



## CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

ONUSIDA/PCB (36)/15.5 CRP1  
Date de publication: 29 May 2015

### TRENTE-SIXIÈME RÉUNION

**Date:** 30 June – 2 July 2015

**Lieu:** Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

---

Point 3 de l'ordre du jour

**Rapport sur le processus consultatif visant à actualiser et à élargir la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 durant la période d'accélération 2016-2021**

**Document de travail pour la consultation mondiale sur la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA**

---

# OBJECTIF ZÉRO : COMMENT ACCÉLÉRER LA RIPOSTE AU SIDA ?

Document de travail pour la consultation mondiale sur la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA

 #UNAIDSstrategy2021

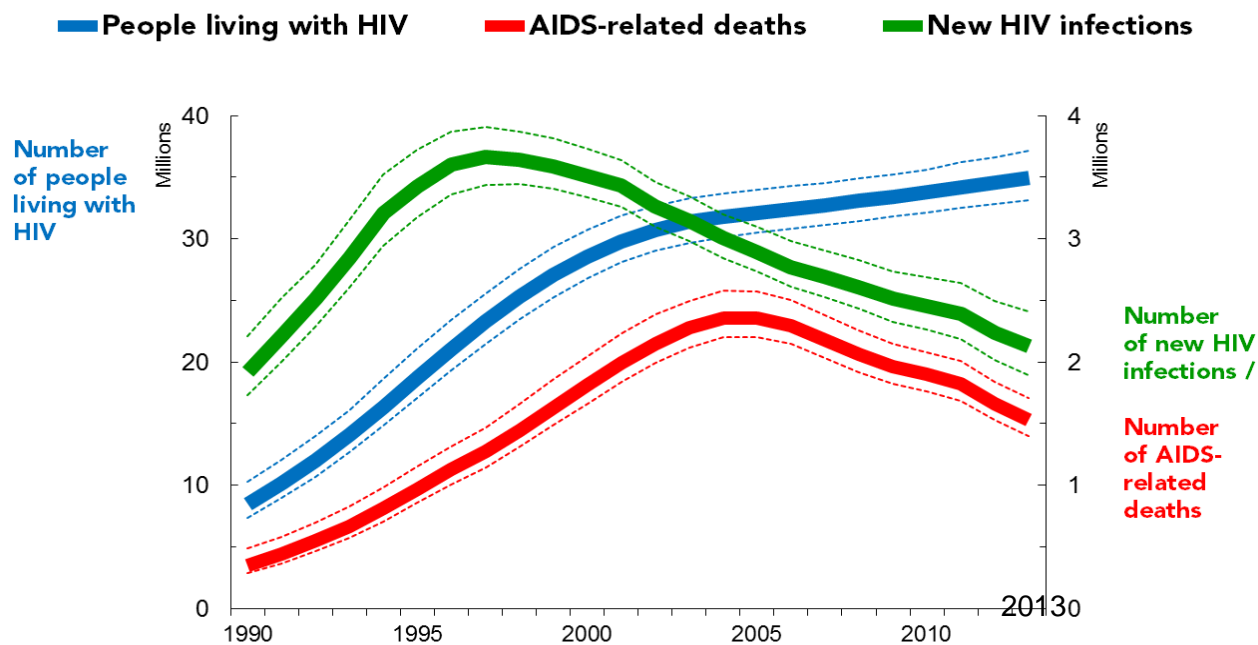
S'inspirant des progrès sans précédent réalisés au cours de ces dernières années, la communauté internationale de la lutte contre le sida, notamment le Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA, le Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable dirigé par les États membres ainsi que le Conseil économique et social des Nations Unies, s'est fixé pour ambition de mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030. Pour y parvenir, le CCP a demandé de mettre en place une Stratégie 2016-2021 actualisée de l'ONUSIDA en vue de guider les progrès vers plusieurs cibles ambitieuses « d'accélération ».

L'accélération de la riposte s'appuiera sur la concentration des investissements et l'amplification de l'action fondée sur les droits dans les années à venir – tout en tenant compte d'un contexte géopolitique en mutation rapide et d'une épidémie du VIH en pleine évolution. Cela impliquera également de changer fondamentalement la façon dont la riposte apporte un appui à ces populations qui continuent à être laissées pour compte – comme cela est étudié en détail dans le Gap Report (Rapport sur les écarts) de l'ONUSIDA.

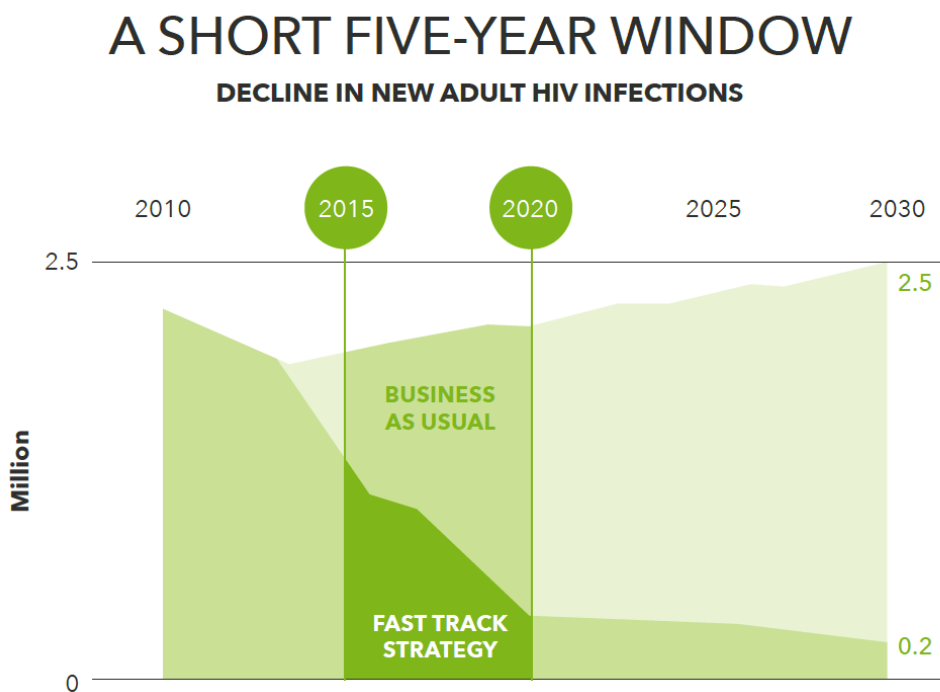
Bien que des progrès significatifs aient été réalisés dans la riposte au sida (Fig. 1), accélérer le pas reste crucial pour les perspectives mondiales de l'élimination de l'épidémie du sida. Poursuivre le rythme actuel reviendrait à laisser pour compte certaines personnes, à exacerber les inégalités, à accroître les coûts jusqu'à atteindre un niveau intenable et à compromettre la justice sociale (Fig. 2). Une stratégie mondiale ambitieuse est nécessaire pour nous faire avancer – une stratégie qui mobilise l'engagement politique, concentre les ressources et accélère les progrès.

Ainsi donc, à mesure que nous approchons de la fin de la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA et que nous nous engageons dans une Stratégie pour la période 2016-2021, nous disposons d'une opportunité et d'une obligation uniques de tracer le chemin vers l'avenir. Par le biais de consultations mondiales, régionales, thématiques et en ligne, nous espérons parvenir à une compréhension commune des réussites et des défis qui nous restent à relever – et définir ensemble ce que nous devons réaliser d'ici à 2021 et ce que nous devons faire différemment pour y parvenir.

**Figure 1 : Nombre des personnes vivant avec le VIH, des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida, 1990-2013**



**Figure 2 : Impact de l'atteinte des cibles d'accélération d'ici à 2020 : diminution des nouvelles infections par le VIH chez les adultes**



**Le but de cette consultation est d'examiner les questions suivantes :**

- ① Quel impact les nouveaux développements – mondiaux et régionaux – auront-ils sur l'épidémie et la riposte au niveau national et infranational au cours des années à venir ?**
- ② Qui est laissé pour compte et pourquoi ? Quels sont les principaux défis et les principales lacunes ? À ce jour, quelles réalisations dans la manière d'aborder les défis devraient être amplifiées et capitalisées ?**
- ③ Pour atteindre les cibles de l'accélération, quelles devraient être les priorités stratégiques de la riposte à l'épidémie ?**
- ④ Que devra-t-on changer pour appuyer ces priorités ? Quels sont les éléments susceptibles de « changer la donne » – en termes de réformes politiques et juridiques, de financement, d'attribution de ressources, de partenariats, de mise en place de services, d'autonomisation de la société civile, de science et d'innovation et de liens avec d'autres efforts pour la santé et de développement ?**
- ⑤ Comment la Stratégie peut-elle optimiser l'opportunité que représentent les nouveaux objectifs de développement durable ? Quels liens, quelle cohérence politique et quelle action collaborative doit-on viser ?**
- ⑥ Quelles sont les mesures les plus décisives que le Programme commun de l'ONUSIDA peut prendre pour appuyer les efforts afin de mettre fin au sida en tant que menace de santé publique d'ici à 2030 ?**

# Introduction

Le présent document vise à informer et à provoquer des discussions lors d'une série de consultations organisées pour réfléchir à l'avenir de la riposte mondiale au sida et éclairer l'élaboration d'une Stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2016-2021. Les consultations verront la participation de toutes les parties prenantes, notamment des femmes et des hommes vivant avec le VIH, des gouvernements, des ONG et des réseaux de populations clés et de jeunes, des universitaires, le secteur privé ainsi que des organisations internationales et régionales.

Ce document examine un certain nombre des principaux changements géopolitiques et de tendances mondiales qui caractérisent le monde aujourd'hui et qui ont des implications potentielles majeures pour l'épidémie du sida et la riposte contre cette épidémie. Il présente la justification et la nécessité « d'accélérer » la riposte dans les années à venir, tout en étudiant les lacunes restantes et en invitant à la discussion sur ces questions – aux niveaux mondial et régional. Enfin, ce document expose les dernières avancées issues d'un processus de consultation qui a duré plusieurs mois sur l'actualisation du cadre stratégique pour la prochaine période.

Au final, à travers une série de questions, le document – et les consultations – vise à promouvoir une discussion sur les priorités de la riposte et à déterminer ce qui doit être fait différemment pour atteindre nos objectifs ambitieux pour l'année 2021.

Plusieurs annexes offrent un aperçu des Objectifs 2011-2015 de l'ONUSIDA (Annexe 1) et du cadre stratégique (Annexe 2), un aperçu des progrès au niveau de l'épidémie et de la riposte mondiale (Annexe 3) et quelques exemples des contributions du Programme commun aux progrès (Annexe 4). La cinquième annexe examine les progrès réalisés jusqu'à ce jour dans le cadre du processus de consultation entre les multiples parties prenantes sur la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA et expose les prochaines étapes.

## Requête du Conseil de l'ONUSIDA

Le Conseil de l'ONUSIDA a demandé à son Directeur exécutif d'entreprendre un processus de consultation entre les multiples parties prenantes en vue d'actualiser et d'élargir la Stratégie existante tout au long de la période d'accélération, en réaffirmant et en s'appuyant sur :

- la Vision de l'ONUSIDA relative à *zéro nouvelle infection par le VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida* ;
- les trois orientations stratégiques de la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA : 1) révolutionner la prévention du VIH ; 2) favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération ; et 3) promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes pour soutenir la riposte au VIH (*voir l'Annexe 2 pour d'autres détails*) ; et
- la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH et le sida de 2011 et les discussions en cours sur les objectifs de développement durable pour l'après-2015, y compris la cible qui vise à mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030.

**Nous vous remercions sincèrement pour votre soutien et votre engagement constants dans le processus d'élaboration de la Stratégie.**

## Négocier un monde de l'après-2015 : que signifie pour le sida le contexte mondial en pleine mutation ?

La dynamique de l'épidémie du sida et de la riposte interfère d'une manière profonde et complexe avec le contexte en mutation rapide.

### ***Un monde d'inégalités***

L'inégalité économique et sociale est en hausse. Si la tendance actuelle se poursuit, les 1 % les plus riches posséderont plus que le reste du monde d'ici seulement deux ans<sup>1</sup>. Aujourd'hui, 75 % des populations des pays en développement vivent dans des sociétés plus inégales que dans les années 1990<sup>2</sup>. Les inégalités financières sont aggravées par l'inégalité de l'accès au pouvoir, à l'éducation et aux soins de santé : les enfants nés dans les foyers les plus démunis sont les moins susceptibles de terminer l'école primaire ; et les femmes des zones rurales sont trois fois plus susceptibles de mourir en couches que leurs homologues des zones urbaines. L'inégalité socioéconomique est étroitement liée à la prévalence du VIH – dans toutes les régions<sup>3</sup>.

Les inégalités entre les sexes continuent à alimenter l'épidémie du VIH. Des normes sexospécifiques néfastes ainsi que des attitudes et comportements fermés contribuent à la vulnérabilité des femmes face à l'infection par le VIH dans certaines circonstances, comme notamment l'accès inégal à l'éducation, y compris l'éducation relative au VIH, le manque de sécurité économique, le comportement violent ou autoritaire à l'égard des femmes et, par conséquent, l'incapacité des femmes à prendre le contrôle de leur santé sexuelle et d'accéder aux services liés au VIH.

### ***L'essor des PRI : une nouvelle dynamique dans la géographie de la pauvreté et de la santé mondiale***

La hausse des inégalités de revenus est un phénomène mondial, particulièrement marqué dans les pays à revenu intermédiaire (PRI). Aujourd'hui, trois sur quatre personnes pauvres vivent dans des PRI<sup>4</sup>. Même avec les progrès économiques prévus dans les PRI, en 2020, ces pays sont encore

---

<sup>1</sup> Oxfam. Wealth: Having it all and wanting more. Janvier 2015.

<sup>2</sup> PNUD. (2014) Humanity Divided: Confronting Inequality in Developing Countries. Disponible sur : <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/humanity-divided--confronting-inequality-in-developing-countries.html> (Consulté le 23 janvier 2015).  
<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/humanity-divided--confronting->

<sup>3</sup> Holmquist G. HIV and income inequality: If there is a link, what does it tell us? Centre international de politiques pour la croissance inclusive, Programme des Nations Unies pour le développement. Document de travail, avril 2009.

<sup>4</sup> Chandy L, Gertz G. Two trends in global poverty. Brookings, 2011. Disponible sur :

susceptibles d'abriter la moitié des personnes vivant avec moins de 2 dollars par jour et ils continueront à porter le gros de la charge mondiale de la maladie – notamment 70 % des personnes vivant avec le VIH. Aujourd'hui, les PRI font face à une crise de la limitation des coûts pour le traitement des personnes vivant avec le VIH<sup>5</sup>. En dépit de cela, plusieurs partenaires de développement traditionnels réduisent ou interrompent leur soutien lorsque les pays passent du statut de pays à revenu faible à celui de pays à revenu intermédiaire. L'accroissement récent des ressources intérieures disponibles pour la riposte au sida devra être appuyé et accéléré.

Les économies et l'influence de nombreux PRI se développent à mesure que ces pays s'intègrent de plus en plus dans les marchés mondiaux et régionaux – stimulant la prolifération de mécanismes de coopération régionaux et sous-régionaux. Ces blocs régionaux entre les différents pays offrent l'opportunité de mobiliser un engagement politique, de renforcer le partage des connaissances entre les réseaux et les principales parties prenantes et de susciter une plateforme pour relever les défis collectifs transfrontaliers qui se recoupent avec l'épidémie du VIH, comme l'immigration et le déplacement forcé.

### ***Un rôle plus nuancé pour la coopération au développement***

L'évolution de la géographie de la pauvreté et de la manière dont nous la comprenons a des implications majeures pour le financement, la mise en œuvre et l'administration de la riposte au sida et de la santé mondiale de manière générale. La notion d'aide, où les risques vont dans le sens sud-nord et les ressources et les solutions dans le sens opposé, est obsolète. Les économies émergentes exigent et instaurent une nouvelle approche à la coopération. Les pays BRICS, par exemple, apportent un nouveau système de valeur qui insiste sur la coopération « Sud-Sud », la souveraineté et le développement économique, ainsi que sur les nouvelles institutions.

D'une manière générale, la coopération au développement n'a toutefois pas pu suivre le rythme d'évolution du monde en mutation. D'ici à 2030, sur les 82 pays actuellement admissibles à l'APD multilatérale, seuls 14<sup>6</sup> sont prévus le rester, si l'on continue à appliquer les règles actuelles. Pendant ce temps, plusieurs pays à revenu intermédiaire inférieur ont beaucoup plus de points communs avec les pays à revenu faible (PRF) qu'avec les pays à revenu intermédiaire supérieur concernant leurs réalités en matière de développement, et certains pays retournent parfois dans la catégorie des PRF. Dans ce contexte, de nouveaux défis apparaissent concernant la manière d'assurer la pérennité des gains de la lutte contre le sida, la manière de veiller à ce que le sida demeure une priorité politique nationale et concernant la manière d'accélérer l'intensification pour mettre fin à l'épidémie. De nombreuses personnes estiment que le rôle d'appoint joué par l'aide traditionnelle doit se transformer en un rôle de catalyseur – notamment en mobilisant plus d'investissements privés et en mettant l'accent sur l'innovation pour intervenir plus rapidement et plus efficacement.

Dans le même temps, plusieurs pays à revenu faible resteront fortement tributaires du financement international pour la riposte au sida, particulièrement pour les programmes de traitement à long terme en voie d'expansion rapide.

---

<http://www.brookings.edu/research/opinions/2011/05/17-global-poverty-trends-chandy>

<sup>5</sup> Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+). Access challenges for HIV treatment among people living with HIV and key populations in middle-income countries. Octobre 2013.

<sup>6</sup> Afghanistan, Népal, Burundi, République centrafricaine, RD Congo, Éthiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Madagascar, Malawi, Niger, Somalie, Tanzanie, Ouganda. OCDE. An outlook on ODA graduation in the post-2015 era. Janvier 2014.



### ***Etats fragiles et des urgences humanitaires : l'essor des contextes opérationnels difficiles***

Depuis 2006, le nombre de personnes déplacées a augmenté de plus de 24 %. Dans les pays fragiles, touchés par les conflits, en transition post-conflit ou en situation d'urgence humanitaire, les populations doivent faire face à l'insécurité alimentaire, à la destruction de leurs moyens de subsistance et à une pauvreté extrême accrue. L'accès aux mesures de prévention contre le VIH, aux traitements qui peuvent sauver des vies, aux soins et au suivi est souvent limité voire inexistant, ou il ne constitue pas une priorité. Pour ceux qui peuvent bénéficier de tels services, la survenue d'un conflit ou d'une catastrophe peut engendrer une vulnérabilité accrue au VIH ou une interruption du traitement.

Dans de telles situations, les défis majeurs consistent, entre autres, à établir des communautés plus résilientes tout en assurant la mise en œuvre et la continuité de services ponctuels de qualité et de protection sociale auprès des personnes qui doivent faire face à des vulnérabilités multiples comme le déplacement, la violence sexuelle, l'insécurité alimentaire, la malnutrition, la dégradation environnementale, la corruption ou la faiblesse des institutions et le manque d'infrastructures.

### ***L'urbanisation aggrave les inégalités au niveau infranational***

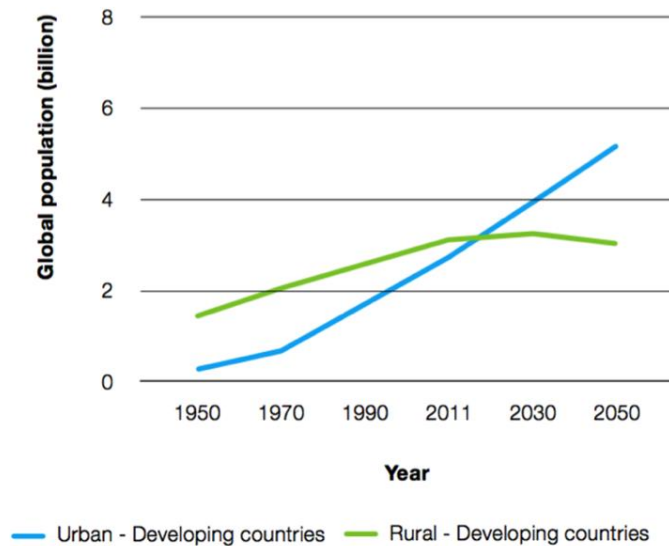
D'ici à 2020, 56 % de la population mondiale vivra en zone urbaine, où la prévalence du VIH est plus élevée et la pauvreté croît plus rapidement qu'en zone rurale. Pratiquement toute (environ 90 %) la croissance de la population urbaine au plan mondial entre maintenant et 2030 est attendue dans les pays en développement, essentiellement en Afrique et en Asie (Fig. 3). Par ailleurs, un milliard de personnes vivent dans les bidonvilles urbains, généralement surpeuplés, pollués et dangereux et sont dépourvues de services de base tels que l'eau potable, le logement durable et l'assainissement. À Nairobi, par exemple, la prévalence du VIH dans les populations vivant dans les bidonvilles serait de 12 % contre 5 % pour les populations ne vivant pas dans les bidonvilles.<sup>7</sup>

Bien que les villes aient plus de « ressources » susceptibles d'être mobilisées pour offrir des services à une majorité de résidents des villes, les réponses urbaines à l'épidémie ont, jusqu'à présent, été éparpillées, mal coordonnées et insuffisamment fondées sur des preuves. La planification nationale, bien souvent, ne prend pas en compte les complexités des environnements urbains en termes de prestation de services et les zones géographiques particulièrement vulnérables au VIH.

---

<sup>7</sup> Madise NJ et al. Are slum dwellers at heightened risk of HIV infection than other urban residents? Evidence from population-based HIV prevalence surveys in Kenya. *Health & Place*. 2012 ; 18(5), pp. 1144-1152.

**Figure 3 : Tendances des populations urbaines et rurales dans les pays en développement, 1950–2050**



### ***Le développement des technologies et des médias sociaux comme outil de partage d'information, d'organisation et de responsabilisation***

Les médias sociaux et les technologies mobiles fournissent de plus en plus une palette extraordinaire d'outils permettant de compenser les limites des systèmes actuels de mise en œuvre de services, d'assurer la transparence financière et de réformer le plaidoyer, la sensibilisation et la mobilisation. Ils offrent la possibilité de connecter les personnes vivant dans des régions éloignées du monde pour partager des expériences et des informations. Les médias sociaux constituent un moyen potentiellement peu coûteux et efficace d'assurer le suivi en temps réel des lacunes et progrès programmatiques, de doter les citoyens de données, de renforcer leur participation à la sphère publique et d'étendre leur action dans la prise de décisions liée au développement. Dans la riposte au sida, les nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent appuyer les stratégies de prévention, améliorer l'observance du traitement, impliquer les communautés et renforcer les systèmes de suivi de la riposte au niveau local, concernant notamment les violations des droits humains.

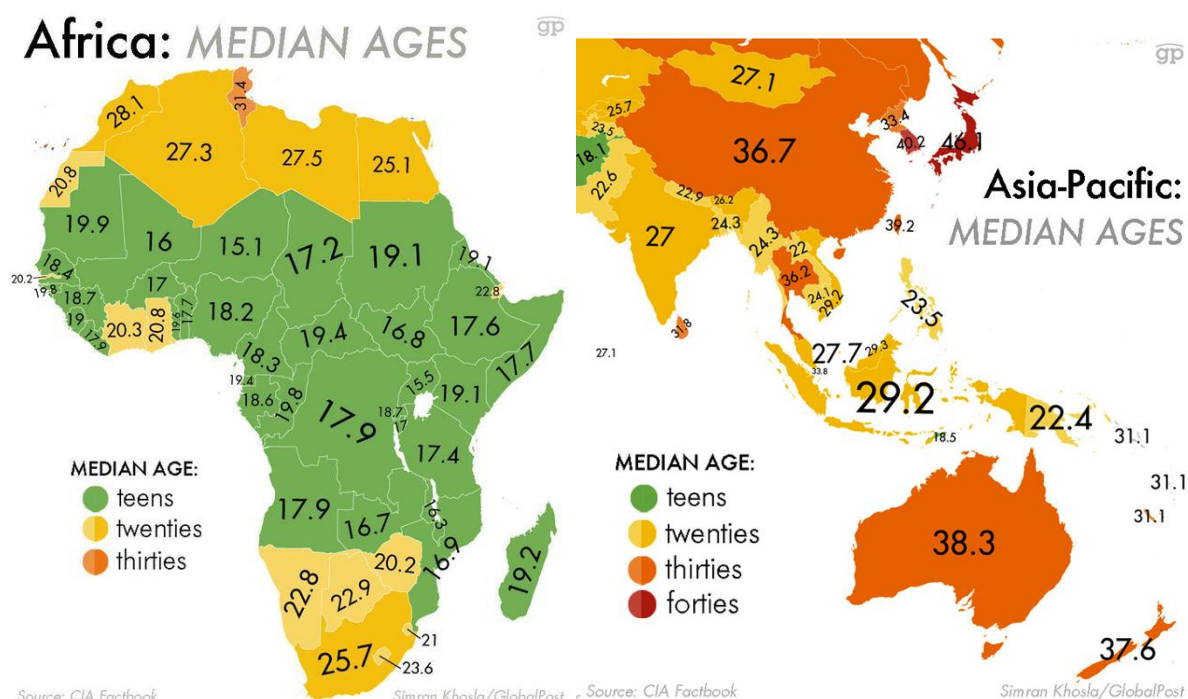
### ***Évolution de l'épidémie du VIH : l'importance de la localisation et des populations***

La répartition des nouvelles infections au sein des populations est également en évolution constante dans de nombreux pays. Alors qu'elle est en baisse dans la population générale dans de nombreuses régions du monde, l'épidémie du VIH chez les populations clés<sup>8</sup> est en hausse dans de nombreuses régions. Parallèlement à cela, des opinions de plus en plus polarisées et conservatrices sur les

<sup>8</sup> ONUSIDA – La Stratégie 2011-2015 définit les populations clés ou les populations clés plus exposées au risque d'infection comme des groupes de personnes qui sont plus susceptibles que d'autres d'être exposés au VIH ou de le transmettre et dont l'engagement est essentiel pour une riposte au VIH efficace. Dans tous les pays, les populations clés incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles, les consommateurs de drogues injectables et les professionnels du sexe et leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Toutefois, chaque pays devrait définir les populations clés spécifiques à son épidémie et une riposte basée sur le contexte épidémiologique et social.

questions de sexualité et les droits de santé sexuelle et reproductive (DSSR) œuvrent à marginaliser encore plus ces populations déjà vulnérables. Dans un grand nombre de pays, la pénalisation du commerce du sexe, la consommation de drogues et les relations entre deux adultes de même sexe consentants, auxquelles s'ajoutent des conditions difficiles d'emprisonnement et un manque de services efficaces, continuent à empêcher de toucher les personnes plus exposées au risque d'infection et de leur fournir les services dont la capacité de prévention et de traitement du VIH a été démontrée. Dans de nombreuses régions du monde, les taux de prévalence et d'incidence du VIH sont plus élevés chez les femmes et les filles, notamment chez les jeunes femmes et les adolescentes, que chez leurs homologues masculins. Cette différence s'explique par des schémas d'inégalités entre les sexes et des relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes.

Dans tous les pays, les jeunes demeurent au centre de l'épidémie du VIH. Les personnes âgées de 10 à 24 ans représentent un quart de la population mondiale et 40 % de tous les nouveaux cas d'infections par le VIH. La dynamique structurelle, sociale et comportementale fait des jeunes des personnes vulnérables au VIH. La moitié de la population en Afrique a, aujourd'hui, moins de 18 ans. En revanche, l'âge médian est de 30 ans en Asie (voir la Fig.4). Une population croissante de jeunes dans les pays marqués par une lourde charge du VIH peut entraîner une extension encore plus grande de l'épidémie, à moins que nous ne parvenions à toucher cette cohorte avec des services sur mesure éclairés par des éléments probants et fondés sur les droits.



**Figure 4 : Âges médians en Afrique et en Asie-Pacifique**

Dans le même temps, avec l'accès croissant au traitement, de nombreuses personnes vivant avec le VIH vieillissent. La thérapie antirétrovirale de longue durée est associée à un risque accru de maladies non transmissibles. Dans les pays à revenu élevé, le taux de mortalité plus élevé chez les personnes de 50 ans et plus vivant avec le VIH est souvent attribué à un risque plus important de maladies non liées au sida — comme les maladies cardiovasculaires et les déficiences rénales et hépatiques. Un modèle de soins de santé primaires élargi et intégré reliant davantage la prévention contre le VIH et les maladies chroniques, le traitement et les soins s'avère nécessaire.

De plus en plus, le vieux concept de l'épidémie concentrée, mixte et généralisée laisse la place à une nouvelle approche de la façon d'envisager l'épidémie et de la riposte : continuer à se concentrer fermement sur la zone géographique et la population (voir la carte, p.12). Alors que les Afro-Américains constituaient en 2013, selon les estimations, 13 % de la population des États-Unis, ils représentaient 46 % de tous les nouveaux cas d'infections du pays<sup>9</sup>. Bien que les données régionales et nationales permettent d'avoir un instantané de l'épidémie, elles cachent les diversités infranationales et locales de l'épidémie du sida. Au Kenya, la prévalence du VIH varie fortement selon les provinces – de 4,9 % à Nairobi à 15,1 % à Nyanza<sup>10</sup>. Au sein des épidémies locales, des populations particulières sont affectées de manière disproportionnée. Dans la ville de Jayawijaya en Indonésie, la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe est de 25 % - comparativement à une prévalence nationale de 9 % chez les professionnels du sexe et une prévalence inférieure à 1 % pour l'ensemble des femmes<sup>11</sup>. Dans certains pays comme le Mozambique et la Zambie, la prévalence du VIH chez les personnes emprisonnées représente le double de celle enregistrée chez la population adulte générale. Les pays mettent de plus en plus l'accent sur les épidémies locales pour des programmes à impact plus élevé et d'un meilleur rapport coût-efficacité.

### ***Le sida dans le contexte d'un agenda vaste et complexe de santé mondiale pour l'après-2015***

Alors que l'agenda de développement de l'après-2015 n'est pas encore adopté, le cadre des objectifs et des cibles proposé par le Groupe de travail ouvert semble faire l'objet d'un large consensus parmi les États membres. L'agenda dans son ensemble présente la chance de promouvoir de synergies dans différents objectifs et secteurs de développement, par exemple le respect des droits humains, une protection sociale inclusive, l'éducation, la sécurité alimentaire, des villes inclusives et résilientes et un travail décent pour tous. Par exemple, la priorisation relancée au sein de la communauté de développement des défis spécifiques auxquels les femmes et les filles font face offre une opportunité critique de collaboration visant à aborder les inégalités entre les sexes dans le cadre de la riposte au VIH tout en faisant avancer de manière collective l'autonomie physique, économique et politique des femmes, des adolescentes et des filles.

Dans son état actuel, le cadre composé de 17 objectifs et 169 cibles inclut un objectif consacré à la santé : « Donner aux individus les moyens de vivre une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tous les âges ». Cet objectif comprend neuf cibles (notamment celle qui vise à mettre un terme à l'épidémie de sida d'ici 2030) qui vont au-delà de la perspective des OMD pour inclure la couverture santé universelle (CSU), les MNT, les accidents de la route et les problèmes de santé liés à la pollution, entre autres. La CSU offre l'occasion de mieux intégrer les services liés au VIH au sein des systèmes de santé et d'accroître le financement intérieur de ces services. Elle pourrait en outre constituer un défi pour la riposte au sida, dans la mesure où les pays à revenus faibles pourraient ne pas générer des budgets suffisamment importants pour couvrir tous les services de CSU - notamment le traitement du VIH. De plus, un agenda de santé élargi offre une occasion importante de mener des efforts multisectoriels et concertés entre différentes interventions de santé. Une visibilité plus faible de la riposte au sida peut toutefois entraîner la perte de certains de ses aspects uniques -

---

<sup>9</sup> United States Centers for Disease Control and Prevention. HIV among African Americans: Fast Facts. Dernière mise à jour : 3 avril 2015 ; United States Centers for Disease Control and Prevention. Black or African American Populations. Dernière mise à jour : 12 février 2015.

<sup>10</sup> National AIDS and STI Control Programme, Ministry of Health, Kenya. Septembre 2013. Kenya AIDS Indicator Survey 2012: Preliminary Report. Nairobi, Kenya. Disponible sur : <http://nascop.or.ke/library/3d/Preliminary%20Report%20for%20Kenya%20AIDS%20indicator%20survey%202012.pdf> (Consulté le 22 janvier 2015)

<sup>11</sup> UNAIDS Gap Report, 2014.

comme la participation et l'autonomisation des communautés affectées, les ripostes multisectorielles fondées sur les droits ou à la focalisation sur les lois punitives, l'absence de protection des droits humains et la stigmatisation et la discrimination.

Ainsi, alors que l'assistance internationale stagne (et n'existe pas dans certains pays), l'ambition de la communauté mondiale de la santé, visant à ajouter de nouvelles priorités à l'agenda non achevé des OMD, accroîtra de manière significative l'enveloppe des ressources nécessaires tout en exigeant leur allocation et leur utilisation optimales. Dans le même temps, bien que novateurs et efficaces dans la mobilisation des ressources, les instruments mondiaux utilisés pour aider les pays à cofinancer leur riposte au sida rencontrent des problèmes. Du fait de la pression de la nécessité de faire preuve de résultats concernant les fonds publics, la dernière Stratégie 3.0 de PEPFAR est en train de rationaliser le portefeuille des investissements pour être plus directement en phase avec la charge de l'épidémie du VIH et les opportunités à impact élevé.

Le modèle du Fonds mondial a été actualisé pour offrir un calendrier plus flexible, un meilleur alignement sur les stratégies nationales, une plus grande prévisibilité du financement et un engagement plus actif des partenaires intervenant au niveau du pays. Cependant, la capacité du Fonds mondial à toucher un grand nombre des personnes qui en ont le plus besoin dans les pays à revenu intermédiaire est freinée par les restrictions relatives à l'admissibilité des pays. Certains groupes d'acteurs ont invité le Fonds mondial à proposer davantage de subventions pour des progrès plus importants en matière de santé - reconnaissant que les personnes affectées par le VIH, la tuberculose et le paludisme font également face à toute une variété d'autres risques de santé. Bien qu'il existe des pistes de subvention permettant aux pays de demander un financement pour le renforcement du système de santé, le Conseil a explicitement demandé au Fonds mondial de maintenir son axe sur le sida, la tuberculose et le paludisme dans l'élaboration de sa Stratégie pour 2017-2021.

Ainsi, l'architecture internationale du sida continue à être confrontée au défi de devoir rendre compte de résultats dans la riposte au sida - tout en étant de plus en plus conscients du fait que les progrès reposent sur des systèmes élargis de la santé, de l'éducation, de systèmes juridiques et autres et la prise en compte des déterminants de la vulnérabilité.

### ***Risques pour la sécurité des produits***

À mesure que l'agenda de la santé mondiale s'élargit et, parallèlement, avec la nécessité de passer d'une capacité à délivrer des diagnostics et des médicaments abordables à des millions de personnes à la couverture de milliards de personnes, les menaces à la sécurité des produits se multiplient. Ceci se ressentira fortement dans la riposte au sida, où un pourcentage estimé à 6 % de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral de première intention doit passer à des protocoles de deuxième intention chaque année et, en fin de compte, à des protocoles de troisième intention qui sont nettement plus coûteux. Bien souvent, la recherche et le développement (R & D) axés sur le marché n'arrivent pas à mettre au point des produits pour les personnes qui n'ont pas les moyens de payer ou qui ne représentent pas un marché suffisamment important ; les flexibilités des ADPIC ne sont pas suffisamment appliquées, tandis que les efforts pour inclure les dispositions des ADPIC+ dans les accords commerciaux bilatéraux et régionaux restreignent davantage la concurrence des produits génériques et l'accès à ces produits. Malgré ces restrictions, l'Afrique est devenue très dépendante des génériques indiens, en particulier concernant le traitement du VIH. Bien que des engagements politiques aient été pris par rapport à l'harmonisation des réglementations et au renforcement de la production locale, les progrès sont lents. Dans ce contexte, de nouveaux modèles sont nécessaires pour stimuler l'innovation en matière de recherche, de développement, de production locale, de commercialisation et d'activation des marchés régionaux en Afrique et ailleurs.

## Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA : Progrès et lacunes

En 2010, le Conseil de l'ONUSIDA a entériné une Vision pour l'avenir de la riposte. La Vision *zéro nouvelle infection par le VIH, zéro discrimination, zéro décès lié au sida*, a rapidement accroché l'imagination des leaders mondiaux, des conseils nationaux de lutte contre le sida, des ONG communautaires et des réseaux de militants à tous les niveaux. Audacieuse, brève et mémorable, la formule des « Trois zéros » a fréquemment été reprise dans les discours du Secrétaire général des Nations Unies, des présidents, des Premiers ministres et des responsables des organisations coparrainées de l'ONUSIDA, ainsi que par d'autres partenaires à la riposte au sida. La Vision a été adoptée comme thème de la Journée mondiale du sida en 2011 et 2012 et a inspiré des visions similaires à adopter par les ripostes à la tuberculose et au paludisme.

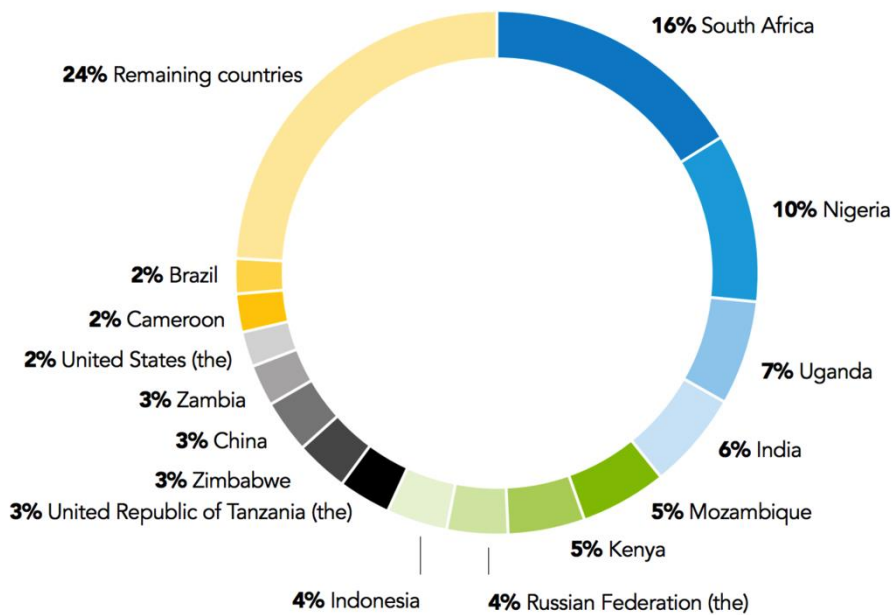
Bien que la Vision des Trois zéros semble énoncer un idéal, le chemin vers sa réalisation comptait trois orientations stratégiques et une série de jalons concrets vers 2015 dans la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA : « Objectif : zéro ». La Stratégie a vu le jour après plusieurs mois de consultation et de négociation intenses avec les multiples parties prenantes et a été entérinée par le Conseil de l'ONUSIDA en décembre 2010. Elle visait à axer la riposte mondiale sur dix objectifs ambitieux, axés sur les résultats - un nombre limité qui représente les domaines dans lesquels les progrès sont le plus nécessaires. La Stratégie a élevé la question de la promotion des droits humains et de l'égalité des sexes au rang d'orientation stratégique majeure, tout en révolutionnant la prévention du VIH et en favorisant l'émergence d'un traitement de nouvelle génération.

La Vision et la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA ont clarifié l'objectif et donné une nouvelle approche au Programme commun, établi l'agenda mondial, suscité un engagement politique renouvelé et fourni un cadre de définition des priorités au niveau national. La Stratégie a été perçue comme un document de référence clé dans l'élaboration de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH et le sida de 2011, et cette dernière a adopté une grande partie de l'axe stratégique et des objectifs ambitieux pour 2015 définis par la Stratégie.

De grands progrès ont été réalisés à travers la riposte au sida. L'Annexe 3 résume les progrès vers la réalisation des 10 objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA, dont voici quelques grandes lignes.

Depuis 2001, les nouvelles infections par le VIH ont chuté de 38 % - jusqu'à 2,1 millions de nouvelles infections par le VIH en 2013 (15 pays comptant pour 75 % de ces nouvelles infections, Fig. 5). Les nouvelles infections chez les enfants ont chuté de 58 %, soit moins de 200 000 dans les 21 pays les plus affectés en Afrique, pour la première fois. Il s'agit là d'une étape très importante sur le chemin de la génération sans sida.

**Figure 5 : Proportion des nouvelles infections par le VIH par pays, 2013**



Des pays commencent également à parler d'autotest comme un autre outil de prévention de la transmission du VIH. La France « complète son arsenal » d'outils de lutte contre le VIH en autorisant la vente d'autotests du VIH dans les pharmacies de tout le pays. Dans les régions du monde marquées par une forte prévalence, la circoncision masculine médicale volontaire est en train d'être rapidement intensifiée en vue de réduire d'environ 60 % le risque de contraction du VIH chez les hommes dans le cadre des relations hétérosexuelles.

Au deuxième semestre de 2014, un nombre record de personnes (13,6 millions) avait accès à des médicaments antirétroviraux susceptibles de sauver la vie — un chiffre prometteur dans le cadre de l'objectif mondial de 15 millions de personnes vivant avec le VIH et suivant un traitement en 2015. L'accès au traitement contribue à des baisses régulières du nombre de décès liés au sida et renforce davantage les efforts de prévention de nouvelles infections. La Thaïlande est devenue récemment le premier pays d'Asie à offrir à tous un traitement vital, à la fois pour les immigrés avec ou sans papiers<sup>12</sup>. L'intensification des activités de collaboration VIH/tuberculose (notamment le dépistage du VIH, le TAR et les mesures préventives recommandées) a sauvé la vie de 1,3 million de personnes entre 2005 et 2012.

Alors que des défis considérables subsistent quant à la réduction des taux élevés de nouveaux cas d'infections par le VIH chez les femmes et les filles, les pays reconnaissent de mieux en mieux le rôle critique de l'égalité des sexes et le besoin de s'attaquer aux normes sexospécifiques néfastes pour réussir à diminuer le nombre de nouveaux cas d'infections par le VIH. En seulement deux ans, plus de 30 pays ont eu recours à l'outil d'évaluation basée sur le genre pour évaluer leur épidémie et faire participer les femmes vivant avec le VIH dans les processus nationaux de planification stratégique.

La tendance en faveur du retrait des restrictions à l'entrée, au séjour et la résidence d'un migrant infecté par le VIH, son montre dans quelle mesure la discrimination à l'encontre des personnes

<sup>12</sup> <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2014/october/20141027thaipm>

atteintes du VIH peut s'améliorer si des objectifs concrets sont soutenus par des efforts concertés. Depuis la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011 et les demandes aux États membres d'enlever les restrictions relatives à l'entrée, au séjour et la résidence d'un migrant infecté par le VIH,, dix pays ont supprimé de telles restrictions.

Alors que de nombreux pays dépendent encore de l'aide internationale, la riposte évolue vers la pérennité : la majorité des ressources mondiales du sida - soit environ 19 milliards de dollars US en 2012 - proviennent désormais de sources intérieures dans les pays à revenus faible et intermédiaire.

### **Lacunes dans la riposte : les populations laissées pour compte**

Les personnes qui n'ont jamais encore jamais pu avoir accès aux services de dépistage et de traitement du VIH sont les plus difficiles à atteindre, ce qui suggère la nécessité d'approches innovantes et divers pour maintenir et accélérer les tendances récentes. Certaines populations sont plus exposées au risque ou n'ont pas accès à des services efficaces, parce qu'elles sont marginalisées, d'autres à cause des lois, des politiques et normes sexospécifiques néfastes, à cause de la pauvreté et des inégalités juridiques et sociales. Dans toutes les régions, les populations laissées pour compte varient considérablement (Fig. 6), de même que les facteurs contextuels qui entraînent leur vulnérabilité et leur marginalisation. Le Gap Report de l'ONUSIDA 2014 examine les problèmes rencontrés par 12 populations qui ont été laissées pour compte par la riposte au sida.

Sur les 35 millions de **personnes vivant avec le VIH** à travers le monde, 19 millions ne sont pas conscients de leur statut séropositif. Bien que la couverture de traitement s'étende rapidement, son accès accru engendre la nécessité d'une assistance à l'observance du traitement, ce qui peut poser des problèmes uniques aux personnes vivant avec le VIH quel que soit leur âge. À l'échelle mondiale, les niveaux d'observance sont quasiment sous-optimaux pour l'ensemble des cas, avec des données montrant une tendance négative sur la durée.

Les **adolescentes et les jeunes femmes** représentent une sur quatre nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne. Trois sur quatre **enfants** vivant avec le VIH ne bénéficient d'aucun traitement du VIH. Les **prisonniers** sont beaucoup plus vulnérables au VIH, à la tuberculose et à l'hépatite B et l'hépatite C - jusqu'à 50 fois plus - que la population générale, et souvent, ils se voient refuser l'accès aux services de santé appropriés.

Entre 40 et 50 % de la totalité des nouvelles infections à travers le monde sont actuellement estimées survenir chez les populations clés (professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et personnes transsexuelles) et leurs partenaires sexuels. Seulement trois cinquièmes des pays disposent de programmes de réduction du risque pour les **professionnels du sexe**, tandis que l'accès aux services de prévention du VIH demeure faible chez les **hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** ; 88 pays signalent que moins de la moitié des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes connaissent leur statut sérologique suite à un résultat de test récent. Au plan mondial, moins de 8 % des **consommateurs de drogues injectables** ont accès à la thérapie de substitution aux opiacés et 4 % des consommateurs de drogues injectables admissibles bénéficient de TAR.

Alors que de nombreux pays restreignent l'accès des **migrants** aux services de santé, bien souvent les migrants ne sont simplement pas en mesure de s'offrir les services en raison de leur statut juridique ou de leurs revenus. Et pourtant, les migrants et leurs partenaires sont des populations à haut risque. En Inde par exemple, plus de 75 % des femmes dont le test s'est révélé positif avaient un mari migrant.



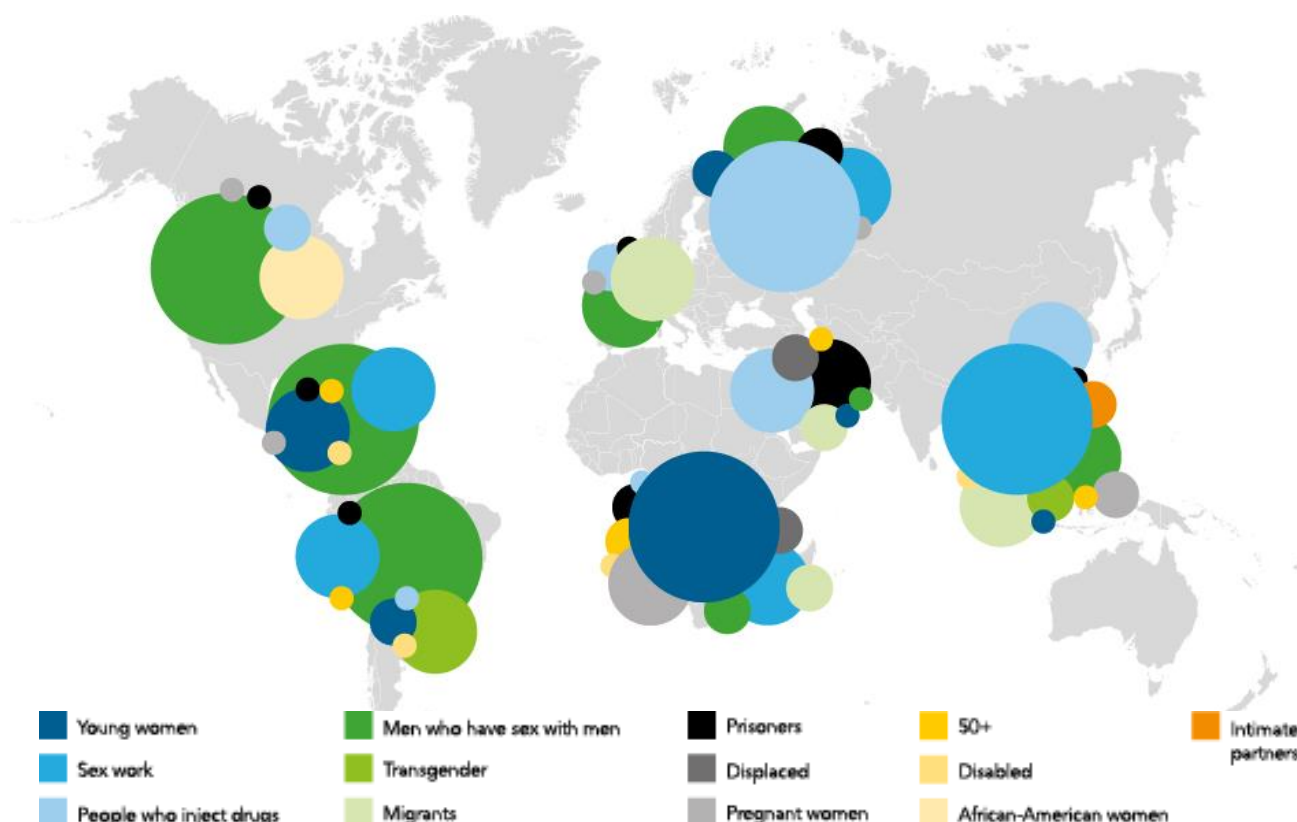
De nombreuses **personnes transsexuelles** connaissent l'exclusion sociale et la marginalisation à cause de la manière dont elles expriment leur identité sexuelle et sont 49 fois plus susceptibles de contracter le VIH que tous les adultes en âge de procréer.

Qu'il s'agisse ou non de personnes vivant avec le VIH, les **personnes handicapées** ont des besoins non satisfaits en matière de services de santé et de VIH qui leur permettraient de se protéger. Elles représentent l'une des populations les plus importantes et les plus mal desservies. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire **âgées de 50 ans ou plus** continue à croître, représentant 12 % de la totalité des adultes vivant avec le VIH en 2013. Néanmoins, peu de stratégies du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire reflètent cette évolution.

Le **déplacement forcé des populations** en raison des conflits ou des catastrophes naturelles est associé à une insécurité alimentaire accrue, à la destruction des moyens de subsistance et à la pauvreté qui en résulte. Les situations d'urgences peuvent déstabiliser les soins et le traitement des personnes vivant déjà avec le VIH, et l'impact négatif du VIH sur leur santé et leurs moyens de subsistance peut exacerber la gravité des catastrophes vécues.

Bien trop souvent, les personnes à haut risque ou vivant avec le VIH sont confrontées à des problèmes multiples - par exemple être une jeune femme déplacée de chez elle et pratiquant le commerce du sexe. S'assurer que personne n'est laissé pour compte revient à combler le fossé entre les personnes qui peuvent obtenir des services et celles qui ne le peuvent pas, les personnes qui sont protégées et celles qui sont punies.

**Figure 6 : L'importance de la localisation et des populations**



People living with HIV (children and adults) are included as members of all of the featured populations. They are implicitly included in this map as they must have universal access to services.

## Accélération vers 2021 : Localisation, populations et innovation

### L'accélération nous mettra sur la bonne voie pour mettre fin au sida

Nous pouvons mettre fin à la menace mondiale de santé publique que représente l'épidémie du sida d'ici à 2030. Cette assurance se fonde sur une combinaison d'avancées scientifiques majeures et de leçons accumulées apprises dans l'intensification de la riposte au sida à travers le monde. Nous savons aujourd'hui que l'accès à un traitement durable du VIH peut prolonger considérablement la durée de vie des personnes vivant avec le VIH et prévenir efficacement la transmission du VIH. Il est également prouvé qu'il existe de nombreuses possibilités de prévention du VIH autrement que le TAR, notamment les programmes de distribution de préservatifs, le changement de comportement, des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, la circoncision masculine médicale volontaire, les interventions dites de 'nourriture à l'école' et les programmes visant à autonomiser les femmes, les filles et les populations clés. Ces éléments ont clairement démontré leur capacité à réduire fortement le taux des nouvelles infections par le VIH. Les programmes de VIH sont, par ailleurs, considérablement renforcés lorsqu'ils sont combinés avec des approches sociales et structurelles.

Nous savons ce qui fonctionne - mais pour atteindre nos objectifs<sup>13</sup> de façon accélérée et nous mettre sur la bonne voie pour éliminer le sida d'ici à 2030, les pays et leurs partenaires auront besoin d'accroître fortement les investissements, les programmes et le changement de politiques, ainsi que l'accent sur la population, les localisations et l'innovation.

### Figure 7 : Nombre annuel estimé de nouvelles infections par le VIH et de décès liés au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par région : Comparaison de l'atteinte des cibles de l'accélération et maintien des niveaux de couverture 2013

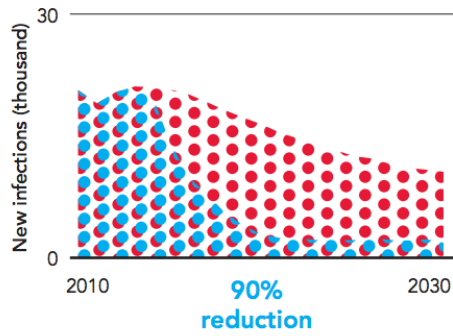
---

<sup>13</sup> Au cours de l'année 2014, les sept régions de l'ONUSIDA ont toutes achevé les consultations régionales sur la détermination des objectifs au niveau des pays et au niveau régional. Ces consultations ont essentiellement mis l'accent sur la détermination de cibles de traitement du VIH au-delà de 2015 et ont également inclus d'autres cibles de la riposte au sida. Toutes ces consultations, s'appuyant sur des données probantes, la modélisation et la science de la mise en œuvre, ont abouti à un appel très net en faveur des cibles de l'accélération.

- New HIV infections
- AIDS-related deaths
- Ambitious targets
- Ambitious targets
- Constant coverage
- Constant coverage

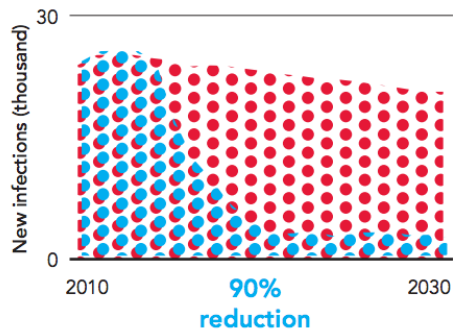
**EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA**

New HIV infections



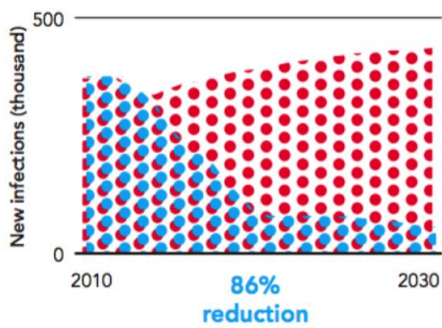
**MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA**

New HIV infections

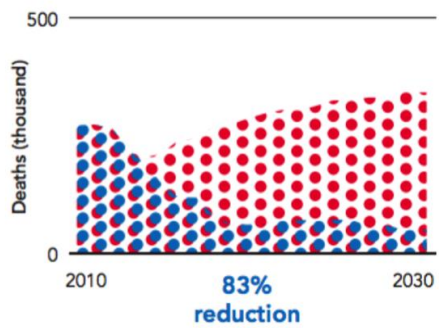


**ASIA AND THE PACIFIC**

New HIV infections

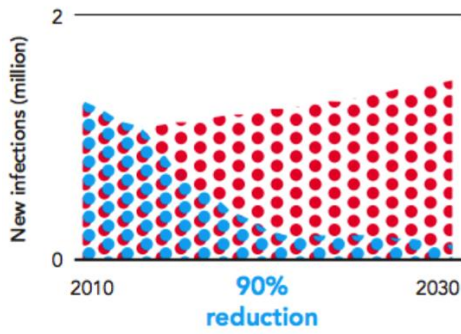


AIDS-related deaths

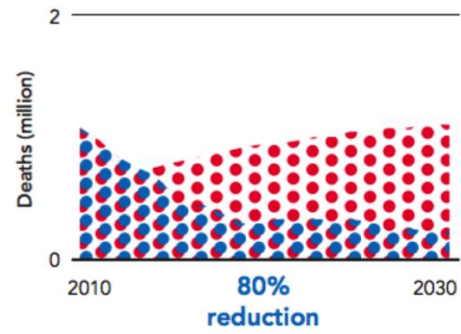


## EASTERN AND SOUTHERN AFRICA

### New HIV infections

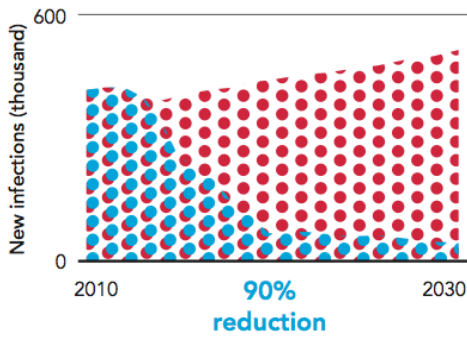


### AIDS-related deaths

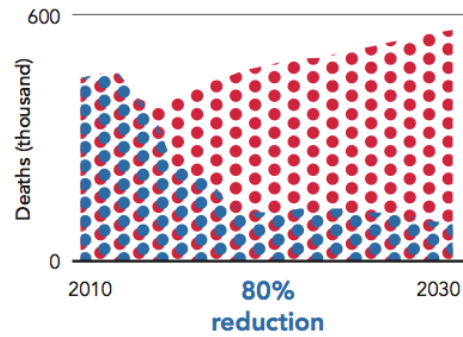


## WEST AND CENTRAL AFRICA

### New HIV infections

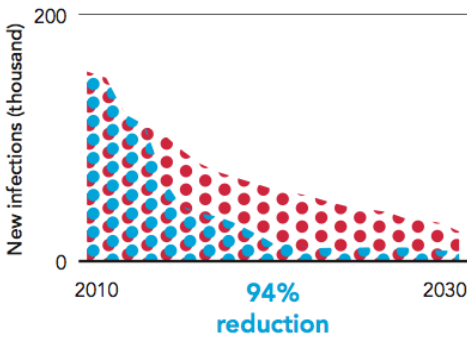


### AIDS-related deaths

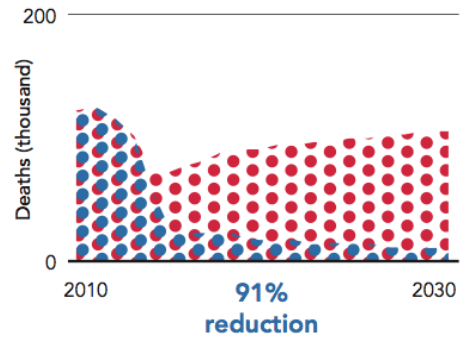


## CARIBBEAN

### New HIV infections

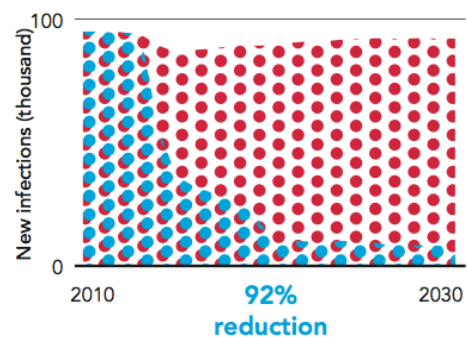


### AIDS-related deaths

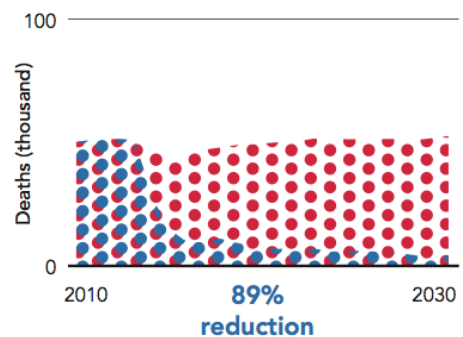


## LATIN AMERICA

### New HIV infections



### AIDS-related deaths



## Comment accélérer la riposte au sida ?

Il ne sera pas possible de mettre fin au sida sans mettre les personnes au premier plan, sans s'assurer que les personnes vivant avec le VIH et affectées par l'épidémie font partie d'un nouveau mouvement. Sans une approche centrée sur les personnes, nous n'irons pas loin dans l'ère de l'après-2015.

Que faut-il donc faire pour accélérer la riposte et combler le fossé entre les personnes qui avancent et les personnes laissées pour compte ? Issues des points de consensus du processus de consultation régional, thématique et en ligne mené au cours des derniers mois, ainsi que de la discussion en cours dans le cadre du Programme commun, certaines opportunités et innovations permettant de hâter les progrès vous sont présentées ci-dessous à titre indicatif :

- **Viser la granularité** : les ripostes qui se basent sur des données doivent donner la priorité aux zones où les nouveaux cas d'infection par le VIH sont fortement concentrés et identifier les endroits où les services sont absents, n'atteignent pas ou ne sont pas maintenus pour les personnes qui en ont besoin. Les méthodes de collecte de données qui cartographient les risques comportementaux comme les taux élevés de partage de matériels d'injection et de seringues peuvent aider à localiser les ripostes dans des zones distinctes relativement petites qui pourraient bénéficier de paquets de traitement et de prévention du VIH (tels que les programmes d'aiguilles et de seringues, la thérapie de substitution aux opiacés, les ARV et le traitement de la tuberculose et de l'hépatite C). En visant la granularité, des améliorations dans la collecte de données, **avec une attention particulière à la désagrégation des données** seront nécessaires pour révéler et répondre à la situation de différents groupes de population.
- Comprendre pourquoi certaines populations continuent d'être laissées pour compte et effectuer un suivi adéquat des progrès réalisés pour atteindre ces populations, notamment en soutenant **la recherche participative et le recueil des données par des représentants** des réseaux des populations clés.
- Tirer parti des possibilités offertes par les opportunités et les innovations sur le plan des **programmes, des avancées scientifiques et du leadership** — qu'elles soient récentes ou peu développées — comme les autotests, l'amélioration des systèmes de service à travers le renforcement des systèmes communautaires, la PREP ou encore les initiatives de leadership à l'échelle des villes ou des communautés. Dans ce dernier cas, il est essentiel de mobiliser les dirigeants locaux, y compris les maires, pour qu'ils défendent le choix de la granularité en commandant et en mettant en œuvre des interventions spécifiques dans leurs villes.
- Face à la hausse des inégalités, utiliser résolument la riposte au sida pour réduire la vulnérabilité et renforcer la résilience des communautés. **L'autonomisation économique et la protection sociale inclusive tenant compte du VIH** constituent des approches éprouvées pour la prévention des nouvelles infections au VIH, le renforcement de l'accès aux services et l'amélioration de l'observance du traitement – et comportent d'importants effets multiplicateurs sur la santé, la nutrition, l'éducation et l'égalité des genres au sens large.
- **S'attaquer aux inégalités entre les sexes, aux normes sexospécifiques néfastes et garantir les droits des femmes et des filles** afin qu'elles puissent se protéger elles-mêmes contre le VIH et que les femmes vivant avec le VIH puissent disposer d'un accès accru aux services, notamment en faisant entendre leurs voix dans la prise de décisions, en s'attaquant aux liens entre le VIH, les droits en matière de santé procréative et sexuelle et la violence à l'égard des femmes, en incluant les garçons et les hommes dans les démarches et en

promouvant l'accès à la justice pour les femmes vivant avec le VIH et affectées par le VIH, notamment en ce qui concerne leur accès aux droits à la propriété et à l'héritage.

- **Autonomiser la société civile** : les organisations de la société civile ne reçoivent actuellement que 1 % du financement mondial du sida. L'ONUSIDA propose d'accroître cette proportion à 3 % au moins, afin de renforcer efficacement le rôle et les contributions des organisations de la société civile dirigées par des communautés ou par des pairs. Le leadership des personnes vivant avec le VIH, les femmes en particulier, et des autres populations clés est continuellement cité comme un élément indispensable pour garantir une riposte au sida qui soit à la fois efficace et durable, mais le soutien et les ressources qui lui sont consacrés sont insuffisants.
- **La stigmatisation et la discrimination liées au VIH** font partie des principaux freins au progrès à travers le monde. En plus du travail nécessaire sur les cadres juridiques et politiques généraux et la garantie d'un accès à la justice, des actions concertées doivent être mises en place pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins et les médias, en partenariat avec les organisations professionnelles.
- Réduire la **forte vulnérabilité des jeunes** (d'autant plus que la proportion de jeunes à l'échelle mondiale n'a jamais été aussi importante). **Lever les obstacles sociaux et juridiques** ainsi que d'autres goulets d'étranglement affectant la mise en oeuvre de services qui empêchent les jeunes d'avoir accès à une éducation complète à la sexualité et à des services de santé sexuelle et reproductive.
- Assurer **une responsabilisation plus claire sur la concentration des investissements**, la pérennisation financière et la mobilisation des ressources auprès des partenaires de développement traditionnels et émergents, ainsi qu'auprès des sources nationales.
- Tout en consolidant les gains significatifs, **mettre davantage l'accent sur les pays, les secteurs et les villes moins performants** en s'attaquant, par exemple, aux goulets d'étranglement, à la stagnation des progrès et au terrain perdu dans plusieurs pays dans le cadre de la mise en oeuvre du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie.
- Dans le contexte du nouvel agenda de développement, montrer que **la durabilité se trouve au cœur de la Stratégie. Sur le plan des programmes**, cette mesure passe par la continuité et l'intégration des services (p. ex., les droits et la santé procréatifs et sexuels, les hépatites, la tuberculose, la santé maternelle, néonatale et infantile, le cancer du col de l'utérus et d'autres maladies non transmissibles) ; le renforcement des systèmes ; le maintien des efforts croissants en vue de relier l'action humanitaire ; le développement et la santé dans une perspective prenant en compte les risques ; et l'autonomisation des groupes marginalisés. **Sur le plan financier**, il s'agit de trouver de nouvelles façons de travailler avec les trésors publics nationaux, le Fonds mondial, le PEPFAR, la Banque mondiale et d'autres organisations, tout en préparant les pactes de transition vers la durabilité financière. Il faudra trouver de nouveaux **modes de collaboration avec le secteur privé**, de façon à dépasser la notion de responsabilité sociale des entreprises et à convaincre les partenaires privés qu'investir dans la riposte au sida constitue une bonne pratique professionnelle.
- La réalisation de la durabilité pourra être renforcée à travers l'identification des « **points de départ** » **figurant dans les ODD**. En effet, la riposte au sida peut jouer (et a déjà joué) le rôle d'éclaireur sur ces points, notamment à travers les mesures suivantes :

- la recherche de solutions multisectorielles pour **s'attaquer aux déterminants communs** (p. ex., droits en matière de santé procréative et sexuelle, protection sociale, nutrition, production de médicaments locaux, lutte contre la violence sexiste, alcoolisme et toxicomanie) ;
- la négociation et l'offre de **biens publics mondiaux** — notamment des systèmes de surveillance de la maladie, des actions de recherche et développement, des méthodes de contournement des obstacles commerciaux et des obstacles liés à la propriété intellectuelle afin de donner accès à des médicaments de qualité abordables, la norme mondiale sur la santé élevée au rang de priorité politique et économique, et le rôle militant de la société civile.

## La préparation du cadre de la stratégie pour la période 2016-2021

Notre Vision des Trois Zéros — zéro nouvelle infection au VIH – zéro discrimination – zéro décès dû au sida — continuera à nous guider dans toutes nos initiatives. La cible des ODD consistant à « éradiquer l'épidémie de sida d'ici à 2030 »<sup>14</sup> détermine un objectif concret que devront valider les États membres des Nations Unies dans leurs progrès vers l'atteinte des Trois Zéros. L'initiative d'accélération de la riposte a défini par ailleurs des objectifs intermédiaires pour 2020 :

- Moins de 500 000 nouvelles infections au VIH
- Moins de 500 000 décès liés au sida
- Chaque individu, partout dans le monde, jouit d'une vie sans discrimination liée au VIH.

Ces trois niveaux d'objectifs et de cibles (voir Figure 8) déterminent le cadre global de la Stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2016-2021. Les 10 objectifs définis dans la Stratégie 2011-2015 (voir Annexe 1) qui ont été fixés et subséquemment adoptés et adaptés par la Déclaration politique des Nations Unies de 2011 seront également mis à jour afin d'être intégrés dans la vision de la stratégie d'accélération de la riposte.

La prochaine Stratégie conservera les trois orientations stratégiques de la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA, qui se trouvent au cœur de la riposte mondiale au sida et sont directement liées à notre Vision des Trois Zéros. Ces trois orientations stratégiques, (1) Prévention, (2) Traitement, soin et appui, et (3) droits humains et égalité des sexes, ont déterminé le cadre organisationnel de la stratégie 2011-2015. Des objectifs pour 2015, des cibles et des domaines d'impact ont été déterminés pour chacun (voir Annexe 2).

Sur la base des dernières tendances et avancées, des enseignements tirés et des appels émis par les parties prenantes à travers les consultations organisées par l'ONUSIDA, il est proposé que les trois orientations stratégiques soient complétées et renforcées par les cinq thèmes transversaux suivants : information, innovation, intégration, inclusion et investissement. Ces cinq thèmes reviennent constamment lorsque l'on observe les domaines clés relatifs à l'accélération des progrès, tels que présentés dans les pages 20-21. Ils permettront d'identifier les fonctions essentielles qui

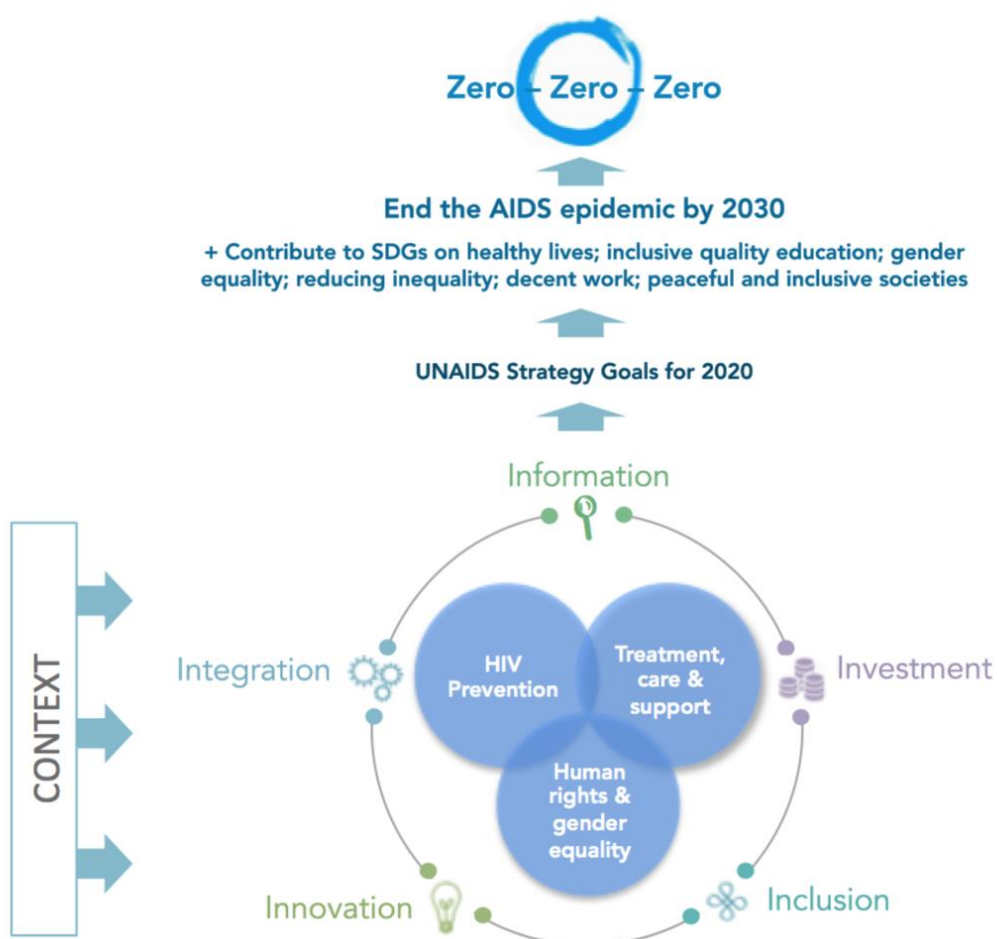
---

<sup>14</sup> La 34e réunion du CCP a provisoirement défini la fin de l'épidémie du sida comme menace pour la santé publique en 2030 de la manière suivante : « La réduction rapide des nouvelles infections par le VIH, de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations vulnérables ainsi que des populations clés, ainsi que la réduction de 90 % des décès liés au sida par rapport aux niveaux de 2010, au moyen d'interventions fondées sur des données probantes afin d'inclure l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, de sorte que le sida ne représente plus une menace majeure pour aucune population ni pour aucun pays ».



soutiennent les progrès réalisés sur un ensemble d'objectifs et de réfuter les divisions injustifiées en rapport avec les trois orientations stratégiques. Ces domaines transversaux donnent une opportunité plus directe de faire le lien avec les ODD et de permettre des progrès vers l'ensemble de ces objectifs. Qui plus est, ces thèmes pourront fournir des indications claires sur la marche à suivre, afin d'aider les pays à prendre les mesures nécessaires et de les généraliser pour favoriser un impact plus grand.

Figure 8 : Proposition de cadre pour la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA



**Dimension régionale.** Bien que les pays et les parties prenantes seront responsables d'atteindre collectivement les objectifs mondiaux fixés pour 2020, l'ONUSIDA a besoin d'une stratégie « géo smart » pour soutenir l'articulation des stratégies distinctes dans les villes, les milieux vulnérables, les pays à revenu intermédiaire, le pays d'impact élevé et les pays moins performants. L'un des aspects innovants de l'actualisation de la stratégie consiste donc à tenir compte des spécificités régionales des priorités et des actions. L'attribution d'une dimension régionale à la Stratégie permet de mieux reconnaître l'importance croissante du rôle joué par les institutions régionales dans la promotion d'une appropriation renforcée, d'une responsabilisation mutuelle et d'une coopération régionale, ainsi que dans la prise en compte des domaines qui nécessitent une coopération entre les pays, comme le renforcement des mécanismes de réglementation sur le secteur pharmaceutique, l'achat et la livraison de gros volumes de matières premières et les migrations. Au cours des différentes consultations régionales, la proposition d'inclure une dimension régionale à la stratégie a recueilli un soutien considérable.

## Conclusion

En s'engageant à accélérer la riposte au sida, les pays, les régions et la communauté mondiale ont démontré un niveau sans précédent d'ambition, d'espoir et de détermination. Les objectifs proposés pour la Stratégie peuvent être atteints, mais nous devons pour cela répondre collectivement à plusieurs questions fondamentales. Nous considérons que les questions posées au début de ce document représentent un bon point de départ :

- 1. Quel impact les nouveaux développements – mondiaux et régionaux – auront-ils sur l'épidémie et la riposte au niveau national et infranational au cours des années à venir ?**
- 2. Qui est laissé pour compte et pourquoi ? Quels sont les principaux défis et les principales lacunes ? À ce jour, quelles réalisations dans la manière d'aborder les défis devraient être amplifiées et capitalisées ? Où se situent les principaux défis et les lacunes ? Qui sont ceux qui sont laissés pour compte et pourquoi ?**
- 3. Pour atteindre les cibles de l'accélération, quelles devraient être les priorités stratégiques de la riposte à l'épidémie ?**
- 4. Que devra-t-on changer pour appuyer ces priorités ? Quels sont les éléments susceptibles de « changer la donne » – en termes de réformes politiques et juridiques, de financement, d'attribution de ressources, de partenariats, de mise en place de services, d'autonomisation de la société civile, de science et d'innovation et de liens avec d'autres efforts pour la santé et de développement ?**
- 5. Comment la Stratégie peut-elle optimiser l'opportunité que représentent les nouveaux objectifs de développement durable ? Quels liens, quelle cohérence politique et quelle action collaborative doit-on viser ?**
- 6. Quelles sont les mesures les plus décisives que le Programme commun de l'ONUSIDA peut prendre pour appuyer les efforts afin de mettre fin au sida en tant que menace de santé publique d'ici à 2030 ?**

En examinant et en définissant ensemble les réponses à ces questions et en les traduisant en une stratégie réalisable, nous pouvons ensemble mettre le monde sur la bonne voie pour accélérer la riposte au sida et mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030.

## **Annexe 1. Les dix Objectifs de l'ONUSIDA pour 2015, spécifiés dans la Stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2011-2015**

- 1 Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris parmi les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dans le contexte du commerce du sexe
- 2 Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida
- 3 Prévention de toutes les nouvelles infections par le VIH chez les consommateurs de drogues
- 4 Accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement
- 5 Réduction de moitié des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH
- 6 Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le VIH dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui à ces populations
- 7 Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et des pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité qui entravent l'efficacité des ripostes
- 8 Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions
- 9 Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH
- 10 Ne tolérer aucune violence sexiste

*Objectif spécifié dans la Déclaration de l'AG des Nations Unies 2011 sur le VIH et le sida :*

- 11 Comblent le fossé des ressources mondiales du sida manquantes d'ici à 2015 et atteindre un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars US dans les pays à revenus faible et intermédiaire.

## Annexe 2. Orientations stratégiques, objectifs et domaines ciblés ACTUELS de la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA

VISION Orientations Stratégiques	ZÉRO NOUVELLE INFECTION À VIH Révolutionner la prévention du VIH			ZÉRO DÉCÈS LIÉ AU SIDA Favoriser l'émergence d'un traitement, de soins et d'un appui de nouvelle génération			ZÉRO DISCRIMINATION Promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes pour soutenir la riposte au VIH		
<b>MOYENS D'Y PARVENIR</b>	Suscite un engagement politique pour s'attaquer aux modes de transmission et aux causes d'infection	Mobiliser les communautés pour qu'elles exigent de réelles transformations	Orienter les ressources vers les foyers épidémiques	S'assurer que les personnes vivant avec le VIH peuvent accéder à un traitement	Renforcer les systèmes nationaux et communautaires pour la fourniture des services	Intensifier l'accès aux services de soins, d'appui et de protection sociale	Soutenir les pays pour qu'ils protègent les droits humains dans le contexte du VIH	Améliorer la capacité des pays à réduire la stigmatisation et la discrimination	Garantir que les programmes nationaux prennent en compte les besoins des femmes et des filles
<b>DOMAINES CIBLÉS</b>	Les leaders sont encouragés à prendre les bonnes décisions	Les jeunes ont les moyens de corriger les normes sociales néfastes	Les stratégies privilégient les programmes de prévention prioritaires	Amélioration de l'efficacité des médicaments et des outils dans les lieux de soins	Augmenter les capacités des systèmes communautaires pour la fourniture de services intégrés	Adaptation des services de soins et d'appui aux différents besoins	On donne aux populations clés les moyens de revendiquer leurs droits	Mobilisation des personnes vivant avec le VIH en tant que forces du changement	Mise en œuvre de programmes qui soutiennent les femmes et les filles à toutes les étapes de de leur vie
	Recensement et dépassement des obstacles politiques et juridiques	Élargissement des approches « Santé positive, dignité et prévention »	Mise en place et élargissement d'approches de prévention novatrices et efficaces	Des économies considérables sur les coûts hors médicaments sont analysées et réalisées	Renforcement des capacités des pays à enregistrer des médicaments et utiliser l'Accord sur les ADPIC	Intégration dans les programmes nationaux des transferts sociaux prenant en compte le VIH	Directives pour la création d'environnements sociaux et juridiques protecteurs dans le contexte du VIH	Collecte de données avec les personnes plus exposées au risque d'infection et exploitation de ces données	Mise en œuvre de programmes visant à lutter contre la violence sexuelle
<b>THÈMES CENTRAUX</b>	<p><b>Les pays s'approprient des ripostes pérennes et plurielles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Créer et renforcer des capacités institutionnelles locales durables</li> <li>■ Mobiliser les leaders nationaux pour allouer des fonds, y compris intérieurs, au profit de ceux qui sont les plus exposés au risque d'infection dans le cadre des interventions qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité</li> </ul> <p><b>Placer les personnes au centre de la riposte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promouvoir le leadership et les capacités des organisations de pairs et des réseaux de personnes vivant avec le VIH, affectées par le virus et plus exposées au risque d'infection, en matière de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des ripostes au VIH au plan mondial et à l'échelon des pays</li> </ul> <p><b>Rechercher des synergies entre la riposte au VIH et les efforts plus larges visant les objectifs du Millénaire pour le développement et le développement humain</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Favoriser la collaboration entre différents réseaux et mouvements œuvrant pour la santé et le développement</li> <li>■ Exploiter des ressources pour mettre en œuvre des approches appropriées, équitables et présentant un bon rapport coût-efficacité visant à intégrer des programmes et des services</li> </ul>								

### Annexe 3 : Progrès et lacunes dans la réalisation des dix objectifs de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2015

OBJECTIFS	Progrès (2013 ; Référence : 2009)	Lacunes
Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris chez les jeunes, les HSH et dans le contexte du commerce du sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les nouvelles infections chez les adultes continuent à baisser dans la plupart des régions du monde : 10 % depuis 2009/2010. 1 900 000 nouvelles infections, dont 47 % chez les femmes</li> <li>➤ Près de la moitié des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne ont conscience de leur état</li> <li>➤ Des outils biomédicaux très efficaces ont vu le jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les populations clés adultes<sup>15</sup> représentent 40 à 50 % des nouvelles infections. La prévalence chez les PS est 12x plus élevée que chez les femmes de manière générale ; chez les HSH, elle est près de 19x plus élevée que chez les hommes de manière générale. Une meilleure allocation des ressources est nécessaire pour atteindre les populations clés.</li> <li>➤ 15 pays comptabilisent plus de 75 % des nouvelles infections par le VIH. La charge du VIH varie considérablement selon le lieu et la population</li> <li>➤ Dans certaines régions, les jeunes femmes et les filles présentent un risque plus élevé face au VIH que leurs pairs masculins. 80 % des jeunes femmes vivant avec le VIH vivent en ASS</li> <li>➤ Difficultés de mettre en place et de donner un accès suffisant à une éducation sexuelle complète et à des services liés à la santé sexuelle et reproductive chez les adolescents et les jeunes adultes</li> <li>➤ La pratique de la CMMV augmente lentement. Davantage d'informations probantes sur les approches qui peuvent intensifier cette pratique sont nécessaires</li> <li>➤ La transmission par voie sexuelle chez les consommateurs de drogues stimulantes non injectables est critique.</li> </ul>
Prévention de toutes les nouvelles infections par le VIH chez les consommateurs de drogues	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les programmes de prévention du VIH pour les consommateurs de drogues injectables ont montré des résultats lorsqu'ils étaient disponibles et dirigés par la communauté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 12,7 millions de consommateurs de drogues injectables et 13 % de ces personnes sont des PVVIH. La prévalence du VIH est 22 fois plus élevée chez les consommateurs de drogues injectables que dans la population générale</li> <li>➤ La couverture programmatique est faible, notamment parmi les populations incarcérées.</li> <li>➤ De nombreux pays maintiennent des cadres/pratiques politiques et juridiques punitifs, ce qui dissuade les individus de rechercher des services de santé et sociaux</li> <li>➤ La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables est plus élevée chez les femmes (13 %) que chez les hommes (9 %)</li> </ul>

<sup>15</sup> Les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles et les consommateurs de drogues injectables et leurs partenaires sexuels.

Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 43 % de réduction des nouvelles infections par le VIH chez les enfants</li> <li>➤ Sur les 21 pays qui ont la charge la plus élevée, huit pays ont réduit leur taux d'infection de 50 % ou plus</li> <li>➤ La couverture de la PTME a augmenté de 33 à 68 % - et avec des protocoles plus efficaces</li> <li>➤ Baisse à 7 500 décès maternels attribués au sida<sup>16</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nécessité d'une intensification similaire d'autres stratégies de prévention, notamment la prévention primaire du VIH pour les femmes et l'accès aux services de contraception et autres services de planification familiale</li> <li>➤ Des efforts plus importants sont nécessaires pour assurer le lien entre les femmes enceintes et les enfants aux services de soins, et pour assurer la continuité des soins de suivi pour les femmes sous TAR par le biais de l'allaitement maternel</li> <li>➤ 30 % des pays doivent encore intégrer la PTME dans la SMNE et les services de SSR.</li> <li>➤ Absence de protocoles spécifiques aux enfants</li> </ul>
Accès universel au TAR pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sur la bonne voie pour atteindre l'objectif : 13,6 millions de personnes sous TAR au mois de juin 2014</li> <li>➤ Les décès liés au sida ont chuté de 25 % (1,5 million de décès)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 38 % des PVVIH adultes sous TAR par rapport à 24 % d'enfants</li> <li>➤ On remarque un manque de compréhension et de recherches concernant l'accès et l'observance du traitement des femmes sur l'ensemble du cycle de vie du virus, leur expérience quant à l'accès au traitement, sa disponibilité, et leur prise de décision en ce qui concerne la prise de ce traitement.</li> <li>➤ Variation considérable dans l'accès au TAR au sein des régions et entre les différentes régions</li> <li>➤ Besoin de porter plus d'attention aux mesures de soutien à la prise et à l'observance du traitement</li> <li>➤ Manque d'accès aux médicaments de deuxième et de troisième intentions</li> </ul>
Réduction de moitié des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les décès dus à la tuberculose chez les PVVIH ont chuté de 33 % à travers le monde depuis 2004</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La tuberculose reste la première cause de décès chez les PVVIH (360 000 décès)</li> <li>➤ Les patients VIH/TB sous traitement par l'isoniazide ne représentent qu'une petite fraction des personnes qui en ont besoin</li> <li>➤ 50 % des pays ont soit totalement intégré les services de VIH et de tuberculose soit renforcé une fourniture conjointe de services</li> </ul>
Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le VIH dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Une tendance vers l'intégration du VIH dans divers systèmes et secteurs est manifeste</li> <li>➤ On note de bons exemples de programmes de protection sociale qui tiennent compte du VIH, comme l'Inde et la Tanzanie</li> <li>➤ Résultats probants de l'impact des transferts de fonds pour la prévention, le traitement et les soins relatifs au VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les soins et l'appui des PVVIH en matière de protection sociale sont insuffisamment financés et fragmentés</li> <li>➤ Les données concernant le niveau de prise en compte du VIH par les instruments de protection sociale ne sont pas disponibles</li> <li>➤ Le taux de scolarisation des orphelins est toujours plus faible (90 %) que chez les non-orphelins</li> <li>➤ La mise en place de programmes de protection sociale élargis au-delà des transferts de fonds devrait être considérée.</li> </ul>
Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les actions autour des objectifs ont considérablement accru l'engagement politique,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le nombre de pays où l'on note des obstacles à des ripostes efficaces n'a pas</li> </ul>

<sup>16</sup> En raison d'ajustements dans les calculs, il n'est pas possible de comparer les estimations sur la durée.

<p>punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité qui entravent l'efficacité des ripostes</p>	<p>les partenariats et les programmes éclairés par des éléments probants visant à supprimer les lois punitives et à réduire la stigmatisation et la discrimination</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Développer une base de preuves sur l'impact des lois punitives liées au sida</li> </ul>	<p>baissé (60 %). La pénalisation des populations clés est encore répandue</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Le traitement discriminatoire des personnes vivant avec le VIH demeure courant dans de multiples aspects de la vie, notamment l'accès aux soins de santé</li> </ul>
<p>Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Depuis 2011, 10 pays ont supprimé les restrictions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 38 pays ont des restrictions au niveau du voyage</li> <li>➤ La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord continue à compter le plus grand nombre de pays qui imposent des restrictions de voyage liées au VIH</li> </ul>
<p>Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Plus de 80 % des pays signalent que les questions de genre sont intégrées dans leurs Stratégies multisectorielles du VIH et 50 % ont un budget qui y est affecté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les inégalités entre les sexes et les normes sexospécifiques néfastes continuent à contribuer à la vulnérabilité liée au VIH</li> <li>➤ Le manque de données référencées par sexe et par âge ralentit le développement, la mise en œuvre et le financement de politiques et de programmes sensibles au genre.</li> <li>➤ L'allocation du budget réservé à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes reste inadéquate et retarde la mise en œuvre des programmes.</li> <li>➤ Des investissements et un soutien à long terme sont nécessaires pour faciliter une plus grande participation des réseaux de femmes vivant avec le VIH dans les ripostes au VIH en tant que dirigeants et participants clés.</li> <li>➤ Des rapports de toutes les régions sur la stérilisation forcée ou imposée des femmes atteintes du VIH</li> </ul>
<p>Ne tolérer aucune violence sexiste</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Plus de 80 % des pays ont une politique, une loi ou une réglementation visant à réduire la violence à l'égard des femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ On note un manque de données référencées par âge et par sexe systématiques et comparables, et de l'utilisation de données probantes relatives aux liens entre le VIH, l'inégalité des sexes et la violence sexiste</li> <li>➤ La violence des partenaires intimes est répandue dans toutes les régions - même si les variations sont importantes tandis que la riposte nationale coordonnée et multisectorielle contre la violence sexiste reste difficile</li> <li>➤ D'autres formes de violence et de pratiques néfastes persistent dans les pays qui influencent la capacité des femmes et des filles à faire face au VIH.</li> <li>➤ La violence contre les professionnelles du sexe est répandue</li> </ul>
<p>Comblent le fossé des ressources mondiales du sida et atteindre un investissement mondial annuel de 22 à 24 milliards de dollars US dans les PRF et les PRI (Objectif de la Déclaration de l'AG des Nations Unies 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 19,1 milliards de dollars US ont été investis dans les programmes de lutte contre le sida dans les pays à revenus faible et intermédiaire : soit un peu plus de 10 % d'augmentation depuis 2011</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les pays à revenu intermédiaire inférieur et à revenu faible contribuent pour 22 % et 10 % des investissements dans la lutte contre le sida à partir de sources intérieures</li> <li>➤ Les dépenses liées au VIH nécessitent une grande efficacité, une réaffectation et un contrôle des coûts importants pour devenir des investissements et obtenir ainsi des retours sur investissement plus élevés que 1.</li> </ul>

Sources : Rapport GARPR 2013 ; Rapport GAP 2014 ; MTR 2013

## **Annexe 4 : Quelques contributions du Programme commun aux progrès mondiaux vers la réalisation des dix objectifs de la Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA<sup>17</sup>**

<p>Réduction de moitié de la transmission sexuelle du VIH, y compris chez les jeunes, les HSH et dans le contexte du commerce du sexe</p>	<p>Le Programme commun a renforcé l'importance de la localisation et des populations pour une prévention efficace en établissant une cartographie des lacunes et des populations laissées pour compte. Le Programme commun a mené des analyses et des études des ripostes nationales en vue de contextualiser les résultats obtenus au plan mondial, promouvoir la prévention combinée éclairée par des éléments probants et intégrer les nouvelles technologies. En 2013, l'OMS a préqualifié le premier dispositif de circoncision non chirurgicale pour les adultes et d'importants gains ont été réalisés par l'intensification de la circoncision masculine médicale volontaire. La Banque mondiale a apporté son appui à des études d'efficacité allocative dans 15 pays, contribuant ainsi à renforcer l'importance accordée aux programmes de grand impact pour les populations clés. Le PNUD et l'UNFPA ont aidé 26 villes couvrant cinq régions à élaborer des plans d'action de VIH municipaux novateurs répondant aux besoins des populations clés. Les efforts de l'UNESCO pour promouvoir l'éducation pour la prévention du VIH et les questions de santé sexuelle et reproductive ont porté des fruits qui sont prometteurs. L'UNFPA a redynamisé les programmes de distribution de préservatifs et a comblé les lacunes en matière de disponibilité de préservatifs par le biais des campagnes nationales CONDOMIZE ! menées dans cinq pays et par l'acquisition de 1,1 milliard de préservatifs masculins et 21 millions de préservatifs féminins. En 2014, l'UNICEF et le Secrétariat de l'ONUSIDA, avec l'engagement de tous les coparrainants, a lancé l'agenda All In !, visant à réduire d'au moins 75 % les nouvelles infections par le VIH chez les adolescents et à réduire de 65 % le nombre de décès liés au VIH. Les programmes de « Nourriture à l'école » du PAM ont permis une augmentation du taux de présence des filles et prévient le recours à des solutions de replis néfastes qui augmentent le risque d'infection par le VIH, tel que les relations sexuelles transactionnelles</p>
<p>Prévention de toutes les nouvelles infections par le VIH chez les consommateurs de drogues</p>	<p>L'UNODC a placé le VIH et la consommation de drogues au cœur de son agenda mondial et a amené l'ONUSIDA à appuyer un accès accru des femmes et des hommes consommateurs de drogues injectables aux services de réduction des risques, y compris dans les prisons. Le Programme commun a fourni des directives sur la prévention de la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues, y compris chez les moins de 18 ans ou dans les prisons. Des propositions législatives et des analyses de politique ont contribué à des réformes juridiques pour les services liés à la drogue en Azerbaïdjan, au Cambodge, en Ouzbékistan et au Vietnam. Des agents chargés de l'application de la loi ont été formés dans 18 pays concernant les pratiques positives d'appui pour permettre l'accès aux services de réduction des risques.</p>

<sup>17</sup> 2011-2013 ; Les informations de 2014 ont été incluses, mais elles ne sont pas complètes.



<p>Élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida</p>	<p>Le Programme commun dirige la campagne mondiale pour l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants. Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie, codirigé par le Secrétariat de l'ONUSIDA et PEPFAR, a rassemblé les pays autour d'un objectif unique, a mobilisé la science et l'innovation, a accéléré l'action au niveau des pays et renforcé la responsabilisation. L'UNICEF et l'OMS codirigent le Secrétariat de l'Équipe de travail interinstitutions des 32 partenaires qui coordonne l'assistance technique, l'élaboration de directives et d'outils et le suivi des progrès sur le Plan mondial. Les directives mondiales améliorées de l'OMS (traitement à vie ou Option B+ qui prévoient que les femmes enceintes ayant le VIH devraient être maintenues à vie sous traitement) ont rendu les interventions plus efficaces, en évitant de nouvelles infections. Au niveau des pays, le Programme commun offre une assistance technique à grande échelle pour s'assurer que les plans nationaux sont en place, que les ressources sont disponibles, que les approches sont intégrées — notamment en matière de nutrition pour retenir les mères prises en charge — et décentralisées et que les capacités locales sont améliorées.</p>
<p>Accès universel au TAR pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement</p>	<p>L'initiative en faveur du traitement 2015 a été lancée en 2013 par le Secrétariat de l'ONUSIDA, l'OMS, le Fonds mondial et PEPFAR en vue d'accélérer l'intensification du traitement et d'intensifier l'appui financier et technique à 30 pays qui comptabilisent 90 % de la totalité des besoins de traitement non satisfaits. En 2013, l'OMS a émis des directives de traitement consolidées et a aidé les pays à les adapter et à les mettre en œuvre. Ces directives ont un impact énorme sur l'accès aux services de traitement de qualité. L'UNHCR a fourni un traitement aux réfugiés, tout en faisant pression pour leur inclusion dans les programmes nationaux. Dans 22 pays, le PAM a apporté un soutien nutritionnel aux personnes sous-alimentées vivant avec le VIH et suivant un TAR afin d'accroître la prise et l'observance du traitement. En 2014, les programmes du Fonds mondial appuyés par le PNUD ont permis à 1,4 million de personnes d'accéder au TAR susceptible de sauver des vies. L'OIT et l'ONUSIDA ont lancé l'Initiative @ WORK VCT pour intensifier le dépistage du VIH dans les pays à fort impact, qui couvre à ce jour environ 700 000 femmes et hommes.</p> <p>Le Programme commun est déterminant pour permettre aux enfants et aux populations clés d'accéder au dépistage et au traitement du VIH par un plaidoyer continu, des directives spécifiques et une affectation accrue de ressources, notamment par le biais du Fonds mondial. En 2013, l'UNICEF a lancé, avec l'OMS et EGPAF, le Double dividende en vue d'étendre le dépistage et le TAR pédiatrique grâce à une intégration plus importante avec les programmes de survie maternelle et infantile dans les pays qui ont une charge élevée du VIH.</p>
<p>Réduction de moitié des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH</p>	<p>Les normes, standards et outils continuent à être élaborés par le Programme commun. La politique de TB/VIH de l'OMS a diffusé dans 49 pays dans le cadre d'ateliers et des programmes communs de tuberculose et de VIH ont été entrepris par le biais des processus du Fonds mondial. La collaboration avec les gouvernements et les parties prenantes a permis d'enregistrer des progrès concernant l'inclusion de l'alimentation et de la nutrition dans les stratégies de VIH et de la tuberculose. Les opérations VIH et TB du PAM en 2012 et 2013 ont touché un nombre de bénéficiaires estimé à 2,9 millions.</p>

<p>Prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le VIH dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations</p>	<p>Le Programme commun a fortement plaidé pour le renforcement de l'intégration du VIH aux autres secteurs de santé et de développement et a aidé les pays à optimiser et coordonner les réalisations de la riposte au sida. Les directives de traitement consolidées 2013 de l'OMS encouragent une meilleure intégration des services comme le VIH et la tuberculose, la PTME et les soins prénataux et la santé reproductive et la santé maternelle, néonatale et infantile.</p> <p>Le Programme commun a œuvré pour intégrer des facteurs structurels et de protection sociale dans le dialogue de la politique mondiale, a mené un plaidoyer basé sur des éléments probants pour une protection sociale tenant compte du VIH, a facilité la recherche et a fourni un appui technique aux gouvernements, à la société civile et au secteur privé pour en étendre la couverture et le niveau. En 2012-2013, avec un financement total de la protection sociale atteignant près de 15 milliards de dollars US et une nouvelle Stratégie pour l'Afrique, la Banque mondiale a joué un rôle clé dans le renforcement des systèmes nationaux et l'intégration du VIH dans les programmes de protection sociale. La Banque mondiale a aussi renforcé la base de données relative à l'utilisation des transferts de fonds pour le VIH dans la réduction des infections sexuellement transmissibles. Le PAM a fourni une assistance alimentaire, reliée à des plateformes de protection sociale élargies et à des activités de renforcement économique, pour compenser les difficultés économiques des ménages touchés par le VIH. L'UNICEF œuvre avec les gouvernements et les partenaires dans toute l'Afrique à intensifier la couverture des programmes de protection sociale nationaux en vue de réduire l'infection par le VIH chez les adolescents, de maintenir les adolescents sous traitement et d'accroître la résilience des ménages et des enfants pauvres et vulnérables affectés par le VIH.</p>
<p>Réduire de moitié le nombre de pays ayant des lois et pratiques punitives concernant la transmission du VIH, le commerce du sexe, la consommation de drogues ou l'homosexualité qui entravent l'efficacité des ripostes</p>	<p>En plus du plaidoyer et des déclarations politiques de haut niveau au plan mondial, une action commune a été entreprise dans 84 pays pour promouvoir les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, sous les auspices du PNUD, au nom de l'ONUSIDA. Le Programme commun a aidé les pays à rédiger des lois et des politiques, sur la base d'éléments probants de la santé publique et des principes des droits humains et a organisé des consultations sur les lois. Des dialogues sur le VIH et la loi ont été organisés dans 49 pays et le Programme commun a aidé 65 pays à entreprendre des évaluations et des études sur l'environnement juridique. L'ONUSIDA et les partenaires ont élaboré des supports de plaidoyer et d'orientation. Cinquante pays ont répondu à l'Index de la stigmatisation des PVVIH, qui a encouragé et éclairé le dialogue national sur l'amélioration des cadres juridiques et sociaux pour des ripostes au sida efficaces. En 2014, l'OMS a diffusé des recommandations de politiques et de programmes du VIH ciblés, basés sur des éléments probants, mettant l'accent sur les cinq groupes de populations clés actuellement identifiés comme étant les groupes les plus vulnérables au VIH. L'OIT a publié un manuel du VIH pour les juges, les magistrats, les avocats et les parlementaires de 50 pays. Le renforcement des capacités a conduit à l'examen des politiques du travail sur le sida et des lois nationales dans des dizaines de pays.</p>
<p>Supprimer les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées au VIH dans la moitié des pays appliquant de telles restrictions</p>	<p>Le Programme commun a : a) identifié les pays où il existe des restrictions aux voyages ; b) mené un plaidoyer de haut niveau pour lever ces restrictions ; et c) fourni une assistance technique concrète pour la suppression des dispositions discriminatoires. Dans plusieurs pays, le Secrétariat de l'ONUSIDA a créé la dynamique nécessaire pour la suppression des restrictions et a développé des partenariats qui ont pu poursuivre l'action.</p>

<p>Intégrer une prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles en rapport avec le VIH dans la moitié au moins de l'ensemble des ripostes nationales au VIH</p>	<p>Le Programme commun a mis en œuvre l'Agenda pour une action accélérée au niveau des pays en faveur des femmes, des filles, de l'égalité des sexes et du VIH dans plus de 90 pays et a produit des directives stratégiques sur le genre et le VIH. Une étude de l'Agenda a révélé que « près de deux tiers des pays ont renforcé l'égalité des sexes au sein de leur riposte au sida et que des progrès ont été accomplis dans le développement de l'engagement politique et l'élaboration d'une base de données probantes pour les politiques et les programmes ». Plus de 700 organisations de la société civile mettent actuellement en œuvre l'Agenda. En appuyant les réseaux de femmes, le PNUD, ONU femmes et le Secrétariat de l'ONUSIDA ont aidé les femmes vivant avec le VIH à influencer la planification et la mise en œuvre de la lutte contre le VIH et ont accru leur accès à la justice. Depuis 2011, ONU femmes a aidé plusieurs pays en Afrique subsaharienne à améliorer les droits juridiques à l'héritage et à la propriété des femmes et des filles vivant avec le VIH et a obtenu des résultats clairs dans l'accroissement de la disponibilité et de l'accessibilité des services juridiques et des mécanismes de règlement des conflits communautaires. UNFPA a aidé à construire un consensus autour des meilleures pratiques pour protéger et soutenir les adolescentes et les fillettes.</p>
<p>Ne tolérer aucune violence sexiste</p>	<p>Les activités sur la violence sexiste (VS) sont très diversifiées. En 2011, le Conseil de sécurité des Nations Unies a adopté la Résolution 1983 sur la prévention du VIH et de la violence sexiste dans les situations de conflit – un agenda dicté par l'ONUSIDA. Cette résolution a permis de documenter les liens entre le VIH et la violence sexiste en utilisant les médias sociaux comme moyen de sensibilisation ; les preuves et l'appui technique sur les liens entre violence sexiste, sécurité alimentaire et VIH (PAM) ; le plaidoyer et les efforts des pays pour prendre en compte la violence sexiste dans le contexte du commerce du sexe (PNUD, UNFPA). Le Fonds pour l'égalité des sexes d'ONU femmes fournit des subventions directes aux OSC, ce qui a permis de développer des partenariats efficaces pour s'attaquer aux liens entre la violence à l'égard des femmes et le VIH au niveau communautaire. L'IATT sur l'éducation, dirigée par l'UNESCO et en collaboration avec ONU femmes et l'UNGEI, renforce les données probantes et la recherche sur la violence sexiste liée à l'école et produit des directives régionales et mondiales pour aider les parties prenantes nationales à élaborer des politiques et des pratiques d'éducation qui font la promotion d'écoles sûres pour tous les jeunes. UNFPA et ses partenaires ont publié une évaluation de l'impact de la violence contre les professionnelles du sexe sur les risques liés au sida en Asie-Pacifique et ont impliqué divers secteurs en réponse à cela. L'UNICEF, en collaboration avec le CDC et le PEPFAR, a mené des études dans un certain nombre de pays sur la violence à l'égard des enfants afin de renseigner les plans nationaux.</p>

*Principales sources* : Rapport PMR 2014 ; Revue à mi-parcours de l'UBRAF 2014 ; Rapport thématique 2014 UBRAF disponible sur <https://results.unaids.org/>

## **Annexe 5. Consultation avec les parties prenantes sur la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : Progrès réalisés à ce jour et prochaines étapes**

La Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA, de même que le [Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA](#) (UBRAF), est préparée dans le cadre d'un processus inclusif qui comprend des consultations avec les parties prenantes à l'échelle régionale et mondiale, en personne et en ligne. Des notes récapitulatives sur chacune des consultations seront disponibles sous la forme de documents de séance pour la 36<sup>e</sup> réunion du Conseil de l'ONUSIDA en juillet 2015.

### **Consultations régionales**

Les équipes d'appui régionales, les bureaux de liaison de New York et Washington DC et les partenaires de l'ONUSIDA ont mené les consultations dans leurs régions.

#### **Asie-Pacifique**

- 30 janvier à Bangkok en Thaïlande. Cette consultation organisée par la CESAP dans le cadre d'une réunion intergouvernementale sur le sida a réuni des représentants des États membres, de la société civile, des jeunes et des coparrainants.

#### **Amérique latine**

- L'équipe d'appui régionale a organisé une consultation composée de plusieurs phases et plusieurs niveaux. Dans le cadre de ce processus qui a duré un mois, des consultations en personne ont été menées à l'échelle sous-régionale et nationale, et les plateformes de consultation en ligne ont aussi été utilisées.

#### **Moyen-Orient et Afrique du Nord**

- La région a hébergé huit consultations nationales, une consultation régionale en ligne et une consultation régionale en personne en partenariat avec la Ligue des États arabes, rassemblant des représentants des États membres, de la société civile et des gouvernements.

#### **Caraïbes**

- 16 mars, à Kingston en Jamaïque. Les participants à cet événement représentaient la Communauté des Caraïbes et les États membres de l'OECO, le système judiciaire, le milieu universitaire, le secteur privé, la société civile, les jeunes et les coparrainants.

#### **Afrique orientale et Afrique australe**

- 23 mars à Johannesburg en Afrique du Sud. Cette consultation d'une journée a rassemblé des personnes vivant avec le VIH et des représentants du gouvernement, des municipalités, des ONG — y compris les réseaux de populations clés et les réseaux de jeunes —, du milieu universitaire, du secteur privé, des donateurs, d'autres partenaires de développement et des organismes des Nations Unies. Cette consultation de haut niveau a fait suite à trois consultations spécifiques à la circonscription.

### Afrique occidentale et Afrique centrale

- 1 et 2 avril à Dakar au Sénégal. Cet événement de deux jours a rassemblé des représentants de haut niveau du gouvernement, de la société civile et de l'ONUSIDA. Cet événement de haut niveau a fait suite à plusieurs discussions et consultations aux niveaux national et régional.

### Europe de l'Est et Asie centrale

- 9 avril à Minsk en Biélorussie. L'ONUSIDA a organisé cette consultation régionale pour les partenaires de la région Europe de l'Est et Asie centrale en partenariat avec le gouvernement de Biélorussie.

### Amérique du Nord

- 13 mars à Washington DC aux États-Unis. Cette consultation a été organisée par le bureau de liaison de l'ONUSIDA des États-Unis en partenariat avec la société civile des États-Unis, hébergée par le Partenariat politique mondial sur le sida (Global AIDS Policy Partnership) et soutenue par le Partenariat politique fédéral sur le sida (Federal AIDS Policy Partnership).
- 18 mars à New York aux États-Unis. Le bureau de New York de l'ONUSIDA a organisé à New York une consultation d'une journée sur la Stratégie de l'ONUSIDA avec les parties prenantes de la société civile, du milieu universitaire, des groupes de réflexion et du secteur privé, ainsi que les coparrainants.

### Europe occidentale et autres pays

- 26 et 27 mars à Montreux, en Suisse. Hébergée par le gouvernement suisse, cette consultation organisée en partenariat avec l'ONUSIDA a rassemblé des représentants de plusieurs États membres, de la société civile et des organisations internationales d'Europe occidentale.

## 2) Consultations en ligne

Du 23 mars au 2 avril, l'ONUSIDA a lancé une consultation mondiale en ligne afin de favoriser les échanges ouverts et interactifs, notamment avec les parties prenantes qui ne pouvaient être consultées autrement. La consultation en ligne a entraîné un vif débat riche de plus de 280 contributions. Les participants qui représentaient plus de 50 pays ont pu échanger dans cinq langues. La consultation en ligne a rassemblé un nombre significatif de représentants de nombreuses communautés, notamment des personnes vivant avec le VIH, des membres des populations clés et des jeunes.

Une deuxième consultation en ligne prévue en juillet portera sur le premier projet de la Stratégie 2016-2021.

Les contributions resteront visibles sur le site Web, qui hébergera également la deuxième consultation. Lien : <http://www.unaidsstrategy2021.org/>