

RAPPORT DU REPRÉSENTANT DES ONG

Documents supplémentaires relatifs à ce point de l'ordre du jour : aucun

Mesures à prendre au cours de la présente réunion - Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

Voir les décisions ci-dessous :

67. Rappelant les décisions prises lors des réunions précédentes du CCP¹ et saluant les discussions à venir à l'occasion de la 42e réunion du CCP sur le suivi de la réalisation des objectifs financiers de la Déclaration politique de 2016, notamment la proportion des services fournis par le biais de la communauté qui devrait passer à 30 % d'ici à 2030 ; et l'investissement dans les acteurs sociaux – par exemple, par des actions de sensibilisation, des mobilisations politiques, des lois et des réformes, les droits de l'homme, des communications publiques et la réduction de la stigmatisation – qui devrait représenter 6 % des investissements mondiaux relatifs au sida.
68. *Prendre note* du rapport.
69. *Demander* à l'ONUSIDA à soutenir les États membres, en collaboration avec les organisations communautaires et la société civile, à suivre et à rendre compte des progrès réalisés en matière d'objectifs d'accélération (Fast Track), désagrégés² par âge, genre et populations clés, notamment par le biais du Suivi mondial du sida.
70. *Demander* à l'ONUSIDA et les États membres en partenariat avec les organisations de la société civile à élaborer et mettre en œuvre à l'échelle nationale des méthodologies participatives de collecte de données probantes pour identifier les obstacles et mesurer le niveau et la qualité de l'accès aux services pour les « populations laissées pour compte » qui peuvent être ou non des sous-ensembles des populations clés traditionnelles³ tels que, sans toutefois s'y limiter, les communautés autochtones, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les migrants, tant avec que sans papiers, et les autres populations mobiles.
71. *Demander* à l'ONUSIDA de diffuser une mise à jour du *Gap Report* 2014 répondant aux besoins et priorités des populations identifiées comme étant laissées pour compte dans la réponse actuelle et d'en faire un rapport pour le 43e CCP.
72. *Demander* au Programme Commun de faciliter des partenariats entre les États membres et les organisations communautaires pour garantir l'application de mesures efficaces pour répondre aux besoins des communautés en matière de traitement et de prévention du VIH, en particulier pour les "populations laissées pour compte".
73. *Demander* au Programme commun de développer, de mettre en œuvre et de contrôler, en collaboration avec les communautés, une stratégie d'engagement communautaire standardisée s'accompagnant d'indicateurs harmonisés avec ceux du CUBRR et de données désagrégées⁴ afin de pouvoir garantir une action efficace répondant à leurs besoins en termes de prévention du VIH et de traitement.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION : OBJET ET CONTEXTE	4
MÉTHODOLOGIE	5
Limites du rapport.....	5
Autres limites	5
LA PERSPECTIVE D'ACCELERATION (FAST TRACK) : PROGRÈS RAPPORTÉS ET LA RÉALITÉ POUR LES POPULATIONS CLÉS ET AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES	6
Étude de cas 1. Les homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, au Mexique : Approche ciblée afin d'augmenter le dépistage du VIH et le lien avec les soins	10
Les oubliés et les laissés pour compte : des personnes excessivement vulnérables	11
Le 10–10–10 : qui sont les oubliés ?	12
ÉTUDE DE CAS 2 : Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres en Namibie — Atteindre les populations vivant en dehors des grandes villes.....	14
NOUS CONNAISSONS LES MOTIFS DE LA VULNÉRABILITÉ EXTRÊME ET DISPROPORTIONNÉE—POURTANT ELLE CONTINUE DE SÉVIR	15
ÉTUDE DE CAS 3 : Les populations clés en Inde — Faire entendre la voix des communautés et améliorer la visibilité	18
INVERSER LA TENDANCE : CE QUE L'ONUSIDA PEUT FAIRE : RÔLES ET RESPONSABILITÉS PROPOSÉS	20
Défis pour les Nations Unies	20
Appel à une meilleure compréhension de la vulnérabilité	21
Inclusion et intersectionnalité : Les chemins menant à l'éradication de l'épidémie de sida	21
Attention renouvelée sur les précédents points de décision.....	23
RECOMMANDATIONS	24
ANNEXE 1 : QUI EST EXCESSIVEMENT VULNÉRABLE : DIVERSITÉ DANS LES RÉGIONS ET LES GROUPES	26
ANNEXE 2 : REMERCIEMENTS ET PARTICIPANTS	34
ANNEXE 3: ABRÉVIATIONS	36

INTRODUCTION : OBJET ET CONTEXTE

1. La délégation des ONG partage des expériences uniques et directes et les perspectives des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des communautés vulnérables, au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et au Conseil de Coordination du Programme (CCP). Elle élabore et présente un rapport annuel qui se focalise sur un ou plusieurs problèmes considérés comme revêtant un intérêt particulier ou étant une urgence pour les communautés affectées, les organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres groupes de la société civile qui travaillent au sein de, pour et avec la délégation.
2. Le Rapport 2017 des ONG intitulé *L'ONUSIDA Dont Nous Avons Besoin Ne Doit Laisser Personne Pour Compte : Atteindre les Cibles (Zéro-Zéro-Zéro) Nous Concerne Tous (les 10-10-10)* tente de mettre en exergue les inégalités et le désintérêt dont souffrent les individus et les communautés très affectés par le VIH, qui sont négligés, voire même non-reconnus, dans les réponses au VIH à plusieurs niveaux (local, national, régional ou mondial). Parmi les motifs d'une telle négligence, l'on retrouve l'absence de données et d'informations diverses, les barrières sociales, culturelles, économiques, légales et politiques, la stigmatisation et la discrimination.
3. Les caractéristiques de ces individus et communautés diffèrent selon le contexte, mais, dans de nombreux endroits, elles représentent des populations, des sous-populations et des communautés distinctes, telles que les autochtones, les femmes transgenres, les migrants homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les expériences et les réalités auxquelles font face les individus de ces groupes et de groupes similaires dans des conditions vulnérables laissent entendre qu'ils seront toujours ignorés dans les ripostes au VIH et que les cibles de traitement actuelles 90/90/90 et la stratégie d'accélération ne les atteindront jamais et ne rencontreront jamais leurs besoins évolutifs. Ils sont laissés pour compte, non par hasard, mais sciemment.
4. Certaines populations, sous-populations et communautés souffrent d'un désintérêt et d'une vulnérabilité causés par des législations stigmatisantes et discriminatoires, ainsi que des disparités socio-économiques. Elles sont dès lors surreprésentées parmi les catégories 10-10-10. Elles se composent des migrants sans papiers socialement exclus, des personnes vivant dans la pauvreté, des personnes âgées, des enfants de la rue et des autres enfants vulnérables, des personnes détenues dans des prisons et autres formes d'incarcération, des membres ethniques de populations clés et des peuples autochtones qui consomment des drogues. Ce rapport a pour objectif de rappeler leur existence et leurs expériences, en soulignant l'urgence de mettre fin à leur isolement et à leur exclusion des ripostes au VIH et, plus largement, au sein de la société.
5. Ne pas répondre aux besoins de ceux souffrant d'une vulnérabilité exacerbée s'apparenterait à un échec permanent, en termes d'équité, de droits de l'homme et de santé publique, mais également en termes de riposte à l'épidémie. Ce rapport réclame de meilleures approches harmonisées afin de continuer à faciliter la participation des OSC et des communautés dans les ripostes au VIH et d'identifier, d'atteindre et d'inclure ceux qui ont été oubliés, et ce, en consentant des efforts concertés adaptés aux différents contextes. La Délégation est également d'avis qu'un impact durable nécessite de reconnaître la nature interdépendante de ces différentes vulnérabilités. Cette compréhension doit façonner les ripostes au VIH et améliorer l'implication des communautés et des individus de ces populations et sous-populations marginalisées.

MÉTHODOLOGIE

6. Le rapport ONG 2017 concernant le CCP met en lumière les inégalités et le désintérêt dont souffrent les individus et les communautés très affectés par le VIH, pourtant oubliés ou ignorés à différents niveaux dans les réponses au VIH pour des motifs tels que l'absence de données les concernant, les barrières sociales, culturelles, économiques, légales et politiques, ainsi que la stigmatisation et la discrimination. Comme pour les Rapports de Délégation ONG précédents, le rapport 2017 se fonde sur des interviews, discussions de groupes et réponses à des sondages en ligne conduits par des membres de la Délégation ONG entre juillet et août 2017 (Annexe 1). En outre, il y a eu un examen systématique de la littérature pertinente, y compris les documents de recherche, rapports et autres ressources à travers une gamme d'organisations et de secteurs, notamment les agences de l'ONU. Un questionnaire standardisé avait été préparé en anglais et traduit uniquement en espagnol et en russe.
7. Près de 300 personnes ont participé aux consultations. La grande majorité des personnes qui ont été interrogées ou qui ont participé aux groupes de discussions étaient issues de communautés et de populations clés oubliées. Toutefois, certaines venaient d'autres secteurs, notamment une poignée d'organisations multilatérales (telles que l'ONUSIDA et l'OMS). La plupart des répondants des communautés provenaient de petites organisations communautaires (OC) locales, et d'autres de réseaux et organisations plus grands, mondiaux, régionaux, ou nationaux.
8. Le rapport n'a pas pour objectif d'être un examen exhaustif. Néanmoins, il tente de mettre en lumière les réalités des communautés laissées pour compte, et de contribuer aux débats et stratégies en présentant diverses opinions et expériences, besoins et exigences de communautés et de populations clés affectées qui sont actuellement laissées pour compte.

Limites du rapport

9. Il convient de noter plusieurs limites aux trois enquêtes en ligne :
 - a. Les versions en ligne étaient disponibles en anglais et en espagnol, et les questions d'interview ont été traduites uniquement en russe. Cela a peut-être bridé la participation des personnes ne maîtrisant pas ou peu les deux langues ou induit des réponses basiques et succinctes en raison des barrières linguistiques.
 - b. Plusieurs réponses à l'enquête initiale (près de 20 %) étaient incomplètes. Elles ont été considérées comme non valables et n'ont été incluses dans aucune étude ultérieure. Par rapport aux interviews, les enquêtes en ligne proposent souvent des informations moins détaillées et parfois peu claires, et ce, en raison du manque de temps pour assurer le suivi et fournir des éclaircissements.

Autres limites

10. Certains pays et régions étaient surreprésentés dans les réponses. Par exemple, quatre groupes de discussions ont été menés en Inde, couvrant plus de 20 personnes au total, et 16 interviews individuelles avec des répondants originaires des Philippines.
11. Il est également arrivé que plusieurs répondants d'un seul et même réseau ou organisation aient participé, via des interviews ou les enquêtes en ligne. Cela a donné lieu à plusieurs réponses en double, ce qui a pu biaiser certaines informations.

12. De nombreuses réponses étaient auto-déclarées et n'ont pas été validées. Les informations obtenues ainsi ne pouvaient faire l'objet d'une vérification individuelle.
13. En raison des limites susmentionnées, le rapport n'est pas représentatif des opinions de l'ensemble de la société civile et des réseaux de populations clés. Il ne peut ni mentionner, ni tenir compte de tous les individus et personnes excessivement vulnérables ou oubliés dans les réponses au VIH. Toutefois, les informations et la synthèse fournissent un aperçu important des problèmes, idées et préoccupations des personnes et organisations qui fournissent un travail direct et essentiel dans la sensibilisation communautaire, la fourniture de services et l'assistance.

LA PERSPECTIVE D'ACCELÉRATION (FAST TRACK) : PROGRÈS RAPPORTÉS ET LA RÉALITÉ POUR LES POPULATIONS CLÉS ET AUTRES POPULATIONS VULNÉRABLES

14. La riposte à l'épidémie mondiale de sida a connu un élan croissant au cours des dernières années. Certains des succès les plus récents ont été induits par le Programme d'accélération (Fast Track) de l'ONUSIDA qui a pour objet d'éradiquer le sida et qui met en exergue, entre autres, les cibles 90-90-90 pour 2020 :
 - 90 % de la population (enfants, adolescents et adultes) vivant avec le VIH connaissent leur statut ;
 - 90 % de la population connaissant sa séropositivité peut accéder au traitement ; et
 - Pour 90 % des personnes sous traitement, la charge virale a été supprimée.
15. Cela a été souligné dans le rapport de l'ONUSIDA *En finir avec le sida : Progresser vers les cibles 90-90-90* au milieu de l'année 2017 : « Les données permettent de constater des progrès substantiels dans la concrétisation des cibles 90-90-90. Plus de deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2016. Parmi celles qui connaissaient leur statut sérologique, 77% [57-89%] avaient accès au traitement antirétroviral et 82% [60-89%] des personnes ayant accès au traitement avaient supprimé les charges virales. Dans le cadre de ces progrès, une étape majeure a été atteinte en 2016 : pour la première fois, plus de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH (53% [39-65%]) avaient accès au traitement antirétroviral. »⁵
16. Le rapport *En finir avec le sida : Progresser vers les cibles 90-90-90* soulignait également que sept pays avaient déjà atteint le troisième objectif « 90 » relatif à la suppression virale alors que 11 autres « s'en rapprochaient ». ⁶ La plupart de ces 18 pays présentent des charges VIH relativement faibles. Mais deux d'entre-eux, le Botswana et le Swaziland, ont longtemps campé avec les charges les plus élevées au monde. ⁷ Les constatations faites sur la base d'un ensemble d'enquêtes continues sur l'évaluation approfondie de l'impact du VIH sur les populations (EIVP) en Afrique subsaharienne, autorisent un même optimisme, étant donné que les chercheurs ont constaté, au mois de septembre 2017, que quatre autres pays - Lesotho, Malawi, Zambie et Zimbabwe - étaient « sur la voie de contrôler l'épidémie à l'horizon 2020 en atteignant les cibles 90-90-90 et en élargissant la prévention du VIH. »⁸
17. Aussi encourageants qu'ils puissent paraître, de tels résultats ne sont toutefois pas le véritable reflet de la réalité. Une autre étude menée sur les progrès menant à la concrétisation des cibles 90-90-90 en appelle à la prudence dans l'interprétation des résultats. Elle a noté que, bien que plusieurs pays aient atteint les cibles et que d'autres s'en rapprochaient, « une part importante de la population vivant avec le VIH dans certains pays demeure non identifiée et ne peut donc bénéficier du traitement au

VIH. » Les auteurs ont plus spécifiquement demandé « d'intensifier les efforts afin d'atteindre ces populations non diagnostiquées. »⁹

18. Les remarques de cette nature soulignent le fait que, bien que les cibles 90-90-90 puissent s'apparenter à une sensibilisation appropriée et à des jalons programmatiques, leur concrétisation ne peut être interprétée comme réglant ou « contrôlant » la problématique du VIH. Le chemin encore à parcourir afin d'inverser réellement la courbe du sida - et d'atteindre les millions de personnes qui ne peuvent accéder au traitement, aux services de prévention ou à l'aide - demeure parsemé d'embûches. Cela résulte du fait que des fossés importants continueront d'exister parmi les populations clés et les autres populations extrêmement vulnérables, qui ont toujours été les plus durement touchées par le VIH, et qui pourtant sont souvent ignorées dans la riposte au VIH.

Encadré 1 : Observation : facteurs sous-jacents aux services limités aux populations clés

« Des conditions économiques plus larges sous-tendent la disparition des services de santé publique, dont les services relatifs au VIH... En Europe centrale et du Sud-Est, les services fournis aux populations clés étaient financés par le Fonds mondial, qui a quitté ces régions, et les services ont pour la plupart périclité et ont disparu. »

— Interview d'une personne active sur la plate-forme mondiale des ressources des ONG

Si nous ne ventilons pas les populations clés par âge, les membres adolescents et jeunes seront toujours oubliés, étant donné qu'ils ne sont pas en mesure d'accéder à des services en raison de barrières culturelles, juridiques et socio-économiques telles que l'âge de consentement ou la reconnaissance. Par exemple, les professionnelles du sexe adolescentes et les jeunes filles auprès d'institutions d'apprentissage supérieur qui sont toujours des cibles pour les vieux protecteurs riches (rapports sexuels transgénérationnels), mais ces filles adolescentes et jeunes femmes ne sont pas reconnues comme étant des professionnelles du sexe classiques

— Orateur du groupe de discussion jeunesse, Ouganda

19. L'ONUSIDA définit les populations clés comme suit : « personnes exposées à un risque élevé de contracter le VIH à la suite d'une combinaison de raisons épidémiologiques, économiques, légales, culturelles et politiques. Dans la majorité des cas, les populations clés se composent des professionnel(le)s du sexe, des personnes qui consomment des drogues injectables, des transgenres, des prisonniers, des homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les membres de ces populations et leurs partenaires sexuels représentaient 45 pour cent de toutes les nouvelles infections par le VIH dans le monde en 2015. »¹⁰
20. Bien que cette définition mette l'accent sur la vulnérabilité des populations clés, elle ajoute que les populations clés sont « différentes des populations vulnérables qui subissent des pressions sociétales ou des situations sociales qui accroissent encore leur vulnérabilité face aux infections, y compris le VIH. » Cette définition a encore été affinée dans les Directives terminologiques 2015 de l'ONUSIDA :

« La vulnérabilité réfère à l'inégalité des opportunités, à l'exclusion sociale, au chômage ou à un emploi précaire (et à d'autres facteurs sociaux, culturels, politiques, légaux et économiques) qui rendent une personne plus vulnérable à l'infection par le VIH et au sida. Les facteurs sous-tendant la vulnérabilité peuvent réduire la capacité des individus et des communautés à éviter le risque du VIH. Ils peuvent échapper à leur contrôle. Ces facteurs peuvent inclure : le manque de connaissances et de compétences pour se protéger et protéger les autres ; un accès, une qualité et une couverture limités des services ; des facteurs sociétaux restrictifs, tels que la violation des droits de l'homme, des lois répressives ou des normes sociales et culturelles nuisibles (y compris les pratiques, les croyances et les lois qui stigmatisent et déresponsabilisent certaines populations). Ces facteurs, seuls ou associés, peuvent créer ou exacerber la vulnérabilité individuelle ou collective au VIH. »

21. Dans de nombreux cas, les femmes et les filles, ainsi que leurs sous-populations, sont extrêmement vulnérables. Une multitude d'autres groupes et communautés qui ne sont pas spécifiquement décrits comme des populations clés le sont également. (La section 3 de ce document détaille leur cas, s'agissant là de l'axe principal du rapport.)
22. La nécessité d'atteindre plus efficacement les populations clés et vulnérables est manifeste dans le rapport de 2017 *En finir avec le sida : Progresser vers les cibles 90-90-90*.¹¹

« En dehors de l'Afrique subsaharienne, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 80 % des nouvelles infections par le VIH en 2015 [...] Même en Afrique subsaharienne, les populations clés et leurs partenaires sexuels se taillent la part du lion dans l'épidémie de VIH : en 2015, 25% des nouvelles infections sont décelées dans ce groupe, ce qui souligne l'importance de leur proposer des services. Globalement, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient 12% des nouvelles infections en 2015, tandis que les professionnels du sexe et les personnes consommant des drogues injectables représentaient 5 et 8% des nouvelles infections, respectivement. De plus, les données mondiales, désagrégées par pays, démontrent que la prévalence du VIH parmi les populations clés est souvent nettement plus élevée que parmi l'ensemble de la population. »

23. Les populations vulnérables font face à des difficultés à tous les niveaux de soins, du traitement à la prévention du VIH, y compris en matière d'identification du cas de VIH (par ex, le dépistage), la prise de conscience et l'éducation, le lien avec les soins et la rétention des patients et les barrières légales, sociales, politiques et économiques. Bon nombre de ces populations sont communément stigmatisées et discriminées dans les soins de santé et se heurtent à des obstacles supplémentaires, car elles sont criminalisées. Leurs droits sont régulièrement violés et leurs besoins de santé et sociaux ne sont pas satisfaits.
24. Ces défis se reflètent dans les données et observations historiques qui indiquent que les membres des populations clés et vulnérables sont, comparés à l'ensemble de la population, plus susceptibles de vivre avec le VIH, de contracter le virus et de bénéficier d'une assistance et de services inappropriés et de piètre qualité pour le VIH et, plus largement, la santé. L'exclusion et l'isolement peuvent être encore plus extrêmes chez certaines sous-populations des populations clés. La spécificité de ces groupes est très largement liée au contexte, et ces derniers peuvent se composer, par exemple, de jeunes hommes de moins de 18 ans ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et de femmes consommant des drogues injectables.

25. Les exemples qui suivent illustrent la vulnérabilité excessive et l'impact auxquels de tels groupes et communautés sont exposés dans différentes situations :

- Dans une étude menée à Bangkok, en Thaïlande, sur 500 personnes consommant des drogues injectables, 25% ont déclaré éviter les services de santé par crainte de devoir suivre un traitement obligatoire. L'utilisation des services liés au VIH était faible pour l'ensemble des participants à l'enquête.¹²
- Les données fournies dans le cadre de la demande de financement adressée en 2017 par le Kenya dans le cadre de la lutte contre le VIH/TB au Fonds Mondial de Lutte contre le sida, la Tuberculose et la Malaria ont démontré une prévalence élevée du VIH parmi les populations clés : avec des estimations de 29 % parmi les professionnels du sexe, de 18 % parmi les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de 18 % parmi les personnes consommant des drogues injectables, tandis que la prévalence du VIH à l'échelle nationale était estimée à 5,6 %.¹³
- Au niveau mondial, l'incidence du VIH est 10 fois plus élevée parmi les professionnelles du sexe que parmi l'ensemble de la population féminine.¹⁴

26. Le constat est clair : alors que les pays intensifient leurs programmes VIH pour atteindre les objectifs d'accélération (Fast Track), ils ne peuvent dégager des résultats solides et durables s'ils ne tiennent pas compte des obstacles et des défis des individus et des populations oubliés. Ils doivent apporter des réponses leur permettant d'améliorer l'accès, de ces individus et communautés, à la prévention, au traitement et aux soins du VIH se fondant sur les droits. Cela nécessitera une riposte au VIH interconnectée avec d'autres secteurs.

Encadré 2 : exemple d'impact : échec des ripostes au VIH intégrant tous ceux qui sont dans le besoin

De nombreux pays, y compris mon pays, le Kenya, n'atteindront pas ces cibles de traitement 90/90/90 sans aborder la question de la résistance au VIH, en particulier parmi les gens à la campagne dont les services ne sont pas comme les nôtres dans les villes où il y a des centres d'excellence. La pauvreté et les longues distances parcourues feront toujours qu'ils seront derrière dans le VIH, étant donné qu'ils ne peuvent même pas accéder à la surveillance de la charge virale.

—Répondant à l'enquête en ligne, Kenya, Secteur communautaire

Les mariages précoces des filles (adolescentes) engendrent l'impossibilité d'une éducation et, généralement, d'apprendre davantage sur la prévention du VIH et sur le système de soins. Une prévention défailante de la transmission verticale parmi les femmes consommant de la drogue, renforcée par la stigmatisation et la violence, induit un taux de transmission vertical triplé.

—Interview d'une personne originaire de l'Europe orientale et Asie centrale, secteur communautaire

Les femmes vivant avec le VIH et vulnérables à cette maladie, en particulier les femmes qui ont une expérience transsexuelle, occupent des espaces où les effets du racisme, le patriarcat, la pauvreté, le traumatisme et le VIH se

croisent. L'ONUSIDA doit aborder proactivement les effets conjugués de ces questions si elle s'engage vraiment à n'oublier aucune population dans la riposte au VIH.

—Naina Khanna, Directeur exécutif, Positive Women's Network (réseau des femmes positives), Oakland, États-Unis d'Amérique

Étude de cas 1. Les homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, au Mexique : Approche ciblée afin d'augmenter le dépistage du VIH et le lien avec les soins

L'épidémie de VIH au Mexique est très centrée parmi les populations clés, les homosexuels de sexe masculin et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentant une des populations les plus touchées. Dans des études datant de 2014, jusqu'à 44 % des homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes étaient séropositifs, et la plus forte concentration de nouvelles infections se situait chez les jeunes hommes âgés de 15-29 ans.¹⁵

Il semblerait que la prévention du VIH chez les homosexuels de sexe masculin et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes faiblisse dans certains pays. L'ONG *Inspira Cambio* a décidé en 2013 de changer de stratégie en matière de prévention du VIH et de mettre davantage l'accent sur l'amélioration de l'accès au dépistage du VIH. Le programme HIV d'*Inspira Cambio*, avec des homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, a initialement été lancé à Mexico City, Saltillo, Hermosillo et Nogales, grâce à un financement provenant essentiellement des gouvernements locaux et fédéraux. Cette stratégie est multiple :

- Augmenter la demande et l'accès au dépistage, y compris en facilitant le dépistage rapide du VIH et l'auto-dépistage ; détecter la syphilis, l'hépatite virale et l'herpès dans les centres communautaires ; promouvoir les réseaux sociaux ; et déplacer les services dans les endroits où les populations ciblées sont plus susceptibles de se rencontrer ;
- Fournir des services de conseils adaptés qui maintiennent le lien avec les services de santé ;
- Établir des normes garantissant que le lien soit un processus personnalisé comportant des offres alternatives en fonction des résultats à un dépistage du VIH et des besoins individuels de chacun ;
- Collaborer de manière continue avec les programmes VIH locaux et nationaux afin de respecter tous les engagements pris eu profit des HSH, quels que soient leurs besoins.

Le programme a permis d'atteindre 7 000 homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes depuis sa création. Sur ces 7000 HSH, 330 personnes ont été récemment diagnostiquées comme porteuses du VIH et ont été orientées vers les soins.

Les oubliés et les laissés pour compte : des personnes excessivement vulnérables

27. La majorité des répondants à la consultation menée dans le cadre du présent rapport ont répondu par « non » ou « un peu » à la question de savoir si la définition des populations clés privilégiée par l'ONUSIDA couvrirait toutes les personnes et populations que soutient leur organisation. Cela démontre que la définition actuelle ne couvre pas correctement leurs situations, communautés ou clients.
28. Pour de nombreux répondants, les différences les plus importantes dans les ripostes au VIH se produisent chez certaines sous-populations et d'autres groupes confrontés à une vulnérabilité disproportionnée et qui sont socialement, économiquement, politiquement et géographiquement isolés. Comme indiqué, ces individus ne relèvent généralement pas des catégories visées dans la définition de l'ONUSIDA. Certains souffrent de vulnérabilités qui n'apparaissent pas dans la définition, tandis que d'autres sont victimes de vulnérabilités multiples communes à toute population clé spécifique.

Encadré 3 : Observation : Repenser la définition de « personne n'est laissé pour compte »

La définition varie selon le contexte de chaque pays. Dès lors, la définition de « personne n'est laissé pour compte » doit être globale. Une certaine focalisation est nécessaire sur les groupes considérés comme exposés à un risque plus élevé. Toutefois, si nous négligeons l'aspect démographique, cette démographie pourrait augmenter [...] La lutte contre le VIH représente davantage que l'accès aux médicaments.

— Répondant à l'enquête en ligne originaire d'Asie-Pacifique, secteur communautaire

Les jeunes âgés de moins de 35 ans représentent plus de 65 % de la population africaine. Cela offre au continent une opportunité unique de maximiser son développement économique, social et politique. C'est pourquoi les adolescentes, jeunes femmes et jeunes gens qui représentent le pourcentage le plus élevé de nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne devraient être considérées comme une population clé indépendamment de leurs expériences, vies sociales, sexualité, culture, statut économique, appartenance religieuse et éducation.

—Répondant du Rwanda au sondage en ligne

Dans mon rapport, j'ai estimé que l'identification et l'apprentissage des épidémies cachées et écartées, telles que les nôtres parmi les homosexuels noirs, les hommes bisexuels et les femmes transsexuelles à travers l'Amérique et en particulier celles présentes en Amérique du Sud, est impératif et demande de l'attention et des ressources.

—Linda Villarosa, journaliste et professeur, City University of New York, NY.

29. Cela souligne la nécessité d'appliquer la perspective d'intersectionnalité au concept des « laissés pour compte ». Selon une interprétation, « *la reconnaissance de l'existence de plusieurs identités intersectionnelles est un premier pas dans le sens de la compréhension des complexités des disparités sanitaires pour les populations de différents groupes historiquement opprimés.* »¹⁶ Une identification et une riposte efficaces au VIH et une réponse aux besoins plus vastes de santé et de développement des populations excessivement vulnérables nécessitent donc que l'on considère leur vie comme étant « communes à ces différentes sphères d'expériences ». ¹⁷
30. Dans la pratique, par exemple, cela signifierait trouver des moyens permettant d'assister et d'orienter vers les soins et les services, les jeunes homosexuels de sexe masculin et autres hommes afro-américains ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les zones rurales du Sud des États-Unis, ou les professionnelles du sexe autochtones qui consomment des drogues injectables en Inde. Cela signifierait reconnaître les conséquences sanitaires et sociales dévastatrices des réalités vécues par ces populations : « La consommation de stupéfiants, et plus particulièrement la consommation de drogues injectables, est fortement associée à l'infection par le VIH parmi les jeunes autochtones au Canada où ils sont surreprésentés parmi les jeunes qui consomment des drogues injectables dans les grands centres urbains. »¹⁸ Et cela signifierait également reconnaître que de nombreuses personnes présentant des vulnérabilités et des facteurs de risques multiples, sachant que certains sont associés à leur identité de genre ou à leur orientation sexuelle et à l'expression, peuvent estimer que leurs besoins ne sont ni reconnus, ni satisfaits. Par exemple, un professionnel du sexe transgenre peut constater que les services conçus pour les professionnels du sexe ne correspondent pas à leurs réalités et à leurs besoins. Les identités croisées peuvent donc aggraver la marginalisation.
31. Ces populations et sous-populations diffèrent, de même que leurs besoins et les raisons de leur absence dans les ripostes au VIH. Mais elles sont également liées par bien des aspects et supportent souvent les principales charges sanitaires et sociales. Pourtant, elles sont souvent ignorées ou négligées dans les programmes VIH et de santé.
32. Réduire la vulnérabilité de ces individus et communautés, et augmenter l'équité, ne peut se faire qu'à travers un accès universel à la santé et une plus grande couverture des services pour atteindre les personnes qui sont masquées par la définition actuelle, plus large, de populations clés. Cela peut nous conduire au-delà de la vision limitée 90–90–90 pour atteindre un objectif de couverture de 100 %.

Le 10–10–10 : qui sont les oubliés ?

33. Parallèlement à l'importance croissante des cibles 90-90-90, et les progrès accomplis dans ce sens, il y a une reconnaissance croissante de la nécessité de mettre l'accent sur la prévention et sur une *couverture universelle* pour chaque population, communauté et individu. Est-il concevable que des pays puissent atteindre les cibles 90-90-90 tout en laissant de côté des communautés et des (sous-) populations entières ?

« *La vulnérabilité des professionnels du sexe en termes d'oubli dépend du contexte (cadres juridiques, politiques existantes relatives à la lutte contre la prostitution et la traite des êtres humains, la mise en œuvre de stratégies, etc.) et varie en Europe. Les professionnels du sexe et transgenres sont particulièrement invisibles en Asie de l'Est et centrale. En Europe centrale et occidentale, il s'agit des professionnels du sexe migrants et sans papiers. Généralement, les professionnels du sexe qui consomment des drogues sont plus vulnérables dans toutes les situations.* » — Réseau population clé en Europe.

34. Il faut garder à l'esprit deux points importants. Tout d'abord, la couverture insuffisante des services au sein des populations clés « classiques » — les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les transgenres, etc. En raison des lois répressives, de la stigmatisation et d'autres facteurs, les programmes ne parviennent pas à atteindre ces populations, bien qu'ils soient utiles à la société en général. Le deuxième problème est la réticence ou l'incapacité des gouvernements à prendre les mesures nécessaires pour atteindre ces populations et leur fournir les services dont elles ont besoin :

« La consommation de drogues et le travail du sexe sont encore criminalisés. Dès lors, le contexte juridique et les budgets sont totalement absents. Les attitudes des prestataires de soins de santé sont très discriminantes et stigmatisantes pour les populations clés. On constate une absence générale d'informations et de nombreuses désinformations sur le traitement, y compris les effets secondaires, etc., ce qui génère un obstacle dans l'accès au traitement. » — Réseau international travaillant en Europe orientale et en Asie centrale.

35. L'annexe 1 contient des informations relatives aux individus, populations, sous-populations et communautés qui ont été identifiés par les répondants à la consultation comme étant ignorés, très vulnérables et laissés pour compte dans leur propre contexte. L'Annexe souligne l'importance de l'intersectionnalité et du contexte dans la question de la vulnérabilité au VIH et du fait d'être « laissé pour compte ». Les réponses de chaque région et groupe pointent vers deux schémas importants : la présence manifeste de l'intersectionnalité à travers les diverses populations et sous-populations (par exemple, les professionnels du sexe qui prennent des drogues), et l'omission fréquente dans les définitions des populations clés des migrants, des peuples autochtones, des personnes vivant dans les zones rurales et des personnes vivant dans la pauvreté, couvrant des centaines de millions d'individus dans le monde.
36. Près de la moitié des personnes interrogées ont mentionné les migrants, et ont utilisé ce terme pour faire référence aux personnes migrant au sein d'un même pays ou à l'étranger, et aux personnes tant en situation irrégulière que régulière. La migration entraîne ou augmente la vulnérabilité des personnes en raison des obstacles structurels auxquels elles se heurtent pour accéder aux services VIH, et de la stigmatisation et de la discrimination dont elles sont victimes dans les structures sanitaires. Cette vulnérabilité est encore plus grave dans le cas des migrants sans papiers qui doivent survivre en dehors du « système » et qui ont un accès limité aux services officiels, ou n'y ont pas accès. Le manque de données sur les sous-populations des populations de migrants a été souligné dans des publications universitaires.¹⁹
37. Des sous-ensembles de migrants ayant été mentionnés comme évoluant dans des situations de vulnérabilité au VIH dans plusieurs contextes différents incluaient les migrants professionnels du sexe (hommes, femmes et transgenres) et les migrants célibataires (cités par plusieurs répondants en Inde).
38. Plusieurs répondants ont mentionné les populations autochtones. Le terme a plusieurs définitions, mais il renvoie généralement aux minorités tribales (par ex., en Inde) et aux groupes natifs d'une région ou d'un pays avant l'arrivée d'un ou plusieurs groupes différents qui deviennent ensuite dominants sur le plan politique, social, économique et culturel. Les populations autochtones sont souvent marginalisées culturellement et socialement, et leur vision du monde et leurs systèmes sociaux sont rarement reconnus dans les stratégies et les engagements en matière de santé. Leurs circonstances spécifiques peuvent compliquer l'élaboration et la mise en œuvre de programmes qui

répondent à leurs besoins. Certains pays répondent par défaut par de la négligence ou par de belles paroles.

39. Une étude de 2015 soulignait la vulnérabilité disproportionnée au VIH des populations autochtones au Canada, par exemple : « *Les populations autochtones représentent 4,3 % de la population canadienne et totalisaient pourtant 12,12 % des nouvelles infections par le VIH et 18,8 % des cas de sida déclarés en 2011 [...] Et au Canada, le taux de diagnostic du VIH parmi les populations autochtones s'élève à 179,2 pour 100 000 personnes, alors que ce taux n'est que de 29,2 parmi les populations non autochtones.* »²⁰
40. Les jeunes apparaissent également souvent dans les réponses, généralement en termes généraux, bien que parfois plus spécifiques, tels que « jeunes parmi les populations affectées » :

« Les professionnels du sexe sont également exclus, essentiellement pour des motifs légaux résultant de la planification des programmes ciblant les migrants [...] professionnels du sexe et les jeunes professionnels du sexe : absence complète de services appropriés ou de reconnaissance dans les documents/stratégies politiques [...] il est malaisé d'œuvrer à un changement légal si vous êtes personnellement criminalisé et stigmatisé. » — Réseau de populations clés en Europe.

41. Les conclusions décrites à l'Annexe 1 montrent également les priorités des répondants par rapport aux autres formes d'intersectionnalité. Nombreux sont ceux à avoir fait mention des sans-abris ou d'une variante (par exemple, les enfants vivant dans la rue), des personnes handicapées, des personnes incarcérées et des personnes co-infectées par la TB. Plusieurs répondants ont également cité parmi les groupes vulnérables des groupes et communautés qui ne sont généralement pas pris en considération dans les discussions relatives au VIH, tels que les chefs religieux, les éleveurs nomades, les personnes souffrant d'un handicap mental et les « Hispaniques ne parlant que l'espagnol » (par un répondant nord-américain). De telles contributions démontrent encore la diversité de la vulnérabilité au VIH et les réalités des répondants dans le monde entier.

ÉTUDE DE CAS 2 : lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres en Namibie — Atteindre les populations vivant en dehors des grandes villes

En élargissant ses services à l'extérieur de la capitale namibienne et des villes côtières, Out-Right Namibia a pu identifier, documenter et proposer des services aux victimes de préjugés homophobes et de mauvais traitements. La tâche n'a pas été simple en raison de la nature étendue et diffuse de la population de la Namibie. Cet élargissement à l'extérieur de la capitale représente donc un effort coûteux (les ressources des groupes de la société civile ayant été réduites après que la Namibie a été classée comme pays à « revenu intermédiaire supérieur »). Mais les efforts de Out-Right Namibia sont importants, car ceux qui nécessitent le plus l'aide de l'organisation vivent dans de petites villes rurales ou péri-urbaines.

L'élargissement du projet documentaire des droits de l'homme de Out-Right Namibia aux plus petites villes et villages confirme l'absence de fourniture de services aux lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres en dehors des principaux centres urbains. L'histoire personnelle d'Andreas, relatée ci-dessous, met en exergue la vulnérabilité et l'invisibilité trop fréquente des homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les zones rurales en Namibie.

Andreas [un pseudonyme] est un garçon de 18 ans qui se prépare pour ses examens de fin de scolarité. Il est homosexuel et l'a « avoué » à ses proches. Sa mère et ses frères et

sœurs connaissent donc son orientation sexuelle. Andreas vivait initialement en internat étant donné qu'il fréquentait une école supérieure dans une autre ville. Il souhaite poursuivre ses études et décrocher un diplôme universitaire. Toutefois, la vie d'un homosexuel vivant dans un internat n'est pas simple.

Quand Out-Right Namibia a contacté Andreas via son coordinateur communautaire régional, il avait été expulsé de l'internat et ne pouvait plus y résider après être rentré à une heure tardive au retour d'une visite chez sa mère durant un week-end. Sa mère a convenu avec la tante d'Andreas que cette dernière l'hébergerait, mais elle n'acceptait pas son orientation sexuelle comme la mère d'Andreas. Il est rapidement devenu évident qu'Andreas ne pourrait continuer à vivre chez sa tante.

Confrontés au danger de devoir renoncer à passer ses examens de fin d'école secondaire, Andreas et sa mère ont contacté Out-Right Namibia. L'organisation proposait depuis peu un service identifiant, étayant et ripostant aux violations des droits des LGBT en Afrique du Sud, via un projet régional du Fonds mondial appelé ReACT. Out-Right Namibia a pu aider Andreas en lui proposant un logement approprié pour qu'il puisse passer ses examens et obtenir les notes lui permettant d'entrer à l'université.

NOUS CONNAISSONS LES MOTIFS DE LA VULNÉRABILITÉ EXTRÊME ET DISPROPORTIONNÉE—POURTANT ELLE CONTINUE DE SÉVIR

42. Pourquoi des groupes ou des populations sont-ils « laissés pour compte » ? Les réponses sont diverses, mais certaines sont récurrentes : la stigmatisation et la discrimination sociales, culturelles, économiques, politiques et légales, les violations des droits de l'homme et la pauvreté. De nombreux répondants ont également cité « l'idéologie conservatrice », soit dans la société dans son ensemble soit au sein de certains gouvernements, mouvements religieux fondamentalistes, etc.

43. D'autres motifs ont également été cités :

- L'absence de stratégies spécifiques ou ciblées ou d'aide à l'implication de la/des populations
- L'absence de soutien aux ripostes de la population adoptant une approche « rien sur nous, sans nous », en ce compris le principe GIPA (participation accrue des personnes vivant avec le VIH) ;
- L'ignorance volontaire de la/des populations par les gouvernements et/ou les autres prestataires de services et d'assistance - notamment en ne les intégrant pas aux programmes ou stratégies nationaux - en raison de la stigmatisation, des barrières légales, culturelles et économiques, telles que la criminalisation des populations clés, la pénalisation du VIH ou des autres législations qui discriminent les PVVIH et autres populations clés ;
- L'absence délibérée ou involontaire de priorisation par les responsables de la mise en œuvre des programmes et les autres prestataires de services pour ce qui concerne le VIH, mais également des questions plus larges traitant de la santé et du développement ;
- Le manque de volonté politique d'assister de telles populations ;
- L'absence de financement des groupes communautaires qui travaillent avec les populations les plus vulnérables ; et
- L'influence négative de certains groupes religieux (un facteur fréquemment cité par les interviewés hispanophones et les répondants à l'enquête en ligne).

44. Par ailleurs, certains répondants ont mentionné :

- Les crises politiques et économiques qui ont entraîné une baisse des aides destinées aux services socioéconomiques et de santé (comme la situation au Brésil ces dernières années) ;
- Le manque de supports ciblés en matière de communication, éducation et information sur le VIH ; et
- Les normes sociales et sexospécifiques.

45. De nombreux groupes de personnes extrêmement vulnérables au VIH sont également laissés pour compte en raison d'un manque de données à leur sujet. On sait trop peu de choses sur la manière dont de nombreuses personnes sont exposées, sur les raisons de leur exposition, et sur la façon dont ces obstacles peuvent être surmontés le plus efficacement possible. Les données disponibles ne sont souvent pas désagrégées (par ex., selon l'âge, le sexe ou le type de la vulnérabilité spécifique) et ont donc, souvent, une utilité limitée dans le cadre de la conception d'interventions et de programmes ciblés. Comme un répondant de la région Asie-Pacifique l'a formulé : « *Si nous ne ventilons pas les populations clés par âge, les populations clés des adolescents et des jeunes seront toujours oubliées étant donné qu'elles ne peuvent pas toujours accéder aux services fournis aux populations clés en raison des restrictions juridiques et culturelles.* » Un autre répondant de la même région a souligné le manque de reconnaissance de certains groupes : « *Par exemple, [avec le] SSCIV²¹, ici aux Philippines – les questionnaires relatifs à la démographie se limitent à vérifier si les répondants sont des professionnels du sexe, des HSH ou/et des UDI.* »

46. Les défis en matière de données sont souvent liés à d'autres lacunes qui permettent d'expliquer pourquoi les personnes les plus vulnérables sont absentes des ripostes au VIH. Un répondant à l'enquête en ligne originaire d'Amérique latine et Caraïbes a résumé certaines de ces difficultés de la façon suivante : « *Il y a peu de politiques nationales et de plans stratégiques avec des objectifs, des cibles et des indicateurs pour ces populations. Dès lors, aucun budget n'est prévu pour la mise en œuvre des activités [...] De même, il n'existe aucune action coordonnée entre les programmes VIH et les institutions qui ont accès à d'autres populations vulnérables telles que les migrants et les populations autochtones.* » Un autre répondant du secteur communautaire, originaire d'Amérique du Nord, a mis en exergue le manque d'implication : « *La négligence semble faire référence à un manquement. Les prémisses n'existent même pas. Nous ne les rencontrons même pas pour leur parler.* »

47. Les répondants admettaient que, quel que soit le contexte, atteindre et assister des populations avec des services ciblés et appropriés pour la lutte contre le VIH, est un élément essentiel à une riposte fructueuse, durable et basée sur les droits. Nombre d'entre eux ont également souligné la nécessité de réformes ou de nouveaux développements, et ce, plus largement parmi une palette de facilitateurs essentiels. Un accent particulier a été mis, dans la quasi-totalité des contextes, sur les droits de l'homme et les réformes juridiques - par ex., légaliser le travail du sexe, dépénaliser les relations homosexuelles, éliminer les restrictions afférentes à la thérapie de substitution aux opioïdes, éradiquer les mutilations génitales chez les femmes, les violences sexospécifiques et fournir une éducation sexuelle globale, particulièrement pour les adolescents et les jeunes.

Encadré 4. Atteindre les « oubliés » : différents obstacles dans différents contextes

« Les clivages non résolus dans les services : les droits à la santé sont violés et ils ne jouissent donc d'aucun accès aux médecins, au traitement, à des services de santé culturellement sécurisés, à des services [...] fournis dans des langues appropriées, [ni] d'informations qui leur sont communiquées d'une telle manière qu'ils puissent les comprendre. Quand les droits sont violés ou quand des lois répressives sont appliquées à une personne ne possédant aucun statut légal, l'accès à un conseil juridique est limité, mais leur sécurité est compromise et ils pourraient être appréhendés. »

— Répondant à l'enquête en ligne originaire d'Amérique du Nord, secteur communautaire

« En Russie, seule une poignée de groupes clés [...] ainsi que de sous-groupes [...] sont couverts par les ripostes au VIH. (Il n'existe aucune méthode de prévention admise au niveau international pour atteindre tous les groupes de population clés en Russie - réduction de la pauvreté, travail de sensibilisation, programmes d'échange des aiguilles et seringues, thérapie de substitution aux opioïdes, etc.). »

—Interview d'une personne originaire de l'Europe orientale et Asie centrale, secteur communautaire

Les enfants âgés de 6-14 ans ne sont pas inclus et sont oubliés. Il y a des projets pour le (E)PMTCT, pour les vaccinations des enfants de moins de 5 ans et puis de 6 à 14 ans, personne ne se préoccupe de cela et nous insistons sur les modes sexuelles [...] nous devrions investir dans des programmes fondés sur l'école pour les atteindre et sur des programmes communautaires qui ciblent les vaccinations HPV et le dépistage contre le cancer intégré avec le VIH. En outre, on ne devrait pas seulement insister sur les filles et les jeunes femmes, mais aussi sur les garçons et les jeunes hommes.

—Répondant du Zimbabwe au sondage en ligne

« Le poids et l'influence politiques de la pensée abolitionniste sur le travail du sexe ont engendré le développement et le financement de politiques et de programmes qui ne se fondent pas sur les droits et qui perpétuent donc la stigmatisation des professionnels du sexe. Cela décourage les professionnels du sexe à recourir aux services et ils sont généralement laissés pour compte. »

—Interview d'une personne originaire de l'Europe orientale et Asie centrale, secteur communautaire

« La loi sur le sida actuellement en vigueur aux Philippines autorise les jeunes de moins de 18 ans à se soumettre au dépistage du VIH et à bénéficier d'autres services connexes uniquement si les parents ou le tuteur y consentent, ce qui complique la tâche des PJ (populations de jeunes) dans l'accès aux services relatifs au VIH. »

—Participant à un groupe de discussion d'Asie-Pacifique, secteur communautaire

« Les véritables problèmes ne sont pas abordés, tels que la pauvreté, les obstacles entravant l'accès aux services, la violence, les systèmes défectueux, les services inappropriés »

—Interviewé d'Amérique latine et Caraïbes, secteur communautaire

« L'Ouganda ne peut atteindre ces cibles de traitement 90/90/90 sans aborder la question de la résistance au VIH. Mon centre de traitement compte à lui seul 380 personnes qui échouent en seconde ligne, mais il n'y a pas d'alternatives de troisième ligne.

—Participant du groupe de discussion, Ouganda

« En Jamaïque et dans les Caraïbes [...] les problèmes relatifs à la pauvreté et à la violence sexospécifique et contre les enfants, dont le viol d'enfants, la stigmatisation et la discrimination, impactent l'intervention dans le domaine du VIH et contribuent à l'exclusion de certaines personnes dans le cadre de la riposte. »

—Interviewé d'Amérique latine et Caraïbes, secteur de la société civile

« S'adresser aux populations susceptibles d'être ignorées par les gouvernements dans les cibles de traitement 90/90/90, investir dans des initiatives inclusives menées par les communautés, affecter les ressources où elles sont le plus nécessaires, simplifier les documents techniques pour la compréhension par les communautés et les gouvernements pour améliorer les cadres juridiques, réorienter l'engagement des communautés PVVIH, détecter de nouvelles infections auprès des jeunes en général »

—Participant du groupe de discussion, AmSHER, Afrique du Sud

« Il est difficile d'intervenir avec des mineurs, même s'ils mènent une vie sexuelle active. Les défis afférents à l'accès au TAR ou à la résolution d'autres problèmes sont importants [...] De nombreux professionnels du sexe sont étrangers et le travail du sexe est la seule option. Mais nombre d'entre-eux sont sans abri et entretiennent peu de liens avec les services d'aide. »

—Répondant à l'enquête en ligne originaire d'Amérique latine et Caraïbes, secteur communautaire [traduit de l'espagnol]

ÉTUDE DE CAS 3 : Les populations clés en Inde — Faire entendre la voix des communautés et améliorer la visibilité

L'organisation nationale indienne de lutte contre le sida n'a pas vraiment réussi à atteindre certaines populations clés vulnérables, telles que les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les *hijras*. L'une des raisons est la compréhension défectueuse, l'absence de programmes communautaires adaptés et le manque de confiance dans les organisations communautaires.

En réponse, les communautés et les populations clés ont décidé d'agir. Pehchan, un projet quinquennal (2010-2015) financé par le Fonds Mondial, a permis de créer des capacités, de sensibiliser aux changements politiques permettant de réduire les obstacles à l'accès aux services, d'atténuer la violence, de fournir des services communautaires spécifiques et de renforcer les interventions ciblant les groupes vulnérables dans 18 États indiens. Le programme a été mis en œuvre par l'Alliance indienne VIH/SIDA en collaboration avec quatre partenaires de la société civile implantés dans les communautés ciblées. Pehchan a également entrepris de renforcer les systèmes communautaires à l'aide des approches suivantes ;

- *Des consultations communautaires* afin de déterminer la conception, la planification, la mise en œuvre, le suivi, la diffusion et l'évaluation de l'impact des programmes ;
- *Le renforcement communautaire*, qui incluait de multiples formations pour les homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, transsexuels et *des membres de la communauté* des hijras au niveau local, sur des questions telles que la sexualité, le sexe et l'identité ; les rapports sexuels protégés ; les droits de l'homme et la loi relative à l'homosexualité, l'état d'alerte communautaire et autres ;
- *La mobilisation via des événements de sensibilisation* ayant pour objet d'améliorer la visibilité et de créer des plates-formes de responsabilisation. Par exemple, des rassemblements de *hijras* au niveau national et au niveau de l'État ont été organisés annuellement afin de discuter et de promouvoir des changements politiques positifs.
- *La gouvernance communautaire*, qui a mis l'accent sur les arrangements qui permettaient de partager le pouvoir avec des membres élus de la communauté qui ne faisaient pas partie du personnel du programme. Cela a permis de promouvoir le leadership au sein des communautés et de garantir que des services de qualité soit conçus et implémentés ;
- *L'emploi pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les hijras à des postes clés*. Cet objectif a pu être atteint en employant 90 % du personnel du projet Pehchan au sein des communautés qui sont traditionnellement sous-employées en raison de la stigmatisation, de la discrimination et d'un manque d'opportunités. Près de 1900 personnes provenant de la communauté ont été formées dans le cadre du projet Pehchan et possèdent aujourd'hui les compétences afin de contribuer aux futurs travaux du Programme national de contrôle du sida.

Le projet Pehchan a permis de renforcer 200 OC et a atteint plus de 450 000 membres des trois populations prioritaires durant ses cinq années d'existence. Parmi eux, plus de 230 000 personnes se sont soumises à un dépistage du VIH et ont reçu leurs résultats, et près de 2000 personnes ont été en contact avec des centres de traitement et ont commencé une thérapie antirétrovirale. Pour la première fois, des partenaires féminines des membres de la communauté ont pu bénéficier des services afférents à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, et ce, en toute confidentialité.

De plus, des estimations plus fiables ont été obtenues sur les tailles des communautés via des stratégies de mobilisation communautaire, des événements et des initiatives de sensibilisation. Après le projet Pehchan, les estimations du Programme national de contrôle du sida sur les homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les *hijras* exposés aux risques ont presque doublé (pour passer à 450 000), ce qui a justifié une augmentation du nombre d'interventions et l'élargissement des services de santé aux districts isolés.

INVERSER LA TENDANCE : CE QUE L'ONUSIDA PEUT FAIRE : RÔLES ET RESPONSABILITÉS PROPOSÉS

48. Le questionnaire standardisé de la consultation incluait une sous-section consacrée à l'ONUSIDA qui contenait quelques questions axées sur le rôle et les responsabilités de l'ONUSIDA et la façon de les améliorer. Les groupes de discussions et les interviews individuelles ont également suscité des évaluations et des suggestions.
49. La plupart des réponses reconnaissaient l'importance et la valeur ajoutée du travail exécuté par l'ONUSIDA. Cette valeur ajoutée était considérée en termes de support technique, plus spécifiquement dans les domaines des informations stratégiques et de la création de capacités. L'ONUSIDA a été efficace, par exemple, en soutenant les communautés des transgenres et la loi sur le VIH en Inde, ainsi que dans le domaine de la recherche essentielle sur le VIH en Ouganda. L'ONUSIDA a produit et partagé régulièrement du matériel de haute qualité pour aider ses partenaires à répondre efficacement à l'épidémie. Il a également été souligné que l'ONUSIDA soutenait les partenariats, comme tel a été le cas dans le développement de la proposition du Groupe religieux en Jamaïque, un partenariat important avec des organisations confessionnelles et autres, ayant pour objet d'intensifier la sensibilisation à l'épidémie. Son travail est également reconnu en Afrique dans le support du renforcement des systèmes communautaires et dans le rapprochement des organisations confessionnelles.
50. L'ONUSIDA a fait usage de sa force de mobilisation pour servir de pont entre les organisations de la société civile et les gouvernements dans une dynamique de dialogue et de collaboration. Cependant, des répondants de certains pays à hauts revenus, tels que le Royaume-Uni et les États-Unis, ont fait remarquer que les actions de l'ONUSIDA manquaient de visibilité. Des répondants ont également noté que les bureaux de pays étaient peu fonctionnels dans certains pays d'Europe orientale et d'Asie centrale (l'Ukraine étant l'exception) et ne répondaient pas de manière adaptée aux besoins des communautés. Comme l'un des répondants d'un réseau international en Europe l'a souligné, l'ONUSIDA devrait « attirer l'attention sur les problèmes régionaux de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, et plus particulièrement les problèmes afférents à la réduction de la pauvreté. L'ONUSIDA devrait mener une lutte politique et diplomatique dans la région et pour la région ».

Défis pour les Nations Unies

51. De nombreuses réponses soulignaient les principaux problèmes actuels de l'ONUSIDA. Globalement, les répondants d'Asie-Pacifique, et de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, ont été les plus prolifiques et spécifiques en la matière. Par exemple, certains répondants de la région ont suggéré que l'ONUSIDA est souvent trop prudente quand il s'agit de lutter contre des politiques gouvernementales nuisibles et ne plaide pas assez fermement pour des approches fondées, telles que la dépénalisation ou la réduction de la pauvreté. Les répondants ont également souligné que le travail exécuté était bon, mais qu'un fossé énorme est encore constaté dans la communication entre les bureaux de l'ONU, les communautés et leurs représentants. Parfois, une inadéquation est également observée entre les priorités et les méthodes stratégiques de travail. Dans certains pays, les agences de l'ONU sont les premières bénéficiaires de ressources du Fonds Mondial, ce que certains répondants ont considéré comme étant inacceptable et à l'origine de tension entre le Programme commun et les communautés. Un chef de communauté d'Asie-Pacifique faisait remarquer : « L'ONUSIDA concurrence des réseaux et des ONG quand ils mettent en œuvre des programmes de prestations de services sur le terrain, plutôt que de soutenir la société civile et les communautés dans leurs efforts de plaidoyer ».

52. Un autre répondant a souligné que l'ONUSIDA répond d'abord à « la représentation épidémiologique et pas aux déterminants sociaux ni à la durabilité » de la réponse. De nombreux groupes semblent ne pas avoir entendu parler de l'ONUSIDA. Par exemple, un groupe d'hommes transgenres interviewés en Inde n'avait pas entendu parler de l'ONUSIDA ; un groupe de personnes de la société civile interviewé au Royaume-Uni a rapporté qu'il connaissait un peu l'ONUSIDA et un individu interviewé en Allemagne a avoué ne connaître l'ONUSIDA que sous la forme d'une entité régionale. Ces individus et groupes communautaires n'ont pas bénéficié des programmes de lutte contre le VIH.
53. Une autre série de commentaires faisaient référence à ce qui peut être appelé la rigidité de l'ONUSIDA et le manque de souplesse dans la manière dont elle mesure et évalue les ripostes au VIH et les progrès en la matière, et ce, plus particulièrement au niveau national. Cette approche est parfois problématique étant donné qu'elle n'autorise aucune flexibilité ni aucune marge pour ce que l'ONUSIDA considère comme étant des « succès ». Le commentaire d'un répondant en ligne originaire de l'Asie-Pacifique disait ceci : « *L'ONUSIDA se focalise sur des nombres absolus plutôt que de disséquer les informations stratégiques afin de discerner le politique - à savoir, comment des populations clés sont oubliées, quand nous disons que nous exécutons un travail de qualité - et de se concentrer sur les chiffres qui confirment un recul national global des nouvelles infections, par exemple.* »

Appel à une meilleure compréhension de la vulnérabilité

54. « *Pour notre part, nous travaillons et identifions le concept de la vulnérabilité dépassant la notion de risque des populations clés. Les stratégies devraient se concentrer sur la réduction des vulnérabilités. Dans le cadre de ce concept, nous distinguons l'importance du travail avec les migrants et les autres populations, les personnes habitant dans les zones rurales, les populations autochtones, les personnes co-infectées porteuses du VIH et de la tuberculose.* » — Répondant à l'enquête en ligne originaire d'Amérique latine et Caraïbes, secteur communautaire [traduit de l'espagnol]
55. Les enquêtes et les interviews ont également mis en lumière qu'une certaine tension règne dans de nombreux pays (selon les participants originaires de l'Afrique et de l'Asie-Pacifique) parmi et entre l'ONUSIDA et les coparrainants. Il a été souligné que la tension résulte d'agendas concurrents du gouvernement, de la communauté et des coparrainants et engendre une perte de crédibilité et un questionnement de l'autorité technique.

Inclusion et intersectionnalité : Les chemins menant à l'éradication de l'épidémie de sida

56. Plusieurs suggestions de la communauté, de la société civile et des parties prenantes portaient sur la manière dont et le moment auquel l'ONUSIDA devrait garantir l'inclusion des « oubliés », dont ceux qui sont actuellement laissés pour compte dans le cadre de la riposte mondiale au sida. En sa qualité d'organisation indispensable dirigeant et contrôlant la réponse mondiale au VIH et l'écosystème, l'ONUSIDA joue un rôle prépondérant dans la sensibilisation politique. Grâce à sa diplomatie et sa force de mobilisation, l'ONUSIDA peut s'engager dans une collaboration avec les gouvernements afin de les assister et de les encourager à développer des ripostes nationales et locales appropriées au sida, y compris et plus spécifiquement, une réforme légale et politique. L'ONUSIDA peut également collaborer avec les gouvernements nationaux et différents bureaux, département et ministères (éducation, protection sociale, finances, développement économique, etc.) et d'autres départements pertinents afin d'intégrer le VIH dans leurs programmes et services respectifs.

57. L'ONUSIDA doit recentrer immédiatement son approche dans quelques domaines critiques afin de garantir une meilleure réponse mondiale, plus inclusive et plus efficace. Un rôle majeur que l'ONUSIDA a toujours joué, et qui pourrait être amélioré, réside dans sa fonction de médiateur ou de rassembleur entre les populations ou communautés clés et les gouvernements. Cela est particulièrement important dans des situations nécessitant une attention urgente : par exemple, la « guerre pour les drogues » aux Philippines et l'urgence sanitaire continue au Venezuela. À défaut d'une compréhension globale de l'importance afférente au rôle central des communautés et de la société civile dans la riposte locale et nationale au HIV, l'ONUSIDA et les gouvernements ne pourront pas répondre aux besoins des populations oubliées et de celles laissées pour compte.
58. Les répondants soulignent également que l'ONUSIDA doit davantage écouter et impliquer de manière significative les populations clés, et ce, dans toute leur diversité. L'ONUSIDA devrait réétudier et considérer une fusion des priorités de l'ONU avec celles des communautés. Une étape ultérieure importante implique que l'ONUSIDA inclue davantage les différents segments des communautés et pas uniquement les communautés que nous connaissons déjà. L'ONUSIDA doit également travailler à faire entendre les voix des communautés en fournissant un support technique et financier. Comme une organisation communautaire travaillant sur le VIH en Europe l'indiquait : « *La définition des populations clés devrait inclure les migrants et les populations clés parmi les migrants, à savoir les migrants homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les jeunes migrants, etc., et les migrants sans papiers.* »
59. L'ONUSIDA doit clarifier son rôle « d'intermédiaire honnête » dans les relations bilatérales et avec les autres donateurs dans le pays afin de garantir que personne ne soit oublié, et elle doit « démontrer qu'elle peut apporter une valeur ajoutée ». En étant un participant actif au sein des Mécanismes de Coordination du Pays, des processus PEPFAR COP et d'autres mécanismes de donateurs, l'ONUSIDA peut garantir une distribution plus équitable des ressources, et plus particulièrement pour les organisations en charge de la population clé et des réseaux et ONG.
60. Certains commentaires des répondants indiquent la voie à suivre :
- « *Aider les communautés dans le plaidoyer d'une transition fluide du financement par les donateurs au financement public, ainsi que les modifications législatives nécessaires.* » (Interview d'une personne originaire de l'Europe orientale et Asie centrale, secteur communautaire)
 - « *[Fournir] une aide plus soutenue aux organisations de population clés et non uniquement à celles incluses dans sa définition, mais également au niveau national, telles celles en charge des jeunes femmes et des filles et des femmes en difficultés.* » (Interviewé d'Amérique latine et Caraïbes, secteur communautaire)
 - « *L'ONUSIDA occupe une position privilégiée afin d'éliminer les obstacles juridiques et réglementaires à l'accès. L'ONUSIDA devrait diriger ces processus. Aider les gouvernements à mieux affecter les budgets en fonction des épidémies.* » (Interviewé de l'Europe, secteur communautaire en charge des migrants)
 - « *Fournir une assistance technique afin de donner aux communautés la possibilité de comprendre et d'évaluer les données.* » (Interviewé d'Asie-Pacifique, secteur communautaire)
 - « *Attirer l'attention sur les problèmes régionaux de l'Europe orientale et de l'Asie centrale, et plus particulièrement sur les problèmes relatifs à la réduction de la*

pauvreté. L'ONUSIDA devrait mener une lutte politique et diplomatique dans la région et pour la région ». (Interviewé d'une organisation internationale de la société civile travaillant dans la région d'Europe orientale et d'Asie centrale)

61. Il est nécessaire d'améliorer la gouvernance de l'Équipe commune des Nations Unies sur le sida au niveau national pour permettre d'attirer l'attention sur les populations laissées pour compte. La Délégation des ONG est préoccupée par le fait que l'importance réduite de l'ONUSIDA puisse engendrer une focalisation moindre sur le VIH. Pour éviter une telle situation, la société civile, les communautés et l'ONUSIDA doivent travailler ensemble de façon constructive. Le soutien de la société civile dans la participation à des Revues annuelles conjointes, à des Réunions des Partenaires du développement sur le sida ainsi que le Soutien conjoint des Nations Unies pour les Comités nationaux de coordination des programmes sur le sida pourraient être une façon d'impliquer davantage des acteurs des communautés et des populations clés pour s'assurer qu'on n'oublie personne.

Attention renouvelée sur les précédents points de décision

62. Plusieurs Points de décision du CCP soumis par la Délégation des ONG dans les rapports récents du CCP sont très pertinents et étroitement liés avec le sujet et l'accent mis dans le rapport de 2017. Selon la Délégation, un facteur clé, absent de l'évaluation de l'objectif et les réponses, est le manque de suivi par l'ONUSIDA de certains Points de décision critiques du CCP. Des efforts plus soutenus et continus visant à initier des actions telles que visées dans ces Points de décision sont nécessaires afin de relever avec succès les défis énoncés et de garantir que les progrès réalisés dans le sens des cibles 90-90-90 tiennent compte de toutes les populations excessivement touchées.
63. Parmi les Points de décision pertinents susmentionnés, on peut citer (ceux mis en exergue étant en italique) :

- a. ONUSIDA/PCB (39)/16.23
Date de publication : 11 novembre 2016

Reconnaît la riposte accélérée (Fast Track) au sida et réalise leur potentiel afin d'éradiquer le sida, les organisations communautaires et les réseaux réclament des ressources financières suffisantes et que l'ONUSIDA estime que le financement afférent à la mobilisation communautaire devrait être triplé entre 2016 et 2020 ; la proportion des services fournis via les canaux communautaires devrait passer à 30% à l'horizon 2030 ; et l'investissement dans les facilitateurs sociaux - y compris la sensibilisation, la mobilisation politique, la loi et les réformes, les droits de l'homme, la communication publique et la réduction de la stigmatisation - devrait s'élever à 6% des investissements totaux dans la lutte contre le sida.

- b. UNAIDS/PCB (33)/13.16
Date de publication : 6 décembre 2013

En appelle à l'ONUSIDA, les coparrainants et les partenaires, dans le cadre d'une urgence prioritaire
Rappelant le 26e CCP, *Point 2 de l'ordre du jour : Garantir la non-discrimination dans les ripostes au VIH ; Points de décision : 7.3, 7.4, 7.5, 7.6 et 7.7a ; Rappelant le 30e CCP : Session thématique sur la non-discrimination : Point de décision : 6.1a ; Demande à l'ONUSIDA et aux États membres de rapporter au 35e CCP sur les actions concrètes (dont le support afin de renforcer la capacité nationale, les fonds déboursés, le développement des données, la recherche et la démonstration, le*

renforcement des environnements facilitant, dont la réforme des lois et politiques répressives) initiées afin de mettre en œuvre les programmes élargis visant à réduire la stigmatisation et la discrimination des populations clés (y compris les personnes transgenres), à une échelle suffisante afin d'améliorer la vie des personnes exposées au risque d'infection et des personnes vivant avec le VIH.

64. Ces Points de décision doivent attirer une attention plus soutenue et des moyens plus importants pour les populations clés et vulnérables et leur accès inéquitable au traitement, à la prévention et au support à la lutte contre le VIH. Quatre années se sont écoulées depuis le rapport 2013 de la Délégation des ONG qui ²² avertissait « *qu'en l'absence d'une action concertée et d'une modification significative, les dernières initiatives et le risque afférent aux nouvelles opportunités aggravaient, plutôt que de le réduire, le « déficit en termes d'équité » affectant négativement ces populations. Une action plus forte et plus cohérente est nécessaire afin de combler les déficits en termes de données, de financement, de droits, de capacités et de support technique.*
65. La Délégation a régulièrement articulé l'urgence sur les écarts de données et sur les responsabilités d'ONUSIDA, comme diffuser des informations stratégiques et des preuves à tous les acteurs, y compris la société civile et les communautés vivant avec et étant les plus atteintes par l'épidémie. Le passage suivant est tiré d'un document publié au mois d'avril 2017, *The UNAIDS we need: Ten key messages from civil society & communities to the Global Review Panel* ».²³

L'ONUSIDA doit totalement s'insérer dans le cadre de la révolution mondiale des données pour la riposte au VIH et doit mieux utiliser les sources de données non traditionnelles ; l'ONUSIDA doit réinjecter les données dans la programmation d'une manière plus ponctuelle et doit partager les données de manière plus ouverte et les diffuser largement, y compris à et avec la société civile. Plus spécifiquement, l'ONUSIDA devrait fournir une ventilation des données se fondant sur le statut économique, l'âge, la race, l'éducation, la sexospécificité, l'orientation sexuelle, la localisation géographique et d'autres statuts, afin d'orienter la programmation et les investissements des programmes et de mieux cibler ceux qui en ont le plus besoin. Les interventions se focalisant sur les localisations et les populations généreront l'impact le plus important et catalyseront l'innovation pour les personnes qui les nécessitent le plus, tout en garantissant que personne ne soit oublié. »

RECOMMANDATIONS

66. Le rapport des ONG souligne qu'un suivi plus soutenu du respect des conventions relatives au VIH, à la non-discrimination et aux droits de l'homme, signées par les États membres, est nécessaire, notamment dans le cadre de l'Agenda 2030, qui plaide en faveur de l'inclusion de tous. Reconnaisant le rôle des communautés dans l'inclusion des populations oubliées et reconnaissant la nécessité de renforcer la participation des organisations de la société civile, des communautés et de toutes les populations dans la conception et la mise en œuvre des ripostes au sida, à tous les niveaux ; reconnaissant que davantage d'informations sont nécessaires sur les populations et communautés laissées pour compte alors que les pays progressent dans la concrétisation des cibles 90-90-90 – ainsi que sur la vulnérabilité, la stigmatisation et les obstacles juridiques, sociaux, politiques sanitaires et autres auxquelles elles sont confrontées ; reconnaissant que des interventions plus ciblées généreront l'impact le plus important et catalyseront l'innovation pour les personnes qui en ont le plus besoin, tout en garantissant que personne ne soit oublié.

Le rapport des ONG formule les suggestions suivantes pour les points de décision :

67. Rappelant les décisions prises lors des réunions précédentes du CCP²⁴ et saluant les discussions à venir à l'occasion de la 42e réunion du CCP sur le suivi de la réalisation des objectifs financiers de la Déclaration politique de 2016, notamment la proportion des services fournis par le biais de la communauté qui devrait passer à 30 % d'ici à 2030 ; et l'investissement dans les acteurs sociaux – par exemple, par des actions de sensibilisation, des mobilisations politiques, des lois et des réformes, les droits de l'homme, des communications publiques et la réduction de la stigmatisation – qui devrait représenter 6 % des investissements mondiaux relatifs au sida.
68. *Prendre note* du rapport.
69. *Demander* à l'ONUSIDA à soutenir les États membres, en collaboration avec les organisations communautaires et la société civile, à suivre et à rendre compte des progrès réalisés en matière d'objectifs d'accélération (Fast Track), désagrégés²⁵ par âge, genre et populations clés, notamment par le biais du Suivi mondial du sida.
70. *Demander* à l'ONUSIDA et les États membres en partenariat avec les organisations de la société civile à élaborer et mettre en œuvre à l'échelle nationale des méthodologies participatives de collecte de données probantes pour identifier les obstacles et mesurer le niveau et la qualité de l'accès aux services pour les « populations laissées pour compte » qui peuvent être ou non des sous-ensembles des populations clés traditionnelles²⁶ tels que, sans toutefois s'y limiter, les communautés autochtones, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les migrants, tant avec que sans papiers, et les autres populations mobiles.
71. *Demander* à l'ONUSIDA de diffuser une mise à jour du *Gap Report* 2014 répondant aux besoins et priorités des populations identifiées comme étant laissées pour compte dans la réponse actuelle et d'en faire un rapport pour le 43e CCP.
72. *Demander* au Programme Commun de faciliter des partenariats entre les États membres et les organisations communautaires pour garantir l'application de mesures efficaces pour répondre aux besoins des communautés en matière de traitement et de prévention du VIH, en particulier pour les "populations laissées pour compte".
73. *Demander* au Programme commun de développer, de mettre en œuvre et de contrôler, en collaboration avec les communautés, une stratégie d'engagement communautaire standardisée s'accompagnant d'indicateurs harmonisés avec ceux du CUBRR et de données désagrégées²⁷ afin de pouvoir garantir une action efficace répondant à leurs besoins en termes de prévention du VIH et de traitement.

[Fin du document]

ANNEXE 1 : QUI EST EXCESSIVEMENT VULNÉRABLE : DIVERSITÉ DANS LES RÉGIONS ET LES GROUPES

Le tableau ci-dessous reflète une large palette de réponses aux questions ouvertes de deux points du questionnaire qui demandaient des informations sur les populations considérées comme extrêmement vulnérables - et donc « laissées pour compte » ou « oubliées » - dans les ripostes au VIH. Les réponses sont regroupées en neuf catégories, d'abord par régions du monde. (L'Inde est une catégorie distincte en raison du nombre particulièrement élevé de réponses fournies par le pays.) Les informations illustrent la nature spécifiquement contextuelle du problème et les divergences de points de vue.

Ces informations ne sont pas toujours étayées par des données et elles ne reprennent pas chaque population, sous-population et communauté extrêmement vulnérable au VIH dans chaque contexte. Cependant, ces observations sont précieuses car elles proviennent de personnes travaillant et vivant dans les communautés et qui sont donc des témoins directs des vulnérabilités liées au VIH.

Amérique latine et Caraïbes	
Populations autochtones	Jeunes lesbiennes, gays,
Femmes et filles autochtones	bisexuels, transgenres et
Femmes et filles de descendance africaine	intersexués victimes d'intimidations
Populations autochtones transgenres	Lesbiennes, gays, bisexuels,
Personnes vivant dans des zones rurales	transgenres et intersexués vivant dans les zones rurales
Femmes vivant dans les zones rurales	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexués « privés de liberté »
Ouvriers agricoles	Lesbiennes et bisexuelles
Populations mobiles	Hommes et adolescents bisexuels
Migrants	Jeunes lesbiennes
Migrants professionnels du sexe	Professionnels du sexe masculins
Partenaires féminines d'hommes migrants	Professionnels du sexe hétérosexuels
Minorités ethniques	Adolescents professionnels du sexe
Jeunes femmes et filles Jeunes	Professionnels du sexe issus de minorités ethniques
Femmes confrontées à des situations difficiles	Professionnelles du sexe transgenres
Femmes vivant dans des situations de violence, victimes de violence	Transgenres
Femmes au foyer	Femmes transgenres
Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à revenu intermédiaire et supérieur	Hommes transgenres
Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pauvres ou de la classe ouvrière	Femmes et filles consommant de la drogue
	Consommateurs de drogues ne s'injectant pas de drogue
	Sans-abris
	Personnes co-infectées par la TB

<p>Jeunes homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et professionnels du sexe</p> <p>Adolescents homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</p> <p>Homosexuels plus âgés et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</p> <p>Partenaires féminines des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</p> <p>Hommes bénéficiant de services sexuels fournis par des personnes transgenres</p> <p>Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans des relations sérodifférentes</p> <p>Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes handicapés</p>	<p>et l'hépatite</p> <p>Jeunes verticalement infectés par le VIH</p> <p>Personnes essayant de réintégrer la société dans des situations post-confliktuelles</p> <p>Personnes isolées</p> <p>Personnes de plus de 50 ans</p> <p>Personnes handicapées</p> <p>Jeunes handicapés</p> <p>Populations incarcérées</p>
Inde	
<p>Populations tribales</p> <p>Agriculteurs</p> <p>Habitants des zones rurales ou montagneuses</p> <p>Patients atteints de la TB</p> <p>Partenaires de personnes vivant avec le VIH</p> <p>Personnes co-infectées par le VIH et la TB</p> <p>Adolescents</p> <p>Populations clés dans les enquêtes en ligne</p> <p>Personnes au comportement et aux modes de vie risqués</p> <p>Personnes qui sont « invisibles », mais exposées à un risque élevé</p> <p>Conjoints des PVVIH</p> <p>Jeunes vivant avec et affectés par le VIH</p> <p>Enfants vivant avec le VIH</p>	<p>Femmes au foyer des ouvriers migrants</p> <p>Chauffeurs de camion</p> <p>Jeunes professionnelles du sexe</p> <p>Professionnelles du sexe et homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes évitant les « sites traditionnels »</p> <p>Professionnelles du sexe qui consomment de la drogue (mais qui ne se l'injectent pas)</p> <p>Partenaires réguliers des professionnels du sexe</p> <p>Professionnels du sexe issus de minorités ethniques</p> <p>Jeunes consommant de la drogue</p> <p>Femmes et filles consommant de la drogue</p>

<p>Orphelins et enfants vulnérables Populations transgenres Femmes transgenres Hommes transgenres Femmes transgenres vivant dans les zones rurales <i>Hijras</i> Migrants Ouvriers migrants Migrants masculins célibataires</p>	<p>Épouses de personnes consommant de la drogue Conjoints des homosexuels mariés et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes issus de couches socio-économiques plus basses Personnes très pauvres Partenaires des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres Femmes qui s'injectent de la drogue Prisonniers et plus particulièrement les personnes qui consomment de la drogue, les femmes, les jeunes et les transgenres Adolescents homosexuels Sans-abris</p>
Asie-Pacifique et Océanie (à l'exclusion de l'Inde)	
<p>Jeunes populations clés de moins de 18 ans Jeunes en décrochage scolaire Enfants et jeunes ayant une vie sexuelle active et précoce Membres de gangs et de clans Migrants travailleurs Familles de migrants travailleurs Migrants travaillant dans le secteur des pêcheries Professionnels du sexe étant des migrants Marins Enfants de parents vivant avec le VIH Sans-abris Professionnels du sexe indépendants Personnes handicapées Populations autochtones Populations autochtones vivant dans des sociétés colonisées Personnes handicapées Homosexuels musulmans et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et vivant dans</p>	<p>Femmes enceintes Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes consommant des drogues à usage récréatif Partenaires de personnes vivant avec le VIH Personnes co-infectées par la TB et/ou l'hépatite C Enfants et adolescents Personnes incarcérées Membres de la famille supportant la charge de celles infectées par le VIH Personnes vivant dans les zones rurales Femmes et filles Femmes au foyer Professionnels du sexe évitant les sites classiques Professionnels du sexe masculins Femmes consommant des drogues injectables</p>

<p>des pays majoritairement musulmans</p>	<p>Populations urbaines d'homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</p> <p>Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes identifiés comme « hétéros »</p> <p>Adolescents</p> <p>Communauté transgenre</p>
Afrique de l'Est et Afrique australe	
<p>Migrants</p> <p>Migrants placés dans les centres de détention d'immigration</p> <p>Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays</p> <p>Jeunes femmes et adolescentes</p> <p>Services en uniforme (par ex., le service militaire)</p> <p>Veuves</p> <p>Veuves vivant dans les zones rurales</p> <p>Populations clés dans les zones rurales</p> <p>Jeunes populations clés</p> <p>Sans-abris</p> <p>Orphelins et soignants</p> <p>Enfants de la rue</p> <p>Jeunes travailleurs du sexe de moins de 18 ans qui sont considérés comme des enfants aux yeux de la loi</p> <p>Personnes vivant dans la pauvreté, les bidonvilles</p> <p>Personnes handicapées</p> <p>Personnes co-infectées par la TB et/ou l'hépatite</p> <p>Personnes souffrant d'un handicap mental</p> <p>Personnes présentant des comorbidités</p> <p>Hommes²⁸ <i>boda boda</i></p> <p>Marins</p>	<p>Chauffeurs de camions</p> <p>Conducteurs sur longues distances</p> <p>Étudiants à un niveau d'apprentissage plus élevé</p> <p>Travailleurs dans le secteur de la santé</p> <p>Enfants des professionnels du sexe</p> <p>Éleveurs nomades</p> <p>Mineurs</p> <p>Personnes souffrant d'un handicap mental</p> <p>Personnes alcooliques</p> <p>Personnes âgées vivant avec le VIH</p> <p>Personnes intersexuées et autres personnes affichant une sexospécificité non conforme</p> <p>Couples sérodifférents</p> <p>Adolescents professionnels du sexe</p> <p>Jeunes consommateurs de drogues injectables</p> <p>Personnes âgées élevant des orphelins</p> <p>Écoliers</p> <p>Enfants exploités sexuellement</p> <p>Adolescent(e)s lesbiennes, gays, bisexuel(le)s, transgenres et intersexué(e)s</p> <p>Adolescentes dans les bidonvilles</p>

Afrique occidentale et centrale	
Migrants Marins, commerçants et transporteurs migrants Migrants ou réfugiés cachés Populations rurales Habitants de taudis Habitants de taudis urbains Mendiants souffrant de handicaps Orphelins et enfants vulnérables	Enfants de la rue/sans abris Jeunes homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Professionnels du sexe masculins Adolescents professionnels du sexe Mères adolescentes Femmes qui s'injectent de la drogue Professionnels du sexe au profil élevé Enfants de 6-14 ans
Europe orientale et Asie centrale	
Migrants Femmes de migrants Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays Partenaires sexuels des personnes qui consomment de la drogue Jeunes filles kidnappées pour être mariées Femmes et filles vivant dans les zones rurales Femmes et jeunes filles Jeunes Filles Personnes souffrant de handicaps mentaux Transgenres Femmes transgenres Personnes de couleur transgenres Jeunes transgenres Transgenres consommant de la drogue et de l'alcool Enfants de la rue	Personnes souffrant d'une co-infection Femmes consommant des drogues Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes consommant des drogues Homosexuels plus âgés et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Jeunes homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Homosexuels plus âgés et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes souffrant de problèmes de santé mentale Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes confrontés à des problèmes d'addiction aux drogues Homosexuels de sexe masculin sans emploi et autres hommes ayant des rapports sexuels avec

	<p>des hommes</p> <p>Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant dans de petites villes et dans les zones rurales</p> <p>Migrants homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</p> <p>Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes résidents étrangers</p> <p>Roms des populations clés</p> <p>Adolescents et femmes touchés par un conflit militaire</p> <p>Personnel militaire et leurs partenaires</p>
<p>Europe occidentale</p>	
<p>Migrants et autres populations mobiles</p> <p>Migrants sans papiers</p> <p>Homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui sont des migrants</p> <p>Migrants transgenres</p> <p>Habitants des zones rurales</p> <p>Sans-abris</p> <p>Jeunes</p> <p>Personnes vivant dans la pauvreté</p>	<p>Populations transgenres</p> <p>Professionnels du sexe transgenres</p> <p>Personnes vivant avec l'hépatite C</p> <p>Sourds</p> <p>Consommateurs de drogues qui monnaient les relations sexuelles</p> <p>Pratiquants du chemsex (à savoir, les personnes ayant des relations sexuelles sous l'influence de drogues telles que la méthamphétamine)</p>

Amérique du Nord	
Personnes vivant dans des zones rurales Personnes vivant dans le Sud rural des USA Communautés autochtones dans les zones rurales Populations autochtones Migrants Travailleurs migrants originaires des Caraïbes et d'Amérique latine Immigrés Immigrés sans papiers Primo-arrivants, incluant les immigrants, les réfugiés et les personnes sans statut légal Étudiants étrangers ne bénéficiant pas d'une assurance santé appropriée Femmes Populations clés souffrant de problèmes de santé mentale Populations « raciales » telles qu'africaines, caribéennes et noires, asiatiques de l'Ouest Jeunes/adolescents Professionnel(le)s du sexe Personnes qui s'injectent des drogues Populations transgenres Étudiants en échange	Personnes incarcérées Homosexuels noirs et latinos (âges de 18 à 29) Immigrés latinos homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (âgés de 18-30 ans) Homosexuels noirs et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en particulier ceux vivant dans le sud des États-Unis Adolescents homosexuels afro-américains et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes Hispaniques ne s'exprimant qu'en espagnol Population hispanique/latino Population afro-américaine Femmes afro-américaines et les Latines en général Personnes vivant avec le VIH qui vieillissent Personnes de plus de 50 ans Hommes et femmes hétérosexuels Personnes handicapées Personnes confrontées à des problèmes d'addiction aux drogues Personnes de couleur parmi les populations clés Personnes vivant dans la pauvreté Personnes ayant bénéficié d'une éducation insuffisante Personnes vivant dans des communautés stigmatisées Membres de la famille des personnes vivant avec le VIH Personnes non anglophones Personnes non couvertes par une assurance médicale

Répondants des réseaux/organisations mondiaux	
<p>Populations de migrants/mobiles</p> <p>Migrants homosexuels de sexe masculin et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes</p> <p>Femmes migrantes s'impliquant dans le travail du sexe</p> <p>Jeunes migrants</p> <p>Migrants sans papiers</p> <p>Migrants professionnels du sexe sans papiers en Europe centrale et occidentale</p> <p>Jeunes, plus particulièrement dans les populations clés</p> <p>Professionnels du sexe membres d'autres populations clés ou présentant des vulnérabilités plus élevées (par ex., le fait d'être une mère célibataire, avoir un statut de migrant, de transgenre, etc.)</p> <p>Femmes transgenres</p> <p>Professionnels du sexe masculins et transgenres</p> <p>Professionnels du sexe qui consomment des drogues</p>	<p>Sans-abris</p> <p>Populations autochtones</p> <p>Personnes vivant dans des situations complexes (humanitaires), y compris les migrants, les réfugiés, les personnes vivant dans des zones de guerre</p> <p>Femmes et filles vivant dans certaines régions</p> <p>Personnes résidant dans des zones couvertes par des systèmes de santé défaillants</p> <p>Personnes de plus de 50 ans</p> <p>Populations en crise</p> <p>Personnes consommant des drogues en prison</p> <p>Adolescents des populations clés</p> <p>Jeunes affichant une sexospécificité non conforme</p> <p>Latinas et Latinos homosexuels ou bisexuels</p>

ANNEXE 2 : REMERCIEMENTS ET PARTICIPANTS

La Délégation des ONG à la CCP souhaite exprimer ses remerciements et sa gratitude à toutes les personnes et organisations qui ont investi leur temps, leur expérience et leurs connaissances aux fins du présent rapport. Cela inclut les 171 répondants à l'enquête en ligne ainsi que les participants aux interviews et aux groupes de discussions énumérés ci-dessous :

Interviews et groupes de discussions

- *Action for Health Initiatives (ACHIEVE)*, Inc., Junelyn R. Tabelin, Coordinateur du projet, Philippines
- *Action for Health Initiatives (ACHIEVE)*, Inc., Jay Arian C. Caparida, Coordinateur du projet, Philippines
- *Action for Health Initiatives (ACHIEVE)*, Inc., Leslie Arididon-Tolentino, coordinateur du projet, Philippines
- *Action for Health Initiatives (ACHIEVE)*, Inc., Florence J. Mira, Responsable de la mobilisation sociale, Philippines
- *Action for Health Initiatives (ACHIEVE)*, Inc., Jetro Calaycay, Collaborateur du projet, Philippines
- *Action for Health Initiatives (ACHIEVE)*, Inc., Easter Sunshine Catedral, Responsable de la sensibilisation, Philippines
- *Action for Health Initiative (ACHIEVE)*, Inc., anonyme, Responsable des médias et de la communication
- *AFEW International*, Anke van Dam, Executive Director, Pays-Bas
- *Africa Advocacy Foundation*, Denis Onyango, directeur des programmes, Royaume-Uni
- *African Men for Sexual Health and Rights [AMSHer]*, **cinq répondants anonymes**, Afrique du Sud
- *Organisation de charité pour toute l'Ukraine « Legalife-Ukraine »*, Ukraine
- *Alliance Against AIDS* (n'est plus active), Rodel Perera, Executive Director, Belize
- *Alliance Global*, Ukraine
- *Fondation Andrey Rylkov pour la santé et la justice sociale*, Fédération de Russie
- *Canadian Association of People Who Use Drugs and Stella By And For Sex Workers*, Alexandra de Kiewit, Canada
- *Canadian Positive People's Network*, Christian Hui, cofondateur, Canada
- *Collaborative Network of Persons Living with HIV (CNET+)*, Lizet Aldana, Coordinatrice du projet, Belize
- *Committee for Accessible AIDS Treatment*, **Anonyme**, Canada
- *Personne vivant avec le VIH*, **Anonyme**, Inde
- *Épidémiologie, organisation de la société civile*, Tadjikistan
- *Réseau eurasien de femmes atteintes du SIDA*, Ukraine
- *Fidokor (ICSO)*, deux répondants anonymes, Tadjikistan
- *Forum des personnes utilisant des drogues*, Fédération de Russie
- *Gestos - HIV, Communication & Gender*, **Anonyme**, Brésil
- *Gujarat State Network of People Living with HIV (G SNP+)*, **Anonyme**, Inde
- *Guyana Trans United*, Devanand Milton, Président, Guyane
- *International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe (ICRSE)*, Luka Stevenson, Royaume-Uni
- *HPLGBT*, Ukraine
- *International HIV Partnerships, ReShape, Network of Low HIV-Prevalence Countries in Central and Southeast Europe*, Ben Collins, Directeur (IHP), Royaume-Uni
- *Jamaica Council of Churches / Religious Groups Steering Committee*, Canon Garth Minott, Coordinateur du programme, Jamaïque
- *KIYANKA+*, Ukraine

- *MadhyaPradesh Network of People Living with HIV, Anonyme*, Inde
- *Mizoram Network of Positive Women, Anonyme*, Inde
- *Molodezhnyi vzglyad*, Tadjikistan
- *National Coalition of People Living HIV in India, Anonyme*, Inde
- *Network of Maharashtra People Living with HIV, Anonyme*, Inde
- *Peer to Peer Uganda*, Nakamate Irene, Responsable du suivi et de l'évaluation, Ouganda
- *Positive Women's Network, Anonyme*, Inde
- *Rokhi Zindagi*, organisation de la société civile, Tadjikistan
- *Sex Workers Rights Advocacy Network in Central and Eastern Europe and Central Asia (SWAN)*, Stasa Plecas, Executive Director, Hongrie
- *Snid-Dopomoga (agence sociale)*, Ukraine
- *Réseau Tajik de femmes vivant avec le VIH*, Tadjikistan
- *TWEET TG, dix répondants anonymes*, Inde
- *Uganda Network of young people living with HIV*, Niwagaba Nicholas, Directeur des programmes, Ouganda
- *Uganda Youth Coalition on Adolescent Sexual Reproductive Health Rights and HIV*, Allen Kyendikuwa, Lead-Programs, Ouganda
- *UttarPradesh Network of People Living with HIV, Anonyme*, Inde
- *Vincy CHAP: St. Vincent and the Grenadines Caribbean HIV AIDS Partnership*, La Fayette Johnson, Membre, St Vincent et Grenadines
- *Women's Organisation Network for Human Rights Advocacy*, Diana Natukunda, Responsable de la sensibilisation et de la communication, Ouganda

Autres

- Six répondants d'Amérique du Nord des types suivants d'organisations : pharmacies communautaires, centres de recherche universitaires, centres de santé communautaires, des organisations de prise en charge du sida et des sociétés pharmaceutiques ;
- Trois répondants d'organisations internationales en Asie-Pacifique ;
- Six répondants d'Inde qui sont des représentants des ONG travaillant avec les professionnels du sexe, les groupes LGBT, les personnes consommant des drogues par injection, les jeunes affectés et vivant avec le VIH et les personnes vivant avec le VIH. Certains d'entre eux travaillent également dans les secteurs de l'alphabétisation juridique et des droits humains (Raman Chawla, activiste de la société civile, New Delhi ; Dr. Sundar Sundararaman, activiste de la société civile, Chennai ; Mona Mishra, activiste de la société civile, New Delhi ; Sanghamitra Iyengar, Samraksha, Bangalore ; Shyamla Natraj, SIAAP, Chennai ; Dr. Ashok Rau, Fondation de la Liberté, Bangalore)

ANNEXE 3: ABRÉVIATIONS

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Thérapie antirétrovirale
OC	Organisation communautaire
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ONG	Organisation non gouvernementale
CCP	Conseil de coordination du programme
EIVP	Évaluation de l'impact du VIH sur les populations
CUBRR	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OMS	Organisation mondiale de la Santé

RÉFÉRENCES

¹ Le 38e CCP PD 5.2, 6.2(b), 6.4 et le 39e CCP PD 8.1 ; et le paragraphe 63 (a) - (e) de la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida, reconnaissant le mandat de l'ONUSIDA comme étant responsable envers la société civile et les communautés ; et rappelant le UNAIDS/PCB (39)/16.23 qui reconnaît que le financement pour la mobilisation communautaire devrait être triplé entre 2016 et 2020 et que la proportion des services fournis via les canaux communautaires devrait s'élever à 30% à l'horizon 2030 ; et que l'investissement dans les intervenants sociaux - y compris la sensibilisation, la mobilisation politique, la législation et la réforme, les droits de l'homme, la communication publique et la réduction de la stigmatisation - devrait représenter 6% des investissements globaux dans le sida.

² L'ONUSIDA devrait fournir une ventilation des données se fondant sur le statut économique, l'âge, la race, l'éducation, la sexospécificité, l'orientation sexuelle, la localisation géographique et d'autres statuts, afin d'orienter la programmation et les investissements des programmes et de mieux cibler ceux qui en ont le plus besoin. (Dix messages-clés de l'OSC au PMS, 2017)

³ Tels que, par exemple, « les professionnel(le)s du sexe qui consomment de la drogue », les femmes atteintes du sida dans les zones rurales, les migrants, les populations autochtones transsexuelles, homosexuelles et bisexuelles, les personnes vivant dans des zones rurales, les personnes vivant dans la pauvreté.

⁴ L'ONUSIDA devrait fournir une ventilation des données se fondant sur le statut économique, l'âge, la race, l'éducation, la sexospécificité, l'orientation sexuelle, la localisation géographique et d'autres statuts, afin d'orienter la programmation et les investissements des programmes et de mieux cibler ceux qui en ont le plus besoin. (Dix messages-clés de l'OSC au PMS, 2017)

⁵ Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2017 (www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalAIDSupdate2017).

⁶ Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2017 (www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalAIDSupdate2017).

⁷ Outre le Botswana, les six pays suivants pays auraient « déjà atteint ou dépassé ce niveau de suppression virale en 2016 » : le Cambodge, le Danemark, l'Islande, Singapour, la Suède et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Outre le Swaziland, les 10 pays suivants ont été rapportés comme « se rapprochant du seuil » : l'Australie, la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Italie, le Koweït, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suisse.

⁸ <http://phia.icap.columbia.edu/press-release-five-african-countries-approach-control-of-their-hiv-epidemics-as-u-s-government-launches-bold-strategy-to-accelerate-progress/>

⁹ Carter M. "Many Western European countries close to achieving UNAIDS 90-90-90 targets" Aidsmap, 25 juin 2017. (www.aidsmap.com/Many-Western-European-countries-close-to-achieving-UNAIDS-90-90-90-targets/page/3150969/).

¹⁰ www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/november/20161121_keypops

¹¹ Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2017 (www.unaids.org/en/resources/campaigns/globalAIDSupdate2017).

¹² Kerr T, et al. The impact of compulsory drug detention exposure on the avoidance of healthcare among injection drug users in Thailand. *Int J Drug Policy*. 2014 ; 25(1):171-4

¹³ www.aidsmap.org/node/4242

¹⁴ Prevention gap report. Genève : ONUSIDA ; 2016. www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap

¹⁵ Centro Nacional para la prevención y el control del VIH y el sida (Censida), 2016. www.gob.mx/censida/articulos/dia-mundial-del-sida-mexico-2016-85309?idiom=es

¹⁶ Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*. 2012 ;102(7):1267-1273.

¹⁷ Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*. 2012 ;102(7):1267-1273.

¹⁸ Negin J, et al. HIV among indigenous peoples: a review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. *AIDS Behav*. 2015 ;19(9):1720-1734.

¹⁹ Weine S et Kashuba A. Labor migration and HIV risk: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2012 ; 16(6):1605-1621.

²⁰ Negin J, et al. HIV among indigenous peoples: a review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. *AIDS Behav*. 2015 ;19(9):1720-1734.

²¹ Surveillance sérologique et comportementale intégrée du VIH

²² http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2013/pcb33/agendaitems/20131206_PCB-NGO-report.pdf.

²³ Le texte intégral du document peut être consulté à l'adresse : www.eatg.org/news/10-key-messages-from-civil-society-and-communities-to-the-unaids-global-review-panel/.

²⁴ Le 38e CCP PD 5.2, 6.2(b), 6.4 et le 39e CCP PD 8.1 ; et le paragraphe 63 (a) - (e) de la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida, reconnaissant le mandat de l'ONUSIDA comme étant responsable envers la société civile et les communautés ; et rappelant le UNAIDS/PCB (39)/16.23 qui reconnaît que le financement pour la mobilisation communautaire devrait être triplé entre 2016 et 2020 et que la proportion des services fournis via les canaux communautaires devrait s'élever à 30% à l'horizon 2030 ; et que l'investissement dans les intervenants sociaux - y compris la sensibilisation, la mobilisation politique, la législation et la réforme, les droits de l'homme, la communication publique et la réduction de la stigmatisation - devrait représenter 6% des investissements globaux dans le sida.

²⁵ L'ONUSIDA devrait fournir une ventilation des données se fondant sur le statut économique, l'âge, la race, l'éducation, la sexospécificité, l'orientation sexuelle, la localisation géographique et d'autres statuts, afin d'orienter la programmation et les investissements des programmes et de mieux cibler ceux qui en ont le plus besoin. (Dix messages-clés de l'OSC au PMS, 2017)

²⁶ Tels que, par exemple, « les professionnel(le)s du sexe qui consomment de la drogue », les femmes atteintes du sida dans les zones rurales, les migrants, les populations autochtones transsexuelles, homosexuelles et bisexuelles, les personnes vivant dans des zones rurales, les personnes vivant dans la pauvreté.

²⁷ L'ONUSIDA devrait fournir une ventilation des données se fondant sur le statut économique, l'âge, la race, l'éducation, la sexospécificité, l'orientation sexuelle, la localisation géographique et d'autres statuts, afin d'orienter la programmation et les investissements des programmes et de mieux cibler ceux qui en ont le plus besoin. (Dix messages-clés de l'OSC au PMS, 2017)

²⁸ Terme ougandais désignant les motocyclistes qui transportent des personnes.