir et garantir le plein accès des personnes vivant avec le VIH, à risque et touchées par le VIH à des ripostes d'urgence et des interventions efficaces et fondées sur les droits en matière de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins en cas de pandémie.
- c. *Assurer l'engagement systématique de la riposte au VIH dans l'infrastructure et les dispositifs de riposte à une pandémie*, en tirant parti des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH pour guider les éléments clés de la planification de la préparation à une pandémie.

- d. *Protéger et promouvoir l'égalité des sexes et les droits humains et prévenir et riposter à la violence sexiste*, en accordant une attention particulière à aux personnes les plus marginalisées et les plus vulnérables au VIH, dans le contexte de pandémies et d'autres chocs et crises.
- e. *Utiliser des données granulaires en temps réel* pour identifier les obstacles et les lacunes et adapter les approches efficaces afin d'assurer la continuité des programmes de lutte contre le VIH pour les personnes vivant avec le VIH, à risque et touchées par le VIH dans les situations d'urgence sanitaire et de pandémie.
- f. *Inclure toutes les personnes vivant avec le VIH dans la catégorie des affections médicales à haut risque dans l'élaboration de groupes de population prioritaires pour les vaccins contre la COVID-19.*

## CHAPITRE 6 : QUESTIONS TRANSVERSALES

191. La stratégie renforcera, fera progresser et tirera efficacement parti de cinq questions intersectorielles dans tous les domaines de la stratégie.

### **Leadership, responsabilisation nationale et plaidoyer**

192. La pandémie de COVID-19 et son impact sur les pays et les communautés offrent aux gouvernements et aux partenaires la possibilité de « mieux reconstruire » en créant des systèmes et des approches plus résilients qui placent les personnes et les communautés au centre. Alors que les dirigeants font des choix politiques pendant la reprise après la COVID-19, il est important que les progrès réalisés dans la riposte au VIH ne soient pas seulement soutenus, mais renforcés. Une volonté politique et un leadership renouvelés sont nécessaires à tous les niveaux pour mettre en œuvre cette stratégie afin de réduire les inégalités d'ici 2025 et d'accélérer les progrès vers la fin de l'épidémie de sida d'ici 2030.
193. Un leadership renforcé est nécessaire pour renforcer et faire progresser les principes, les objectifs et les engagements de la présente stratégie ainsi que ceux pris par tous les États membres de l'ONU dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 et d'autres déclarations politiques.
194. La stratégie met l'accent sur la responsabilisation des pays. Les gouvernements nationaux doivent travailler en partenariat avec les organisations dirigées par et pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et d'autres groupes prioritaires, les communautés touchées, ainsi qu'avec les organisations de la société civile, le secteur privé, le milieu universitaire et les partenaires internationaux.
195. En travaillant ensemble, les partenaires de niveau national devraient entreprendre une analyse complète des inégalités liées au VIH et faire progresser les actions urgentes pour réduire les inégalités et veiller à ce que les structures sociales, les normes, les lois et les politiques répondent aux besoins et protègent les droits des personnes vivant avec le VIH ou à haut risque de le contracter. Les dirigeants et les actions politiques devraient en priorité veiller à ce que les personnes actuellement mal desservies aient un accès équitable à des services de lutte contre le VIH acceptables, accessibles et de qualité, ainsi qu'à une protection sociale et juridique connexe. La stratégie appelle les pays à mettre en œuvre des ripostes différenciées au VIH aux niveaux national, local et communautaire, en fonction des données, des contextes locaux, de l'engagement communautaire, des facteurs sociaux, juridiques et économiques et des vulnérabilités. Les pays devraient suivre les progrès accomplis et en rendre compte chaque année dans le cadre du système mondial de surveillance du sida.

196. En plus de mobiliser un engagement politique accru et soutenu, la stratégie accorde la priorité à l'engagement et à l'émancipation des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des autres groupes prioritaires dans toute leur diversité. Les personnes vivant avec le VIH et les populations clés sont des décideurs clés, indispensables pour la riposte au VIH.
197. Un plaidoyer et des communications audacieux seront essentiels pour recentrer l'attention du monde sur la nécessité urgente de réduire les inégalités d'ici 2025 et de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. La stratégie vise à mettre à profit le pouvoir des influenceurs clés et des médias pour engendrer des progrès décisifs au niveau des obstacles sociaux, juridiques et structurels sous-jacents qui entravent les progrès vers la réalisation des objectifs et des engagements liés au VIH.

### **Partenariats, multisectorialité et collaboration**

198. Réduire les inégalités d'ici 2025 et mettre la riposte au VIH sur la bonne voie pour mettre fin au sida d'ici 2030 sont des défis immenses qui nécessitent des partenariats et une collaboration renforcés à tous les niveaux. La stratégie exige également l'alignement des processus stratégiques et la collaboration entre les partenaires mondiaux, y compris l'ONUSIDA, le Fonds mondial, PEPFAR, Unitaïd, le Partenariat StopTB, le Medicines Patent Pool (Groupe de brevets sur les médicaments), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, GNP+, les donateurs bilatéraux et les fondations privées, les gouvernements et les communautés.
199. La stratégie assurera un alignement complet entre les processus stratégiques mondiaux et nationaux, tels que la stratégie mondiale de lutte contre le sida, la stratégie du Fonds mondial pour l'après-2022, les plans opérationnels nationaux du PEPFAR et sa nouvelle stratégie, les stratégies des coparrainants de l'ONUSIDA (y compris les campagnes visant à débloquent les catalyseurs sociétaux, tels que l'égalité des générations), les cadres de coopération pour le développement durable des Nations Unies et les ODD, ainsi que les processus et mécanismes nationaux de planification du VIH, de la santé et du développement.
200. Au cours de la décennie d'action pour atteindre les ODD, la stratégie appelle à des approches audacieuses, inclusives et multisectorielles du VIH pour réduire les inégalités, protéger les droits humains et renforcer la collaboration et les synergies entre les initiatives et les systèmes de santé et de développement spécifiques au VIH et plus larges à tous les niveaux. La stratégie favorisera une réponse pangouvernementale et pansociétale à la lutte contre le sida. La stratégie renforcera des mécanismes de gouvernance nationaux inclusifs, transparents, responsables et multisectoriels afin de soutenir efficacement des partenariats stratégiques, une coordination et une collaboration multisectoriels inclusifs.
201. La stratégie accorde la priorité à l'engagement, à la mobilisation et à la synergie des contributions de tous les partenaires concernés dans tous les aspects de la riposte au VIH.<sup>31</sup> La stratégie permettra également d'accélérer et de tirer parti des partenariats

---

<sup>31</sup> Incluant les gouvernements nationaux, le programme commun de l'ONUSIDA et d'autres organismes et programmes pertinents des Nations Unies, les organisations régionales et sous-régionales, les personnes vivant avec le VIH, à risque et touchées par le VIH, les populations clés, les dirigeants politiques et communautaires, les parlementaires, les responsables de la justice et de l'application des lois, les communautés, les familles, les organisations confessionnelles, les

entre la riposte au VIH et d'autres mouvements mondiaux et locaux en faveur d'une couverture sanitaire universelle, de l'égalité des sexes, des droits humains, de la non-discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, de la justice économique, de la jeunesse, de la lutte contre le racisme, de l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des changements climatiques.

202. La stratégie accélérera l'engagement avec le secteur privé en tant que fournisseur clé d'emplois pour les personnes vivant avec le VIH, à risque ou touchées par le VIH, et en tant que partenaire pour mobiliser et accélérer l'expertise et les systèmes pour réduire les inégalités, stimuler l'innovation et développer de nouvelles technologies afin d'accélérer les progrès en vue de mettre fin à la menace pour la santé publique posée par le sida, et en tant que source complémentaire de ressources financières.
203. La stratégie met particulièrement l'accent sur le rôle et les contributions des organisations confessionnelles, des chefs religieux et des communautés religieuses. Leurs positions de confiance au cœur des communautés et leur mission consistant à servir les communautés les équipent pour fournir des services et un soutien qui dépassent la portée de nombreux services et systèmes conventionnels. La stratégie tirera parti des contributions distinctives et étendues des organisations confessionnelles et des communautés confessionnelles pour fournir des services, des soins et un soutien en matière de VIH aux populations clés et aux communautés touchées.
204. La stratégie assurera l'alignement sur l'architecture mondiale de la santé et du développement, notamment par le biais du plan d'action mondial pour des vies saines et le bien-être pour tous.

#### **Données, science, recherche et innovation**

205. La stratégie ne peut être mise en œuvre efficacement qu'en tirant parti du potentiel des données, de la science, de la recherche et de l'innovation pour orienter la riposte au VIH. Les données sont essentielles afin d'identifier comment et pourquoi la riposte au VIH fonctionne pour certains mais pas pour d'autres, d'éclairer les actions stratégiques visant à réduire les inégalités, et de guider et accélérer la mise en œuvre. En vue d'atteindre les objectifs de la stratégie, il faut utiliser des données pour cartographier les obstacles à l'accès aux services, y compris les obstacles et les inégalités en matière de droits humains, et identifier clairement les approches, les investissements et les outils qui peuvent combler les lacunes. La stratégie exige des mesures concrètes pour éliminer les obstacles et traduire les progrès scientifiques (en sciences biomédicales et cliniques, sociales et comportementales, politiques et économiques et en sciences de la mise en œuvre) en interventions significatives qui profitent également à tous. Les données mondiales, régionales et nationales permettant d'évaluer les progrès deviendront également de plus en plus importantes.
206. La stratégie préconise d'améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation des données pour mieux informer les ripostes à l'épidémie de sida, notamment en utilisant davantage les données produites et détenues par les communautés afin de surveiller le caractère abordable, la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de la riposte au VIH pour différents groupes. La stratégie donne la priorité à la collecte et à l'utilisation efficace de données granulaires en temps opportun, en collaboration avec les

---

scientifiques, les professionnels de la santé, les donateurs, la communauté philanthropique, la force de travail, le secteur privé, les médias et la société civile, y compris les organisations dirigées par des femmes et des communautés, les groupes féministes, les organisations dirigées par des jeunes, les organisations dirigées par des populations clés, les institutions nationales des droits humains et les défenseurs des droits humains.

communautés et de manière à affirmer les droits, pour encourager des actions spécifiques au lieu et à la population qui réduisent les inégalités dans les résultats en matière de VIH.

207. Il faudra continuer d'innover pour mettre au point de nouvelles technologies biomédicales et des stratégies de prestation de services encore plus efficaces afin d'accélérer les progrès vers l'éradication du sida. La mise en œuvre des progrès biomédicaux doit être fondée sur les droits et s'inscrire dans le cadre d'approches communautaires inclusives. Il faut investir davantage dans la mise au point d'un vaccin contre le VIH et d'un traitement curatif. Ces efforts devraient s'inspirer de la rapidité sans précédent avec laquelle les vaccins contre la COVID-19 ont été mis au point et en tirer des enseignements. Un esprit d'innovation comparable est nécessaire pour éclairer et orienter les efforts visant à s'attaquer aux facteurs sociaux et structurels qui accroissent la vulnérabilité au VIH et diminuent l'accès aux services liés au VIH et leur utilisation. Les avancées de l'intelligence artificielle et de la science des données peuvent être utilisées pour améliorer les diagnostics et personnaliser les options et les services de prévention et de traitement du VIH de manière à respecter les droits humains.

208. La stratégie vise également à adopter de nouveaux partenariats avec la communauté des technologies de l'information afin d'utiliser le potentiel des innovations numériques et sociales pour connecter les gens, partager des expériences par le biais des médias sociaux, accéder à l'information, fournir des services et soutenir les mouvements sociaux afin de réduire les inégalités liées au VIH. Dans tous ces efforts, il faudra veiller à ce que les innovations fonctionnent pour et non contre les communautés vulnérables et qu'elles soient utilisées conformément aux principes des droits humains.

### **droits humains, égalité des sexes et réduction de la stigmatisation et de la discrimination**

209. La stratégie renouvelle et souligne en outre l'ancrage de la riposte au VIH dans les principes des droits humains et de l'égalité des sexes, qui doivent être reflétés de manière cohérente et explicite dans tous les aspects de la riposte. Si cette vision ne se concrétise pas, il sera impossible de mettre fin au sida d'ici 2030.

210. La stratégie s'inspire d'une leçon centrale tirée de 40 ans de riposte au VIH : une approche fondée sur les droits humains est essentielle pour créer des environnements propices à des ripostes réussies au VIH et pour affirmer la dignité des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à celui-ci. La stratégie met en lumière et renforce les obligations qui incombent à tous les gouvernements en vertu de la loi internationale sur les droits humains de réduire les inégalités et d'assurer la jouissance égale des droits, y compris le droit à la santé. Il appelle tous les gouvernements et partenaires à fonder leur riposte sur une approche ancrée dans les droits humains.

211. La stratégie vise à faire en sorte que les données et les recherches sur les droits humains dans le contexte du VIH soient utilisées pour éclairer la riposte au VIH, et que les défis et les lacunes dans les efforts actuels visant à éliminer les obstacles aux droits humains et à mettre fin aux violations des droits humains soient identifiés et surmontés. Elle vise également à faire en sorte que les formes croisées de stigmatisation et de discrimination liées au VIH soient traitées avec des programmes fondés sur des données factuelles et financés de manière adéquate, et que les possibilités d'une meilleure intégration des droits humains dans la riposte au VIH soient saisies. La stratégie préconise également explicitement le maintien d'un fondement de principes relatifs aux droits de la personne tels que la confidentialité, la protection de la vie privée et le consentement éclairé.

212. La transformation des normes sociales néfastes, la réduction de la discrimination et des inégalités fondées sur le sexe, la promotion de l'émancipation des femmes et la réalisation de la santé sexuelle et reproductive et des droits des femmes et des filles, des hommes et des garçons dans toute leur diversité (populations clés) sont cruciales pour atteindre les ODD, les cibles et les engagements de la stratégie. La stratégie appelle tous les gouvernements et partenaires à déployer des efforts systématiques pour assurer la participation égale des femmes et des filles, des hommes et des garçons, dans toute leur diversité, à la prise des décisions qui façonnent la riposte au VIH. En particulier, la stratégie vise à faire en sorte que les femmes et les filles soient autonomisées et soutenues dans la réalisation de leurs droits fondamentaux.
213. Les effets de l'exclusion sociale et de la marginalisation sont visibles dans l'impact disproportionné de l'épidémie de sida sur les lois, les politiques et les normes sociales, érigeant souvent des barrières empêchant les personnes de participer pleinement à la riposte au VIH et de bénéficier des services et du soutien dont elles ont besoin. Pour mettre fin au sida, les sociétés doivent être transformées pour être inclusives et respecter, protéger et réaliser les droits de chacun.

### **Villes, urbanisation et établissements humains**

214. Environ 55 % de la population mondiale vit actuellement dans des zones urbaines et cette proportion devrait atteindre 68 % d'ici 2050. Dans la plupart des pays, les villes représentent une proportion importante et croissante du fardeau national du VIH ; dans certains pays, une seule ville peut représenter jusqu'à 30 % du fardeau du VIH. Le risque et la vulnérabilité au VIH sont souvent plus élevés dans les zones urbaines que dans les zones rurales.
215. Bien que la riposte mondiale au VIH ait toujours été axée sur les actions menées au niveau national par le secteur public, la stratégie souligne le rôle central des villes et autres établissements humains dans la riposte au VIH. La stratégie articule le rôle des villes et établissements humains en tant que centres de croissance économique, d'éducation, d'innovation, de changement social positif et de développement durable et souligne qu'ils sont particulièrement bien placés pour faire face à des défis multidimensionnels complexes tels que le VIH grâce à la participation inclusive de diverses parties prenantes.
216. La stratégie demande à tous les partenaires de renforcer le rôle de premier plan des villes dans la lutte contre les problèmes de droits, la réduction des inégalités et de l'exclusion sociale et la protection contre les risques et les vulnérabilités, tout en utilisant la riposte au VIH comme élément précurseur dans ces efforts.

## **CHAPITRE 7 : RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR ATTEINDRE LES NOUVEAUX RÉSULTATS ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES**

217. À l'avenir, davantage de ressources seront nécessaires pour mettre le monde sur la bonne voie afin de mettre fin au sida d'ici 2030. Pour atteindre les buts et objectifs de la nouvelle stratégie, il faut que les investissements annuels dans le VIH des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire atteignent un pic de 29 milliards de dollars américains (en dollars constants de 2019) d'ici 2025. Il sera particulièrement essentiel de combler le déficit de ressources pour accélérer les progrès dans des régions du monde où les progrès de la riposte sont à la traîne, notamment en Afrique de l'Ouest et centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Europe orientale et en Asie centrale. Même si la mobilisation des fonds supplémentaires nécessaires se heurtera probablement à des défis importants, en particulier dans un monde frappé par les effets

sanitaires et économiques de la COVID-19, la mobilisation de la volonté politique et de l'ingéniosité nécessaires pour relever ces défis est essentielle à la santé et au bien-être futurs de notre monde. Investir trop peu, trop tard, ne fera pas qu'aggraver l'épidémie de sida : les objectifs ambitieux de la stratégie ne seront pas atteints et cela augmentera encore les coûts à long terme de la riposte au VIH. Toutefois, en finançant intégralement les objectifs de ressources pour 2025 et en utilisant ces ressources pour mettre en œuvre la stratégie de manière efficace, la croissance annuelle des besoins en ressources pourrait être interrompue après 2025.

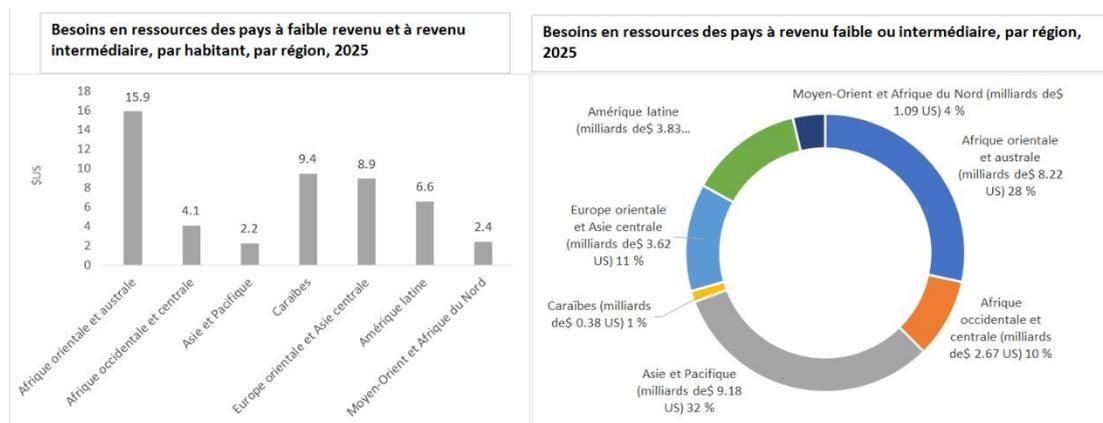
218. Au cours de la mise en œuvre de la stratégie accélérée, le financement annuel pour le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a atteint un niveau record en 2017, mais était encore inférieur d'environ 6,3 milliards de dollars à l'objectif annuel de 26,2 milliards de dollars fixé dans la déclaration politique de 2016 pour mettre fin au sida. Comme d'autres aspects de la riposte au VIH, les efforts de mobilisation des ressources reflètent les inégalités auxquelles cette stratégie cherche à remédier. Dans les contextes où le financement était suffisant et bien dépensé, les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH ont obtenu les services dont elles avaient besoin, ce qui a entraîné une baisse du nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida. Toutefois, dans un nombre trop important de pays et de communautés, les ressources sont restées insuffisantes, contribuant à de nouvelles infections à VIH inutiles et à des décès liés au sida.
219. Cette stratégie fournit une feuille de route pour permettre à la riposte de devancer l'épidémie de sida. Elle exploite deux tactiques clés pour parvenir à une riposte pleinement financée : une utilisation efficiente et efficace des ressources pour réduire les coûts associés à une expansion rapide de la riposte et la mobilisation de fonds auprès de sources nationales et internationales afin de soutenir un accès prêt et équitable à une gamme complète de programmes et de services de lutte contre le VIH.
220. Axée sur la lutte contre les inégalités, la stratégie nécessite une réorientation des affectations et volumes d'investissement en matière de VIH pour répondre aux besoins spécifiques des différents pays et communautés. Pour estimer les ressources qui seront nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie, l'ONUSIDA a entrepris un examen rigoureux des coûts des services documentés et prévus afin d'anticiper les ressources nécessaires en 2021-2030 pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.

### **Où les ressources devront-elles être dépensées ?**

221. Avec l'évolution de l'épidémie, la répartition des ressources entre les régions et les groupes de revenus a changé. Les besoins en ressources dans les pays à revenu intermédiaire supérieur s'élèvent à 53 % du total des ressources nécessaires pour atteindre les résultats et les objectifs énoncés dans la nouvelle stratégie. La majorité des besoins en ressources sont concentrés dans des groupements géopolitiques clés : en particulier les pays BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) représentent 41 % de tous les besoins en ressources et 9 % sont également requis par trois pays du groupe MINT (le Mexique, l'Indonésie et le Nigéria).
222. L'Afrique orientale et australe a les besoins de ressources par habitant les plus importants, reflétant sa forte prévalence du VIH, et elle représente 28 % des besoins en ressources totaux estimés d'ici 2025. Alors que la charge de morbidité et les besoins en ressources par habitant dans la région Asie-Pacifique sont plus faibles que ceux de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, la région représente néanmoins 32 % du total des besoins en ressources. La part substantielle de l'Asie et du Pacifique dans les besoins totaux en ressources découle d'une population beaucoup plus nombreuse,

combinée à des coûts unitaires qui, dans de nombreux pays, sont plus élevés qu'en Afrique subsaharienne. Des coûts unitaires plus élevés (par exemple pour les ressources humaines et les médicaments antirétroviraux) contribuent également aux besoins de ressources par habitant relativement élevés en Amérique latine, en Europe orientale et en Asie centrale.

**Figure 5. Ventilation des besoins de pointe en ressources de 29 milliards de dollars américains pour la riposte au VIH en 2025**



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Remarque : Les estimations sont présentées en dollars US constants de 2019.

223. Les projections de besoins en ressources pour 2021-2030 reflètent le coût total associé au traitement du VIH, à la prévention du VIH (compte tenu de la taille des populations clés et du type d'épidémie), aux produits de base (diagnostics, antirétroviraux, préservatifs, etc.) et à la prestation de service. Les besoins en ressources des différents pays reflètent les besoins uniques de chaque pays en matière de VIH. Par exemple, les besoins en ressources en Chine et en Inde sont déterminés par la taille des populations ayant besoin de services de prévention du VIH. En revanche, les pays où la charge de morbidité est plus élevée ont des coûts globaux plus élevés pour la fourniture de l'ART. Certains pays à revenu intermédiaire supérieur ont des coûts comparativement plus élevés en raison des coûts unitaires plus élevés.

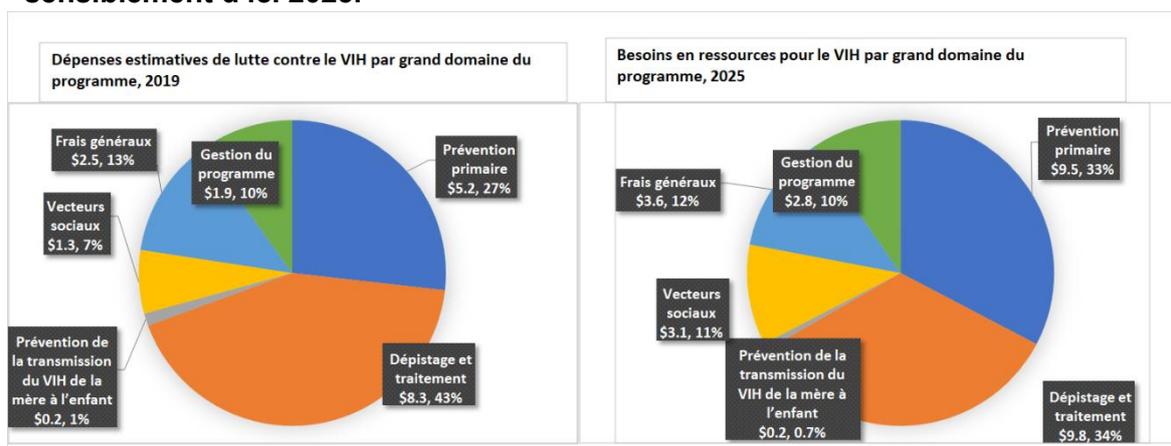
### **Transfert des dépenses pour accroître l'impact et réduire le coût de la mise à l'échelle rapide des services et des programmes**

224. Cette stratégie met en avant une approche synergique et hiérarchisée pour corriger le sous-financement chronique et couvrir les coûts accompagnant l'obtention de résultats ambitieux d'ici 2025. L'impératif d'identification et d'élimination des inégalités liées au VIH nécessite des ressources financières accrues pour tous les aspects de la riposte au VIH. Toutefois, certains domaines nécessitent des augmentations de ressources plus rapides que d'autres, et la combinaison des priorités variera considérablement d'un pays et d'une région à l'autre.

225. Dans de nombreux pays, les investissements dans la lutte contre le VIH ont été insuffisants ces dernières années parce que l'élargissement de certains domaines du programme a eu lieu au détriment d'autres aspects. Cette stratégie requiert explicitement des synergies qui ne seront disponibles qu'en procédant à une mise à l'échelle efficace et simultanée des programmes et des services, y compris dans toute la gamme de catalyseurs de prévention du VIH, de traitement et sociétaux.

226. Les objectifs de la stratégie en matière de prévention du VIH comprennent l'expansion rapide de l'association de mesures de prévention fondées sur des données probantes, ce qui exigera que les dépenses consacrées à la prévention primaire du VIH passent de 5,3 milliards de dollars américains en 2019 à 9,5 milliards de dollars américains d'ici 2025. La stratégie s'oppose aux progrès progressifs et exige plutôt une augmentation rapide du financement. Cela est nécessaire pour catalyser des gains rapides de couverture des populations clés et d'autres populations qui sont à très haut risque d'infection par le VIH afin de parvenir à des réductions abruptes et soutenues des nouvelles infections par le VIH. Une augmentation massive des dépenses consacrées à la prévention du VIH permettra d'intensifier d'urgence les services de prévention du VIH.

**Figure 6. L'investissement dans le VIH et les vecteurs sociétaux devrait augmenter sensiblement d'ici 2025.**



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019.

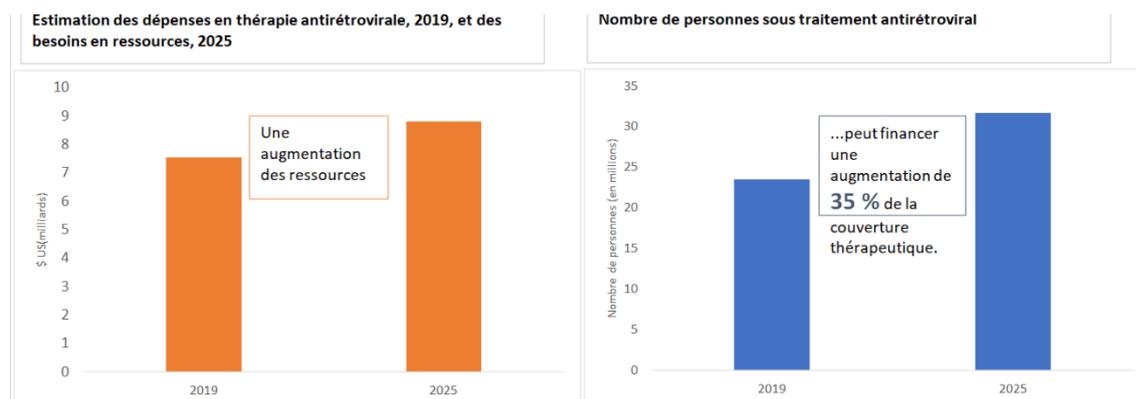
227. Parallèlement à l'augmentation des fonds alloués à l'association de mesures de prévention du VIH, la stratégie vise à réaffecter environ 1,15 milliard de dollars par an actuellement attribués à des services de prévention du VIH qui ne sont pas d'une efficacité optimale, optimisant ainsi la combinaison stratégique d'interventions prouvées en matière de VIH. Cette réaffectation s'écartant des approches sous-optimales est essentielle pour permettre une mise à l'échelle rapide des programmes visant à atteindre les personnes et les communautés connaissant des taux élevés de transmission du VIH, telles que les populations clés. Les besoins en ressources liés à la prévention dans certains pays et contextes infranationaux varient considérablement, reflétant des différences substantielles au niveau du fardeau de la morbidité due au VIH, de la taille de la population, des programmes spécifiques nécessaires pour répondre aux besoins des communautés les plus à risque, des coûts unitaires et d'autres variables.

228. Dans certains pays qui comptent un grand nombre de personnes sous ART, le pourcentage des dépenses globales consacrées à la prévention du VIH pourrait être faible même si le coût par personne est adéquat. Dans les pays où les besoins en matière de traitement sont moindres, un niveau similaire de dépenses de prévention par personne peut représenter une plus grande proportion des dépenses totales consacrées au VIH.

229. Une réduction du prix des médicaments et de la thérapie antirétrovirale (ART) grâce à l'utilisation stratégique de la flexibilité des ADPIC et à une plus grande efficacité dans la gestion des achats et des approvisionnements est un résultat clé réalisable de cette

stratégie. Si elle était pleinement mise en œuvre, la stratégie augmenterait le nombre de personnes recevant un traitement contre le VIH de 35 % d'ici 2025, mais les besoins en ressources liées au traitement n'augmenteraient que de 17 % en raison des gains d'efficacité et des réductions prévues des coûts unitaires (excluant les frais généraux et la gestion des programmes, ou l'investissement dans les vecteurs sociétaux nécessaires à l'amélioration de l'efficacité du programme).

**Figure 7. Une augmentation de 17 % des investissements dans le traitement du VIH peut entraîner une augmentation de 35 % de la couverture thérapeutique d'ici 2025**



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Remarques : les coûts ne comprennent que les coûts directs de prestation de services et les produits (antirétroviraux, diagnostics). Ces coûts ne comprennent pas les frais au-dessus du niveau des sites, la gestion des programmes ou les investissements nécessaires dans les vecteurs sociétaux pour assurer l'efficacité du programme. Les estimations sont présentées en dollars US constants de 2019.

230. Les progrès récemment effectués en matière de prévention de nouvelles infections à VIH chez les enfants ont contribué à réduire au minimum le coût des médicaments antirétroviraux pour atteindre l'objectif d'élimination de la transmission verticale de la stratégie. Au départ, le coût des services non antirétroviraux visant à prévenir la transmission verticale du VIH augmentera pour combler les lacunes persistantes en matière de couverture et de résultats qui ont nui à la réalisation de l'objectif d'élimination d'ici 2020. Toutefois, à mesure que les pays se rapprocheront de l'élimination de la transmission verticale et de la réalisation des objectifs de traitement 95-95-95, la nécessité d'investir dans des services autonomes de prévention de la transmission verticale diminuera.

### **Catalyser les investissements essentiels des secteurs non sanitaires et des vecteurs sociétaux**

231. Les vecteurs sociétaux sont essentiels si l'on veut que les programmes de lutte contre le VIH soient efficaces. Le financement annuel destiné à améliorer l'environnement social favorable devra atteindre 3,1 milliards de dollars américains d'ici 2025 si nous voulons mettre fin au sida d'ici 2030. Dans l'enveloppe élargie destinée aux facilitateurs sociétaux, les plus grands investissements sont consacrés à l'éducation juridique, aux programmes visant à réduire la stigmatisation interne, aux programmes en faveur de l'égalité des sexes et aux services juridiques.

232. Les efforts visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique sont intégralement liés aux efforts plus larges visant à mettre fin à la pauvreté et à la faim, à réaliser le droit à la santé et à atteindre tous les ODD. Les projections de l'ONUSIDA concernant les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de 2025

comprennent d'importantes dépenses consacrées aux principaux vecteurs sociétaux. Toutefois, les budgets consacrés au VIH ne sont pas en mesure, à eux seuls, de s'attaquer aux nombreux facteurs sociaux et structurels qui influent sur le succès de la riposte, ce qui souligne la nécessité d'investissements stratégiques de la part de secteurs autres que la santé.

## CHAPITRE 8 : PROFILS RÉGIONAUX

233. Une volonté politique renouvelée est nécessaire pour transformer les ripostes régionales au VIH et atteindre les Trois Zéros. Dans chaque région, les pays à l'avant-garde devraient être mis à profit pour stimuler les gains dans ceux où les progrès sont à la traîne, afin d'aider à accélérer les progrès à l'échelle nationale, d'adopter des approches novatrices et d'assurer la provision de services complets aux populations clés.

### Asie et Pacifique

234. Les gains antérieurs de la riposte régionale en Asie et dans le Pacifique sont menacés, car de nombreux pays de la région connaissent de nouvelles vagues d'infection par le VIH. En 2019, 98 % des nouvelles infections à VIH dans la région ont eu lieu parmi les populations clés et leurs partenaires ou clients, et un tiers des nouvelles infections étaient recensées parmi les jeunes.

235. L'état de la riposte varie considérablement. Plusieurs pays ont enregistré une baisse des nouvelles infections à VIH de plus de 50 % entre 2010 et 2019, mais les nouvelles infections n'ont diminué que de 12 % dans l'ensemble de la région, bien en deçà des objectifs de la procédure accélérée. Les nouvelles infections à VIH ont augmenté de 17 % à 207 % dans sept pays depuis 2010. Trois pays (les Maldives, le Sri Lanka et la Thaïlande) ont été certifiés comme ayant éliminé la transmission verticale du VIH et de la syphilis, mais d'importantes lacunes persistent dans l'accès aux services de prévention dans de nombreuses autres parties de la région. La lenteur des progrès accomplis dans la riposte souligne l'incapacité de donner la priorité à la prévention du VIH, de mettre les services à l'échelle et d'adapter les approches aux besoins des populations clés.

236. L'expansion des services a été insuffisante pour répondre aux besoins des 5,8 millions de personnes vivant avec le VIH en Asie et dans le Pacifique. Au niveau régional, un quart des personnes vivant avec le VIH (et près de la moitié des membres clés de la population vivant avec le VIH) ne connaissent pas leur statut sérologique et 40 % ne reçoivent pas de traitement. Environ 160 000 personnes meurent chaque année de causes liées au sida dans cette région et la mortalité liée au sida n'a diminué que de 29 % depuis 2010.

237. Pour combler les lacunes de sa riposte au VIH, la région Asie-Pacifique devrait s'appuyer sur l'important leadership en matière de sida qui est manifeste dans certains pays et l'émuler plus largement. Ce leadership a facilité la mise en place de modèles efficaces et diversifiés de prestation de services différenciés en matière de VIH, y compris l'autodépistage du VIH, la distribution de régimes antirétroviraux sur plusieurs mois et des services de santé clés dirigés par la population qui comblerent les lacunes des programmes traditionnels. Il a également permis d'accroître l'adoption d'approches novatrices telles que la télésanté, la thérapie de substitution aux opioïdes à emporter, les services d'aiguilles et seringues et les services de PrEP, et de bâtir une riposte

hautement multisectorielle qui capitalise sur les forces de la société civile et d'autres partenaires.

### 238. Les actions prioritaires comprennent

- a. *Renouveler et intensifier l'accent mis sur les populations clés* dans les politiques et les programmes. Une action urgente et ciblée est nécessaire pour combler les importantes lacunes des services de prévention, de dépistage et de traitement pour les populations clés, y compris les adolescents et les jeunes populations clés, grâce à des approches inclusives, centrées sur les jeunes et tenant compte des sexospécificités, à l'adoption de stratégies innovantes (y compris des interventions dans l'espace numérique et virtuel pour atteindre les populations clés non touchées) et au renforcement de l'engagement de la société civile et des communautés.
- b. *Moderniser la prestation des services de lutte contre le VIH*. La priorité doit être accordée à l'intensification des programmes d'association de mesures de prévention à l'intention des populations clés et dirigés par celles-ci, y compris la PrEP, les tests d'autodépistage, l'ART le jour même et l'administration de plusieurs mois de traitement. Les services clés dirigés par la population doivent être hiérarchisés, activés et mis à l'échelle. L'adoption de modalités de prestation de services différenciées faisant intervenir des partenaires non traditionnels permettra l'intégration de services de santé clés dirigés par la population et réduira les obstacles à l'accès tout en luttant contre les inégalités, la stigmatisation et la discrimination.
- c. Pour éliminer les obstacles à une couverture équitable des programmes parmi les communautés les plus marginalisées, les pays devront reconnaître le chevauchement de certaines vulnérabilités et y répondre. Des efforts concertés sont nécessaires pour traiter les questions relatives aux droits humains dans le contexte du VIH, promouvoir l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes et éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés et des personnes vivant avec le VIH, identifier et surmonter les obstacles aux services (y compris les obstacles économiques), et reconnaître et combattre la violence sexiste à l'égard des populations clés, des femmes et des filles. Pour améliorer l'efficacité et réduire les inégalités, il faut également améliorer la ventilation des données par âge, sexe, handicap, situation socioéconomique, etc. Les réformes législatives et politiques, y compris en faveur de la dépénalisation des populations clés, seront essentielles.
- d. *Mobiliser un financement national durable à des fins de prévention*. Le financement national sera essentiel si l'on souhaite que les programmes de lutte contre le VIH soient entièrement financés, et notamment les principaux services de santé dirigés par la population, les femmes et les jeunes dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Le financement national doit couvrir des programmes de prévention élargis afin d'assurer une couverture nationale adéquate parmi les populations clés dans tous les contextes.

### Europe orientale et Asie centrale

239. L'Europe orientale et l'Asie centrale sont l'une des trois régions du monde (avec le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, et l'Amérique latine) où les nouvelles infections à VIH ont augmenté depuis 2010. Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH en Europe orientale et en Asie centrale a augmenté d'environ 72 % de 2010 à 2019, ce qui en fait l'épidémie à la croissance la plus rapide au monde. Les populations clés et leurs partenaires sexuels (y compris les clients) représentaient la majorité des nouvelles infections à VIH (on estime que 48 % des nouvelles infections surviennent chez des personnes qui s'injectent des drogues). Le fardeau du VIH dans la région augmente également chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels

avec des hommes (la prévalence moyenne du VIH la plus récente étant de 5,4 %), chez les femmes et les filles (les nouvelles infections augmentant de 71 % en 2010–2019) et chez les personnes d'âge moyen. Une dynamique de pouvoir inégale et la violence à l'égard des femmes, en particulier parmi les populations clés et les jeunes femmes, menacent la capacité des femmes à accéder aux services de prévention du VIH, de traitement et de soins.

240. Tous les pays de la région criminalisent la transmission du VIH et la quasi-totalité criminalise l'exposition au VIH et la non-divulgation du statut VIH. De nombreux pays criminalisent les populations clés, en particulier les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe. Dans certains pays, les interventions efficaces fondées sur des données factuelles pour la prévention du VIH chez les personnes qui consomment des drogues, en particulier les personnes qui s'injectent des drogues, ne sont pas mises en œuvre ou sont mises en œuvre à petite échelle. La stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés et des personnes vivant avec le VIH, y compris dans les milieux de soins de santé, persistent. Le retrait ou la réduction du financement des programmes de lutte contre le VIH par des donateurs extérieurs dans la région a entravé les efforts visant à préserver et à élargir l'accès aux services essentiels liés au VIH. Les services fournis par la société civile et les organisations communautaires sont rares. Les services relatifs aux prisons font généralement défaut, et seuls deux pays de la région ont déployé à l'échelle une riposte complète au VIH en milieu carcéral. Les personnes libérées des prisons au sein desquelles des services sont fournis subissent souvent des interruptions de service lorsqu'elles réintègrent la communauté.
241. Les programmes de prévention sont fortement tributaires du financement de donateurs et n'atteignent généralement pas une couverture significative. Au niveau régional, en 2019, 70 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH, 44 % recevaient un traitement antirétroviral et 41 % parvenaient à une suppression virale. Les décès liés au sida ont augmenté de 24 % entre 2010 et 2019, principalement en raison d'un diagnostic tardif et de l'incapacité de mettre de nombreuses personnes ayant un diagnostic de VIH en relation avec un traitement antirétroviral. La morbidité et la mortalité dues à la tuberculose restent élevées en Europe orientale et en Asie centrale.
242. Cependant, il existe d'importants signes d'un leadership renforcé sur lesquels la région peut s'appuyer pour combler les lacunes au niveau de la riposte au VIH, notamment le déploiement de services communautaires de PrEP en Moldavie, le lancement par l'Ukraine d'un plan visant à couvrir 80 % de sa riposte au VIH au moyen de ressources nationales d'ici à la fin de l'année 2020 et plusieurs pays ont d'ores et déjà atteint l'objectif d'élimination de la transmission verticale du VIH ou sont en bonne voie d'y parvenir.
243. La mise en œuvre de ces actions prioritaires permettra de remettre la région sur la bonne voie pour atteindre les Trois Zéros, ce qui à son tour garantira que tous les enfants de la région naissent exempts du VIH, que toutes les personnes sous traitement (y compris les populations clés, les femmes et les filles et les autres populations vulnérables) parviendront à la suppression virale, et à un état de santé et de bien-être globalement satisfaisant, que les populations clés seront émancipées d'un point de vue économique et socialement incluses, que la stigmatisation sera éliminée et que les réponses nationales seront caractérisées par un esprit d'innovation et par une participation significative de tous les partenaires et parties prenantes.

#### 244. Les actions prioritaires comprennent

- a. Développer de toute urgence l'accès à l'association de mesures de prévention du VIH, notamment par le biais de la PrEP et de la réduction des risques. Cela exige des étapes focalisées pour assurer une transition saine, transparente et durable des programmes de prévention des donateurs aux financements nationaux. Des programmes de réduction des risques tenant compte des sexospécificités pour les personnes (y compris les adolescents et les jeunes) qui consomment des stimulants ou d'autres nouvelles substances psychoactives doivent être introduits et étendus.
- b. *Comblent les lacunes dans la cascade de dépistage et de traitement* en déployant pleinement l'approche du traitement global, en accordant une attention particulière aux liens avec les soins et à l'initiation rapide du traitement pour toutes les personnes ayant un diagnostic de VIH nouveau ou antérieur. La priorité doit être accordée à l'intensification du dépistage et du traitement pour les populations clés.
- c. *Institutionnaliser les services communautaires dans les systèmes nationaux de soins de santé et de prévention du VIH*, en veillant à ce que les services communautaires représentent au moins 30 % de la prestation des services liés au VIH.
- d. *Éliminer les lois, les politiques et les obstacles structurels discriminatoires et punitifs* (transmission du VIH, exposition, obstacles au traitement des migrants, lois criminalisant les populations clés, y compris les adolescents et les jeunes), renforcer la capacité du pouvoir judiciaire à promouvoir et à protéger les droits humains dans le contexte du VIH, et réduire la stigmatisation dans les milieux médicaux, les institutions législatives et éducatives, ainsi que les pratiques d'application de la loi.
- e. *Transformer les normes sexospécifiques néfastes et réduire la violence sexiste*, notamment en utilisant des technologies numériques afin d'améliorer l'accès aux services pour tous ceux qui en ont besoin.

## Afrique orientale et australe

245. Ensemble, l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe restent la région la plus touchée par le VIH, représentant environ 55 % de toutes les personnes vivant avec le VIH, ainsi que les deux tiers de tous les enfants vivant avec le VIH. En 2019, les femmes représentaient trois nouvelles infections à VIH sur cinq chez les adultes de la région, et les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont jusqu'à 3 fois plus susceptibles d'acquérir le VIH que leurs pairs masculins.
246. C'est également dans cette région que les progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux en matière de sida sont les plus évidents. Les nouvelles infections à VIH ont diminué de 38 % de 2010 à 2019, y compris une réduction de 63 % du nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH, la réduction la plus marquée dans toutes les régions. Cela signifie que l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe ont atteint l'objectif de réduction des nouvelles infections à VIH fixé pour 2020. Des progrès historiques ont également été réalisés en ce qui concerne les cibles 90–90–90 de dépistage et de traitement du VIH : En 2019, 87 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH, 72 % recevaient un traitement contre le VIH et 65 % parvenaient à une suppression virale. La prévention de nouvelles infections à VIH a continué de progresser, la couverture des femmes enceintes et allaitantes dépassant 90 % dans 12 pays. Les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, continuent d'être les principales victimes de l'épidémie dans cette région.
247. L'engagement politique reste fort dans l'ensemble de la région. La plupart des pays ont adopté des objectifs ambitieux en matière d'expansion des programmes et ont augmenté le financement national de leurs ripostes au VIH. Le financement total de la

riposte (estimé à 10,6 milliards de dollars américains en 2017) dépasse l'objectif de financement régional de 2020 d'environ 500 millions de dollars américains.

248. Toutefois, la région est également confrontée à d'importants défis et des inégalités persistent à l'intérieur des pays et entre eux en matière de riposte au VIH. Certaines populations (notamment les adolescentes et les jeunes femmes, les professionnelles du sexe jeunes et adultes [âgées de plus de 18 ans], les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les personnes transsexuelles, les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires masculins) ne bénéficient pas à parts égales des progrès régionaux dans la lutte contre le VIH. Les enfants ont connu des progrès beaucoup plus lents tout au long de la cascade de tests et de traitements que les adultes. La stigmatisation dans les milieux de soins de santé et le manque d'implication de la communauté demeurent des obstacles à un accès significatif aux services et à une utilisation robuste des services. Des obstacles structurels et les normes inégales en matière de genre, y compris la violence sexiste, continuent de perpétuer les inégalités en matière d'accès aux programmes essentiels de lutte contre le VIH.
249. L'espace dont disposent les organisations de la société civile reste limité dans de nombreux pays de la région, ce qui limite leurs rôles dans les programmes de lutte contre le VIH. La réponse reste tributaire des ressources extérieures pour la majorité des pays de la région, malgré l'augmentation des financements nationaux. Cela menace la durabilité de la riposte au VIH sur le long terme. La pandémie de COVID-19 a eu des effets néfastes sur les programmes nationaux de lutte contre le VIH, notamment en perturbant les services et en posant des problèmes économiques.
250. Pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique, il faudra traduire l'engagement politique en actions programmatiques, notamment des efforts soutenus pour intensifier ce qui fonctionne et une focalisation sur les contextes où les progrès sont lents et sur les populations qui sont laissées pour compte. Il faudra également faire appel à un leadership politique courageux pour diriger des politiques et des programmes transformateurs sur des questions telles que l'accès indépendant des adolescents et des jeunes aux services de santé, l'égalité des sexes et d'autres changements inclusifs. Des pays comme l'Eswatini, la Namibie et la Zambie ont fait preuve d'un leadership remarquable dans la réalisation des objectifs 90-90-90 ; l'Eswatini a déjà atteint les cibles 95-95-95. L'Afrique du Sud a développé des modèles efficaces de participation communautaire dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de programmes en utilisant une approche centrée sur l'être humain. Elle finance également la majorité de ses interventions à partir de sources nationales, tandis que la Namibie s'est engagée à consacrer un quart de son budget à la prévention du VIH.
251. Une riposte au VIH correctement financée et durable, intégrée dans une approche fondée sur les droits humains, est la voie à suivre pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique dans cette région.
252. **Les actions prioritaires comprennent**
- a. *Accroître de manière significative l'association de mesures de prévention primaire du VIH éprouvées, à fort impact et centrées sur l'être humain pour les populations clés et d'autres populations prioritaires, y compris les adolescentes, les jeunes femmes et hommes dans les endroits où l'incidence et la prévalence du VIH est élevée.*
  - b. *Préserver les gains en matière de dépistage, de traitement et de soins dans le contexte actuel de la COVID-19 et étendre les services, en particulier pour les adolescents, les jeunes, les femmes et les filles, les populations clés et d'autres*

populations prioritaires, et déployer la prévention de la transmission verticale et la couverture ART pédiatrique dans un environnement exempt de stigmatisation, en s'appuyant sur des modèles innovants de prestation de service.

- c. *Assurer la durabilité de la riposte au VIH avec une résilience intégrée*, en tirant parti de l'intégration du système et des gains d'efficacité, associée à un financement national accru afin de financer pleinement la riposte au VIH, et en utilisant la technologie dans le contexte d'une couverture de santé universelle.
- d. *Éliminer les obstacles sociaux et structurels*, notamment les inégalités fondées sur le sexe, les inégalités entre les sexes et au sein des normes sociales, et la violence sexiste, et créer un environnement favorable s'appuyant sur des cadres fondés sur les droits humains qui protègent les droits fondamentaux des populations clés et vulnérables.
- E. *Autonomiser les communautés, les placer au centre* de toutes les décisions qui les concernent et les impliquer de manière significative dans la conception, la mise en œuvre et la surveillance des programmes et des systèmes nationaux de santé.

### **Afrique occidentale et centrale**

253. Même si certains progrès sont évidents, la riposte au VIH en Afrique occidentale et en Afrique centrale n'avance pas assez vite. Les nouvelles infections à VIH n'ont diminué que de 25 % entre 2010 et 2019 (bien en deçà des objectifs du programme accéléré) et le taux d'incidence et de prévalence de 5 % est bien supérieur au seuil de transition épidémique de 3 %.
254. En 2019, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient selon les estimations 69 % des nouvelles infections à VIH, les femmes et les filles représentant 58 % des nouvelles infections. Les adolescents et les filles sont gravement touchés et la violence à l'égard des femmes et des filles est omniprésente. En 2019, la région comptait plus d'un tiers des nouvelles infections à VIH mondiales chez les enfants. Le diagnostic précoce du nourrisson et la couverture antirétrovirale pour les enfants restent insuffisants. En 2019, près d'une personne sur trois vivant avec le VIH ne connaissait pas son statut sérologique, seules 58 % des personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral et seules 45 % d'entre elles atteignaient un état de suppression virale. Dans de nombreuses zones de la région, les frais d'utilisation des services de santé réduisent l'accès aux services et leur utilisation.
255. La COVID-19 a exacerbé les nombreuses vulnérabilités présentes dans cette région, y compris l'insécurité et des conflits prolongés, une croissance démographique rapide, des États de plus en plus fragiles et des systèmes de santé déjà fragilisés d'un point de vue financier, une pauvreté extrême et des chocs environnementaux. Ces vulnérabilités croisées façonnent l'ordre du jour politique régional et affectent l'allocation de ressources limitées. Les inégalités entre les sexes, les obstacles financiers à l'accès aux services par le biais de frais d'utilisation et d'autres coûts directs, la réduction de l'espace civique pour la société civile, la stigmatisation et la discrimination, et les environnements juridiques et sociaux hostiles pour les populations clés et les femmes et les filles sapent les efforts déployés pour lutter efficacement contre le VIH.
256. Dans toute la région, les nouveaux efforts déployés pour accélérer la riposte au VIH sont prometteurs. Ils incluent notamment la nouvelle stratégie régionale pour le VIH, la tuberculose, l'hépatite B et C et la santé et les droits sexuels et reproductifs parmi les populations clés, adoptée par la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), la création de l'Institut de la société civile pour le VIH et la santé en

Afrique de l'Ouest et centrale, et le leadership du Cap-Vert sur l'élimination de la transmission verticale du VIH.

#### 257. Les actions prioritaires comprennent

- a. *Repositionner et autonomiser les communautés en tant que pilier central* de la riposte multisectorielle au VIH.
- b. *Renforcer les systèmes de santé axés sur l'être humain* pour obtenir des résultats au profit des plus vulnérables. Les ripostes au VIH doivent soutenir l'accomplissement de systèmes de santé et communautaires équitables, abordables et résilients (y compris en matière d'information sanitaire), favoriser l'autonomie des patients et des services de qualité fondés sur les droits, promouvoir la décentralisation et l'intégration, développer des modèles de prestation de services différenciés de qualité, garantir un approvisionnement durable en produits consommables et assurer la continuité et la neutralité des services pendant les crises et les conflits.
- c. *Réduire les lacunes dans l'accès aux services et leur utilisation pour prévenir la transmission verticale et le traitement pédiatrique du VIH.*
- d. *Promouvoir une riposte au VIH responsable, inclusive et durable.* Il est urgent de revoir l'appropriation, le leadership et la responsabilité de l'État en ce qui concerne les ripostes nationales au VIH, de mettre davantage l'accent sur les dimensions transfrontalières et régionales de l'épidémie, de renforcer la participation et de protéger l'espace civique (y compris en ligne), de réduire la dépendance des donateurs et de mettre l'accent sur la responsabilité partagée grâce à des investissements accrus dans la santé, et de renforcer la mutualisation, la coordination, l'adaptation et le suivi des ressources.
- e. *Revitaliser les approches multidimensionnelles et intégrées.* Pour gérer ces multiples inégalités, vulnérabilités et épidémies qui se recoupent, il faut prendre des mesures de lutte contre le VIH pour renforcer la protection contre les risques et vulnérabilités sociaux et financiers, assurer l'accès à l'éducation et à des services adaptés aux enfants et adolescents, à la prévention et à la lutte contre la violence sexiste, ainsi qu'à des services complets en matière de santé sexuelle et reproductive et de droits, tous fondés sur des approches fondées sur les droits humains, veiller à l'abrogation de toutes les lois et politiques punitives et stigmatisantes qui alimentent la discrimination, et promouvoir, protéger et respecter les droits de toutes les personnes de la région.

#### Moyen-Orient et Afrique du Nord

258. Bien que la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord ait l'un des taux de prévalence du VIH les plus faibles au monde, ils abritent également l'une des épidémies dont la croissance est la plus rapide. Les nouvelles infections à VIH dans la région ont augmenté de 22 % depuis 2010, et sont concentrées parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels. Bien que les décès liés au sida aient diminué de 16 % chez les femmes depuis 2010, ils ont augmenté de 10 % chez les hommes. La région est à la traîne dans ses efforts visant à tirer pleinement parti des avantages pour la santé du traitement du VIH : seules 52 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut en 2019, 38 % des personnes vivant avec le VIH accédaient à l'ART et seulement un tiers des personnes vivant avec le VIH avaient atteint la suppression virale. Les résultats étaient encore plus médiocres chez les femmes enceintes et les enfants. Les ressources totales disponibles pour la réponse régionale sont inférieures à un cinquième de l'objectif de financement pour 2020.

259. Ces lacunes reflètent des défis de longue date dans toute la région, notamment des normes socioculturelles restrictives reflétées dans des lois et des politiques proscriptives, une stigmatisation et une discrimination généralisées et de fortes inégalités entre les sexes, ainsi qu'un leadership politique modeste et un investissement financier minimal dans le VIH. Plusieurs pays de la région sont confrontés à des crises humanitaires en raison des effets directs et indirects des conflits et de l'instabilité. Toutefois, des progrès importants ont été enregistrés ces dernières années dans la riposte régionale. Ceux-ci incluent l'émergence de réseaux coordonnés dirigés par la communauté et représentant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés (par exemple, Coalition pour les droits humains de la région MENA), des réformes juridiques (par exemple, pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination en Iran et mettre fin au dépistage obligatoire du VIH chez les étrangers au Soudan), des innovations dans les services (dont la PrEP au Maroc, l'autodépistage du VIH au Liban et la thérapie de substitution aux opioïdes en Égypte), et l'évolution du financement (par exemple, un financement intérieur accru pour le traitement en Algérie et la subvention de riposte du Fonds mondial pour le Moyen-Orient).

260. En raison de la faible prévalence du VIH dans la région, il est tout à fait possible pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord de réaliser cette aspiration dans leur quête visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Pour cela, il faudra aider les gouvernements à s'engager à mettre fin à l'épidémie, en positionnant la riposte au VIH dans le contexte plus large des ODD et en la rattachant à d'autres questions prioritaires, telles que la riposte à la COVID-19, l'égalité des sexes et l'engagement des jeunes.

261. Ces mesures de transformation exigeront des alliances novatrices, avec des organisations communautaires et d'autres nouveaux partenaires, pour briser les silos qui caractérisent la réponse régionale à ce jour. Cette intégration permettra de nouer de nouveaux liens entre le VIH et les efforts plus larges déployés dans les domaines de la couverture sanitaire universelle, de la protection sociale, de la santé sexuelle et reproductive et des maladies non transmissibles, intégrant ainsi le VIH dans le tissu du développement de toute la région.

## 262. Les actions prioritaires comprennent

- a. *Étendre les services de qualité.* La région doit élargir l'accès équitable à des services innovants de prévention, de dépistage et de traitement du VIH de haute qualité, en mettant l'accent sur les populations clés et d'autres groupes prioritaires, et à des soins pédiatriques et services visant à éliminer la transmission verticale du VIH, en utilisant des modèles de prestation de services intégrés et différenciés.
- b. *Tirer parti de l'information pour obtenir des résultats transformateurs.* La région a besoin de meilleures données, mettant l'accent sur les populations clés et prioritaires, y compris une surveillance épidémiologique renforcée et des études biocomportementales, ainsi que des informations stratégiques améliorées pour la conception des programmes et des politiques, un suivi et une évaluation plus efficaces et une mobilisation et allocation plus efficaces des ressources.
- c. *Renforcer et responsabiliser les actions communautaires.* S'appuyant sur une base de faible envergure mais robuste, la région doit œuvrer davantage pour autonomiser les communautés et renforcer le leadership des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, notamment par le développement des capacités, la mobilisation des ressources et la promotion d'un espace civique ouvert.
- d. *Ancrer la riposte dans les droits humains et l'égalité des sexes.* La région doit promouvoir une réponse fondée sur l'égalité des sexes et les droits pour veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte. Cela comprend la lutte contre les violences sexistes, les normes et pratiques sociales préjudiciables, la suppression

des lois, politiques et pratiques punitives (parmi lesquelles les tests obligatoires de dépistage du VIH) ainsi que la promotion de l'accès à la justice et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination.

- e. *Garantir la préparation aux urgences humanitaires et aux pandémies.* Contenant la plus forte concentration de crises humanitaires dans le monde, la région doit veiller à ce que toutes les personnes touchées puissent accéder à toute la gamme de services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, et à ce que ces services soient pleinement représentés dans les plans d'intervention en cas d'urgence, de catastrophe ou de pandémie.

## Amérique latine et Caraïbes

263. Entre 2010 et 2019, les nouvelles infections ont augmenté de 21 % en Amérique latine alors qu'elles ont reculé de 29 % dans les Caraïbes. Les populations clés sont les plus touchées. En 2019, en Amérique latine, 44 % des nouvelles infections concernaient des homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et 6 % impliquaient des femmes transgenres. Dans les Caraïbes, les populations clés et leurs partenaires sexuels ou clients représentaient 60 % des nouvelles infections. Globalement, un quart des nouvelles infections en 2019 répertoriées dans les Caraïbes affectaient les jeunes.
264. Les décès liés au sida ont diminué de 8 % entre 2010 et 2019 en Amérique latine et de 37 % dans les Caraïbes. Les deux régions accusent un retard par rapport aux résultats moyens à l'échelle mondiale sur l'ensemble du continuum de dépistage et de traitement. En Amérique latine en 2019, on estime que 77 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH, 60 % recevaient un traitement ART et 53 % avaient atteint un état de suppression virale. Dans les Caraïbes, 77 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH, 63 % recevaient un traitement contre le VIH et 50 % parvenaient à une suppression virale. D'importantes variations ont été observées d'un pays à l'autre.
265. La pandémie de COVID-19 a accentué les lacunes fondamentales des systèmes de santé, y compris en termes de financement et de ressources techniques et humaines. L'impact socioéconomique a gravement touché les populations clés et menace la durabilité des ripostes nationales au VIH dans une région touchée par le plus grand déplacement de personnes de son histoire (la situation des migrants et des réfugiés au Venezuela), des inégalités et iniquités systémiques, une instabilité politique, des réactions conservatrices, des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination, ainsi que des taux élevés de crimes haineux, de xénophobie et d'homophobie. En 2019, 88 % des pays d'Amérique latine et 50 % des pays des Caraïbes ont approuvé des stratégies ou des politiques de protection sociale et les mettent en œuvre, bien que seuls quelques-uns de ces programmes profitent aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés et prioritaires.
266. Ces dernières années ont été marquées par d'importants signes de leadership politique et d'engagement concernant la riposte au VIH sur lesquels l'Amérique latine et les Caraïbes peuvent s'appuyer. En décembre 2020, vingt-et-un des 24 pays de la région avaient mis en œuvre une distribution plurimensuelle de médicaments antirétroviraux, dont 13 au cours de la pandémie de COVID-19. Sept pays et leurs territoires (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, les Bermudes, Cuba, Montserrat, les îles Caïmans et Saint-Kitts-et-Nevis) ont été certifiés comme ayant éliminé la transmission verticale du VIH. Aux Bahamas, à la Barbade, au Brésil, au Chili, à Cuba, en République dominicaine, en Équateur et en Haïti, des programmes complets de prévention comprenant la PrEP sont offerts par l'intermédiaire du système de santé publique.

## 267. Les actions prioritaires comprennent

- a. Renforcer l'appropriation et la gouvernance régionales et nationales pour assurer une riposte multisectorielle coordonnée, cohérente, cohésive, mutuellement responsable, efficace et équitable au VIH incluant la participation active des organisations communautaires, dans un cadre de coopération horizontale.
- b. *Dans le cadre des ODD et de la couverture sanitaire universelle, promouvoir un accès équitable à une prévention efficace, innovante et de qualité du VIH incluant la PrEP, l'optimisation du traitement et des services de soins (y compris des programmes antituberculeux complets), en mettant l'accent sur les populations clés et prioritaires (notamment les populations autochtones, les migrants, les adolescents et les jeunes), à travers un engagement actif de la société civile et des initiatives de contrats sociaux.*
- c. *Promouvoir l'adoption et la mise en œuvre de politiques liées au VIH qui suppriment les obstacles structurels et ont des impacts positifs sur la vie des gens.*
- d. *Promouvoir l'abrogation des lois et des politiques néfastes qui criminalisent les personnes vivant avec le VIH et les plus touchées par le VIH, y compris dans le contexte des relations homosexuelles et du commerce du sexe.*
- e. *Promouvoir la promulgation d'une législation protectrice, y compris, mais sans s'y limiter, des lois antidiscrimination et des lois sur l'identité de genre.*
- f. *Renforcer l'engagement politique, technique et financier aux niveaux régional et national en faveur de l'élimination de la transmission verticale du VIH et de la syphilis et de la lutte contre le sida chez les enfants dans un cadre traitant de la santé et des droits sexuels et reproductifs.*
- g. Permettre, autonomiser et financer pleinement des réponses communautaires innovantes et sensibles au genre pour une riposte au VIH transformatrice et durable qui respecte et protège les droits humains de toutes les personnes vivant avec le VIH, touchées par le VIH ou vulnérables au VIH, notamment les programmes de protection sociale ciblant les populations clés et prioritaires.
- h. *Renforcer la planification stratégique de la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles, le suivi, l'évaluation et la responsabilisation à tous les niveaux en améliorant les mécanismes de suivi et les systèmes d'information, en mettant l'accent sur les populations et les lieux clés, et en recueillant davantage de données granulaires et désagrégées sur les vecteurs sociétaux et l'intégration des services.*
- i. *S'engager à mettre en œuvre des ripostes nationales fondées sur des données factuelles et sur les droits humains, avec une allocation efficace des ressources nationales et un financement durable. L'autonomisation, l'habilitation et le financement de la société civile, des communautés de personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont essentiels pour faire en sorte que personne ne soit laissé pour compte.*

## Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord

268. La région regroupant l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord a atteint le taux de prévalence d'incidence de référence de 3,0 %, avec des niveaux élevés de couverture thérapeutique ART (81 % des personnes vivant avec le VIH) et de suppression virale (67 % des personnes vivant avec le VIH). Toutefois, les progrès sont inégaux dans les nombreux pays inclus dans ce groupe régional et à l'intérieur de ces pays. L'accès aux services et leur utilisation sont souvent plus faibles pour les consommateurs de drogues injectables, les populations migrantes et les groupes raciaux et ethniques minoritaires, en raison de la stigmatisation au niveau

communautaire, de la discrimination structurelle et des obstacles à l'accès à l'assurance maladie et aux services (souvent en raison du statut migratoire et de la xénophobie). Les résultats de la cascade de traitement sont à la traîne dans certains pays, notamment aux États-Unis d'Amérique, où sévit la plus grande épidémie du groupe régional, et en Europe centrale, où la hausse des nouvelles infections est associée à des taux élevés de diagnostic tardif et à de faibles taux de couverture thérapeutique et de suppression virale. Les ripostes au VIH en Europe centrale se heurtent à d'importants défis, notamment un engagement politique limité, des violations des droits humains et une certaine antipathie à l'égard des populations lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transsexuelles et intersexuées et d'autres populations clés.

269. Il existe d'importants signes de leadership en matière de sida dans ce groupe régional. Des plans visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique ont été mis en place en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède, en Suisse, au Royaume-Uni et aux États-Unis, ainsi que dans les grandes villes de la région. La couverture de la PrEP a augmenté, en raison d'une combinaison de réductions de coûts, d'une couverture d'assurance accrue, de campagnes de communication et de la provision de services spécialisés dans des pays tels que la Belgique, la France, le Royaume-Uni et les États-Unis. Les Pays-Bas ont mis en place des stratégies visant à faciliter le dépistage précoce des nouvelles infections à VIH.
270. Le suivi de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique dans ce groupe régional peut générer des leçons importantes pour accélérer le succès de la lutte contre la COVID-19 et de futures pandémies. Celles-ci pourraient également servir de passerelle vers une politique de santé globale pour l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord. Les succès remportés dans les pays à revenu élevé peuvent inspirer confiance quant à la faisabilité de gains transformateurs contre l'épidémie dans d'autres régions.

**271. Les actions prioritaires comprennent**

- a. *Accroître le financement national* de la lutte contre le VIH et renforcer l'engagement politique en faveur de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique.
- b. *Élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux* pour mettre fin à l'épidémie, alignés sur les objectifs mondiaux de l'ONUSIDA pour 2025 et 2030, et renforcer la collaboration entre les pays pour remédier aux inégalités, combler les lacunes et examiner les progrès accomplis.
- c. *Améliorer les stratégies de dépistage*, notamment de la charge virale, en particulier pour les pays qui s'efforcent de prendre les « mesures finales » pour mettre fin à leur épidémie.
- d. *Développer les services de prévention du VIH*, notamment par le biais de la PrEP et de la réduction des risques.
- e. *Améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH en surmontant la stigmatisation et la discrimination dans les services de soins de santé*, en intégrant les soins pour la gestion des co-infections et comorbidités et la santé mentale, et en soutenant les services communautaires qui atteignent les populations clés et prioritaires.
- f. *Offrir à tous, y compris aux populations clés et aux migrants, un accès universel à des services de prévention, de traitement et de soins du VIH de qualité sans stigmatisation*, quel que soit leur statut juridique ou leur statut d'assurance, et assurer la rétention dans les soins pour parvenir à la suppression de la charge virale.

- g. *Assurer l'égalité d'accès et la continuité des services de prévention, de traitement et de soins du VIH pour les personnes en milieu fermé, y compris les prisons et les centres de détention, les établissements de soins de longue durée et les camps de réfugiés et de migrants.*
- h. *Éliminer les obstacles juridiques, réglementaires et financiers à une prévention du VIH abordable et facile d'accès, y compris les services d'aiguilles et seringues, les diagnostics et les traitements, et réduire les dépenses personnelles élevées pour les personnes suivant une thérapie antirétrovirale et celles qui utilisent la PrEP.*
- i. *Supprimer les lois et politiques punitives et discriminatoires qui affectent la riposte au VIH pour les communautés LGBTI, les travailleurs du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes vivant avec le VIH et les migrants.*
- j. *Accroître l'engagement et le leadership communautaires dans les réponses locales, notamment par le biais de l'engagement et du leadership des jeunes.*
- k. *Améliorer la qualité et la ponctualité de la collecte de données, de l'établissement de rapports et de leur utilisation pour améliorer les résultats des programmes, éclairer l'allocation des ressources afin d'en maximiser le retour sur investissement et faire appel à la désagrégation des données pour mettre en évidence et corriger les inégalités.*
- l. *Accroître les investissements dans la recherche sur le VIH, en accordant une attention particulière à la recherche prioritaire sur les thérapies antirétrovirales de longue durée, les vaccins et les traitements curatifs contre le VIH.*

## **CHAPITRE 9 : LE PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA : SOUTENIR UNE RIPOSTE PANGOUVERNEMENTALE ET SOCIÉTALE POUR METTRE EN ŒUVRE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA SIDA**

272. Alors que cette stratégie, « Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 » est une stratégie développée par l'ONUSIDA conformément à son mandat établi par l'ECOSOC, ce chapitre décrit les rôles et l'orientation spécifiques du programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (coparrainants et secrétariat), dans la direction des efforts de coordination de la riposte mondiale au VIH.

273. ONUSIDA fournit du soutien et une orientation et met à profit des informations stratégiques et une capacité de rassemblement pour mettre fin au sida en tant que menace de santé publique d'ici 2030 et faire avancer sa vision de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida.

274. Champion et précurseur de la réforme de l'ONU, l'ONUSIDA regroupe les efforts de 11 organismes de l'ONU, tous coparrainants du programme commun (le HCR, l'UNICEF, PAM, PNUD, FNUAP, ONUDC, ONU Femmes, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale), ainsi que le secrétariat de l'ONUSIDA. Le mandat de l'ONUSIDA, tel qu'il est énoncé dans la résolution fondatrice du Conseil<sup>32</sup> économique et social

---

<sup>32</sup> Les objectifs de l'ONUSIDA, tels que spécifiés dans la résolution 1994/24 du Conseil économique et social, consistent à :

- a) fournir un leadership mondial en réponse à l'épidémie ;
- b) atteindre et promouvoir un consensus mondial sur les approches politiques et programmatiques ;
- c) renforcer la capacité du système des Nations Unies à suivre les tendances et à veiller à ce que des politiques et des stratégies appropriées et efficaces soient mises en œuvre au niveau des pays ;

(ECOSOC), demeure tout aussi pertinent et important aujourd'hui qu'il ne l'était au moment de sa rédaction.

275. Le travail de l'ONUSIDA est ancré dans le programme à l'horizon 2030. Au cours de cette décennie d'action pour atteindre les objectifs mondiaux, l'ONUSIDA soutient une action collective mondiale, fondée sur les valeurs et les normes des Nations Unies, conformément aux trois piliers de la Charte de l'ONU : les droits humains, la paix et la sécurité, et le développement. La santé et les droits humains des personnes vivant avec le VIH, à risque et touchées par le VIH, qui sont souvent les plus marginalisées et confrontées à l'exclusion, à l'inégalité et à l'instabilité, restent au premier plan des travaux du programme commun. La structure de gouvernance inclusive de l'ONUSIDA incarne la riposte de l'ensemble de la société au VIH, faisant entendre les voix des personnes les plus affectées par le VIH à la table des négociations.
276. Le modèle innovant du programme commun permet une riposte multisectorielle à la nature multidimensionnelle de l'épidémie mondiale de sida et vient soutenir les ODD.
277. Le programme commun fait partie intégrante de la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre le sida. S'appuyant sur les réalisations et les enseignements tirés des 40 années de la riposte au VIH, ainsi que sur ses 25 ans d'expérience, l'ONUSIDA tire parti de ses compétences et contributions collectives pour aider stratégiquement les pays et les communautés à atteindre les nouveaux objectifs et engagements audacieux et ambitieux de la stratégie et à mettre en œuvre des actions prioritaires qui placent les personnes au centre et réduisent les inégalités alimentant l'épidémie de sida.
278. Dans le cadre de sa contribution spécifique à la mise en œuvre de la stratégie, en travaillant dans les trois domaines prioritaires stratégiques, l'ONUSIDA appliquera une optique d'inégalités et aidera les pays et les communautés à identifier et à réduire les inégalités, les violations des droits humains liées au sida, l'injustice et l'exclusion qui font obstacle à l'obtention de résultats équitables pour les personnes vivant avec le VIH, à risque de le contracter et touchées par le VIH dans chaque pays et chaque communauté, en mettant particulièrement l'accent sur les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il inspirera et soutiendra des innovations vitales, y compris la mise au point d'un vaccin ou d'un traitement curatif contre le VIH et des améliorations pratiques qui émergeront des communautés les plus touchées par l'épidémie.
279. Afin de combler les lacunes, de sauver des vies et d'assurer des ripostes équitables au VIH, l'ONUSIDA s'appuiera sur ses forces et affinera son action dans trois domaines particuliers : le leadership, les biens publics mondiaux, et les pays et les communautés.

## **Direction**

280. Le programme commun fournira une vision et des orientations stratégiques, et unira les efforts des gouvernements et de la société civile, des communautés, du secteur privé et
- 
- d) renforcer la capacité des gouvernements nationaux à élaborer des stratégies nationales exhaustives et à mettre en œuvre des activités efficaces de lutte contre le VIH/sida au niveau national ;
  - e) promouvoir une large mobilisation politique et sociale pour prévenir le VIH/sida et y faire face au sein des pays, en veillant à ce que les interventions nationales fassent intervenir un large éventail de secteurs et d'institutions ; et
  - f) plaider en faveur d'un engagement politique accru dans la lutte contre l'épidémie aux niveaux mondial et national, notamment par la mobilisation et l'allocation de ressources adéquates pour les activités liées au VIH/sida.

d'autres partenaires mondiaux, régionaux et nationaux pour engendrer des progrès transformateurs sur le VIH. Le programme commun visera à :

- a. *renforcer la volonté politique de reconnaître et de réduire les inégalités* qui sous-tendent les lacunes et les insuffisances actuelles de la riposte au VIH, et tirer parti des enseignements continus de ces efforts pour comprendre et appliquer largement les éléments qui fonctionnent ;
- b. *travailler avec les gouvernements, les communautés et d'autres partenaires* pour traduire la volonté politique en objectifs centrés sur les personnes, en investissements et en mise en œuvre, et en plateformes de gouvernance inclusive ;
- c. *favoriser et élargir les partenariats avec le Fonds mondial, PEPFAR, d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux* en vue d'acquiescer une direction collective et d'aligner les actions et les ressources susceptibles de promouvoir des politiques et programmes équitables et des réponses adaptées qui atteignent les personnes les plus laissées pour compte.
- d. *renforcer le programme de financement de l'ONUSIDA* pour amener un leadership visionnaire en faveur d'un financement équitable du VIH et de la santé ;
- e. *servir de précurseur pour transformer le financement de la santé et du développement*, en faisant œuvre de pionnier et en défendant des approches qui accroissent l'appropriation nationale et l'émancipation des communautés ;
- f. *développer et renforcer les alliances avec les mouvements au sein et au-delà de la riposte au VIH*, en créant des synergies pour faire progresser la couverture de santé universelle, en assurant la promotion des droits humains et de l'égalité des sexes, en promouvant un financement équitable, ainsi que le développement durable pour réduire les inégalités et les iniquités dans la riposte au VIH.
- g. *contribuer à l'architecture future de la santé mondiale à l'ère post-COVID* ;
- h. *Fournir au système des Nations Unies un exemple utile de cohérence stratégique, reflétant les contextes et les priorités nationales, grâce à sa coordination, son orientation axée sur les résultats, sa gouvernance inclusive et son impact au niveau des pays*

## **Biens publics mondiaux**

281. Le programme commun jouera le rôle de chef de file et accélérera l'action visant à créer et à assurer une répartition équitable des biens publics mondiaux, essentiels pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique dans le contexte du programme intégré des ODD. Le programme commun visera à :

- a. *élaborer et soutenir la mise en œuvre d'orientations normatives pour mener une action transformatrice visant à réduire les inégalités* et veiller à ce que toutes les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH, ainsi que les populations clés et prioritaires, y compris les enfants et les jeunes, les adolescentes et les jeunes femmes, soient autonomisées et aient accès à des services abordables, de haute qualité, sensibles au genre en matière de VIH et à d'autres services éprouvés fondés sur les droits ;
- b. *promouvoir l'inclusion pour assurer des ripostes à l'échelle de la société et affirmer le leadership des communautés.*
- c. *diriger la collecte de données la plus complète au monde sur l'état de l'épidémie de sida, de la riposte et du financement* de la lutte contre le VIH, et publier des informations et des analyses stratégiques fiables et à jour pour suivre les progrès et les lacunes, notamment par le biais d'un suivi communautaire plus systématique, en vue de renforcer la pertinence des interventions et des données

- probantes en faveur de ripostes mondiales, régionales, nationales et locales éclairées et efficaces.
- d. *fournir un leadership éclairé et faciliter le partage des connaissances* et s'appuyer sur la science, la technologie et l'innovation pour mettre en œuvre des programmes efficaces, rentables, inclusifs et durables ;
  - e. *tirer parti des partenariats pour renforcer les capacités financières afin d'accéder aux technologies inabordable*s et de soutenir les systèmes de santé publique sous-financés et assurer la durabilité de réponses inclusives, équitables et fondées sur les droits, en accordant une attention particulière à la collaboration avec le Fonds mondial, PEPFAR, Unitaid, le partenariat Stop TB, GAVI (Vaccine Alliance) et Medicine Patent Pool ; et
  - f. *explorer des mécanismes alternatifs pour encourager l'innovation dans le secteur de la santé*, assurer la coordination et le financement durable de la recherche et du développement des technologies de la santé, promouvoir l'accès à l'innovation pour tous et faire progresser les analyses dans le domaine des brevets pour les produits et technologies de la santé liés au VIH.

### **Pays et communautés**

282. Le programme commun aidera les pays et les communautés à utiliser le prisme des inégalités pour identifier les personnes qui sont encore laissées pour compte et à réduire d'urgence les inégalités, les iniquités et l'exclusion que connaissent les populations clés, les adolescentes et les jeunes femmes, les enfants et les jeunes, et les personnes en situation humanitaire ou dans d'autres circonstances extrêmes dans le contexte du VIH. Le programme commun visera à :

- a. *mobiliser et appuyer un leadership national inclusif pour des ripostes équitables et durables au VIH* qui font partie intégrante des efforts nationaux de santé et de développement ;
- b. *fournir de l'expertise et renforcer la capacité à générer, interroger et utiliser l'information stratégique* pour reconnaître et réduire les inégalités liées au VIH, et à guider et soutenir la priorisation des programmes et de la prestation de services sur mesure, en mettant particulièrement l'accent sur l'accès en premier aux personnes les plus en retard ;
- c. *soutenir les pays et les communautés à élaborer, financer et mettre en œuvre des stratégies et des plans inclusifs, basés sur des données factuelles, centrés sur l'être humain, sexospécifiques et fondés sur les droits* ;
- d. *renforcer la capacité technique* à reconnaître les lacunes et à mettre en œuvre des approches et des modèles de soins novateurs et percutants conçus sur mesure, qui fonctionnent également pour les personnes actuellement exclues et mal desservies ;
- e. *rassembler, affirmer le leadership et renforcer la capacité des communautés à participer efficacement à la prise de décisions et à la mise en œuvre* des ripostes au VIH et à l'amélioration des ripostes dirigées par les communautés, tout en défendant la participation significative des personnes vivant avec le VIH ;
- f. *aider les pays à identifier et hiérarchiser les changements législatifs, réglementaires et politiques nationaux* qui auront un impact positif significatif sur les réponses au VIH ;
- g. *tirer parti des partenariats avec le Fonds mondial, PEPFAR et d'autres partenaires de santé et de développement pour influencer et veiller à ce que les ressources soient ciblées* là où elles comblent les lacunes et les inégalités les plus urgentes et produisent le plus grand impact à long terme, en renforçant les capacités financières nationales et les systèmes nationaux afin de fournir de manière durable des

- réponses efficaces, résilientes, inclusives et équitables au VIH, afin de réduire les inégalités et de réaliser des progrès transformateurs pour mettre fin au sida ; et
- h. *faire preuve de leadership dans les cadres de coopération pour le développement durable des Nations Unies*, notamment par le biais de la fonction d'intégration du PNUD, en soutenant les coordonnateurs résidents des Nations Unies et les équipes de pays des Nations Unies sur le VIH et les questions connexes, et en contribuant à l'effort collectif des Nations Unies pour soutenir les programmes nationaux des ODD.

### Combattre les inégalités dans les travaux du programme commun :

283. En utilisant le cadre d'inégalité de la stratégie, l'ONUSIDA rassemblera ces éléments pour renforcer et tirer parti de sa capacité à établir des partenariats avec les gouvernements et les communautés afin de réduire les inégalités qui sont à l'origine de l'épidémie de sida dans tous les domaines de résultats et de priorités stratégiques de la stratégie.
284. En mettant d'urgence l'accent sur la mobilisation et le renforcement des compétences et des ressources au niveau national, l'ONUSIDA veillera à avoir les capacités suivantes :
- a. **Utiliser des informations stratégiques pour identifier les inégalités à l'origine de l'épidémie.** Pour savoir qui nous devons atteindre à l'étape suivante pour obtenir des résultats percutants, axés sur les personnes qui en ont le plus besoin il faudra disposer de systèmes de données améliorés et procéder à une analyse plus axée sur les détails et les lacunes que sur les moyennes et les totaux. L'ONUSIDA aidera les pays et les communautés à mettre au point des systèmes d'information et de surveillance robustes et durables qui fournissent les informations et les données requises en temps voulu et de manière significative. Grâce à la présence virtuelle et sur le terrain du programme commun, les administrateurs de programmes sur le VIH seront encouragés à utiliser les données pour transformer leur riposte et combler les écarts conduisant aux inégalités. L'ONUSIDA continuera de compiler des données au moyen du système mondial de suivi du sida et des estimations relatives au VIH.
  - b. **Le rassemblement et le renforcement de la volonté politique réduiront les inégalités.** Pour réduire les inégalités, l'ONUSIDA doit mobiliser la volonté politique afin de promouvoir une action audacieuse et intersectorielle, avec des engagements et une mobilisation des gouvernements, de la société civile, des communautés touchées, des organisations confessionnelles, du secteur privé, et d'autres secteurs.
  - c. **Fournir une capacité technique pour réduire les inégalités et soutenir les actions prioritaires transformatrices en matière de VIH.** Pour soutenir les changements vers une prévention transformatrice éprouvée, des modèles de dépistage, de traitement et de soins accessibles et des lois et politiques qui réduisent les inégalités et font progresser la lutte contre le sida, l'ONUSIDA veillera à disposer de capacités techniques pour soutenir la planification et la mise en œuvre et améliorera l'efficacité et l'impact du financement de la lutte contre le VIH.
  - d. **Identifier les priorités pour améliorer les environnements juridiques et politiques afin de réduire les inégalités en matière de VIH.** De la révision des directives cliniques aux règlements sur les technologies de prévention du VIH en passant par les lois punitives, l'ONUSIDA appuiera le renforcement des lois et des politiques visant à réduire les inégalités en matière de VIH.
  - e. **Renforcer la contribution de l'ONUSIDA à la capacité dans les domaines de l'économie et du financement afin d'éliminer les compromis qui attisent les inégalités en matière de VIH.** Le besoin d'un financement suffisant et d'une marge de manœuvre fiscale suffisante pour mettre en œuvre cette stratégie exigera de l'ONUSIDA qu'il soutienne la mobilisation d'un financement national et international

complet pour la riposte au VIH, qu'il œuvre pour rendre les produits et les services plus abordables et plus efficaces, qu'il assure la promotion de l'allègement du fardeau de paiement des dettes et améliore la marge de manœuvre budgétaire nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie.

### **Appui à la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre le sida**

285. Pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre le sida, le programme commun examinera et prendra des mesures afin de veiller à ce que son modèle opérationnel (c'est-à-dire sa portée géographique et programmatique, ses capacités et méthodes de travail, sa stratégie de mobilisation des ressources, ses principes et mécanismes d'allocation des ressources, et ses cadres de résultats et de responsabilisation) reste conforme à l'orientation et aux priorités de la stratégie.
286. L'ONUSIDA traduira les trois priorités stratégiques de la stratégie et ses 10 domaines de résultats par un nouveau cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF). L'examen de données probantes et une théorie détaillée du changement mettront en évidence les domaines dans lesquels l'implication du programme commun est d'une importance cruciale et éclaireront la hiérarchisation des contributions et des résultats de l'ONUSIDA pour l'UBRAF.
287. Le nouvel UBRAF s'alignera sur les objectifs mondiaux d'intervention afin de fournir un appui prioritaire à l'ONUSIDA et d'articuler le rôle collectif de l'ONUSIDA, ainsi que les contributions spécifiques de chaque coparrainant et du secrétariat de l'ONUSIDA dans la mise en œuvre de la stratégie aux niveaux mondial, régional et national. Le cadre de suivi et d'évaluation actualisé de l'UBRAF permet de saisir les contributions collectives et individuelles du programme commun aux progrès mondiaux, régionaux et nationaux en matière de réduction des inégalités, de réalisation des objectifs et de comblement des lacunes au niveau de la riposte. L'UBRAF présentera les priorités pour les différents niveaux de financement et mettra en évidence différents scénarios de financement.
288. Pour honorer les engagements énoncés dans l'UBRAF, l'ONUSIDA accordera une priorité stratégique à son orientation programmatique et à sa portée géographique, sur la base d'un ensemble de critères spécifiques qui reflètent les tendances épidémiques, les lacunes et les inégalités persistantes en matière de riposte, les contextes politiques et socioéconomiques, les capacités et les besoins des communautés et des pays, ainsi que le rôle de chef de file mondial du programme commun.
289. Le programme commun de l'ONUSIDA veillera à disposer d'un personnel doté des compétences voulues, remplissant les fonctions voulues aux bons endroits et habilité à fournir aux pays les meilleurs services de soutien pour atteindre leurs objectifs. L'UBRAF guidera le déploiement du personnel pour qu'il ait le plus grand impact possible sur les inégalités et sur l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes vivant avec le VIH, à risque ou touchées par le VIH. La mise en œuvre de modalités de soutien diversifiées et l'intensification de l'assistance virtuelle assureront la flexibilité et l'ajustement en temps opportun de l'orientation programmatique et géographique, afin d'engendrer un impact et des résultats maximaux pour les personnes.
290. La stratégie de mobilisation des ressources de l'ONUSIDA s'alignera sur les priorités et les engagements du programme commun, afin de veiller à ce que les fonds soient mobilisés et affectés de manière à donner suite aux engagements et résultats spécifiques pris aux niveaux national, régional et mondial.

291. L'ONUSIDA fera avancer son travail conjoint et son action concertée aux niveaux national, régional et mondial avec une plus grande cohésion à tous les niveaux. Dans le cadre de leurs mandats, les coparrainants s'adapteront davantage pour fournir un soutien axé sur les besoins et la demande afin de réduire les inégalités et les lacunes spécifiques dans la riposte au VIH. La division du travail de l'ONUSIDA sera mise à jour au besoin pour tenir compte de l'évolution des contextes et des demandes. Les principes de coparrainage de l'ONUSIDA guideront l'engagement des organismes coparrainants dans l'appui à la mise en œuvre de la stratégie mondiale de lutte contre le sida. L'examen quadriennal complet de 2020 guidera les activités de l'ONUSIDA en faveur du développement et de l'appui aux pays dans le contexte du repositionnement du système des Nations Unies pour le développement et d'efforts visant à travailler de manière efficace et percutante dans les domaines du développement, de la paix, des affaires humanitaires et des droits humains.
292. La responsabilité du programme commun incombe à la riposte mondiale au VIH et au CCP de l'ONUSIDA. L'ONUSIDA mesurera ses performances, ses contributions et ses résultats par rapport aux progrès accomplis dans la réalisation des engagements et des objectifs nationaux, régionaux et mondiaux. Il fournira également une analyse des domaines dans lesquels des ajustements sont nécessaires au sein des ripostes d'autres acteurs et secteurs. La mesure dans laquelle, au cours des cinq prochaines années, les inégalités et les lacunes en matière de réponse seront comblées au sein des pays et des communautés servira de mesure ultime du succès du programme commun.

[Les annexes suivent]

## ANNEXES

### Annexe 1. Objectifs et engagements désagrégés pour 2025

Au cours des 20 dernières années, la riposte au VIH s'est appuyée sur des objectifs concrets et assortis de délais pour faire progresser la lutte contre le sida. Dans le but d'assurer la responsabilité et la transparence dans la riposte et d'unir les diverses parties prenantes autour de l'objectif commun de mettre fin au sida d'ici 2030, la nouvelle stratégie définit une série de nouveaux objectifs et engagements pour 2025 afin de mettre la riposte au VIH sur la bonne voie pour atteindre l'objectif des ODD de 2030 consistant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Outre les grands objectifs mondiaux, la stratégie exige la réalisation d'objectifs ambitieux auprès de toutes les populations et dans tous les contextes.

Pour définir les cibles pour 2025, l'ONUSIDA a travaillé avec ses partenaires pour examiner les données disponibles, et procédé à des exercices de modélisation pour déterminer les actions spécifiques nécessaires afin de rendre possible l'objectif de 2030. Comme dans les exercices antérieurs d'établissement d'objectifs, ce dernier processus s'est appuyé sur un cadre d'investissement pour déterminer le niveau et l'affectation des ressources nécessaires à la réalisation des objectifs.

Une série de consultations techniques avec des experts et des parties prenantes ont eu lieu dans différents domaines de la riposte. Ces consultations ont examiné les données probantes et déterminé ce qui fonctionne actuellement et ce qui doit être poursuivi, ce qui ne fonctionne pas et ce qui doit être changé, et les lacunes clés devant être comblées dans la riposte. Une équipe d'experts en modélisation épidémiologique a été constituée pour projeter l'impact de diverses approches et combinaisons de services.

***95 % des personnes à risque de contracter le VIH utilisent des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, axées sur la personne et efficaces.***

Intervention	Professionnel(le)s du sexe	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Consommateurs de drogue injectables	Personnes transsexuelles	Prisonniers et autres personnes en milieu fermé
Préservatifs/lubrifiants utilisés lors du dernier rapport sexuel par des personnes qui ne prennent pas de PrEP et qui ont un partenaire non régulier dont le statut de charge virale VIH n'est pas connu comme étant indétectable (comprend les personnes dont on sait qu'elles	--	95 %	95 %	95 %	--

sont séronégatives)					
Utilisation d'un préservatif/lubrifiant lors du dernier rapport sexuel avec un client ou un partenaire non régulier	90 %	--	--	--	90 %
Utilisation de la PrEP (par catégorie de risque)	80 %	50 %	15 %	50 %	15 %
<i>Très élevé</i>	15 %	15 %	5 %	15 %	5 %
<i>Élevé</i>	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<i>Modéré et faible</i>					
Aiguilles et seringues stériles	--	--	90 %	--	90 %
Traitement de substitution aux opioïdes chez les personnes dépendantes aux opioïdes	--	--	50 %	--	--
Dépistage et traitement des IST	80 %	80 %	--	80 %	--
Accès régulier à un système de santé approprié ou à des services communautaires	90 %	90 %	90 %	90 %	100 %
Accès à la prophylaxie post-exposition (PEP) dans le cadre de l'ensemble d'évaluation des risques et de soutien	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %

Intervention		Références proposées par strate ou géographie		
	Risque par strate de priorisation	Très élevé	Modéré	Faible
<b>Tous âges et sexes confondus</b>	Préservatifs/lubrifiants utilisés lors du dernier rapport sexuel par des personnes qui ne prennent pas de PrEP et qui ont un partenaire non régulier dont le statut de charge virale VIH n'est pas connu comme	95 %	70 %	50 %

	étant indétectable (comprend les personnes dont on sait qu'elles sont séronégatives)			
	Utilisation de la PrEP (par catégorie de risque)	50 %	5 %	0 %
	Dépistage et traitement des IST	80 %	10 %	10 %
<b>Adolescents et jeunes</b>	Éducation sexuelle complète dans les écoles, conformément aux directives techniques internationales de l'ONU	90 %	90 %	90 %

<b>Strates basées uniquement sur la géographie</b>		<b>Très élevé (&gt;3 %)</b>	<b>Élevé (1-3 %)</b>	<b>Modéré (0,3-1 %)</b>	<b>Faible 0,3 %</b>
<b>Tous âges et sexes confondus</b>	Accès à la PEP (exposition non professionnelle) dans le cadre de l'ensemble d'évaluation des risques et de soutien	90 %	50 %	5 %	0 %
	Accès à la PEP (nosocomiale) dans le cadre de l'ensemble d'évaluation des risques et de soutien	90 %	80 %	70 %	50 %
<b>Adolescentes et jeunes femmes</b>	Émancipation économique	20 %	20 %	0 %	0 %
<b>Adolescents et jeunes hommes</b>	Circoncision masculine médicale volontaire	90 % dans 15 pays prioritaires			
<b>Personnes au sein de partenariats sérodifférents</b>	Utilisation de préservatifs/lubrifiants lors du dernier rapport sexuel par les personnes qui ne prennent pas de PrEP et qui ont un partenaire non régulier dont le statut de charge virale du VIH n'est pas connu	95 %			

	PrEP jusqu'à ce que le partenaire séropositif ait supprimé sa charge virale	30 %
	PEP	100 % après une exposition à haut risque

**Seuils de priorisation des méthodes de prévention du VIH**

	<b>Critère</b>	<b>Très élevé</b>	<b>Élevé</b>	<b>Modéré et faible</b>	
<b>Professionnel(l)e(s) du sexe</b>	Prévalence nationale du VIH chez les adultes (15–49 ans)	>3 %	>0,3 %	<0,3 %	
<b>Prisonniers</b>	Prévalence nationale du VIH chez les adultes (15–49 ans)	>10 %	>1 %	<1 %	
<b>Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</b>	Analyse de l'ONUSIDA par pays/région	Proportion de populations dont l'incidence est estimée à plus de 3 %	Proportion de populations dont l'incidence est estimée entre 0,3 et 3 %	Proportion de populations dont l'incidence est estimée à <0,3 %	
<b>Personnes transsexuelles</b>	Reflète les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (en l'absence de données)	Proportion de populations dont l'incidence est estimée à plus de 3 %	Proportion de populations dont l'incidence est estimée entre 0,3 et 3 %	Proportion de populations dont l'incidence est estimée à <0,3 %	
<b>Consommateurs de drogue injectables</b>	Analyse de l'ONUSIDA par pays/région	Faible couverture des programmes d'aiguilles et seringues et des thérapies de substitution aux opioïdes	Certains programmes d'aiguilles et seringues ; certains traitements de substitution aux opioïdes	Couverture élevée des programmes d'aiguilles et seringues avec des aiguilles et des seringues adéquates pour chaque personne qui s'injecte des drogues ; traitement de substitution aux opioïdes disponible	
	<b>Critère</b>	<b>Élevé et très élevé</b>		<b>Modéré</b>	<b>Faible</b>
<b>Adolescentes et jeunes femmes</b>	Combinaison de [incidence nationale ou infranationale chez les femmes de 15 à 24 ans] ET [comportement	Incidence de 1 à 3 % ET comportement signalé à	Incidence >3 %	Incidence de 0,3 à moins de 1 % et comportement signalé à risque élevé OU	<0,3 % d'incidence OU Incidence de 0,3 à <1 % et comportement signalé à faible risque

	rapporté du DHS ou d'autres partenaires (>2 partenaires ; ou IST signalées au cours des 12 mois précédents)]	haut risque		Incidence de 1 à 3 % et comportement signalé à faible risque	
<b>Adolescents et jeunes hommes</b>	Combinaison de [incidence nationale ou infranationale chez les hommes de 15 à 24 ans] ET [comportement rapporté du DHS ou d'autres partenaires (>2 partenaires ; ou IST signalées au cours des 12 mois précédents)]	Incidence de 1 à 3 % ET comportement signalé à haut risque	Incidence >3 %	Incidence de 0,3 à moins de 1 % et comportement signalé à risque élevé OU Incidence de 1 à 3 % et comportement signalé à faible risque	<0,3 % d'incidence OU Incidence de 0,3 à <1 % et comportement signalé à faible risque
<b>Adultes (âgés de 25 ans et plus)</b>	Combinaison de [incidence nationale ou infranationale chez les adultes de 25 à 49 ans] ET [comportement rapporté du DHS ou d'autres partenaires (>2 partenaires ; ou IST signalées au cours des 12 mois précédents)]	Incidence de 1 à 3 % ET comportement signalé à haut risque	Incidence >3 %	Incidence de 0,3 à moins de 1 % et comportement signalé à risque élevé OU Incidence de 1 à 3 % et comportement signalé à faible risque	<0,3 % d'incidence OU Incidence de 0,3 à <1 % et comportement signalé à faible risque
<b>Partenariats sérodifférents</b>	Estimation du nombre de partenaires réguliers séronégatifs d'une personne ayant récemment commencé un traitement	La stratification du risque dépend des choix au sein du partenariat : choix du moment et du régime de thérapie antirétrovirale pour le partenaire séropositif ; choix des comportements (préservatifs, fréquence des rapports sexuels) ; choix de la PrEP			

**95 % des femmes en âge de procréer ont leurs besoins en matière de VIH et de services de santé sexuelle et reproductive satisfaits**

<b>Femmes en âge de procréer dans des contextes de forte prévalence du VIH, au sein de populations clés</b>	95 % ont leurs besoins en matière de prévention du VIH et de services de santé sexuelle et reproductive satisfaits
---	--

<b>et vivant avec le VIH</b>	
<b>Femmes enceintes et allaitantes</b>	95 % des femmes enceintes subissent un test de dépistage du VIH, de la syphilis et de l'antigène de surface de l'hépatite B au moins une fois et le plus tôt possible. Dans les contextes où le fardeau du VIH est élevé, les femmes enceintes et allaitantes dont le statut VIH est inconnu ou qui ont déjà subi un test séronégatif devraient subir un nouveau test à la fin de la grossesse (troisième trimestre) et après l'accouchement.

**95 % des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée**

<b>Femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH</b>	90 % des femmes vivant avec le VIH et sous thérapie antirétrovirale avant leur grossesse actuelle
	Toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH sont diagnostiquées et sous thérapie antirétrovirale, et 95 % atteignent un état de suppression virale avant l'accouchement
	Toutes les femmes allaitantes vivant avec le VIH sont diagnostiquées et sous thérapie antirétrovirale, et 95 % atteignent un état de suppression virale (à mesurer après 6 à 12 mois)

**95 % des enfants exposés au VIH subissent un test de dépistage deux mois après la fin de l'allaitement maternel**

<b>Enfants (âgés de 0 à 14 ans)</b>	95 % des nourrissons exposés au VIH subissent un test virologique et les parents reçoivent les résultats avant l'âge de 2 mois
	95 % des nourrissons exposés au VIH subissent un test virologique et les parents reçoivent les résultats après l'arrêt de l'allaitement maternel
	Objectifs 95-95-95 de dépistage et de traitement atteints chez les enfants vivant avec le VIH

**Objectifs de dépistage et de traitement 95–95–95 atteints dans toutes les sous-populations et pour toutes les tranches d'âge**

95 % des personnes de la sous-population vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH
95 % des personnes au sein de la sous-population qui vivent avec le VIH et connaissent leur statut VIH sont sous thérapie antirétrovirale
95 % des personnes de la sous-population qui sont sous thérapie antirétrovirale ont une charge virale supprimée

**90 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque sont mises en relation avec des services intégrés centrés sur les personnes et adaptés à leur contexte pour d'autres maladies transmissibles, des maladies non transmissibles, les violences sexuelles et sexistes, la santé mentale et d'autres services dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être en général**

<b>Personnes vivant avec le VIH</b>	90 % des patients entamant un régime de soins par le biais de services de lutte contre le VIH ou la tuberculose sont orientés vers le dépistage et le traitement de la tuberculose et du VIH dans un établissement intégré, co-implanté ou lié, en fonction du protocole national
	90 % des personnes vivant avec le VIH sont sous traitement préventif pour la tuberculose.

	90 % ont accès à des services intégrés ou liés pour le traitement du VIH et des maladies cardiovasculaires, du cancer du col de l'utérus, de la santé mentale, du diagnostic et du traitement du diabète, d'éducation pour l'adoption d'un mode de vie sain, de conseil pour cesser de fumer et d'exercice physique
<b>Enfants (0 à 14 ans)</b>	95 % des nouveau-nés et des nourrissons exposés au VIH ont accès à des services intégrés de soins maternels et néonataux, y compris la prévention de la triple transmission verticale du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B
<b>Adolescents et jeunes hommes (15 à 24 ans)</b>	90 % des adolescents et des hommes (âgés de 15 à 59 ans) ont accès à une circoncision volontaire médicale masculine intégrée à un ensemble minimal de services [1] et à un dépistage multidisciplinaire [2] dans le cadre d'une prestation de services de santé adaptée aux hommes dans 15 pays prioritaires
<b>Hommes adultes (25 ans et plus)</b>	
<b>Jeunes filles d'âge scolaire (9–14 ans)</b>	90 % des jeunes filles d'âge scolaire dans les pays prioritaires ont accès à la vaccination contre le VPH, ainsi qu'au dépistage et/ou au traitement de la schistosomiase génitale féminine ( <i>S. haematobium</i> ) dans les zones où elle est endémique [3]
<b>Adolescentes et jeunes femmes (15 à 24 ans)</b>	90 % ont accès à des services de santé sexuelle et reproductive qui intègrent des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Pour répondre aux besoins de santé de la population locale, ces services intégrés peuvent inclure, le cas échéant, le dépistage et le traitement du VPH, du cancer du col de l'utérus et des IST, le dépistage et/ou le traitement de la schistosomiase génitale féminine ( <i>S. haematobium</i> ), les programmes de lutte contre la violence entre partenaires intimes (VPI), les programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste (VSBG) qui comprennent la prophylaxie post-exposition (PEP), la contraception d'urgence et les premiers soins psychologiques. [4]
<b>Femmes adultes (25 ans ou plus)</b>	
<b>Femmes enceintes et allaitantes</b>	95 % ont accès à des soins maternels et néonataux qui intègrent ou sont liés à des services complets de lutte contre le VIH, y compris pour prévenir la triple transmission verticale du VIH, de la syphilis et du virus de l'hépatite B
<b>Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</b>	90 % ont accès à des services de lutte contre le VIH intégrés (ou liés) aux programmes de lutte contre les IST, la santé mentale et la VPI, aux programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la PEP et les premiers soins psychologiques
<b>Professionnel(le)s du sexe</b>	90 % ont accès à des services de lutte contre le VIH intégrés (ou liés) aux programmes de lutte contre les IST, la santé mentale et la VPI, aux programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la PEP et les premiers soins psychologiques
<b>Personnes transsexuelles</b>	90 % des personnes transsexuelles ont accès à des services de lutte contre le VIH intégrés (ou liés) aux maladies sexuellement transmissibles, à la santé mentale, aux thérapies d'affirmation du genre, aux programmes de VPI et VSBG comprenant une PEP et des initiatives de contraception d'urgence et de premiers soins psychologiques
<b>Consommateurs de drogue injectables</b>	90 % ont accès à des services complets de réduction des risques intégrant ou liés à des services pour l'hépatite C, le VIH et la santé mentale.
<b>Personnes incarcérées et autres lieux fermés</b>	90 % ont accès à des services intégrés de lutte contre la tuberculose, l'hépatite C et le VIH

<b>Personnes en déplacement (migrants, réfugiés, personnes en situation humanitaire, etc.)</b>	90 % ont accès à des services intégrés de lutte contre la tuberculose, l'hépatite C et le VIH, en plus des programmes de lutte contre la violence conjugale, des programmes de lutte contre la violence sexiste qui incluent des traitements prophylactiques post-exposition (PEP), la contraception d'urgence et les premiers secours psychologiques. Ces services intégrés devraient être centrés sur la personne et adaptés au contexte humanitaire, au lieu d'installation et au lieu d'origine.
--	--

***Moins de 10 % des pays présentent un environnement juridique et politique punitif qui refuse ou limite l'accès aux services.***

Moins de 10 % des pays criminalisent le commerce du sexe, la possession de petites quantités de drogues, le comportement sexuel homosexuel et la transmission, l'exposition ou la non-divulgation du VIH d'ici 2025

Moins de 10 % des pays ne disposent pas de mécanismes permettant aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés de signaler les abus et la discrimination et de demander réparation d'ici 2025

Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés n'ont pas accès à des services juridiques d'ici 2025

Plus de 90 % des personnes vivant avec le VIH qui ont subi des violations de leurs droits ont demandé réparation d'ici 2025

***Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de stigmatisation et de discrimination.***

Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH signalent une stigmatisation internalisée d'ici 2025

Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination dans les soins de santé et les milieux communautaires d'ici 2025

Moins de 10 % des populations clés (c.-à-d. les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel[le]s du sexe, les personnes transsexuelles et les personnes qui s'injectent des drogues) déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination d'ici 2025

Moins de 10 % de la population générale signale des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici 2025

Moins de 10 % des agents de santé signalent des attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici 2025

Moins de 10 % des agents de santé signalent des attitudes négatives envers les populations clés d'ici 2025

Moins de 10 % des agents d'application de la loi signalent des attitudes négatives envers les populations clés d'ici 2025

***Moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés subissent des violences et inégalités entre les sexes***

Moins de 10 % des femmes et des filles subissent des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime d'ici 2025

Moins de 10 % des populations clés (c.-à-d. les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel[le]s du sexe, les personnes transsexuelles et les personnes qui s'injectent des drogues) subissent des violences physiques ou sexuelles d'ici 2025

Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH subissent des violences physiques ou sexuelles d'ici 2025

Moins de 10 % des personnes soutiennent des normes de genre inéquitables d'ici 2025

Plus de 90 % des services relatifs au VIH sont sensibles au genre d'ici 2025

***Atteindre les cibles des ODD essentielles à la riposte au VIH (c.-à-d. 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 16 et 17) d'ici 2030***

- [1] L'ensemble minimal de services offerts en plus de la circoncision médicale volontaire comprend l'éducation sexuelle pour une sexualité à moindre risque, la promotion du préservatif, l'offre de services de dépistage du VIH et la gestion des IST.
- [2] Des services supplémentaires tels que le dépistage du diabète, de l'hypertension et/ou de la tuberculose et la gestion du paludisme. À ajuster en fonction du lieu.
- [3] Pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ayant des co-infections par le VPH et le VIH.
- [4] Pour toutes les sous-populations, la PEP comprend le dépistage du VIH et l'évaluation de l'exposition au risque.

## Annexe 2 : Objectifs complémentaires produits au cours du processus d'élaboration de la stratégie mondiale de lutte contre le sida

Dans le cadre du processus d'élaboration de la stratégie mondiale de lutte contre le sida, un examen complet des données probantes et des consultations ont été entrepris pour identifier les lacunes critiques et les actions prioritaires nécessaires afin de mettre la riposte au VIH sur la bonne voie en vue de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Les parties prenantes ont identifié des cibles supplémentaires en plus des cibles de 2025 dans les domaines suivants : services intégrés centrés sur les personnes, COVID-19 et futures pandémies, et interventions menées par la communauté.

### 90 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque sont en contact avec les services intégrés centrés sur les personnes et adaptés au contexte dont elles ont besoin pour assurer leur santé et leur bien-être en général

Personnes vivant avec le VIH	Réduire de 80 % (par rapport au niveau de référence de 2010) les décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
Enfants (âgés de 0 à 14 ans)	75 % de tous les enfants vivant avec le VIH ont des charges virales supprimées d'ici 2023 (objectif provisoire).
Personnes en déplacement (migrants, réfugiés, personnes en situation humanitaire, etc.)	95 % des personnes dans des contextes humanitaires à risque de contracter le VIH utilisent des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, centrées sur les personnes et efficaces.
	95 % des personnes dans des contextes humanitaires à risque de contracter le VIH utilisent des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, centrées sur les personnes et efficaces.* 90 % des personnes vivant dans des contextes humanitaires ont accès à des services intégrés de lutte contre la tuberculose, l'hépatite C et le VIH, en plus des programmes de lutte contre la violence sexiste, y compris la violence entre partenaires intimes, qui comprennent une prophylaxie post-exposition au VIH, une contraception d'urgence et des premiers soins psychologiques.
Personnes vivant avec le VIH, à risque et touchées par le VIH	45 % des personnes vivant avec le VIH/sida, à risque et touchées par le VIH/sida ont accès à une ou plusieurs prestations de protection sociale.
COVID-19 et autres pandémies mondiales	95 % des personnes vivant avec le VIH/sida, à risque et touchées par le VIH/sida sont mieux protégées contre les urgences sanitaires et les pandémies, y compris la COVID-19.

**S'engager à fournir aux collectivités les ressources et le soutien dont elles ont besoin pour remplir leur rôle et leur potentiel en tant que partenaires clés de la riposte au VIH**

30 % des services de dépistage et de traitement seront fournis par des organisations communautaires, l'accent étant mis sur : l'accès amélioré au dépistage, le lien avec le traitement, le soutien à l'observance et à la rétention, l'éducation en matière de traitement et les composantes de la prestation de services différenciés, par exemple la distribution d'ARV (traitements antirétroviraux)<sup>33</sup>

80 % de la prestation de services pour les programmes de prévention du VIH destinés aux populations clés devront être fournis par des organisations dirigées par la communauté.<sup>34</sup>

80 % des services pour les femmes, y compris les services de prévention pour les femmes à risque accru d'acquérir le VIH, ainsi que les programmes et services pour l'accès au dépistage du VIH, le lien avec le traitement (ART), le soutien à l'observance et à la rétention, la réduction/élimination de la violence à l'égard des femmes, la réduction/l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH parmi les femmes, l'alphabétisation juridique et les services juridiques spécifiques aux questions liées aux femmes, seront fournis par des organisations communautaires dirigées par des femmes.

60 % des programmes soutenant la réalisation des vecteurs sociétaux, y compris les programmes visant à réduire/éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, le plaidoyer pour promouvoir des environnements juridiques favorables, les programmes d'initiation au droit et les liens avec le soutien juridique, et la réduction/élimination de la violence sexiste, seront exécutés par des organisations dirigées par la communauté.

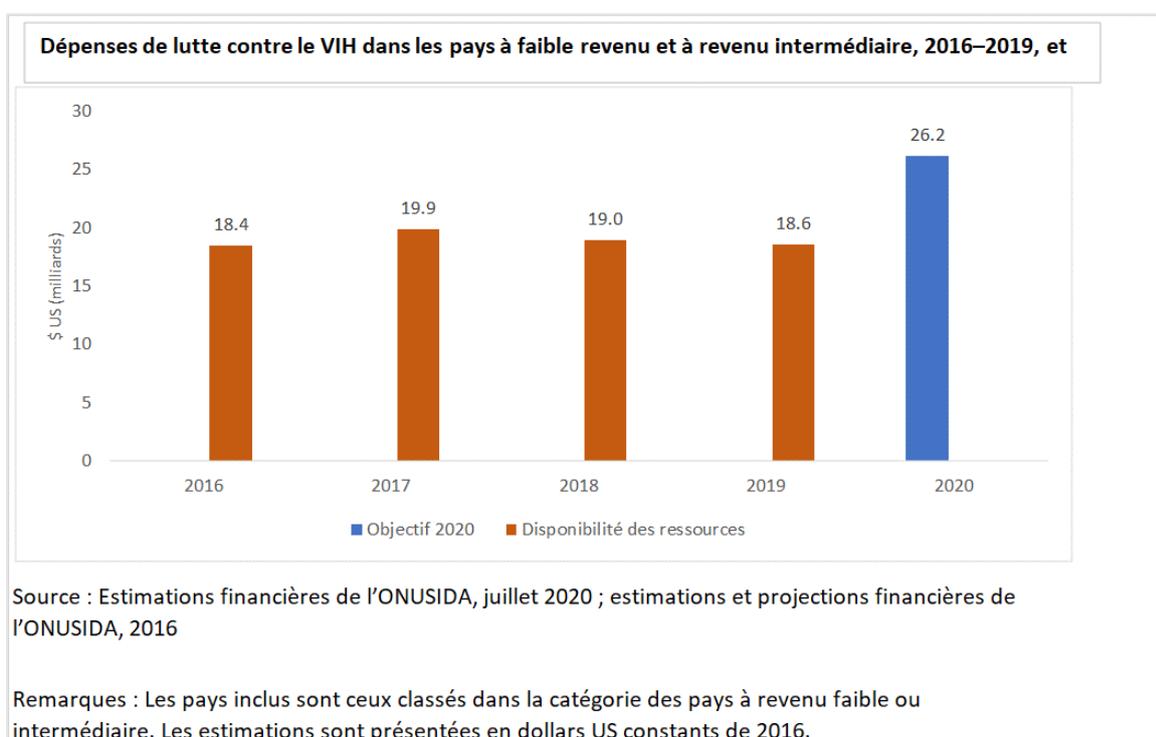
---

<sup>33</sup> Ceux-ci mettront l'accent sur l'amélioration de l'accès au dépistage du VIH, le lien avec le traitement, le soutien de l'observance et de la rétention, la sensibilisation au traitement et les composantes de la prestation de services différenciés, par exemple la distribution d'ARV (traitements antirétroviraux).

<sup>34</sup> Pour qu'une organisation soit considérée comme dirigée par la communauté, la majorité (au moyen 50 % plus 1) de la gouvernance, du leadership et du personnel doit provenir de la communauté desservie.

### Annexe 3. Besoins en ressources

En 2016, les États membres de l'ONU se sont engagés à atteindre 26 milliards de dollars américains d'investissements annuels dans la riposte au VIH d'ici 2020 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Chaque année, les ressources consacrées au VIH sont bien en deçà de ces objectifs mondiaux. Les augmentations des ressources dans ces pays ont culminé en 2017 et ont commencé à diminuer depuis 2018. Le déficit de financement annuel a continué à s'élargir, avec seulement 19,8 milliards de dollars américains (en dollars américains constants de 2016) disponibles en 2019 (76 % de l'objectif 2020). Si les objectifs en matière de ressources et de programmes avaient été atteints d'ici à 2020, les besoins globaux en ressources pour la riposte mondiale au VIH auraient culminé en 2020, puis seraient retombés à 25,6 milliards de dollars en 2025 et 23,9 milliards de dollars en 2030. Cependant, le coût d'investissements trop faibles, trop tard se traduit par de nouveaux besoins en ressources plus importants pour atteindre les nouveaux objectifs et engagements d'ici 2025 et mettre fin au sida d'ici 2030.

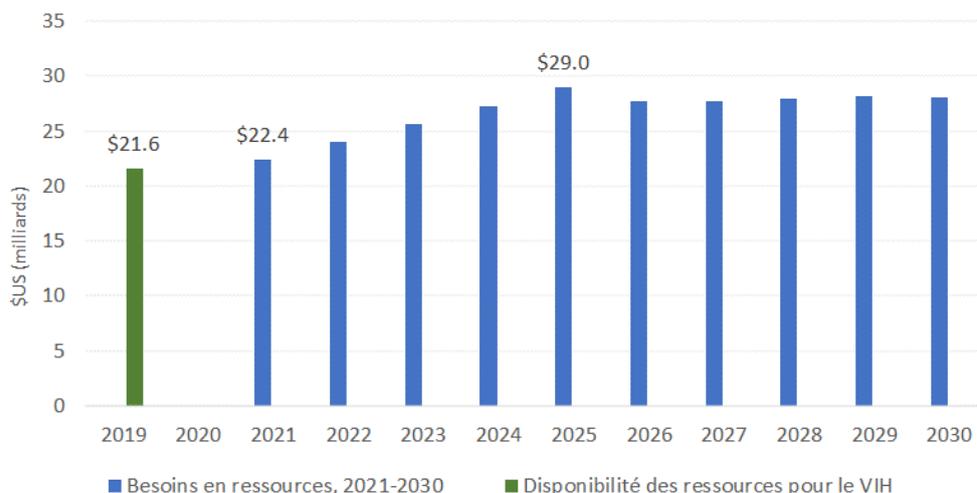


Le sous-investissement chronique dans la riposte mondiale au VIH s'est traduit par des millions de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida. Cela explique l'augmentation du coût mondial de la réalisation des objectifs et des engagements de la stratégie à 29 milliards de dollars américains en 2025 et le coût annuel futur de la lutte contre le sida dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de 28 milliards de dollars américains (en dollars constants de 2019) en 2030.

Le manque de ressources suffisantes pour lutter contre le VIH d'ici 2020 a reporté le pic des besoins en ressources de 2020 à 2025. Toutefois, il est possible de mettre un terme à l'augmentation à long terme des besoins en ressources en veillant à ce que tous les investissements futurs dans la lutte contre le VIH soient réalisés grâce à une allocation optimisée de services efficaces, à des objectifs programmatiques plus ambitieux et à des progrès significatifs en matière de vecteurs sociétaux.

En revanche, si les besoins en ressources de la stratégie ne sont pas répartis entièrement et efficacement, les coûts à long terme de la lutte contre le sida continueront d'augmenter.

**Dépenses estimées pour le VIH, 2019, et estimations des besoins en ressources dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2021–2030**

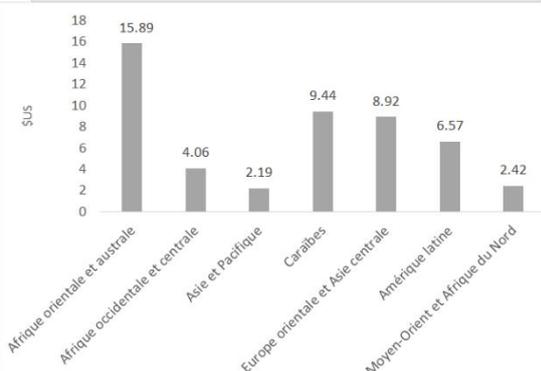


Source : Estimations et projections financières de l’ONUSIDA, 2020 et 2021

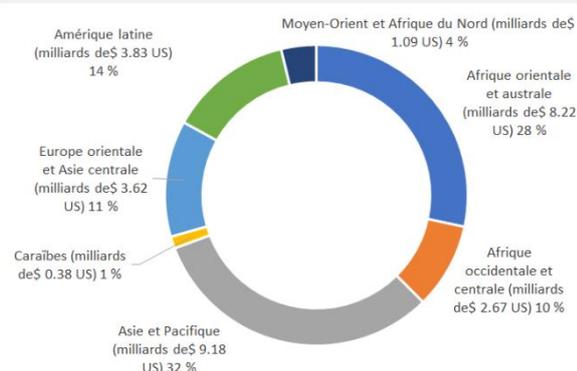
Remarques : Le montant estimatif des dépenses et les projections des besoins en ressources tiennent compte des pays récemment classés dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire supérieur, qui étaient auparavant classés dans la catégorie des pays à revenu élevé. Les estimations sont présentées en dollars US constants de 2019.

Par rapport à d’autres régions, la forte prévalence du VIH en Afrique orientale et australe explique les besoins élevés en ressources par habitant (15,89 dollars américains) dans cette région. Dans les Caraïbes, en Amérique latine et en Europe orientale et en Asie centrale, l’augmentation des coûts unitaires des services liés au VIH explique les besoins relativement élevés en ressources par habitant. La région Asie-Pacifique a les besoins en ressources par habitant les plus faibles, mais, du fait de la population importante de la région (en particulier en Chine et en Inde), elle représente 32 % des besoins en ressources totaux de la stratégie.

**Besoins en ressources des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, par habitant, par région, 2025**

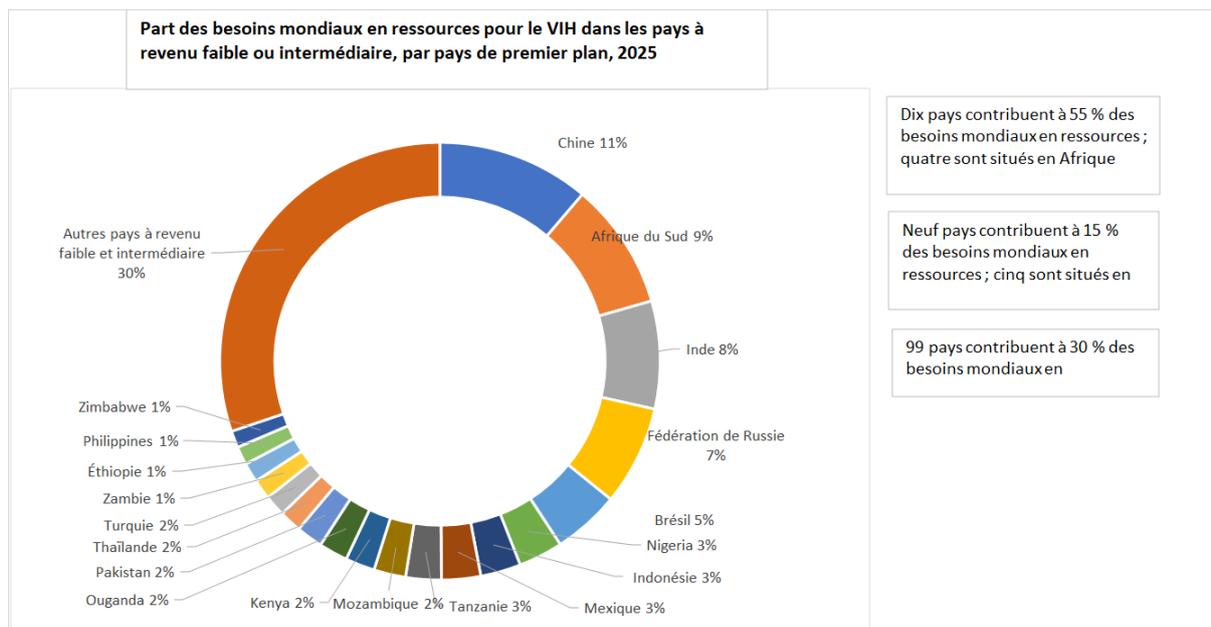


**Besoins en ressources des pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, 2025**



Source : Estimations et projections financières de l’ONUSIDA, 2021.

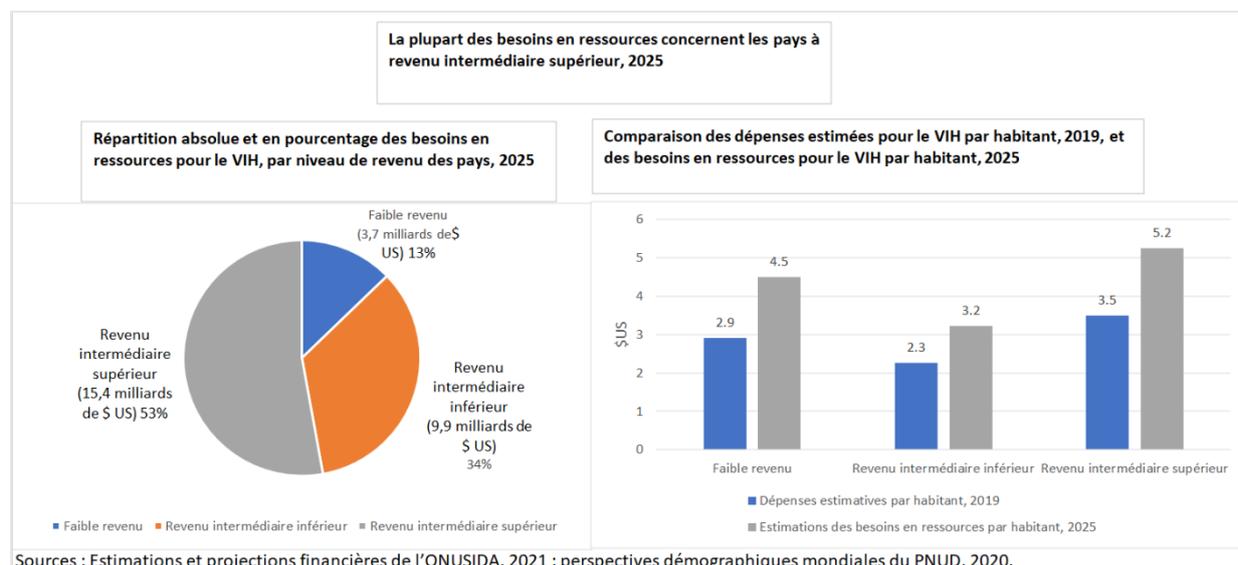
Remarque : Les estimations sont présentées en dollars US constants de 2019.



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, modélisation des besoins en ressources, 2021.

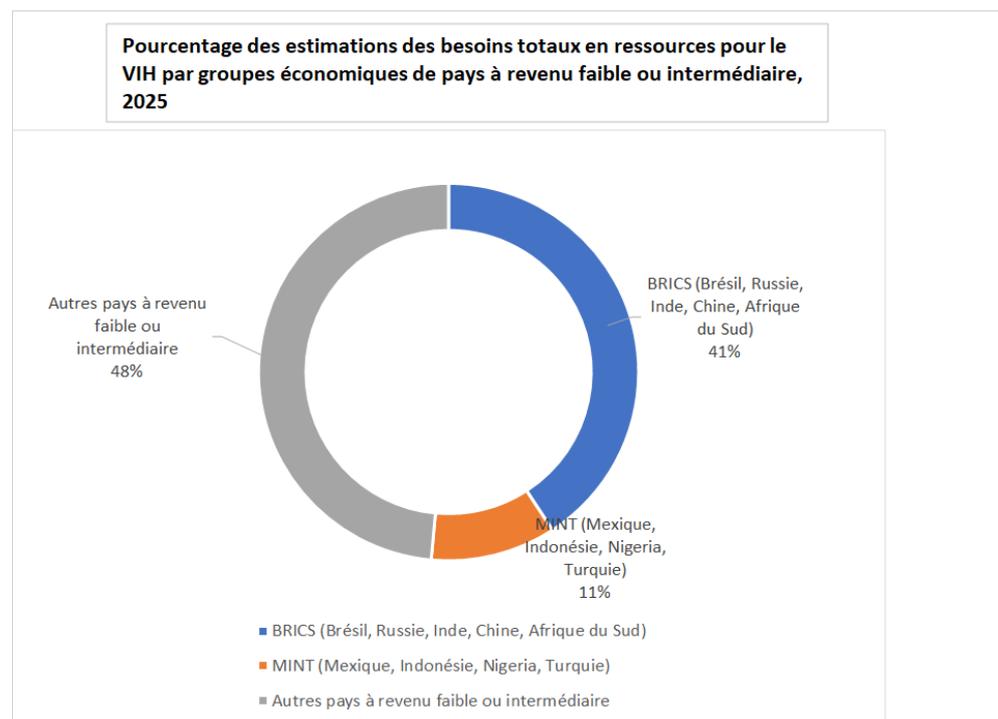
Dix pays représentent plus de la moitié (55 %) des besoins totaux en ressources dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les pays qui représentent la moitié des besoins comprennent 4 pays d'Afrique subsaharienne (Mozambique, Nigéria, Tanzanie et Afrique du Sud), 6 pays à revenu intermédiaire supérieur (Brésil, Chine, Indonésie, Mexique, Fédération de Russie et Afrique du Sud) et 7 des 10 pays les plus peuplés au monde.

Neuf autres pays, classés en dessous de ces dix pays, représentent 15 % des besoins en ressources (dont cinq en Afrique subsaharienne), tandis que les 99 autres pays représentent 30 % des besoins totaux en ressources.



Les pays à revenu intermédiaire supérieur représentent 53 % des besoins totaux en ressources de la stratégie. La grande partie des besoins en ressources dans les pays à revenu intermédiaire supérieur reflète leurs coûts unitaires plus élevés, et notamment les coûts plus élevés des ressources humaines et des technologies de la santé, y compris des médicaments).

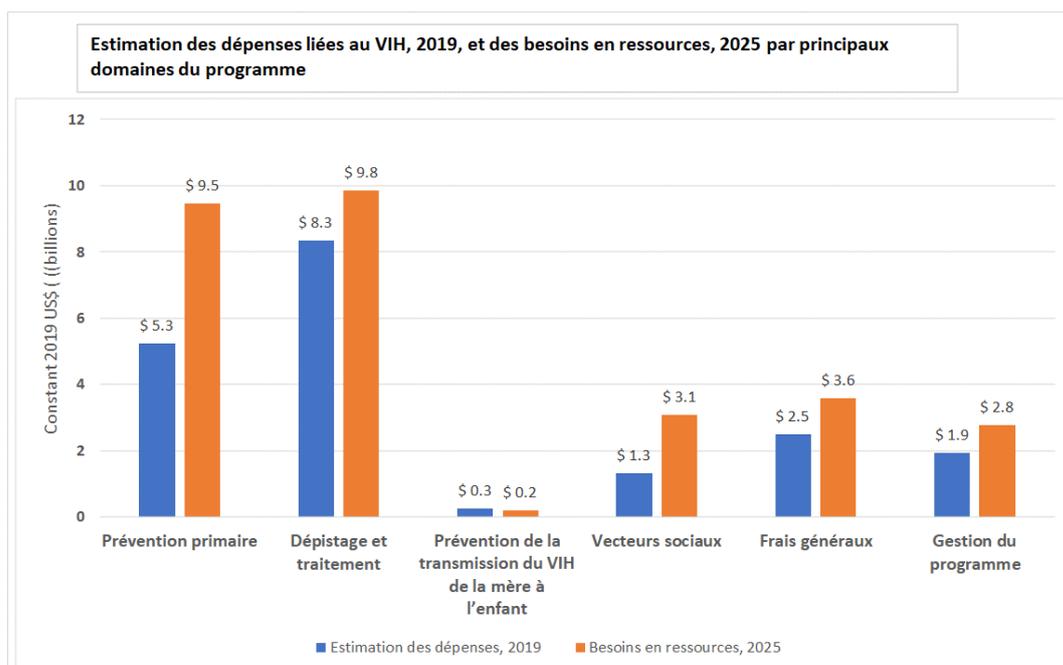
Les écarts les plus importants par habitant entre les dépenses estimées en 2019 et les besoins en ressources pour 2025 se situent dans les pays à revenu intermédiaire supérieur et les pays à faible revenu. Pour combler les déficits de ressources dans les pays à revenu intermédiaire supérieur et dans les pays à revenu intermédiaire inférieur, il faudrait avant tout allouer des ressources domestiques supplémentaires, à quelques exceptions près pour les pays très endettés qui continueront d'avoir besoin de ressources internationales importantes pour atteindre les objectifs fixés et honorer les engagements pris dans la stratégie. En revanche, la majorité des pays à faible revenu ont besoin d'un soutien extérieur supplémentaire pour combler leur déficit en ressources et atteindre les objectifs et les engagements de la stratégie.



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Remarque : Le groupe BRICS comprend le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud ; le groupe MINT comprend le Mexique, l'Indonésie, le Nigéria et la Turquie. Deux pays, l'un du groupe BRICS et l'autre du groupe MINT, sont des pays à revenu intermédiaire inférieur (l'Inde et le Nigéria).

Les principaux groupes géopolitiques d'économies émergentes, en particulier, les pays BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) et trois pays du groupe MINT (le Mexique, l'Indonésie et le Nigéria) représentent 41 % et 9 % des besoins totaux en ressources dans la stratégie, respectivement. La majorité des pays BRICS et MINT sont déjà des pays à revenu intermédiaire supérieur, à l'exception de l'Inde et du Nigéria, qui sont classés dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire inférieur.



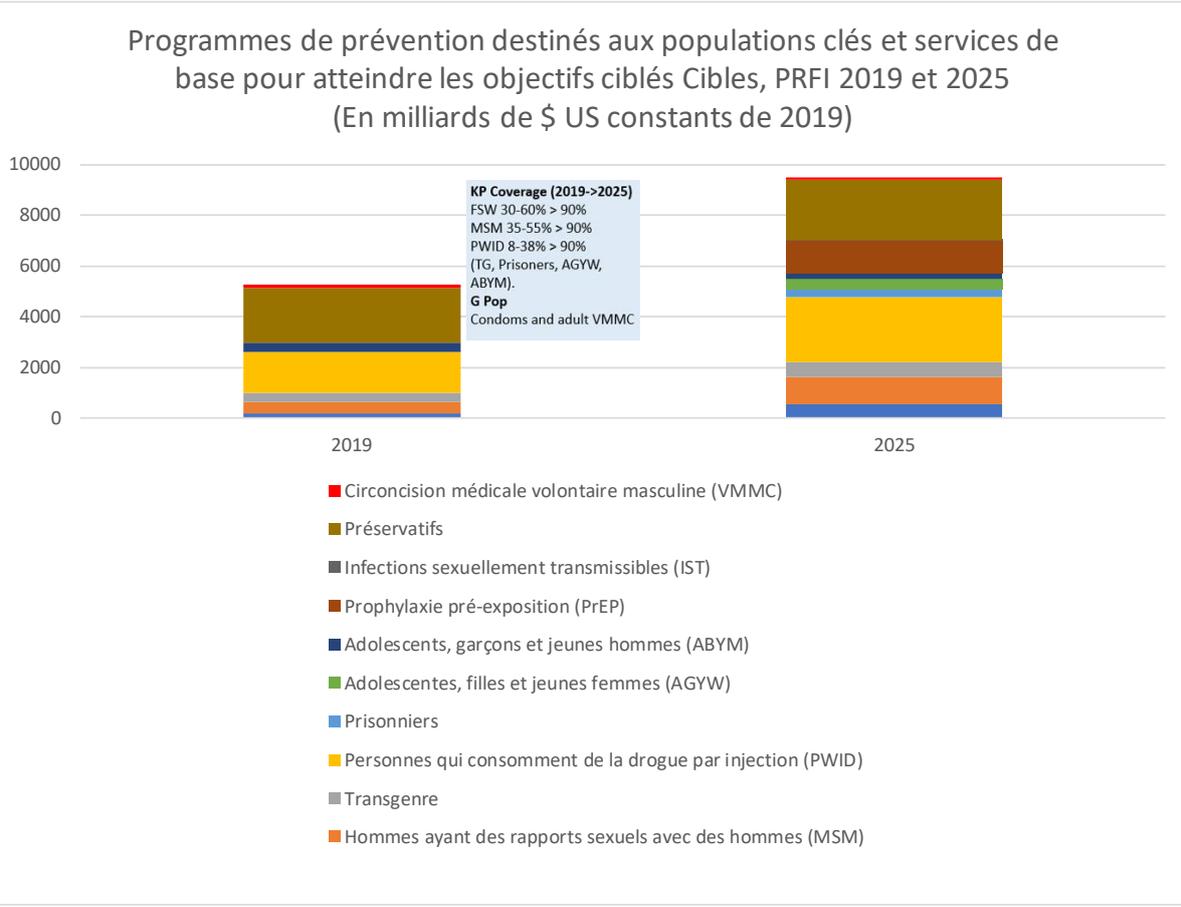
Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019.

La mise en œuvre de la stratégie nécessite des investissements beaucoup plus importants dans des services de prévention primaire fondés sur des données probantes : un quasi-doublement des dépenses estimées à 5,3 milliards de dollars américains en 2019, pour atteindre 9,5 milliards de dollars américains en 2025. Une partie de cet écart devrait être comblé par la réaffectation de ressources destinées au VIH de méthodes de prévention inefficaces vers des programmes et interventions de prévention fondés sur des données factuelles préconisés dans la stratégie.

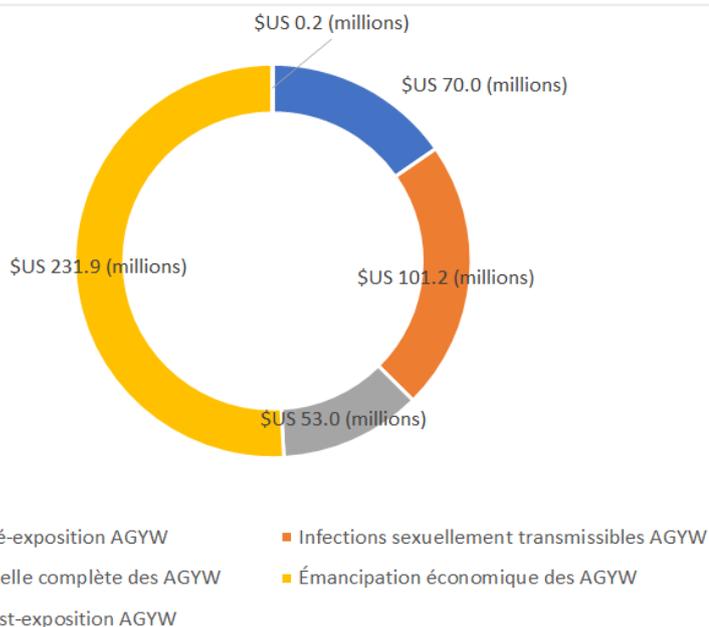
L'investissement dans les vecteurs sociétaux doit plus que doubler, passant de 1,3 milliard de dollars US en 2019 à 3,1 milliards de dollars US en 2025, et passer à 11 % des besoins totaux en ressources. En revanche, bien que 1,5 milliard de dollars supplémentaires soient nécessaires pour combler l'écart entre les dépenses de 2019 et les besoins en ressources de 2025 pour le dépistage et le traitement du VIH, la proportion des ressources totales pour le dépistage et le traitement du VIH passera de 43 % des dépenses estimées en 2019 à 34 % des besoins en ressources de 2025. En termes absolus, cela augmentera les dépenses totales pour le dépistage et le traitement du VIH de 8,3 milliards de dollars américains en 2019 à 9,8 milliards de dollars américains d'ici 2025, et en raison des gains d'efficacité, un plus grand nombre de personnes pourront être sous traitement.

Il existe également d'importantes lacunes dans les investissements consacrés aux frais généraux (y compris la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, les systèmes d'information sur la gestion de la santé, la surveillance et la recherche, les ressources humaines pour la santé et le renforcement des systèmes de laboratoires) et aux activités de gestion des programmes (planification, coordination et gestion des travaux techniques de programmation, y compris les coûts d'administration et de transaction pour la gestion et le décaissement des fonds).



Une grande partie des besoins en ressources supplémentaires pour une prévention du VIH fondée sur des données probantes devrait être concentrée sur les populations clés, qui représentent 60 % des besoins totaux en ressources de prévention primaire dans la stratégie (à l'exclusion de la PrEP pour les populations clés). Dans le cadre des interventions auprès des populations clés, une augmentation significative des ressources est nécessaire pour les services combinés de réduction des risques destinés aux personnes qui s'injectent des drogues. Des ressources plus importantes sont également nécessaires pour la promotion des préservatifs, la PrEP et les interventions axées sur les adolescentes et les jeunes femmes dans les contextes à forte prévalence.

**Estimation des besoins en ressources pour les adolescentes, les filles et les jeunes femmes (AGYW) dans les pays fortement touchés, par grand domaine**



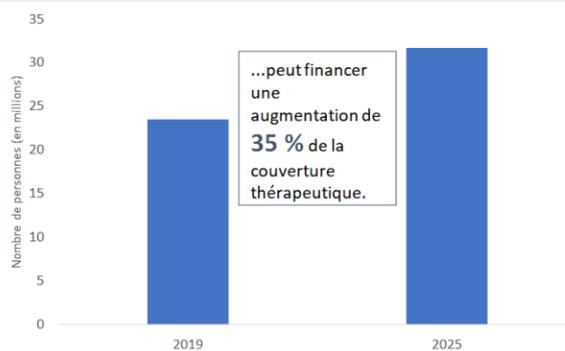
Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Il est essentiel d'investir dans la prévention combinée du VIH pour les adolescentes et les jeunes femmes dans les pays d'Afrique subsaharienne fortement touchés. Plus de la moitié des besoins en ressources de prévention primaire à l'intention des adolescentes et des jeunes femmes devraient être consacrés à des activités d'émancipation économique, reflétant les preuves selon lesquelles le maintien des filles à l'école et leur émancipation économique réduisent leur risque et leur vulnérabilité au VIH.

**Estimation des dépenses en thérapie antirétrovirale, 2019, et des besoins en ressources, 2025**



**Nombre de personnes sous traitement antirétroviral**

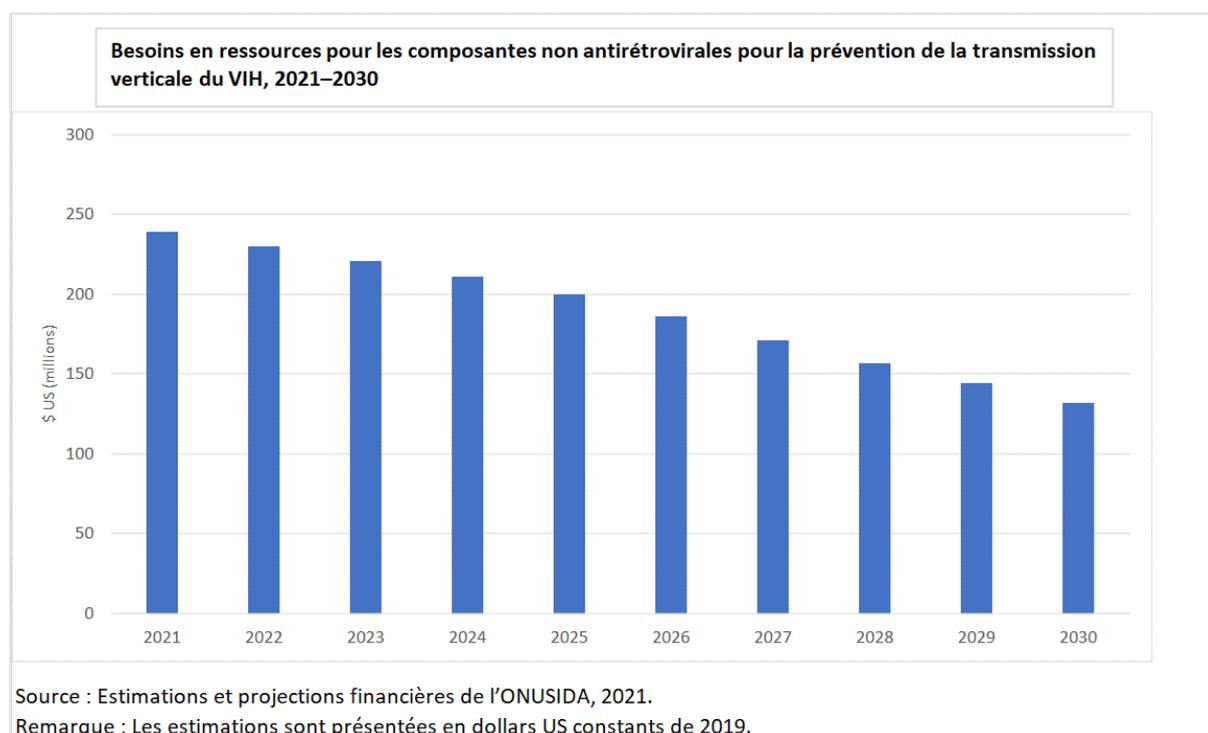


Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Remarques : les coûts ne comprennent que les coûts directs de prestation de services et les produits (antirétroviraux, diagnostics). Ces coûts ne comprennent pas les frais au-dessus du niveau des sites, la gestion des programmes ou les investissements nécessaires dans les vecteurs sociétaux pour assurer l'efficacité du programme. Les estimations sont présentées en dollars US constants de 2019.

La stratégie prévoit une augmentation modeste de 17 % des ressources pour les tests et le traitement d'ici 2025 en raison des réductions des prix des produits de base et des

réductions prévues des coûts de prestation des services. Associée à l'utilisation plus efficace de ces ressources, elle permettra une augmentation de 35 % du nombre de personnes sous traitement et permettra au monde d'atteindre les objectifs 95-95-95 d'ici 2025. La réalisation de tels niveaux élevés de couverture contribuera à réduire davantage les nouvelles infections à VIH, ce qui entraînera à son tour une réduction des besoins en ressources pour le dépistage et le traitement entre 2026 et 2030.

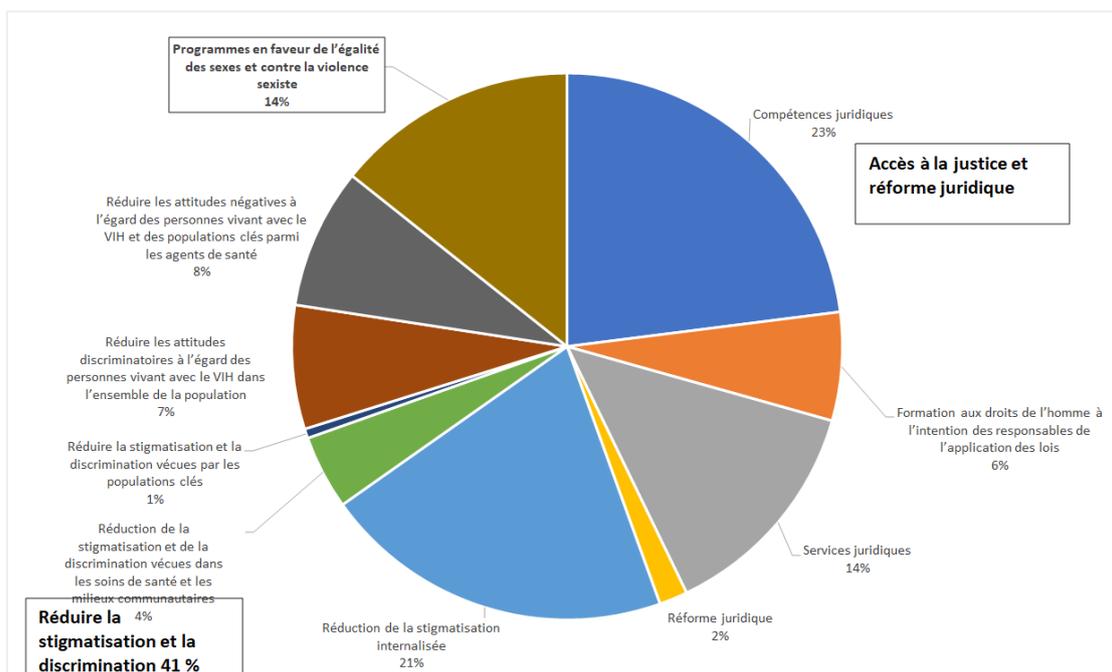


La thérapie antirétrovirale pour tous inclut les femmes, les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes ; les coûts connexes sont donc inclus dans le coût global de l'ART. Les coûts supplémentaires comprennent principalement des efforts de dépistage supplémentaires dans le cadre des soins prénatals, des conseils, des liens avec les soins et la rétention, la recherche des contacts auprès des partenaires, le suivi du nouveau-né, des conseils nutritionnels, y compris sur l'allaitement maternel, le dépistage répété des mères, etc.

La couverture élevée des traitements antirétroviraux pour les femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à forte prévalence a considérablement réduit le nombre d'enfants nés avec le VIH et les besoins en ressources pour la prévention de la transmission verticale. L'accélération des efforts visant à éliminer la transmission verticale du VIH décrite dans la stratégie entraînerait une nouvelle diminution des besoins en ressources autres que de traitement dans ce domaine d'activité.

La stratégie appelle à des investissements beaucoup plus importants dans les vecteurs sociétaux (3,1 milliards de dollars américains en 2025) afin de permettre l'accès et la qualité des services nécessaires pour mettre fin au sida en tant que menace mondiale pour la santé publique d'ici 2030. Ces investissements devraient être axés sur la mise en place du cadre législatif et politique nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie, y compris l'élimination des obstacles juridiques et sociaux aux services de lutte contre le VIH, la fin de la criminalisation des populations clés à haut risque d'infection par le VIH, la provision d'une formation juridique et d'une aide juridique aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés dont les droits sont violés, et la contribution aux efforts visant à réaliser l'égalité des sexes.

**L'accès à la justice et la réforme juridique représenteront 45 % des besoins en ressources de 2025 pour engendrer un environnement favorable amélioré**



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021.

Remarque : Les coûts de la composante « égalité des sexes » ont été calculés sur la base de la hausse de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité attribuable à des activités spécifiques telles que la réduction de la violence à l'égard des femmes dans la charge de morbidité liée au VIH

## Annexe 4. Glossaire

### Prévention combinée du VIH

La prévention combinée du VIH vise à obtenir un impact maximal sur la prévention du VIH en combinant des stratégies comportementales, biomédicales et structurelles fondées sur les droits humains et éclairées par des données probantes dans le contexte d'une épidémie locale bien documentée et bien comprise. La prévention combinée du VIH peut également être utilisée pour faire référence à la stratégie d'un individu pour

La prévention du VIH - combiner différents outils ou approches (simultanément ou de manière séquentielle), en fonction de sa situation actuelle, de ses risques et de ses choix.

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

*Source : Lignes directrices terminologiques de l'ONUSIDA 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.*

### Principales caractéristiques des programmes de prévention combinés

- Adaptés aux besoins et contextes nationaux et locaux.
- Combinent des interventions biomédicales, comportementales et structurelles.
- Impliquent pleinement les communautés touchées, en promouvant les droits humains et l'égalité des sexes.
- Fonctionnent de manière synergique et cohérente au fil du temps, sur de multiples niveaux (individuels, familiaux et sociaux).
- Investissent dans des ripostes décentralisées et communautaires et améliorent la coordination et la gestion.
- Flexibles : ils s'adaptent à l'évolution des tendances épidémiques et sont capables de déployer rapidement des innovations.

*Sources : Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural, and structural strategies to reduce new HIV infections (Association de mesures de prévention du VIH : adapter et coordonner des stratégies biomédicales, comportementales et structurelles pour réduire les nouvelles infections à VIH) Genève : ONUSIDA ; 2010.*

*Combination prevention: addressing the urgent need to reinvigorate HIV prevention responses globally by scaling up and achieving synergies to halt and begin to reverse the spread of the AIDS epidemic. (Prévention combinée : répondre à la nécessité urgente de revitaliser les interventions de prévention du VIH à l'échelle mondiale en intensifiant et en réalisant des synergies pour enrayer et commencer à inverser la propagation de l'épidémie de sida.) Genève : ONUSIDA ; 2013 (UNAIDS/PCB[30]/12.13).*

### Éducation sexuelle complète

L'éducation sexuelle complète (ou CSE) est définie comme « une approche adaptée à l'âge et culturellement pertinente pour enseigner le sexe et les relations en fournissant des informations scientifiquement exactes, réalistes et sans jugement. L'éducation sexuelle permet d'explorer ses propres valeurs et attitudes et de développer des compétences en matière de prise de décision, de communication et de réduction des risques sur de nombreux aspects de la sexualité. »

*Source : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), ONUSIDA, Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et OMS. International technical guidance on sexuality education (Directives techniques internationales sur l'éducation sexuelle). Volume I. Paris : UNESCO ; 2009.*

De nombreux noms différents sont utilisés, reflétant l'accent mis sur divers aspects de la CSE par différents pays. Comme pour tous les programmes, la CSE doit être dispensée conformément aux lois et aux politiques nationales.

### Compétences psychosociales génériques

<b>Sujets essentiels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de décision/volonté de s'affirmer</li> <li>• Communication/négociation/refus</li> <li>• Habilitation aux droits humains</li> </ul>
<b>Sujets souhaités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceptation, tolérance, empathie et non-discrimination</li> <li>• Autres compétences psychosociales liées au genre</li> </ul>

### Santé sexuelle et reproductive/éducation sexuelle

#### Sujets essentiels

- Croissance humaine et développement
- Anatomie et physiologie sexuelles
- Vie familiale, mariage, engagement à long terme et relations interpersonnelles
- Société, culture et sexualité : valeurs, attitudes, normes sociales et les médias en matière de sexualité
- Reproduction
- Égalité des sexes et rôles respectifs de l'homme et de la femme
- Abus sexuel/résistance aux rapports sexuels non désirés ou forcés
- Préservatifs
- Comportement sexuel (pratiques sexuelles, plaisir et sentiments)
- Transmission et prévention des infections sexuellement transmissibles

#### Sujets souhaités

- Grossesse et accouchement
- Contraception autre que les préservatifs
- Violence sexiste et pratiques préjudiciables/rejet de la violence
- Diversité sexuelle
- Sources de services de santé sexuelle et reproductive/recherche de services
- Autres contenus liés à la santé sexuelle et reproductive/éducation sexuelle

### Contenu spécifique lié au VIH et au sida

#### Sujets essentiels

- Transmission du VIH
- Prévention du VIH : pratiquer une sexualité à moindre risque, y compris par l'utilisation de préservatifs
- Traitement du VIH

#### Sujets souhaités

- La stigmatisation et la discrimination liées au VIH
- Sources de services de conseil et de dépistage/recherche de conseil, de traitement, de soins et de soutien

- Autres contenus spécifiques liés au VIH et au sida

*Source* : Measuring the education sector response to HIV and AIDS—guidelines for the construction and use of core indicators. (Mesurer la réponse du secteur de l'éducation au VIH et au sida - lignes directrices pour la construction et l'utilisation d'indicateurs de base.) Paris : UNESCO ; 2013.

L'UNESCO a développé un ensemble de thèmes « essentiels » et « souhaitables » d'un programme d'éducation sexuelle et d'information sur le VIH axé sur les compétences psychosociales : Les sujets essentiels sont ceux qui ont le plus d'impact direct sur la prévention du VIH. Les sujets souhaitables sont ceux qui ont un impact indirect sur la prévention du VIH mais qui sont importants dans le cadre d'un programme global d'éducation sexuelle.

### Protection sociale sensible au VIH

La protection sociale sensible au VIH permet aux personnes vivant avec le VIH et aux autres populations vulnérables de bénéficier de services avec le reste de la population, ce qui évite l'exclusion de groupes tout aussi nécessaires. La protection sociale sensible au VIH est l'approche privilégiée, car elle évite la stigmatisation qui peut être causée en se concentrant exclusivement sur le VIH. Les approches de la protection sociale sensible au VIH comprennent les éléments suivants : la protection financière par des transferts prévisibles d'espèces, de nourriture ou d'autres produits pour les personnes touchées par le VIH et les plus vulnérables ; l'accès à des services de qualité abordables, y compris des services de traitement, de santé et d'éducation ; et des politiques, des lois et des règlements pour répondre aux besoins (et défendre les droits) des personnes les plus vulnérables et exclues.

*Source* : Lignes directrices terminologiques de l'ONUSIDA 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.

### Populations clés ou populations clés à haut risque

Les populations clés ou les populations clés à plus haut risque sont les groupes de personnes ayant le plus de risques d'être exposées au VIH ou de le transmettre, et dont l'engagement est crucial pour une action efficace contre le VIH. Dans tous les pays, les populations clés incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients courent un risque plus élevé d'exposition au VIH que les autres groupes. Cependant, chaque pays définit les populations spécifiques qui sont au cœur de son épidémie et de sa riposte, en fonction du contexte épidémiologique et social.

*Source* : Stratégie de l'ONUSIDA 2011–2015 : atteindre zéro. Genève : ONUSIDA ; 2010.

L'ONUSIDA considère les homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les personnes transsexuelles et les consommateurs de drogues injectables comme les quatre principaux groupes de populations clés. Ces populations souffrent souvent de lois punitives ou des politiques de stigmatisation, et font partie de celles qui ont le plus de chances d'être exposées au VIH. Leur implication est cruciale à la réussite de l'action menée contre le VIH en tout lieu : elles sont la clé de l'épidémie et la clé de la riposte. Les pays définissent les populations spécifiques qui sont la clé de leur épidémie et de leur riposte, en fonction du contexte épidémiologique et social. Certains organismes emploient également le terme « populations

clés » pour désigner des populations autres que les quatre populations énumérées ci-dessus. Par exemple, les prisonniers et les autres personnes incarcérées sont également particulièrement vulnérables au VIH ; bien souvent, ils ne bénéficient pas d'un accès adéquat aux services et certains organismes peuvent les qualifier de population clé. L'expression populations clés à plus haut risque peut également être utilisée de manière plus générale pour désigner les autres populations les plus à risque de contracter ou de transmettre le VIH, quel que soit le contexte juridique et politique. Outre les quatre populations clés principales, ce terme inclut les personnes vivant avec le VIH, les partenaires séronégatifs des couples sérodifférents et d'autres populations spécifiques qui pourraient être pertinentes dans des régions particulières (telles que les jeunes femmes en Afrique australe, les pêcheurs et les femmes autour de certains lacs africains, les chauffeurs de camion parcourant de longues distances et les populations mobiles).

En outre, l'ONUSIDA utilise également le terme populations prioritaires pour décrire des groupes de personnes qui, dans un contexte géographique spécifique (pays ou lieu), sont importantes pour la riposte au VIH parce qu'elles courent un risque accru de contracter le VIH ou sont désavantagées lorsqu'elles vivent avec le VIH, en raison de toute une gamme de circonstances sociales, structurelles ou personnelles. Outre les personnes vivant avec le VIH et les populations clés définies à l'échelle mondiale qui sont importantes dans tous les contextes, les pays peuvent identifier d'autres populations prioritaires pour leurs ripostes nationales, s'il existe des preuves locales claires d'un risque accru de contracter le VIH, de mourir du sida ou de subir d'autres effets négatifs liés au VIH sur la santé parmi d'autres populations. Conformément à l'épidémiologie nationale du VIH, aux facteurs associés et aux inégalités, cela peut inclure des populations telles que les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans des endroits où l'incidence du VIH est élevée, les partenaires sexuels de populations clés, les personnes en déplacement, les personnes handicapées, les peuples autochtones, les travailleurs des mines, et d'autres groupes dans des pays spécifiques. Toutefois, dans la grande majorité des contextes, les populations clés et les personnes vivant avec le VIH sont les populations prioritaires les plus importantes pour atteindre les objectifs mondiaux.

Source : Lignes directrices terminologiques de l'ONUSIDA 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.

### **Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**

L'expression « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes » désigne les personnes de sexe masculin qui ont des rapports sexuels avec des personnes de sexe masculin (y compris des jeunes hommes), qu'ils aient ou non également des rapports sexuels avec des femmes ou ayant une identité personnelle ou sociale homosexuelle ou bisexuelle. Ce concept est utile, car il comprend également les hommes qui s'identifient comme hétérosexuels mais qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Le terme homosexuel peut se référer à l'attraction sexuelle du même sexe, au comportement sexuel du même sexe et à l'identité culturelle du même sexe.

Source : Lignes directrices terminologiques de l'ONUSIDA 2015. Genève : ONUSIDA ; 2015.

### **Personnes transsexuelles**

Le terme transsexuel est un terme générique pour les personnes dont l'identité et l'expression de genre ne sont pas conformes aux normes et attentes traditionnellement associées au sexe qui leur est assigné à la naissance ; il englobe les personnes transsexuelles, transgenres ou autrement non conformes au genre. Les personnes transsexuelles peuvent s'identifier comme transgenres, femmes, hommes, transfemmes ou transhommes, transsexuelles ou, dans des cultures spécifiques, comme hijra (Inde), kathoey

(Thaïlande), waria (Indonésie) ou l'une des nombreuses autres identités transgenres. Elles peuvent exprimer leur genre de diverses manières masculines, féminines et/ou androgynes.

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

## Jeunes

Les jeunes sont des personnes âgées de 15 à 24 ans selon les indicateurs GARPR.

Source : Rapport d'étape sur la riposte mondiale au sida, 2015. Genève : OMS ; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2702\\_GARPR2015guidelines\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_en.pdf), consulté le 25 septembre 2015).

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

Source : Adolescent development : a critical transition. (Développement de l'adolescent : une transition essentielle.) Dans : OMS [site Web]. OMS ; 2015 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/), consulté le 25 septembre 2015).

## Annexe 5. Abréviations

ART	Thérapie antirétrovirale
BRICS	Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud
COVID-19	Maladie causée par le nouveau coronavirus SARS-CoV-2
CSE	Éducation sexuelle complète
ECOSOC	Conseil économique et social des Nations Unies.
CEDEAO/ECOWAS	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
GIPA	Plus grande implication des personnes vivant avec le VIH
MINT	Mexique, Indonésie, Nigéria et Turquie
CCP	Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA
PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
ODD	Objectifs de développement durable
IST	Infections sexuellement transmissibles
TB	Tuberculose
ADPIC/TRIPS	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
U=U	Indétectable = non transmissible
UBRAF	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
UNGASS	Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida
UN SWAP	Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies sur l'égalité des sexes et l'émancipation des femmes

[Fin du document]