

RAPPORT ANNUEL D'AVANCEMENT SUR LA PRÉVENTION DU VIH POUR 2020

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

Action requise lors de cette réunion : le Conseil de Coordination du Programme est invité à :
Lire le projet de décision dans les paragraphes ci-dessous :

74. Rappelant les décisions de la 41^e réunion du CCP sur le suivi du débat thématique sur la prévention du VIH à l'horizon 2020 : un partenariat mondial pour l'action :
75. *Prendre note* du rapport d'avancement 2018 sur la prévention du VIH à l'horizon 2020 ;
76. *Demander* aux États membres, en collaboration avec les organisations communautaires, la société civile et les partenaires, de continuer à accélérer l'intensification de la riposte de prévention, conformément aux engagements pris dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida et dans la Feuille de route de la prévention du VIH 2020 ;
77. *Souligner* l'importance que les États membres et les principaux donateurs continuent à investir de manière adéquate dans la prévention du VIH, et qu'au moins un quart des dépenses liées au VIH soit investi dans des programmes de prévention ;
78. *Demander* au Programme commun d'aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans de prévention solides qui comprennent des stratégies de développement durable des capacités et de mobilisation des ressources et faire rapport au Conseil de Coordination du Programme en 2019 sur les progrès réalisés en matière de prévention.

Conséquences de la mise en œuvre des décisions en termes de coûts : aucune

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction	4
2. Tendances au niveau des nouvelles infections à VIH	5
3. Mise à jour sur ce qui fonctionne en termes de prévention du VIH	6
<i>Autres tendances affectant la riposte de prévention du VIH</i>	8
4. La Coalition mondiale pour la prévention du VIH et la feuille de route	8
Progrès réalisés par les pays par rapport aux priorités de la Coalition	10
5. Capacité nationale de prévention du VIH et soutien technique des pays	15
Développer les capacités individuelles, organisationnelles et systémiques en matière de prévention du VIH	15
Vers une approche de renforcement des capacités de l'appui technique	16
6. De nouvelles possibilités de prévention primaire sont-elles prises en compte ? 17	
Objectifs de développement durable et couverture sanitaire universelle	17
Liens et intégration de la prévention du VIH	19
7. Conclusions et recommandations	20
8. Points de décision proposés	21
9. Références	22

1. INTRODUCTION

1. La présente note d'information répond à la demande formulée par le Conseil de Coordination du Programme (CCP) dans le cadre de la 41^e réunion du Programme commun de lui faire rapport chaque année sur les progrès réalisés en matière de prévention du VIH (1). La note s'appuie sur un certain nombre de discussions antérieures du CCP sur la prévention du VIH, qui ont été résumées en détail dans une note de synthèse antérieure rédigée pour la 40^e réunion du Conseil (2). La présente note ne reprend pas les analyses détaillées fournies précédemment. Au lieu de cela, elle résume les développements récents et les progrès réalisés au niveau de la riposte au VIH par la prévention aux niveaux national, régional et mondial avec l'appui du Programme commun et de ses partenaires.
2. La Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida fournit le cadre général de la progression des ripostes au VIH et du suivi des progrès accomplis (3). La Déclaration politique a fixé l'objectif ambitieux de réduire le nombre annuel des nouvelles infections à VIH dans le monde à moins de 500 000 d'ici 2020. Cet objectif d'impact de haut niveau en termes de prévention du VIH s'accompagnait d'objectifs programmatiques mondiaux de prévention. La Déclaration politique a pour objectif d'atteindre 90 % des populations clés et 90 % des adolescentes et des jeunes femmes (dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée) grâce à des programmes combinés de prévention du VIH ; de distribuer 20 milliards de préservatifs par an ; de mettre 3 millions de personnes sous prophylaxie préexposition (PrEP) avant 2020 et, dans les zones à forte incidence de VIH, de réaliser 25 millions de circoncisions médicales volontaires supplémentaires (VMMC) (1).
3. Lors de sa 41^e réunion, le CCP a encouragé ses membres, les parties prenantes et les partenaires :
 - a. « À prendre des mesures fortes et déterminantes pour renforcer les programmes de prévention et atteindre les objectifs et les engagements convenus dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida ;
 - b. à fixer un programme national de prévention et des objectifs de financement et d'impact pour 2020, parallèlement aux objectifs de traitement 90-90-90 déjà établis, conformément à la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 et à la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, et à introduire les changements juridiques, sociaux et politiques nécessaires, ainsi qu'à rapidement intensifier les efforts pour atteindre ces objectifs »(2).
4. En outre, le Conseil a aussi demandé au Programme commun :
 - a. « De soutenir les États membres, la société civile et les populations clés dans leurs efforts d'intensification et de soutenir le programme de prévention mondial et de faire de la prévention primaire une priorité du Programme commun notamment, le cas échéant, au travers de la Coalition mondiale de prévention du VIH ;
 - b. Accélérer les efforts visant à mettre en place de puissantes synergies entre la prévention primaire et les initiatives pertinentes pour atteindre les objectifs du développement durable ;
 - c. De fournir aux pays un appui technique en matière de prévention du VIH et de renforcer le suivi du programme de prévention mondial, d'exécution du programme

au niveau des cinq piliers, y compris au niveau des composantes comportementales et structurelles de ces programmes(2).

5. Enfin, le Conseil a demandé aux États membres et aux principaux donateurs d'investir de manière adéquate dans la prévention du VIH dans le cadre d'une riposte mondiale entièrement financée et de prendre des mesures concrètes pour qu'un quart des dépenses consacrées à la prévention du VIH soit investi dans les programmes de prévention comme convenu dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, afin de garantir une couverture adéquate des initiatives prises pour atteindre les objectifs fixés »(2).
6. Lors sa 41^e réunion, le Conseil a également été informé sur, et a pris note de la Feuille de route de la prévention du VIH 2020(3), lancée lors de la réunion inaugurale de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH les 10 et 11 octobre 2017. La Feuille de route de la prévention du VIH à l'horizon 2020 a défini 10 actions essentielles pour renforcer les ripostes de prévention du VIH. Depuis le lancement de la Coalition, les pays participants se sont engagés, avec l'appui du Programme commun, dans un large éventail d'activités pour la mise en œuvre de la Feuille de route. Nombre d'entre elles ont été décrites dans le premier rapport d'avancement de la Coalition - publié en mai 2018 (5) - et résumées dans la présente note.

2. TENDANCES AU NIVEAU DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH

Les tendances varient d'un pays à l'autre, et quelques succès ont été enregistrés, mais dans l'ensemble, peu de progrès ont été réalisés en termes de réalisation de l'objectif d'une réduction de 75 % des nouveaux cas d'infection

7. Les estimations de l'ONUSIDA pour 2018 confirment les conclusions des rapports précédents, qui montraient que les nouvelles infections à VIH diminuent, mais pas assez rapidement pour atteindre l'objectif de 2020 de moins de 500 000 nouvelles infections à VIH par an. Chez les adultes, le nombre d'infections à VIH est passé d'environ 1,9 million en 2010 à 1,6 million en 2017, soit une réduction d'environ 16 % (4).
8. Les plus fortes baisses du nombre des nouvelles infections à VIH sont celles enregistrées en Afrique orientale et australe (baisse de 30 %) et dans les Caraïbes (baisse de 18 %). En Asie et dans le Pacifique (baisse de 14 %), en Afrique occidentale et centrale (baisse de 8 %) et en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord (baisse de 8 %), des réductions mineures ont été enregistrées. En Amérique latine la tendance est stable (baisse de 1 %). Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Europe orientale et en Asie centrale, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH a doublé en moins de 20 ans (5). Dans l'ensemble, les progrès ont été plus marqués dans les pays à forte prévalence que dans les pays où les épidémies étaient concentrées sur les populations clés.
9. Les progrès varient également considérablement d'un pays à l'autre, y compris dans les pays qui connaissent des épidémies similaires. Seuls trois pays ont réduit d'au moins 50 % le nombre annuel des nouvelles infections à VIH chez les adultes depuis 2010, mais 17 autres pays ont néanmoins obtenu des réductions d'au moins 25 %. Beaucoup de pays n'ont toutefois pas fait de progrès significatifs et au moins 50 pays ont enregistré une augmentation des nouvelles infections à VIH depuis 2010 (5).
10. Dans les pays africains participant à la Coalition mondiale pour la prévention du VIH, l'évolution des nouvelles infections à VIH depuis 2010 a varié entre 49 % et 41 %, selon les pays (4). Dans les autres pays participant à la Coalition, au cours de la même

période, la tendance a varié d'une baisse de 29 % à une augmentation de 46 % des nouvelles infections à VIH, soulignant la nécessité d'une action plus urgente.

Les tendances au niveau des nouvelles infections dans les populations clés demeurent préoccupantes

11. La lenteur des progrès observés dans les régions dans lesquelles l'épidémie de VIH se concentre implique qu'une part croissante des nouvelles infections à VIH dans le monde touchera les populations clés et leurs partenaires sexuels. Les données disponibles suggèrent qu'en 2017, 47 % des nouvelles infections à VIH dans le monde concernaient des populations clés et leurs partenaires sexuels. Dans les régions situées en dehors de l'Afrique subsaharienne, on estime qu'entre 75 % et 95 % des nouvelles infections ont touché des populations clés et leurs partenaires (5).
12. Chez les professionnelles du sexe, la prévalence du VIH reste particulièrement élevée en Afrique subsaharienne (5). L'estimation du nombre des nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues reste globalement élevée malgré les progrès réalisés dans certains pays, tandis que l'estimation du nombre des nouvelles infections à VIH parmi les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes continue à augmenter (6, 7). On ne dispose que de données limitées sur la prévalence du VIH dans les populations transgenres, parmi les personnes incarcérées et dans d'autres milieux fermés. Toutefois, la prévalence du VIH dans ces populations continue d'être sensiblement plus élevée que dans la population générale de la plupart des pays. Et pourtant, la couverture des services de prévention destinés à ces populations reste très insuffisante. D'importantes augmentations récentes du nombre des nouvelles infections à VIH parmi les populations clés ont été enregistrées dans plusieurs pays, dont le Pakistan et les Philippines (8).

3. MISE À JOUR SUR CE QUI FONCTIONNE EN TERMES DE PRÉVENTION DU VIH

On dispose d'une solide base de données probante sur les méthodes de prévention efficaces dans les cinq « Piliers de la prévention ».

13. Les éléments du programme de prévention reflétés dans les cinq piliers¹ prioritaires se sont tous révélés efficaces, comme indiqué précédemment dans la note d'information de la 40^e réunion du CCP. Il est clairement établi que les préservatifs masculins et féminins sont efficaces pour prévenir le VIH, les autres infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées (2). Une récente étude systématique, publiée en 2018, a montré que l'incidence du VIH était de 91 % inférieure chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui utilisaient régulièrement des préservatifs (9).
14. Il a été démontré que la VMMC réduit de 38 à 66 % (10) la transmission du VIH de la femme à l'homme, ce qui pourrait permettre d'éviter 3,4 millions de nouvelles infections d'ici 2025 (11) et procurer des avantages indirects aux femmes. Des résultats d'essais cliniques montrent que, lorsqu'elle est respectée, la PrEP est très efficace pour prévenir les infections à VIH (2).
15. Les programmes combinés de prévention du VIH pour les populations clés (y compris les composantes comportementales, biomédicales et structurelles) ont été efficaces pour réduire l'incidence du VIH lorsqu'ils ont été bien mis en œuvre. Il s'agit notamment de

¹ Les piliers sont les suivants : prévention combinée pour les adolescentes et les jeunes femmes ; prévention combinée pour les populations clés ; programmes complets de distribution de préservatifs ; circoncision masculine volontaire et services de santé sexuelle et reproductive pour les hommes et les garçons ; et introduction rapide de la prophylaxie pré-exposition.

programmes de prévention du VIH à grande échelle pour les professionnelles du sexe, de programmes communautaires parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues à grande échelle (2). Une méta-analyse antérieure de neuf études a montré que le traitement de substitution aux opiacés réduisait de 54 % le risque d'infection à VIH (12).

16. Il est également plausible que les programmes combinés de prévention du VIH aient également contribué à réduire l'incidence du VIH dans plusieurs pays à forte prévalence du VIH. Par rapport à leurs valeurs maximales atteintes dans les années 1990, en 2017, les nouvelles infections à VIH chez les adultes au Kenya et au Zimbabwe avaient diminué de respectivement 75 % et 82 % dont une diminution de 65 % réalisée en 2003, *avant* le déploiement du traitement du VIH (4). Les données tendanciennes du programme DREAMS (Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored and Safe) indiquent que le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les jeunes femmes dans les sites du programme diminue (13). Une analyse plus approfondie s'avère toutefois nécessaire pour déterminer les contributions du programme à ces tendances.

De nouveaux essais sur les effets préventifs du dépistage et du traitement ont donné des résultats mitigés

17. Lorsqu'elle est respectée, la thérapie antirétrovirale (TAR) peut réduire la charge virale des personnes vivant avec le VIH à des niveaux indétectables (14). Les résultats d'études récentes sur l'effet du traitement sur la prévention ont été partagés lors de la Conférence internationale sur le sida à Amsterdam en juillet 2018. L'étude Partners2 a rapporté que, chez les couples homosexuels sérodiscordants dans lesquels le partenaire séropositif avait une charge virale supprimée, pas une seule transmission du VIH ne s'est produite même en cas de rapports sexuels sans préservatif. Cependant, les taux globaux d'incidence du VIH dans la population étudiée sont restés relativement élevés en raison de la transmission du VIH dans le cadre de rapports sexuels sans préservatif avec d'autres partenaires (15). Ce qui précède souligne l'importance constante de combiner des méthodes de prévention efficaces.
18. Les premiers résultats de plusieurs essais combinés de prévention du VIH, axés sur la mesure des effets au niveau de la population et des approches de dépistage et de traitement, ont été présentés à la Conférence internationale sur le sida de 2018. Ces résultats sont mitigés. Dans le cadre du Botswana Combination Prevention Project (association de mesure de prévention), un ensemble d'interventions qui comprenaient un dépistage élargi du VIH, des liens avec les soins, un traitement précoce et la VMMC, a permis de réduire de 30 % l'incidence du VIH (16) L'essai SEARCH mené au Kenya et en Ouganda a évalué une approche de dépistage et de traitement du VIH combinée à une TAR universelle, basée un modèle de soins de santé communautaire visant plusieurs maladies dans les communautés rurales. L'étude a révélé que l'intervention a réduit la mortalité liée au sida. L'incidence du VIH a également diminué, mais les réductions obtenues ont été similaires à celles obtenues dans les communautés à la fois d'intervention et de contrôle (17).
19. Dans l'ensemble, les études suggèrent que si le traitement du VIH s'avère très bénéfique pour les personnes qui suivent leur traitement et leurs partenaires sexuels, l'effet sur la transmission du VIH au niveau de la population semble être considérablement plus faible, même à des niveaux relativement élevés de couverture. Les effets plus faibles au niveau de la population peuvent être dus à une combinaison de facteurs, y compris la transmission par des partenaires non primaires, une observance limitée du traitement antirétroviral, la perte de suivi et l'interruption du traitement, la migration interne, la transmission ultérieure par des personnes récemment infectées ayant une charge virale

élevée et d'autres facteurs. Cela montre qu'il reste nécessaire d'assurer la prévention primaire dans le contexte de l'augmentation de la couverture du traitement.

Autres tendances affectant la riposte de prévention du VIH

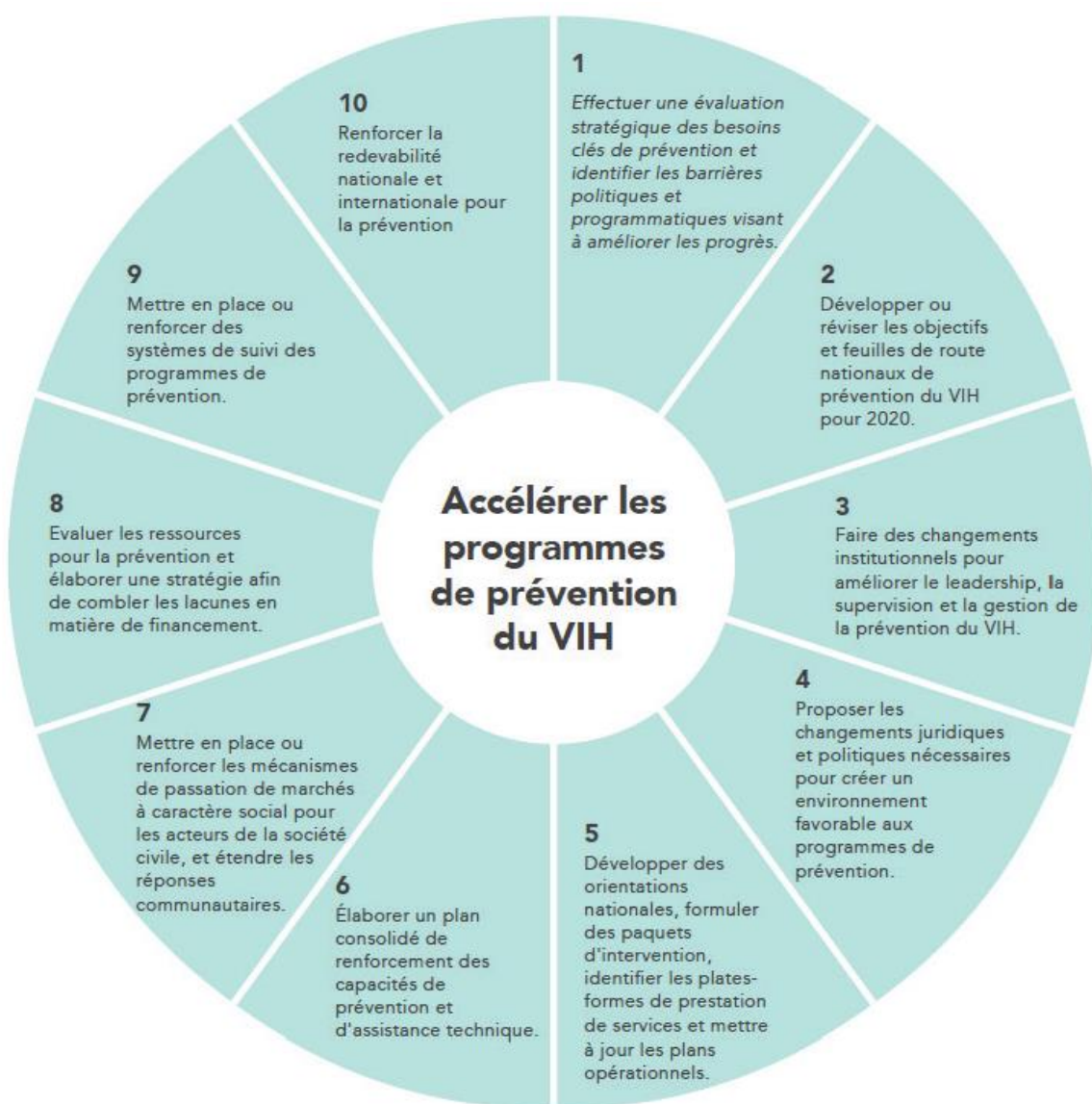
20. Les données issues d'enquêtes démographiques et sanitaires récentes menées en Afrique subsaharienne donnent à penser que ces dernières années, les partenariats sexuels multiples et non réguliers signalés ont augmenté dans plusieurs pays, notamment dans certains pays dans lesquels la prévalence de ces comportements avait pourtant diminué au début des années 2000. Dans certaines populations et certains pays spécifiques, on a récemment signalé une augmentation du nombre des diagnostics d'infections sexuellement transmissibles (IST) (18). Une prévalence accrue des IST a également été signalée au départ et lors du suivi des utilisateurs de la PPrEP dans les pays à revenu élevé (19, 20), tandis que des taux élevés d'IST ont été signalés au départ dans les programmes PPrEP pour adolescentes et jeunes femmes en Afrique australe (21). Ces résultats mettent en lumière les possibilités d'utiliser les services de la PrEP pour améliorer le diagnostic et le traitement des IST dans les populations à risque élevé d'infection par le VIH et les IST.
21. Des changements substantiels sont également en cours dans les modèles et les plateformes de rencontres, qui se font de plus en plus en ligne ou par le biais des médias sociaux, ce qui peut affecter le nombre de partenaires et les schémas de mixage sexuel. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour comprendre dans quelle mesure ces tendances peuvent ou non contribuer à la lente diminution du nombre des nouvelles infections à VIH dans de nombreux pays.
22. À la lumière des données probantes et des tendances actuelles, l'ensemble actuel des combinaisons primaires des mesures de prévention du VIH demeure valide et pertinent. Il est donc essentiel d'accélérer les progrès en adoptant et en déployant des programmes de prévention appropriés pour les populations et les lieux prioritaires, tout en envisageant de nouvelles plateformes virtuelles et en ligne pour les programmes.

4. LA COALITION MONDIALE POUR LA PRÉVENTION DU VIH ET LA FEUILLE DE ROUTE

Évolution de la situation au sein de la Coalition mondiale

23. Les Directeurs exécutifs de l'UNFPA et de l'ONUSIDA ont lancé la Coalition mondiale pour la prévention du VIH en octobre 2017, avec la participation des ministres de la Santé et d'autres responsables gouvernementaux de 25 pays dans lesquels le nombre des nouvelles infections à VIH est élevé, ainsi que des représentants de plus de 20 organisations internationales et nationales de la société civile. Les membres de la Coalition ont approuvé une feuille de route mondiale *pour la prévention du VIH à l'horizon 2020* qui comprend 10 actions clés (Figure 1) (3).

Figure 1. Plan en dix points pour accélérer la prévention du VIH au niveau national



24. La création de la Coalition pour la prévention a été motivée par la nécessité d'accélérer les programmes de prévention et de reproduire les succès de la prévention, de s'attaquer aux obstacles sous-jacents et de donner un nouvel élan aux niveaux national, régional et mondial. Les progrès de la Coalition ont été examinés au niveau ministériel lors d'un événement parallèle à l'Assemblée mondiale de la santé qui s'est tenue en mai 2018 au cours duquel on a présenté le premier rapport d'avancement de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH (22). Suite à cet événement, trois autres pays ont rejoint la Coalition mondiale (Botswana, (République islamique d') Iran , Myanmar et Norvège).
25. Lors d'une consultation entre les directeurs des programmes nationaux de lutte contre le sida de 21 pays participant à la Coalition Conférence internationale sur le sida de 2018 à Amsterdam, les membres de la Coalition mondiale pour la prévention du sida ont convenu d'un certain nombre d'améliorations nécessaires au niveau national. Il s'agissait notamment de renforcer les capacités institutionnelles en matière de prévention, d'élaborer des plans de renforcement des capacités axés sur les besoins et de mieux

définir les ensembles de services destinés aux populations clés, aux jeunes femmes et à leurs partenaires masculins.

26. Une séance de leadership qui s'est tenue dans le cadre de la Conférence internationale sur le sida de 2018 a souligné les progrès réalisés depuis le lancement de la Coalition et la nécessité d'investir davantage dans la prévention, en particulier dans les programmes qui s'adressent aux populations clés et sur les préservatifs ainsi que dans l'élargissement des services proposés. Une séance satellite spécifique sur les préservatifs a souligné la nécessité de combler les lacunes dans la distribution, la génération de la demande et la gestion des programmes relatifs aux préservatifs.

Progrès réalisés par les pays par rapport aux priorités de la Coalition

27. Les analyses à la base de la feuille de route de la Coalition ont identifié quatre facteurs clés qui freinent les progrès en matière de prévention primaire (23):
- un manque d'engagement politique ;
 - des investissements insuffisants dans la prévention ;
 - des obstacles politiques et structurels, qui reflètent la réticence des décideurs à protéger la santé et les autres droits des filles et des femmes et des membres des populations marginalisées ; et
 - l'incapacité à mettre en œuvre systématiquement des programmes éprouvés à grande échelle.
28. La Feuille de route adaptée par la Coalition pour la prévention s'articule autour de dix actions de base destinées à s'attaquer à ces facteurs (3). La Feuille de route et l'expérience initiale acquise par les pays participant à la Coalition ont éclairé l'action de prévention du VIH dans d'autres pays et régions, créant une dynamique d'intensification de la prévention du VIH au-delà des 25 pays initialement fortement touchés. Par exemple, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes prévoient, avec l'appui de l'ONUSIDA et de ses partenaires, d'étendre les programmes de prévention du VIH pour les populations clés, en mettant l'accent sur la fourniture de la PrEP. Des efforts similaires sont en cours au Moyen-Orient et en Afrique du Nord pour accélérer les programmes de prévention combinée.

Renforcement du leadership et de l'engagement politiques

29. Grâce au lancement de la Coalition et aux activités nationales qui s'en sont suivies, des progrès substantiels ont été réalisés en termes de renforcement du leadership et de l'engagement politique pour la prévention du VIH. Le lancement de feuilles de route nationales de prévention par les hauts responsables politiques, l'alignement des plans nationaux sur les nouveaux objectifs mondiaux et la revitalisation des groupes de travail nationaux de prévention du VIH en sont la preuve. Avec l'appui du Programme commun et de ses partenaires, les 25 premiers pays participants ont tous élaboré et mis en œuvre des plans d'action de 100 jours pour redynamiser leurs programmes de prévention du VIH. La majorité des pays participants ont évalué leurs activités de prévention du VIH et alignent leurs objectifs nationaux sur les objectifs mondiaux énoncés dans la Déclaration politique sur la fin du sida. De nombreux pays participants ont également révisé divers éléments de leurs stratégies de prévention du VIH. Toutefois, en ce qui concerne les trois autres dimensions, à savoir le financement, l'élimination des obstacles politiques et structurels et la mise en œuvre à grande échelle, les progrès ont été plus lents.
30. Les organisations de la société civile font état d'une participation accrue à la planification des programmes de prévention dans de nombreux pays, par exemple sous la forme de

la fixation d'objectifs ou de l'élaboration de programmes d'intervention pour des populations clés. Il reste toutefois nécessaire de renforcer les processus visant à assurer une participation significative de la société civile à l'élaboration des stratégies, à l'exécution des programmes, à la planification budgétaire et aux systèmes de responsabilisation. Une communication plus large sur le travail de la Coalition au niveau des pays et une diffusion plus large des données programmatiques et financières permettraient de renforcer encore la responsabilisation. À cet égard, les organisations de la société civile ont fait savoir qu'elles souhaitaient participer au suivi des activités de la Feuille de route, éventuellement sous la forme d'examen périodiques, d'évaluations des politiques ou de rapports parallèles.

Si progrès ont été réalisés, certes, il reste néanmoins encore beaucoup à faire pour lever les obstacles politiques et structurels

31. La plupart des pays participants ont identifié des obstacles politiques et structurels spécifiques qui entravent une prévention efficace, et certains d'entre eux ont entrepris des activités pour les lever. Plusieurs pays, dont la Namibie, l'Ouganda et le Zimbabwe, ont décidé de se concentrer sur les obstacles qui entravent l'accès des jeunes aux services de santé (par exemple, en abaissant l'âge du consentement pour accéder à certains services liés au VIH). Le Mozambique, la Namibie et la République-Unie de Tanzanie figurent parmi les pays qui ont modifié leurs stratégies de distribution de préservatifs pour améliorer l'accès des jeunes femmes aux préservatifs.
32. Près des deux tiers des pays participants ont donné la priorité aux mesures visant à lutter contre les lois et les pratiques punitives qui entravent l'accès des populations clés aux services. Bien que les réformes juridiques et politiques prennent du temps, des progrès ont déjà été réalisés en Inde (où les relations homosexuelles ont été décriminalisées) et au Pakistan (où un projet de loi sur le VIH et un projet de loi reconnaissant officiellement l'identité transgenre ont été déposés).
33. Plusieurs pays ont pris d'autres mesures pragmatiques pour protéger les droits des populations clés. Il s'agit notamment de documenter les violations des droits, d'élargir l'accès à la justice, de former les responsables de l'application des lois aux principaux droits des populations clés, de former les prestataires de soins de santé pour réduire la stigmatisation et la discrimination, d'instaurer un dialogue communautaire avec les dirigeants et d'améliorer l'accès aux services de prévention du VIH dans les prisons. Malgré les progrès réalisés dans des domaines spécifiques, la plupart des obstacles qui entravent l'accès des populations clés aux services de prévention du VIH demeurent en place et dans certains pays il n'a pas été possible d'étendre les programmes visant les populations clés spécifiques.

Les lacunes dans la mise en œuvre systématique à l'échelle sont importantes, mais pas insurmontables.

34. Les objectifs programmatiques fixés dans la Déclaration politique sur la fin du sida et poursuivis par la Coalition pour la prévention ont mis en évidence les importantes lacunes dans la couverture des services de prévention offerts aux populations clés, aux adolescentes, aux jeunes femmes et à leurs partenaires masculins dans les communautés à forte incidence.
35. Les objectifs nationaux qui ont été mis à jour après le lancement de la Coalition pour la prévention ont mis en évidence les lacunes en matière de couverture, mais les efforts qui en découlent pour intensifier les programmes viennent à peine de débuter. La grande majorité des pays qui participent à la Coalition pour la prévention signalent que des ensembles de services définis sont en place pour les professionnel(le)s du sexe et pour

les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Cependant, moins de la moitié des pays participants déclarent avoir des ensembles de services définis pour les personnes qui s'injectent des drogues, les prisonniers ou les personnes transgenres. Ces pays signalent également la mise en œuvre d'ensembles de services pour les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires masculins. Dans de nombreux cas, cependant, divers projets mettent en œuvre différents ensembles de mesures mais il manque des ensembles de mesures d'intensification véritablement articulés autour des stratégies nationales, dotés d'objectifs spécifiques et exécutés par le biais d'un ensemble défini de plateformes.

36. Les progrès au niveau de la mise en œuvre sont également suivis à l'aide du tableau de bord mondial sur la prévention du VIH et des tableaux de bord nationaux (24). Ces tableaux de bord synthétisent les progrès réalisés au niveau de la couverture, des résultats et de l'impact des programmes et permettent de comparer les progrès des différents pays. Dans six pays, ils sont complétés par des tableaux de bord « alternatifs » élaborés par des organisations de la société civile, soutenues par l'Alliance internationale contre le VIH/sida (25). Ensemble, ils mettent en évidence des différences frappantes entre les pays en ce qui concerne les niveaux de couverture des services.
37. La couverture du programme parmi les populations clés varie selon les pays de moins de 2 % à plus de 80 % parmi les professionnelles du sexe et de moins de 2 % à plus de 70 % parmi les personnes qui s'injectent des drogues (24). La couverture des programmes parmi les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est généralement plus faible et plus difficile à comparer en raison des différentes approches utilisées pour estimer la taille de la population. Selon les pays, entre 10 % et 100 % environ des zones infranationales à forte incidence du VIH ont mis en place des programmes de prévention spécifiques pour les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins. Seuls quelques petits pays à forte prévalence du VIH ont atteint une couverture nationale élevée.
38. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, le nombre moyen de préservatifs distribués annuellement² varie de moins de cinq à plus de 45 (24). Les données issues des dernières enquêtes menées en Afrique subsaharienne montrent que la grande majorité des pays ont enregistré une augmentation de l'utilisation du préservatif. Cependant, chez les hommes, les niveaux d'utilisation du préservatif varient considérablement et seuls la Namibie et le Zimbabwe atteignent 80 % d'utilisation du préservatif avec des partenaires non réguliers (18, 26).
39. Des progrès encourageants ont été enregistrés dans l'ensemble des programmes de VMMC et même si certaines lacunes persistent, on a enregistré près de 18,6 millions de VMMC exécutées dans les 14 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe entre 2008 et 2017 (26). Certains pays ont apporté des contributions substantielles à la réalisation de l'objectif de l'accélération de la riposte d'ici 2020, à savoir 25 millions de VMMC supplémentaires. En 2017, les progrès globaux par rapport à l'objectif annuel de 5 millions de VMMC ont été de 81 % (4 millions de VMMC), contre 57 % en 2016. Il convient toutefois de remarquer que l'écart entre les 14 pays était important et allait de 28 % à plus de 100 % (24).

² Les données sur les tendances au niveau de l'utilisation du préservatif sont recueillies grâce à des enquêtes menées auprès des populations, qui ne sont publiées que plusieurs années après leur recueil. À quelques exceptions près, les nouvelles données d'enquête pour 2017-2018 n'ont pas encore été publiées.

40. Les progrès les plus importants ont été ceux enregistrés en Afrique de l'Est, où la circoncision masculine était déjà pratiquée avant l'introduction des programmes VMMC. Les progrès restent plus lents dans la plupart des pays d'Afrique australe, bien que leur rythme se soit accéléré en 2017 en Afrique du Sud et en Zambie (24). Le défi consiste à tirer parti de cette dynamique, à élargir l'impact des programmes au-delà de la VMMC et à développer des services durables.
41. Les variations observées au niveau des progrès et les niveaux de couverture insuffisants se marquent surtout au niveau des programmes relatifs aux préservatifs et aux populations clés mais depuis trois décennies, des approches efficaces sont toutefois documentées. De grands progrès ont été réalisés et l'utilisation du préservatif a considérablement augmenté dans la plupart des pays (18). De même, aujourd'hui, des programmes de lutte contre le VIH destinés aux populations clés sont en place dans un plus grand nombre de pays que jamais auparavant. Ces tendances restent toutefois inégales et les échecs constituent un risque réel en raison de la durabilité limitée des programmes et une forte dépendance d'un financement extérieur. Par exemple, les ventes de préservatifs par le marketing social ont diminué de 600 millions de préservatifs, passant de plus de 1,6 milliard en 2012 à un peu plus d'un milliard en 2017 en Afrique subsaharienne en raison de la diminution du financement et de l'absence de stratégie de transition qui se traduit par une disponibilité réduite des préservatifs hors établissements sanitaires et constitue un problème majeur pour les groupes à faible revenu, les communautés rurales et les jeunes (27). Il est donc important de mettre en place des programmes nationaux durables de distribution de préservatifs et de développer les marchés des préservatifs dans tous les pays prioritaires afin d'assurer un large accès aux préservatifs par le biais d'une série de points de distribution et de vente (y compris les établissements de santé et les points de vente hors secteur sanitaire). Dans le même ordre d'idées, les gouvernements, les communautés et les partenaires financiers doivent collaborer afin d'intensifier les programmes durables parmi les populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres et les prisonniers.
42. Les raisons sous-jacentes des grandes variations dans les résultats des pays en matière de prévention incluent les différences dans la manière dont les programmes sont planifiés et gérés, ainsi que les obstacles politiques et structurels mentionnés ci-dessus. Dans de nombreux cas, une vision nationale d'intensification des programmes faisait défaut. Les approches ou les programmes de prévention n'étaient pas applicables à grande échelle et/ou n'étaient pas viables, parce qu'ils étaient conçus pour des projets locaux ou des études de recherche bien financées, mais qu'ils étaient trop coûteux à fournir à grande échelle. Certains pays se sont aussi indûment concentrés sur la discussion sur les stratégies, les politiques, les changements paradigmatiques et les programmes de prévention pilotes, plutôt que de se concentrer sur l'élargissement de programmes d'intervention éprouvés. Parmi les autres raisons de ces inégalités dans les progrès enregistrés figurent aussi les lacunes en matière de financement et de capacité de gestion de la prévention du VIH.
43. Les facteurs de réussite de l'intensification des programmes comprennent un engagement politique fort, une vision et une stratégie claires pour fournir, si nécessaire, des ensembles de base définis, un système de prestation de services de prévention du VIH et de sensibilisation communautaire décentralisé, ainsi qu'un suivi continu et une assurance qualité.

Financement de la prévention du VIH : la nécessité d'un redressement

44. Les progrès en matière de financement de la prévention du VIH ont également été limités, essentiellement en raison de trois problèmes interdépendants :
- l'absence d'estimations réalistes des besoins de financement de la prévention du VIH ;
 - l'absence de priorité accordée aux dépenses de prévention du VIH, qui sont souvent dispersées entre divers projets plutôt que consacrées à l'élargissement des piliers prioritaires les plus pertinents du programme national ; et
 - le manque d'investissements adéquats dans la prévention du VIH.
45. La capacité des pays à évaluer leurs déficits de financement de la prévention dépend de la disponibilité de données de référence, d'objectifs et de coûts programmatiques unitaires. Dans le cadre de leur feuille de route nationale, plus de 20 pays ont fixé ou mis à jour des objectifs programmatiques, 12 pays prévoient d'entreprendre des analyses des dépenses et des lacunes et 4 pays ont déjà signalé une augmentation des sommes allouées à la prévention du VIH.
46. Le PEPFAR a continué à investir considérablement dans la prévention du VIH, tandis que les analyses suggèrent que les fonds alloués à la prévention primaire dans les subventions du Fonds mondial ont diminué ces cinq dernières années, tant en termes absolus que relatifs (13). Pour progresser vers la réalisation des objectifs de 2020, il faudra allouer des ressources stratégiques à la prévention et, dans le même temps, accroître les investissements du Fonds mondial et des ressources nationales dans la prévention du VIH.
47. Les ripostes communautaires travaillent avec les systèmes publics et les complètent. Elles sont essentielles pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et pour sensibiliser au VIH, aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes, ainsi que pour mettre en œuvre des programmes de prévention. L'engagement de la société civile doit être encouragé et doté de ressources adéquates à l'aide de divers mécanismes, y compris les contrats sociaux, ce qui implique l'allocation de ressources gouvernementales aux organisations de la société civile. La contractualisation sociale, si elle est mise en œuvre dans un esprit de partenariat, peut avoir de multiples avantages :
- pour les populations prioritaires, elle élargit l'accès communautaire aux programmes ;
 - pour les gouvernements, elle est l'occasion d'exercer une surveillance ; et
 - pour la société civile, elle offre la possibilité de développer une base de financement plus durable.
48. Certains pays, dont l'Inde et le Mexique, ont mis en place des mécanismes de contractualisation sociale dès le début de la riposte. Plus récemment, la Chine et le Nigeria ont suivi la même voie, tandis que l'Indonésie, le Kenya, le Malawi et l'Ukraine font partie des pays qui préparent des mécanismes de contrats sociaux. Ces efforts doivent s'intensifier, en particulier dans les pays qui sortent du soutien du Fonds mondial et dans lesquels le financement public reste insuffisant pour couvrir les programmes qui s'adressent aux populations clés.

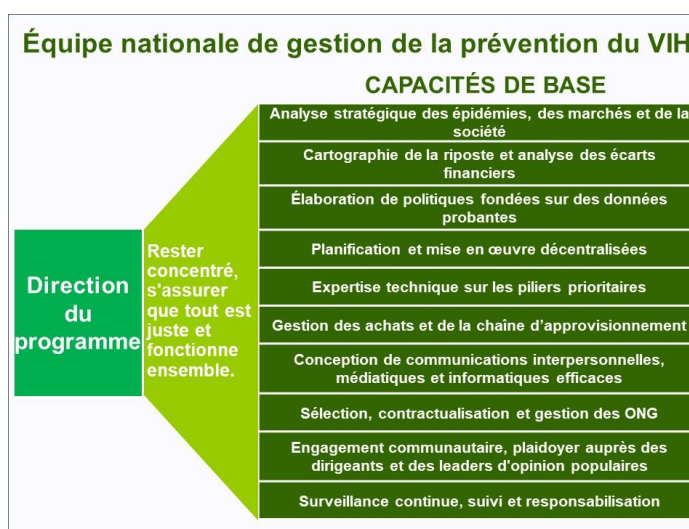
5. CAPACITÉ NATIONALE DE PRÉVENTION DU VIH ET SOUTIEN TECHNIQUE DES PAYS

49. Les évaluations et les rapports nationaux révèlent d'importantes lacunes au niveau des capacités de gestion et de mise en œuvre des mesures de prévention du VIH dans plusieurs pays. Bien qu'il existe d'importantes différences dans la façon dont les pays gèrent leurs programmes de lutte contre le VIH, les lacunes en matière de capacités se situent aux niveaux individuel, organisationnel et systémique.

Développer les capacités individuelles, organisationnelles et systémiques en matière de prévention du VIH

50. L'ONUSIDA a identifié les principaux ensembles de capacités nécessaires à la gestion des ripostes nationales de prévention du VIH (Figure 1). Dans la plupart des pays, plusieurs des capacités requises sont déjà disponibles dans une certaine mesure. Cependant, de nombreux experts sont déployés dans des projets spécifiques ou dans des fonctions de recherche et des fonctions régionales ou mondiales plutôt que dans la gestion de programmes nationaux de prévention du VIH.

Figure 1. Besoins en capacité de la prévention du VIH



51. Dans certains contextes, il a également été signalé que le personnel a tendance à passer des programmes nationaux aux projets, plutôt que l'inverse. Le renforcement des capacités individuelles de prévention du VIH exige une approche à plusieurs niveaux. Il s'agit notamment de transférer du personnel qualifié dans les programmes nationaux, de retenir le personnel qualifié, de développer des compétences de pointe en matière de programmes de prévention du VIH et de mieux utiliser les compétences présentes dans les agences partenaires dans les pays, tant pour les projets que les programmes nationaux de prévention du VIH.

52. En termes de *capacité organisationnelle*, les évaluations rapides suggèrent que dans de nombreux pays, il n'y a pas de postes dédiés à la gestion globale de la riposte nationale de prévention du VIH. En outre, des piliers prioritaires ou des capacités de base spécifiques ne sont pas couverts par les descriptions des postes concernés. Au niveau infranational, les fonctions de coordination sont souvent assurées par du personnel qui n'est affecté à la prévention du VIH qu'à temps partiel et qui n'a pas de mandat spécifique décrivant leurs rôles réels en matière de prévention du VIH. Le renforcement des capacités organisationnelles en matière de prévention du VIH exige donc une combinaison d'actions : la création d'un nombre limité de postes spécifiques et la révision des descriptions de fonction des postes existants pertinents pour la riposte de prévention du VIH afin de garantir que les fonctions de gestion essentielles pour la prévention du VIH en général et pour les cinq piliers prioritaires en particulier (selon les pays) sont exécutées aux niveaux national et infranational.

53. En ce qui concerne la *capacité des systèmes nationaux*, des lacunes spécifiques sont observées en ce qui concerne les cadres de mise en œuvre et les procédures opérationnelles permanentes nationales qui se prêtent à une intensification des programmes. Dans de nombreux pays, les procédures opérationnelles normalisées pour les programmes destinés aux populations clés ou aux jeunes femmes dans les communautés à forte incidence du VIH ne sont en place que dans certains projets spécifiques, mais pas dans la riposte nationale. Cela crée des inégalités en termes de qualité de mise en œuvre et entrave la reproduction à grande échelle d'approches réussies.
54. Souvent, il n'existe pas de mécanismes permettant de suivre et de gérer activement les résultats des programmes aux niveaux infranational et national. La participation de la société civile à la mise en œuvre est souvent portée par des initiatives locales, des projets spécifiques ou des modalités de financement, plutôt que par des mécanismes de gestion clairs pour impliquer les OSC à l'échelle souhaitée. Le renforcement des capacités des systèmes en matière de prévention du VIH exige des procédures opérationnelles normalisées pour tous les organismes et secteurs d'exécution, des systèmes rationalisés pour faire participer les agents d'exécution de la société civile à l'échelle souhaitée et un système de gestion simple pour l'examen par les pairs des progrès accomplis dans les principaux piliers de prévention aux niveaux national et infranational.

Vers une approche de renforcement des capacités de l'appui technique

55. En réponse à la demande des pays, le Programme commun continue à fournir un appui technique étendu global à la prévention et dans le cadre des cinq piliers de la prévention. En ce qui concerne la prévention du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes, le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'UNFPA ont organisé des consultations mondiales et régionales pour affiner l'orientation et faire le point sur les expériences nationales. L'UNICEF et le PEPFAR coprésident le groupe de travail Stay Free, qui se concentre sur l'amélioration de la coordination mondiale de la couverture et des connaissances programmatiques ainsi que sur l'élaboration de notes d'orientation relatives à leur mise en œuvre. L'UNESCO a fourni un appui technique au niveau du déploiement de programmes complets d'éducation sexuelle, tandis que l'UNICEF a apporté son soutien aux pays au niveau des programmes de lutte contre le VIH destinés aux adolescents dans le cadre de l'initiative All-In.
56. En ce qui concerne la prévention du VIH parmi les populations clés, l'ONUSIDA a fourni un appui technique destiné à améliorer l'utilisation de l'information stratégique dans la programmation et la lutte contre les obstacles liés aux droits humains. L'OMS a réuni un groupe de réflexion composé d'experts, de partenaires, de donateurs, de représentants de la société civile et de représentants des populations clés pour discuter de la révision des stratégies d'intervention auprès des populations clés en matière de VIH afin de redynamiser et de recentrer les efforts de prévention du VIH dans la région Asie-Pacifique. Cette réflexion a débouché sur un soutien technique continu dans toute la région. Le FNUAP et l'UNICEF ont soutenu plusieurs programmes, notamment ceux axés sur les jeunes populations clés, le PNUD a fourni un appui technique au niveau des évaluations juridiques, l'ONUDC a apporté une aide technique aux programmes de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues et l'OMS a soutenu les aspects cliniques des principaux programmes concernant les populations clés.
57. En ce qui concerne la programmation des préservatifs, le FNUAP et ONUSIDA ont collaboré au renforcement des estimations des besoins dans les pays et à la redynamisation de stratégies et de plans de programmation des préservatifs globaux et centrés sur la population. L'OMS a fourni un appui technique important au niveau de

l'introduction de programmes de PrEP dans toutes les régions de différents pays ainsi qu'un appui technique aux pays d'Afrique orientale et australe pour soutenir des programmes de VMMC sûrs et efficaces.

58. Les lacunes observées au niveau des capacités de prévention du VIH reflètent également la manière dont l'appui technique de la prévention du VIH a été demandé et fourni. Bien qu'un nombre limité de demandes d'aide technique pour des activités de prévention aient été reçues par l'intermédiaire des Dispositifs d'Appui technique, un large éventail de besoins techniques a été identifié dans le cadre du premier examen des progrès de la Coalition pour la prévention du VIH. Les besoins techniques varient considérablement d'un pays à l'autre et couvrent tout l'éventail de la programmation - de l'analyse de la localisation de la population et stratégies et plans chiffrés aux outils de mise en œuvre en passant par les piliers prioritaires. L'examen de l'état d'avancement donne à penser qu'il y a des lacunes au niveau de l'identification des besoins techniques et des besoins en capacités ainsi que dans la formulation des mesures correctives. Seuls quelques pays ont préparé des plans consolidés de renforcement des capacités et d'assistance technique pour leurs interventions de prévention du VIH.
59. La réalisation des objectifs mondiaux de prévention du VIH exigera une approche pragmatique mais systématique pour renforcer les capacités en matière de prévention. Au niveau national, des évaluations rapides des capacités et des besoins d'appui technique seront nécessaires. Elles doivent être traduites en plans de renforcement des capacités concis, ciblés et réalisables. Cette approche nécessitera également des changements majeurs dans le paradigme de l'appui technique - du déploiement de consultants pour des processus ou des produits spécifiques à une combinaison de modalités pour développer des capacités nationales durables de prévention du VIH. La nouvelle approche visera à renforcer simultanément les capacités individuelles, organisationnelles et systémiques grâce à la collaboration Sud-Sud, au mentorat, à l'apprentissage par la pratique et à l'assistance technique avec des composantes intégrées de renforcement des capacités.
60. Au niveau mondial, le Programme commun a commencé à stimuler ces changements en élaborant un modèle d'évaluation des capacités et de la planification de la prévention et en organisant des discussions interactives avec les pays sur leurs besoins d'appui technique. En collaboration avec le nouveau mécanisme d'appui technique, plus de 40 consultants séniors ont été formés aux dernières techniques en matière de programmation de la prévention. Des formations supplémentaires sont envisagées pour le personnel des Nations Unies et des partenaires. Avec le soutien de la Fondation Bill & Melinda Gates, des fonds catalytiques ont été mis à disposition pour renforcer temporairement les capacités nationales. Les pays devront toutefois se doter, à moyen terme, de capacités suffisantes en matière de prévention. Il est également prévu de développer des réseaux d'échange de pratiques autour de la prévention du VIH. Des experts des cinq piliers prioritaires seront recrutés en créant des groupes de courrier électronique et en organisant régulièrement des réunions virtuelles pour partager les expériences des pays, les bonnes pratiques et l'apprentissage par les pairs.

6. DE NOUVELLES POSSIBILITÉS DE PRÉVENTION PRIMAIRE SONT-ELLES PRISES EN COMPTE ?

Objectifs de développement durable et couverture sanitaire universelle

61. Il existe un certain nombre de liens potentiels entre les objectifs de développement durable (ODD) et la prévention primaire du VIH. L'ODD relatif à l'éducation s'avère particulièrement pertinent, car dans de nombreux pays, le VIH touche de plus en plus de groupes de population moins instruits (28). Dans le même temps, il a aussi été démontré

que l'amélioration de l'accès des filles à l'éducation réduit leur risque de contracter le VIH (28). Bien que les taux d'achèvement des études secondaires chez les filles se soient améliorés dans de nombreux pays, d'autres possibilités de prévention du VIH dans les écoles existent également. Ces possibilités comprennent notamment une éducation plus active et plus complète en matière de sexualité et de prévention du VIH, le renforcement des liens entre les services de santé et les écoles en ce qui concerne la promotion de la santé et l'orientation vers des préservatifs, la VMMC pour les adolescents et des campagnes spécifiques de prévention du VIH dans les écoles des communautés à forte incidence du VIH. Les objectifs en matière d'égalité des sexes s'attaquent aux normes sexospécifiques et aux pratiques préjudiciables qui entraînent une augmentation du risque et de la vulnérabilité au VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes et entravent l'accès aux services de prévention tant pour les femmes que pour les hommes.

62. L'ODD sur la santé et l'évolution vers une couverture sanitaire universelle (CSU) sont deux occasions d'accroître l'accès à des services spécifiques de prévention du VIH. Lors d'une manifestation parallèle sur la prévention du VIH dans le cadre de la 71^e Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018, le Directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a déclaré qu'en « ne laissant personne de côté », il faudra accorder une attention spécifique et particulière aux populations clés en tant que groupes les plus vulnérables et à risque. La CSU ne pourra pas être réalisée si les populations clés ne sont pas atteintes. Il a affirmé que les services de prévention du VIH devaient être adaptés pour assurer un accès équitable aux populations et sur les lieux les plus exposés et les plus touchés, notamment par le biais des ripostes communautaires et dirigées par les communautés. Une attention particulière devrait être accordée aux mesures d'assurance et d'amélioration de la qualité qui peuvent garantir un impact maximum des services, respectent les normes éthiques et sont acceptables pour les personnes qui ont besoin de ces services.
63. Malgré l'existence d'une palette d'interventions et de services de prévention du VIH efficaces, d'autres innovations seront néanmoins nécessaires pour accélérer les efforts de prévention. L'inclusion du dépistage et du traitement du VIH dans les programmes de CSU et d'assurance maladie pourrait libérer des ressources dans les programmes de lutte contre le VIH, qui pourraient alors être recentrés sur les programmes de prévention primaire (y compris la sensibilisation communautaire, rarement financée par des programmes de CSU). Des services spécifiques de prévention du VIH pourraient également être inclus dans la CSU et les régimes d'assurance maladie. En Europe et aux États-Unis, la PrEP a été intégrée dans les régimes d'assurance maladie. Étant donné le coût moins élevé des médicaments génériques désormais disponibles pour la PrEP, des mesures similaires pourraient également être envisagées dans les pays à revenu intermédiaire. Étant donné que la VMMC permet de réaliser des économies dans de nombreux pays où la prévalence de l'infection à VIH est élevée, son inclusion dans les régimes d'assurance maladie devrait également être envisagée.
64. Dans le contexte des programmes de CSU, la prévention du VIH est aussi liée à des opportunités spécifiques et à des risques potentiels, surtout au niveau des populations clés. Le principe fondamental de la CSU c'est de « ne laisser personne de côté » et il est impératif que les besoins des populations clés soient satisfaits par le biais de services spécifiques, y compris les services de proximité nécessaires à la prévention. Les stratégies de la CSU doivent faire en sorte que les personnes qui ont le plus besoin de services de prévention du VIH puissent effectivement en bénéficier et que les ensembles d'avantages sociaux comprennent explicitement des services dirigés par la communauté. La récente Conférence internationale sur les soins de santé primaires et la Déclaration qui en a résulté (29) ont souligné l'urgence d'aller au-delà des services de

santé formels pour servir les communautés les plus marginalisées afin de remédier aux inégalités et disparités en matière de santé.

Liens et intégration de la prévention du VIH

65. Des initiatives existent qui visent à renforcer les liens entre la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH et l'intégration de cette dernière. Les progrès les plus significatifs sont ceux qui ont été réalisés en matière d'intégration du dépistage du VIH dans les soins prénatals pour la prévention de la transmission mère-enfant. Les progrès réalisés au niveau de l'intégration de la prévention primaire dans les programmes de santé sexuelle et reproductive ont, par contre, été moins concluants. Le SRHR&HIV Linkages Index suggère que si plusieurs pays ont fait des progrès dans l'intégration de la santé sexuelle et reproductive dans leurs stratégies de lutte contre le VIH, le VIH n'a pourtant été intégré dans les stratégies de santé sexuelle et reproductive que dans un nombre limité de pays (30).
66. Dans les zones à forte prévalence du VIH, la promotion et la disponibilité des préservatifs dans le contexte de la distribution de méthodes de contraception hormonales et de méthodes contraceptives autres que des méthodes barrières montrent des lacunes. La Coalition mondiale pour la prévention du VIH collaborera avec les partenaires concernés (notamment l'OMS, le FNUAP et la Fédération internationale du Planning familial) à l'élaboration d'une prise de position sur la santé sexuelle et reproductive et sur les liens et l'intégration de la prévention du VIH, qui tiendra compte de la nécessité de la spécificité de la prévention du VIH dans les programmes de santé sexuelle et reproductive.
67. Avec l'appui de la Suède, un certain nombre d'initiatives régionales sont en cours pour renforcer les liens entre les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et le VIH. Il s'agit notamment d'une initiative conjointe en Afrique de l'Est et en Afrique australe, appelée « 2gether 4 SRHR », à laquelle participent l'ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS. Une autre initiative, pilotée par l'UNESCO, vise à améliorer les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive, d'égalité des sexes et d'éducation pour les adolescents et les jeunes de la région de l'Afrique subsaharienne grâce à une éducation sexuelle complète de qualité (31). Le FNUAP facilite l'élaboration de directives internationales sur l'éducation sexuelle complète non scolaire à l'intention des adolescents et des jeunes qui vivent avec le VIH, sont handicapés et/ou appartiennent à des populations clés ou à des communautés autochtones. Avec l'appui de la Norvège, le FNUAP prévoit de mettre en œuvre des programmes d'éducation sexuelle complète non scolaire dans cinq pays en 2019-2021. Le Programme de sauvegarde des droits des jeunes mis en œuvre par le FNUAP avec des partenaires nationaux et régionaux dans huit pays d'Afrique australe répond aux besoins des adolescents et des jeunes en matière de santé et de droits sexuels et génésiques en mettant l'accent sur des services adaptés aux jeunes, une éducation sexuelle complète et la responsabilisation des jeunes. D'autres activités visant à renforcer les liens sont à l'étude, notamment l'identification des synergies potentielles entre la prévention du VIH et le partenariat Family Planning 2020, Every Women, Every Child et le Mécanisme mondial de financement.
68. L'initiative Les villes s'engagent, facilitée par l'ONUSIDA et divers partenaires constitue une autre plateforme importante pour la prévention du VIH. Dans de nombreux pays, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les personnes qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles de vivre dans des zones urbaines. Des données phylogénétiques récentes sur la transmission du VIH en Afrique du Sud ont montré que de nombreuses nouvelles infections à VIH dans les zones rurales sont liées aux déplacements vers les villes (32).

Il existe plusieurs exemples de programmes efficaces de prévention du VIH dans les villes. À San Francisco, par exemple, le déploiement de la PrEPa était associé à une baisse de l'incidence du VIH qui stagnait auparavant (33).

7. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

69. On note un renouveau de l'engagement en faveur de la riposte mondiale de prévention du VIH. Un nombre croissant de pays et de parties prenantes prennent des mesures pratiques pour redynamiser leurs ripostes primaires de prévention du VIH, y compris des mesures pour lever les obstacles liés aux politiques et aux droits, qui doivent encore être intensifiés. Les progrès réalisés en termes de fourniture de services de prévention efficaces aux populations clés, à quelque échelle que ce soit, restent néanmoins loin d'être suffisants et les problèmes structurels ne sont toujours pas réglés du fait des obstacles majeurs que représentent encore les environnements juridiques punitifs et sociaux discriminatoires dans de nombreux pays.
70. Les pays mettent également en place des objectifs et des plans de mise en œuvre systématique, qui pourront bénéficier du développement des réseaux d'échange des pratiques d'intensification des programmes dans les cinq piliers prioritaires. Le financement de la prévention du VIH doit se concentrer sur les piliers prioritaires pertinents et doit être augmenté, en particulier par le biais de l'allocation de fonds soutenue par le PEPFAR et d'autres appuis bilatéraux, de demandes renforcées du Fonds mondial et d'investissements nationaux accrus pour combler les déficits financiers de la prévention.
71. La poursuite des actions décidées dans le cadre de la 41^e réunion du CCP s'avérera critique pour maintenir cette dynamique. Il s'agit notamment de recommander au Programme commun de continuer à aider les États membres à renforcer leurs programmes de prévention, de la planification à l'exécution, et de recommander aux États membres et aux organismes de financement d'investir de manière adéquate dans la prévention du VIH.
72. Trois décennies après le début de la riposte au sida, la couverture des programmes de base, en particulier les programmes destinés aux populations clés (à l'échelle mondiale) et les programmes de distribution de préservatifs (en Afrique subsaharienne en particulier), reste très variable et présente d'importantes lacunes. S'ils sont bien mis en œuvre, ces programmes sont efficaces et évolutifs. Il est urgent de les intensifier, pour le bénéfice, à la fois de la prévention du VIH et de la santé sexuelle et reproductive en général.
73. Les capacités liées à la prévention du VIH exigent le renforcement des capacités individuelles, organisationnelles et des systèmes nationaux aux niveaux national et infranational. Il est nécessaire de passer d'une assistance technique et d'un appui aux projets à court terme à la mise en place de capacités permettant de mettre en place des programmes nationaux durables de prévention du VIH. Pour ce faire, il faudra prendre toute une série de mesures, dont le renforcement des compétences, l'amélioration des descriptions de fonction, l'apprentissage Sud-Sud, l'élaboration de procédures opérationnelles nationales standardisées pour les programmes et un appui technique spécifique.

8. POINTS DE DÉCISION PROPOSÉS

74. Rappelant les décisions de la 41^e réunion du CCP sur le suivi du débat thématique sur la prévention du VIH à l'horizon 2020 : un partenariat mondial pour l'action ;
75. Prendre note du rapport d'avancement 2018 sur l'implémentation de la Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020
76. *Demander* aux États membres, en collaboration avec les organisations communautaires, la société civile et d'autres partenaires, de continuer à accélérer l'intensification de la riposte de prévention, conformément aux engagements pris dans la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida et dans la Feuille de route de la prévention du VIH 2020 ;
77. *Souligner* l'importance que les États membres et les principaux donateurs continuent à investir de manière adéquate dans la prévention du VIH, et qu'au moins un quart des dépenses liées au VIH soit investi dans des programmes de prévention ;
78. *Demander* au Programme commun d'aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des plans de prévention solides qui comprennent des stratégies de développement durable des capacités et de mobilisation des ressources et faire rapport au Conseil de Coordination du Programme en 2019 sur les progrès réalisés en matière de prévention.

RÉFÉRENCES

1. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida. 65^e session de l'Assemblée générale des Nations-Unies (AGNU). New York ; 2011.
2. ONUSIDA. 41^e réunion du Conseil de Coordination du Programme. Décisions. 14 décembre 2017. Genève ; 2017.
3. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Feuille de Route de la prévention du VIH pour 2020. Genève ; 2017.
4. Estimations 2018 de l'ONUSIDA.
5. ONUSIDA. Un long chemin reste à parcourir - combler les écarts, rompre les barrières, réparer les injustices. Genève ; 2018.
6. ONUSIDA. Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. Finding solutions for everyone at every stage of life. Genève ; 2016.
7. ONUSIDA. Analyse spéciale (non publiée). 2018.
8. Brown T. Where should we focus for impact in Asia? Are Key Populations Really the "KEY" to Ending AIDS in Asia? . Amsterdam: East-West Center. WHO SEARO Satellite, AIDS 2018; 2018.
9. Johnson WD, O'Leary A, Flores SA. Per-partner condom effectiveness against HIV for men who have sex with men. *Aids*. 2018;32(11):1499-505.
10. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD003362.
11. Njeuhmeli E, Forsythe S, Reed J, Opuni M, Bollinger L, Heard N, et al. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *Plos Med*. 2011;8(11):e1001132.
12. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. 2012;345:e5945.
13. ONUSIDA. Notes on the HIV Prevention Working Group Meeting, 11-12 September 2018. Genève ; 2018.
14. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(9):830-9.
15. Rodger A, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Corbelli G, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in MSM couples with suppressive ART: The PARTNER2 Study extended results in gay men. *Journal of the International AIDS Society*; 2018.
16. Jared Baeten CC. HIV Prevention at AIDS 2018. 22nd International AIDS Conference. Amsterdam: University of Washington; 2018.
17. Havlir D, Charlebois E, Balzer L, Clark T, Kwarisiima D, Ayieko J, et al. SEARCH community cluster randomized study of HIV" test and treat" using multi-disease approach and streamlined care in rural Uganda and Kenya. *Journal of the International AIDS Society*; 2018.
18. Measure D. Demographic and health surveys STATcompiler. Macro International Inc, Calverton; 2018.
19. Traeger M, Asselin J, Price B, Cornelisse V, Roth N, Wilcox J, et al., editors. Changes, patterns and predictors of sexually transmitted infections in gay and bisexual men using PrEP; interim analysis from the PrEPX demonstration study. *Journal of the International AIDS Society*; 2018.
20. Marcus JL, Hurley LB, Hare CB, Nguyen DP, Phengrasamy T, Silverberg MJ, et al. Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention in a Large Integrated Health Care System: Adherence, Renal Safety, and Discontinuation. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(5):540-6.

21. Morton J, Bukusi E, Delany-Moretlwe S, Bekker L-G, Omollo V, Travill D, et al. High prevalence of curable STIs among young women initiating PrEP in Kenya and South Africa. Conférence internationale sur le sida. Amsterdam; 2018.
22. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Mise en œuvre de la Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020 Premier rapport d'avancement, mars 2018. Genève ; 2018.
23. Groupe mondial de travail sur la prévention du VIH. Renforcer la prévention primaire du VIH. Five Thematic Discussion Papers to Inform Country Consultations and the Development of a Global HIV Prevention Roadmap. Genève ; 2017.
24. ONUSIDA. Global HIV Prevention Coalition Scorecard. Genève ; 2018.
25. International HIV/AIDS Alliance. HIV Prevention Shadow Reports. Brighton ; 2018.
26. Legemate EM, Hontelez JA, Looman CW, de Vlas SJ. Behavioural disinhibition in the general population during the antiretroviral therapy roll-out in Sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis. Tropical Medicine & International Health. 2017;22(7):797-806.
27. Mann Global Health. Challenges and recommendations for reaching “Fast-Track” targets for condoms. Draft 2018.
28. De Neve J-W, Fink G, Subramanian S, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. The Lancet Global Health. 2015;3(8):e470-e7.
29. Conférence mondiale sur les soins de santé primaires. Déclaration d'Astana, 25-26 octobre 2018. Astana : 2018.
30. World Health Organization & International Planned Parenthood Federation. The SRHR&HIV Linkages Index. Genève ; 2018.
31. UNESCO. Présentation du programme Nos vies, nos droits, notre avenir (O3). New York ; 2017.
32. Cuadros DF. Assessing the role of geographical HIV hot-spots in the spread of the epidemic. Boston (MA): CROI 2018; 2018.
33. San Francisco Department of Health. HIV Epidemiology Annual Report 2017. San Francisco; 2018.

[Fin du document]