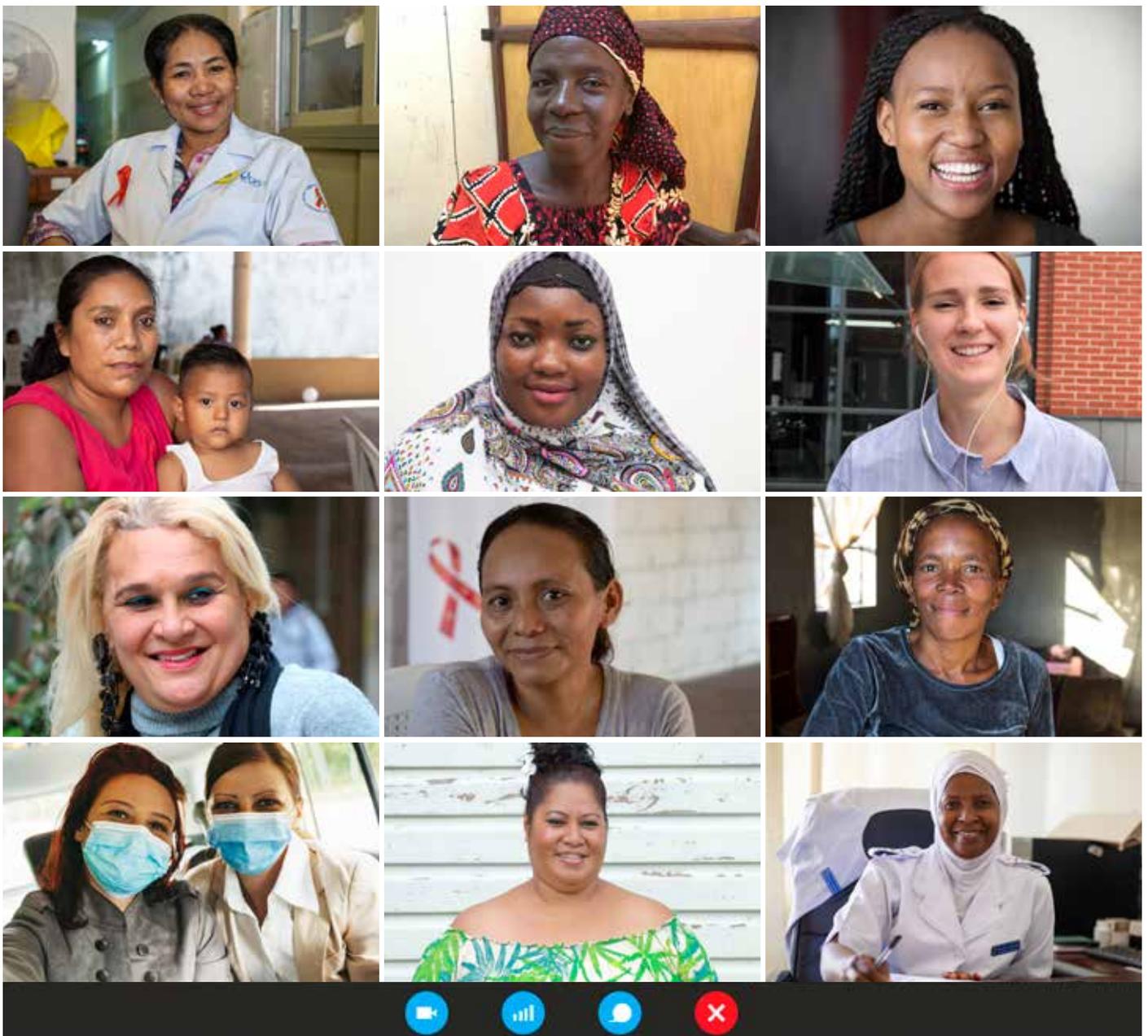


# AGISSONS MAINTENANT

Pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies





# AGISSONS MAINTENANT

Pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies

# TABLE DES MATIÈRES

01

02

03

6 Avant-propos

## 8 INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

10 Une année charnière pour la lutte contre le VIH  
13 Progrès mondiaux vers les objectifs 90–90–90  
17 Les lacunes révèlent des inégalités bien ancrées  
26 Approches des pandémies centrées sur les personnes  
33 Agissons maintenant

## 40 AVANCEMENT VERS LES TROIS ZÉROS

44 Zéro nouvelle infection  
47 Zéro décès lié au sida  
51 Zéro discrimination  
56 Maximiser l'impact des ripostes au VIH  
61 Mesurer les transitions de l'épidémie de VIH

## 66 ENGAGEMENTS 2020

70 Engagement Fast Track 1  
77 Engagement Fast Track 2  
79 Engagement Fast Track 3  
88 Engagement Fast Track 4  
90 Engagement Fast Track 5  
91 Engagement Fast Track 6  
93 Engagement Fast Track 7  
94 Engagement Fast Track 8  
97 Engagement Fast Track 9  
101 Engagement Fast Track 10

## 106 SYNERGIES ENTRE LES RIPOSTES AUX PANDÉMIES

112 Tirer parti du leadership et des leçons du VIH face à une nouvelle menace de pandémie  
114 Adapter les services VIH pendant la pandémie COVID-19  
118 Transformer une crise en une opportunité de distribution plurimensuelle de médicaments contre le VIH  
121 Éviter les ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux pendant la pandémie de COVID-19  
123 Adapter les services fournis aux populations clés pendant la pandémie COVID-19



Crédit : Médecins du monde

04

## 128 **GARANTIR LES DROITS**

- 133 Santé et droits sexuels et reproductifs
- 136 Des normes inégales entre les sexes sapent les droits à la santé
- 138 Violence sexospécifique
- 143 Défis auxquels les jeunes femmes et adolescentes sont confrontées
- 144 Accès à l'éducation
- 146 Travail sans rémunération ni protection
- 148 Approches globales de l'autonomisation et de la santé
- 156 Lois et politiques

05

## 172 **APPROCHES DURABLES ET CENTRÉES SUR LES PERSONNES**

- 177 Ripostes au VIH et couverture de santé universelle
- 179 Intégrer le VIH et les autres services de santé
- 195 Ne laisser personne pour compte
- 213 Investissement et durabilité
- 215 Le financement du VIH est en perte de vitesse
- 218 Le financement du VIH pendant les crises mondiales
- 222 Pas de simples compromis

06

## 238 **PROFILS DES RÉGIONS**

- 240 Afrique orientale et australe
- 258 Afrique occidentale et centrale
- 272 Asie et Pacifique
- 292 Amérique latine
- 306 Caraïbes
- 322 Moyen-Orient et Afrique du Nord
- 338 Europe orientale et Asie centrale
- 352 Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord

07

## 362 **ANNEXE SUR LES MÉTHODES**

- 364 Partie 1. Méthodes de calcul des estimations de l'ONUSIDA concernant le VIH
- 369 Partie 2. Méthodes de calcul des objectifs 90–90–90
- 375 Partie 3. Données sur les populations clés
- 377 Partie 4. Estimations sous-nationales du VIH pour l'Afrique subsaharienne
- 379 Partie 5. Tableau de bord des lois et des politiques



# AGISSONS MAINTENANT

---



*À l'instar de l'épidémie de VIH qui l'a précédée, la pandémie de COVID-19 met en évidence les fragilités de notre monde, notamment les inégalités économiques et sociales persistantes et les investissements terriblement insuffisants dans la santé publique.*

*Dans de nombreuses régions du monde, la COVID-19 se télescope avec l'épidémie de VIH en cours. Comme le démontre le dernier rapport de l'ONUSIDA, l'épidémie de VIH demeure une problématique énorme et inachevée. Les inégalités entre les sexes, la violence sexospécifique, la criminalisation et la marginalisation des groupes vulnérables continuent de faire progresser le VIH.*

*Cette crise tire le signal d'alarme et nous incite à faire les choses différemment. Nous avons besoin d'une réponse fondée sur la justice économique et sociale, car les lacunes de la riposte aux pandémies, qu'il s'agisse du VIH ou de la COVID-19, se situent sur les lignes de fracture de l'inégalité.*

**António Guterres**  
Secrétaire général  
Nations Unies

# AVANT-PROPOS

La pandémie de COVID-19 a changé notre monde de façon incommensurable au cours des six derniers mois.

Nous sommes fiers que des décennies d'expérience et l'infrastructure mise en place pour la riposte au VIH soient utilisées dans la lutte contre le coronavirus, et que les activistes du monde entier travaillent d'arrache-pied pour s'assurer que l'interruption des services liés au VIH soit minimisée. Ce rapport dresse le profil de certains activistes, comme Theary So, du Cambodge, qui vit avec le VIH depuis 15 ans. Theary propose des services de conseil tous les jours à l'hôpital de l'amitié khméro-soviétique de Phnom Penh, le premier site de traitement du VIH du pays, qui est désormais utilisé pour traiter les patients atteints de la COVID-19.

Nos progrès en vue de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 accusaient déjà un retard avant l'épidémie de COVID-19. Cette crise risque maintenant de nous faire perdre encore plus de terrain. Une modélisation réalisée pour le compte de l'ONUSIDA et de l'Organisation mondiale de la santé a montré qu'une interruption de

six mois des fournitures médicales pourrait entraîner 500 000 décès supplémentaires liés au sida, rien qu'en Afrique subsaharienne, d'ici la fin de 2021.

Nous ne pouvons pas permettre que les acquis durement glanés dans la lutte contre le VIH soient réduits à néant. D'autant plus qu'il reste encore beaucoup à faire pour terminer le travail.

Sur les 38 millions de personnes vivant avec le VIH, 25,4 millions sont actuellement sous traitement. Cela signifie que 12,6 millions de personnes sont toujours en attente. Les nouvelles infections par le VIH ont été réduites de 23 % depuis 2010, en grande partie grâce à une diminution substantielle de 38 % en Afrique orientale et australe. Mais les nouvelles infections ont augmenté de 72 % en Europe orientale et en Asie centrale, de 22 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et de 21 % en Amérique latine.

Au niveau mondial, on dénombrait encore 690 000 décès liés au sida en 2019 et 1,7 million de nouvelles infections. Nos objectifs pour 2020 visant à réduire le nombre de décès liés au sida à moins de 500 000 et le nombre de nouvelles infections par

le VIH à moins de 500 000, ne seront pas atteints.

La violence et les inégalités sexospécifiques continuent à alimenter l'épidémie. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes et les adolescentes représentaient une nouvelle infection sur quatre en 2019, alors qu'elles constituent environ 10 % de la population totale.

On estime que 243 millions de femmes et de filles (âgées de 15 à 49 ans) ont subi des violences sexuelles et/ou physiques perpétrées par un partenaire intime au cours des 12 derniers mois. Entre-temps, les femmes qui subissent de telles violences couraient 1,5 fois plus de risques de contracter le VIH que les femmes qui n'avaient pas subi de violences. Dans les groupes marginalisés, une forte prévalence de la violence est également liée à des taux plus élevés d'infection par le VIH. Les professionnelles du sexe courent 30 fois plus de risques de contracter le VIH que la population générale.

Nous savons comment traiter le VIH et comment éviter les nouvelles infections. Nous espérons désespérément une politique différente pour garantir que chacun puisse exercer, partout, son droit à la santé.

Cela doit inclure des efforts concertés pour éliminer les injustices et les inégalités qui exposent les jeunes femmes et les filles, les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les transgenres, les usagers de drogue, les prisonniers et les migrants à un risque accru d'infection par le VIH.

Il convient de s'attaquer à la crise de la prévention du VIH en accordant à chacun, et partout, le droit à la santé, en supprimant les obstacles qui entravent l'accès des personnes aux services essentiels. Dans la lutte contre la COVID-19, nous devons tirer les douloureuses leçons d'une histoire d'inégalité d'accès dans la lutte contre le VIH. Des millions de personnes sont mortes de maladies liées au sida alors qu'il existait des médicaments qui auraient pu leur sauver la vie. Nous devons veiller à ce que les traitements de la COVID-19 et un éventuel vaccin contre le coronavirus soient mis gratuitement à la disposition de tous, et partout, au point d'utilisation. Un vaccin pour les peuples.

Nous avons besoin d'une réponse multisectorielle au VIH et à d'autres épidémies en nous assurant, par



Crédit : ONUSIDA

exemple, que les garçons et les filles terminent leurs études secondaires, que les personnes ne soient plus criminalisées pour ce qu'elles sont ou la personne qu'elles aiment, qu'il existe une approche de santé publique fondée sur les droits en matière d'utilisation de drogues.

Pour être efficaces, les ripostes aux pandémies doivent être ancrées dans les droits de l'homme, fondées sur des preuves, dirigées par la communauté et entièrement financées. Nous devons en tirer les enseignements une fois pour toutes.

Depuis quelques années, le VIH est en passe de disparaître de l'agenda international. C'est pourquoi j'appelle les dirigeants à se manifester pour soutenir une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'élimination du sida en

2021, afin de traiter d'urgence les questions en suspens qui nous empêchent de mettre fin à l'épidémie du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

Nous ne devons pas baisser les bras face au VIH.

Le rapport mondial 2020 de l'ONUSIDA est un appel à l'action. Il met en évidence l'ampleur de l'épidémie de VIH et la façon dont elle évolue le long des lignes de fracture des inégalités. Nous pouvons et devons combler les écarts.

**Winnie Byanyima**  
Directrice exécutive de l'ONUSIDA

# INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

---

Un virus mortel franchit la barrière des espèces et se propage silencieusement. Au début, peu de mesures ont été prises. Le déni, la discrimination et la discorde nuisent à une riposte efficace. Les pauvres et les marginalisés sont les plus exposés à l'infection et à la mort, et les moins susceptibles de faire face aux conséquences plus larges de la maladie. Le ressentiment et la frustration s'accumulent. Les émotions sont exacerbées. Les protestataires s'activent.

Lorsque le VIH a été reconnu comme une pandémie mondiale, des années ont été nécessaires pour amorcer le changement. Lorsque les appels des militants et les cercueils des personnes décédées ne pouvaient plus être ignorés, un consensus a été trouvé et des engagements mondiaux ont été pris. Des actions de santé publique qui semblaient autrefois impossibles sont désormais monnaie courante.

Une crise sanitaire mondiale sans précédent exige une approche sans précédent. Pour la COVID-19, le délai pour le débat et le changement a été réduit de plusieurs années à quelques semaines.

Alors que les systèmes de santé se mobilisent, que les communautés sont confinées et que les économies glissent vers la récession, la COVID-19 a rappelé au monde des vérités gênantes. Les femmes sont victimes de violences dans leur propre foyer. Les filles non scolarisées sont exposées à des pratiques néfastes, notamment le mariage précoce. Les régulations et mesures policières visant ostensiblement à maintenir l'ordre public sont utilisés pour harceler et nuire aux groupes minoritaires, aux pauvres et aux personnes vulnérables. Les personnes, travaillant dans les économies informelles et qui travaillent sans filet, sont privées des normes de

santé et de sécurité sur le lieu de travail et ne peuvent prétendre aux allocations de chômage et aux prestations de soins de santé.

Les efforts déployés pour remédier à des siècles d'inégalités ont été lents et sujets à des revers. Les privilégiés ont pu trop facilement ignorer les chaînes de la pauvreté, du racisme et du sexisme. L'envie de croissance économique a trop souvent primé sur les appels à la lutte contre le changement climatique, sur l'élargissement de l'accès aux soins de santé et sur le renforcement des filets de sécurité sociale.

Les frustrations qui couvent sont à nouveau exacerbées. Les hommes puissants qui agressent sexuellement des jeunes femmes ne peuvent être tolérés. #MeToo (Moi Aussi). Le meurtre d'hommes noirs non armés par des policiers blancs ne constitue pas un usage raisonnable de la force. Black Lives Matter. L'inégalité doit être combattue. Les protestataires descendent à nouveau dans la rue.



LORSQUE LE VIH A ÉTÉ RECONNU  
COMME UNE PANDÉMIE  
MONDIALE, DES ANNÉES ONT ÉTÉ  
NÉCESSAIRES POUR AMORCER  
LE CHANGEMENT. POUR LA  
COVID-19, LE DÉLAI POUR LE  
DÉBAT ET LE CHANGEMENT A  
ÉTÉ COMPRESSÉ DE PLUSIEURS  
ANNÉES À QUELQUES SEMAINES.

Crédit : Ericky Boniphace/AFP

## Une année charnière pour la lutte contre le VIH

Les demandes de transformation sociale se multiplient alors que la lutte mondiale contre le VIH atteint une étape importante. Voici quatre ans, l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) a convenu que l'éradication du sida à l'horizon 2030 nécessitait une expansion accélérée des services VIH parallèlement aux environnements favorables et catalyseurs des droits pour ces services. Il a été convenu que des objectifs intermédiaires seraient atteints d'ici la fin de 2020.

Des progrès significatifs ont été réalisés. Des dizaines de pays issus de divers contextes géographiques, économiques et épidémiologiques sont sur la bonne voie, ou presque, pour atteindre nombre de ces engagements, pour autant que ces objectifs ambitieux puissent être atteints avec une volonté politique, des ressources financières et un engagement communautaire suffisants. Ces pays ont en commun un leadership politique déterminé en matière de sida, un engagement communautaire fort, des approches multisectorielles et fondées sur les droits, et l'utilisation cohérente de preuves

scientifiques pour guider une action concertée. Ces caractéristiques ne sont pas uniquement pertinentes pour les ripostes d'autres pays au VIH – elles constituent également des enseignements essentiels pour le monde qui se mobilise contre une nouvelle menace de pandémie.

Toutefois, la triste vérité réside dans le fait que les succès dans certains pays et régions sont tempérés par les échecs dans d'autres. L'agrégat au mondial des données nationales communiquées à l'ONUSIDA démontre que le monde a investi trop peu de ressources, fourni trop peu de services aux personnes et n'a pas réussi à infléchir les courbes des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida de manière aussi significative que ce qui était envisagé dans la stratégie d'accélération de l'ONUSIDA.

Par conséquent, tous les objectifs mondiaux pour 2020 ne seront pas atteints.

L'écart de financement pour les ripostes au VIH se creuse. Le dynamisme induit par l'accord mondial sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) en 2000 s'est étioilé depuis

FIGURE 0.1

### Disponibilité des ressources et principales sources de financement consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à faibles et moyens revenus, 2000–2019, avec les besoins visés en termes de ressources pour 2020



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Note : Les estimations de la disponibilité des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2016 afin de tenir compte de l'inflation et de pouvoir être comparées à l'objectif qui a été fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la Déclaration de politique 2016 sur l'éradication du sida.

l'adoption des Objectifs de Développement Durable (ODD). Les augmentations des ressources affectées à la riposte au VIH dans les pays à faibles et moyens revenus ont connu un coup d'arrêt en 2017, avec une contraction de 7 % des financements entre 2017 et 2019.<sup>1</sup> Dans ces pays, le financement total disponible en 2019 pour le VIH s'élevait à quelque 70 % de l'objectif 2020 fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies (Figure 0.1). Les principaux outils des ripostes efficaces au VIH – tels que l'accès équitable à l'éducation et aux soins de santé, aux systèmes juridiques et judiciaires qui protègent les droits des plus marginalisés au sein de la société – demeurent négligés dans des dizaines de pays au

sein de nombreuses régions.

Cette incapacité collective à investir suffisamment dans des ripostes globales au VIH, fondées sur les droits, a un coût très élevé : de 2015 à 2020, on a dénombré 3,5 millions d'infections au VIH et 820 000 décès liés au sida supplémentaires par rapport aux nombres réellement déplorés si le monde avait été sur la bonne trajectoire pour atteindre les objectifs 2020 (Figures 0.2 et 0.3).

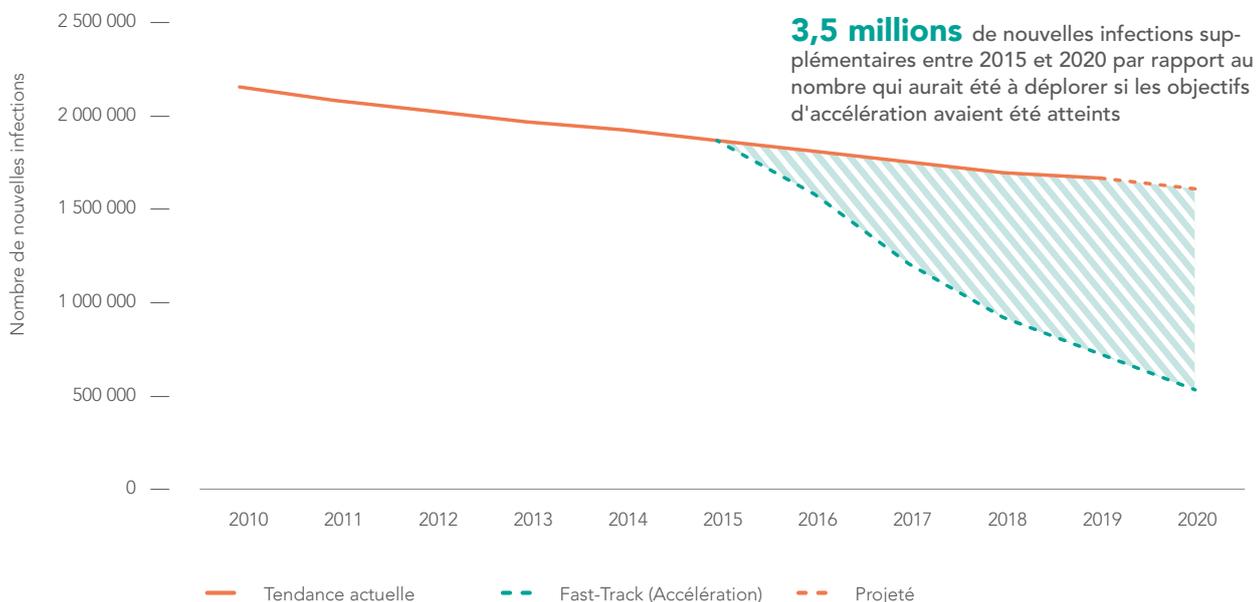
Le schéma de réussite est largement disponible. Le monde peut mieux faire.



<sup>1</sup> Les estimations de la disponibilité des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2016 afin de tenir compte de l'inflation et de pouvoir être comparées à l'objectif qui a été fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la Déclaration politique 2016 sur l'éradication du sida.

FIGURE 0.2

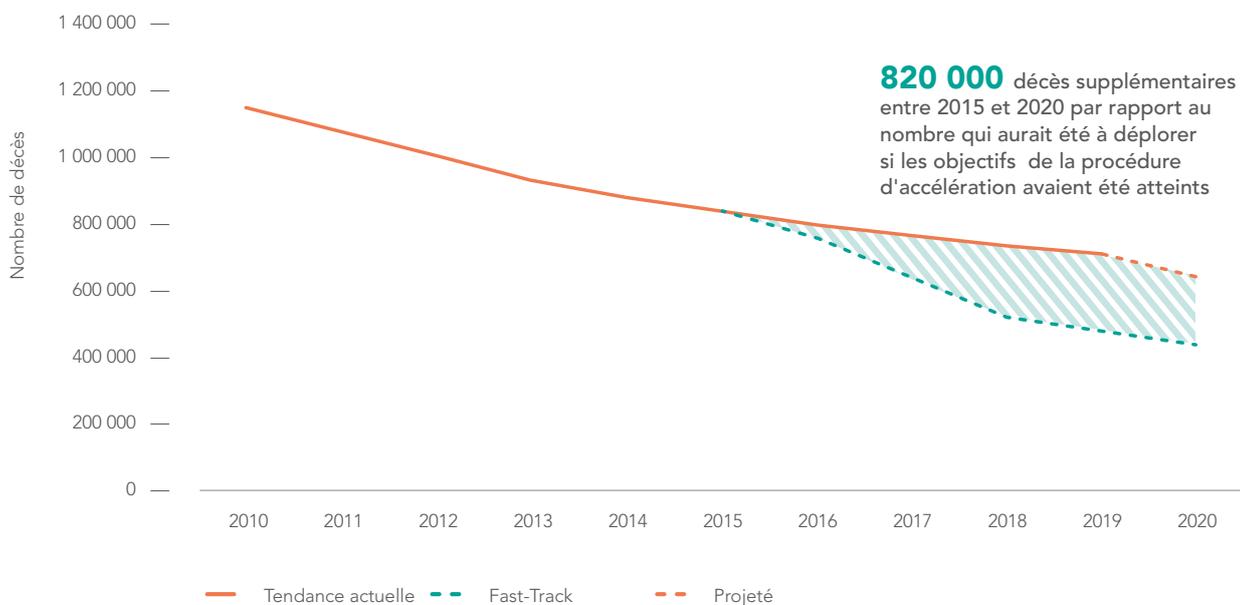
**Nouvelles infections par le VIH projetées jusqu'en 2020, et prévisions modélisées résultant des interventions d'accélération au niveau mondial, 2010-2020**



Source : Analyse spéciale réalisée par Avenir Health sur la base des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 0.3

**Décès liés au sida projetés jusqu'en 2020, et prévisions modélisées résultant des interventions d'accélération au niveau mondial, 2010-2020**



Source : Analyse spéciale réalisée par Avenir Health sur la base des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note : Les méthodes d'estimation de la mortalité liée au sida ont été améliorées depuis 2016. Par conséquent, les estimations les plus récentes de la mortalité liée au sida (ligne orange) sont inférieures avant 2016 aux estimations qui ont été utilisées pour calculer les objectifs de 2020 (ligne verte en pointillé).

## Progrès mondiaux vers les objectifs 90-90-90

Le premier des dix engagements fondamentaux de la Déclaration politique de 2016 de l'Assemblée générale des Nations unies sur l'élimination du sida est l'objectif 90-90-90, vise à faire bénéficier à la grande majorité des personnes séropositives des interventions sur dépistage et le traitement du VIH d'ici 2020, et à réduire la quantité de VIH dans leur corps à des niveaux indétectables et ainsi les maintenir en bonne santé et prévenir la propagation du virus.

La concrétisation de l'objectif 90-90-90 implique que 73 %, au moins, des personnes vivant avec le VIH ont affiché une suppression de la charge virale. À la fin de l'année 2019, 14 pays répartis dans trois régions avaient atteint l'objectif des 73 % – Australie, Botswana, Cambodge, Eswatini, Irlande, Namibie, Pays-Bas, Rwanda, Espagne, Suisse, Thaïlande, Ouganda, Zambie et Zimbabwe. Chacun d'entre eux a utilisé les données épidémiologiques et programmatiques pour approfondir la question et proposer des services de lutte contre le VIH aux sous-populations mal desservies. Eswatini et la Suisse ont enregistré des résultats remarquables en atteignant, voire dépassant, l'objectif 2030 des 95-95-95, ce qui correspond à 86 %, au moins, des personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de la charge virale. Eswatini, plus

spécifiquement, a atteint chacun des objectifs 2030 : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 95 % des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut séropositif sont sous traitement et 95 % des personnes sous traitement affichent une suppression de la charge virale.

Des progrès ont été enregistrés dans la cascade du dépistage et du traitement du VIH au niveau mondial. À la fin de l'année 2019, 91 % [68-95 %] des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH et plus de deux tiers (67 % [54-79 %] étaient sous thérapie antirétrovirale, ce qui correspond à quelque 25,4 millions [24,5 millions – 25,6 millions] sur 38,0 millions [31,6 millions – 44,5 millions] de personnes vivant avec le VIH. Ainsi donc ce nombre qui a plus que triplé depuis 2010.

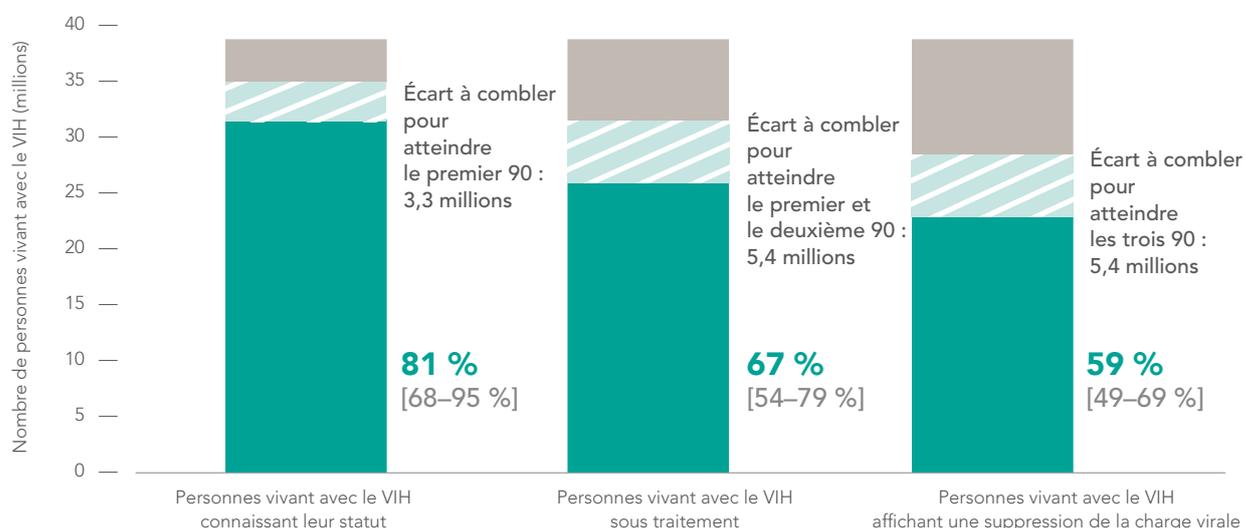
Les progrès dans l'efficacité du traitement ainsi que les augmentations du nombre de personnes connaissant leur statut et étant sous traitement, sont illustrés dans le fait que les taux de suppression de charge virale parmi les personnes vivant avec le VIH ont augmentés de 44 % (ou 18 points de pour cent) entre 2015 et 2019. En effet près de 59 % [49-69 %] des personnes vivant avec le VIH dans le monde affichaient une suppression de leur charge virale en 2019 ( Figure 0.4).

L'accès accru à la thérapie antirétrovirale a permis d'éviter environ 12,1 millions de décès liés au sida depuis 2010. L'estimation selon laquelle 690 000 [500 000-970 000] vies perdues à cause de maladies liées au sida dans le monde en 2019 correspond à une réduction de 39 % depuis 2010. Cependant un trop grand nombre de décès peuvent encore être évités (Figure 0.6).

L'accès accru à la thérapie antirétrovirale a permis d'éviter quelque 12,1 millions de décès liés au sida depuis 2010.

FIGURE 0.4

### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, au niveau mondial, 2019



## LES INNOVATIONS EN MATIÈRE DE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AMÉLIORENT LES RÉSULTATS DES TRAITEMENTS

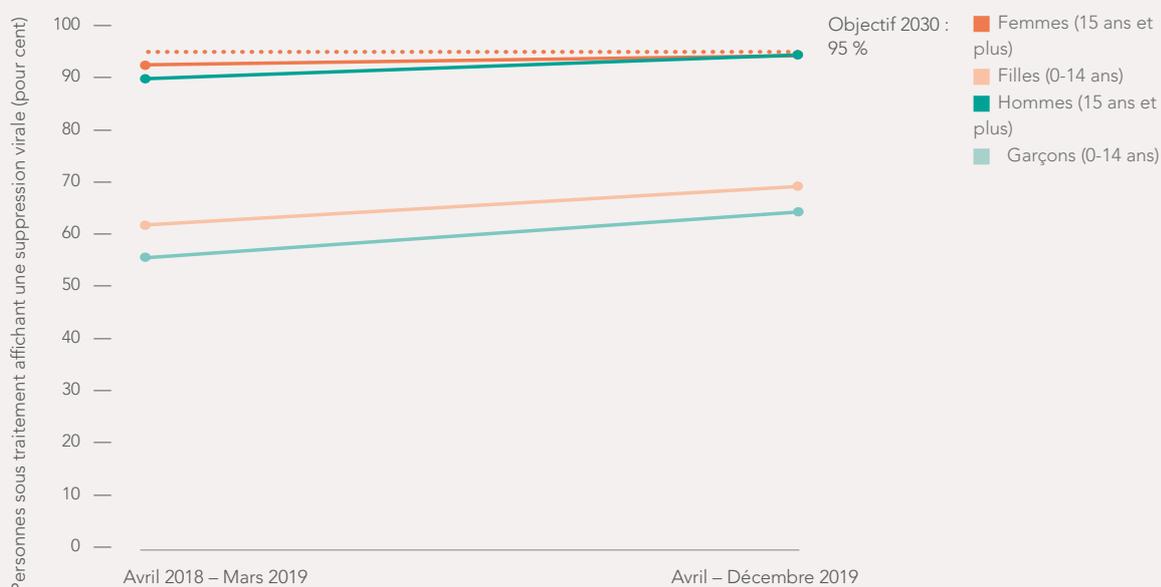
L'introduction du dolutegravir dans le cadre d'une combinaison à dose fixe de médicaments antirétroviraux s'est révélée mieux tolérée, moins susceptible d'entraîner une interruption du traitement et davantage associée à une suppression virale rapide que les autres protocoles antirétroviraux de première ligne actuellement utilisés. L'impact du dolutegravir est net dans les taux élevés de suppression virale obtenus chez les personnes sous traitement au Malawi (Figure 0.5).

Entre-temps, un éventuel progrès dans le domaine des traitements est un pas de plus vers la réalité. Les médicaments contre le VIH qui peuvent être pris une fois par mois – voire même moins fréquemment – pourraient bientôt être une option pour les personnes vivant avec le VIH, rendant le traitement plus simple et plus pratique que la dose orale quotidienne actuellement utilisée. Les récents essais ATLAS et FLAIR ont démontré que l'injection mensuelle ou bimensuelle des médicaments antirétroviraux Cabotegravir et Rilpivirine est aussi efficace que la thérapie orale quotidienne standard (1-4).

Une grande majorité des participants aux essais ATLAS et FLAIR ont déclaré préférer les injections au traitement oral quotidien. Dans une petite étude distincte menée auprès de femmes séropositives aux États-Unis d'Amérique, une majorité d'entre elles ont préféré l'option de l'injection mensuelle, en invoquant la commodité et la confidentialité qu'elle leur offrait (5).

FIGURE 0.5

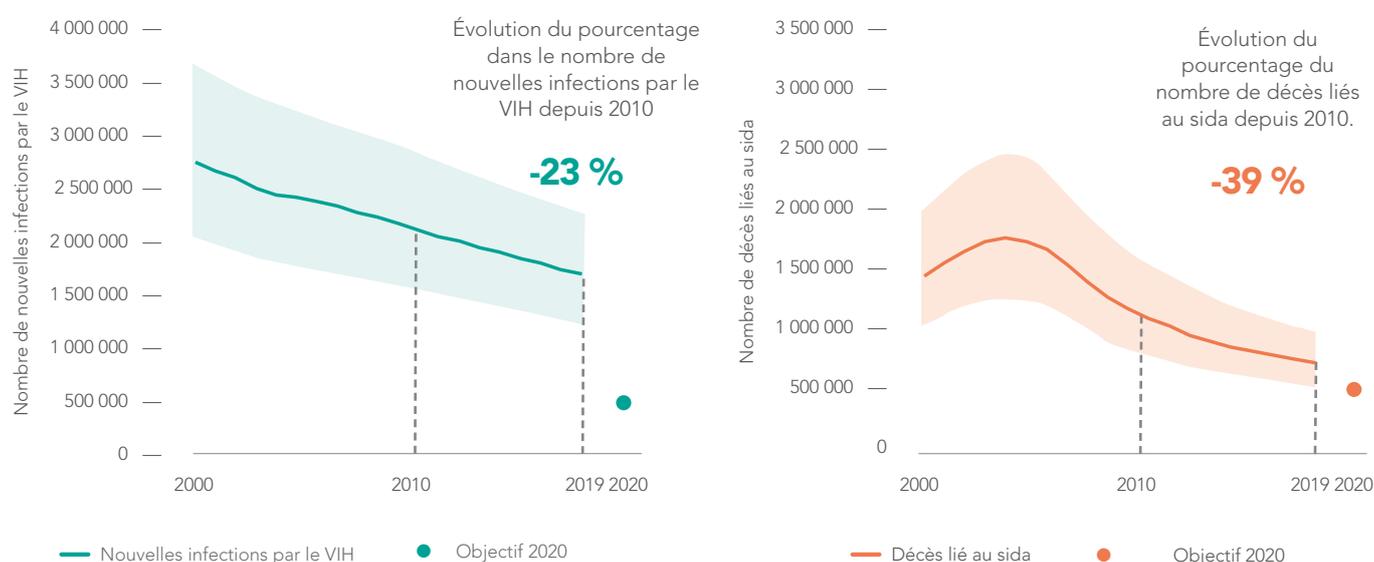
### Suppression de la charge virale avec l'introduction du dolutegravir en avril 2019, Malawi, par sexe et par âge, 2018-2019



Source : Communication personnelle avec Mme Tadala Hamisi, pharmacienne, Département du VIH et du sida, ministère de la Santé, Malawi, 23 juin 2020.

Note : Seuil de détection : <1000 copies par mL.

FIGURE 0.6

**Nombre de nouvelles infections par le VIH et de décès liés au sida, au niveau mondial, 2000–2019**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

### La prévention combinée fonctionne, mais des lacunes limitent les progrès

Une approche combinée de la prévention du VIH incluant des approches comportementales, biomédicales et structurelles et adaptées à ceux présentant des besoins urgents immédiats, peut induire des réductions substantielles des infections au VIH. Cela a été démontré par quatre grands essais randomisés en grappes impliquant plus d'un quart de million de personnes en Afrique du Sud, au Botswana, au Kenya, en Ouganda et en Zambie (6-10).

Lors du démarrage de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH en 2017, les pays participants ont renouvelé leur volonté de se focaliser sur les objectifs de prévention mondiale. Plus de 15 millions d'hommes et de garçons répartis dans 15 pays prioritaires avaient subi une circoncision médicale volontaire depuis le début de l'année 2016. L'introduction de la prophylaxie pré-exposition (PPrE) dans la palette d'outils de prévention du VIH a contribué à réduire substantiellement les infections au VIH parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Amérique du Nord, en Europe et en Australie.

Toutefois, des lacunes importantes subsistent et certains aspects clés de la prévention du VIH

pourraient afficher un retard. Les budgets des programmes de marketing social des préservatifs en Afrique subsaharienne ont été réduits au cours de ces dernières années, et une nouvelle génération de jeunes sexuellement actifs n'a pas été exposée à la promotion intense de l'utilisation des préservatifs menée dix ans auparavant. L'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque signalés par les jeunes femmes et les jeunes hommes a récemment diminué dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Des populations clés dans des dizaines de pays du monde entier ne peuvent pas accéder à de multiples services de prévention du VIH. La grande majorité des personnes pouvant bénéficier de la PPrE n'y ont pas accès, et l'utilisation du préservatif, la circoncision médicale volontaire masculine (CMVM) et les objectifs de la PPrE fixés pour 2020 sont hors de portée.

Les progrès en matière de prévention de la transmission du VIH restent beaucoup trop lents. Les 1,7 million de personnes [1,2 million-2,2 millions] qui ont contracté le VIH dans le monde en 2019 correspondent à une baisse de 23 % des nouvelles infections par le VIH depuis 2010, mais cela correspondait à plus du triple du chiffre de 500 000 fixé pour 2020 (Figure 0.6).



## Les lacunes révèlent des inégalités bien ancrées

Les lacunes dans les ripostes au VIH et les infections au VIH et les décès liés au sida en résultant, se situent sur les lignes de fracture de l'inégalité.

Les données de 46 pays d'Afrique subsaharienne démontrent une relation positive entre la prévalence du VIH et la disparité des revenus (Figure 0.7). Après avoir pris en compte l'éducation, l'inégalité entre les sexes et le revenu par habitant, une augmentation d'un point du ratio 20:20 d'un pays correspond à une augmentation de deux points de la prévalence du VIH.<sup>2</sup>

Les normes inégales entre les sexes qui limitent l'action et la voix des filles et réduisent leur accès à l'éducation et aux ressources économiques ainsi que leur participation civique, contribuent au risque accru de VIH auquel sont exposées les femmes dans les milieux à forte prévalence du VIH.

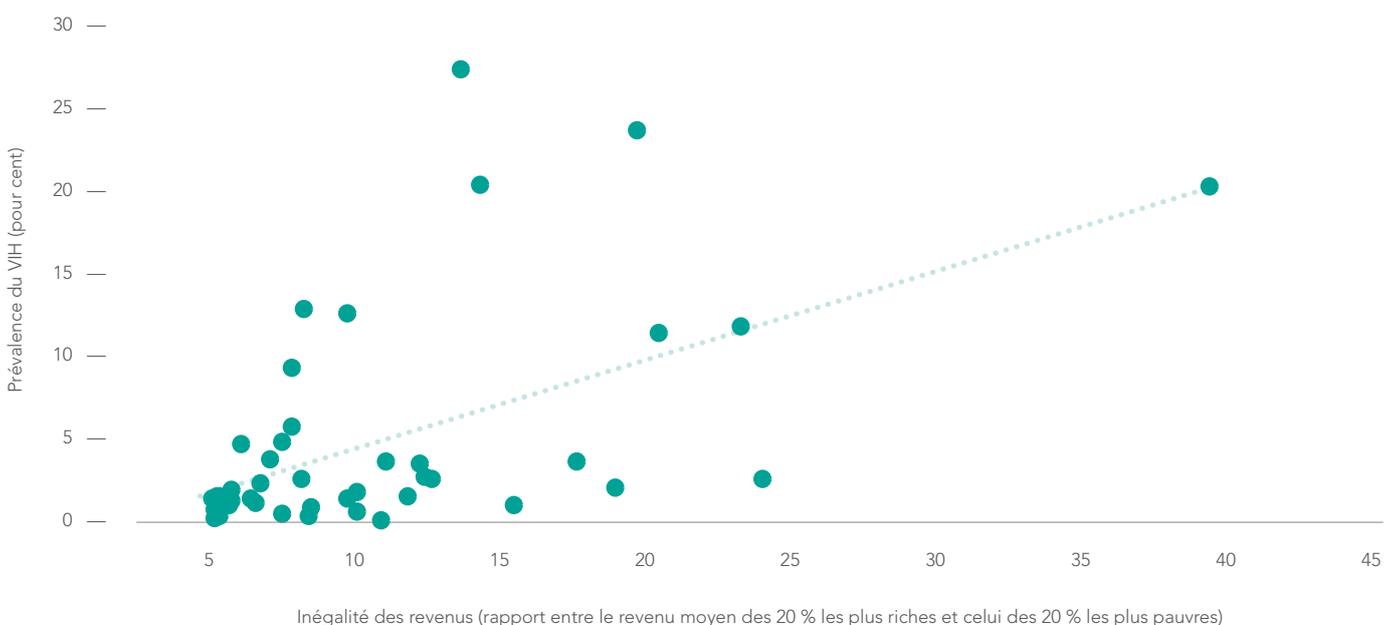
Les jeunes femmes sont particulièrement exposées. En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les

jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) représentaient 24 % des nouvelles infections par le VIH en 2019, soit plus du double de leur proportion de 10 % de la population (Figure 0.9). Les femmes et les filles de tous âges représentaient 59 % des nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne.

En dehors de l'Afrique subsaharienne, les hommes adultes plus âgés (25 ans et plus) représentent la majorité des nouvelles infections par le VIH (Figure 0.10). Une proportion considérable de ces hommes sont des homosexuels et d'autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Les personnes transgenres sont également exposées à un risque extrêmement élevé de contracter le VIH : en moyenne, elles courent un risque d'infection 13 fois plus élevé que les adultes de la population générale. Les normes de genre dans de nombreuses cultures – y compris les concepts binaires de genre et les tabous sur la sexualité – perpétuent également la stigmatisation, l'homophobie et la transphobie. Les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuelles (LGBTI) et les femmes marginalisées (telles que les professionnelles du sexe ou les

FIGURE 0.7

### Prévalence du VIH et inégalité des revenus, pays d'Afrique subsaharienne, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Base de données sur l'inégalité des revenus dans le monde (WIID3c) [base de données] New York : Nations Unies ; 2019 (<https://www.wider.unu.edu/project/wiid-world-income-inequality-database>, consulté le 6 juin 2020).

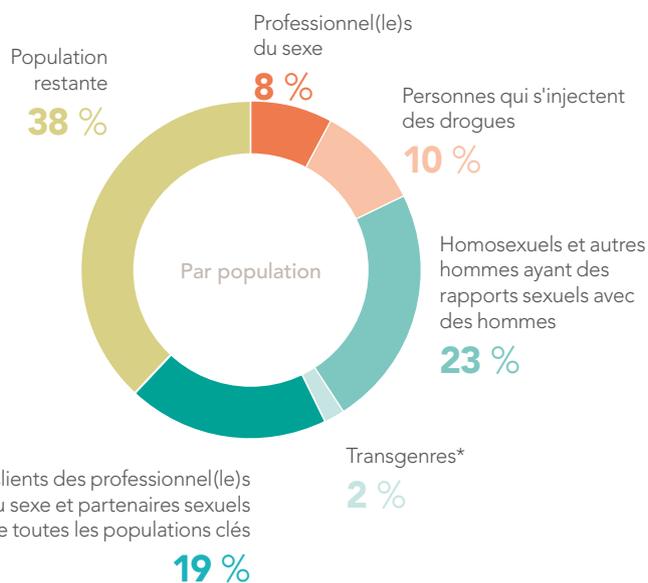
Note : La ligne en pointillé illustre la relation linéaire entre la prévalence du VIH et l'inégalité des revenus après ajustement pour tenir compte des différences entre les pays en termes de niveaux d'éducation, d'inégalité entre les sexes, de production intérieure brute et de corruption. Pour chaque point d'augmentation de l'inégalité des revenus dans un pays, on constate une augmentation de deux points de pourcentage de la prévalence du VIH (coefficient de régression : 0,51 ; intervalles de confiance de 99 % : 0,29-0,74).

<sup>2</sup> Le ratio 20:20 compare la richesse des 20 % les plus riches d'une population donnée à celle des 20 % les plus pauvres de cette même population.

femmes qui consomment des drogues) qui craignent d'être jugées, violentées ou arrêtées, luttent pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment ceux liés à la contraception et à la prévention du VIH.

D'autres populations clés sont plus exposées au risque d'infection par le VIH, notamment les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe et les prisonniers. Bien qu'ils ne représentent qu'une faible proportion de la population générale, les populations clés et leurs partenaires sexuels sont à l'origine de plus de 60 % des nouvelles infections par le VIH chez les adultes dans le monde en 2019 (Figure 0.8).

**FIGURE 0.8**  
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par sexe et par population, au niveau mondial, 2019**



Bien qu'ils ne représentent qu'une faible proportion de la population générale, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent plus de 60 % des nouvelles infections par le VIH chez les adultes dans le monde en 2019.

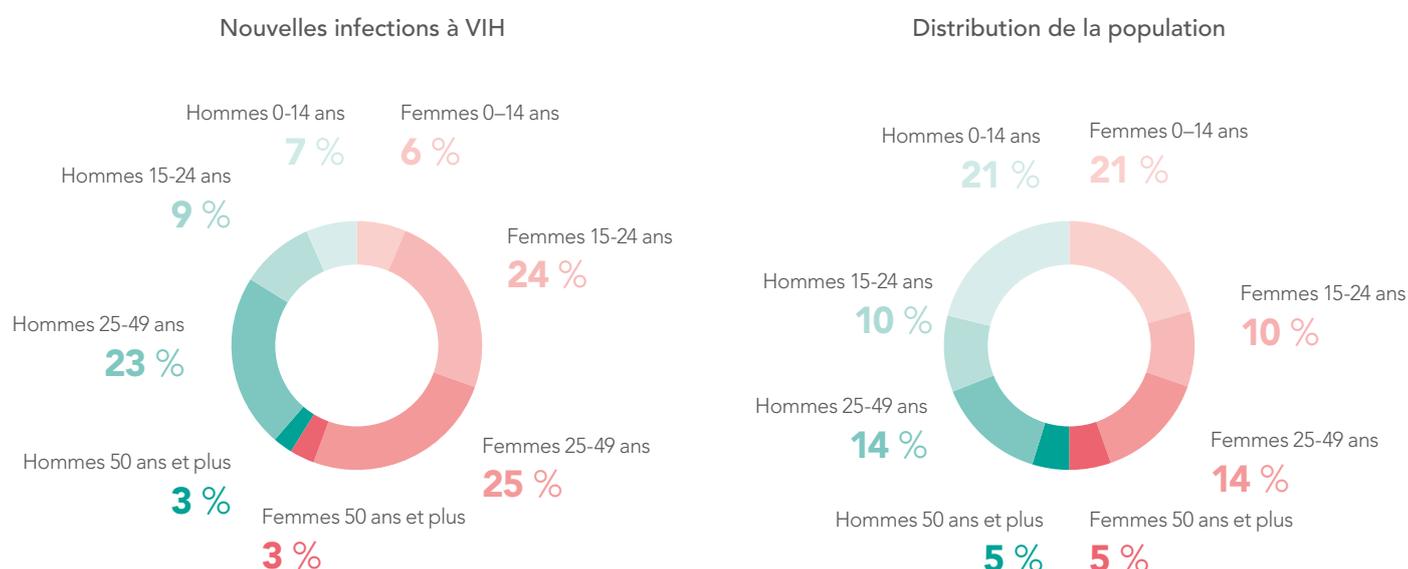
\* Les données ne concernent que l'Asie et le Pacifique, les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, l'Amérique latine, l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord. Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (voir annexe des méthodes).



Crédit : Hollaback ! Jakarta

FIGURE 0.9

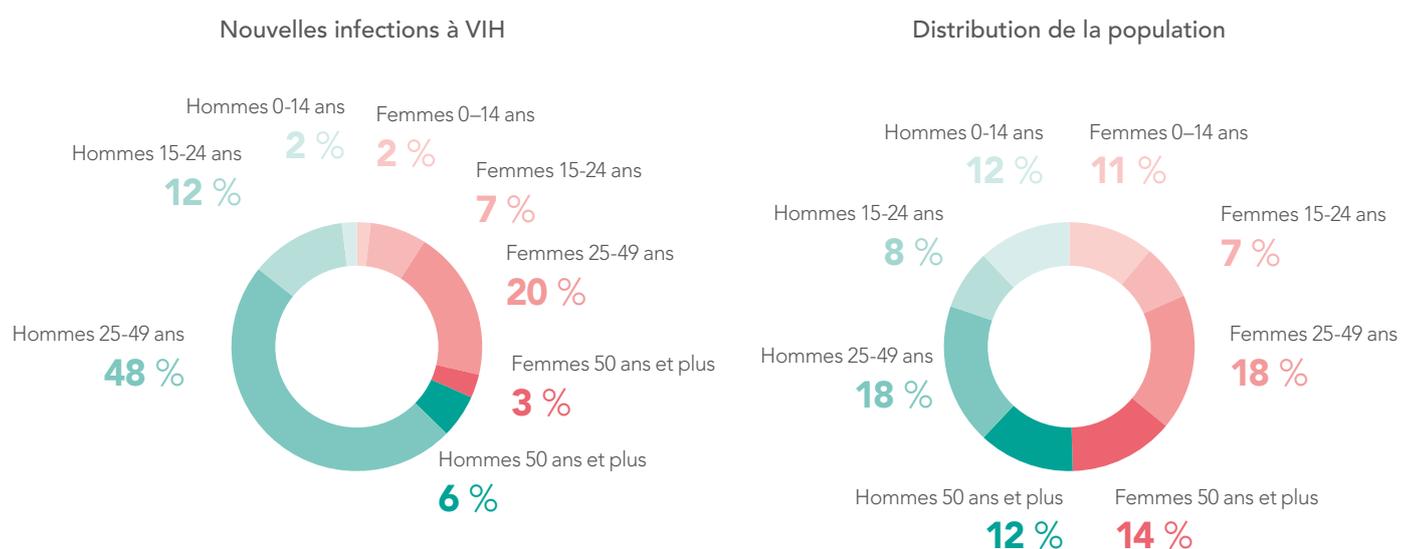
### Répartition des nouvelles infections à VIH et de la population, par âge et par sexe, Afrique subsaharienne, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 0.10

### Répartition des nouvelles infections à VIH et de la population, par âge et par sexe, en dehors de l'Afrique subsaharienne, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

### La COVID-19 amplifie les inégalités

La pandémie de COVID-19 affecte la vie et les moyens de subsistance des gens partout dans le monde, mais l'impact est particulièrement grave chez les personnes défavorisées et marginalisées sur le plan socio-économique, ainsi que chez les personnes souffrant de maladies sous-jacentes (11, 12).

La crise de la COVID-19 amplifie les profondes inégalités qui entravent la réalisation des droits individuels et collectifs à la santé. Dans certains contextes, les efforts visant à contrôler la propagation du coronavirus ont pénalisé les plus vulnérables de la société, notamment les femmes, les sans-abri, les personnes vivant dans la pauvreté ou celles qui sont déjà marginalisées, stigmatisées ou criminalisées.

L'extension des mesures de confinement et de restrictions des mouvements, aggravée par le stress économique et social provoqué par la pandémie, ont coïncidé avec des rapports faisant état d'un nombre croissant de femmes et de jeunes filles victimes d'abus dans de nombreux pays (13). Les fermetures d'écoles décrétées pour lutter contre la propagation du virus dans plus de 190 pays ont conduit à la déscolarisation de plus de 1,57 milliard d'élèves et étudiants, dont 743 millions de filles (14, 15). L'impact de cette période d'éducation perturbée sera profond, et il est probable qu'il frappera le plus durement les filles marginalisées (16).

Les enseignements tirés de la crise Ebola ont démontré que les fermetures d'écoles peuvent entraîner une augmentation de la violence sexospécifique, des grossesses d'adolescentes, des mariages d'enfants, de l'exploitation et d'autres formes d'abus contre les adolescentes (y compris l'exploitation sexuelle et la manipulation psychologique en ligne). Les fermetures d'écoles peuvent être particulièrement dévastatrices pour les filles plus vulnérables, comme les réfugiés, les personnes déplacées, les rapatriés et les filles vivant avec un handicap (17).

Des rapports alarmants font état de harcèlement, de préjudice ou d'arrestation par la police de groupes vulnérables et criminalisés, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les personnes vivant avec le VIH et les personnes LGBTI. Les professionnel(le)s du sexe ont fait état d'une augmentation de la discrimination et du harcèlement, y compris des mesures de répression punitives se traduisant par des descentes dans les maisons, des tests COVID-19 obligatoires, ainsi que

des arrestations et des menaces d'expulsion de professionnel(le)s du sexe migrants (18).

Les restrictions décrétées pour la riposte à la COVID-19 ont également été spécifiquement utilisées pour cibler les communautés marginalisées, telles que les personnes LGBTI dans certains pays, sapant les objectifs de santé publique et menaçant la santé et la sécurité de ces groupes. Au Panama, par exemple, où le règlement sur le confinement est fondé sur le sexe, les hommes et les femmes doivent rester à la maison en alternance. Des femmes transsexuelles ont déclaré avoir été harcelées ou même détenues parce qu'elles ont été un homme et sont sorties le mauvais jour (19, 20). En Hongrie, l'état d'urgence a été utilisé pour proposer un nouveau projet de loi visant à supprimer le droit des personnes à changer de sexe et de nom sur les documents officiels afin de garantir la conformité avec leur identité de genre, ce qui constitue une violation manifeste des droits de l'homme internationaux à la reconnaissance légale de l'identité de genre (21).

Alors que le nouveau coronavirus se répand dans les pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH est élevée, il est évident que les personnes vivant avec le VIH doivent être considérées comme un groupe à haut risque pour les ripostes à la COVID-19. Dans la province du Cap-Occidental, en Afrique du Sud, les données relatives à de plus de 3,4 millions de patients adultes entre mars et juin 2020 démontrent que les personnes vivant avec le VIH ont un risque légèrement plus élevé de décès par la COVID-19 que les patients séronégatifs, indépendamment de la suppression virale (22). L'étude n'a pas permis d'évaluer les effets du statut socio-économique des patients. Les données provenant d'enquêtes menées auprès de la population de huit pays où le fardeau du VIH est élevé, suggèrent que les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de vivre dans des conditions qui rendent la distanciation physique difficile. Une analyse préliminaire des données de l'enquête démographique et de santé en Angola, en Haïti, au Malawi, au Mozambique, au Rwanda, en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe, suggère que les personnes vivant avec le VIH sont nettement plus susceptibles de vivre dans un ménage où les toilettes sont partagées et de vivre dans un ménage sans radio (Figure 0.11) (23).

### Accélérer les innovations pour minimiser les perturbations des services liés au VIH par la COVID-19

Alors que la propagation du nouveau coronavirus menace de submerger les capacités des systèmes de santé et que les confinements limitent les déplacements

FIGURE 0.11

### Personnes vivant dans un ménage qui partage les toilettes avec d'autres personnes et qui n'a pas de radio, par statut VIH, analyse combinée de huit pays



\* Statistiquement significatif ( $P < 0,05$ ).

\*\*Rapport de probabilités combinées et intervalle de confiance de 95 % pour huit pays, ajusté pour la résidence urbaine.

Enquêtes incluses : EDS Angola 2015-2016, EDS Haïti 2016-2017, EDS Malawi 2015-2016, AIS Mozambique 2015, EDS Rwanda 2014-2015, EDS Afrique du Sud 2016, EDS Zambie 2016 et EDS Zimbabwe 2015.

Remarque : les points de données de ce graphique représentent les probabilités qu'une personne vivant avec le VIH vive dans un ménage où les toilettes sont partagées ou dans un ménage qui n'a pas de radio, par rapport aux probabilités de ceux qui ne vivent pas avec le VIH. Un rapport de probabilités de 1 signifie que les personnes vivant avec le VIH sont tout aussi susceptibles que celles qui sont séronégatives de vivre dans un ménage présentant ces caractéristiques. Un rapport de probabilités supérieur à 1 (comme on le voit ici) signifie que les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de vivre dans des ménages présentant ces caractéristiques.

et mettent les économies à rude épreuve, les personnes vivant avec le VIH et les personnes plus exposées au risque d'infection par le VIH sont confrontées à des perturbations des services de santé et de lutte contre le VIH, qui mettent leur vie en danger. La CMVM, la production et la distribution de préservatifs, la PPrE, le dépistage et le traitement du VIH et d'autres programmes ont tous été affectés négativement.

De telles perturbations pourraient entraîner un retard supplémentaire dans la lutte contre le VIH au niveau mondial par rapport aux engagements pris pour 2020. Une modélisation récente a estimé qu'une interruption complète de six mois de la Thérapie antirétrovirale pourrait entraîner plus de 500 000 [471 000-673 000] décès supplémentaires dus à des maladies liées au sida (y compris la tuberculose) en Afrique subsaharienne en 2020-2021 (24). Une interruption de la Thérapie antirétrovirale pendant six mois entraînerait, pour 20 % des personnes vivant avec le VIH, plus de 110 000 décès supplémentaires liés au sida (24, 25). Le VIH et d'autres services de santé essentiels doivent être maintenus alors que les communautés, les villes et les pays luttent contre cette nouvelle pandémie.

Les pays du monde entier accélèrent les innovations en matière de lutte contre le VIH afin de minimiser les

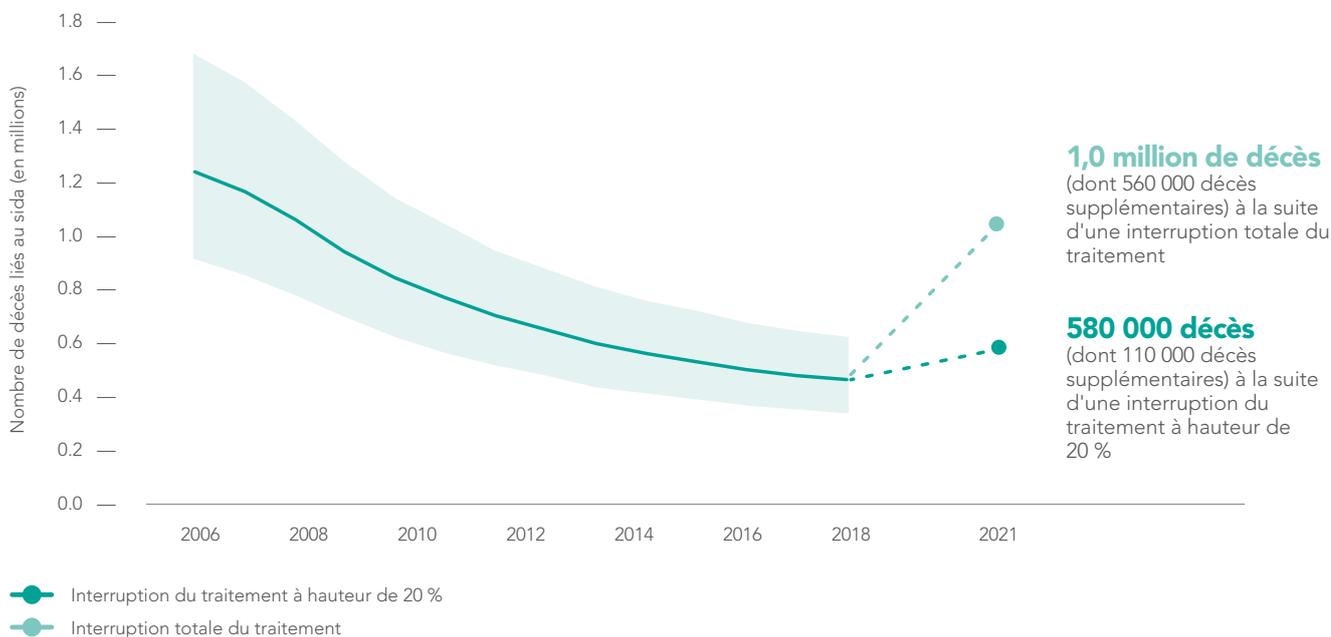
perturbations. Les modèles de prestation de services liés au VIH qui mettent l'accent sur l'autonomie et l'autogestion des soins des clients et qui minimisent les contacts physiques avec les établissements de santé s'avèrent essentiels à une époque où les établissements de santé doivent faire face à l'afflux de patients atteints de la COVID-19, tout en maintenant des services de santé vitaux sans exposer les autres clients au risque d'infection par la COVID-19.

L'autotest du VIH, qui permet aux personnes de choisir elles-mêmes les circonstances dans lesquelles elles se soumettent à un test de dépistage, présente l'avantage de décongestionner les établissements de santé et d'accroître l'accès au test de dépistage du VIH pour les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Le Burundi, Eswatini, le Guatemala et le Myanmar font partie des pays qui ont déclaré avoir étendu l'autotest du VIH pendant la pandémie COVID-19 (26)

Les services communautaires gagnent également en importance. Dans l'État de Cross River au Nigeria, par exemple, les équipes de gestion des traitements communautaires sont responsables de 92 % des diagnostics de VIH depuis la mise en place de mesures de confinement en mars 2020 (27).

FIGURE 0.12

## L'impact de six mois d'interruption de traitement à des degrés divers sur les décès liés au sida, Afrique subsaharienne, 2020-2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2019 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>). Les projections des décès liés au sida et des nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont été établies à partir d'une modélisation mathématique réalisée par cinq groupes de recherche, qui ont étudié les interruptions des services de prévention et de traitement du VIH sur des périodes de trois et six mois et leurs effets sur la mortalité et l'incidence du VIH en Afrique subsaharienne. Pour l'interruption totale : Jewell B, Mudimu E, Stover J, Kelly SL, Phillips A, Smith JA et al. pour le HIV Modelling Consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Manuscrit avant publication (<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>).

Pour l'interruption à concurrence de 20 % : Communication personnelle avec Britta L Jewell (Département d'épidémiologie des maladies infectieuses, Imperial College London), Edinah Mudimu (Département des sciences de la décision, Université d'Afrique du Sud), John Stover (Avenir Health), Debra ten Brink (Burnet Institute), Andrew N Phillips (Institute for Global Health, University College London), 25 juin 2020.

Dans de nombreux pays, les organisations communautaires de personnes vivant avec le VIH et de personnes plus exposées au risque d'infection par le VIH jouent un rôle de premier plan dans les efforts visant à apporter aux personnes qui ont besoin des outils de prévention et des informations sur le VIH, des kits d'autotest, des médicaments antirétroviraux et d'autres médicaments essentiels, notamment par le biais des plates-formes des réseaux sociaux et de la livraison à domicile. Dans les communautés isolées de la République de Moldavie, par exemple, des organisations non gouvernementales ont fourni des médicaments antirétroviraux aux domiciles de 800 personnes, environ, vivant avec le VIH et de 100 personnes qui utilisent la PPrE (28).

La distribution plurimensuelle de médicaments antirétroviraux réduit la pression sur les établissements de santé et permet aux personnes vivant avec le VIH de mieux prendre en charge leur traitement. Les premiers à adopter la distribution plurimensuelle de médicaments ont pu éviter de graves perturbations de leurs services de traitement du VIH pendant la pandémie de COVID-19. Au Zimbabwe, par exemple, 80 % des personnes sous traitement VIH recevaient déjà des

médicaments antirétroviraux pour trois mois au début de 2020, et une disponibilité d'un stock national de huit mois de médicaments antirétroviraux de première ligne constitue un solide tampon contre les ruptures de stock (26). D'autres pays ont accéléré la distribution plurimensuelle de médicaments pendant la crise COVID-19 ou ont temporairement adopté des politiques de distribution plus libérales (26). Par exemple, le programme Health's Central Chronic Medicines Dispensing and Distribution du ministère sud-africain de la Santé a décidé, fin mai 2020, d'accorder des prolongations automatiques de six et douze mois de prescriptions de médicaments antirétroviraux (29).

### La stigmatisation décourage les gens dans leur recherche des services de santé

Alors que la pandémie de COVID-19 se développe, les vieilles craintes et les préjugés refont surface. Certains pays ont pris la décision peu clairvoyante de recourir au droit pénal pour sanctionner l'exposition à la COVID-19 et sa transmission, y compris le cas extrême d'un homme d'affaires sud-africain arrêté pour tentative de meurtre après avoir été prétendument testé positif à la COVID-19 et avoir ensuite repris le travail (30, 31). De telles actions de l'État pourraient

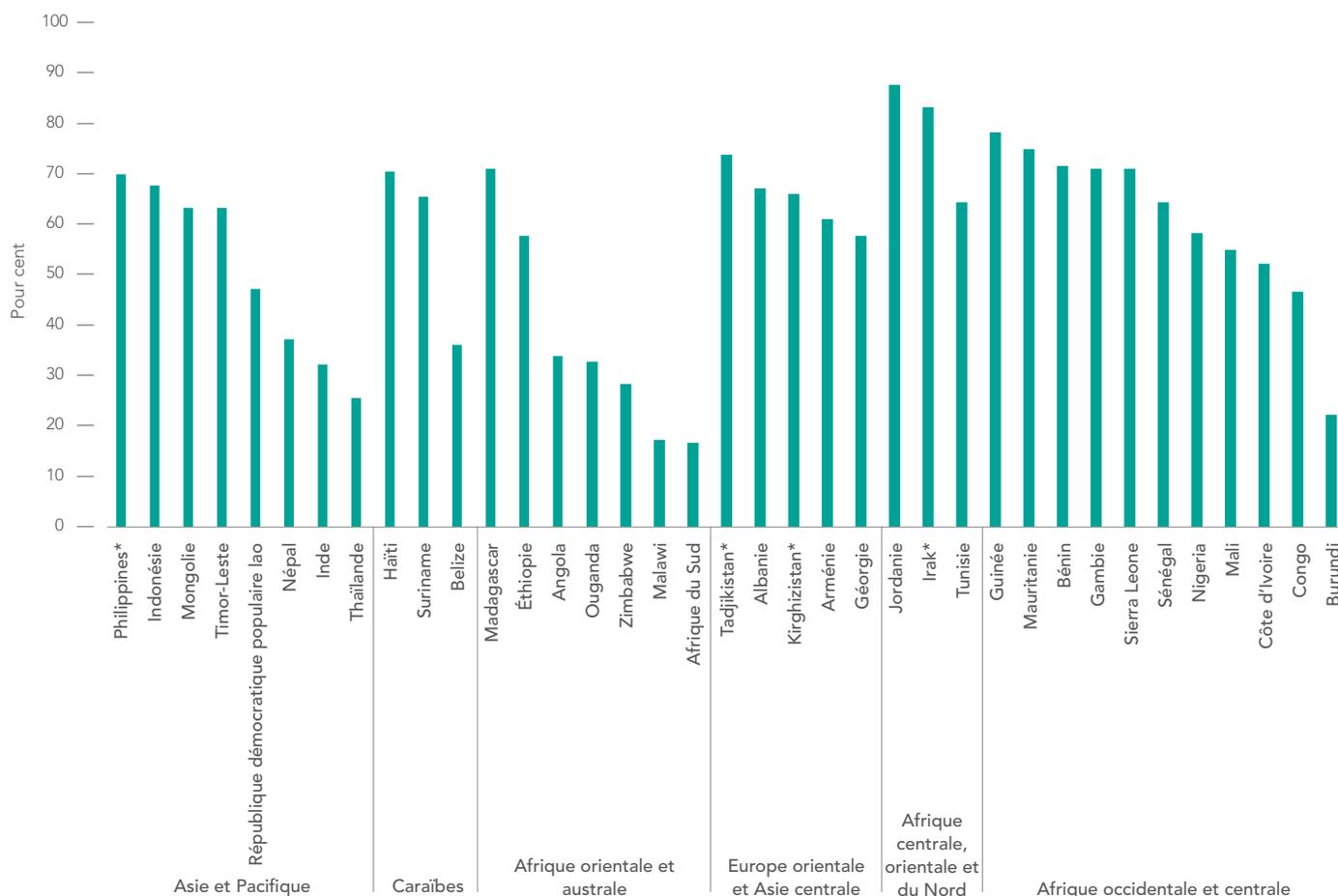
décourager les gens à se faire dépister et à adhérer au programme de traçage. C'est la réalité de millions de personnes vivant avec le VIH depuis des décennies.

Sur les 151 pays ayant fourni des informations, 92 continuent de criminaliser l'exposition au VIH, sa transmission et sa non-divulgaration. Ce sont autant de violations graves des droits des personnes vivant avec le VIH qui entravent également les efforts de contrôle de l'épidémie du VIH. Ces lois renforcent la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont les plus vulnérables à l'infection par le VIH. Elles ne tiennent pas compte des connaissances scientifiques les plus récentes sur les risques et les méfaits liés au VIH, et elles ont des effets néfastes sur la santé publique.

Les données les plus récentes des enquêtes conduites auprès de la population montrent que si les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH diminuent régulièrement dans certaines régions, elles gagnent en intensité dans d'autres. En Afrique orientale et australe, par exemple, les attitudes discriminatoires ont été réduites à des niveaux historiquement bas dans certains pays. Ailleurs, toutefois, une proportion déconcertante d'adultes continue à avoir des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Dans 25 des 36 pays disposant de données récentes sur un indice composite incluant deux types d'attitudes discriminatoires, plus de 50 % des personnes âgées de 15 à 49 ans ont rapporté avoir des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH (Figure 0.13).

FIGURE 0.13

### Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans rapportant des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, pays disposant de données, 2014-2019



\*Les données concernent uniquement les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Source : Enquêtes de population, 2014-2019.

Note : Les attitudes discriminatoires sont mesurées par les réponses « Non » à l'une des deux questions : (1) Achèteriez-vous des légumes frais à un commerçant ou à un vendeur si vous saviez que cette personne est séropositive ? ; et (2) Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir fréquenter l'école avec des enfants séronégatifs ?

La crainte de poursuites judiciaires peut dissuader les personnes vivant avec le VIH, ou celles qui sont plus exposées au risque d'infection par le VIH, de parler ouvertement à leur médecin ou conseiller, de révéler leur séropositivité ou d'utiliser les services de dépistage et de traitement du VIH disponibles (32-34). Des enquêtes menées parmi les personnes vivant avec le VIH confirment que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins – sous la forme de refus de soins, d'attitudes dédaigneuses, de procédures forcées ou de violations de la confidentialité – affichent une fréquence inquiétante.

Dans les 13 pays pour lesquels des données sont disponibles, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et ayant déclaré s'être vues refuser des services de santé au moins une fois au cours des 12 mois précédents en raison de leur séropositivité allait de 1,7 % au Malawi à 21 % au Pérou et au Tadjikistan. Les procédures médicales ou sanitaires forcées restent courantes, à l'instar des violations de la confidentialité par les professionnels de la santé (signalées par au moins 15 % des personnes dans huit des 13 pays pour lesquels des données sont disponibles). Une proportion importante de personnes vivant avec le VIH a également déclaré que sa capacité à obtenir une thérapie antirétrovirale était conditionnée à l'utilisation de certaines formes de contraception.

### **Inégalités de genre et risques d'infection par le VIH**

Les progrès supplémentaires réalisés en matière d'égalité des sexes au cours des dernières décennies laissent les femmes et les jeunes filles dans l'impossibilité d'accéder à l'éducation et à l'économie, et elles restent touchées de manière disproportionnée par la pauvreté, la violence et l'injustice (35).

Les normes inégales entre les sexes empêchent les femmes et les filles de faire leurs propres choix en matière de soins de santé, leur confient des tâches domestiques et des responsabilités de soins plus importantes, limitent leur liberté d'entrer et de rester sur le marché du travail dans des conditions qui répondent à leurs besoins et, en fin de compte, ont un impact sur l'indépendance, la sécurité et le contrôle économiques des femmes. Dans une grande partie du monde, les femmes n'ont toujours pas suffisamment accès à des informations, à une éducation et à des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris la planification familiale.

La violence a un impact sur la vie de centaines de millions de femmes et de jeunes filles : près d'une femme sur trois dans le monde a subi des violences physiques

ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, des violences sexuelles de la part d'une personne qui n'est pas leur partenaire ou les deux au cours de sa vie (36). Dans les 46 pays pour lesquels des données sont disponibles entre 2014 et 2018, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois variait de 3,5 % en Arménie à 47,6 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée (37). Les femmes appartenant à des minorités ethniques et autres, les femmes transgenres et les femmes handicapées sont davantage exposées à différentes formes de violence (38).

Les adolescentes et les jeunes femmes sont confrontées à des défis particuliers, qui peuvent les exposer à un risque élevé de grossesse non désirée, de violence et de VIH. Nombre d'entre elles n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin : sur les 38 millions d'adolescentes sexuellement actives et âgées de 15 à 19 ans dans le monde, plus de la moitié n'utilisent pas de contraceptifs (39). Au moins 10 millions de grossesses non désirées sont recensées chaque année chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont la principale cause de décès dans le monde pour les filles de 15 à 19 ans (40-42).

Les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les adolescentes et les jeunes femmes sont également faibles : seul un tiers environ des femmes âgées de 15 à 24 ans en Afrique subsaharienne ont des connaissances approfondies sur le VIH (43). Ce niveau élevé de vulnérabilité est alimenté par une interaction complexe de facteurs sociaux, économiques et structurels, notamment la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, l'inégalité des pouvoirs et des dynamiques relationnelles, la violence fondée sur le sexe, l'isolement social et l'accès limité à la scolarité.

Les femmes vivant avec le VIH sont confrontées à des défis particuliers, car la stigmatisation du VIH et l'inégalité entre les sexes se croisent et ont un impact négatif sur leur santé (44). Alors que les établissements de soins de santé devraient être des espaces sûrs, une femme sur trois vivant avec le VIH dans 19 pays déclare avoir subi au moins une forme de discrimination liée à sa santé sexuelle et reproductive dans un établissement de soins de santé au cours des 12 derniers mois (45).

Les femmes vivant avec le VIH ont quatre fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus que leurs pairs séronégatives(46). Ce risque est lié au



Crédit : OIT

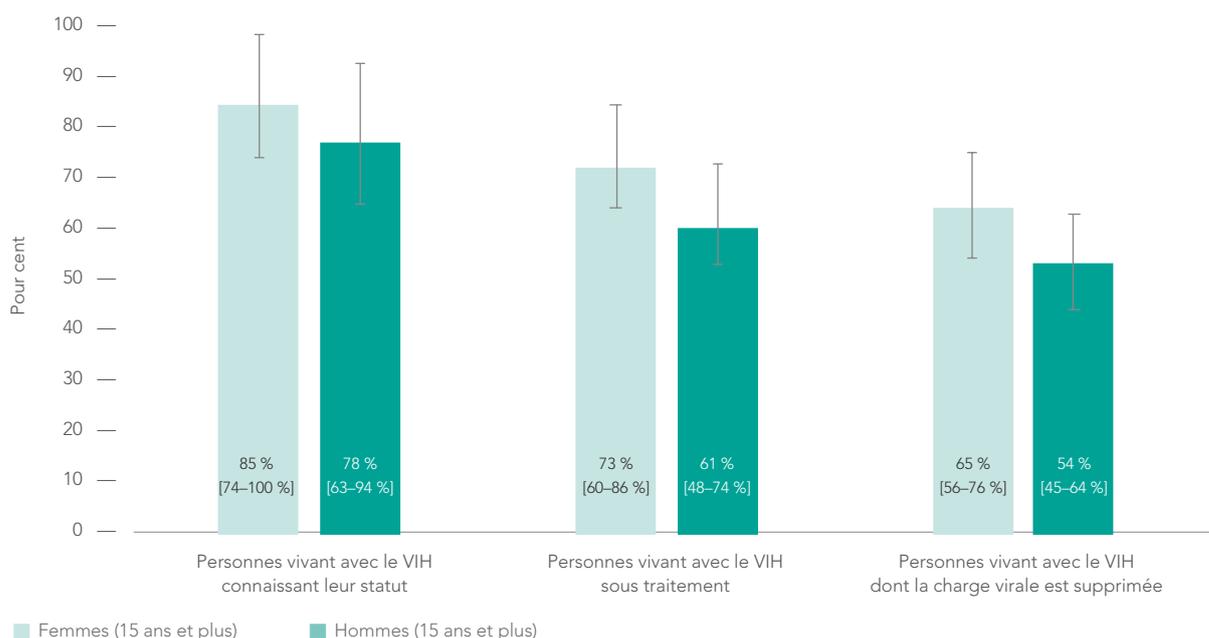
papillomavirus humain (PVH), une infection courante, mais évitable, que les femmes dont le système immunitaire est affaibli, affrontent difficilement. Une campagne de vaccination intensive contre le PVH chez

les filles, combinée à une augmentation spectaculaire du dépistage et du traitement du cancer du col de l'utérus, pourrait pratiquement éliminer ce dernier (47). En dépit des avantages évidents de ces programmes, sur les 118 millions de femmes auxquelles le vaccin PVH a été administré à ce jour, seules 1,4 million (1 %) vivent dans des pays à faible et moyen revenu (48).

Dans presque toutes les régions, les femmes vivant avec le VIH sont plus susceptibles que les hommes d'accéder au dépistage du VIH et à la thérapie antirétrovirale, en partie grâce à un meilleur comportement des femmes en matière de santé et à l'existence de services liés au VIH conçus spécifiquement pour atteindre les femmes (tels que les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui sont fournis pendant les soins prénataux). En 2019, la couverture du traitement au niveau mondial était supérieure de 12 points de pour cent parmi les femmes vivant avec le VIH que parmi les hommes vivant avec le VIH, et la suppression virale était supérieure de 10 points de pour cent (Figure 0.14). Cette lacune dans le traitement des hommes vivant avec le VIH contribue au nombre plus élevé de nouvelles infections par le VIH chez les femmes en Afrique subsaharienne. De récentes études longitudinales ont illustré la manière dont la réduction de ces écarts accélère la baisse de l'incidence du VIH chez les femmes, en particulier les jeunes femmes (49-51 ans).

FIGURE 0.14

### Cascade de dépistage et de traitement du VIH parmi les adultes (âgés de 15 ans et plus), par sexe, au niveau mondial, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 ; voir l'annexe sur les méthodes pour plus de détails.

## Approches des pandémies centrées sur les personnes

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité pour les systèmes d'être plus résilients, flexibles et adaptables, et celle de fournir à chacun les services dont il a besoin de manière plus efficace (11). L'accélération du mouvement vers une couverture maladie universelle peut aider les systèmes de santé à atteindre les normes les plus élevées possibles en matière de santé et de bien-être pour tous.

Le principe directeur de la couverture maladie universelle est l'équité : toute personne – indépendamment de sa race, de son origine ethnique, de son âge, de son sexe ou de son statut social – doit recevoir les services de santé dont elle a besoin sans subir de difficultés financières dues au coût de ces services. Un ensemble de principes similaires a guidé la réponse mondiale au VIH pendant des décennies. Les stratégies qui ont réussi à contrôler les épidémies de VIH ont généralement suivi le principe selon lequel personne ne doit être laissé pour compte. Elles défendent les droits des personnes, travaillent avec les communautés, en prennent les orientations (directives) et mobilisent un engagement politique fort et un soutien financier fiable. Elles favorisent des environnements juridiques, sociaux et institutionnels habitants et fournissent des services adaptés aux personnes qui en ont le plus besoin.

### Des approches globales pour les femmes et les filles

Les appels en faveur de l'égalité des sexes se font de plus en plus pressants alors que les femmes, leaders et mobilisateurs communautaires, célèbrent le 25<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing. Une approche fondée sur les droits et tenant compte de la dimension genre est nécessaire pour surmonter les nombreux obstacles auxquels sont confrontées les femmes et les filles, et il convient d'agir sur plusieurs fronts. Toutes les femmes doivent avoir accès à un ensemble complet de services de qualité en matière de santé et droits sexuels et reproductifs : (a) accessibles et adaptés aux besoins des femmes ; (b) exempts de coercition, de stigmatisation et de discrimination ; (c) fondés sur une approche basée sur les droits de l'homme ; et (d) liés à d'autres services pertinents.

Des études menées dans de multiples contextes ont démontré les avantages de l'intégration des services VIH et des soins de santé sexuelle et reproductive :

- Le projet Girl Power au Malawi a utilisé un modèle adapté aux jeunes, qui combinait le dépistage du VIH, la planification familiale et les services de lutte contre les IST. Les adolescentes ayant recours aux services intégrés étaient 23 % plus susceptibles de faire un test de dépistage du VIH, 57 % de recevoir des préservatifs, 39 % d'accéder à la contraception hormonale et 16 % d'utiliser les services pour les IST (52).
- Au Vietnam, l'ajout de l'éducation par les pairs aux services intégrés de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH a permis de presque quintupler le nombre d'adolescents demandant un test de dépistage au VIH (53). Un examen systématique d'études menées à Eswatini, au Kenya, en Ouganda et aux États-Unis a également révélé un potentiel de recours accru au dépistage du VIH (54).
- L'offre de la PPrE par le biais de services de planification familiale de routine est également une stratégie prometteuse pour atteindre les femmes dans des contextes où le fardeau du VIH est élevé, comme le démontre une étude réalisée en Afrique du Sud où des taux de rétention de la PPrE très élevés (92 %) ont été atteints (55).<sup>3</sup>

L'éducation sexuelle complète des adolescents et des jeunes de tous les sexes est un élément important de la santé et des droits sexuels et reproductifs. Une éducation sexuelle complète est rentable et améliore les résultats en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment en retardant le début des relations sexuelles, en réduisant le nombre de partenaires sexuels, en diminuant la prise de risques sexuels et en augmentant l'utilisation des préservatifs et de la contraception, ce qui se traduit par une réduction des niveaux de taux d'IST, d'infections par le VIH et de grossesses non désirées (56-58).

Le fait de rester plus longtemps scolarisé a un effet protecteur en réduisant le risque d'infection par le VIH (59-61). Un niveau d'éducation plus élevé chez les femmes est également associé à un contrôle accru de la santé et des droits sexuels et reproductifs (62). Les transferts d'argent liquide peuvent maintenir les jeunes, en particulier les filles, à l'école, améliorer leurs résultats scolaires, accroître leur recours aux services de santé, retarder leurs premiers rapports sexuels, réduire les mariages précoces et les grossesses d'adolescentes et promouvoir des comportements sexuels plus sûrs (63, 64).

Un des principaux efforts pour fournir aux adolescentes et aux jeunes femmes un ensemble complet et

3 L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande d'envisager d'offrir la PPrE dans les milieux où l'incidence du VIH est supérieure à 3 %.  
4 DREAMS est l'acronyme de « Determined, Resilient, Empowered, AIDS-Free, Mentored and Safe ».



Crédit : EPA-EFE/Kim Ludbrook

multisectoriel de services qui s'attaquent aux multiples facteurs sociaux, économiques et structurels qui alimentent le risque de VIH, est le partenariat DREAMS, qui est financé par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEFPAR).<sup>4</sup> Des espaces sûrs sont mis en place pour la fourniture d'un ensemble de services sur mesure qui comprennent une éducation à la prévention du VIH et de la violence fondée sur des données probantes, des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, des interventions éducatives et économiques et des services contextuels pour les parents, les partenaires masculins et les membres de la communauté afin de créer un environnement favorable.

Cette approche a un effet positif sur différents résultats liés au VIH. Dans les milieux urbains en Zambie, par exemple, la superposition d'interventions éducatives et économiques à des espaces sûrs ou à des activités de développement des actifs sociaux a permis de réduire la probabilité de comportements à risque pour le VIH chez les adolescentes, notamment en réduisant les rapports sexuels transactionnels et en augmentant l'utilisation systématique des préservatifs et le dépistage du VIH (65).

### Éliminer les infections à VIH chez les enfants et traiter les enfants vivant avec le VIH

À l'instar des adolescentes et des jeunes femmes, les enfants vivant avec le VIH sont souvent privés du soutien et des services dont ils ont besoin pour rester en bonne santé et se construire une vie durable et agréable.

Le nombre de nouvelles infections chez les enfants

résultant de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant a diminué de plus de 50 % en moins de vingt ans, à savoir des progrès résultant essentiellement l'augmentation de la fourniture de la thérapie antirétrovirale aux femmes enceintes vivant avec le VIH. En dépit de cette couverture de traitement largement améliorée, les progrès vers l'élimination des infections par le VIH chez les enfants sont largement entravés, et les objectifs de 2018 et 2020 pour la réduction des nouvelles infections par le VIH chez les enfants n'ont pas été atteints. Les analyses des données épidémiologiques et programmatiques guident les efforts visant à relever les défis restants, notamment les déficits dans la couverture des traitements chez les femmes enceintes séropositives, les interruptions de la thérapie antirétrovirale pendant la grossesse et l'allaitement, et les femmes qui contractent le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement.

Les modèles de mentorat maternel et de pair à pair sont efficaces pour permettre aux femmes et aux enfants d'accéder aux tests, d'adhérer au traitement et aux soins, même dans des circonstances difficiles. Ces modèles consistent à former les femmes séropositives à fournir des services de santé de première ligne, des conseils et un soutien aux femmes et à leur famille (66). En Ouganda, le programme « mothers2mothers » (M2M) a permis d'augmenter considérablement la rétention des paires mère-bébé : 82 % ont été retenues jusqu'à six mois après la fin de l'allaitement (contre 42 % dans le groupe témoin), et 71 % ont été retenues à 18 mois après la naissance (21 % dans le groupe témoin) (67).

### Les enfants plus âgés ne sont pas atteints

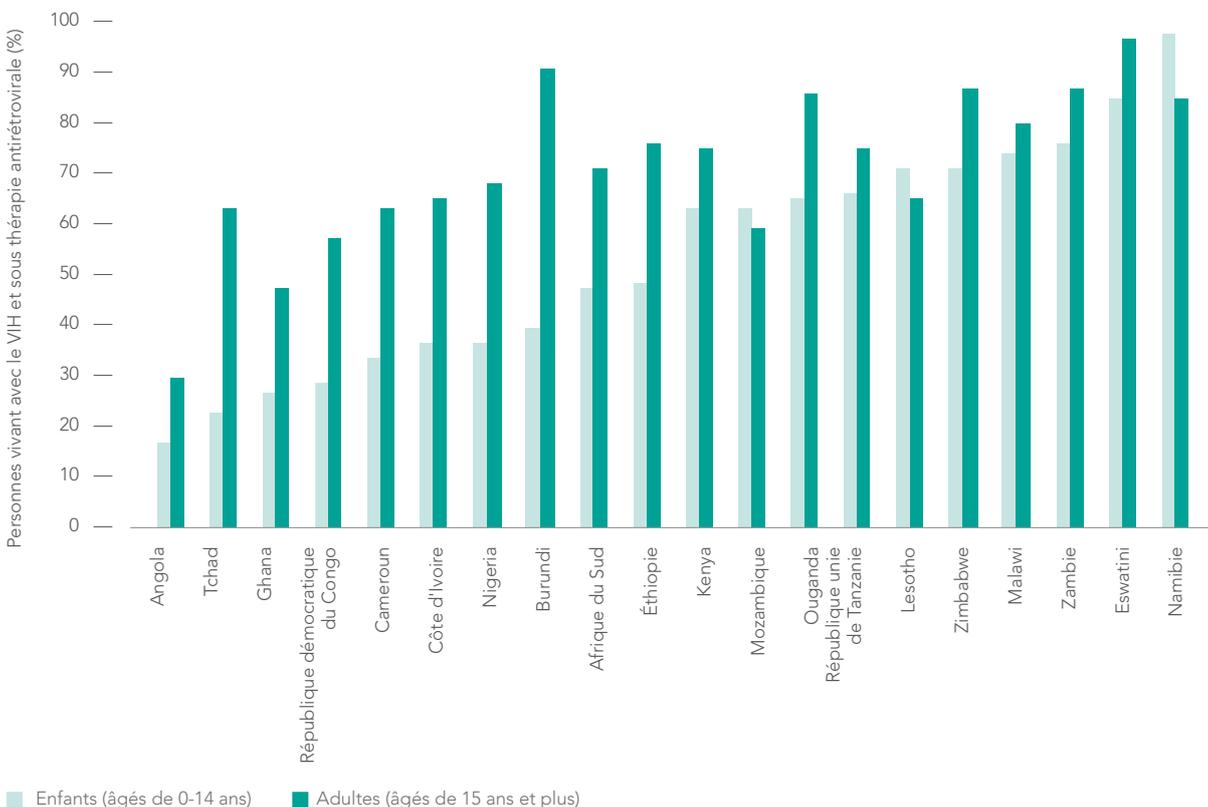
De même, en dépit du fait que le nombre d'enfants vivant avec le VIH et sous thérapie antirétrovirale ait doublé depuis 2010, tous les objectifs de traitement pédiatrique fixés en 2016 n'ont pas été atteints. La couverture du traitement des enfants vivant avec le VIH est inférieure à celle des adultes dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne où l'épidémie de VIH est importante (Figure 0.15). Dans tous les pays, la couverture du traitement des enfants vivant avec le VIH en 2019 n'était que de 53 % [36-64 %], ce qui représente un échec mondial dans la fourniture de soins vitaux à 840 000 enfants (voir chapitre 2).

Avec le recul des infections verticales, la proportion d'enfants âgés de 5 à 14 ans vivant avec le VIH a augmenté. Sur les quelque 840 000 enfants vivant avec le VIH qui n'étaient pas sous traitement en 2019, 560 000 avaient entre 5 et 14 ans. Les efforts pour trouver et traiter ces enfants non diagnostiqués vivant avec le VIH doivent être accélérés. Une stratégie qui consiste à

s'assurer que les enfants qui ont perdu un ou deux parents à la suite de maladies liées au sida sont atteints, est d'intégrer les services de dépistage du VIH dans les programmes de soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables (68, 69). En outre, des études indiquent qu'une grande proportion des personnes inscrites à un traitement contre le VIH ont des membres de leur famille, y compris des enfants, dont le statut VIH est inconnu (70-72). Le dépistage de ces membres de la famille au moyen d'un dépistage par index basé sur les droits et tenant compte des sexes peut être une stratégie efficace pour identifier les enfants plus âgés vivant avec le VIH (70, 73-76). Les dépistages familiaux par index améliorent également les liens en temps opportun avec les soins, avec des taux d'initiation de 42 à 96 % signalés dans diverses études (70, 71, 75, 77, 78). Ces approches familiales permettent également aux parents et à leurs enfants d'accéder conjointement aux soins, ce qui peut améliorer la rétention (79).

FIGURE 0.15

### Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants et les adultes, Afrique subsaharienne, pays cibles de l'initiative « Start Free, Stay Free, AIDS Free », 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : Les données du Botswana ne sont pas disponibles.

### Les droits des migrants et des professionnel(le)s du sexe sont négligés, ce qui les expose à la COVID-19 et au VIH

On estime à 272 millions le nombre de migrants internationaux en 2019, soit environ 3,5 % de la population mondiale (80).<sup>5</sup> La migration est de plus en plus souvent forcée par les conflits et la violence, les catastrophes naturelles et les effets du changement climatique (81). Selon des estimations prudentes, près de 71 millions de personnes ont été déplacées de force en 2018, soit deux fois plus que deux décennies plus tôt (82).

Vivant dans des camps surpeuplés, des abris d'urgence et des établissements informels avec un accès limité aux soins de santé, les personnes déplacées sont souvent très vulnérables aux menaces sanitaires, notamment à la COVID-19. Un examen approfondi de la santé des réfugiés et des migrants en Europe a révélé que tout risque accru d'exposition des réfugiés aux maladies spécifiques peut être largement attribué aux mauvaises conditions de vie pendant et après la migration, y compris dans les camps de réfugiés (83). En effet, une grande partie des migrants vivant avec le VIH ont été infectés après la migration (84). Les frais à l'usager, la discrimination, l'isolement social, les barrières linguistiques et culturelles, les conditions de travail dangereuses, la crainte de l'expulsion et l'absence d'assurance maladie sont autant de facteurs qui entravent leur accès aux soins de santé (81, 85, 86).

La coopération régionale peut améliorer les difficultés rencontrées par les personnes déplacées par les crises. Par exemple, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes se sont entendus sur une feuille de route pour l'intégration des réfugiés et des migrants de la République bolivarienne du Venezuela, pays en crise. Dans le cadre de ce « processus de Quito », plusieurs pays s'efforcent de fournir aux migrants vivant avec le VIH des médicaments antirétroviraux de qualité, quel que soit leur statut d'immigration (87).

De nombreux migrants et professionnel(le)s du sexe partagent le même défi, à savoir des conditions de travail abusives. Les protections standard du travail sont refusées à ceux qui sont contraints de travailler en dehors des limites de la législation locale du travail, leur refusant les prestations de santé et de sécurité pendant qu'ils travaillent et les allocations de chômage lorsqu'ils ne travaillent pas. Lorsqu'un aspect quelconque du travail du sexe est criminalisé, les professionnel(le)s du sexe ne bénéficient d'aucune



Crédit : ONUSIDA

protection juridique contre la violence, la discrimination et les abus. Priver les professionnel(le)s du sexe des protections accordées aux autres travailleurs constitue une exclusion particulièrement néfaste en période de ralentissement économique et de confinements dus à la COVID-19 (88).

La dépénalisation du travail du sexe est un élément clé pour garantir les droits, la santé et la sécurité au travail des professionnel(le)s du sexe, et pour atteindre leur autodétermination, amplifier les possibilités de sensibilisation et d'éducation par les pairs, accroître la transparence et réduire la stigmatisation et la discrimination (89). La dépénalisation réduit également le risque d'infection par le VIH, des études de modélisation suggérant que la dépénalisation du travail du sexe pourrait éviter 33 à 46 % des infections par le VIH sur une période de 10 ans (90). À la suite de l'intervention d'organisations non gouvernementales en Chine, le gouvernement a mis fin à une politique qui permettait à la police d'incarcérer les professionnel(le)s du sexe pour une durée allant jusqu'à deux ans sans inculpation, tandis que le Territoire du Nord en Australie a récemment dépénalisé le travail du sexe (voir l'article de fond à la page 158).

**Vivant dans des habitats informels surpeuplés, des abris d'urgence et des établissements informels avec un accès limité aux soins de santé, les personnes déplacées sont souvent très vulnérables aux menaces sanitaires, notamment à la COVID-19. En effet, une grande partie des migrants vivant avec le VIH ont été infectés après la migration.**

<sup>5</sup> Les migrants internationaux sont définis comme des personnes qui vivent dans un pays autre que leur pays de naissance ou qui se trouvent dans un pays autre que leur pays de citoyenneté.



Crédit : ONUSIDA

### Transgenres

Les personnes transgenres à travers le monde sont soumises à des lois et des politiques punitives et discriminatoires qui se croisent et qui limitent leurs libertés, notamment l'autonomie physique, l'identité légale, la vie privée et l'expression de soi. En 2019, les personnes transgenres ont été criminalisées et/ou poursuivies dans 19 des 134 pays ayant fourni un rapport (91). Les femmes transgenres présentent certains des taux de VIH les plus élevés de toutes les populations, avec une prévalence du VIH allant jusqu'à 40 % selon certaines études (92).

La stigmatisation et la discrimination subies par les personnes transgenres (y compris de la part des prestataires de soins de santé) sont souvent associées à une mauvaise santé mentale, à la toxicomanie, au manque de soutien familial et social, à l'absence de domicile fixe et au chômage – autant de facteurs qui compromettent également leur accès aux services VIH et à d'autres services de santé (92-96).

### Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Des succès impressionnants ont été obtenus dans la réduction des infections par le VIH et des décès liés au sida chez les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes dans plusieurs villes d'Australie, d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale. Il a été démontré que les niveaux élevés d'utilisation du préservatif, l'adhésion à la PPrE et la suppression virale permettent aux hommes homosexuels et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de protéger leur propre santé et celle de leurs partenaires sexuels.

Dans d'autres parties du monde, de nombreuses communautés d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sont traités comme des criminels et se voient refuser l'accès aux services de santé et de lutte contre le VIH dont ils ont besoin. Au moins 69 pays appliquent des lois qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe. Ces lois portent atteinte aux droits fondamentaux



des lesbiennes, des bisexuels, des transsexuels, des homosexuels et des autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, les exposant à des discours haineux, à la violence, à des examens anaux forcés et à des mariages hétérosexuels forcés.<sup>6</sup>

### Personnes qui utilisent des drogues

L'impact positif sur la santé publique des programmes de réduction des risques qui regroupent les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les traitements de substitution aux opiacés, les traitements des overdoses, les services de lutte contre le VIH et l'hépatite C, et d'autres services, est bien établi (98). Toutefois, seule une minorité de pays fournit des services de réduction des risques, le plus souvent à très petite échelle et souvent dans des contextes juridiques qui criminalisent la consommation de drogue et découragent les gens d'accéder aux services.

La criminalisation de la consommation de drogue est

un obstacle majeur. Le système des Nations unies a pris l'engagement commun d'aider les États membres de l'ONU à élaborer et à mettre en œuvre des réponses au problème mondial de la drogue, qui soient équilibrées, globales, intégrées, fondées sur des données probantes, sur les droits de l'homme et axées sur le développement et durables (98). La communauté mondiale des consommateurs de drogues a demandé que les services de réduction des risques soient inclus dans l'ensemble des prestations des systèmes de couverture médicale universelle, faisant valoir que les principes de la couverture médicale universelle exigent que les besoins des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables – y compris les consommateurs de drogues injectables – soient traités en premier (99).

L'intégration du traitement du VIH et de l'hépatite C (y compris la prévention d'autres transmissions) peut générer des résultats spectaculaires pour les personnes qui s'injectent des drogues. Lors d'un récent essai randomisé en grappe en Inde, les personnes qui s'injectent des drogues ont reçu des tests de dépistage de l'hépatite C et des informations dans des centres de soins intégrés, qui leur ont fourni des services de dépistage et de traitement du VIH et de réduction des risques. Ceux qui ont participé étaient quatre fois plus susceptibles de faire le dépistage de l'hépatite C et sept fois plus susceptibles de connaître leur statut au regard de l'hépatite C et d'entamer un traitement que les pairs ayant recours aux centres de soins standard (100).

### Personnes en milieu carcéral et autres milieux clos

Les directives internationales recommandent un ensemble complet d'interventions sanitaires dans les prisons, y compris pour le VIH et la tuberculose (101, 102). Le risque de violence sexuelle chez les détenus – et leur accès insuffisant aux préservatifs, aux lubrifiants, à la PPrE et aux services de réduction des risques – augmentent leurs risques de contracter le VIH, l'hépatite C et les IST (103). La promiscuité, la mauvaise ventilation et l'insalubrité augmentent le risque de tuberculose et d'autres maladies respiratoires transmissibles, dont la COVID-19 (103-105). La couverture du dépistage du VIH et de la thérapie antirétrovirale dans les prisons s'améliore, mais des lacunes subsistent dans plusieurs pays, notamment dans les pays où la prévalence du VIH est élevée dans la population générale. Des problèmes de confidentialité, de discrimination et d'interruption de traitement lors de la libération subsistent également (106).

<sup>6</sup> Les personnes intersexuées ne sont pas incluses ici, car elles ne sont pas criminalisées pour être intersexuées. Toutefois, les personnes intersexuées peuvent avoir des orientations et des identités sexuelles différentes, qui peuvent entraîner leur criminalisation. Les problèmes de droits de l'homme et de santé que rencontrent souvent les personnes intersexuées sont associés à la médicalisation et à la pathologisation de leur statut intersexuel. Cela peut conduire à des procédures médicales, y compris des opérations chirurgicales, qui sont souvent effectuées sans consentement éclairé, et qui pourraient avoir des conséquences négatives durables sur leur santé et leur bien-être.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'obligation de tous les États de protéger, en vertu du droit international des droits de l'homme, la santé des personnes dans les prisons et les centres de détention (107). L'Ensemble de règles minimums des Nations Unies pour le traitement des détenus (les règles Nelson Mandela) indique clairement que les soins de santé pour les personnes en prison doivent être du même niveau que ceux disponibles dans le reste de la communauté (101). Plusieurs pays envisagent ou appliquent des réformes pratiques, notamment en utilisant la détention en dernier recours, en évitant la détention préventive et en autorisant la libération anticipée ou la détention à domicile des personnes reconnues coupables de crimes non violents (108). Les appels se multiplient – y compris de la part du Comité permanent interorganisations des Nations unies – pour mettre fin à l'incarcération de personnes pour des délits mineurs ou des infractions non conformes au droit international (109, 110).

### Intégrer les services de lutte contre la tuberculose et le VIH

Le renforcement de la thérapie antirétrovirale et les améliorations dans la fourniture intégrée des services de lutte contre le VIH et la tuberculose ont réduit de 58 %, au niveau mondial, le nombre de décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Le traitement préventif de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH dans 65 pays à forte charge de morbidité s'est considérablement amélioré ces dernières années, pour atteindre 1,8 million de personnes en 2018.

En dépit de ces progrès, des lacunes importantes dans la détection et le traitement préventif de la tuberculose subsistent dans plusieurs pays à forte charge de morbidité. Dans 66 pays pour lesquels des données sont disponibles, la couverture du traitement préventif de la tuberculose parmi les personnes séropositives nouvellement inscrites dans un établissement de soins ne s'élevait qu'à 49 % en 2018. Parmi les 11 pays à

forte charge de tuberculose et de VIH qui ont communiqué ces données, la couverture allait de 10 % en Indonésie à 97 % dans la Fédération de Russie. Sur les 10 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde en 2018, environ 0,8 million concernaient des personnes vivant avec le VIH (111). La tuberculose demeure la cause la plus fréquente de décès prématuré chez les personnes vivant avec le VIH, puisqu'elle a coûté la vie à 251 000 [223 000-281 000] personnes séropositives en 2018 (111).

### Maladies non transmissibles et santé mentale

Les maladies non transmissibles sont des comorbidités courantes chez les personnes vivant avec le VIH, en particulier celles d'un âge avancé. Une récente revue systématique et méta-analyse d'études a calculé des estimations combinées de la prévalence des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH dans les pays à faible et moyen revenu : la prévalence de l'hypertension était de 21,2 %, celle de l'hypercholestérolémie de 22,2 %, celle de l'obésité de 7,8 %, celle de la dépression de 24,4 % et celle du diabète de 1,3 à 18 % (112).

L'intégration des services liés aux maladies non transmissibles pour les personnes vivant avec le VIH revêt une importance capitale pour répondre à leurs besoins. Lorsque l'étude SEARCH (Sustainable East Africa Research in Community Health) a appliqué une approche de santé communautaire et a intégré le VIH dans la prestation de services multi-maladies, elle a conduit à une série d'améliorations : l'incidence de la tuberculose associée au VIH a été réduite et le contrôle de l'hypertension a été amélioré, parallèlement à une augmentation spectaculaire de la couverture des services liés au VIH et à une réduction de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida (113).

Les problèmes de santé mentale sont une cause majeure de morbidité dans le monde entier, et les taux de problèmes de santé mentale sont plus élevés chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale (114). Les problèmes de santé mentale ont également une incidence sur les résultats du traitement et des soins du VIH, une vaste méta-analyse estimant que la probabilité d'une forte adhésion à la thérapie antirétrovirale était 42 % plus faible chez les personnes souffrant de dépression (115). L'intégration du dépistage et de la prise en charge des troubles mentaux dans les services de lutte contre le VIH peut à la fois renforcer la prévention et les résultats des soins et améliorer l'accès aux soins et au soutien en matière de santé mentale.

Si les succès de la lutte contre le VIH sont des contributions essentielles à la lutte contre la COVID-19, notre échec collectif à atteindre les objectifs de 2020 a révélé des faiblesses systémiques et des inégalités bien ancrées, ce qui soulève des questions sur ce qui aurait pu être réalisé. Et si la stratégie d'accélération de l'ONUSIDA avait été pleinement mise en œuvre ? Et si les capacités de riposte aux pandémies mondiales avaient été plus fortes ?



Crédit : Khawaja Sira Society

## Agissons maintenant

Alors que le monde est aux prises avec une nouvelle pandémie mondiale mortelle, le leadership, les ressources et l'infrastructure de la riposte à la pandémie de VIH ont été mobilisés. Des « vétérans » des ripostes nationales au VIH sont devenus des coordonnateurs de la riposte à la COVID-19 dans des dizaines de pays. Les partenariats internationaux sur le VIH contribuent à réunir les meilleurs épidémiologistes, scientifiques et professionnels de la médecine du monde entier pour collecter les données, mettre au point des traitements et des vaccins, et fournir des financements et des intrants aux pays et aux communautés qui en ont le plus besoin.

L'expertise, la capacité analytique et les systèmes de surveillance et de suivi développés grâce au financement de la lutte contre le VIH peuvent stimuler les ripostes à la COVID-19. Par exemple, les systèmes de laboratoire qui ont été considérablement étendus et améliorés grâce aux investissements dans la lutte contre le VIH et la tuberculose sont mobilisés pour les tests COVID-19 (116, 117).

Les militants et les organisations communautaires qui sont au cœur de la réponse au VIH consentent des efforts pour s'assurer que les réponses à la COVID-19 sont fondées sur les droits et tiennent compte des sexospécificités, et qu'elles ne portent pas préjudice aux communautés marginalisées, comme les

personnes LGBTI. Les communautés s'engagent pour diriger les ripostes locales à la COVID-19, en remettant en cause la désinformation et la stigmatisation, en garantissant des fournitures de base aux personnes vulnérables et en organisant des systèmes de soutien locaux (118). Les efforts déployés pour maintenir les services de santé pendant les confinements dus à la COVID-19 ont souligné la valeur des services communautaires qui sont ancrés dans les réalités vécues et répondent aux besoins, aux priorités et aux droits des populations les plus touchées.

Si les succès de la lutte contre le VIH sont des contributions essentielles à la lutte contre la COVID-19, notre échec collectif à atteindre les objectifs de 2020 a révélé des faiblesses systémiques et des inégalités bien ancrées, ce qui soulève des questions sur ce qui aurait pu être réalisé. Et si la stratégie d'accélération de l'ONUSIDA avait été pleinement mise en œuvre ? Et si les capacités de riposte aux pandémies mondiales avaient été plus fortes ?

Nous ne pouvons pas réécrire l'histoire. Mais comme de plus en plus de personnes refusent d'accepter les inégalités de ce passé, la communauté internationale peut saisir ce moment, imaginer un avenir meilleur et redynamiser les efforts pour concrétiser la santé mondiale, le développement durable et la fin de l'épidémie de sida.

## Références

1. Swindells S, Andrade-Villanueva J-F, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá MD et al. Long-acting cabotegravir + rilpivirine as maintenance therapy: ATLAS week 48 results. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, 4–7 Mars 2019. Résumé 139.
2. Orkin C, Arastéh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovskiy V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir + rilpivirine for HIV maintenance: FLAIR week 48 results. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, 4–7 Mars 2019. Résumé 140.
3. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine for maintenance of HIV-1 suppression. *N Engl J Med.* 2020;382(12):1112-23.
4. Orkin C, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovskiy V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine after oral induction for HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2020;382(12):1124-35.
5. Ryan B. Women with HIV interested in long-acting injectable treatment. In: POZ [Internet]. 1er Mai 2020. CDM Publishing, LLC; c2020 (<https://www.poz.com/article/women-hiv-interested-longacting-injectable-treatment>, consulté le 14 juin 2020).
6. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2017;31(7):995-1007.
7. Ammon N, Mason S, Corkery JM. Factors impacting antiretroviral therapy adherence among human immunodeficiency virus-positive adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Public Health.* 2018;157:20-31.
8. Geter A, Sutton MY, Hubbard McCree D. Social and structural determinants of HIV treatment and care among black women living with HIV infection: a systematic review: 2005–2016. *AIDS Care.* 2018;30(4):409-16.
9. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD et al. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track approach. *PLoS ONE.* 2016;11(5):e0154893.
10. Havlir D, Lockman S, Ayles H, Larmarange J, Chamie G, Gaolathe T et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? *J Int AIDS Soc.* 2020;23(2):e25455.
11. Groupe Banque mondiale Perspectives économiques mondiales. Juin 2020. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33748/9781464815539.pdf>).
12. Coronavirus. In: who.int [Internet]. Genève : OMS ; 2020 ([https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)).
13. UN chief calls for domestic violence “ceasefire” amid “horrifying global surge.” In: UN News [Internet]. 6 Avril 2020. New York : Nations unies ; c2020 (<https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>, consulté le 11 juin 2020).
14. Éducation : de la rupture à la reprise. In: UNESCO [Internet]. Paris : UNESCO ; c2019 (<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>, consulté le 20 avril 2020).
15. Giannini S. COVID-19 school closures around the world will hit girls hardest. In: UNESCO [Internet]. 31 mars 2020. Paris : UNESCO ; c2019 (<https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest>, consulté le 20 avril 2020).
16. Girls’ education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impact of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020 ([https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rgbh/6TMYLYAcUpjhQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09/GirlsEducationandCOVID19\\_MalalaFund\\_04022020.pdf](https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rgbh/6TMYLYAcUpjhQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09/GirlsEducationandCOVID19_MalalaFund_04022020.pdf), consulté le 20 avril 2020).
17. Joint letter to the African Union: the impact of COVID-19 on girls’ education and child marriage. In: Girls Not Brides [Internet]. 30 avril 2020. London: Girls Not Brides; c2020 (<https://www.girlsnotbrides.org/joint-letter-to-the-african-union-the-impact-of-covid-19/>, consulté le 12 juin 2020).
18. Les professionnel(le)s du sexe ne doivent pas être laissés pour compte dans la réponse à la COVID-19. In : UNAIDS.org [Internet]. 8 avril 2020. Genève : ONUSIDA ; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200408\\_sex-workers-covid-19](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200408_sex-workers-covid-19), consulté le 12 juin 2020).
19. Mohan M. Coronavirus: They grabbed my breasts and said, “You’re not a woman.” In: BBC News [Internet]. 18 May 2020. London: BBC; c2020 (<https://www.bbc.com/news/stories-52668174>, consulté le 18 mai 2020).
20. Cabrera CG. Panama’s Gender-Based Quarantine Ensnarers Trans Woman. In: Human Rights Watch [Internet]. 2 Avril 2020. New York : Human Rights Watch ; 2020 (<https://www.hrw.org/news/2020/04/02/>

- panamas-gender-based-quarantine-ensnares-trans-woman, consulté le 12 juin 2020).
21. COVID-19 et les droits humains des personnes LGBTI. 17 avril 2020. Genève : HCDH ; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTIpeople.pdf>, consulté le 17 avril 2020).
  22. Davies M-A, Boule A. Risk of COVID-19 death among people with HIV: a population cohort analysis from the Western Cape Province, South Africa. *COVID-19 Special Public Health Surveillance Bulletin*. 2020; 18(2) (<https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-Special-Public-Health-Surveillance-Bulletin-22-June-2020.pdf>).
  23. Pooled analysis of eight Demographic and Health Surveys, 2014–2017.
  24. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al. for the HIV Modelling Consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Manuscrit avant publication (<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>).
  25. Communication personnelle avec Britta L Jewell (Département d'épidémiologie des maladies infectieuses, Imperial College London), Edinah Mudimu (Département des sciences de la décision, Université d'Afrique du Sud), John Stover (Avenir Health), Debra ten Brink (Burnet Institute), Andrew N Phillips (Institute for Global Health, University College London), 25 juin 2020.
  26. Données internes de l'ONUSIDA, 2020.
  27. Informations fournies par le projet SIDHAS (Strengthening Integrated Delivery of HIV/AIDS Services) de l'USAID/PEPFAR, dirigé par FHI 360 ; mai 2020.
  28. Badiane K. HIV drug distribution: increasing patient-centred care and minimizing PLHIV exposure to COVID-19. Presentation to Differentiated service delivery and COVID-19: updates on policy and practice adaptations from Sierra Leone and Zambia. HIV Learning Network: The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery webinar; 7 April 2020.
  29. République d'Afrique du Sud, ministère de la Santé. Providing patients with dispensing for 12 months on CCMDD, letter to CCMDD Task Team Members, 26 mai 2020.
  30. Sun N, Zilli L. COVID-19 symposium: the use of criminal sanctions in COVID-19 responses—exposure and transmission, part 1. In: *Opinio Juris* [Internet]. 4 mars 2020. *Opinio Juris*; c2020 ([opiniojuris.org/2020/04/03/covid-19-symposium-the-use-of-criminal-sanctions-in-covid-19-responses-exposure-and-transmission-part-i/](https://www.opiniojuris.org/2020/04/03/covid-19-symposium-the-use-of-criminal-sanctions-in-covid-19-responses-exposure-and-transmission-part-i/)).
  31. Rall S-A. KZN businessman arrested for attempted murder after testing positive, absconding coronavirus quarantine. In: *IOL* [Internet]. 25 mars 2020. *Independent Online* ; c2020 (<https://www.iol.co.za/mercury/news/kzn-businessman-arrested-for-attempted-murder-after-testing-positive-absconding-coronavirus-quarantine-45527106>, consulté le 12 juin 2020).
  32. Galletly CL, Pinkerton SD. Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. *AIDS Behav*. 2006;10:451-61.
  33. O'Byrne P, Willmore J, Bryan A, Friedman DS, Hendriks A, Horvath C et al. Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada. *BMC Public Health*. 2013;13:94.
  34. O'Byrne P, Bryan A, Woodyatt C. Nondisclosure prosecutions and HIV prevention: results from an Ottawa-based gay men's sex survey. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013;24(1):81-7.
  35. Making every woman and girl count. Flagship programme initiative. New York : ONU Femmes, 2016 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/how%20we%20work/flagship%20programmes/fpi-statistics-concept-note.pdf?la=en&vs=7>).
  36. OMS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Conseil sud-africain de la recherche médicale. Estimations mondiales et régionales des violences faites aux femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence exercée par un partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par un tiers. Genève : OMS ; 2013.
  37. Enquêtes de population, 2014–2018.
  38. RESPECTEZ les femmes : prévenir les violences faites aux femmes. Genève : OMS ; 2019 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/respect-women-preventing-violence-against-women-en.pdf?la=en&vs=5901>, consulté le 7 avril 2020).
  39. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 – accelerating the promise. New York : PNUD ; 2019.
  40. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs

- of adolescents. New York : Guttmacher Institute ; 2016 ([https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf), consulté le 11 juin 2020).
41. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91:1114-18.
  42. Chaque femme, chaque enfant. La stratégie mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents (2016-2030). Genève : Chaque femme, chaque enfant ; 2015.
  43. Enquêtes de population, 2014–2019.
  44. Women and HIV: understanding and addressing stigma—evidence from the Population Council. Washington (DC) : Population Council ; 2019 ([https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1299&context=departments\\_sbsr-hiv](https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1299&context=departments_sbsr-hiv), consulté le 11 juin 2020).
  45. People Living with Stigma Index Surveys, 2011–2016.
  46. Kelly H, Weiss HA, Benavente Y, de Sanjose S, Mayaud P; ART and HPV Review Group. Association of antiretroviral therapy with high-risk human papillomavirus, cervical intraepithelial neoplasia, and invasive cervical cancer in women living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV.* 2018;5(1):e45-e58.
  47. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, Drolet M, Gingras G, Burger EA et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *The Lancet.* 2020;395(10224):P575-90.
  48. Jit M, Brisson M, Portnoy A, Hutubessy R. Cost-effectiveness of female human papillomavirus vaccination in 179 countries: a PRIME modelling study. *Lancet Glob Health.* 2014;2:406-14.
  49. Vandormael A, Cuadros D, Kim H-Y, Bärnighausen T, Tanser F. The state of the HIV epidemic in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a novel application of disease metrics to assess trajectories and highlight areas for intervention. *Int J Epidemiol.* 2020;1-10.
  50. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun.* 2019;10:5482.
  51. Nakigozi, G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC et al. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 8–11 mars 2020. Résumé 150.
  52. Rosenberg NE, Bhushan NL, Vansia D, Phanga T, Maseko B, Nthani T et al. Comparing youth-friendly health services to the standard of care through "Girl Power-Malawi": a quasi-experimental cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;79(4):458-66.
  53. Ngo AD, Ha TH, Rule J, Dang CV. Peer-based education and the integration of HIV and sexual and reproductive health services for young people in Vietnam: evidence from a project evaluation. *PLoS One.* 2013;8(11):e80951.
  54. Narasimhan M, Yeh PT, Haberlen S, Warren CE, Kennedy CE. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. *Reprod Health.* 2019;16(Suppl 1):61.
  55. Mansoor LE, Yende-Zuma N, Baxter C, Mngadi KT, Dawood H, Gengiah TN et al. Integrated provision of topical pre-exposure prophylaxis in routine family planning services in South Africa: a non-inferiority randomized controlled trial. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(9):e25381.
  56. Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG target 5.6. New York : FNUAP ; 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf>, consulté le 11 juin 2020). Basé sur les données d'une enquête de population pour la période 2007-2018.
  57. Analyse des coûts et du rapport coût-efficacité des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire dans six pays : rapport complet. Paris : UNESCO ; 2011.
  58. Montgomery P, Knerr W. Review of the evidence on sexuality education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. Paris : UNESCO ; 2016.
  59. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *Soc Sci Med.* 2015 Feb;127:108-15.
  60. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol.* 2008;37:1266-73.
  61. Santelli JS, Mathur S, Song X, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. *Glob Soc Welf.* 2015;2:87-103.

62. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018;391(10140):2642-92.
63. A rigorous review of programme impact and the role of design and implementation features. London: Overseas Development Institute (ODI); 2016.
64. Gorgens M, Mabuza K, de Walque D. Sitakhela Likusasa impact evaluation: results of a cluster randomized control trial (cRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini. IAS 2019, Mexico City, 21–24 juillet 2019. Résumé TUAC0205LB.
65. Reducing HIV risk among young women and their partners: evidence from DREAMS: highlights from the DREAMS implementation science research portfolio. DREAMS project brief. Washington (DC): Population Council; 2020.
66. Our impact 2017: mothers2mothers annual evaluation. Cape Town: mothers2mothers; 2018 ([https://www.m2m.org/wp-content/uploads/2018/07/18\\_0719\\_AnnualEvaluation\\_Onepager\\_FINALNoMarks.pdf](https://www.m2m.org/wp-content/uploads/2018/07/18_0719_AnnualEvaluation_Onepager_FINALNoMarks.pdf)).
67. Igumbor JO, Ouma J, Otworld K, Musenge E, Anyanwu FC, Basera T et al. Effect of a Mentor Mother Programme on retention of mother–baby pairs in HIV care: a secondary analysis of programme data in Uganda. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223332.
68. Strategies for identifying and linking HIV-infected infants, children, and adolescents to HIV care and treatment. Washington (DC) : PEPFAR ; 2016 (<https://www.pepfar.gov/documents/organization/244347.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
69. Improving HIV service delivery for infants, children and adolescents: a framework for country programming. New York : UNICEF ; 2020.
70. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. *Trop Med Int Health*. 2017;22:1021-9.
71. Jubilee M, Park FJ, Chipango K, Pule K, Machinda A, Tarubereker N. HIV index testing to improve HIV positivity rate and linkage to care and treatment of sexual partners, adolescents and children of PLHIV in Lesotho. *PLoS One*. 2019 Mar 27;14(3):e0212762.
72. Wagner AD, Mugo C, Njuguna IN, Maleche-Obimbo E, Sherr K, Inwani IW et al. Implementation and operational research: active referral of children of HIV-positive adults reveals high prevalence of undiagnosed HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(5):e83-e89.
73. Penda CI, Moukoko CEE, Koum DK, Fokam J, Meyong CAZ, Talla S et al. Feasibility and utility of active case finding of HIV-infected children and adolescents by provider-initiated testing and counselling: evidence from the Laquintinie hospital in Douala, Cameroon. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):259.
74. Agbeko F, Fiawoo M, Djadou KE, Takassi E. Provider-initiated testing and counseling in pediatric units in Togo, 2013–2014: results of two years implementation. *J AIDS Clin Res*. 2017;8(5):1000697.
75. Simon KR, Flick RJ, Kim MH, Sabelli RA, Tembo T, Phelps BR et al. Family testing: an index case finding strategy to close the gaps in pediatric HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(Suppl 2):S88-S97.
76. Joseph Davey D, Wall KM, Serrao C, Prins M, Feinberg M, Mtonjana N et al. HIV positivity and referral to treatment following testing of partners and children of PLHIV index patients in public sector facilities in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(4):365-70.
77. Luyrika E, Towle M, Achan J, Muhangi J, Senyimba C, Lule F et al. Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda. *PLoS One*. 2013;8(8):e69548.
78. Bollinger A, Chamla D, Kitetele F, Salamu F, Putta N, Tsague L et al. The impact of the family-centred approach on paediatric HIV in DRC. 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, 23–27 juillet 2018. Résumé 12507.
79. Essajee S, Putta N, Brusamento S, Penazzato M, Kean S, Mark D. Family-based index case testing to identify children with HIV. New York : Child Survival Working Group ; 2018 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/family-based-case-testing-paedHIV.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
80. Rapport sur les migrations mondiales en 2020. Genève : OIM ; 2020 ([https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf), consulté le 14 juin 2020).
81. Abubakar I, Devakumar D, Madise M, Sammonds P, Groce N, Zimmerman C et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health. *The Lancet*. 2016;388(10050):1141-2.
82. Global trends: forced displacement in 2018. Genève : HCR ; 2019 (<https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
83. Eiset AH, Wejse C. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers—current status and going forward. *Public Health Rev*. 2017;38:22.

84. Ross J, Cunningham CA, Hanna DB. HIV outcomes among migrants from low- and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Curr Opin Infect Dis.* 2018;31(1):25-32.
85. Health promotion for improved refugee and migrant health (technical guidance on refugee and migrant health). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2018.
86. Finnerty F, Azad Y, Orkin C. Hostile health-care environment could increase migrants' risk of HIV and prevent access to vital services. *Lancet HIV.* 2019;6(2):e76.
87. Communication personnelle avec Cesar Nunez, directeur régional de l'ONUSIDA pour l'Amérique latine et les Caraïbes, 30 juin 2020.
88. Shih E, Thibos C. The fight to decriminalize sex work. In: *Open Democracy* [Internet]. 5 mai 2020. *Open Democracy ; 2020* (<https://www.opendemocracy.net/en/beyond-trafficking-and-slavery/fight-decriminalise-sex-work/>, consulté le 12 juin 2020).
89. Submission to the Committee Reforming the Regulation of the Sex Industry in the Northern Territory consultation by the Scarlet Alliance, 2019.
90. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet.* 2015;385(9962):55-71.
91. Mapping of good practices for the management of transgender inmates. *Revue de la littérature.* PNUD ; 2020.
92. Poteat T, Scheim A, Xavier J, Reisner S, Baral S. Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;72(Suppl 3):S210-S219.
93. Heng A, Heal C, Banks J, Preston R. Transgender people's experiences and perspectives about general healthcare: a systematic review. *Int J Transgenderism.* 2018;19:359-78.
94. Neumann MS, Finlayson TJ, Pitts NL, Keatley J. Comprehensive HIV prevention for transgender persons. *Am J Public Health.* 2017;107(2):207-12.
95. Thomas R, Pega F, Khosla R, Verster A, Hana T, Say L. Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bull World Health Org.* 2017;95:154-6.
96. Blondeel K, Say L, Chou D, Toskin I, Khosla R, Scolaro E et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health.* 2016;15:16.
97. Saxton PW, McAllister SM, Noller GFE, Newcombe DA, Leafe KA. Injecting drug use among gay and bisexual men in New Zealand: findings from national human immunodeficiency virus epidemiological and behavioural surveillance. *Drug and Alcohol Rev.* Février 2020. <https://doi.org/10.1111/dar.13046>
98. Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination Résumé des délibérations. Deuxième session ordinaire de 2018 Manhasset, New York, 7 et 8 novembre 2018 (CEB/2018/2 ; <https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf>).
99. Matthews M. What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief. Londres : INPUD ; 2019 (<https://www.inpud.net/sites/default/files/Universal%20Health%20Coverage.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
100. Solomon SS, Quinn TC, Solomon S, McFall AM, Srikrishnan AK, Verma V et al. Integrating HCV testing with HIV programs improves hepatitis C outcomes in people who inject drugs: a cluster-randomized trial. *J Hepatol.* 2020;72(1):67-74.
101. Règles minimums des Nations Unies pour le Traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). New York : Nations Unies ; 2015 (<http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/05/MANDELA-RULES.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
102. ONUDC, OIT, PNUD, OMS, ONUSIDA. Prévention, traitement et soins du VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés : une offre complète d'interventions. Vienne : ONUDC ; 2013 ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf), consulté le 14 juin 2020).
103. Kamarulzaman A, Verster A, Altice FL. Prisons: ignore them at our peril. *Curr Opin HIV AIDS.* 2019;14(5):415-22.
104. Telisinghe L, Charalambous S, Topp SM, Herce ME, Hoffmann CJ, Barron P et al. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *The Lancet.* 2016;388(10050):1215-27.
105. Préparation, prévention et contrôle de la COVID-19 dans les prisons et autres lieux de détention. Vienne : ONUDC ; 2020.
106. Rich JD, Beckwith CG, Macmadu A, Marshall BDL, Brinkley-Rubinstein L, Amon JJ et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *The Lancet.* 2016;388:1103-14.

107. Règle 24 (1), Règles minimums des Nations Unies pour le Traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Résolution 70/175 de l'Assemblée générale.
108. Préparation et réponses à la COVID-19 dans les prisons : document de position. Vienne : ONUDC ; 31 mars 2020 ([https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Position\\_paper\\_COVID-19\\_in\\_prisons.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Position_paper_COVID-19_in_prisons.pdf), consulté le 14 juin 2020).
109. Droits en temps de COVID-19 : les leçons du VIH pour une riposte efficace et dirigée par la communauté. Genève : ONUSIDA ; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_women-adolescent-girls-and-hiv\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf), consulté le 15 juin 2020).
110. Comité Permanent Inter-Agence. COVID-19 : se concentrer sur les personnes privées de liberté – orientation provisoire. Genève : HCDR, OMS ; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Focus%20on%20Persons%20Deprived%20of%20Their%20Liberty.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
111. Rapport mondial sur la tuberculose, 2019. Genève : OMS ; 2019.
112. Patel P, Rose CE, Collins PY, Nuche-Berenguer B, Sahasrabuddhe VV, Pehrah E et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2018 Jul 1;32(Suppl1):S5-S20.
113. Chamie G, Kanya MR, Petersen ML, Havlir DV. Reaching 90–90–90 in rural communities in East Africa: lessons from the Sustainable East Africa Research in Community Health Trial. *Curr Opin HIV AIDS*. 2019;14(6):449-54.
114. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411-20.
115. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):181-7.
116. The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. 2019 Annual Report to Congress. Washington (DC): PEPFAR; 2019 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/PEPFAR2019ARC.pdf>).
117. Maladie du coronavirus 2019 (COVID-19). Rapport de situation – 92. 21 avril 2020. Genève : OMS ; 2020 ([https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200421-sitrep-92-covid-19.pdf?sfvrsn=38e6b06d\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200421-sitrep-92-covid-19.pdf?sfvrsn=38e6b06d_8)).
118. Wickramanayake J. Meet 10 young people leading the COVID-19 response in their communities. In: Africa Renewal [Internet]. 3 Avril 2020. United Nations Africa Renewal; c2020.

# 01



# PROGRÈS VERS LES TROIS ZÉROS

# PROGRÈS VERS LES TROIS ZÉROS

## POINTS SUR LES DONNÉES

### 1,7 MILLION

DE PERSONNES ONT CONTRACTÉ LE VIH EN 2019, SOIT PLUS DE TROIS FOIS L'OBJECTIF DE 2020

### 690 000 VIES

ONT ÉTÉ PERDUES À LA SUITE DE MALADIES LIÉES AU SIDA EN 2019, MALGRÉ LA DISPONIBILITÉ DE TRAITEMENTS EFFICACES

62 % DES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH CHEZ LES ADULTES DANS LE MONDE CONCERNENT DES

## POPULATIONS CLÉS ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS

LES JEUNES FEMMES ET ADOLESCENTES REPRÉSENTENT

### 1 INFECTION SUR 4

EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

DANS 25 PAYS,

### PLUS DE 50 %

DES ADULTES ONT DES ATTITUDES DISCRIMINATOIRES ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

La vision de la riposte mondiale au VIH est d'atteindre les trois zéros : zéro nouvelle infection par le VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. Voici dix ans, lorsque cette vision a été articulée pour la première fois, les trois zéros étaient essentiellement des aspirations – un rêve lointain. Cinq ans plus tard, en 2015, les trois zéros ont servi de base aux objectifs de lutte contre le VIH dans le cadre de l'Agenda 2030 pour le développement durable. Des objectifs mesurables ont été fixés pour 2030, et l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) a ensuite défini des étapes intermédiaires pour 2020 dans la Déclaration politique de 2016 sur l'élimination du sida :

- Réduire le nombre de nouvelles infections à VIH à moins de 500 000 en 2020.
- Réduire le nombre de décès liés au sida à moins de 500 000 en 2020.
- Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH d'ici 2020.

Les deux premiers objectifs sont des réductions d'environ 75 % par rapport à une base de référence de 2010, en utilisant les estimations épidémiologiques de 2016.<sup>1</sup> L'objectif d'élimination est basé sur le principe des droits de l'homme selon lequel un seul cas de discrimination au niveau mondial est un cas de trop.

À l'approche de la fin de l'année 2020, les dernières données des pays démontrent à la fois des progrès et des défis. La réalité complexe de l'épidémie de VIH étant de mieux en mieux comprise, un nombre croissant d'actions de lutte contre le VIH affinent leur capacité à identifier les lacunes et à élaborer des stratégies pour atteindre les personnes qui sont en train d'être laissées pour compte. Toutefois, trop peu de pays ont pris des mesures suffisantes pour atteindre les étapes intermédiaires, ce qui laisse le monde hors de la trajectoire pour atteindre les trois zéros d'ici 2030.

<sup>1</sup> Les estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA sont révisées chaque année en utilisant les dernières données disponibles des pays. En 2016, alors que la Déclaration politique sur l'élimination du sida était en cours de négociation par les États membres des Nations Unies, l'ONUSIDA estimait à 2 205 000 [1 970 000-2 466 000] les nouvelles infections par le VIH et à 1 499 000 [1 300 000-1 700 000] les décès liés au sida en 2010. Selon les estimations actualisées pour 2020, il y aurait eu 2 145 000 [1 585 000-2 894 000] nouvelles infections par le VIH et 1 137 000 [828 000-1 607 000] décès liés au sida en 2010.



PROGRÈS DANS LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DU VIH DEMEURENT BEAUCOUP TROP LENTS, LE NOMBRE TOTAL ESTIMÉ DE NOUVELLES INFECTIONS AU VIH EN 2019 ÉTANT PLUS DE TROIS FOIS SUPÉRIEUR À L'OBJECTIF FIXÉ POUR 2020.

## Zéro nouvelle infection

Les 1,7 million de personnes [1,2 million- 2,2 millions] qui ont contracté le VIH dans le monde en 2019 correspondent à une baisse de 23 % des nouvelles infections par le VIH depuis 2010, (Figure 1.1). Il s'agit du plus faible nombre annuel de nouvelles infections depuis 1989.

Toutefois, les progrès dans la prévention de la transmission du VIH demeurent beaucoup trop lents, le nombre total estimé de nouvelles infections en 2019 étant plus de trois fois supérieur à l'objectif de 500 000 fixé pour 2020. Un nombre croissant de pays font des progrès remarquables, mais beaucoup d'autres n'adoptent pas les méthodes éprouvées de prévention de l'infection par le VIH à l'échelle requise.

Dans le monde, le nombre annuel de nouvelles infections a diminué plus rapidement chez les femmes et les filles (diminution de 27 % depuis 2010) que chez les hommes et les garçons (diminution de 18 %) (Figure 1.2). En 2019, le nombre de nouvelles infections dans le monde chez les femmes et les filles (48 % du total des infections) était inférieur à celui constaté parmi les hommes et les garçons (52 %). Les enfants (âgés de 0 à 14 ans) représentaient 9 % des nouvelles infections en 2019, 84 % des infections infantiles se produisant en Afrique subsaharienne (voir le chapitre 2 pour les tendances).

La diminution mondiale des nouvelles infections est due à une réduction substantielle des nouvelles infections en Afrique orientale et australe (une réduction de 38 % depuis 2010). Des réductions ont également été réalisées dans les Caraïbes (29 %), en Afrique occidentale et centrale (25 %), en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord (15 %), et en Asie et dans le Pacifique (12 %). En revanche, l'épidémie a continué à se développer en Europe de l'Est et en Asie centrale, les nouvelles infections par le VIH ayant augmenté de 72 % entre 2010 et 2019. Des augmentations ont également été constatées au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (22 %) et en Amérique latine (21 %).

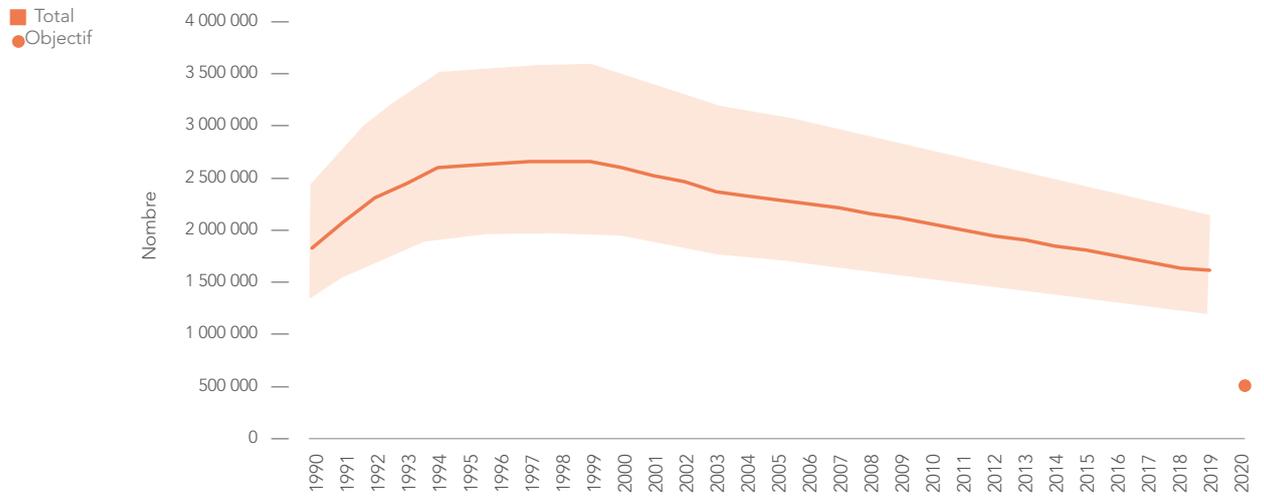
Une majorité (62 %) des nouvelles infections par le VIH chez les adultes dans le monde en 2019 concernent des populations clés et leurs partenaires sexuels (Figure 1.3). Ces populations – qui comprennent les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les prisonniers, les transsexuels, les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes – constituent une petite partie de la population générale, mais elles courent un risque élevé de contracter le VIH, en partie à cause de la discrimination et de l'exclusion sociale.



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 1.1

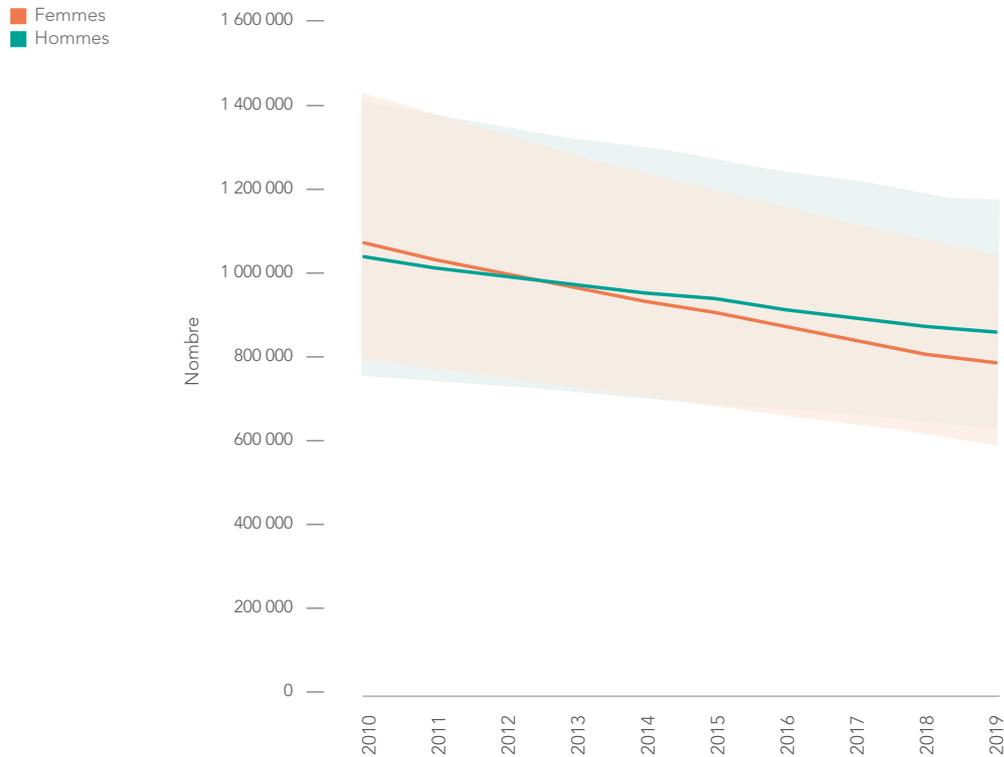
**Nombre de nouvelles infections au VIH, au niveau mondial, 1990–2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 1.2

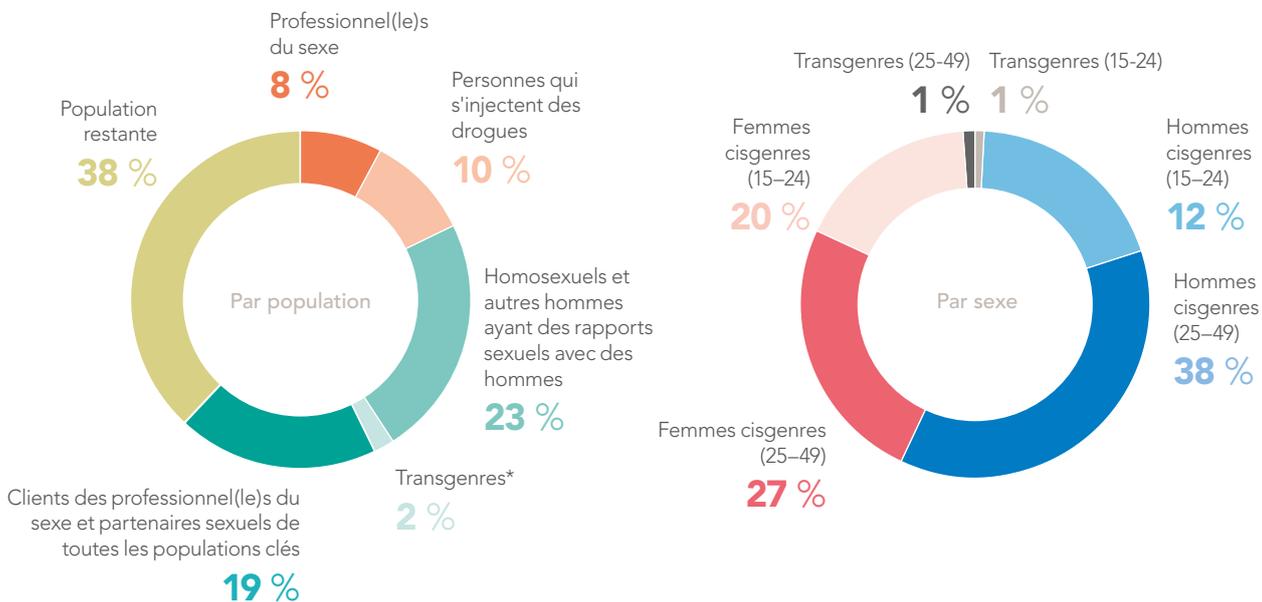
**Nombre de nouvelles infections au VIH, par sexe, au niveau mondial, 2010–2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 1.3

**Répartition des nouvelles infections par le VIH par sexe et par population, au niveau mondial, 2019**



\* Les données ne concernent que l'Asie et le Pacifique, les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, l'Amérique latine, l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord. Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (voir annexe des méthodes). Note : Les données épidémiologiques sur les populations transgenres sont essentiellement disponibles dans les régions de l'Asie et du Pacifique, des Caraïbes et de l'Amérique latine. Moins de données sont disponibles pour la région Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord. Des données limitées sur les programmes sont disponibles pour l'Afrique occidentale et centrale et pour l'Afrique orientale et australe. De plus, les données proviennent principalement de femmes transsexuelles, et parmi ces dernières, les données proviennent souvent de personnes qui vendent des services sexuels. Seuls quelques points de données étaient disponibles pour les hommes transgenres. Néanmoins, la population transgenre et ses risques de contracter le VIH ne doivent pas être totalement ignorés dans les analyses de l'ONUSIDA.

**Les risques liés au VIH varient selon les régions**

Le risque d'infection par le VIH chez les adultes est plus élevé dans certaines tranches d'âge, certains sexes et certaines sous-populations par région, selon le type d'épidémie dans les pays, les villes et les communautés de la région. En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH : elles représentent environ une nouvelle infection sur quatre, alors qu'elles ne constituent que 10 % de la population. Dans la région la plus touchée par le VIH, l'Afrique orientale et australe, les adolescentes et les jeunes femmes représentaient 30 % des nouvelles infections (Figure 1.4, pages 10 et 11).

En dehors de l'Afrique subsaharienne, les hommes représentaient la majorité des nouvelles infections par le VIH chez les adultes en 2019, allant de 57 % dans les Caraïbes à 79 % en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord.

En 2019, dans le monde, près d'un quart (23 %) des nouveaux cas d'infection par le VIH chez les adultes se trouvaient parmi les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des

hommes. Cette population représentait plus de 40 % des nouvelles infections en Asie et dans le Pacifique ainsi qu'en Amérique latine, et près des deux tiers (64 %) des nouvelles infections en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord. Les jeunes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (âgés de 15 à 24 ans) sont particulièrement exposés dans les pays à revenu élevé d'Europe occidentale et centrale et d'Amérique du Nord, où ils représentent 36 % des infections de la région en 2019.

Environ 10 % des nouveaux cas d'infection par le VIH chez les adultes dans le monde entier concernaient des personnes qui s'injectent des drogues. Cette population représentait près de la moitié (48 %) des nouvelles infections en Europe orientale et en Asie centrale, 43 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 17 % en Asie et dans le Pacifique, et 15 % en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord. On estime que 8 % des nouvelles infections chez les adultes dans le monde concernent les professionnel(le)s du sexe, tous sexes confondus, tandis que les femmes transgenres représentent une faible part des nouvelles infections par le VIH dans le monde, mais une part disproportionnée des nouvelles infections en Asie et dans le Pacifique (7 %), en Amérique latine (6 %) et dans les Caraïbes (5 %).



Crédit : Département de la prévention et du contrôle du VIH-sida, des IST et des hépatites, ministère de la Santé, Pérou

## Zéro décès lié au sida

L'accès accru à la thérapie antirétrovirale a permis d'éviter environ 12,1 millions de décès liés au sida depuis 2010. En dépit de ces progrès, des centaines de milliers de personnes meurent chaque année d'une maladie pour laquelle il existe de multiples traitements efficaces et relativement peu coûteux. Les 690 000 [500 000-970 000] vies perdues à la suite de maladies liées au sida dans le monde en 2019 représentent une réduction de 39 % par rapport à 2010, mais on est loin de l'objectif de moins de 500 000 décès en 2020 (Figure 1.5).

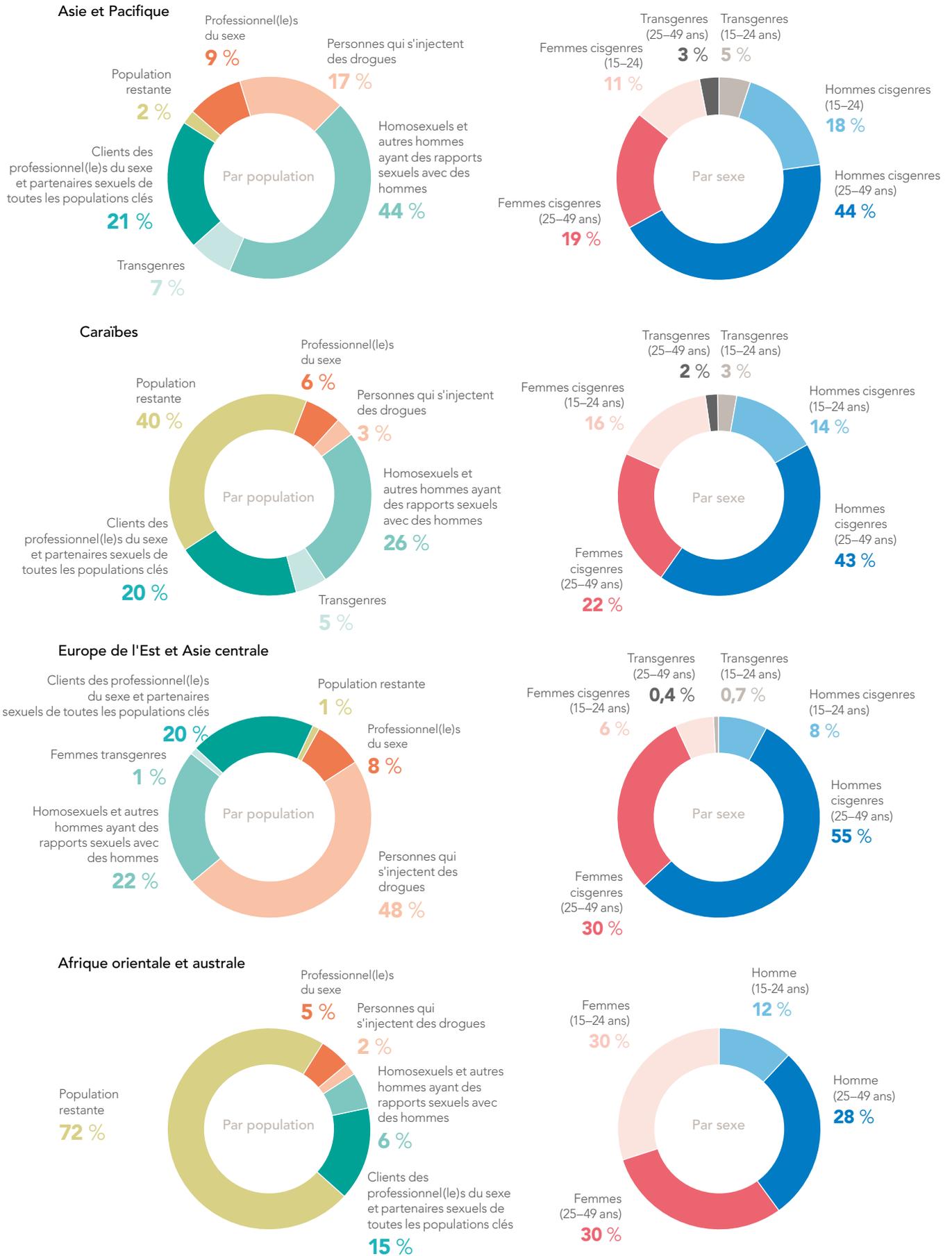
La couverture généralement plus élevée de la thérapie antirétrovirale chez les femmes se reflète dans le nombre inférieur de décès liés au sida chez les femmes et les filles dans le monde en 2019 : 300 000 [220 000-420 000] contre 390 000 [280 000-560 000] chez les hommes et les garçons (Figure 1.6). En 2019, le nombre de décès dus à des maladies liées au sida a diminué de 46 % chez les femmes et les filles par rapport à 2010, contre 32 % de décès en moins chez les hommes et les garçons sur la même période. Même si les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes parmi les personnes vivant avec le VIH

en Afrique subsaharienne (15,9 millions de femmes contre 9,8 millions d'hommes), l'épidémie a fait un nombre similaire de victimes dans la région en 2019 : environ 220 000 hommes et garçons et environ 220 000 femmes et filles.

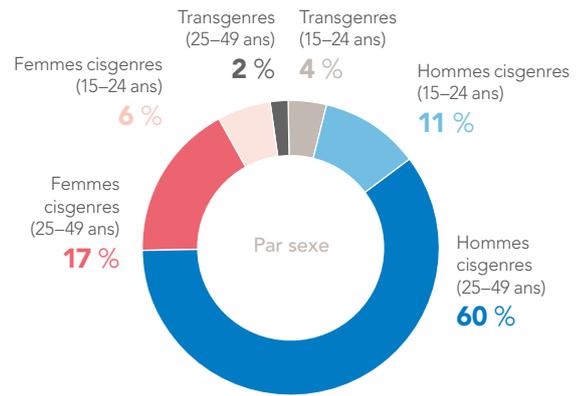
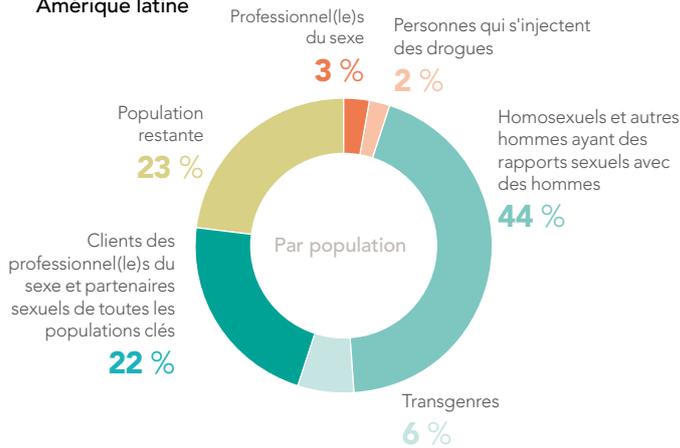
Il n'est pas surprenant que la région où le traitement du VIH se développe le plus rapidement, l'Afrique orientale et australe, soit aussi celle où la mortalité liée au sida diminue le plus rapidement : 49 % entre 2010 et 2019. L'impact de l'élargissement de l'accès au traitement est également évident dans les Caraïbes, en Afrique occidentale et centrale, en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord : dans ces trois régions, le nombre de décès liés au sida a, en 2019, diminué de 37 % par rapport à 2010. Au cours de la même période, le nombre de décès dus à des maladies liées au sida a diminué de 28 % en Asie et dans le Pacifique, tandis que les baisses ont été moins spectaculaires en Amérique latine (8 %) et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (2 %). Une tendance inverse prévaut en Europe de l'Est et en Asie centrale, où les décès dus à des causes liées au sida ont augmenté de 24 % entre 2010 et 2019.

FIGURE 1.4

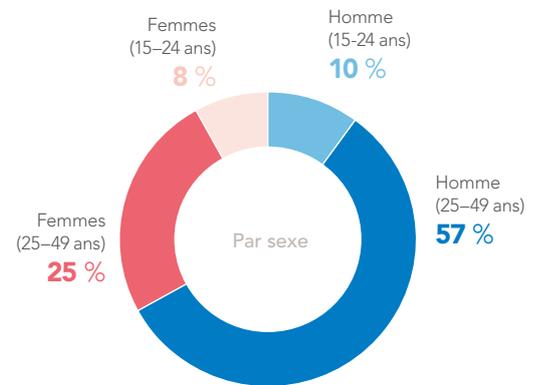
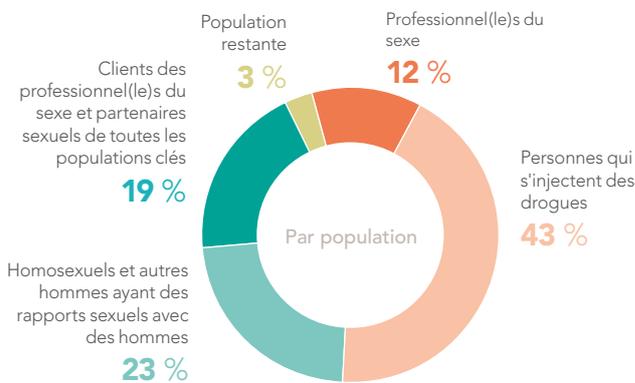
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par sexe et par population, au niveau mondial, 2019**



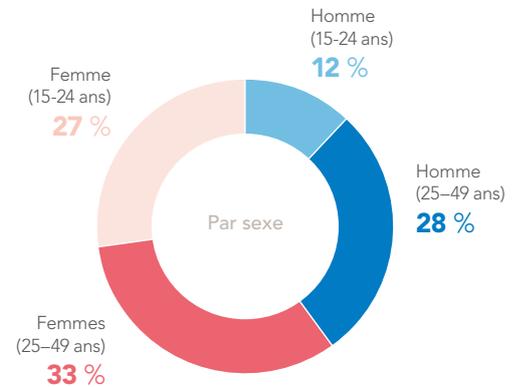
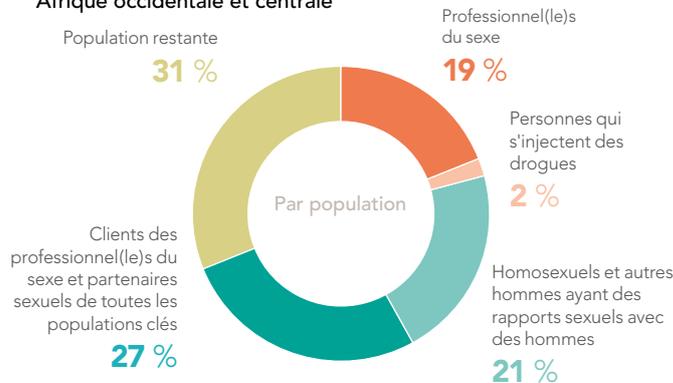
**Amérique latine**



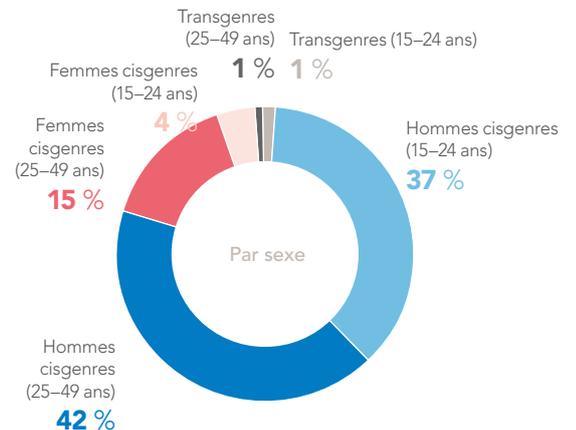
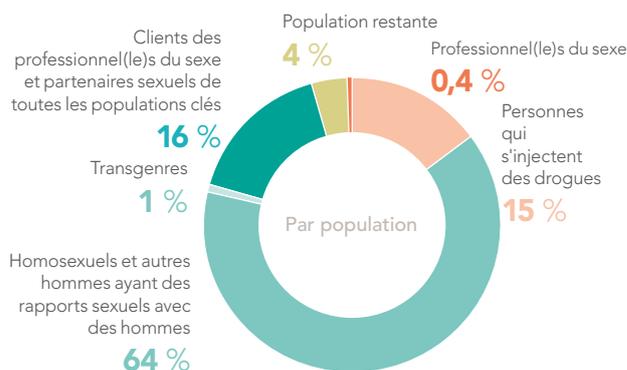
**Moyen-Orient et Afrique du Nord**



**Afrique occidentale et centrale**



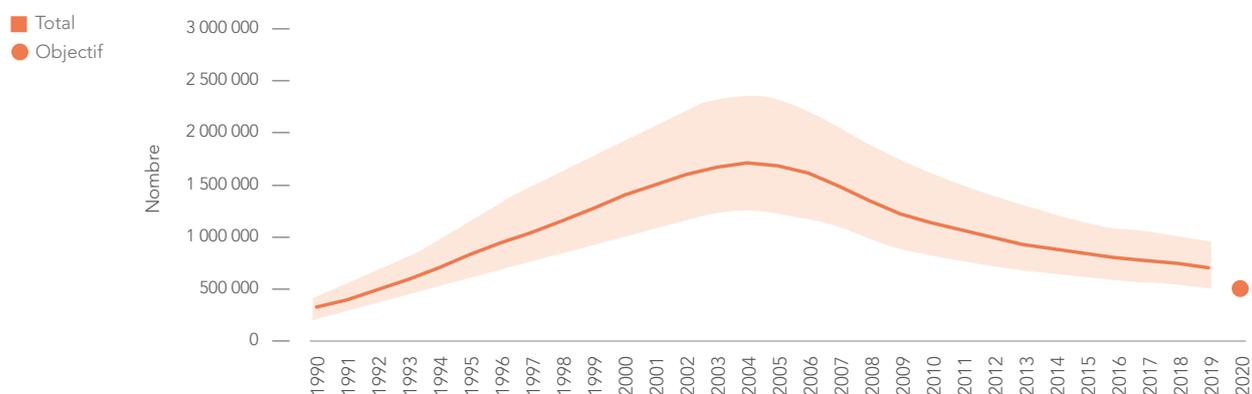
**Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord**



Remarque : les données concernant les personnes transgenres dans certaines régions ne sont pas disponibles pour l'estimation des nouvelles infections par le VIH dans cette population particulière. L'indisponibilité des données ne signifie pas pour autant que les transsexuels de la région sont absents ou non touchés par l'épidémie de VIH. Il est plus probable qu'ils supportent une charge disproportionnée de l'infection par le VIH, mais qu'ils soient négligés dans les activités de surveillance pour diverses raisons sociales et techniques.

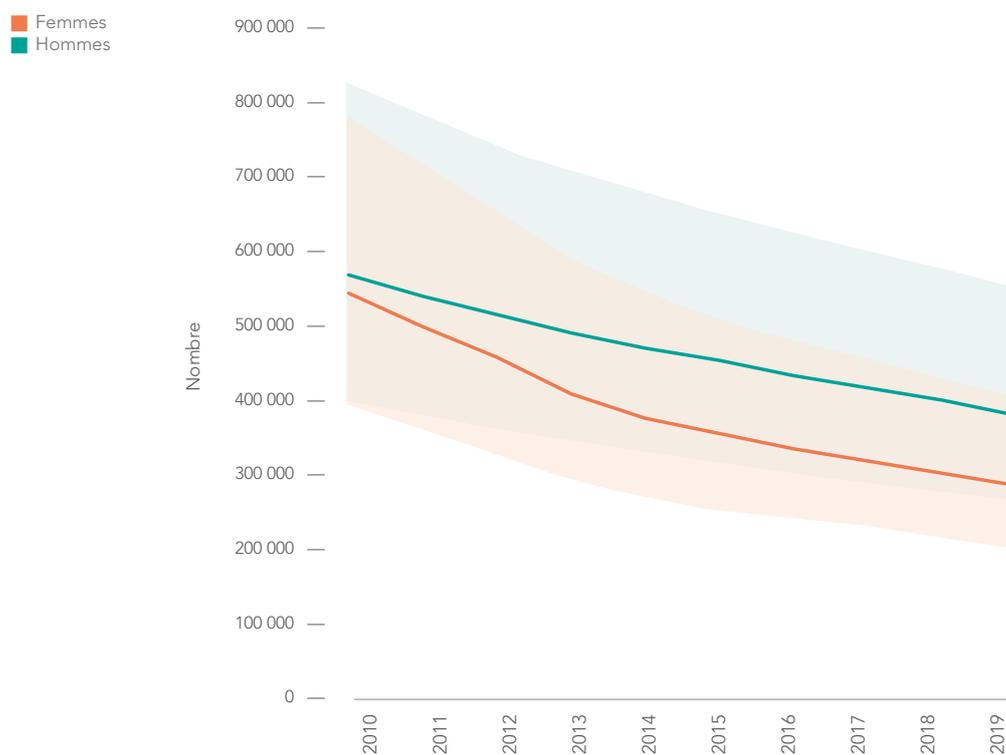
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (voir annexe des méthodes).

FIGURE 1.5  
**Nombre de décès liés au sida, au niveau mondial, 1990-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 1.6  
**Nombre de décès liés au sida, par sexe, au niveau mondial, 2010-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

## Zéro discrimination

La crainte sans raison de l'infection par le VIH et les attitudes et comportements dénigrants à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des personnes beaucoup plus susceptibles d'être infectées, sont des caractéristiques de l'épidémie de VIH depuis des décennies. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH continuent de faire du tort en aggravant le VIH et les autres menaces pour la santé auxquelles les gens sont confrontés, et en empêchant les personnes d'obtenir les informations et d'utiliser les services dont elles ont besoin pour protéger leur santé.

Dans de nombreux pays, les systèmes juridiques ne parviennent pas à protéger les personnes que les ripostes au VIH tentent d'atteindre. La criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe, du travail du sexe et de la consommation de drogue favorise la discrimination, le harcèlement et la violence, isolant des populations clés et les empêchant d'accéder à des services vitaux. Une criminalisation extrême de la non-divulgateion, de l'exposition ou de la transmission du VIH dissuade également les personnes à chercher à connaître leur statut sérologique ou d'accéder à des services liés au VIH.

Les niveaux de stigmatisation et de discrimination liés au VIH sont actuellement suivis par des enquêtes de population, qui révèlent les attitudes discriminatoires au sein de la population générale, et par des enquêtes qui demandent aux personnes vivant avec le VIH et aux membres des populations clés si elles ont été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des 12 derniers mois. Des efforts sont en cours pour renforcer la surveillance de la stigmatisation et de la discrimination, alors que les pays et les communautés visent à atteindre l'objectif de discrimination zéro.

Les données les plus récentes des enquêtes menées auprès de la population montrent que si les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH diminuent régulièrement dans certaines régions, elles

gagnent en intensité dans d'autres. En Afrique orientale et australe, par exemple, les attitudes discriminatoires ont été réduites à des niveaux historiquement bas dans certains pays. Ailleurs, toutefois, une proportion déconcertante d'adultes continue à avoir des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Dans 25 des 36 pays disposant de données récentes sur un indice composite incluant deux types d'attitudes discriminatoires, plus de 50 % des personnes âgées de 15 à 49 ans ont rapporté avoir des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH (Figure 1.8).

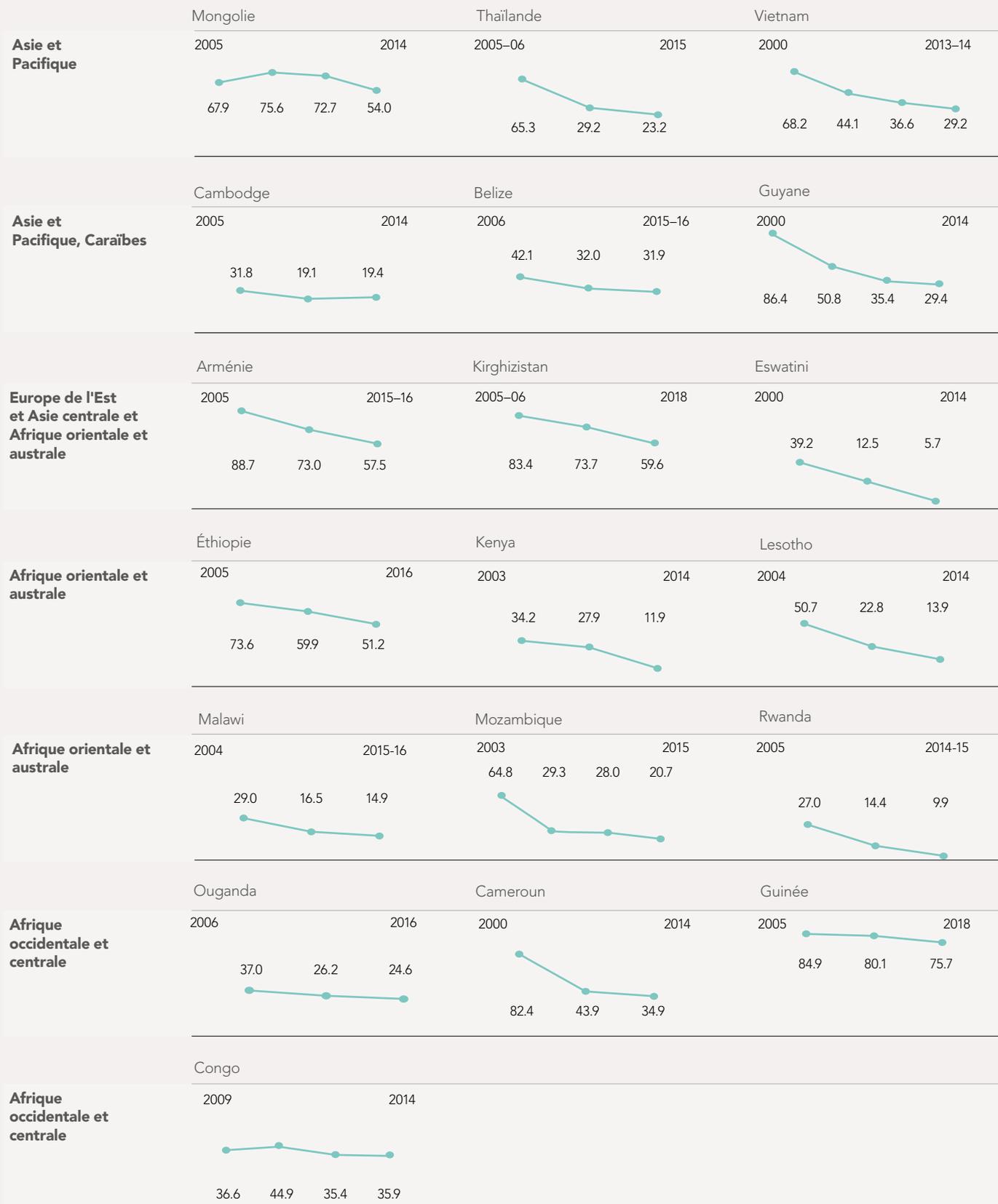
Des enquêtes menées parmi les personnes vivant avec le VIH confirment que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins – sous la forme de refus de soins, d'attitudes dédaigneuses, de procédures forcées ou de violations de la confidentialité – affichent une fréquence inquiétante. Cela décourage les personnes vivant avec le VIH de connaître leur statut sérologique et de demander des soins. Ce mauvais traitement de la part des prestataires de soins de santé complique également la tâche des personnes vivant avec le VIH quand elles souhaitent adhérer avec succès au traitement, atteindre la charge virale indétectable soutenue nécessaire à leur propre santé et réduire le risque de transmission du VIH à d'autres personnes (1-3).

Dans les 13 pays pour lesquels des données sont disponibles, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et ayant déclaré s'être vues refuser des services de santé au moins une fois au cours des 12 mois précédents en raison de leur séropositivité allait de 1,7 % au Malawi à 21 % au Pérou et au Tadjikistan. Les procédures médicales ou sanitaires forcées restent courantes, à l'instar des violations de la confidentialité par les professionnels de la santé (signalées par au moins 15 % des personnes dans huit des 13 pays pour lesquels des données sont disponibles). Une proportion importante de personnes vivant avec le VIH a également déclaré que sa capacité à obtenir une thérapie antirétrovirale était conditionnée à l'utilisation de certaines formes de contraception (Figure 1.9).

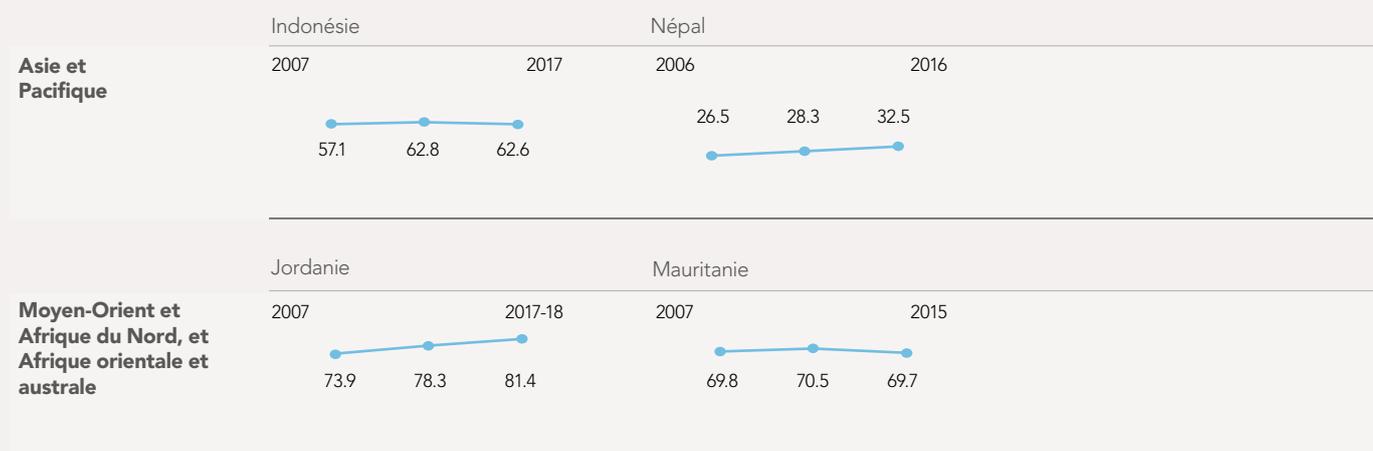
FIGURE 1.7

**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2000-2019**

**ATTITUDES DISCRIMINATOIRES EN BAISSÉ CONSTANTÉ**



**ATTITUDES DISCRIMINATOIRES DIMINUENT PUIS AUGMENTENT**

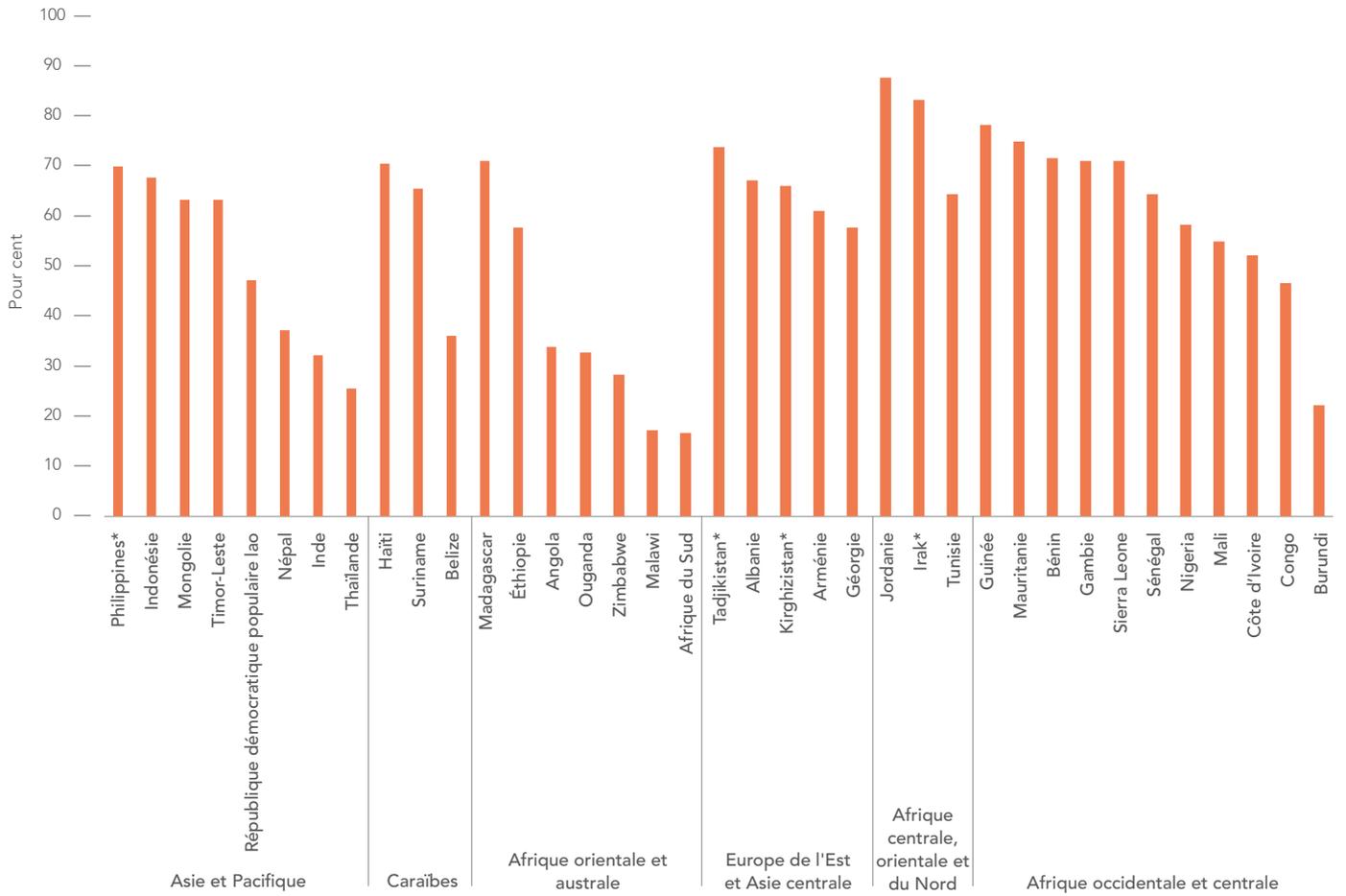
**ATTITUDES DISCRIMINATOIRES EN HAUSSE OU RESTANT STABLES**


Source : Enquêtes de population, 2000–2019.

Note : Les données d'une enquête en Mongolie, de deux enquêtes en Thaïlande, de deux enquêtes au Belize, d'une enquête au Guyana, de deux enquêtes au Kazakhstan, d'une enquête en Mauritanie, de deux enquêtes en Jordanie, de deux enquêtes au Cameroun, de deux enquêtes en Guinée-Bissau et de toutes les enquêtes au Kirghizstan et au Vietnam, concernent uniquement les femmes.

FIGURE 1.8

**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans rapportant des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, pays disposant de données disponibles, 2014-2019**



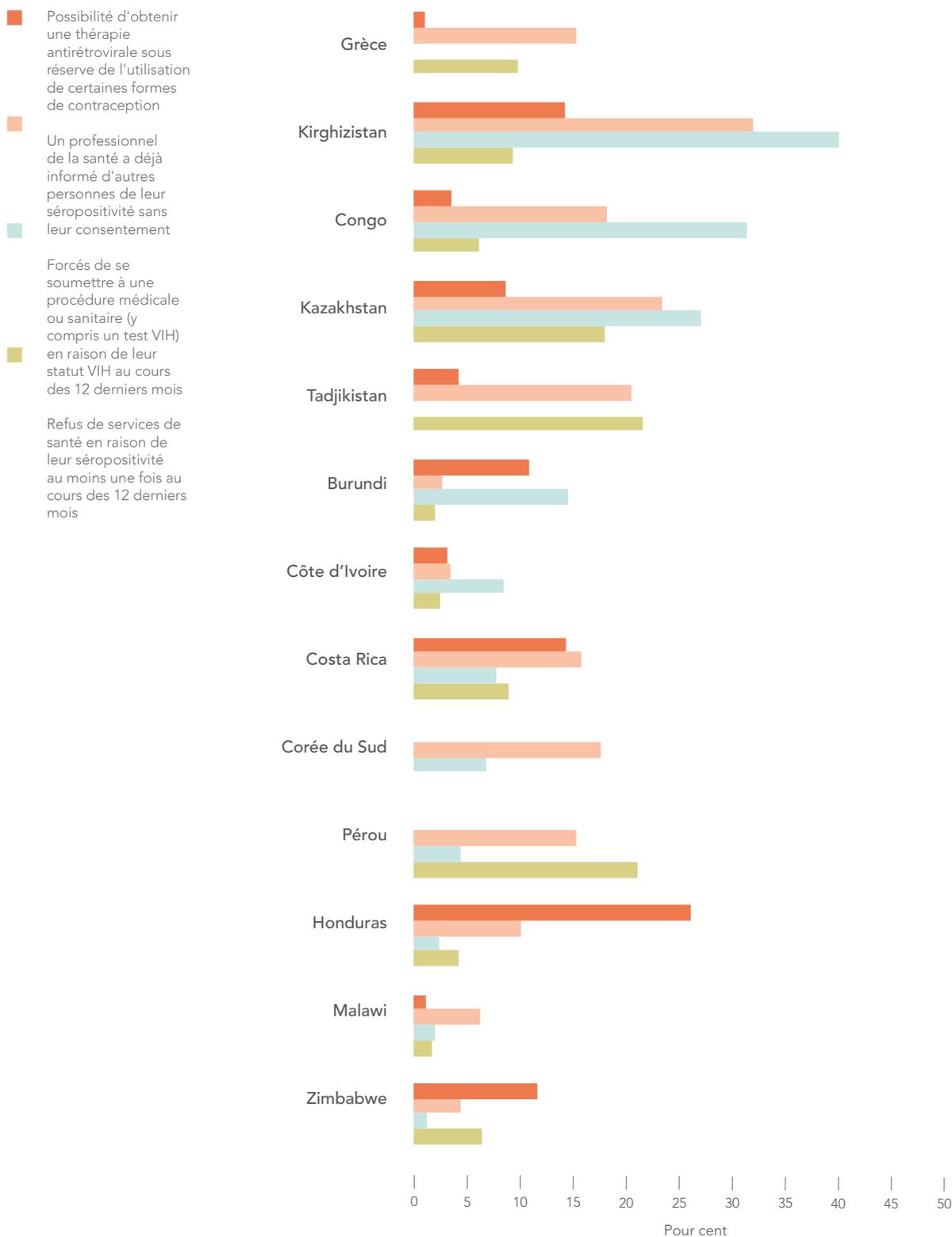
\*Les données concernent uniquement les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Source : Enquêtes de population, 2014-2019.

Note : Les attitudes discriminatoires sont mesurées par les réponses « Non » à l'une des deux questions : (1) Achèteriez-vous des légumes frais à un commerçant ou à un vendeur si vous saviez que cette personne est séropositive ? ; et (2) Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir fréquenter l'école avec des enfants séronégatifs ?

FIGURE 1.9

**Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont subi différentes formes de discrimination dans les établissements de soins de santé, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2013-2018**



Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2013-2018.

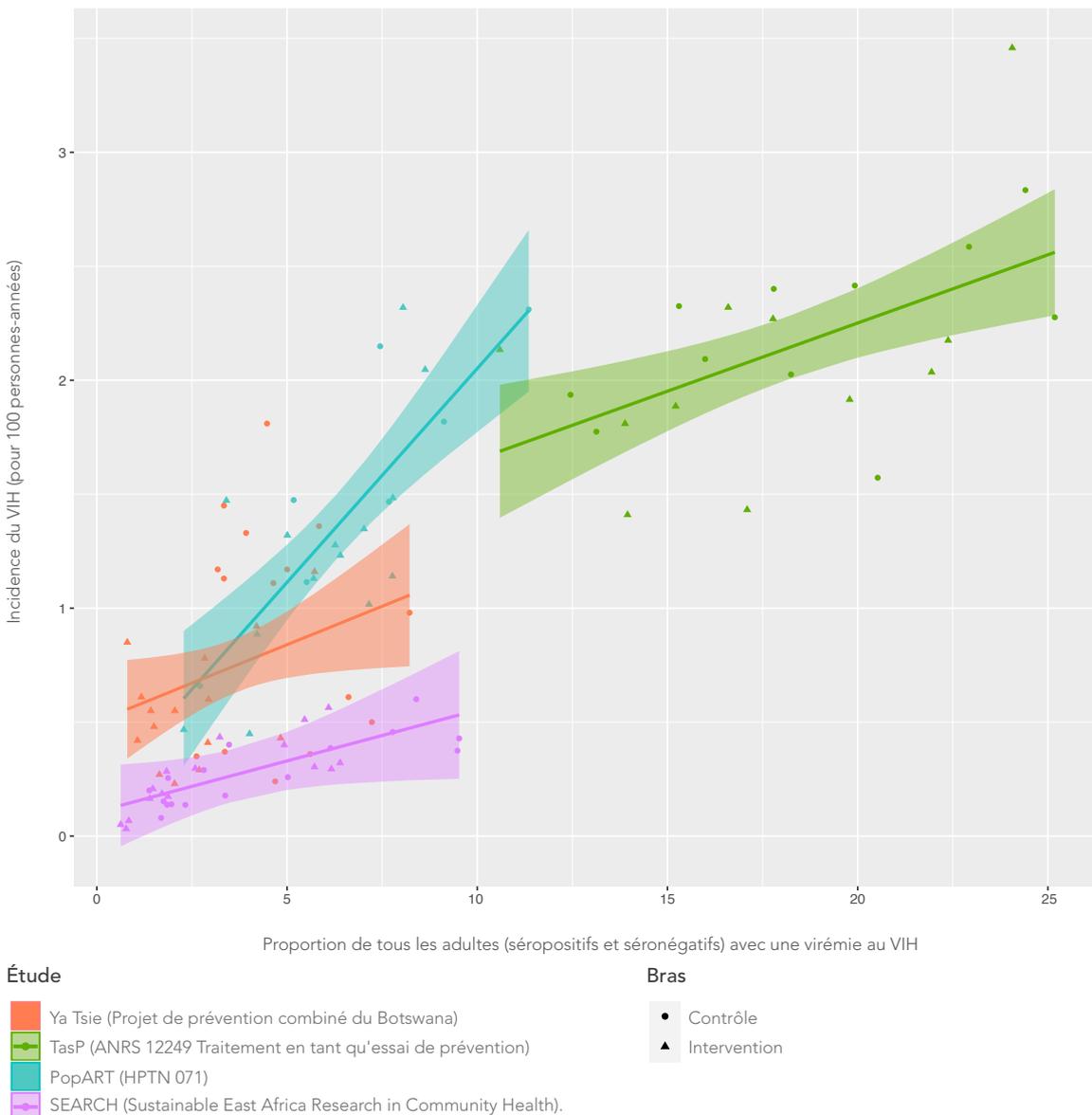
## Maximiser l'impact des ripostes au VIH

Il a été constaté une réduction constante des infections par le VIH dans divers milieux où une approche combinée de la prévention du VIH a été suivie, y compris des composantes comportementales (par exemple, l'utilisation systématique de préservatifs), biomédicales (par exemple, le dépistage et le traitement du VIH, la circoncision médicale volontaire masculine et la prophylaxie pré-exposition) et structurelles (par exemple, permettre aux filles de rester scolarisées).

Certains modèles épidémiques ont suggéré que le dépistage et le traitement universels du VIH, combinés à la prévention primaire, pourraient réduire la transmission du VIH à des niveaux si bas que l'épidémie pourrait finalement être éliminée (4). Quatre grands essais randomisés en grappes – impliquant plus d'un quart de million de personnes – menés en Afrique du Sud, au Botswana, au Kenya, en Ouganda et en Zambie entre 2012 et 2018, ont démontré qu'il est possible d'atteindre une très forte couverture des tests et des thérapies antirétrovirales, ainsi que des niveaux très élevés de suppression virale (5).

FIGURE 1.10

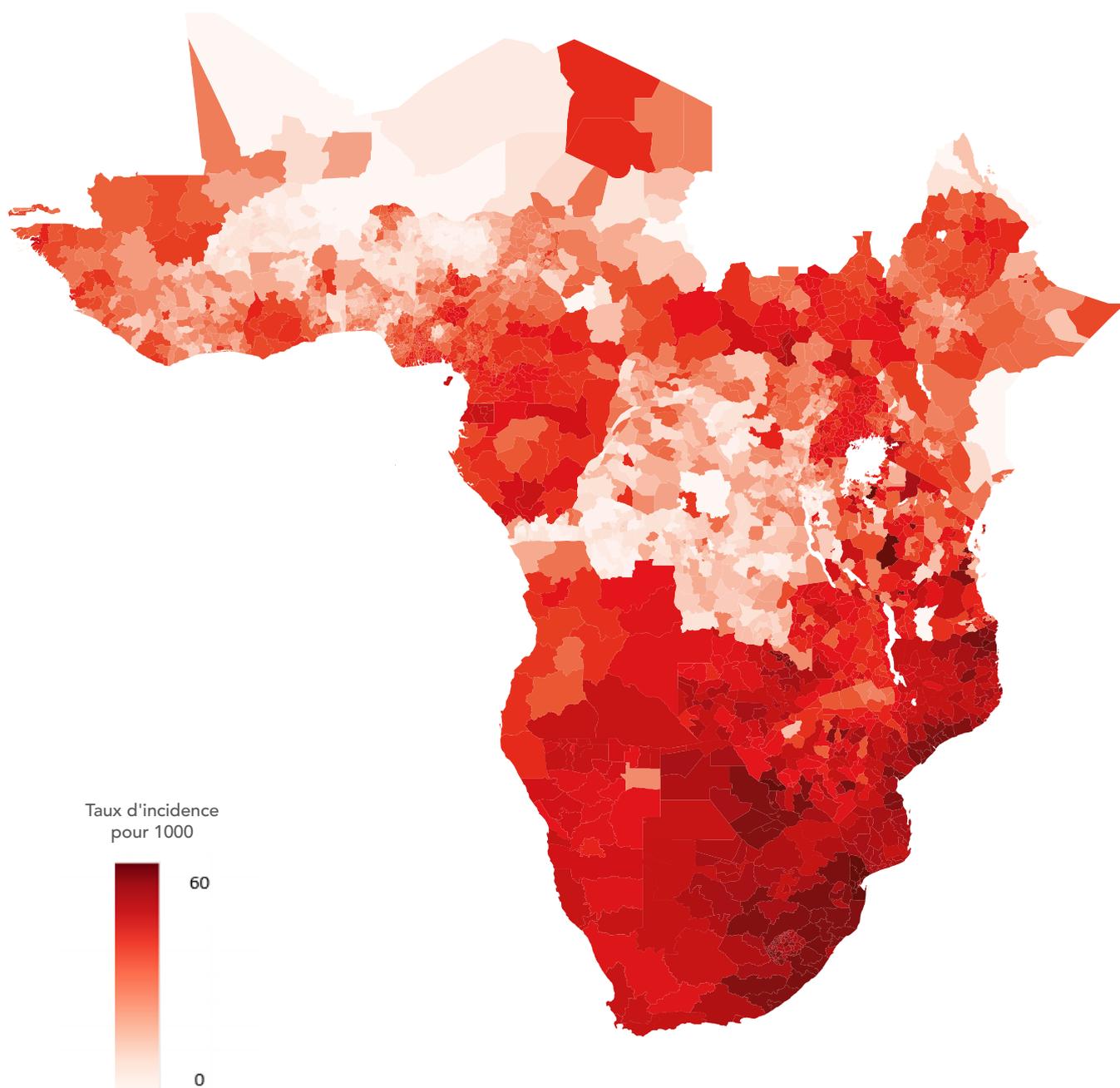
### Incidence du VIH et virémie au niveau de la population dans des groupes de quatre études sur le dépistage et le traitement universels du VIH chez les adultes, 2013-2018



Source: Petersen ML, Larmarange J, Wirth K, Skalland T, Ayels H, Kanya MR et al. Population-level viremia predicts HIV incidence across university test & treat studies. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 8–11 mars 2020. Résumé 47. Pour une diffusion de cette présentation sur le web, veuillez consulter : <https://www.croiconference.org/abstract/population-level-viremia-predicts-hiv-incidence-across-universal-test-treat-studies/>.  
Remarque : la virémie de la population, c'est-à-dire la proportion de tous les adultes (séropositifs et séronégatifs) ne présentant pas de suppression virale, a été mesurée à mi-parcours des essais.

FIGURE 1.11

**Incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes de 15 à 24 ans, niveaux infranationaux, Afrique subsaharienne, 2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>), voir annexe des méthodes.

Note : l'incidence du VIH est estimée en tant que nouvelles infections par le VIH pour 1000 personnes-années à risque.

Pays : Pour certains pays d'Afrique subsaharienne qui disposaient des données nécessaires pour produire des estimations infranationales sur le VIH. Voir le tableau 14.3, annexe sur les méthodes.

Dans les zones d'étude où la virémie du VIH – la proportion de l'ensemble de la population (quel que soit le statut sérologique) ayant une charge virale détectable – était plus faible, l'incidence du VIH était également plus faible (figure 1.10). Cela reflète l'impact du traitement du VIH et d'autres services de prévention combinés.

### Impact différentiel

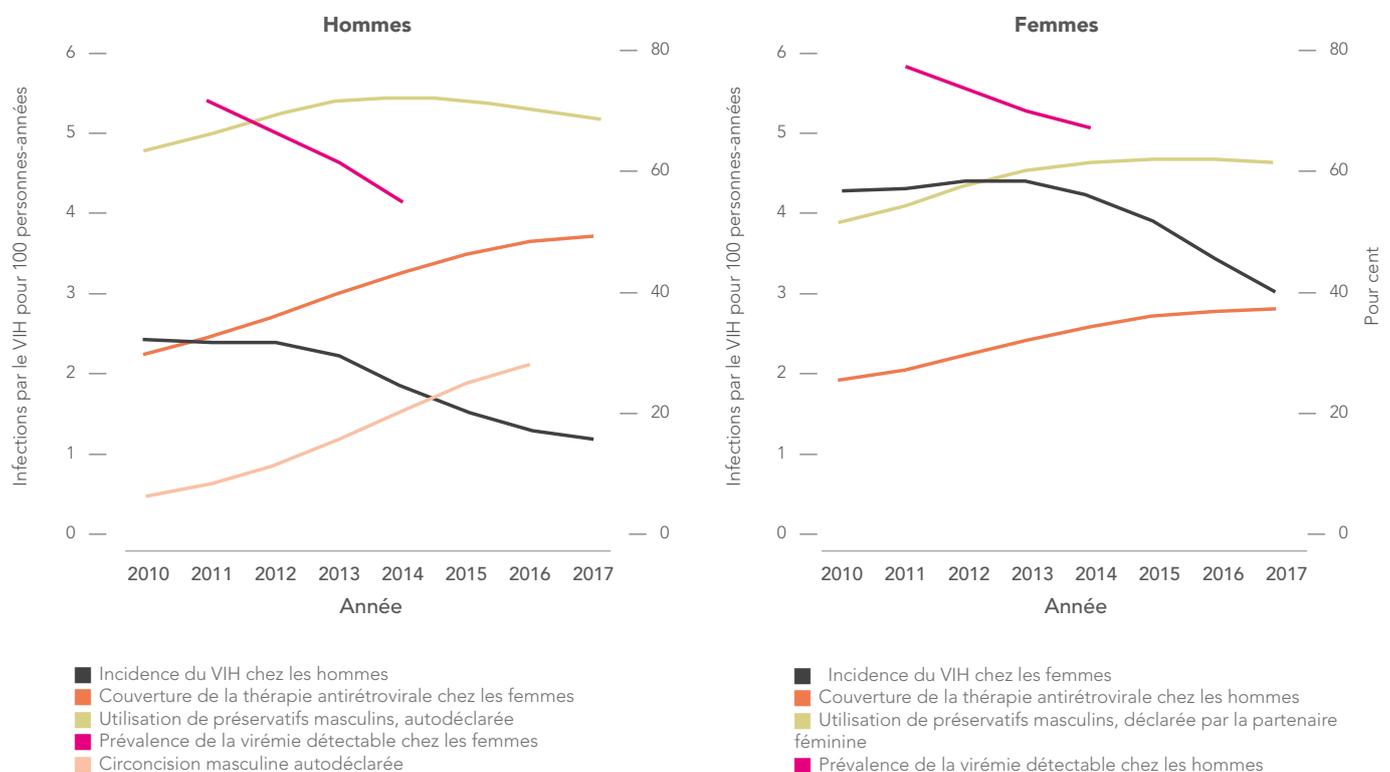
Les taux de nouvelles infections par le VIH varient d'une région à l'autre et au sein d'une même région. En Afrique subsaharienne, par exemple, l'incidence de l'infection par le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) est généralement la plus élevée en Afrique australe, les données infranationales montrant qu'il existe des districts dans cette région avec des taux élevés d'infection par le VIH (figure 1.11). Les données recueillies auprès de communautés spécifiques sur de nombreuses années démontrent que l'impact des efforts intensifs de prévention du VIH combinés est inégal – entre les hommes et les femmes, entre les différents groupes d'âge et entre les différents lieux.

Selon les données d'études longitudinales d'une cohorte de près de 11 000 ménages, l'intensification des services de thérapie antirétrovirale et des services de circoncision médicale volontaire masculine dans la province sud-africaine du KwaZulu-Natal a été suivie d'une baisse substantielle de l'incidence du VIH entre 2012 et 2017 (6, 7). Toutefois, les réductions du nombre de nouvelles infections par le VIH ont été beaucoup plus importantes chez les hommes (62 %) que chez les femmes (34 %), et elles sont également survenues beaucoup plus tôt chez les hommes (figure 1.12) (6).

Le déclin plus marqué de l'incidence du VIH chez les hommes peut sembler contre-intuitif, étant donné que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de faire un test de dépistage du VIH, d'entamer un traitement précoce, de le poursuivre et d'obtenir une suppression virale. Parmi les personnes vivant avec le VIH en Afrique du Sud et dans la vaste zone d'Afrique orientale et d'Afrique australe, la morbidité et la mortalité liées au VIH sont plus faibles chez les femmes que chez les hommes. Toutefois, en ce qui concerne la prévention des infections par le VIH, il semble que

FIGURE 1.12

### Tendances de l'incidence du VIH et de certains déterminants par sexe, district de Hlabisa, KwaZulu-Natal, Afrique du Sud, 2010-2017



Source : Vandormael A, Akullian A, Siedner M, de Oliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nature Communications*. 2019;10:5482. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-13473-y>

Note : Tendances de l'incidence du VIH, de l'utilisation du préservatif autodéclarée, de la circoncision médicale volontaire autodéclarée, de la couverture de la thérapie antirétrovirale par des personnes de sexe opposé et de la prévalence de virémie détectable chez les personnes de sexe opposé. La figure illustre que l'incidence du VIH chez les hommes a commencé à diminuer après 2012, à la suite de l'augmentation de la couverture de la circoncision médicale volontaire masculine, de la couverture de la thérapie antirétrovirale féminine dépassant 35 % et de la diminution de la prévalence féminine de virémie détectable. La baisse de l'incidence du VIH chez les femmes après 2014 correspond à une couverture de la thérapie antirétrovirale chez les hommes qui atteint 35 % et à une diminution de la prévalence masculine des virémies détectables.

les hommes ont, du moins au début, davantage bénéficié de l'engagement plus fort des femmes dans le système de santé et de l'impact du programme local de circoncision médicale volontaire masculine (7).

La faible couverture des traitements et le faible taux de suppression virale chez les hommes menacent donc non seulement leur propre santé, mais ils exposent également les femmes à un risque accru d'infection par le VIH. À mesure que la couverture des traitements et les taux de suppression virale augmentent chez les hommes, le risque de contracter le VIH chez les femmes tend à diminuer, surtout si d'autres services de prévention combinée sont également plus largement utilisés.

À Rakai, en Ouganda, lorsque les programmes de prévention combinés (comprenant la circoncision médicale volontaire masculine, la thérapie antirétrovirale et le changement de comportement sexuel) ont été étendus entre 2006 et 2016, l'incidence du VIH a diminué de 42 % (8). Comme dans l'étude sud-africaine, la couverture du traitement et la suppression de la charge virale étaient systématiquement plus élevées chez les femmes que chez les hommes, et la baisse de l'incidence du VIH était plus marquée chez les hommes (54 %) que chez les femmes (32 %) (figure 1.13 (8)). Toutefois, à mesure que les efforts de dépistage et de traitement du VIH s'intensifiaient, la baisse de l'incidence s'est accélérée chez les femmes, en particulier les jeunes femmes. Les tendances observées chez les jeunes femmes étaient probablement dues à la combinaison d'un retard accru dans les premiers rapports sexuels et d'une extension du traitement du VIH et de la couverture de la circoncision médicale volontaire masculine (9).

De même, des baisses variables de l'incidence du VIH sont également constatées dans d'autres études réalisées en Afrique subsaharienne (10, 11). L'analyse des données issues d'enquêtes démographiques sur le VIH menées à Eswatini, au Lesotho et en Afrique du Sud (figure 1.14) démontre qu'une couverture élevée des options de prévention combinée (y compris des niveaux élevés de couverture du traitement et de suppression virale) fait baisser l'incidence de l'infection par le VIH.

Source : Nakigozi G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC et al. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston. Résumé 150. Pour une diffusion de cette présentation sur le web, veuillez consulter : <https://www.croiconference.org/abstract/rapidly-declining-hiv-incidence-among-men-and-women-in-rakai-uganda/>.  
 Note : PCV = prévention combinée du VIH ; PPA = personnes-années.

FIGURE 1.13  
**Tendances de l'incidence du VIH, par âge et par sexe, Rakai, Ouganda, 1999-2017**

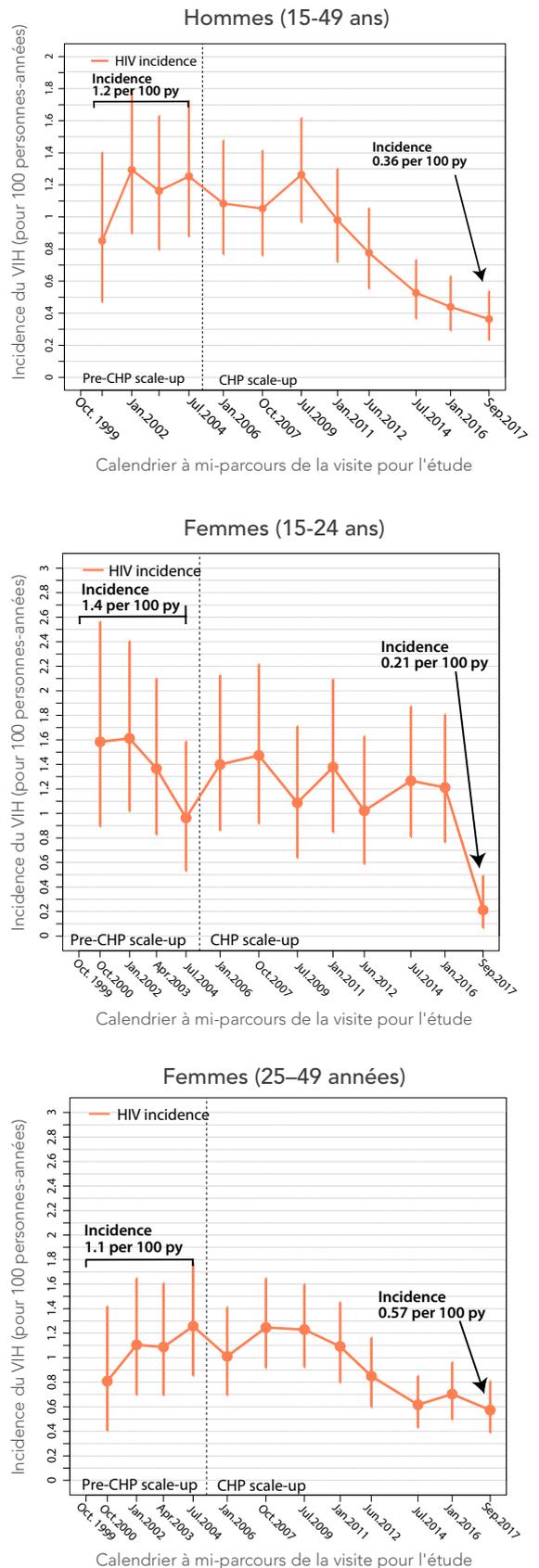
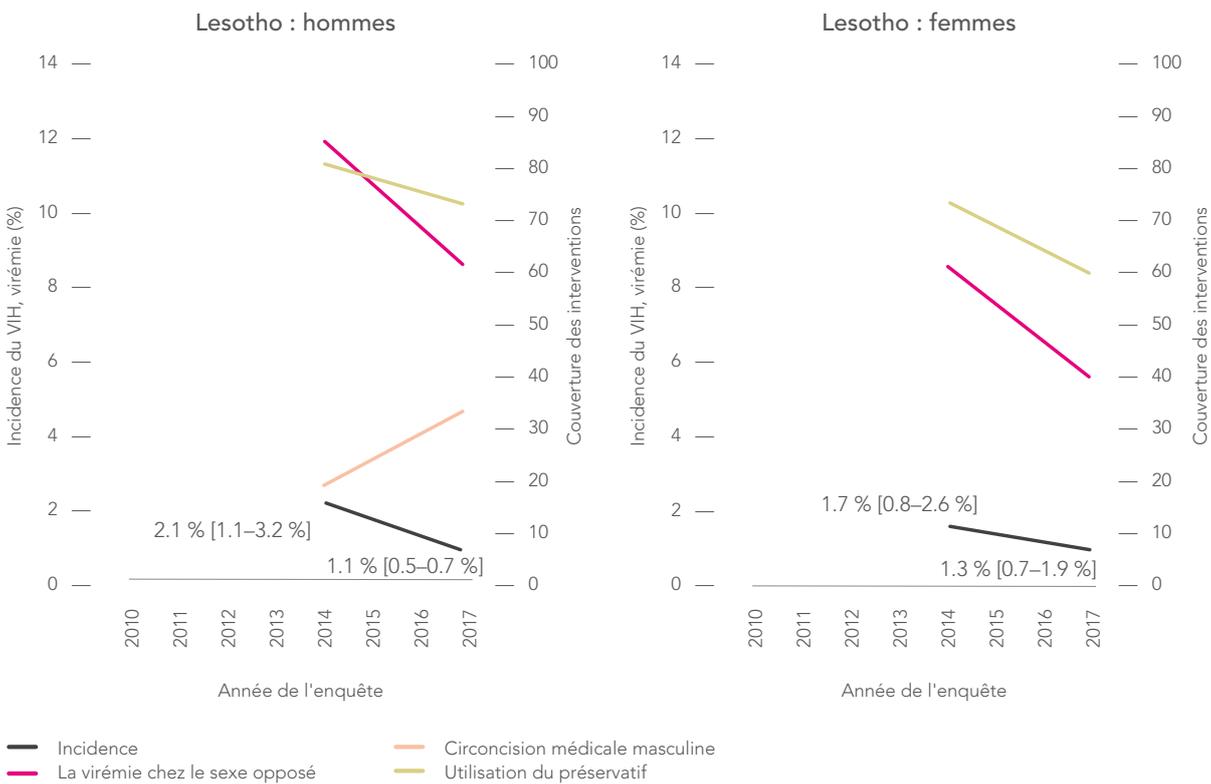
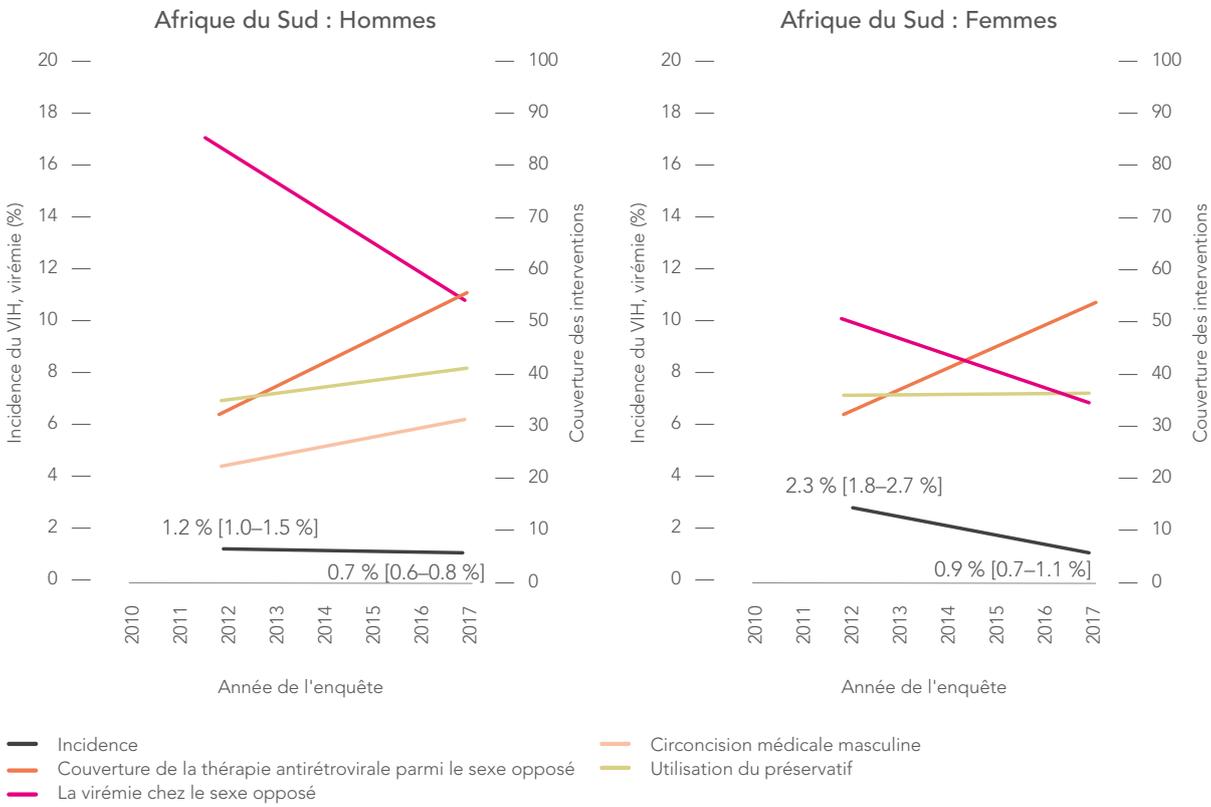
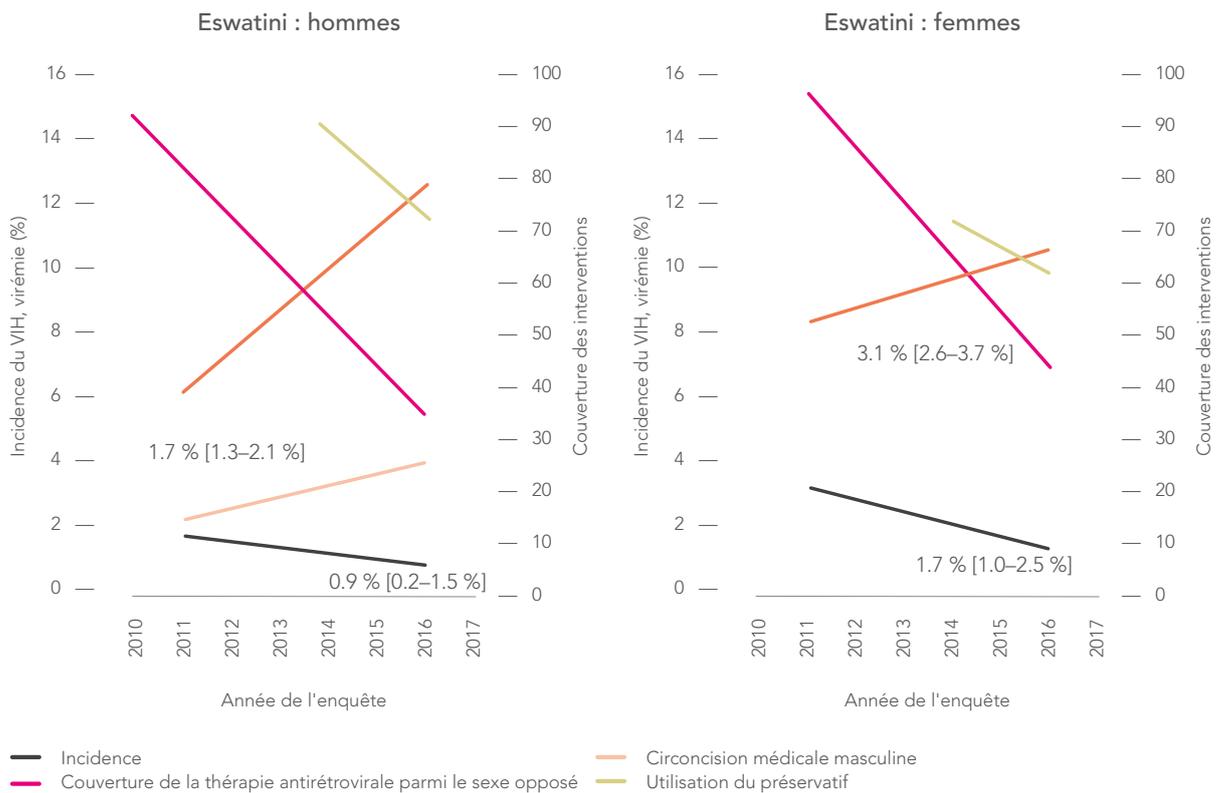


FIGURE 1.14

**Incidence du VIH et déterminants de l'incidence du VIH chez les hommes et les femmes, Eswatini, Lesotho et Afrique du Sud, 2010-2017**





Sources : Eswatini : Swaziland HIV Impact Surveys I and II, 2011 and 2017; Swaziland 2014 Multiple Indicator Cluster Survey; Lesotho: Lesotho Demographic and Health Survey 2014; Lesotho Population Health Impact Assessment 2017; South Africa: Human Sciences Research Council surveys 2012 and 2017. Le calcul de la virémie a utilisé la prévalence du VIH selon le modèle Thembisa 4.3 (Université du Cap) ; l'enquête PHIA de 2016 et l'enquête de mesure de l'incidence du VIH au Swaziland (SHIMS) de 2011.

## Mesurer les transitions de l'épidémie de VIH

Plusieurs paramètres ont été établis pour mesurer si une épidémie se développe ou est maîtrisée. Une de ces mesures, le taux de reproduction d'une maladie infectieuse – connue sous le nom de «  $R_0$  » ou «  $R$  naught » – est entrée dans le discours courant pendant la pandémie de COVID-19. La valeur de  $R_0$  désigne le nombre d'infections secondaires produites par une seule personne infectieuse dans une population par ailleurs sensible.

Si  $R_0$  est inférieur à 1, le nombre de nouvelles infections diminuera et la maladie disparaîtra à long terme ; si  $R_0$  est supérieur à 1, le nombre d'infections augmentera et la maladie continuera à se propager (12). Le  $R_0$  a des limites pour mesurer la trajectoire de l'épidémie de VIH, car il ne permet pas de savoir comment le VIH se propage dans une population sur une longue période de temps. Le  $R_0$  peut varier en fonction de la densité de population (rurale ou urbaine) et de la structure sociale (populations à faible risque ou à haut

risque), de sorte qu'une seule mesure globale du  $R_0$  peut négliger des poches d'infection où l'épidémie s'accroît alors même que la trajectoire globale semble décliner.

Une mesure similaire permet de calculer le rapport entre le nombre de nouvelles infections par le VIH et le nombre de personnes vivant avec le VIH au sein d'une population. Le rapport incidence/prévalence, qui combine deux conditions souhaitables : une vie longue et saine pour les personnes vivant avec le VIH et une réduction des nouvelles infections. En supposant une espérance de vie moyenne de 30 ans après l'infection par le VIH, la population totale des personnes vivant avec le VIH diminuera progressivement si moins de trois nouvelles infections par le VIH pour 100 personnes vivant avec le VIH est constatée par an. Dans un tel scénario, l'épidémie de sida disparaît progressivement.

Le ratio mondial incidence/prévalence était de 4,4 % en 2019, inférieur aux 7,0 % de 2010 ; cela reflète les progrès importants réalisés contre l'épidémie au cours de la dernière décennie. Le taux de déclin varie selon les régions. En Afrique orientale et australe, le ratio a fortement diminué, passant de 7,0 % en 2010 à 3,5 % en 2019, ce qui permet d'envisager avec réalisme d'atteindre l'objectif de 3 % dans un avenir proche. Les progrès ont toutefois été beaucoup plus lents en Afrique occidentale et centrale (Figure 1.15). L'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord considérée en tant que régions, ont atteint un rapport incidence/prévalence inférieur à 3 %, tandis que les Caraïbes ne sont pas loin derrière avec 3,9 %. Les autres régions ont peu changé depuis 2010.

Parmi les différents pays, 25 ont atteint la barre des 3 %, ce qui indique qu'ils sont en bonne voie pour mettre fin à leur épidémie de sida. Parmi eux figurent certains pays où sévissent de grandes épidémies, tels que le Kenya, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe.

Une autre mesure utile est le rapport entre l'incidence du VIH et la mortalité liée au sida. Lorsque ce ratio est inférieur à 1, le nombre de nouvelles infections est

inférieur à celui des décès en un an, ce qui indique donc une diminution nette du nombre de personnes vivant avec le VIH. Le ratio incidence/mortalité peut cependant être trompeur. Bien qu'une mortalité élevée liée au sida (due, par exemple, à des programmes de dépistage et de traitement inadéquats) ne soit certainement pas souhaitable, elle peut faire passer le ratio incidence/mortalité sous la barre de 1 lorsque les nouvelles infections n'augmentent pas rapidement. Le ratio incidence/mortalité n'est donc utile que dans les milieux où la couverture des traitements antirétroviraux et les niveaux de suppression virale sont élevés et où la mortalité liée au sida est faible et les nouvelles infections par le VIH encore plus faibles.

Peu de pays y sont parvenus. À la fin de l'année 2019, seuls quelques pays connaissant une forte épidémie de VIH s'approchaient de ce seuil. Le ratio incidence/mortalité à Eswatini, par exemple, a été estimé à 1,1 en 2019, reflétant une forte réduction des nouvelles infections par le VIH et une baisse constante des décès dus aux maladies liées au sida (Figure 1.16). En Afrique du Sud, des progrès importants sont également évidents, mais il reste beaucoup à faire pour ramener le ratio à 1.

FIGURE 1.15

### Rapport incidence/prévalence du VIH en Afrique orientale et australe et en Afrique occidentale et centrale, 2000-2019

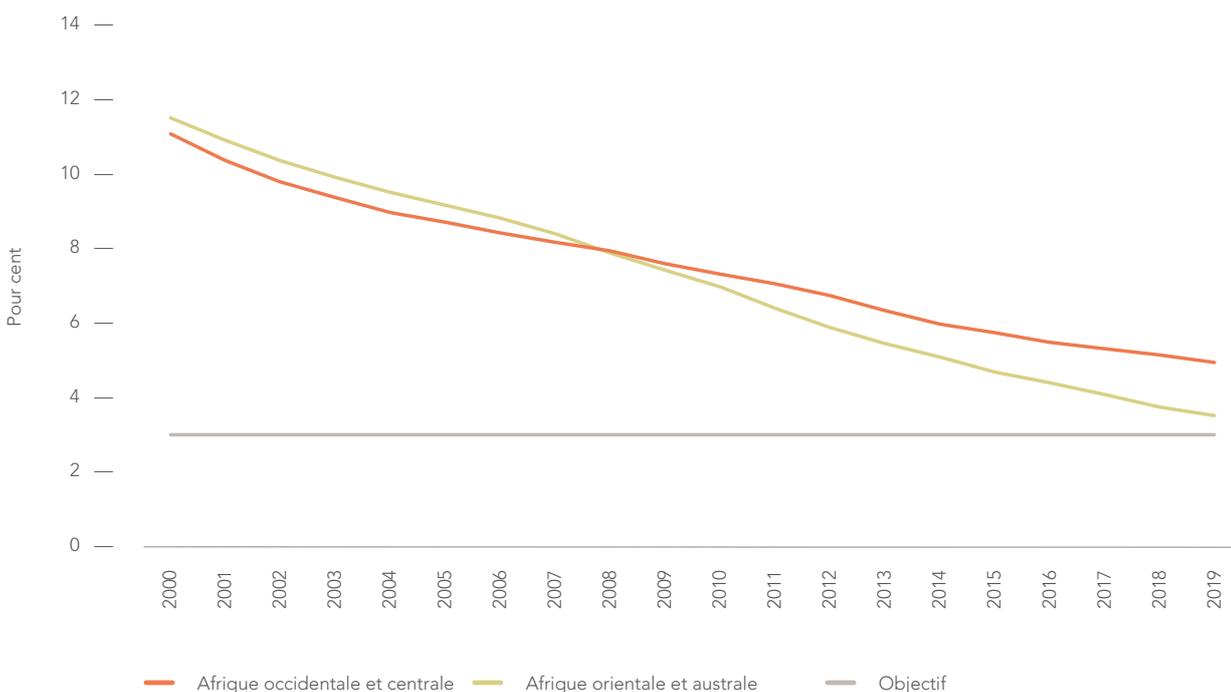
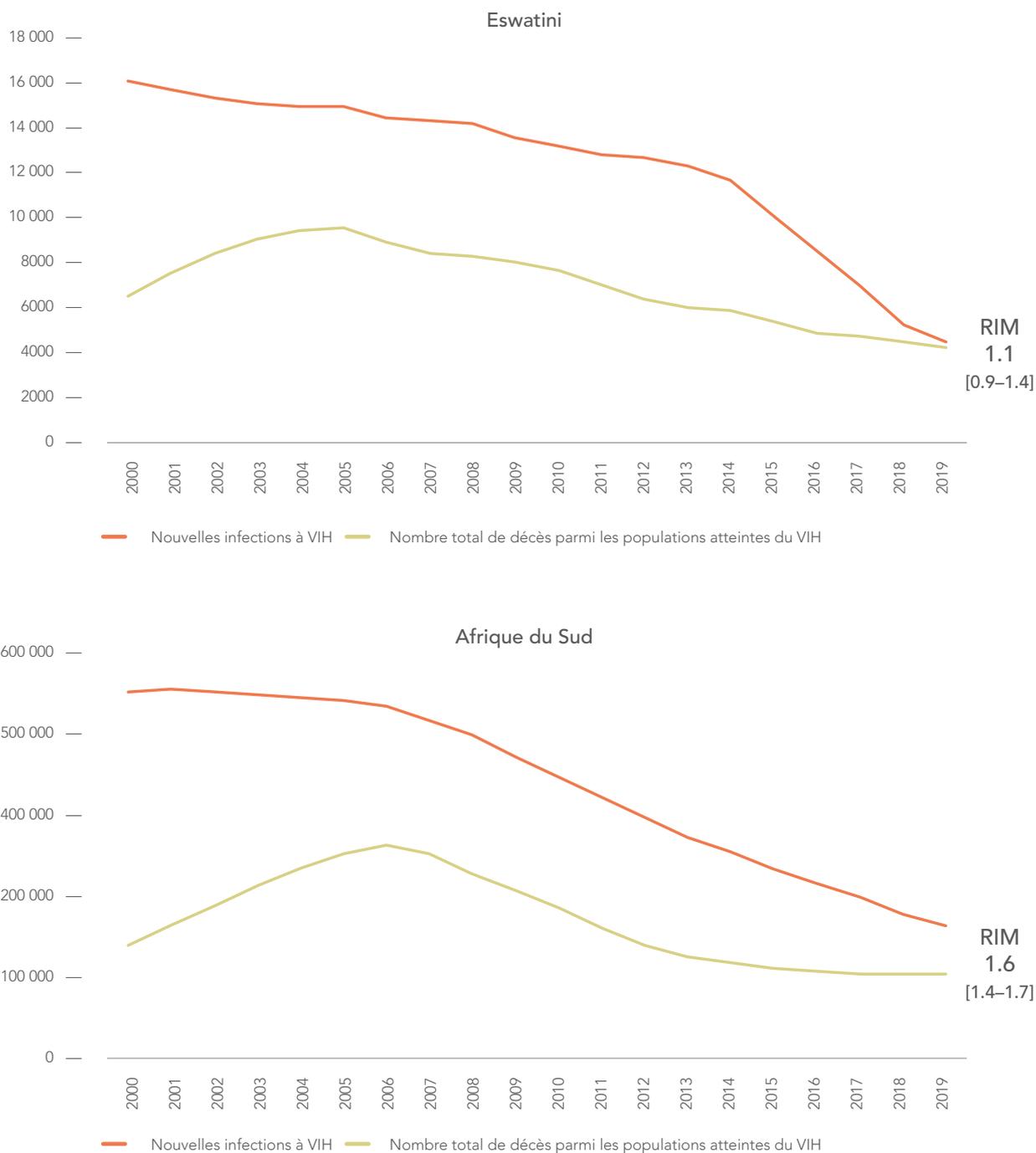


FIGURE 1.16

**Nouvelles infections par le VIH, décès toutes causes confondues au sein de la population séropositive et ratio incidence/mortalité, Eswatini et Afrique du Sud, 2000-2019**



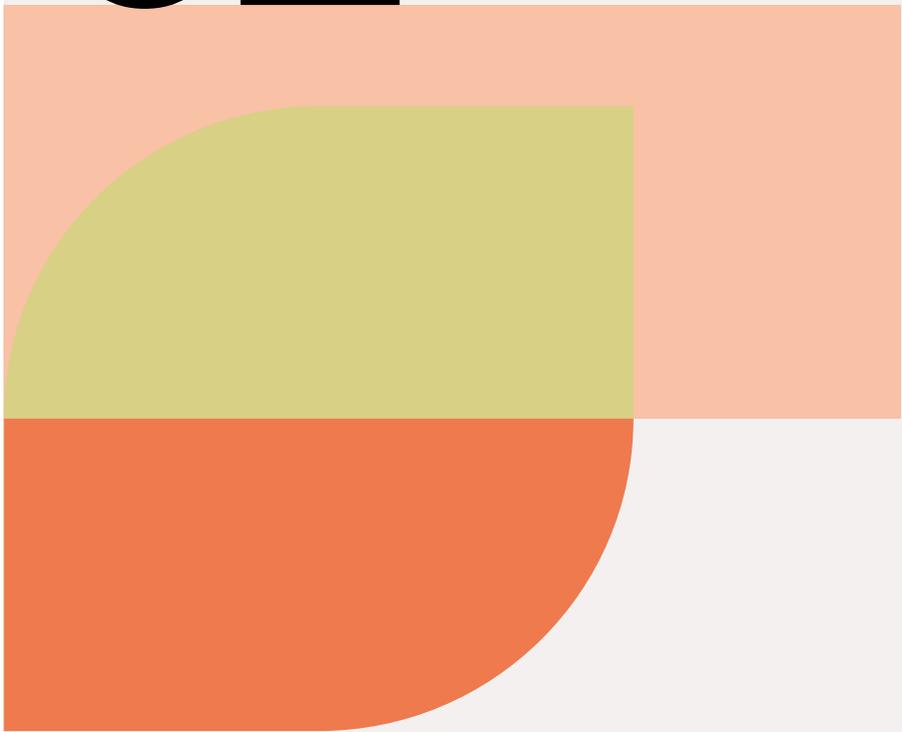
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

## Références

1. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2017;31(7):995-1007.
2. Ammon N, Mason S, Corkery JM. Factors impacting antiretroviral therapy adherence among human immunodeficiency virus-positive adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Public Health*. 2018;157:20–31.
3. Geter A, Sutton MY, Hubbard McCree D. Social and structural determinants of HIV treatment and care among black women living with HIV infection: a systematic review: 2005–2016. *AIDS Care*. 2018;30(4):409-16.
4. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD et al. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track approach. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0154893.
5. Havlir D, Lockman S, Ayles H, Larmarange J, Chamie G, Gaolathe T et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? *J Int AIDS Soc*. 2020;23(2):e25455.
6. Vandormael A, Cuadros D, Kim H-Y, Bärnighausen T, Tanser F. The state of the HIV epidemic in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a novel application of disease metrics to assess trajectories and highlight areas for intervention. *Int J Epidemiol*. 2020;1-10.
7. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10:5482.
8. Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J et al. HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda. *N Engl J Med*. 2017;377(22):2154–66.
9. Nakigozi, G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC et al. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 8–11 mars 2020. Résumé 150.
10. Birdthistle I, Tanton C, Tomita A, de Graaf K, Schaffnit SB, Tanser F et al. Recent levels and trends in HIV incidence rates among adolescent girls and young women in ten high-prevalence African countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2019;7:e1521-e1540.
11. Kyle I, Kagaayi J, Kigozi G, Nakigozi, G, Ssekubugu R, Nalugoda F et al. Population-level HIV viral load varies by gender, age and location in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 8–11 mars 2020. Résumé 865.
12. Fraser C, Donnelly CA, Cauchemez S, Hanage WP, van Kerkhove MD, Hollingsworth TD et al. Pandemic potential of a strain of Influenza A (H1N1): early findings. *Science*. 2009;324(5934):1557-61.



# 02



# ENGAGEMENTS 2020

# ENGAGEMENTS 2020

## POINTS SUR LES DONNÉES

### 4 PERSONNES SUR 5

VIVANT AVEC LE VIH CONNAISSENT LEUR STATUT VIH. 2 SUR 3 SONT SOUS TRAITEMENT, ET 59 % D'ENTRE ELLES AFFICHENT UNE SUPPRESSION DE LA CHARGE VIRALE

### SEULS 53 % DES ENFANTS

VIVANT AVEC LE VIH SONT SOUS TRAITEMENT

DANS 6 DES 13 PAYS AYANT RÉPONDU, MOINS DE LA MOITIÉ DES FEMMES TRANSGENRES PEUVENT

### ACCÉDER À 2 SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH AU MOINS

### 4,2 MILLIONS D'HOMMES ET GARÇONS

DANS 15 PAYS PRIORITAIRES AVAIENT ÉTÉ CIRCONCIS VOLONTAIREMENT ET MÉDICALEMENT EN 2019

LE FINANCEMENT DES RIPOSTES AU VIH DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

### A DIMINUÉ DE 7 %

ENTRE 2017 ET 2019

Les États membres des Nations Unies (ONU) ont convenu lors de l'Assemblée générale de 2016 que la concrétisation des trois zéros et l'éradication du sida considéré comme une menace de la santé publique à l'horizon 2030, nécessitent une extension accélérée des services VIH parallèlement à la mise en place d'environnements favorable aux droits pour ces services. La Déclaration politique des Nations Unies sur l'éradication du sida contient 10 engagements fondamentaux – des objectifs à atteindre rapidement à l'horizon 2020. Les progrès réalisés par rapport à ces objectifs ont été cependant mitigés.

Des pays issus de divers contextes géographiques, économiques et épidémiques sont sur la bonne voie (ou presque) pour atteindre nombre de ces engagements, pour autant que ces objectifs ambitieux puissent être atteints avec une volonté politique, des ressources financières et un engagement communautaire suffisants. Toutefois, le nombre de pays où les ambitions élevées n'ont pas été assorties d'actions d'accélération est plus nombreux ; et, dans certains pays, l'épidémie de VIH a continué de se propager, causant une morbidité et une mortalité tout à fait évitables.



PLUS QUE JAMAIS, PLUS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH CONNAISSENT LEUR STATUT SÉROLOGIQUE, ACCÈDENT À LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE ET AFFICHENT UNE SUPPRESSION VIRALE, CE QUI TÉMOIGNE DES PROGRÈS IMPORTANTS ACCOMPLIS DANS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS 90-90-90.

## ENGAGEMENT POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE

1

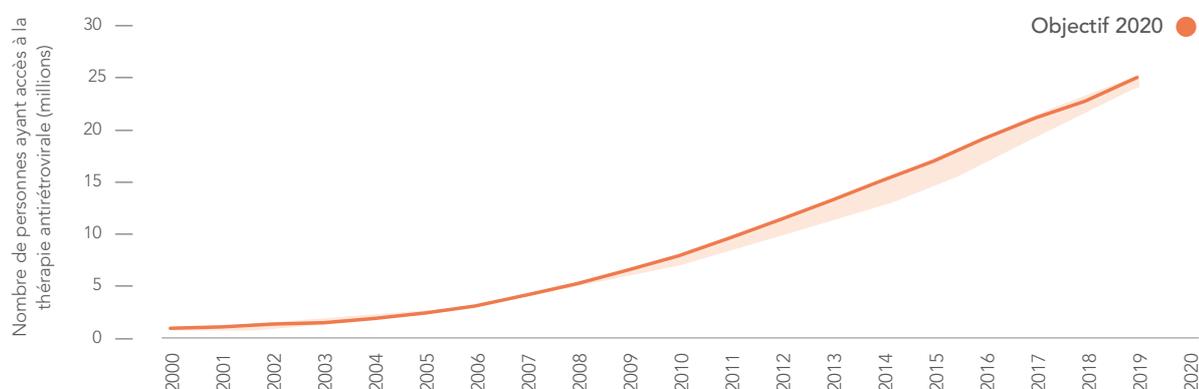
90-90-90



S'ASSURER QUE 30 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AIENT ACCÈS AU TRAITEMENT GRÂCE À LA CONCRÉTISATION DES OBJECTIFS 90-90-90 À L'HORIZON 2020.

FIGURE 2.1

### Nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral, à l'échelle mondiale, 2010-2019 et objectif 2020



Source : Estimations épidémiologiques ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

### Progrès dans le dépistage et le traitement du VIH

Plus que jamais, les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, accèdent à la thérapie antirétrovirale et affichent une suppression virale, ce qui témoigne des progrès importants accomplis dans la réalisation des objectifs 90-90-90 :

- 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH.
- 90 % des personnes connaissant leur séropositivité peuvent accéder au traitement.
- 90 % des personnes sous traitement ont la charge virale supprimée.

Lorsque les trois 90 sont atteints, 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH affichent une suppression de la charge virale. Quelque 25,4 millions [24,5 millions – 25,6 millions] sur 38,0 millions [31,6 millions – 44,5 millions] de personnes vivant avec le VIH dans le monde était sous une thérapie antirétrovirale en 2019, à savoir un nombre qui a plus que triplé depuis

2010 (Figure 2.1). En dépit de cette augmentation impressionnante, le monde pourrait ne pas atteindre son objectif de 30 millions de personnes sous traitement d'ici à la fin de 2020.

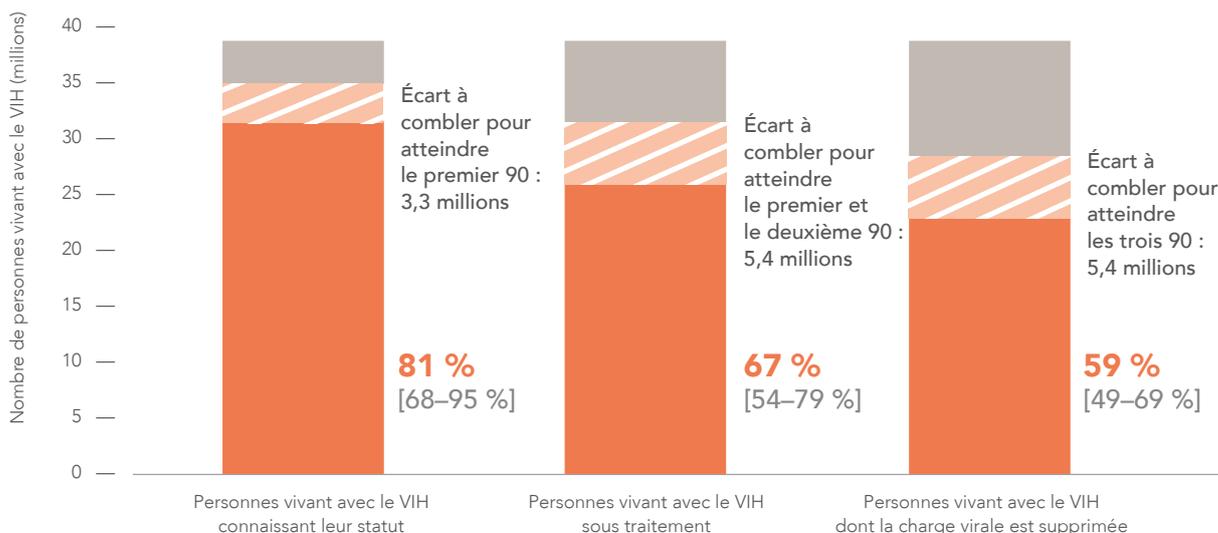
Des progrès ont été enregistrés dans la cascade du dépistage et du traitement VIH. À la fin de 2019, 81 % [68-95 %] des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, plus des deux tiers (67 % [54-79 %]) étaient sous traitement et près de 59 % [49-69 %] avaient supprimé leur charge virale (figure 2.2). Les progrès dans l'efficacité du traitement ainsi que l'augmentation du nombre de personnes connaissant leur statut et étant sous traitement, se reflètent dans le fait que les taux de suppression de charge virale parmi les personnes vivant avec le VIH ont augmenté de 44 % (soit 18 points de pour cent) entre 2015 et 2019 (Figure 2.3).

Une fois que les personnes vivant avec le VIH commencent leur traitement, la plupart sont en mesure de poursuivre leur traitement et d'obtenir une suppression virale, grâce à l'amélioration des médicaments antirétroviraux et des soins

différenciés. Les progrès vers la réalisation du troisième 90 dans les objectifs 90-90-90 – le pourcentage de personnes sous traitement qui bénéficient d'une suppression virale durable – se sont maintenus à 88 % [71-100 %] en 2019 (figure 2.4). Des progrès ont également été réalisés dans la concrétisation du second 90, puisque 82 %

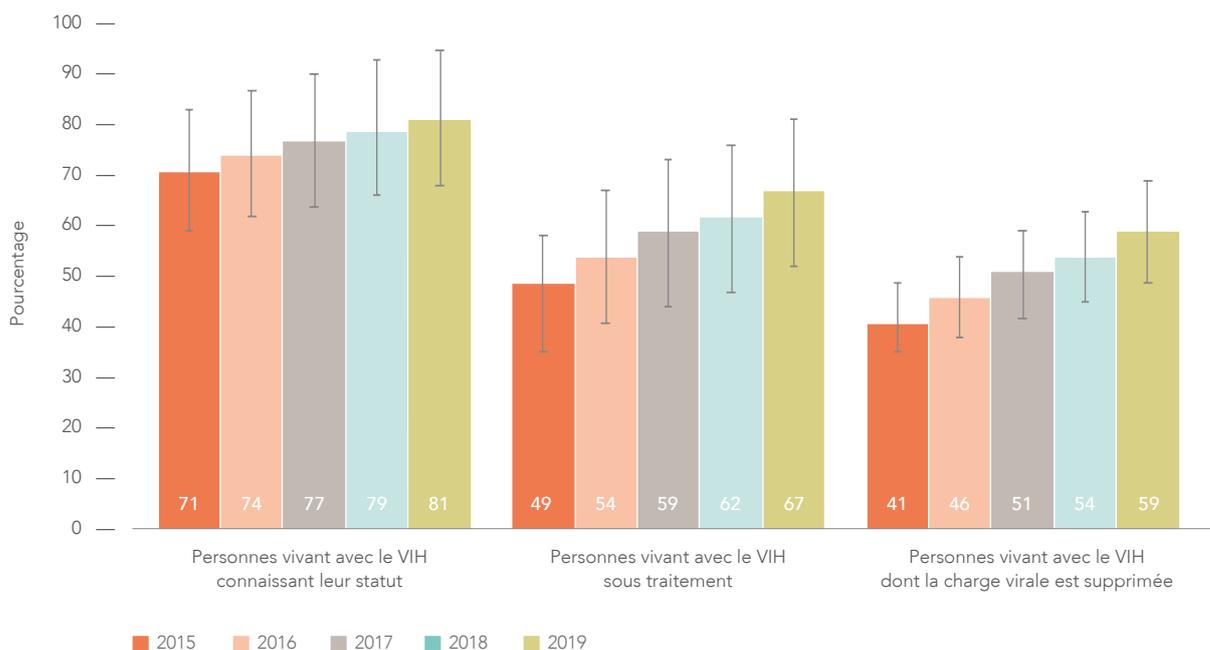
[66-97 %] des personnes qui connaissent leur statut VIH suivent un traitement. Toutefois, les lacunes dans la cascade du dépistage et du traitement impliquent que 15,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde ont une charge virale non supprimée, ce qui met leur santé en danger et facilite la propagation du VIH.

FIGURE 2.2

**Cascade du dépistage et du traitement du VIH, au niveau mondial, 2019**

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

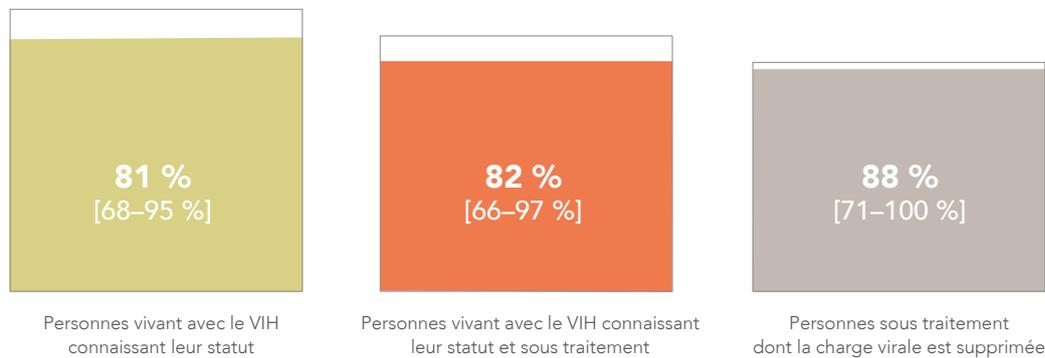
FIGURE 2.3

**Cascade du dépistage et du traitement du VIH, au niveau mondial, 2015-2019**

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 2.4

**Progrès vers les objectifs 90–90–90, au niveau mondial, 2019**



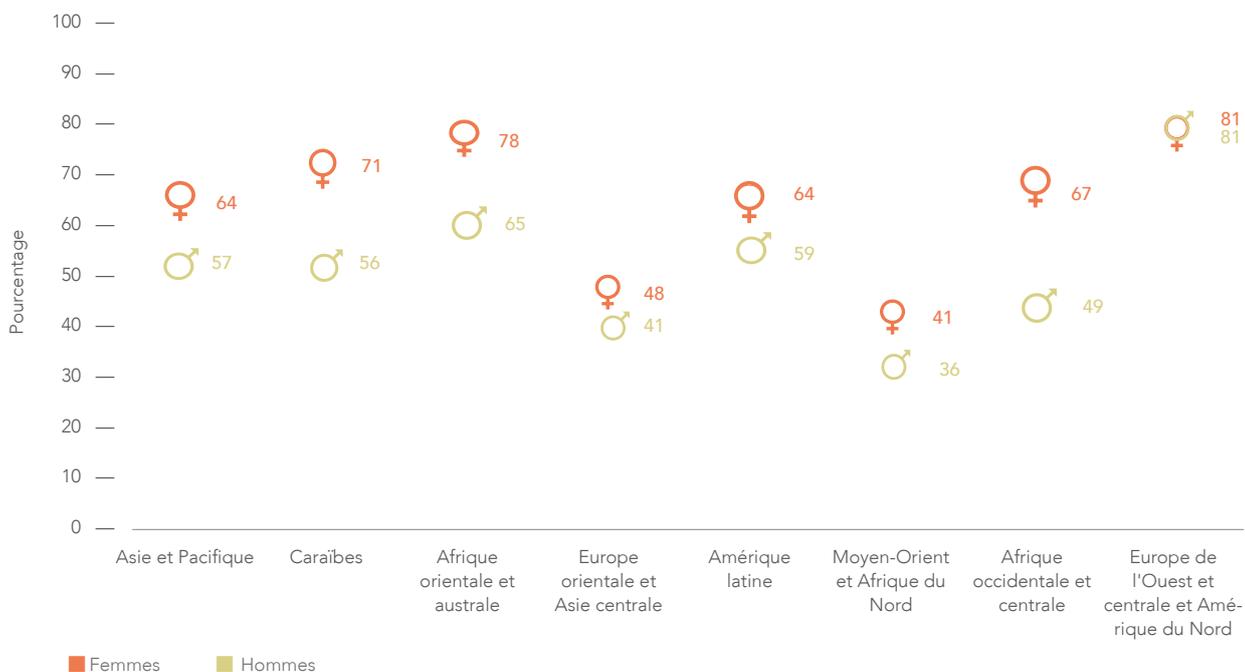
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

Au niveau mondial, et dans presque toutes les régions, le nombre de femmes accédant à la thérapie antirétrovirale est plus élevé que celui des hommes. En 2019, la couverture du traitement au niveau mondial était inférieure de 12 points de pour cent parmi les hommes vivant avec le VIH comparativement aux femmes vivant avec le

VIH. Cet écart était le plus important en Afrique occidentale et centrale (67 % de couverture de traitement chez les femmes et 49 % chez les hommes), tandis que la couverture de traitement chez les deux sexes en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord, s'élevait à 81 % (figure 2.5).

FIGURE 2.5

**Couverture de la thérapie antirétrovirale par sexe, hommes et femmes (âgés de 15 ans et plus), par région, 2019**



Source : Estimations épidémiologiques ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

## Dépistage du VIH et connaissance du statut sérologique chez les populations clés

Il existe des lacunes importantes en matière de dépistage du VIH parmi les populations clés à haut risque d'infection par le VIH. L'analyse des données provenant d'enquêtes spéciales montre que, en moyenne, environ deux tiers des travailleurs du sexe et des hommes homosexuels

et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le monde ont soit subi un test de dépistage du VIH et en ont reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, soit ont déjà été testés positifs pour le VIH – ce qui signifie qu'environ un tiers d'entre eux ne connaissaient pas leur statut sérologique.<sup>1</sup> Cet écart de dépistage était encore plus élevé pour les personnes qui s'injectent des drogues (Figure 2.6).

FIGURE 2.6

### Moyenne du dépistage du VIH et sensibilisation au statut sérologique des populations clés, au niveau mondial, 2016-2019



Note : N = nombre de pays déclarants. Les données présentées proviennent d'enquêtes, qui sont généralement menées dans des zones où des services sont disponibles et qui peuvent donc ne pas être représentatives au niveau national. Les données incluent les membres des populations clés qui ont été testés au cours des 12 derniers mois et qui savent que leurs résultats sont négatifs, et les membres des populations clés qui ont déjà été testés et qui savent qu'ils vivent avec le VIH.  
Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

<sup>1</sup> Cette lacune en matière de dépistage n'inclut pas les populations clés vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique.

## Progrès dans les régions et les pays

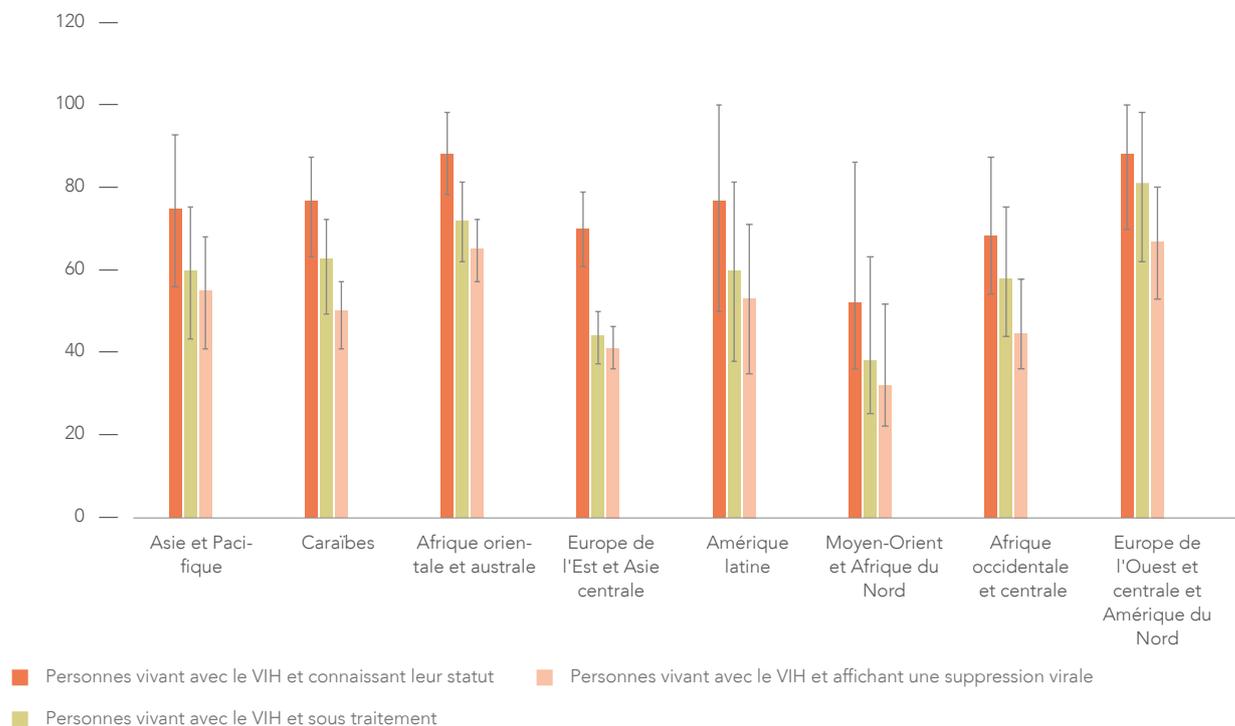
Les progrès dans la cascade du dépistage et du traitement du VIH varient selon les régions. L'Afrique orientale et australe a fait des progrès remarquables suivi de l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord (figure 2.7). Pendant ce temps, plusieurs régions sont nettement à la traîne. Il existe un énorme retard en matière de dépistage au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, où seulement 52 % [36-86 %] des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 38 % [25-63 %] suivent un traitement et 32 % [22-52 %] affichent une suppression virale. En Europe orientale et en Asie centrale, où 70 % [61-79 %] des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, il existe un décalage à la place d'écart important entre le dépistage et le début du traitement : seulement 63 % [52-71 %] des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH dans la région sont sous traitement (Figure 2.8), alors que seuls 41 % [34-46 %] de toutes les personnes vivant avec le VIH dans la région affichent une suppression virale.

Atteindre les trois 90 signifie que au moins 73 % des personnes vivant avec le VIH sont sous traitement et ont une suppression durable de la charge virale. À la fin de l'année 2019, 14 pays

répartis dans trois régions avaient atteint l'objectif des 73 % – Australie, Botswana, Cambodge, Eswatini, Irlande, Namibie, Pays-Bas, Rwanda, Espagne, Suisse, Thaïlande, Ouganda, Zambie et Zimbabwe. Deux de ces pays, Eswatini et Suisse, ont enregistré des résultats remarquables en atteignant, voire dépassant, l'objectif 2030 des 95–95–95, ce qui correspond à 86 %, au moins, des personnes vivant avec le VIH et ont une suppression de la charge virale. Eswatini, plus spécifiquement, a atteint chacun des objectifs 2030 : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 95 % des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sont sous traitement et 95 % des personnes sous traitement affichent une suppression de la charge virale. Cinq autres pays répartis dans cinq régions auront presque atteint les objectifs 90–90–90 d'ici fin décembre 2020, et des dizaines d'autres ont atteint ou presque atteint un ou plusieurs des objectifs 90 (Tableau 2.1). Il convient de souligner la diversité des niveaux de revenus, des épidémies de VIH et de la géographie de ces pays engagés, ce qui démontre que des objectifs ambitieux en matière de VIH sont réalisables lorsque la volonté politique, les ressources financières et un environnement favorable sont tous réunis.

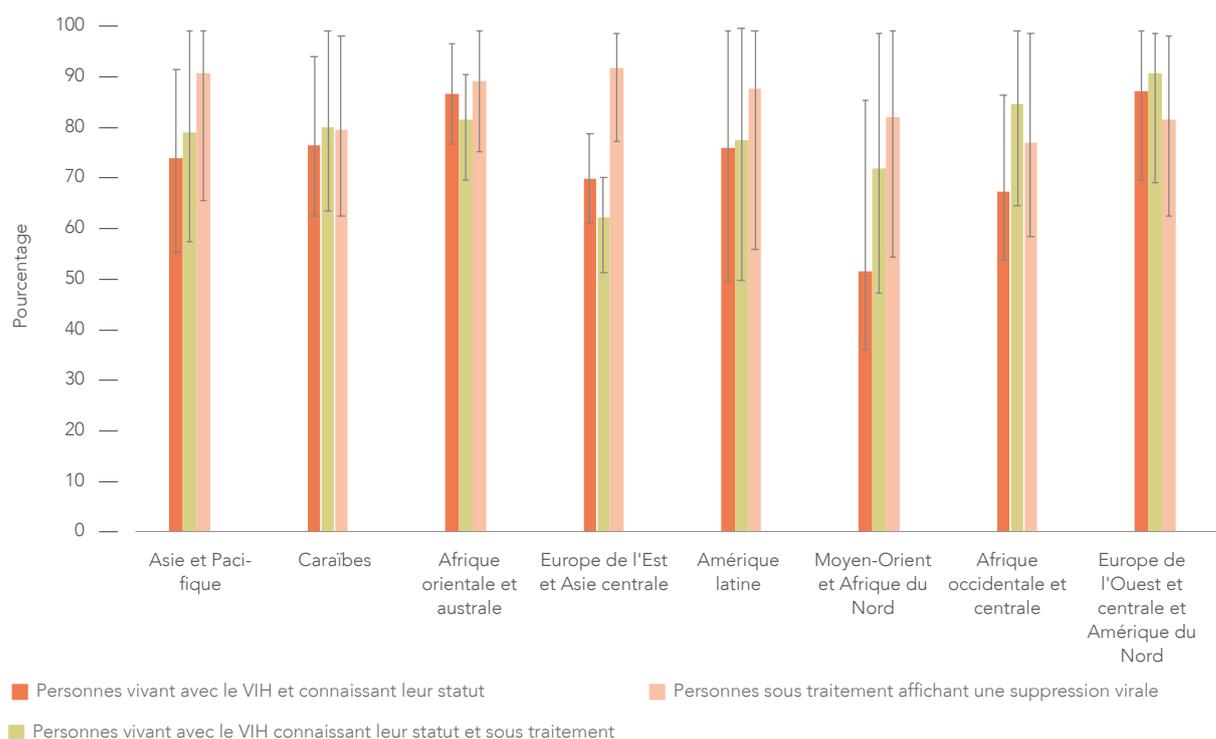


FIGURE 2.7

**Cascade du dépistage et du traitement du VIH, par région, 2019**

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 2.8

**Progrès vers les objectifs 90-90-90, par région, 2019**

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

TABLEAU 2.1

### Progrès vers les objectifs 90–90–90, par pays, parmi ceux dont la couverture de traitement est égale ou supérieure à la moyenne annuelle mondiale, 2019\*

	Personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut	Personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut et sous traitement	Personnes sous traitement affichant une suppression virale		Suppression virale parmi les personnes vivant avec le VIH
<b>OBJECTIF 2030 ATTEINT (95 %)</b>	<b>Eswatini</b> <b>Namibie</b>	Burundi Cambodge Danemark <b>Eswatini</b> Haïti Rwanda Sénégal <b>Suisse</b> <b>Zambie</b>	<b>Australie</b> Botswana Cambodge <b>Eswatini</b> Allemagne Irlande Japon Myanmar <b>Pays-Bas</b> <b>Suisse</b> Thaïlande Vietnam	<b>OBJECTIF 2030 ATTEINT (86 %)</b>	<b>Eswatini</b> <b>Suisse</b>
<b>OBJECTIF 2020 ATTEINT (90 %)</b>	<b>Australie</b> Botswana Chili Guyane Irlande Kenya Malawi <b>Pays-Bas</b> Afrique du Sud <b>Suisse</b> <b>Zambie</b> Zimbabwe	<b>Australie</b> Burkina Faso Éthiopie Allemagne Maroc <b>Namibie</b> <b>Pays-Bas</b> Singapour Espagne Ouganda République-Unie de Tanzanie Zimbabwe	Brésil Chili Kenya Malawi Maroc <b>Namibie</b> Rwanda Singapour Afrique du Sud Espagne Trinité-et-Tobago  Ouganda République-Unie de Tanzanie <b>Zambie</b>	<b>OBJECTIF 2020 ATTEINT (73 %)</b>	<b>Australie</b> Botswana Cambodge Irlande <b>Namibie</b> <b>Pays-Bas</b> Rwanda Espagne Thaïlande Ouganda <b>Zambie</b> Zimbabwe
<b>OBJECTIF 2020 PRESQUE ATTEINT (85–89 %)</b>	Brésil Burundi Cuba Italie Roumanie Rwanda Espagne Ouganda États-Unis d'Amérique	Algérie Botswana Cuba Irlande Italie Luxembourg Malawi Pérou Portugal Slovaquie	Éthiopie Guyane Italie Luxembourg Portugal Zimbabwe	<b>OBJECTIF 2020 PRESQUE ATTEINT (68–72 %)</b>	Italie Kenya Malawi Myanmar République-Unie de Tanzanie

\*Les pays peuvent être inclus dans le tableau si la couverture du traitement du VIH est égale ou supérieure à la couverture mondiale du traitement du VIH au cours de l'année durant laquelle ils ont communiqué leurs dernières données (couverture mondiale du traitement : 49 % en 2015, 54 % en 2016, 59 % en 2017, 62 % en 2018 et 67 % en 2019). En outre, les pays doivent également avoir publié des estimations sur les personnes vivant avec le VIH afin de les inclure dans les colonnes décrivant les progrès réalisés en matière de connaissance du statut des personnes vivant avec le VIH et de suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH. Les estimations concernent l'année 2019, sauf pour l'année 2015 : Japon ; pour 2016 : Danemark, Italie, Portugal et Espagne ; pour 2017 : Allemagne, Pérou et Slovaquie ; et pour 2018 : l'Australie, l'Irlande, les Pays-Bas, Singapour et les États-Unis. Eswatini, en italique gras, a atteint les trois objectifs 95-95-95 à l'horizon 2030. L'Australie, la Namibie, les Pays-Bas, la Suisse et la Zambie, en gras, ont déclaré avoir atteint chacun des objectifs 90–90–90 à l'horizon 2020.

Les estimations n'étaient pas disponibles au moment de la publication pour : Andorre, Argentine, Autriche, Bahamas, Bahreïn, Bangladesh, Belgique, Bhoutan, Brunei Darussalam, Canada, Chine, Chypre, Îles Cook, République tchèque, Finlande, France, Grèce, Islande, Inde, Indonésie, Irak, Israël, Jordanie, Kiribati, Koweït, Lettonie, Liechtenstein, Maldives, Malte, Îles Marshall, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Nouvelle-Zélande, Niue, Norvège, Palau, Panama, Paraguay, Pologne, Qatar, République de Corée, Sao Tome et Principe, Arabie Saoudite, Serbie, Slovaquie, Somalie, Suède, République arabe syrienne, Tonga, Turquie, Tuvalu, Émirats arabes unis, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Ouzbékistan et Vanuatu. Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

## ENGAGEMENT POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE

**2**

ÉLIMINER LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH CHEZ LES ENFANTS D'ICI 2020 TOUT EN VEILLANT À CE QUE 1,6 MILLION D'ENFANTS AIENT ACCÈS AU TRAITEMENT DU VIH D'ICI 2018 ET 1,4 MILLION À L'HORIZON 2020.

Le nombre de nouvelles infections chez les enfants résultant de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant a diminué de plus de 50 % en moins de vingt ans, à savoir des progrès résultant essentiellement des efforts concertés ayant pour objet d'augmenter la fourniture de la thérapie antirétrovirale aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Toutefois, ce repli est loin d'atteindre les objectifs fixés pour 2018 et 2020. Au niveau mondial, on estime à 150 000 [94 000-240 000] le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) en 2019, contre 310 000 [200 000-500 000] en 2010 (Figure 2.9).

Les lacunes dans les services de prévention de la transmission verticale, notamment la couverture inégale des traitements, l'exposition des femmes au VIH pendant la grossesse et l'allaitement et la perte d'adhérence des mères séropositives à

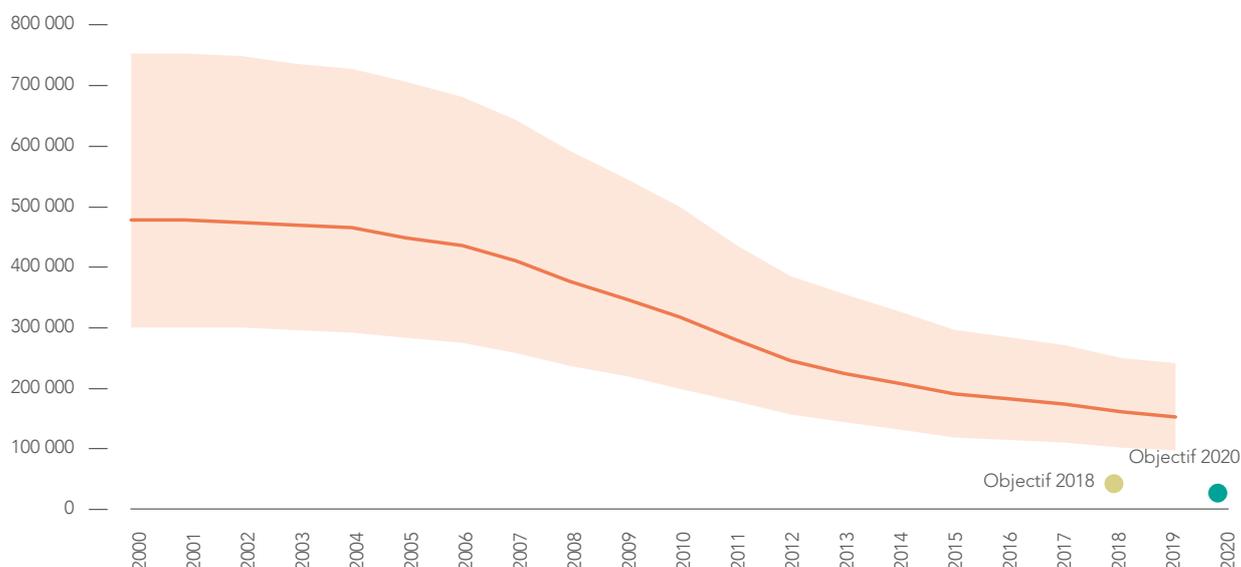
leur thérapie antirétrovirale pendant l'allaitement, compromettent les progrès vers l'objectif d'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants.

Bien que le nombre d'enfants vivant avec le VIH et sous traitement ait plus que doublé depuis 2010, tous les objectifs pédiatriques fixés en 2016 n'ont pas été atteints.

En 2019, 950 000 [910 000-960 000] enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH dans le monde avaient accès à une thérapie antirétrovirale (Figure 2.10). En 2019, la couverture des traitements chez les enfants vivant avec le VIH s'élevait à 53 % [36-64 %]. L'écart entre ce taux et la couverture du traitement des adultes (68 % [54 % à 80 %]) reflète l'incapacité mondiale à fournir des soins vitaux aux plus vulnérables au sein de nos communautés (voir le chapitre 5 pour une analyse des défis auxquels les enfants vivant avec le VIH sont confrontés).

FIGURE 2.9

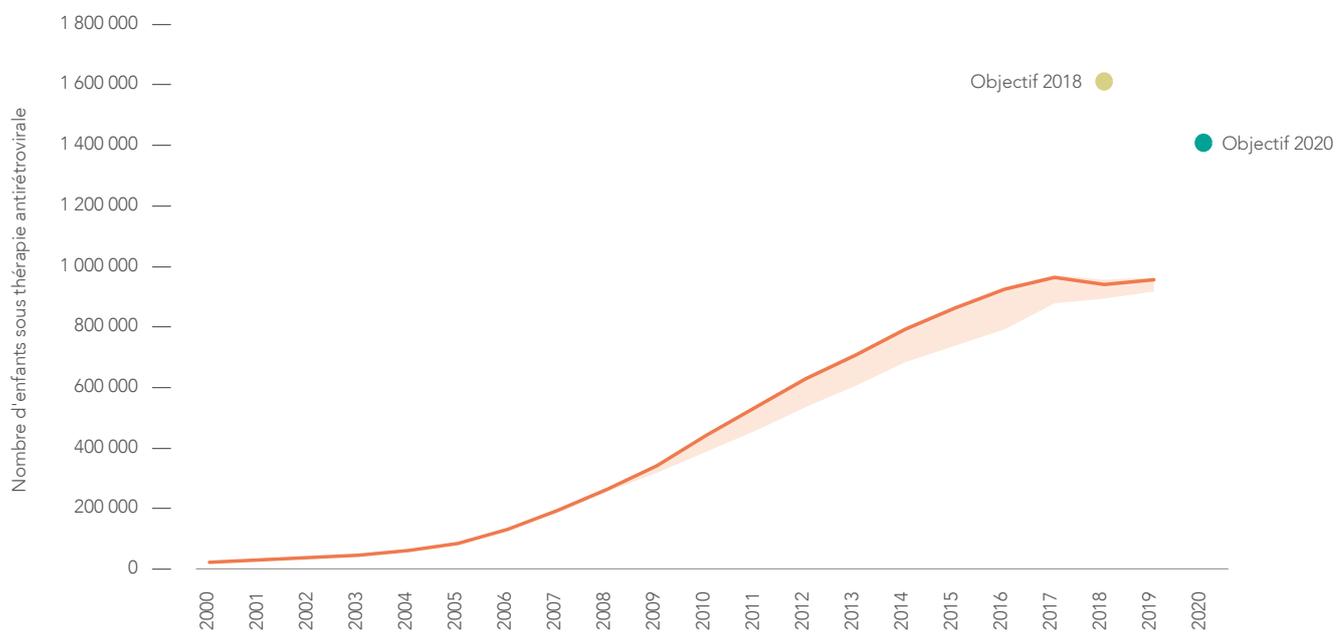
### Nombre de nouvelles infantiles, au niveau mondial, 2000–2019



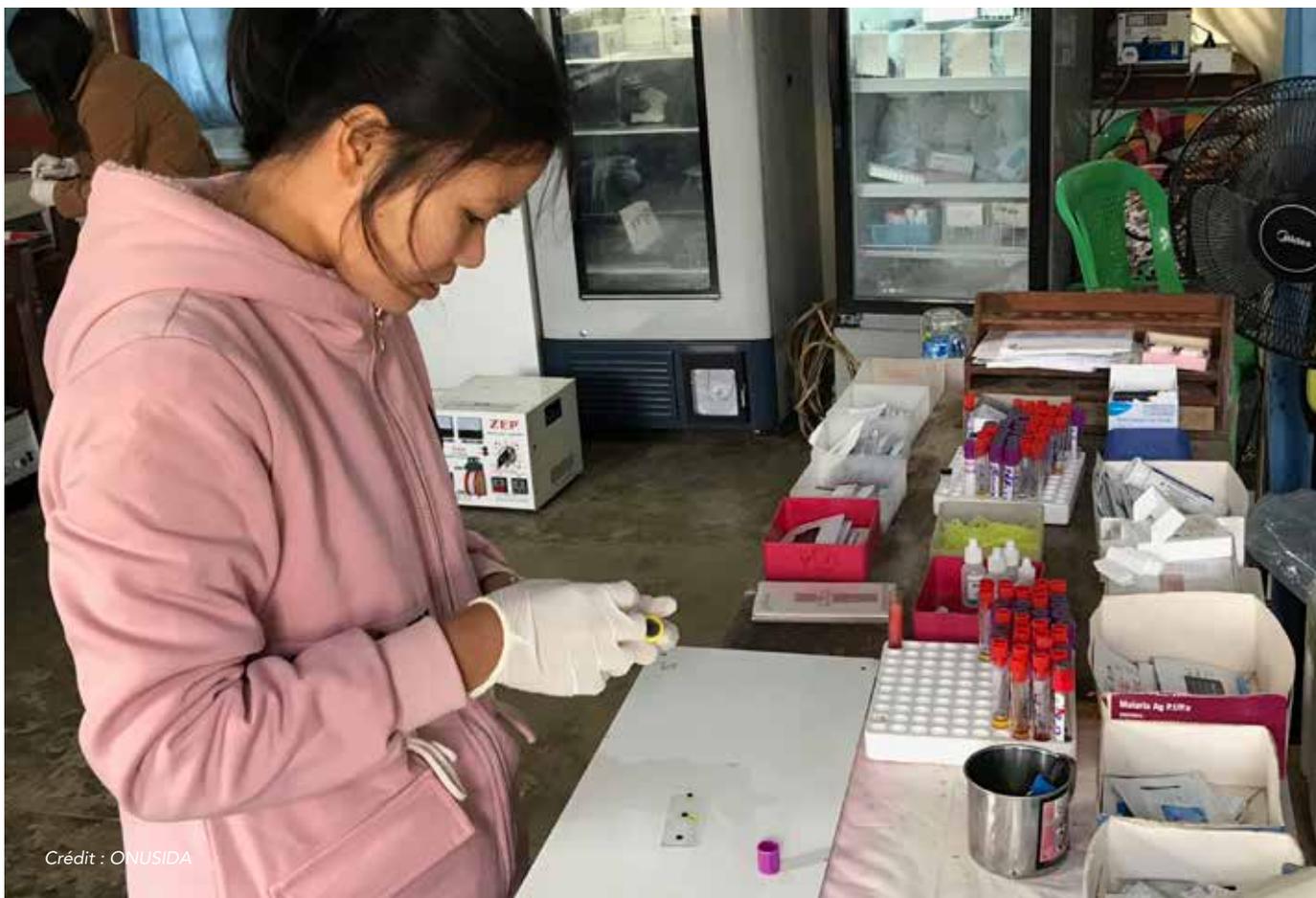
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 2.10

### Nombre d'enfants (0-14 ans) ayant accès à une thérapie antirétrovirale, au niveau mondial, 2000-2019 et 2018 et objectifs 2020

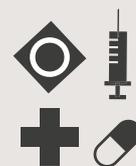


Source : Estimations épidémiologiques ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).



## ENGAGEMENT POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

3



GARANTIR L'ACCÈS AUX OPTIONS DE LA PRÉVENTION COMBINÉE, Y COMPRIS LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION, LA CIRCONCISION MASCULINE MÉDICALE VOLONTAIRE, LA RÉDUCTION DES RISQUES ET L'UTILISATION DE PRÉSERVATIFS POUR AU MOINS 90 % DE LA POPULATION D'ICI 2020, ET PLUS SPÉCIFIQUEMENT POUR LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES DANS LES PAYS À HAUTE PRÉVALENCE ET POUR LES POPULATIONS CLÉS — LES HOMOSEXUELS ET LES AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES, LES PERSONNES TRANSGENRES, LES PROFESSIONNEL(LES) DU SEXE ET LEURS CLIENTS, LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES ET LES PRISONNIERS.

Une approche combinée de la prévention du VIH incluant des approches comportementales, biomédicales et structurelles et taillée à la mesure de ceux ayant les besoins les plus urgents, peut induire des réductions substantielles des infections au VIH. Lors du démarrage de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH en 2017, les pays participants ont renouvelé leur volonté de se focaliser sur les objectifs de prévention mondiale. Toutefois, des lacunes importantes subsistent.

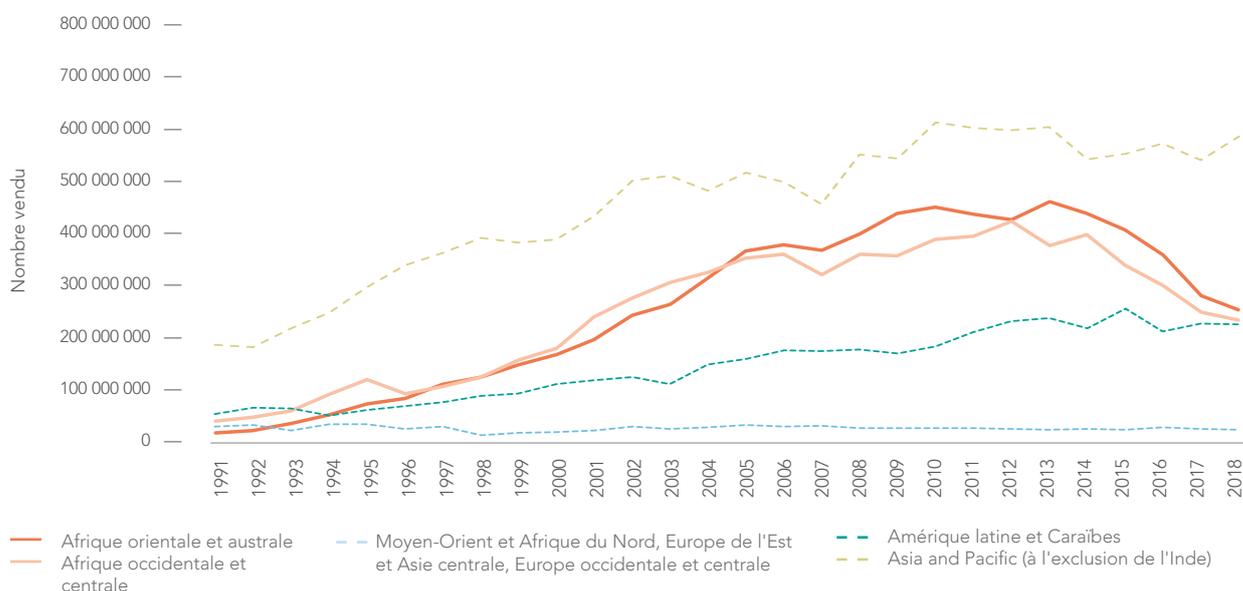
### Baisse de l'utilisation des préservatifs parmi les jeunes femmes

La baisse des financements des programmes de marketing social des préservatifs et la baisse des ventes de préservatifs commercialisés socialement en Afrique subsaharienne (Figure 2.11) sont emblématiques de la diminution de

l'attention portée à la génération de la demande de préservatifs, de la réduction de l'importance accordée aux préservatifs dans les services de planning familial et de la gestion défailante des programmes de préservatifs depuis 2010, laissant le monde loin de l'objectif de 90 % d'utilisation des préservatifs. Une nouvelle génération de jeunes sexuellement actifs n'a pas été exposée à promotion intensive des préservatifs qui était menée il y a de cela dix ans. L'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque déclarés par les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) a diminué dans cinq pays d'Afrique occidentale et centrale et dans trois pays d'Afrique orientale et australe (Figure 2.12). L'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels à haut risque chez les hommes (âgés de 15 à 49 ans) a également diminué dans cinq pays sur neuf (par rapport à l'enquête précédente).

FIGURE 2.11

### Vente de préservatifs masculins par le biais du marketing social, par région, 1991-2018

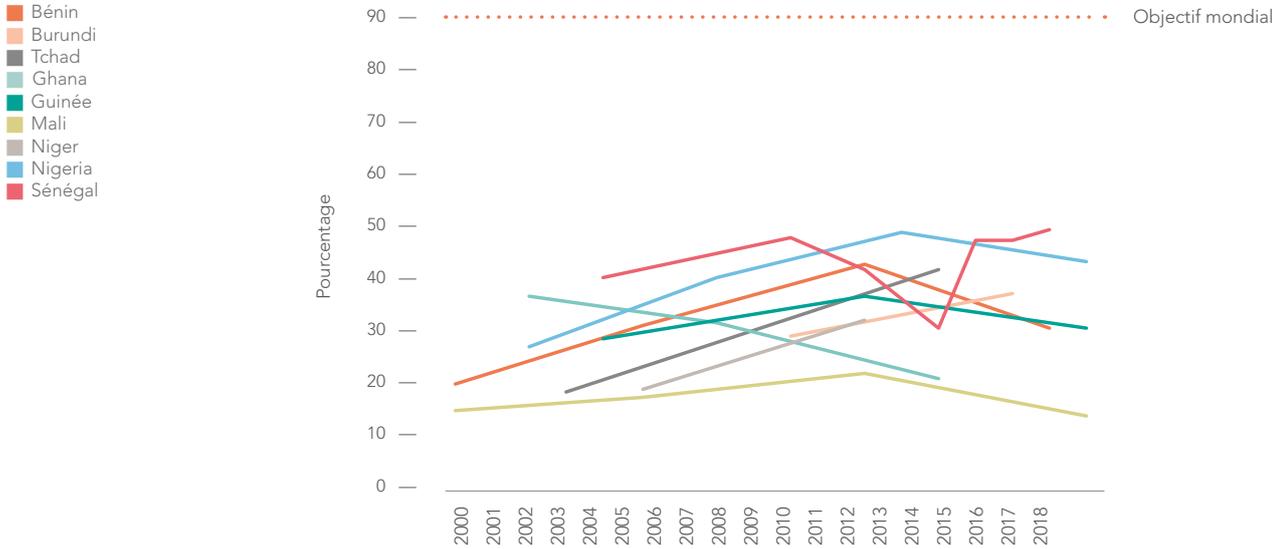


Source : Statistiques sur le marketing social des contraceptifs, 1991-aujourd'hui. Dans : DKT International [Internet]. Washington (DC) : DKT International ; c2020 (<https://www.dktinternational.org/contraceptive-social-marketing-statistics/>, consulté le 2 mai 2020).

FIGURE 2.12

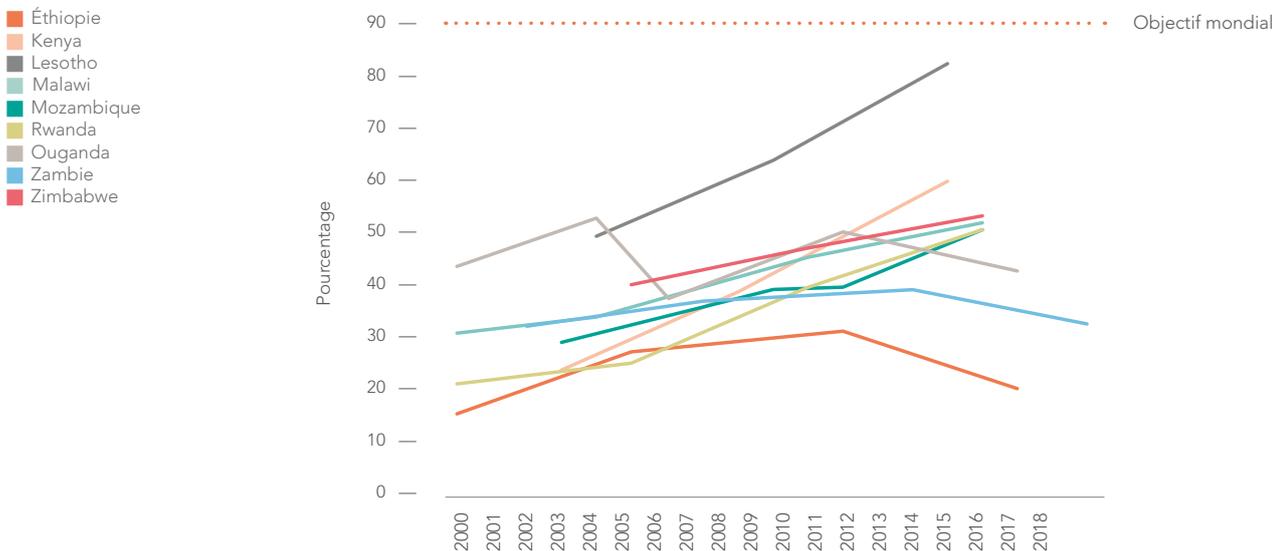
**Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque, femmes (15-24 ans), par région, 2000-2018**

Afrique occidentale et centrale



Source : Enquêtes de population, 2000–2018.  
 Remarque : l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque est définie comme le pourcentage de répondants qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non marital et non cohabitant parmi ceux qui ont eu des rapports sexuels avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois.

Afrique orientale et australe



Source : Enquêtes de population, 2000–2018.

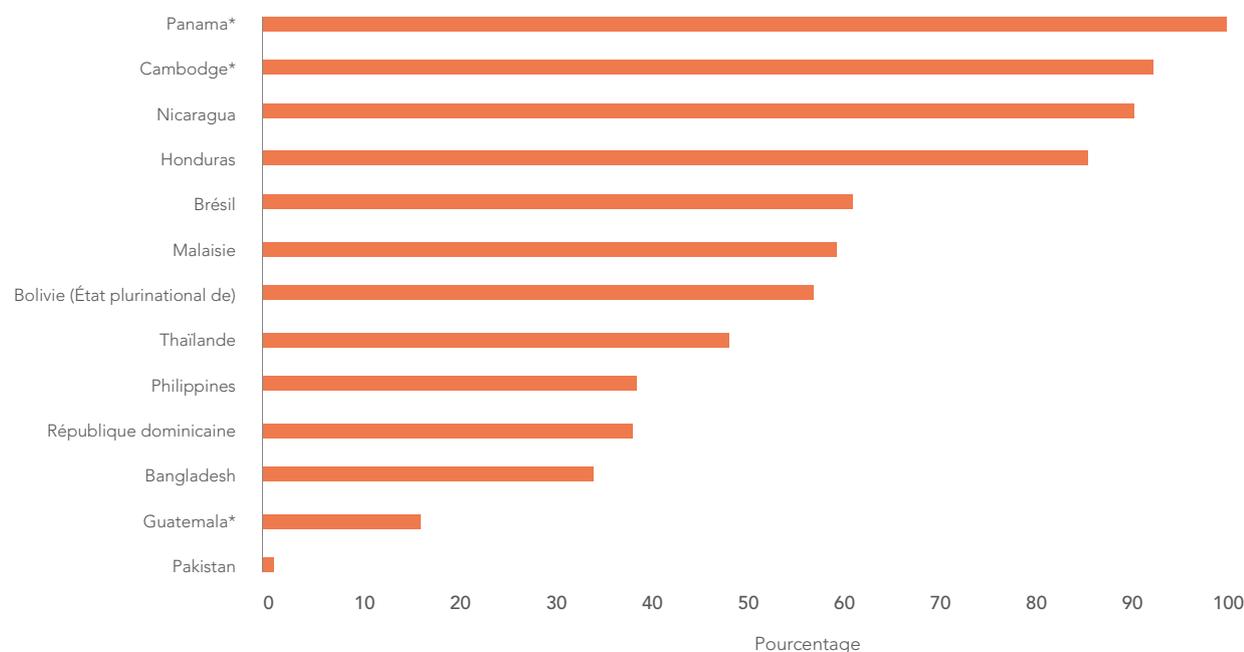
## Prévention combinée pour les populations-clés

L'accès des populations clés aux options de prévention combinée du VIH varie considérablement d'un pays à l'autre et reste insuffisant à l'échelle mondiale. Dans six des 13 pays qui ont mené des enquêtes depuis 2016 et ont communiqué ces données à l'ONUSIDA, moins de la moitié des femmes transgenres ont déclaré avoir pu accéder à au moins deux services

de prévention du VIH au cours des trois derniers mois (Figure 2.13). Il en va de même pour les professionnelles du sexe dans 16 des 30 pays déclarants (Figure 2.14), pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans 26 des 38 pays déclarants (Figure 2.15) et pour les hommes qui s'injectent des drogues dans 10 des 14 pays déclarants (Figure 2.16).

FIGURE 2.13

**Femmes transgenres ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019**



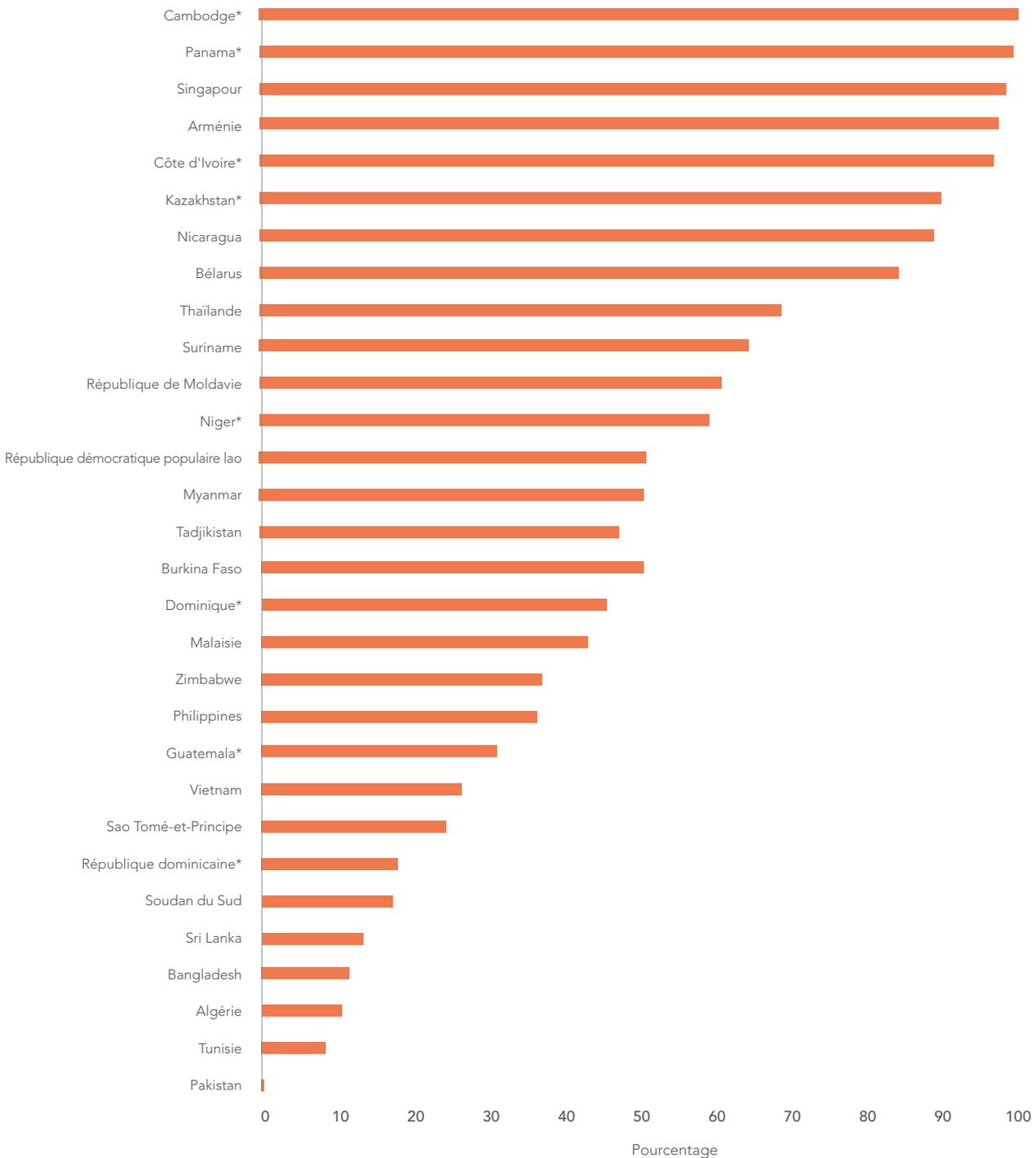
Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note : L'utilisation d'un astérisque (\*) indique que les données pour les pays marqués proviennent de données de programmes (qui tendent à afficher des valeurs plus élevées) et non d'une enquête.

Les services de prévention possibles reçus : préservatifs et lubrifiants, conseils sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés, et tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles.

FIGURE 2.14

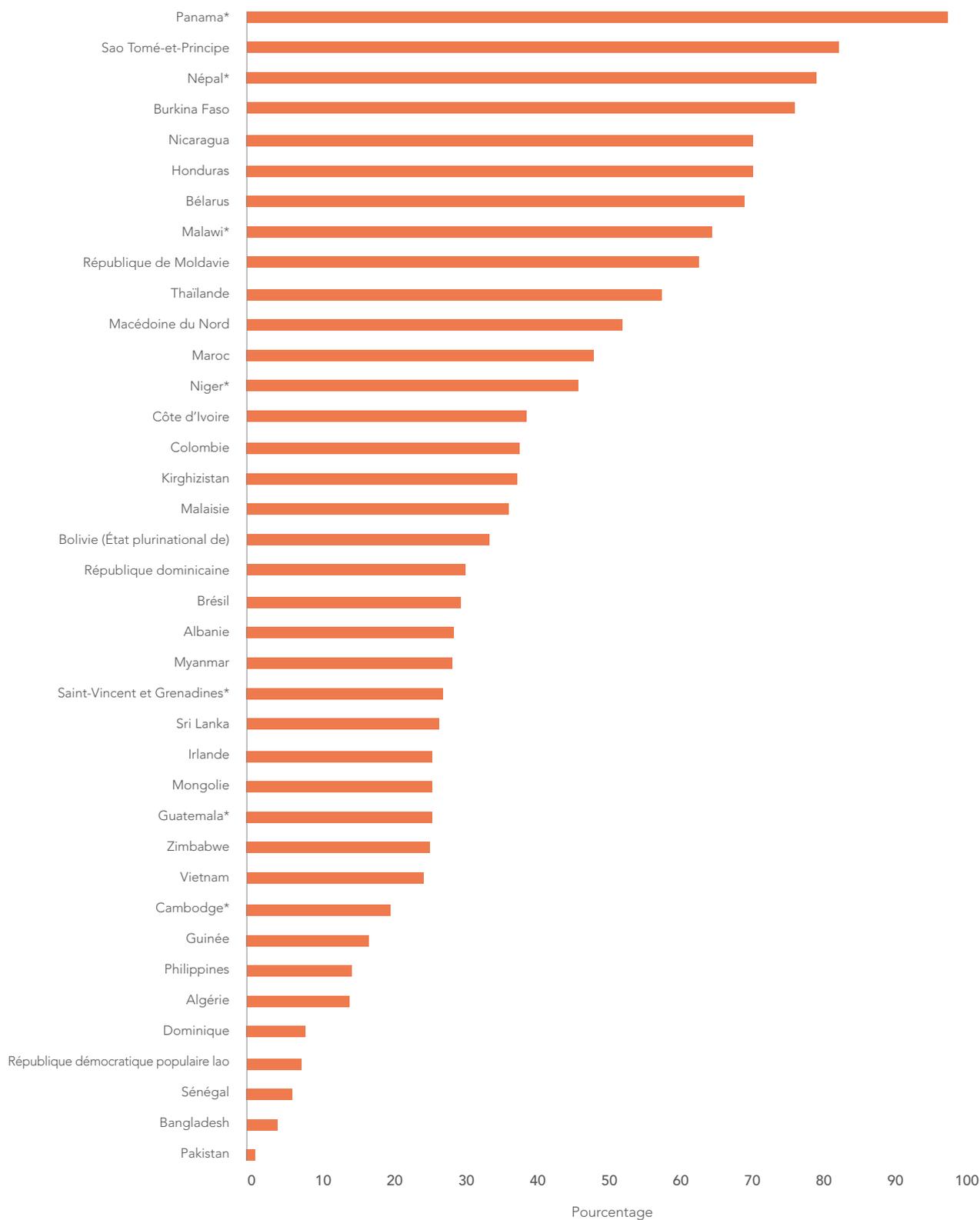
**Professionnelles du sexe ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : L'utilisation d'un astérisque (\*) indique que les données pour les pays marqués proviennent de données de programmes (qui tendent à afficher des valeurs plus élevées) et non d'une enquête.  
 Les services de prévention possibles reçus : préservatifs et lubrifiants, conseils sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés, et tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles.

FIGURE 2.15

**Homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019**



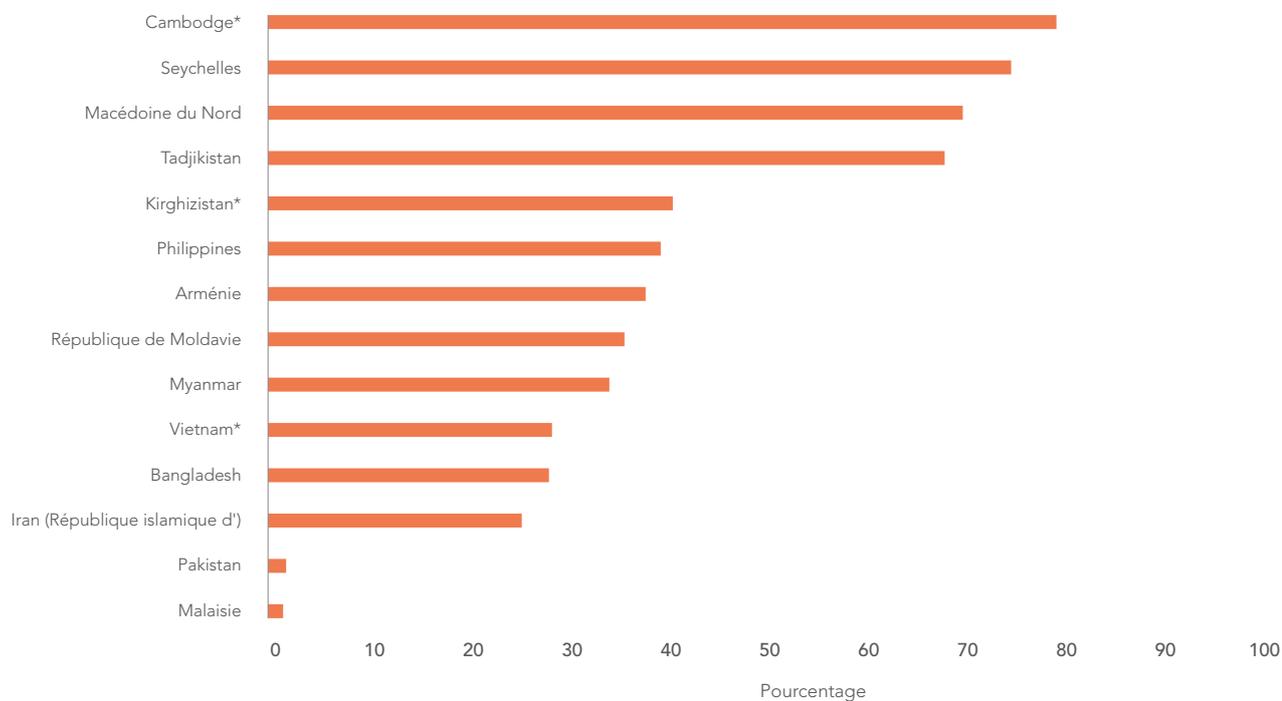
Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note : L'utilisation d'un astérisque (\*) indique que les données pour les pays marqués proviennent de données de programmes (qui tendent à afficher des valeurs plus élevées) et non d'une enquête.

Les services de prévention possibles reçus : préservatifs et lubrifiants, conseils sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés, et tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles.

FIGURE 2.16

### Hommes qui s'injectent des drogues ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note : L'utilisation d'un astérisque (\*) indique que les données pour les pays marqués proviennent de données de programmes (qui tendent à afficher des valeurs plus élevées) et non d'une enquête.

Les services de prévention possibles reçus : préservatifs et lubrifiants, conseils sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés, et matériel stérile d'injection.



Crédit : ONUSIDA

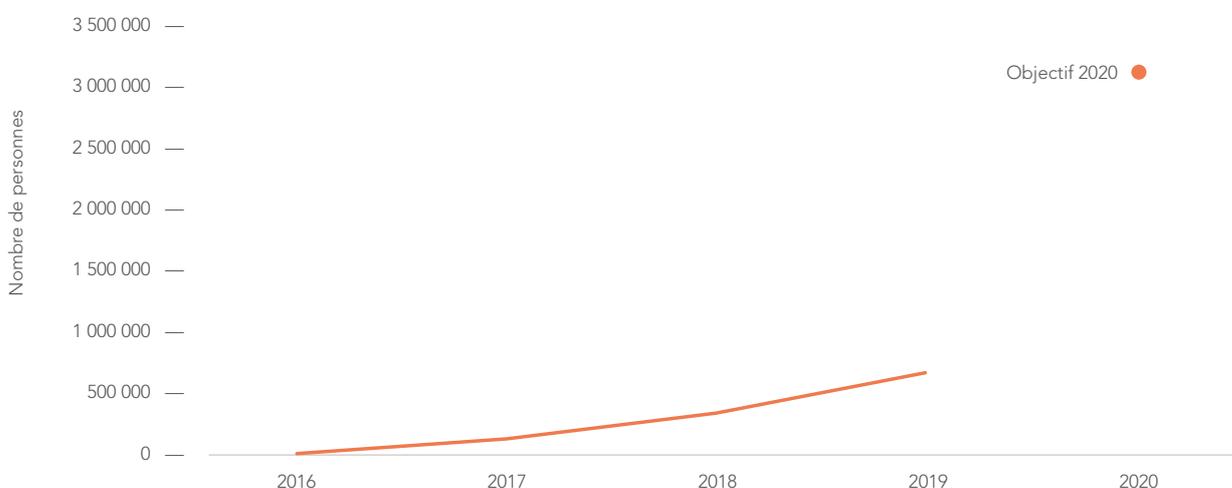
## Prophylaxie pré-exposition

Le nombre de personnes ayant reçu la PPrE au moins une fois au cours de l'année précédente a augmenté de façon spectaculaire ces dernières années, passant de moins de 2000 en 2016 à plus de 590 000 en 2019 (figure 2.17). Dans plusieurs villes en Amérique du Nord, en Europe et en Australie où la PPrE est largement accessible, cet

outil de prévention relativement neuf a contribué à réduire substantiellement les infections à VIH parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Toutefois, la couverture mondiale est encore loin de l'objectif de 3 millions de personnes recevant la PPrE en 2020 (voir le chapitre 5 pour une analyse supplémentaire).

FIGURE 2.17

### Nombre de personnes ayant reçu la PPrE au moins une fois au cours de la période de référence, au niveau mondial, 2016–2019



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2017-2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Mises à jour par pays Dans : PrEPWatch [Internet]. AVAC ; c2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/country-updates/>) ; amfAR : PEPFAR Monitoring, Evaluation and Reporting Database [Internet]. amfAR ; c2020 ([https://mer.amfar.org/Manual/PrEP\\_NEW/](https://mer.amfar.org/Manual/PrEP_NEW/)) ; Hayes R, Schmidt AJ, Pharris A, Azad Y, Brown AE, Weatherburn P et al. Estimating the "PrEP Gap" : how implementation and access to PrEP differ between countries in Europe and central Asia in 2019. *Eurosurveillance*. 2019 ; 24(41) ; et les documents par pays et les rapports de réunions (disponibles sur demande).

## La circoncision médicale volontaire masculine

La circoncision médicale volontaire masculine (CMVM) offre une protection partielle à vie contre la transmission du VIH de la femme à l'homme, réduisant la vulnérabilité des hommes hétérosexuels à l'infection par le VIH d'environ 60 % (1, 2). Le CMVM peut également servir de point d'entrée pour fournir aux hommes et aux garçons des programmes de santé plus larges afin d'améliorer leur état de santé. Lorsqu'elle est associée à des niveaux élevés de couverture de traitement et de suppression virale, il a été démontré que l'impact de la CMVM est particulièrement significatif (3).

À la fin de l'année 2019, plus de 15 millions d'hommes et de garçons répartis dans 15 pays prioritaires avaient subi une circoncision médicale volontaire depuis le début de l'année 2016, et 4,2 millions d'entre-eux en 2019 uniquement (Figure 2.18). Parmi les 12 pays prioritaires qui ont communiqué des données ventilées par âge, quelque 40 % de ces personnes étaient âgées de 10 à 14 ans.

Parmi les pays prioritaires, la République Unie de Tanzanie est celui qui a réalisé le plus grand nombre de CMVM (près de 800 000) en 2019. Les circoncisions annuelles dans les 15 pays prioritaires sont demeurées relativement stables depuis 2017, n'atteignant pas les niveaux annuels nécessaires pour atteindre l'objectif de 25 millions de circoncisions supplémentaires depuis le début en 2016 (Figure 2.19).

FIGURE 2.18

**Nombre annuel d'hommes volontairement circoncis dans les 15 pays prioritaires, 2016-2019**

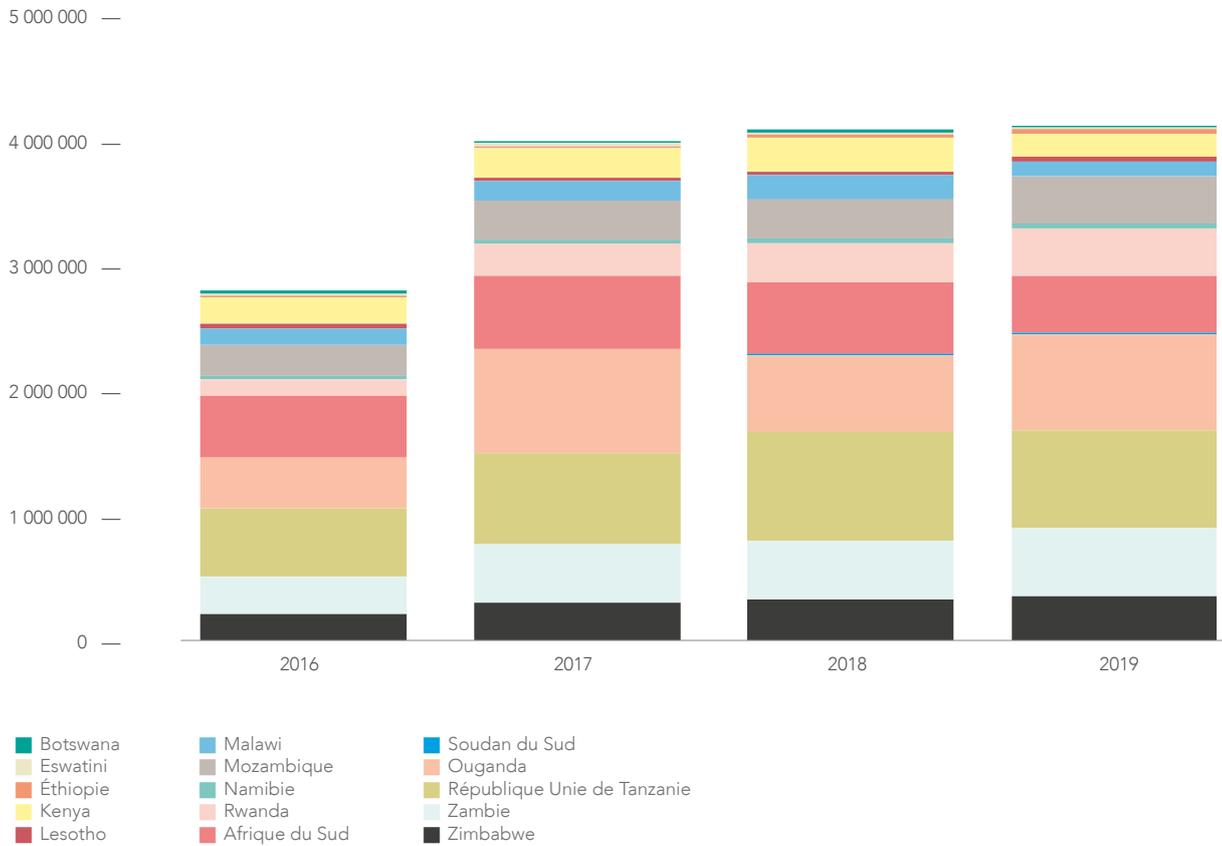
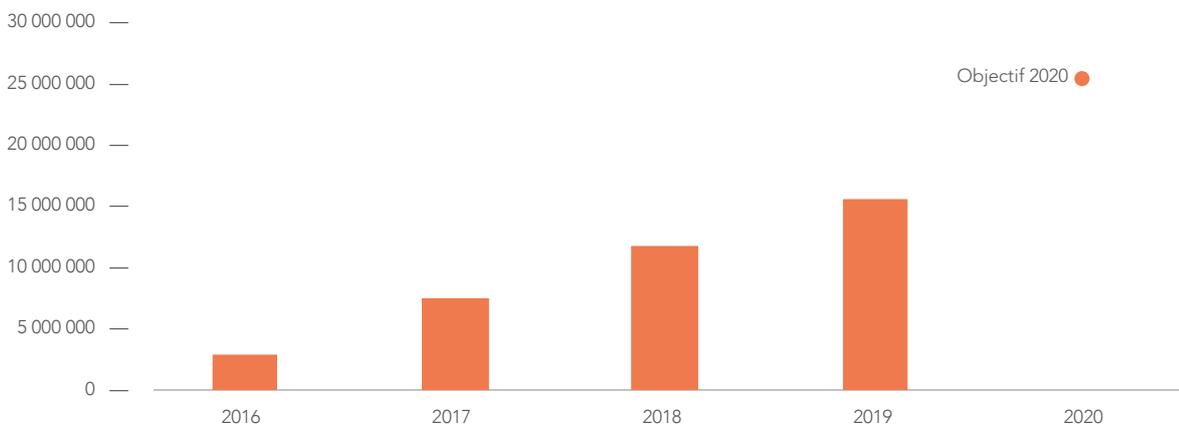


FIGURE 2.19

**Nombre cumulé d'hommes ayant subi une circoncision médicale volontaire dans les 15 pays prioritaires, 2016-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : Les 15 pays prioritaires sont les suivants : Botswana, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan du Sud, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

L'ACCÈS DES POPULATIONS CLÉS AUX  
OPTIONS DE PRÉVENTION COMBINÉE  
DU VIH VARIE CONSIDÉRABLEMENT  
D'UN PAYS À L'AUTRE ET RESTE  
INSUFFISANT À L'ÉCHELLE MONDIALE.  
DANS SIX DES 13 PAYS QUI ONT  
COMMUNIQUÉ DES DONNÉES À  
L'ONUSIDA DEPUIS 2016, MOINS DE LA  
MOITIÉ DES FEMMES TRANSGENRES  
ONT DÉCLARÉ AVOIR PU ACCÉDER  
À AU MOINS DEUX SERVICES DE  
PRÉVENTION DU VIH AU COURS DES  
TROIS DERNIERS MOIS.



## ENGAGEMENT POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

4



ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES ET À METTRE FIN À TOUTES LES FORMES DE VIOLENCE ET DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES ET DES FILLES, DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DES POPULATIONS-CLÉS À L'HORIZON 2020.

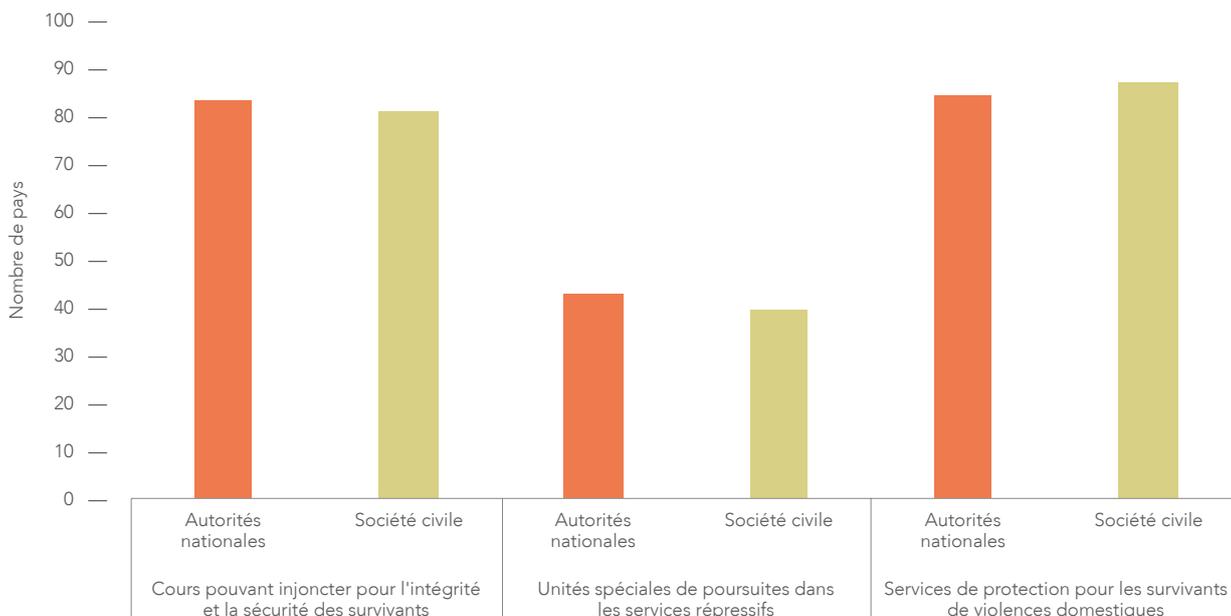
L'inégalité entre les sexes, la stigmatisation et la discrimination, ainsi que la violence, continuent d'avoir un impact négatif sur la vie des femmes et des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés (voir les chapitres 1 et 4 pour plus de détails).

Les autorités nationales et les représentants de la société civile de dizaines de pays ont signalé à l'ONUSIDA en 2019 que diverses dispositions et services étaient en place pour protéger la santé, l'intégrité et la sécurité des survivants de violences domestiques et sexuelles (Figure 2.20). Toutefois, le degré de mise en œuvre et d'application des politiques et de la législation, y compris leur

couverture et leur qualité, varie largement. Les efforts de prévention accusent également un retard important, comme le montrent les niveaux élevés de violence entre partenaires intimes rapportés dans les enquêtes menées dans le monde entier (Figure 2.22). Des enquêtes menées dans 46 pays entre 2014 et 2018 montrent que 19,7 % des femmes et des adolescentes (âgées de 15 à 49 ans) mariées ou en couple ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois. La prévalence nationale de la violence récente entre partenaires intimes varie de 3,5 % des personnes interrogées en Arménie à 47,6 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée (Figure 2.22).

FIGURE 2.20

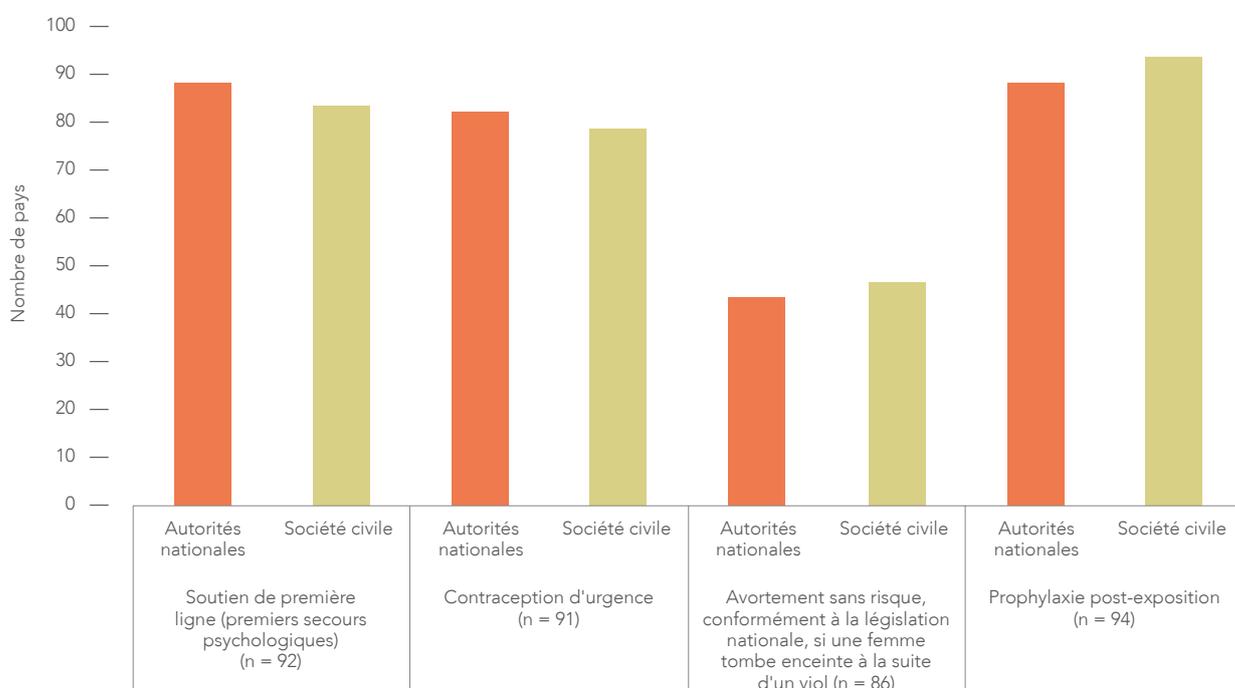
### Pays possédant des dispositions relatives aux violences domestiques, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2019



Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

FIGURE 2.21

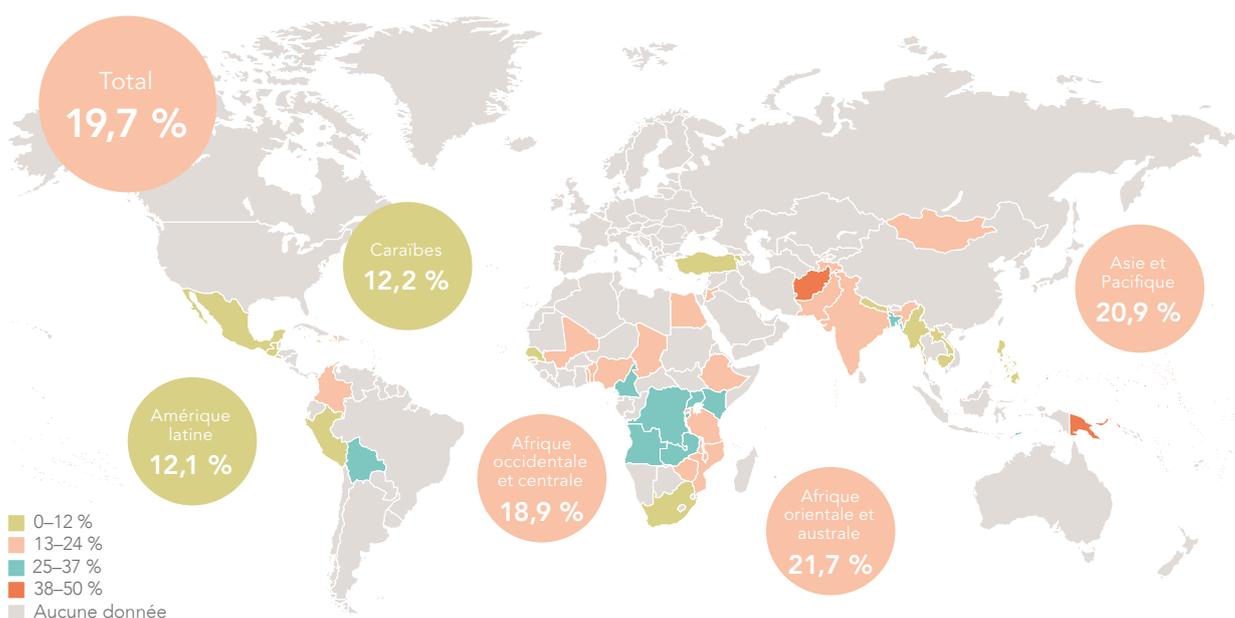
**Les pays disposant de points de prestation de services fournissant des services médicaux et psychologiques appropriés et un soutien aux femmes et aux hommes ayant subi des violences sexuelles, pays pour lesquels des données étaient disponibles, 2019**



Source : Engagements nationaux et instrument politique 2019.

FIGURE 2.22

**Pourcentage de femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, 2014-2018**



Source : Enquêtes de population, 2014-2018.

Note : Les agrégats font référence aux données les plus récentes disponibles sur la base d'enquêtes de population au cours de la période 2014-2018. Couverture des données des agrégats : total : 46 pays, 43 % de la population en 2018 ; Asie et Pacifique : 12 pays, 48 % de la population en 2018 ; Caraïbes : 3 pays, 40 % de la population en 2018 ; Afrique orientale et australe : 11 pays, 84 % de la population en 2018 ; Amérique latine : 6 pays, 41 % de la population en 2018 ; Afrique occidentale et centrale : 10 pays, 85 % de la population en 2018. Les agrégats pour l'Europe orientale et l'Asie centrale, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, et l'Europe occidentale et l'Amérique du Nord ne sont pas indiqués, car les données étaient disponibles pour quelques pays pour la période 2014-2018.

## ENGAGEMENT POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

5



VEILLER À CE QUE 90 % DES JEUNES AIENT LES COMPÉTENCES, LES CONNAISSANCES ET LES CAPACITÉS NÉCESSAIRES POUR SE PROTÉGER EUX-MÊMES CONTRE LE VIH ET QU'ILS AIENT ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE D'ICI 2020, AFIN DE RÉDUIRE LE NOMBRE ANNUEL DES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH PARMIS LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES À MOINS DE 100 000.

Un élément essentiel des ripostes au VIH est de veiller à ce que les jeunes sachent comment éviter les infections au VIH et où ils peuvent accéder en toute sécurité aux services de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive.

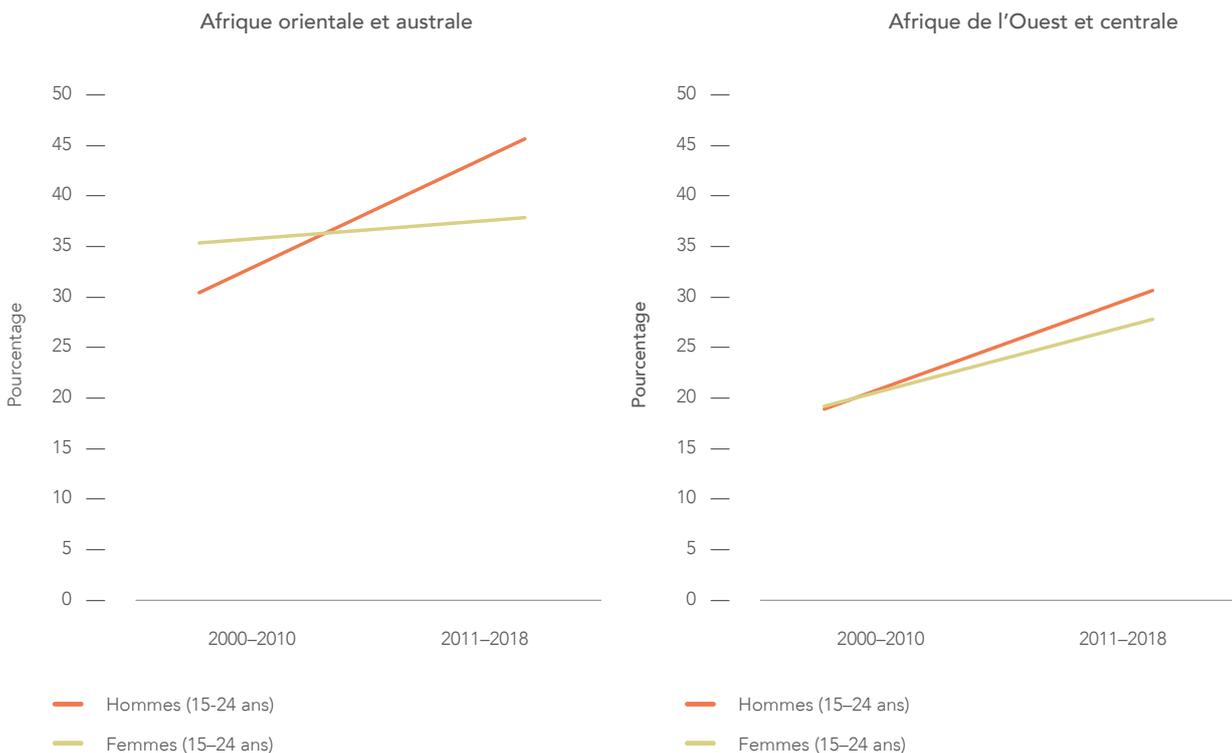
Une analyse des enquêtes de population menées depuis 2000 suggère que la connaissance globale du VIH chez les jeunes femmes et hommes d'Afrique occidentale et centrale – et chez les hommes d'Afrique orientale et australe – a régulièrement augmenté. Toutefois, la

connaissance complète du VIH chez les jeunes femmes n'a pas beaucoup progressé chez les jeunes femmes en Afrique Orientale et Australe malgré les efforts déployés (Figure 2.23).

Des enquêtes récentes démontrent qu'il reste encore beaucoup de travail à faire. Parmi les enquêtes menées entre 2011 et 2018, seuls 39 % des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) en Afrique orientale et australe – et 28 % en Afrique occidentale et centrale – ont démontré posséder une connaissance complète du VIH, contre 46 % et 31 % des jeunes hommes de la même tranche d'âge, respectivement.

FIGURE 2.23

### Connaissance complète du VIH chez les jeunes (15-24 ans), certains pays d'Afrique subsaharienne, 2000-2018



Source : Enquêtes de population dans les pays ayant mené deux ou plusieurs enquêtes de ce type, 2000-2018.

## ENGAGEMENT POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

6



VEILLER À CE QUE 75 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, À RISQUE OU INFECTÉES PAR LE VIH, BÉNÉFICIENT D'UNE PROTECTION SOCIALE SENSIBLE AU VIH À L'HORIZON 2020.

Les objectifs de développement durable (ODD) appellent à une protection sociale universelle et à la garantie d'un niveau de sécurité sociale de base, au moins, pour tous. Des efforts accrus sont nécessaires pour étendre la couverture : seuls 45 % de la population mondiale bénéficient d'une protection sociale, tandis que les 55 % restants, soit environ 4 milliards de personnes, ne sont pas couverts (4).

Dans les pays où le fardeau du VIH est élevée, il est recommandé que les régimes de protection sociale soient sensibles aux besoins des personnes vivant avec le VIH, de celles qui sont plus exposées au risque d'infection par le VIH et des autres personnes touchées par l'épidémie. Parmi les 35 pays qui représentent près de 90 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde, 31 ont déclaré à l'ONUSIDA en 2019 ou 2020 qu'ils disposaient d'une stratégie, d'une politique ou d'un cadre de protection sociale approuvé (Tableau 2.2). Parmi ceux-ci, 26 ont déclaré que leurs stratégies étaient mises en œuvre. Parmi les stratégies approuvées, 25 font référence au VIH, 22 aux personnes vivant avec le VIH en tant que bénéficiaires clés et 13 aux

populations clés à haut risque d'infection par le VIH en tant que bénéficiaires clés. Seuls deux pays (la République islamique d'Iran et le Mozambique) ont indiqué que tous les éléments sensibles au VIH sont pris en compte dans une stratégie de protection sociale en cours de mise en œuvre.

Dans les 25 pays avec un lourd fardeau pour le VIH pour lesquels des données sont disponibles, la proportion de la population couverte par une prestation de protection sociale au moins oscillait entre 1,6 % au Myanmar à 90,4 % en Fédération de Russie, avec une médiane de 15,3 %. Moins de la moitié de la population était couverte par une prestation de protection sociale au moins dans 19 des 25 pays pour lesquels des données sont disponibles (5).

Parmi les 21 pays ayant un fort fardeau au VIH, qui ont des stratégies faisant référence au VIH et reconnaissant les personnes vivant avec le VIH comme des bénéficiaires clés, seuls cinq pays (Brésil, Chine, Indonésie, Fédération de Russie et États-Unis d'Amérique) ont indiqué que la moitié, au moins, de la population totale est couverte par une prestation de protection sociale, au moins.

TABLEAU 2.2

### Couverture effective des prestations de protection sociale et sensibilité au VIH des stratégies, politiques ou cadres de protection sociale dans les pays bénéficiant de l'initiative Fast Track, 2019 et 2020

	Proportion de la population totale couverte par une prestation de protection sociale au moins (ODD 1.3.1)	Dispose d'une stratégie, d'une politique ou d'un cadre de protection sociale approuvé	Faisant référence au VIH	Reconnait les personnes vivant avec le VIH comme des bénéficiaires clés	Reconnait les populations clés comme des bénéficiaires essentiels	Reconnait les adolescentes et les jeunes femmes comme des bénéficiaires essentiels	Reconnait les enfants touchés par le VIH comme des bénéficiaires clés	Reconnait les familles touchées par le VIH comme des bénéficiaires clés	Aborde la question des tâches domestiques non rémunérées dans le contexte du VIH
Angola	9,9	*							
Botswana	15,4								
Brésil	74,9								
Cameroun	8,7								
Tchad	Données non disponibles								
Chine	63								
Côte d'Ivoire	Données non disponibles								
République démocratique du Congo	14,1								
Eswatini	Données non disponibles								
Éthiopie	11,6								
Ghana	18,3								
Haïti	Données non disponibles	*							
Inde	22								
Indonésie	54								
Iran (République islamique d')	Données non disponibles								
Jamaïque	Données non disponibles								
Kenya	10,4								
Lesotho	9,2								
Malawi	21,3	*							
Mali	Données non disponibles								
Mozambique	10,9								
Myanmar	1,6								
Namibie	Données non disponibles								
Nigeria	11								
Pakistan	8	*							
Afrique du Sud	47,8								
Soudan du Sud	Données non disponibles	*							
Ouganda	2,9								
Ukraine	73								
République Unie de Tanzanie	4								
Vietnam	37,9								
Zambie	15,3								
Zimbabwe	Données non disponibles								
Fédération de Russie	90,4								
États-Unis d'Amérique	76,1								

- Oui
- Non
- Données non disponibles

Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>) ; Base de données mondiale des indicateurs ODD [Internet]. New York : Division des statistiques des Nations unies ; c2020 (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, consulté le 17 avril 2020).

\*La stratégie de protection sociale n'est pas mise en œuvre.



Crédit : ONUSIDA

## ENGAGEMENT POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

7



S'ASSURER QU'AU MOINS 30 % DES PRESTATIONS DE SERVICES SOIENT DIRIGÉES PAR LA COMMUNAUTÉ À L'HORIZON 2020.

Les communautés jouent un rôle essentiel dans les ripostes au VIH, en tant que leaders, défenseurs, prestataires de services et contrôleurs. Les États membres des Nations unies ont reconnu le rôle que jouent les organisations communautaires en s'engageant à fournir des services dirigés par la communauté. Toutefois, les progrès réalisés dans le cadre de cet engagement se sont avérés

difficiles à évaluer, en partie, car la prestation de services par la communauté n'était pas dûment définie. Pour traiter cette question, la société civile et les gouvernements travaillent ensemble au sein du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA afin de formuler des recommandations sur l'utilisation de définitions pour les ripostes communautaires au VIH.

## ENGAGEMENT POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

8



VEILLER À CE QUE LES INVESTISSEMENTS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ATTEIGNENT 26 MILLIARDS DE DOLLARS D'ICI 2020, DONT UN QUART POUR LA PRÉVENTION DU VIH ET 6 % POUR LES FACILITATEURS SOCIAUX.

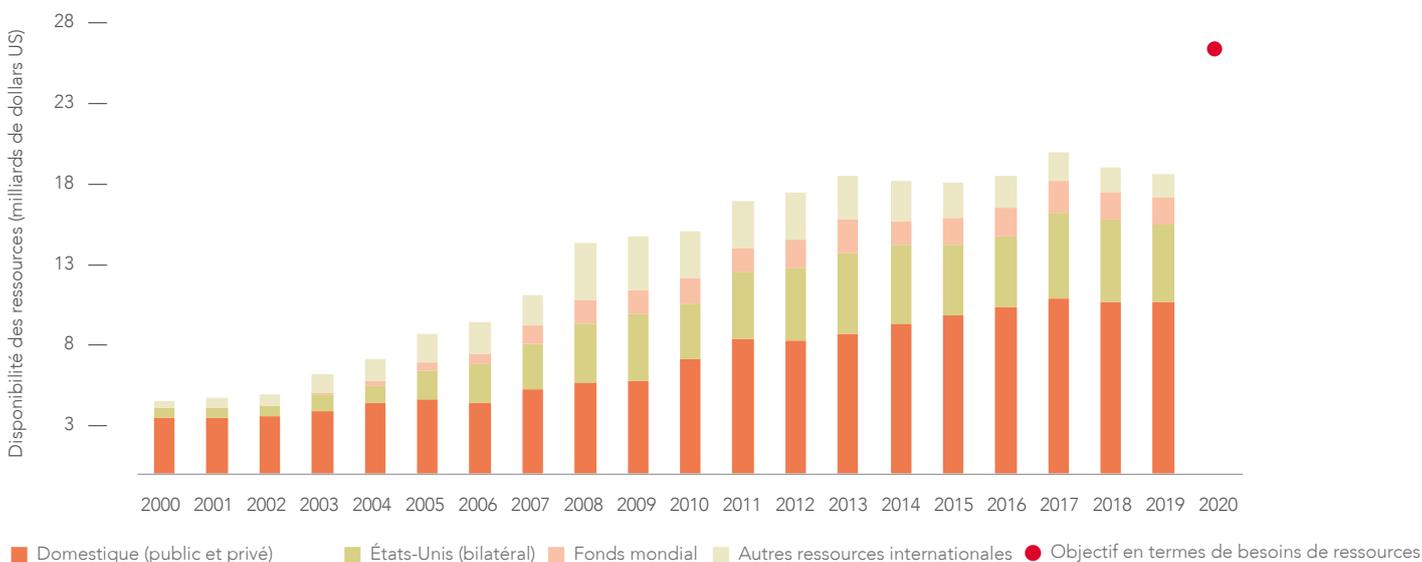
Le déficit de financement pour les ripostes au VIH se creuse. Le dynamisme induit par l'accord mondial sur les Objets de développement durable (ODD) en 2000 s'est étiolé depuis l'adoption des ODD. Les augmentations des ressources affectées à la riposte au VIH dans les pays à faibles et moyens revenus ont connu un coup d'arrêt en 2017, avec une contraction de 7 % des financements entre 2017 et 2019 (à 18,6 milliards US\$ en US dollars constants de 2016) (Figure 2.24).<sup>2</sup> Dans ces pays, le financement total disponible en 2019 pour le VIH s'élevait à quelque 70 % de l'objectif 2020 fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies.

Les investissements nationaux dans la lutte contre le VIH dans les pays à faible et moyen revenu ont augmenté de 50 % depuis 2010. Cette croissance

a atteint un pic en 2017, puis a diminué de 2 % au cours des deux années suivantes (en termes réels, corrigés par l'inflation).<sup>3</sup> L'aide financière accordée à ces pays par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) a augmenté de 26 % entre 2010 et 2017, mais a ensuite diminué de 15 % au cours des deux années suivantes, débouchant sur une augmentation totale de 7 % sur la période de neuf ans. Le financement bilatéral fourni à ces pays par le gouvernement américain – principalement par le biais du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) – a augmenté de 50 % entre 2010 et 2017 avant de diminuer de 8 % au cours des deux années suivantes, débouchant sur une augmentation totale de 38 % depuis 2010 (en dollars américains constants de 2016). Les contributions provenant d'autres sources

FIGURE 02.24

### Disponibilité des ressources et principales sources de financement consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à faibles et moyens revenus, 2000–2019, avec les estimations des besoins en termes de ressources pour 2020



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>). Note : Dollars américains constants de 2016.

2 Les estimations de la disponibilité des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2016 afin de tenir compte de l'inflation et de pouvoir être comparées à l'objectif qui a été fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la Déclaration politique 2016 sur l'élimination du sida. 3 La diminution nominale (non ajustée à l'inflation) s'élevait à 4 %.

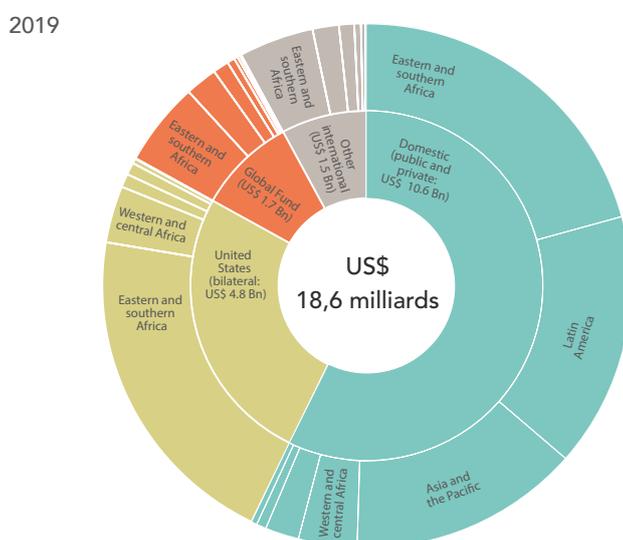
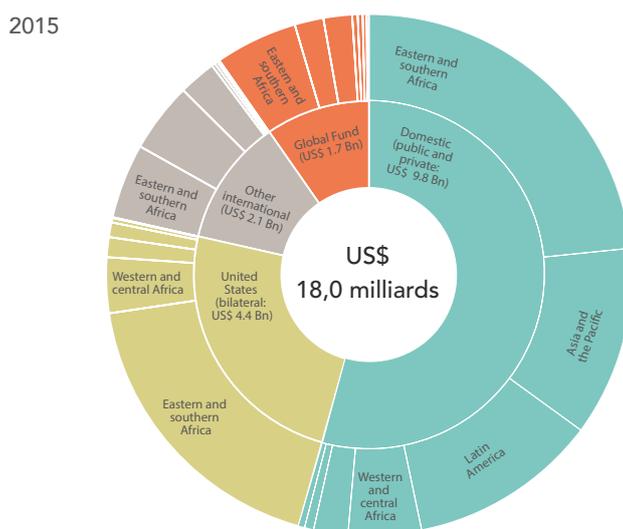
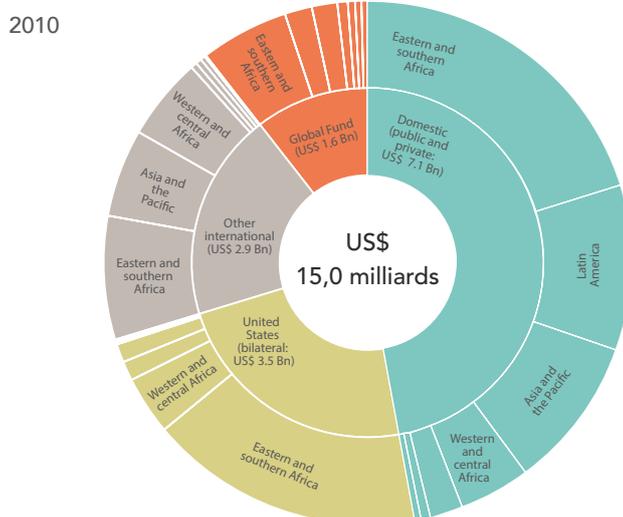
internationales ont diminué de 50 % entre 2010 et 2019. Ces tendances reflètent le fait que la plupart des donateurs bilatéraux ont considérablement réduit leurs contributions à la lutte mondiale contre le VIH au cours de ces dernières années. Le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, le deuxième plus grand contributeur bilatéral d'aide publique au développement pour le VIH, a diminué son financement bilatéral de 30 % entre 2017 et 2018, puis a maintenu le niveau de financement de 2018 en 2019.

Une analyse plus approfondie des données relatives aux ressources financières démontre que la combinaison des sources de financement consacrées aux ripostes au VIH dans les pays à faible et moyen revenu a considérablement évolué depuis 2010. La part des ressources nationales est passée de 47 % du financement total en 2010 à 57 % en 2019 (Figure 2.26). Le financement bilatéral des États-Unis est passé de 23 % à 26 % au cours de la même période, le financement du Fonds mondial a diminué de 11 % à 9 % et le financement des autres donateurs internationaux est passé de 20 % des ressources totales consacrées au VIH en 2010 à seulement 8 % en 2019.

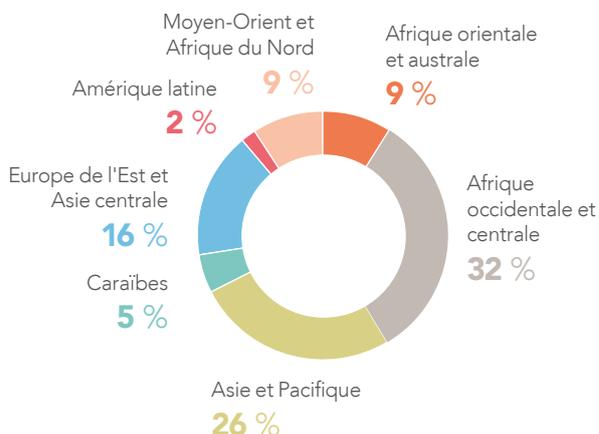
Au cours de cette même période (2010-2019), le financement des ripostes au VIH a augmenté dans toutes les régions, sauf en Afrique occidentale et centrale, dans les Caraïbes et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (voir les chapitres consacrés aux régions pour plus de détails).

En Amérique latine, où les ripostes au VIH sont principalement financées par les ressources

**FIGURE 2.26**  
**Évolution du paysage du financement de la lutte contre le VIH, toutes sources confondues, 2010-2019**



**FIGURE 02.25**  
**Déficit de financement entre les ressources de 2019 et les besoins estimés, 2020, par région**



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Note : Toutes les unités en dollars américains constants de 2016. Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

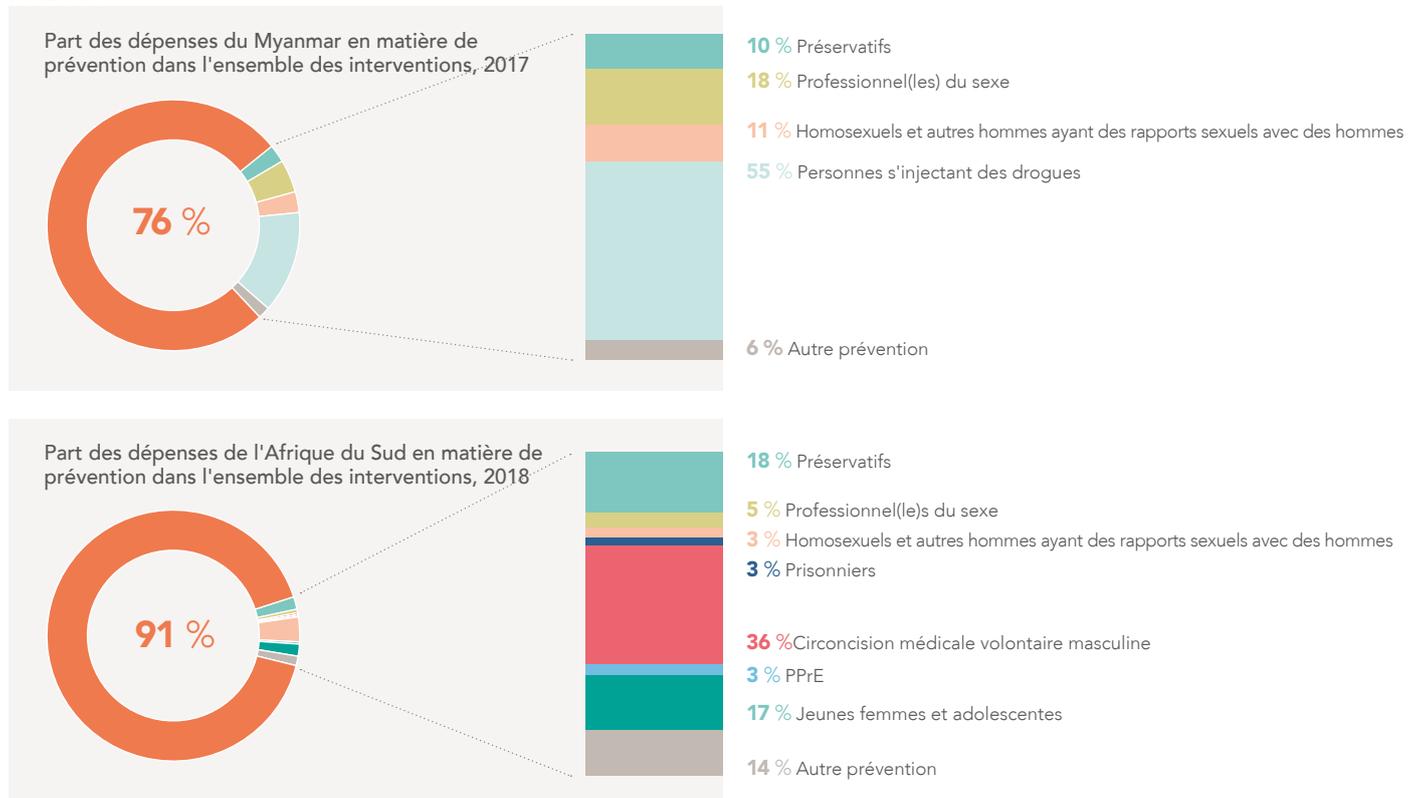
nationales, la disponibilité totale des ressources a augmenté de 38 % entre 2015 et 2019. En revanche, les ressources totales disponibles pour la lutte contre le VIH en Afrique occidentale et centrale ont diminué de 14 % en 2015-2019, en raison tant d'une forte baisse (59 %) des financements provenant de sources internationales autres que les États-Unis et le Fonds mondial que d'une diminution de 18 % des investissements nationaux dans la lutte contre le VIH. Le Fonds mondial et le soutien bilatéral des États-Unis se sont de plus en plus concentrés sur l'Afrique subsaharienne entre 2010 et 2019 (voir le chapitre 5 pour une analyse complémentaire). En 2019, les régions présentant les parts les plus importantes du déficit global de ressources dans les pays à faibles et moyens revenus étaient l'Afrique occidentale et centrale (32 %), l'Asie et le Pacifique (26 %), et l'Europe orientale et l'Asie centrale (17 %) (Figure 2.25).

Une grande partie des dépenses consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à faibles et moyens revenus est affectée au dépistage du VIH et à la

thérapie antirétrovirale. Les États membres des Nations unies ont reconnu en 2016 que les efforts de prévention du VIH nécessitaient une plus grande attention, ce qui a mené à un engagement mondial de consacrer à la prévention un quart des ressources de lutte contre le VIH. Le pourcentage des dépenses totales nécessaires aux programmes de prévention primaire du VIH fondés sur des données probantes varie d'un pays à l'autre, en fonction du nombre de personnes vivant avec le VIH dans le pays, du coût par personne de la thérapie antirétrovirale et d'autres variables.<sup>4</sup> Au Myanmar, les dépenses consacrées à la prévention du VIH axée sur les populations qui en ont le plus besoin représentaient la majeure partie des 24 % des dépenses totales consacrées à la prévention primaire du VIH en 2017 (Figure 2.27). En Afrique du Sud, le pays qui compte le plus grand nombre de personnes séropositives sous traitement, les dépenses consacrées à la prévention primaire du VIH en 2018 représentaient environ 9 % des dépenses totales consacrées au VIH. De plus, certains pays continuent de consacrer une part importante de leur financement à des formes moins efficaces de prévention du VIH.

FIGURE 2.27

**Dépenses nationales consacrées aux interventions de prévention considérées comme une proportion des dépenses totales consacrées aux interventions de lutte contre le VIH, 2017 et 2018**



Note : les interventions ne sont incluses que si elles représentent plus de 1 % des dépenses de prévention  
 Source : rapports nationaux à l'ONUSIDA ; Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2019-2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

4 Les interventions prioritaires en matière de prévention primaire du VIH sont : (i) la prévention combinée pour les adolescentes et les jeunes femmes et leurs partenaires masculins dans les zones à forte prévalence, principalement en Afrique subsaharienne ; (ii) les programmes de prévention combinée pour toutes les populations clés ; (iii) le renforcement des programmes nationaux de distribution de préservatifs et de modification des comportements qui y sont liés ; (iv) la circoncision médicale volontaire masculine ; et (v) la PPrE. Voir : Feuille de route 2020 pour la prévention du VIH : accélérer la prévention du VIH pour réduire de 75 % le nombre de nouvelles infections. Genève : ONUSIDA ; 2016.

## ENGAGEMENT POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE

9



PERMETTRE AUX PERSONNES QUI VIVENT AVEC LE VIH, QUI SONT À RISQUE ET QUI SONT INFECTÉES PAR LE VIH DE CONNAÎTRE LEURS DROITS ET D'AVOIR ACCÈS AUX SERVICES JURIDIQUES ET LÉGAUX AFIN DE PRÉVENIR ET DE COMBATTRE LES VIOLATIONS DES DROITS DE L'HOMME.

Pour être efficaces, les ripostes au VIH doivent s'appuyer sur des environnements juridiques, politiques et sociaux qui permettent aux personnes vivant avec le VIH, à celles qui sont plus exposées à un risque élevé d'infection au VIH et aux autres personnes touchées par l'épidémie, de faire valoir leurs droits et d'obtenir réparation lorsque ces droits sont violés.

En 2019, les autorités nationales de 90 pays ont informé l'ONUSIDA sur la question de savoir si les mécanismes de protection des droits étaient en place. La plupart (69) ont rapporté l'existence de systèmes d'aide juridique applicables au

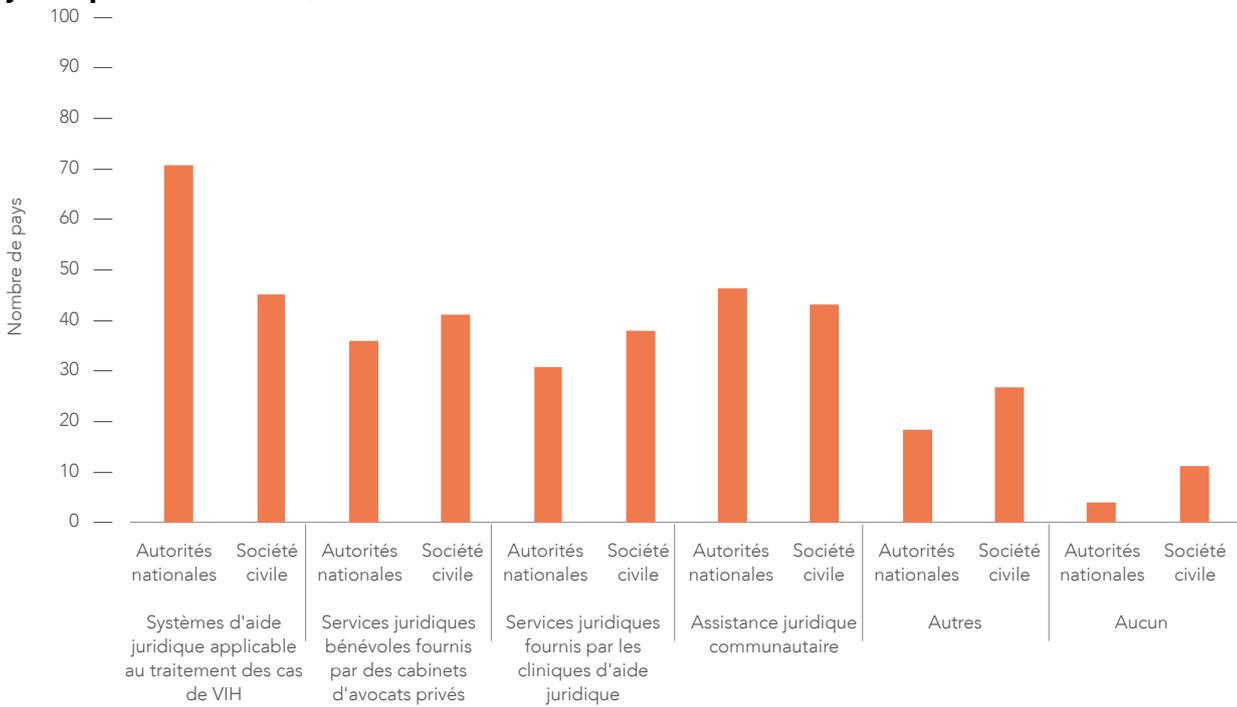
traitement des cas de VIH, tandis que la moitié (45) ont signalé la disponibilité d'une assistance juridique communautaire. Les services juridiques bénévoles fournis par des cabinets d'avocats privés (35) et les services juridiques fournis par des cliniques d'aide juridique (30) sont beaucoup plus rarement rapportés. Les représentants de la société civile étaient moins susceptibles de signaler l'existence de systèmes d'aide juridique applicables au traitement des cas de VIH, mais ils étaient plus susceptibles de signaler l'existence de services juridiques bénévoles et de services juridiques fournis par des cliniques d'aide juridique (Figure 2.28).



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 2.28

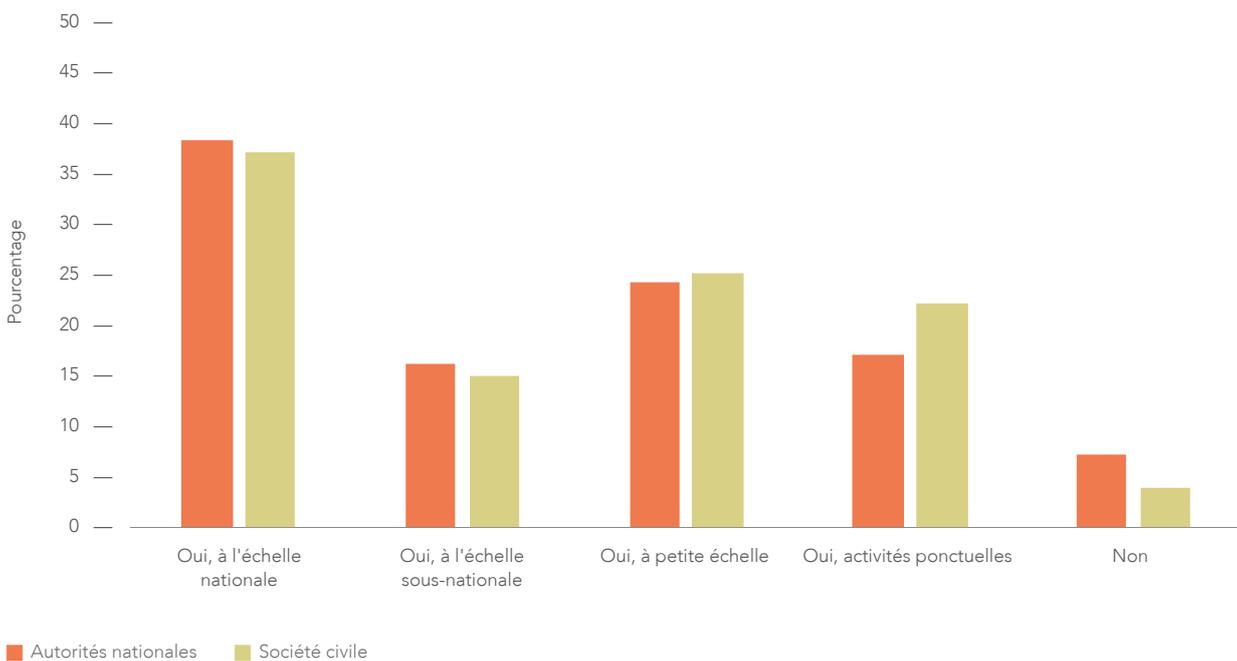
**Pays possédant des mécanismes ayant pour objet de promouvoir l'accès à des services juridiques abordables, 2019**



Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).  
 Note : Les données résultent des rapports des autorités nationales de 90 pays et des représentants de la société civile de 89 pays. Les Engagements nationaux et Instrument politique se composent de deux parties, la première complétée par les autorités nationales et la seconde par la société civile et d'autres partenaires non gouvernementaux engagés dans la riposte nationale.

FIGURE 2.29

**Pays disposant de programmes de formation et/ou de renforcement des capacités pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, sur leurs droits dans le contexte du VIH, 2019**



Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Les rapports des autorités nationales et des représentants de la société civile étaient similaires pour ce qui concerne la disponibilité, en 2019, de programmes de formation pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, sur leurs droits dans le contexte du VIH, ainsi que pour ce qui concerne le niveau et l'échelle de ces programmes (Figure 2.29). Les rapports des pays à l'ONUSIDA en 2019 démontrent que les programmes de formation sur les droits de l'homme et les cadres juridiques de non-discrimination applicables au VIH fonctionnent à l'échelle nationale pour la police et le personnel chargé de l'application de la loi dans 40 des 102 pays ayant remis un rapport, pour les membres du système judiciaire dans 36 des

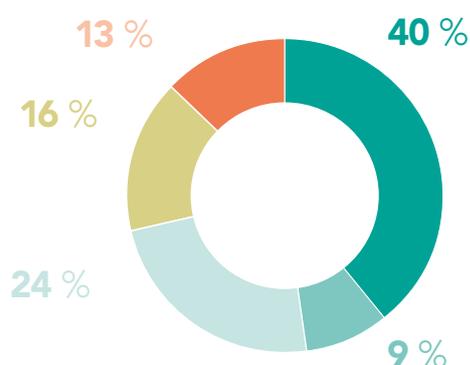
100 pays ayant remis un rapport, et pour les législateurs et les parlementaires dans 30 des 97 pays ayant remis un rapport (Figure 2.30).

Les rapports des autorités nationales et des représentants de la société civile suggèrent que des procédures de plaintes et des systèmes de protection de la confidentialité et de la vie privée des patients dans les établissements de santé sont souvent en place, mais que les obstacles à l'accès à ces mécanismes sont fréquents. Il s'agit notamment d'une sensibilisation ou d'une connaissance limitée de la manière d'utiliser ces mécanismes, d'un fonctionnement inapproprié de ces mécanismes, de contraintes de coûts et d'une absence d'approches sensibles au VIH (Figure 2.31).

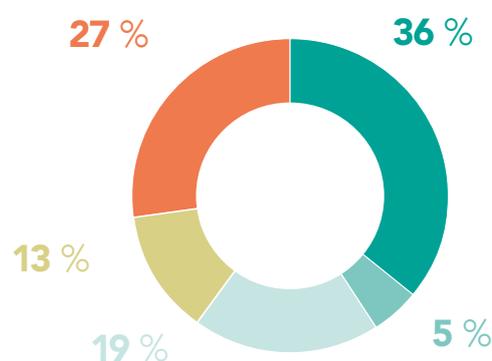
FIGURE 2.30

### Pays disposant de programmes de formation sur les droits de l'homme et les cadres juridiques de non-discrimination applicables au VIH, 2019

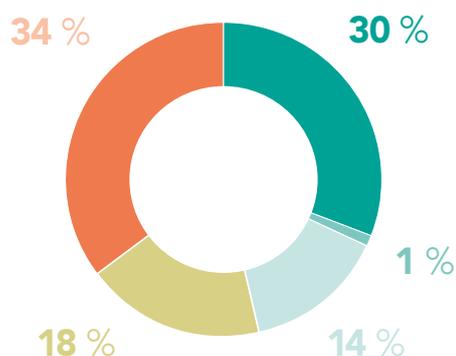
Police et autre personnel chargé de l'application des lois (n = 102)



Membres du système judiciaire (n = 100)



Fonctionnaires élus (législateurs/parlementaires) (n = 97)



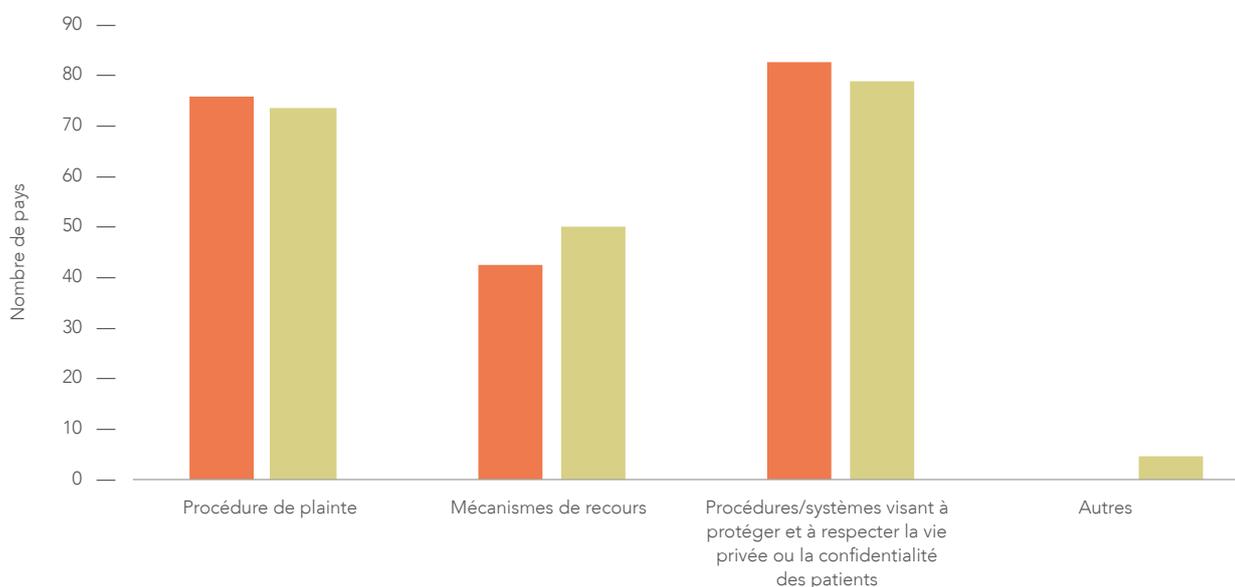
- Oui, à l'échelle nationale
- Oui, à l'échelle sous-nationale
- Oui, à petite échelle
- Oui, activités ponctuelles
- Non

Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

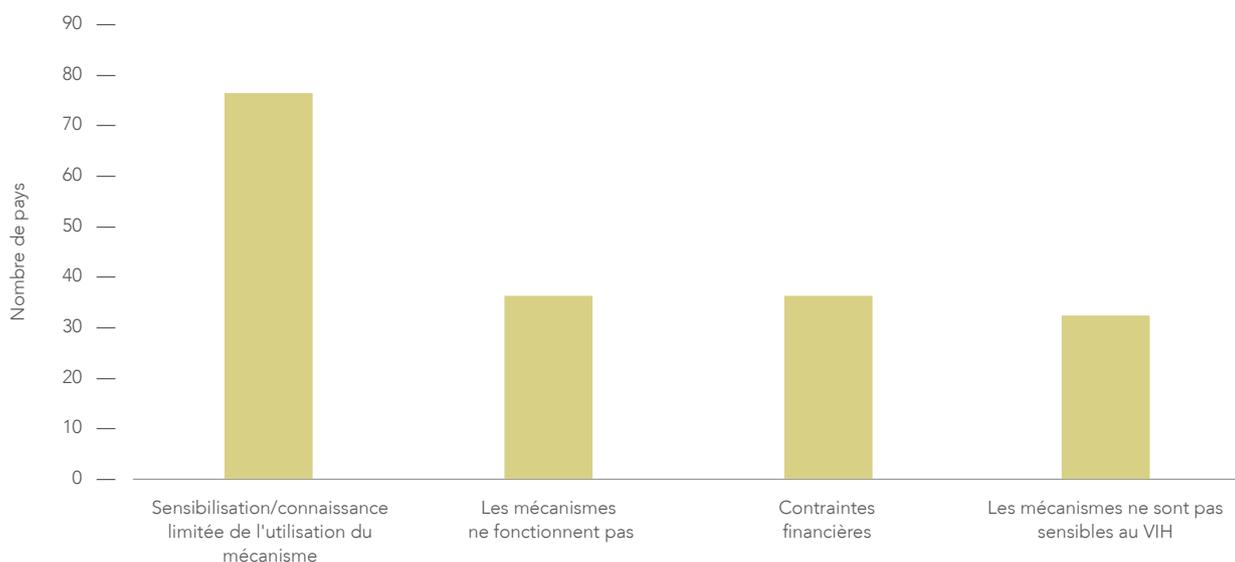
FIGURE 2.31

**Pays disposant de mécanismes de responsabilisation en matière de discrimination et de violations des droits de l'homme dans les établissements de soins de santé et obstacles à l'accès à ces mécanismes, au niveau mondial, 2019**

Mécanismes de responsabilisation



Obstacles à l'accès



- Autorités nationales
- Société civile

Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).  
 Note : Les Engagements nationaux et Instrument politique se composent de deux parties, la première complétée par les autorités nationales et la seconde par la société civile et d'autres partenaires non gouvernementaux engagés dans la riposte nationale.

## ENGAGEMENT POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE

10



S'ENGAGER À SORTIR LE SIDA DE L'ISOLEMENT PAR LE BIAIS DE SYSTÈMES CENTRÉS SUR LA PERSONNE AFIN D'AMÉLIORER LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE, Y COMPRIS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE, DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ET DES HÉPATITES B ET C.

Le risque de développer la tuberculose est 19 fois plus élevé (fourchette, 15-22) pour une personne vivant avec le VIH que pour le reste de la population mondiale. Et la tuberculose reste la principale cause de décès prématuré chez les personnes vivant avec le VIH (6).

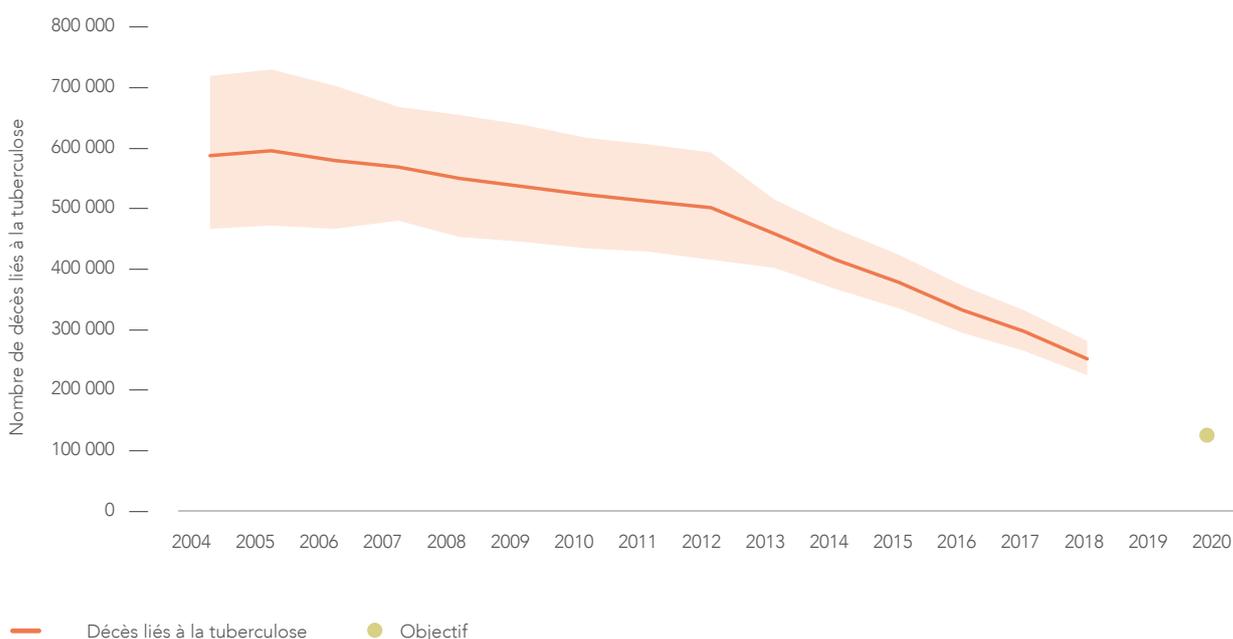
Le renforcement de la thérapie antirétrovirale et les améliorations dans des services de lutte contre le VIH et la tuberculose ont réduit de 58 %, au niveau mondial, le nombre de décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, d'un pic de 590 000 [470 000–730 000] en 2005 à 250 000 [220 000–280 000] en 2018 (Figure 2.32). Parmi les 135 pays qui ont communiqué des données à l'ONUSIDA et à l'Organisation

mondiale de la santé (OMS) en 2019, 47,5 % des 862 000 [776 000-952 000] personnes vivant avec le VIH et ayant développé la tuberculose (cas incidents) ont reçu un traitement à la fois pour le VIH et la tuberculose.

Depuis 2010, les décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH ont diminué dans les dix pays enregistrant la majorité de ces décès : la République démocratique du Congo (baisse de 33 %), l'Inde (baisse de 84 %), le Kenya (baisse de 69 %), le Malawi (baisse de 56 %), le Mozambique (baisse de 49 %), le Nigeria (baisse de 39 %), l'Afrique du Sud (baisse de 52 %), l'Ouganda (baisse de 14 %), la République unie de Tanzanie (baisse de 60 %) et la Zambie (baisse de 8 %).

FIGURE 2.32

### Nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, au niveau mondial, 2004-2018 et objectif 2020



Source : Rapport mondial sur la tuberculose. Genève : OMS ; 2019.

Le déficit de dépistage de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH se réduit (Figure 2.33). Toutefois, les 477 461 cas de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, qui ont été notifiés en 2018, ne représentaient que 56 % du nombre estimé de cas de tuberculose incidents parmi les personnes vivant avec le VIH au cours de cette année-là. Parmi les personnes vivant avec le VIH, dont les cas de tuberculose ont été notifiés, 86 % avaient accès à une thérapie antirétrovirale en 2018.

Des informations supplémentaires sur l'intégration des ripostes au VIH et à la tuberculose, y compris la fourniture d'un traitement préventif de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, sont disponibles au chapitre 5.

La co-infection par le VIH et l'hépatite C est signalée dans toutes les populations clés à haut risque de VIH, en particulier parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Cela s'explique par la facilité avec laquelle les deux virus se propagent via le partage de matériel de préparation et d'injection non stériles de drogues (Figure 2.34). Des informations supplémentaires sur l'intégration des ripostes au VIH et aux hépatites virales sont disponibles au chapitre 5.

Le cancer du col de l'utérus est le cancer le plus fréquent chez les femmes vivant avec le VIH, et la probabilité qu'une femme vivant avec le VIH développe un cancer du col de l'utérus invasif est jusqu'à cinq fois plus élevée que pour une femme qui ne vit pas avec le VIH (7). Presque tous les cas de cancer du col de l'utérus sont causés par le virus du papillome humain (VPH), une infection courante mais évitable, à laquelle les femmes vivant avec le VIH sont plus exposées, ce risque augmentant lorsque le nombre de CD4 est plus faible (8). Les données et analyses sur les efforts déployés pour étendre la vaccination contre le virus du papillome humain peuvent être consultées au chapitre 5.

La plupart des pays présentant des taux élevés de cancer du col de l'utérus se trouvent en Afrique subsaharienne. Les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus se mettent lentement en place dans les pays à forte morbidité. En 2019, 11 pays d'Afrique subsaharienne ont déclaré disposer de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus, soit opportunistes, soit organisés au sein de la population. La couverture estimée des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus dans les 11 pays varie, de moins de 10 % en Éthiopie, en Guinée et à Madagascar à 50-70 % au Mozambique et en Afrique du Sud (Tableau 2.3).

FIGURE 2.33

**Nombre de nouveaux cas de tuberculose notifiés et de rechutes connus comme étant séropositifs, nombre de patients tuberculeux séropositifs recevant une thérapie antirétrovirale et nombre estimé de cas de tuberculose incidents parmi les personnes vivant avec le VIH, 2004-2018**

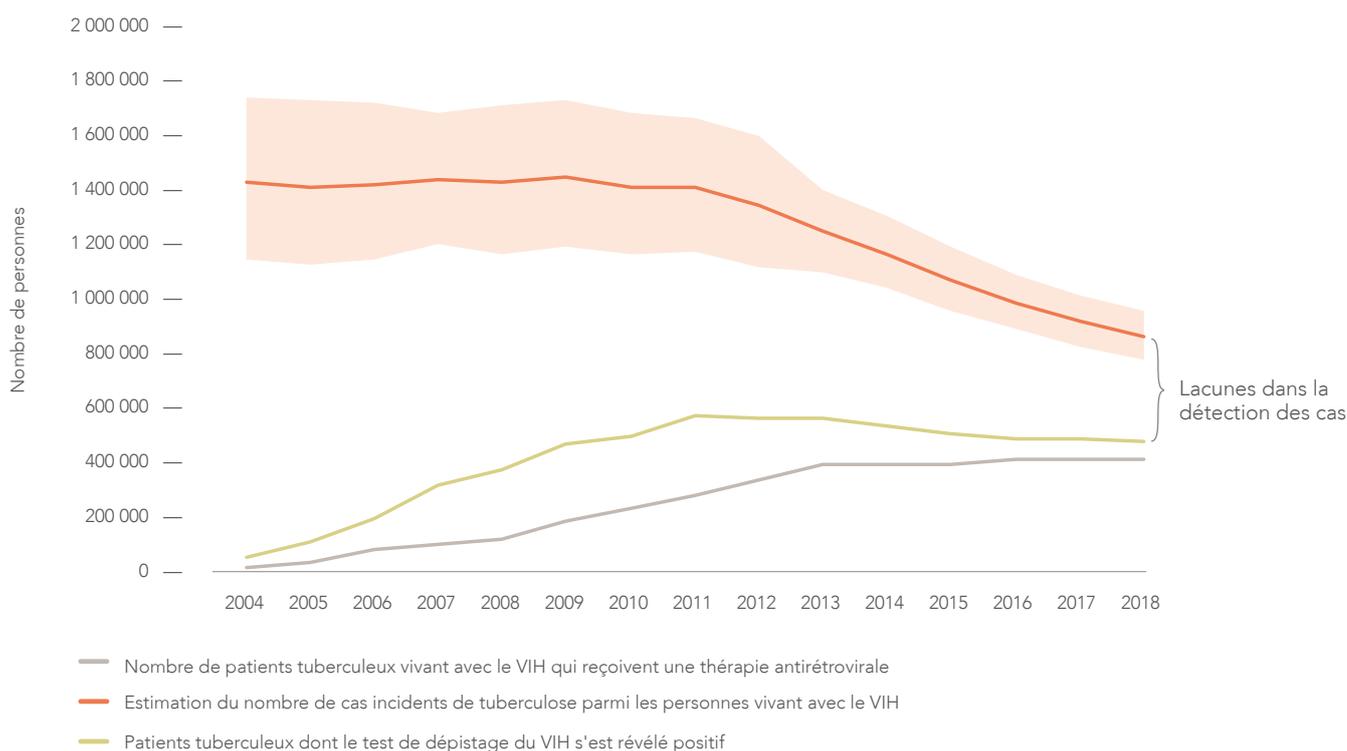
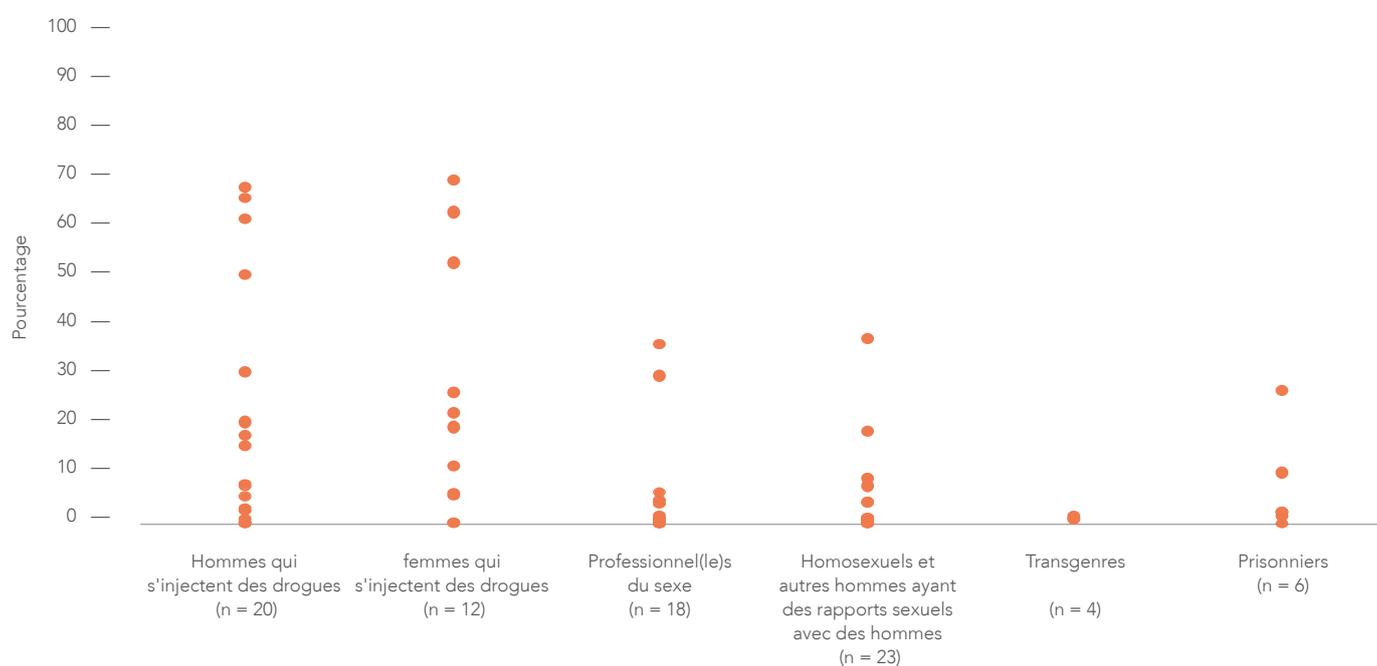


FIGURE 2.34

Répartition des co-infections par l'hépatite C et le VIH, par population clé, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

TABLEAU 2.3

### Pays d'Afrique subsaharienne rapportant un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, ses caractéristiques et sa couverture estimée, 2019

Couverture estimée	Pays	Type de dépistage	Méthode de dépistage la plus utilisée
50–70 %	Mozambique	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle <sup>1</sup>
	Afrique du Sud	Dépistage opportuniste	Frottis PAP
10–50 %	Burkina Faso	Dépistage organisé au sein de la population	Inspection visuelle <sup>1</sup>
	Côte d'Ivoire	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle <sup>1</sup>
	Djibouti	Dépistage organisé au sein de la population	Frottis PAP
	Kenya	Dépistage opportuniste	Test VPH
	Malawi	Dépistage organisé au sein de la population	Inspection visuelle <sup>1</sup>
	Sénégal	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle <sup>1</sup>
<10 %	Éthiopie	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle <sup>1</sup>
	Guinée	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle <sup>1</sup>
	Madagascar	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle <sup>1</sup>

Source : Couverture du programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus (%). Dans : L'Observatoire mondial de la santé [base de données]. Genève : OMS ; c2020 ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/coverage-of-national-cervical-cancer-screening-program\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/coverage-of-national-cervical-cancer-screening-program(-)), consulté le 2 juin 2020).

<sup>1</sup> Examen visuel avec de l'acide acétique.

Note sur la méthodologie d'estimation de la couverture : La recommandation de couverture de l'OMS est le dépistage du cancer du col de l'utérus pour toutes les femmes de plus de 30 ans. Réponse officielle des pays à l'enquête de l'OMS sur les capacités des pays en matière de maladies non transmissibles. Les pays ayant indiqué qu'ils disposaient d'un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus ont été invités à en préciser la couverture : « moins de 10 % », « de 10 % à 50 % », « plus de 50 % mais moins de 70 % » ou « 70 % ou plus ».

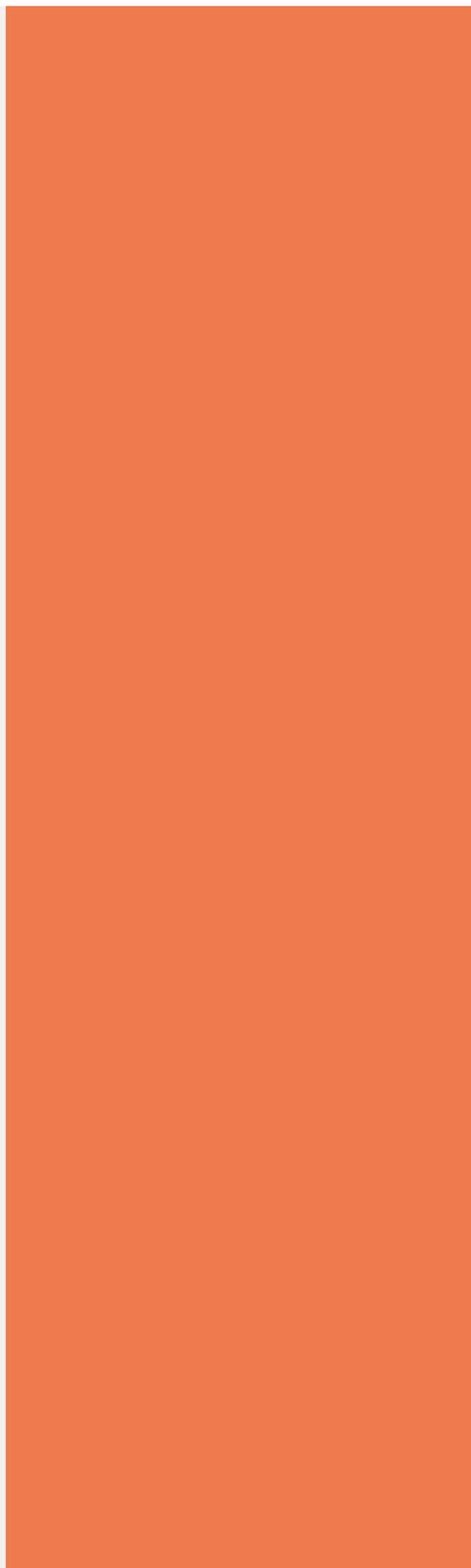
Note sur le type de dépistage : Les programmes de dépistage organisés sont privilégiés à une approche ad hoc et opportuniste pour obtenir une couverture de dépistage élevée.

## Références

1. Galarraga O, Wamai RG, Sosa-Rubí SG, Mugo MG, Contreras-Loya D, Bautista-Arrodondo S et al. HIV prevention costs and their predictors: evidence from the ORPHEA Project in Kenya. *Health Policy Plan.* 2017;32(10):1407-16.
2. Kahn JG, Marseille E, Auvert B. Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *PLoS Med.* 2006;3(12):e517.
3. Borgdorff MW, Kwaro D, Obor D, Otieno G, Kamire V, Odongo F et al. HIV incidence in western Kenya during scale-up of antiretroviral therapy and voluntary medical male circumcision: a population-based cohort analysis. *Lancet HIV.* 2018;5(5):e241-e249.
4. World social protection report 2017–19: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. Genève : OIT ; 2017.
5. Base de données mondiale sur les indicateurs ODD [Internet]. New York : Division des statistiques des Nations Unies ; c2020 (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, consulté le 17 avril 2020).
6. Rapport mondial sur la tuberculose. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019.
7. Denslow SA, Rositch AF, Firnhaber C, Ting J, Smith JS. Incidence and progression of cervical lesions in women with HIV: a systematic global review. *Int J STD AIDS.* 2014;25:163-77.
8. Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas R. HIV-positive women have higher risk of HPV infection, precancerous lesions, and cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2018 Mar 27;32(6):795-808.



# 03



# SYNERGIES ENTRE LES RIPOSTES AUX PANDÉMIES

# SYNERGIES ENTRE LES RIPOSTES AUX PANDÉMIES

## POINTS SUR LES DONNÉES

UNE INTERRUPTION DE SIX MOIS  
DANS LE TRAITEMENT DU VIH  
CAUSERAIENT PLUS DE

**500 000 DÉCÈS  
SUPPLÉMENTAIRES**  
DUS À DES MALADIES LIÉES AU SIDA

EN AFRIQUE SUB SAHARIENNE

FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE  
SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME

A RENDU DISPONIBLE

**1 MILLIARD US\$**

POUR AIDER LES PAYS À LUTTER  
CONTRE LA COVID-19

## AU MOINS 101 PAYS

POSSÈDENT DES POLITIQUES NATIONALES POUR  
LA FOURNITURE DE MÉDICAMENTS NÉCESSAIRES  
POUR TROIS MOIS AUX PERSONNES QUI SONT  
STABLES SOUS THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE,  
ET 14 AUTRES PAYS  
DISPENSENT UN APPROVISIONNEMENT DE  
SIX MOIS POUR LES PATIENTS STABLES

SI LES POLITIQUES ACTUELLES  
DE DÉLIVRANCE PLURIMENSUELLE SONT  
PLEINEMENT MISES EN ŒUVRE,

**UNE RÉDUCTION  
ESTIMÉE À 28 %**

DES VISITES DANS LES CLINIQUES  
POURRAIT ÊTRE RÉALISÉE

La pandémie de COVID-19 affecte la vie et les moyens de subsistance des gens partout dans le monde, mais l'impact est particulièrement grave chez les personnes défavorisées et marginalisées sur le plan socio-économique, ainsi que chez les personnes souffrant de maladies sous-jacentes (1, 2). À mesure que le coronavirus se propage dans les pays d'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH est élevée, il est démontré que les personnes vivant avec le VIH et les personnes atteintes de tuberculose active sont toutes deux plus exposées à la morbidité et à la mortalité liées à la COVID (3).

Les personnes vivant avec le VIH et les personnes plus exposées au risque d'infection par le VIH sont confrontées à des perturbations des services de santé et de lutte contre le VIH, qui mettent leur vie en danger, alors que les cas de COVID-19 submergent les capacités des systèmes de santé et que les confinements limitent les déplacements et mettent les économies à rude épreuve. La circoncision médicale volontaire masculine, la production et la distribution de préservatifs, la prophylaxie pré-exposition (PPrE), le dépistage et le traitement du VIH et d'autres programmes, ont tous été affectés négativement.

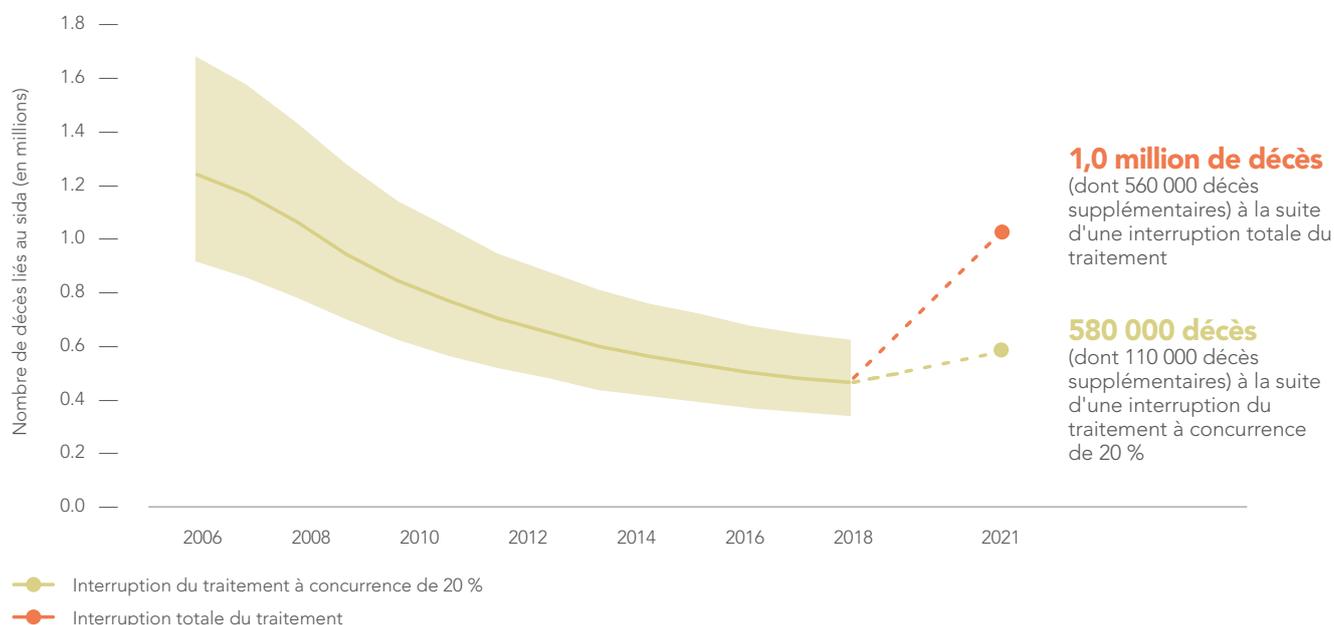
Une modélisation récente a estimé qu'une interruption complète de six mois de la Thérapie antirétrovirale pourrait entraîner plus de 500 000 [471 000-673 000] décès supplémentaires dus à des maladies liées au sida (y compris la tuberculose) en Afrique subsaharienne en 2020-2021 (Figure 3.1) (4). À supposer que les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant soient également interrompus pendant six mois, l'augmentation estimée des nouvelles infections infantiles ferait plus que doubler au Malawi, en Ouganda et au Zimbabwe, et augmenterait de 83 % au Mozambique (5).



EN SE MOBILISANT CONTRE LA COVID-19, LES PAYS TIRENT PARTI DE L'EXPÉRIENCE ET DES INVESTISSEMENTS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH, EN EXPLOITANT LES SYSTÈMES ET EN APPLIQUANT LES LEÇONS APPRISSES – DES ENSEIGNEMENTS QUI SOULIGNENT L'IMPORTANCE DU LEADERSHIP POLITIQUE, DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE, DES APPROCHES FONDÉES SUR LES DROITS ET MULTISECTORIELLES, ET DES ACTIONS GUIDÉES PAR DES DONNÉES PROBANTES.

FIGURE 3.1

### L'impact de six mois d'interruption de traitement à des degrés divers sur les décès liés au sida, Afrique subsaharienne, 2020-2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2019 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>). Les projections des décès liés au sida et des nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont été établies à partir d'une modélisation mathématique réalisée par cinq groupes de recherche, qui ont étudié les interruptions des services de prévention et de traitement du VIH sur des périodes de trois et six mois et leurs effets sur la mortalité et l'incidence du VIH en Afrique subsaharienne. Pour l'interruption totale : Jewell B, Mudimu E, Stover J, Kelly SL, Phillips A, Smith JA et al. pour le HIV Modelling Consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Manuscrit avant publication (<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>).

Pour l'interruption à concurrence de 20 % : Communication personnelle avec Britta L Jewell (Département d'épidémiologie des maladies infectieuses, Imperial College London), Edinah Mudimu (Département des sciences de la décision, Université d'Afrique du Sud), John Stover (Avenir Health), Debra ten Brink (Burnet Institute), Andrew N Phillips (Institute for Global Health, University College London), 25 juin 2020.

Une interruption totale de six mois de ces services est un scénario extrême, mais les perturbations des services de lutte contre le VIH causées par les confinements et l'énorme charge supplémentaire que la COVID-19 a fait peser sur les systèmes de santé, sont bien réelles. Ainsi, dans les semaines qui ont précédé un confinement partiel en Zambie, un projet financé par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), qui fournit une thérapie antirétrovirale à près de 46 000 personnes vivant avec le VIH à proximité d'installations militaires, a pris des mesures spéciales visant à maintenir les services de dépistage et de traitement du VIH (6). Il s'agissait notamment de renforcer les méthodes de communication avec les patients des cliniques et de protéger la logistique et les chaînes d'approvisionnement en médicaments et en kits de dépistage du VIH. Au début de la période de confinement partiel, le projet a néanmoins connu une forte baisse du nombre de diagnostics de VIH, du nombre de personnes commençant un traitement contre le VIH et du nombre de personnes vivant avec le VIH qui recevaient leurs médicaments (Figure 3.2). Les ajustements effectués avant et pendant le confinement ont finalement porté

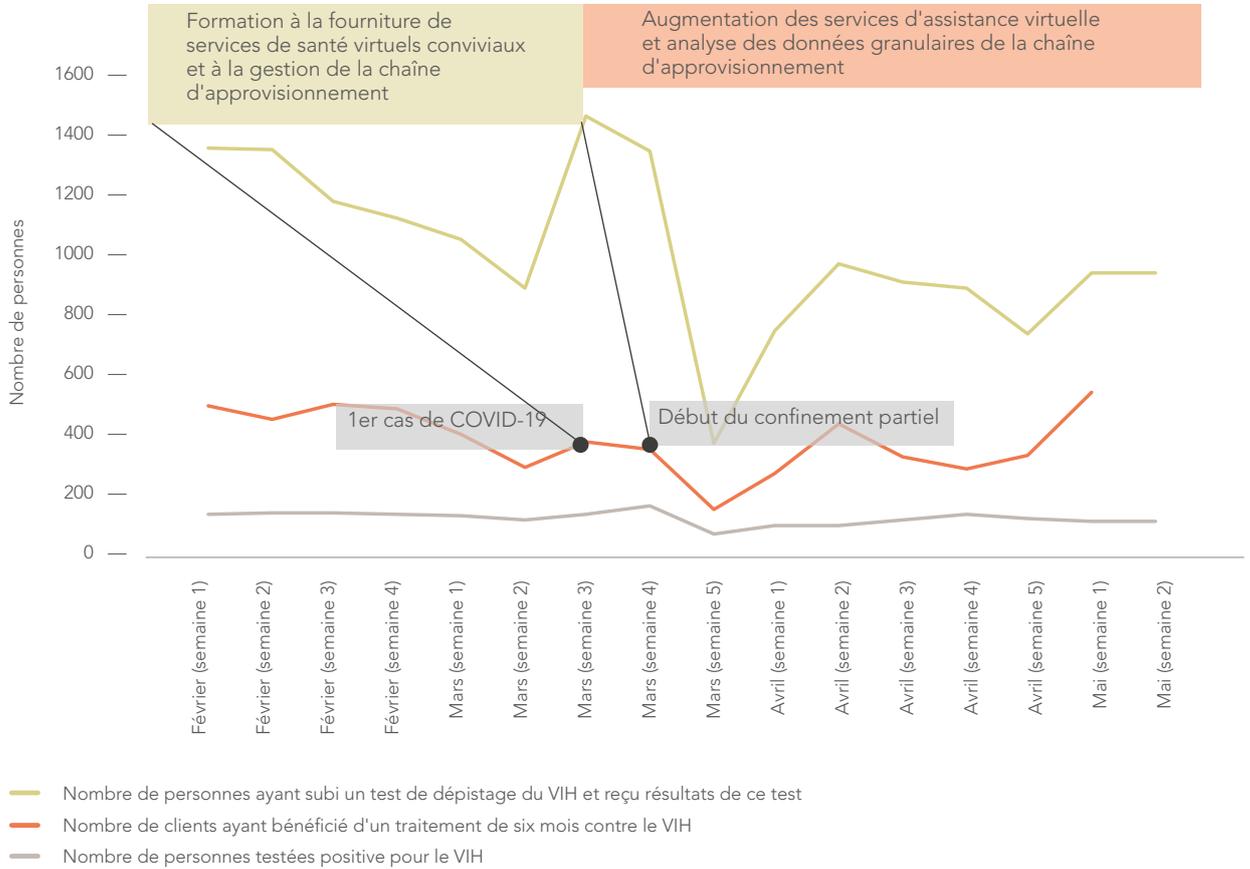
leurs fruits, et les services ont rebondi en quelques semaines. Cependant, ils n'ont pas tout à fait atteint les niveaux d'avant crise (6).

Des scénarios similaires constatés dans les pays et régions pourraient entraîner un retard supplémentaire dans la lutte contre le VIH au niveau mondial par rapport aux engagements pris pour 2020. Par exemple, si la pandémie de COVID-19 induit une interruption de la thérapie antirétrovirale pendant six mois de 20 % des personnes vivant avec le VIH, plus de 110 000 décès supplémentaires liés au sida seraient à déplorer (7).

Le VIH et d'autres services de santé essentiels doivent être maintenus alors que les communautés, les villes et les pays réagissent à cette nouvelle pandémie. Les pays du monde entier accélèrent les innovations en matière de lutte contre le VIH afin de minimiser les perturbations. Dans le même temps, ils tirent parti de l'expérience et des investissements de la lutte contre le VIH, en exploitant les systèmes et en appliquant les leçons apprises – des enseignements qui soulignent l'importance du leadership politique, de l'engagement communautaire, des approches fondées sur les droits et multisectorielles, et en guidant les actions à l'aide de données probantes.

FIGURE 3.2

**Services de dépistage et de traitement du VIH pendant le confinement dû à la COVID-19, projet de prévention, de soins et de traitement des forces de défense zambiennes, février à mai 2020**



Source : Projet US/DHAPP de prévention, de soins et de traitement des forces de défense zambiennes (ZDFPCT), dirigé par FHI 360, mai 2020.  
 Note : La population provient de la zone desservie par la base militaire.



## Tirer parti du leadership et des leçons du VIH face à la menace d'une nouvelle pandémie

Alors que les pays sont confrontés à une pandémie croissante de COVID-19, le leadership, les ressources et l'infrastructure des réponses au VIH sont mobilisés pour relever le défi. Des « vétérans » des ripostes nationales au VIH sont devenus des coordonnateurs de la riposte à la COVID-19 dans des dizaines de pays. En Afrique du Sud, un leader mondial de la recherche sur la prévention du VIH dirige le comité médical consultatif pour la réponse COVID-19, tandis que le directeur de l'organisme national de coordination du sida contribue à la coordination de la riposte (8). Aux États-Unis d'Amérique, les principaux responsables de la riposte nationale à la COVID-19 sont notamment le chef du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour l'aide contre le sida (PEPFAR) et le directeur de l'agence gouvernementale américaine, qui a dirigé le

développement de la thérapie antirétrovirale. Les directeurs ou coordinateurs nationaux du sida dans des pays tels que l'Angola, le Brésil, la Chine, la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Guatemala, la Guinée, la République islamique d'Iran, le Kenya, le Malawi, le Mexique, le Nigeria, le Vietnam et la Zambie, sont membres des organes nationaux de planification et de décision pour les ripostes nationales à la COVID-19 (8).

Des partenariats internationaux sur le VIH ont également été mobilisés contre la COVID-19. La Société internationale du sida, qui a organisé les plus grandes conférences scientifiques internationales sur le VIH depuis près de 40 ans, a accueilli une conférence internationale virtuelle COVID-19 pour partager les dernières découvertes



scientifiques sur la pandémie à un moment critique et précoce de la riposte. Unitaid, une organisation multilatérale qui façonne le marché, créée par cinq gouvernements nationaux en riposte à l'épidémie mondiale de VIH, participe activement aux efforts internationaux visant à garantir un accès facile aux vaccins, diagnostics et traitements de la COVID-19. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a mis à disposition un budget de pas moins de 1 milliard USD pour aider les pays à lutter contre la COVID-19.

### **Leadership et engagement communautaire**

Le leadership et l'engagement des communautés restent des éléments centraux de la riposte au VIH. Les organisations communautaires locales, nationales, régionales et internationales qui contribuent à la lutte contre le VIH ont rapidement apporté leur énergie et leur expérience à la riposte contre la COVID-19. Les groupes de la société civile dirigent les efforts pour s'assurer que les ripostes à la COVID se fondent sur les droits et tiennent compte des questions de genre, et qu'elles ne portent pas préjudice aux communautés marginalisées, telles que les lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexuels (LGBTI) (voir le chapitre 4 pour plus de détails). Les communautés s'engagent également pour diriger les ripostes locales à la COVID-19, en remettant en cause la désinformation et la stigmatisation, en garantissant des fournitures essentielles aux personnes vulnérables et en organisant des systèmes de soutien locaux (9).

En responsabilisant les communautés et en établissant des partenariats avec ces dernières, les ripostes peuvent atteindre une portée, un impact et une équité que les institutions gouvernementales ne pourraient jamais garantir. Selon une enquête récente menée auprès de 160 organisations de la société civile par le Civil Society Institute for HIV & Health West and Central Africa, une majorité (72 %) des organisations axées sur le VIH s'emploient déjà à sensibiliser la population générale à la COVID-19, même si peu ou pas de fonds ont été libérés pour ce travail. À New York, l'organisation non gouvernementale Housing Works, qui a contribué à la mise en place d'un modèle de logement solidaire et centré sur la personne pour les sans-abri vivant avec le VIH,

a ouvert deux refuges spécialement pour les sans-abri dont le test de dépistage de la COVID-19 s'est révélé positif (10). Au Burkina Faso, des organisations communautaires de lutte contre le VIH participent à la riposte à la COVID-19, en utilisant des approches différenciées pour mobiliser les communautés, suivre les contacts des personnes dont le diagnostic COVID-19 a été confirmé et réengager les personnes qui ont été perdues de vue (8).

### **Systèmes de laboratoire et d'information stratégique**

L'expertise, la capacité analytique et les systèmes de surveillance et de suivi développés grâce au financement de la lutte contre le VIH peuvent soutenir les ripostes à la COVID-19 de manière substantielle. En effet, tel est déjà le cas dans certains pays, tels que l'Argentine, où le coordinateur de la surveillance et de la recherche du programme national de lutte contre le VIH a été affecté au comité national d'épidémiologie pour la COVID-19.

De même, les ripostes à la COVID-19 bénéficient immédiatement des systèmes de laboratoire qui ont été considérablement étendus et améliorés grâce aux investissements dans la lutte contre le VIH. Par exemple, les machines GeneXpert acquises dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose sont mobilisées pour les tests COVID-19. En 2018, le PEPFAR a rendu disponible 141 millions de dollars US pour soutenir les systèmes de laboratoire dans les pays touchés par le VIH, principalement en Afrique subsaharienne (11). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a créé trois consortiums pour faire face aux pénuries sur le marché mondial des fournitures essentielles nécessaires à la riposte mondiale à la COVID-19, en particulier dans les pays à faible et moyen revenu dont les ressources sont très limitées (12). Le nouveau PACT (Partnership to Accelerate COVID-19 Testing in Africa) de l'Union africaine et des Centres africains de contrôle et de prévention des maladies collabore avec l'ONUSIDA pour tirer parti des liens communautaires et des sites de surveillance sentinelle de la riposte au VIH afin de soutenir le diagnostic et la recherche de contacts pour la COVID-19 sur le continent (13).

## Adapter les services VIH pendant la pandémie de COVID-19

Au milieu des bouleversements associés à la pandémie de COVID-19, les approches centrées sur les personnes initiées par les programmes de lutte contre le VIH, font la preuve de leur capacité à atteindre les personnes avec des services et sont adoptées plus largement.

Les modèles de prestation de services liés au VIH qui mettent l'accent sur l'autonomie et l'autogestion des soins des clients et qui minimisent les contacts physiques avec les établissements de santé, s'avèrent essentiels à une époque où les établissements de santé doivent faire face à l'afflux de patients atteints de la COVID-19, tout en maintenant des services de santé vitaux sans exposer les autres clients au risque d'infection par la COVID-19.

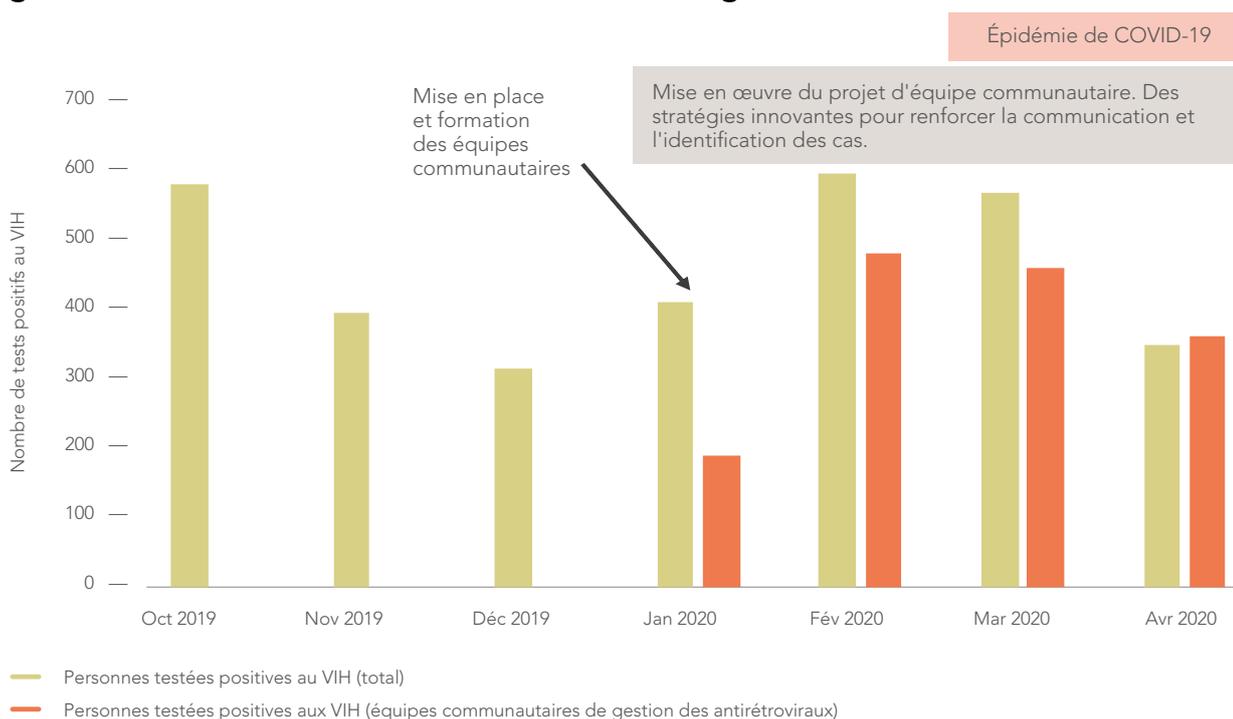
L'autotest du VIH, qui permet aux personnes de choisir elles-mêmes les circonstances dans lesquelles elles se soumettent à un test de dépistage, présente l'avantage de décongestionner les établissements de santé et d'accroître l'accès au test de dépistage du VIH pour les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Le Burundi, Eswatini, le Guatemala et le Myanmar font partie des pays qui ont déclaré avoir étendu l'autotest du VIH pendant la pandémie de COVID-19 (8).

En Pologne, le confinement à domicile a anéanti les efforts visant à étendre le dépistage du VIH, et tous les sites de conseil et de dépistage volontaires du pays ont été fermés en avril 2020. Le projet Test, qui fait partie d'une campagne nationale de prévention menée par la Fondation pour l'éducation sociale, a réagi en ajoutant un nouveau service : le conseil sur le VIH par téléphone, suivi de la distribution par courrier d'un kit de test VIH gratuit (14). Le nouveau service a suscité l'attention des médias et l'intérêt du public, et pendant les six semaines de confinement, la Fondation a distribué 600 tests, dont plus de la moitié ont été commandés par des femmes. Cela représentait un grand changement par rapport au conseil volontaire normal, dans le cadre duquel les Polonaises ne représentent qu'un test VIH sur six (14). Cinquante-trois pour cent des clients de l'autotest du VIH envoyé par courrier se dépistaient pour la première fois (14). La Fondation a décidé de poursuivre le service après la fin du confinement.

Les services communautaires gagnent également en importance. Dans l'État de Cross River au Nigeria, par exemple, des méthodes améliorées de recherche des cas de VIH ont été introduites peu avant que la pandémie de COVID-19 n'atteigne le pays. Des équipes communautaires de gestion des traitements, composées d'un clinicien, d'un pharmacien, d'un scientifique de laboratoire, de gestionnaires de cas et de commis à la saisie des données, ont été mises en place au début de l'année 2020. Les stratégies utilisées par les équipes comprennent

FIGURE 3.3

### Dépistage du VIH lors de l'épidémie de COVID-19 et rôle accru des équipes communautaires de gestion des antirétroviraux, État de Cross River, Nigeria, octobre 2019 à avril 2020



Source : Projet SIDHAS (Strengthening Integrated Delivery of HIV/AIDS Services) de l'USAID/PEPFAR, dirigé par FHI 360 ; mai 2020.

des tests par cas index, la cartographie géographique des points chauds et des tests ciblés dans les zones de la communauté où le nombre d'infections récentes par le VIH est potentiellement élevé. Lors des examens quotidiens, les équipes les plus performantes partagent les stratégies qui leur ont permis d'obtenir de meilleurs résultats, et les équipes peu performantes partagent les difficultés qu'elles ont rencontrées et obtiennent des conseils en temps réel (15).

Au cours de leur premier mois d'activité, ces équipes ont été impliquées dans 41 % des diagnostics de VIH enregistrés dans les sites de traitement soutenus par le PEPFAR. Ce pourcentage est passé à 71 % des diagnostics de VIH en février 2020 et a presque doublé depuis décembre 2019. À mesure que la pandémie de COVID-19 progressait et que des mesures de confinement étaient mises en place, la part des diagnostics de VIH des équipes est passée à 92 %, dans le cadre d'une réduction globale du nombre de cas (Figure 3.3) (15).

Un modèle de pharmacie communautaire a également été introduit au Nigeria. Environ 15 000 personnes vivant avec le VIH retirent leurs médicaments antirétroviraux dans les 320 pharmacies qui ont participé au projet. Le cas échéant, les pharmacies orientent également les clients vers les installations du centre de référence pour une évaluation clinique ou des tests de charge virale. Le projet a permis d'atteindre un taux de

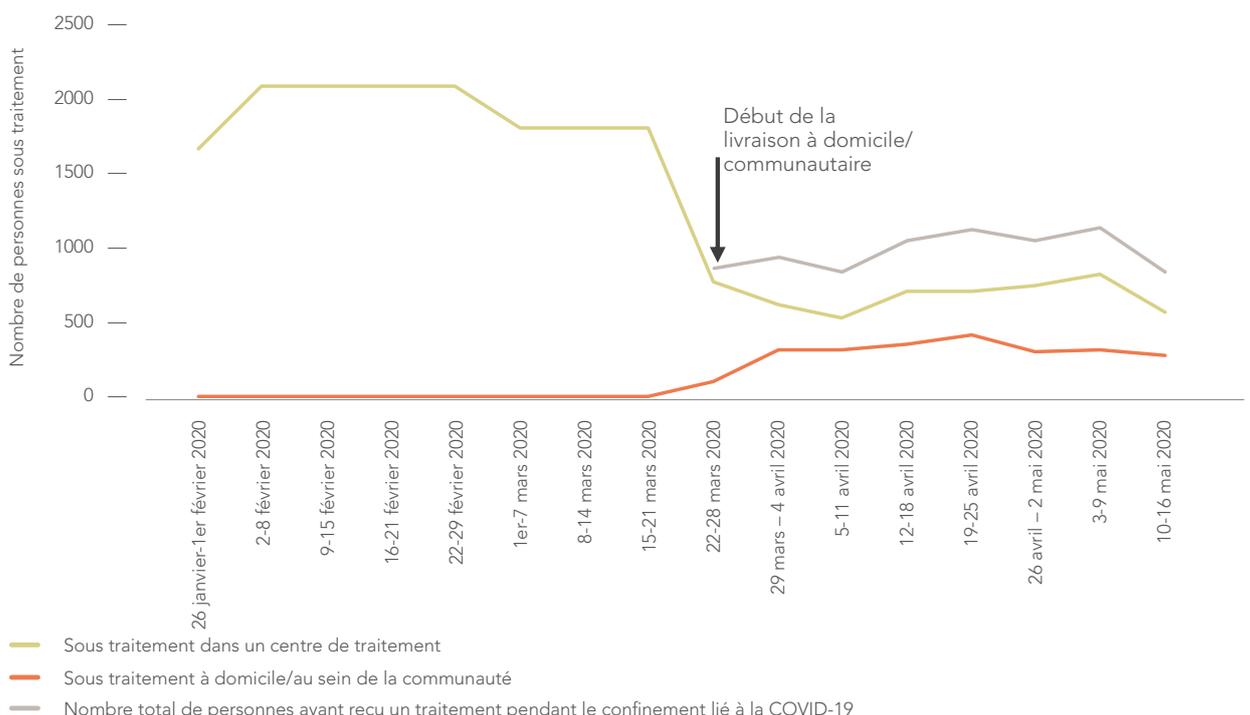
réduction de 88 % et de réduire de moitié la fréquentation des hôpitaux voisins (8).

L'adaptation et l'élargissement des services communautaires différenciés de lutte contre le VIH face aux défis liés à la COVID-19 ont également été réalisés en Sierra Leone. Le plan de préparation aux situations d'urgence des pays ouest-africain pour la COVID-19 utilise des réseaux de prestataires de services, d'agents de santé communautaires et de pairs de soutien pour maintenir les services de lutte contre le VIH, limiter la charge de travail des cliniques et des hôpitaux et réduire l'exposition au nouveau coronavirus (16). Un ensemble de services spéciaux a été développé, qui prévoit la livraison à domicile de médicaments pour plusieurs mois, un ramassage rapide dans les établissements de santé et la collecte à domicile d'échantillons sanguins pour les tests de charge virale et le diagnostic précoce des nourrissons. Le conseil sur l'observance du traitement se fait par téléphone. Des volontaires issus de communautés de personnes vivant avec le VIH aident également les équipes de gestion sanitaire de district à fournir des médicaments antirétroviraux et à assurer des services de lutte contre la tuberculose et le paludisme ainsi que des services de nutrition (16).

Les livraisons à domicile de kits d'autotest du VIH, de médicaments antirétroviraux et d'autres médicaments

FIGURE 3.4

### Tendance hebdomadaire de la distribution de médicaments antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH, sites soutenus par le projet LINKAGES et d'autres partenaires, Népal, janvier à mai 2020



Source : Projet LINKAGES Népal. Données fournies par Rose Wilcher par e-mail, 25 mai 2020.

essentiels pendant les confinements dus à la COVID-19, sont également devenues de plus en plus courantes dans d'autres régions. Dans les communautés isolées de la République de Moldavie, par exemple, des organisations non gouvernementales ont fourni des médicaments antirétroviraux aux domiciles de 800 personnes vivant avec le VIH et de 100 personnes qui utilisent la PPrE (17).

Au Népal, le gouvernement et ses partenaires ont pris des accords avec les hôpitaux locaux, les organisations communautaires et les personnes vivant avec le VIH, pour que les médicaments antirétroviraux soient livrés directement aux domiciles ou collectés aux points de dépôt locaux. Par exemple, à la mi-avril 2020, alors que les mesures de confinement réduisaient considérablement le nombre de personnes vivant avec le VIH qui se rendaient dans les centres de thérapie antirétrovirale, plus de 30 % des personnes accédant au traitement dans les cliniques soutenues par le projet LINKAGES soutenu par l'USAID et le PEPFAR et d'autres partenaires, recevaient leurs médicaments à domicile (Figure 3.4) (18). Dans les semaines qui ont suivi, plus de 80 % des personnes sous traitement dans 60 districts du pays recevaient leurs médicaments à domicile grâce à un effort conjoint du gouvernement, de partenaires, du réseau national des personnes vivant avec le VIH (NAP+N) et d'organisations communautaires (19).

Les confinements et les exigences de distanciation sociale ont également induit une transition entre les activités de sensibilisation physiques et les activités virtuelles. Les pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et du Pacifique et des Caraïbes ont remplacé les services communautaires de soutien par les pairs par les réseaux sociaux et des applications de messagerie (8).<sup>1</sup> Au Népal, par exemple, le soutien à l'observance du traitement et la gestion des cas ont été assurés en ligne après le confinement, les pairs navigateurs utilisant les appels téléphoniques et les réseaux sociaux pour contacter les personnes. En mai 2020, plus de 1100 personnes vivant avec le VIH au Népal bénéficiaient d'un soutien à l'observance du traitement via des applications de réseaux sociaux supportées par LINKAGES. Les plates-formes de réseaux sociaux sont également utilisées dans le pays pour fournir des informations sur la COVID-19, effectuer des évaluations des risques et organiser des consultations et des transferts (18).

## DES PAIRS CONSEILLERS CAMBODGIENS AIDENT À MAINTENIR LE TRAITEMENT DU VIH PENDANT LA CRISE DE LA COVID-19

Les chaises de la salle d'attente de la clinique VIH de l'hôpital de l'amitié khmer-soviétique de Phnom Penh, la capitale cambodgienne, ont été soigneusement placées de quelques mètres les unes des autres. Les patients qui y sont assis portent des masques faciaux pour éviter la propagation de la COVID-19. Un groupe de femmes vivant avec le VIH qui font partie du personnel essentiel de la clinique – les membres de l'Association des utilisateurs d'antirétroviraux (AUA) qui fournissent des conseils, des informations sur le traitement et un soutien aux personnes vivant avec le VIH, se tiennent derrière un petit comptoir d'accueil.

Theary So est une conseillère de l'AUA qui vit avec le VIH depuis 15 ans. « Je propose des services de conseil tous les jours », dit-elle. « Je n'ai pas cessé de travailler, même si j'ai peur d'être infectée par la COVID-19 ».

L'hôpital de l'amitié khmer-soviétique a été le premier site de traitement du VIH au Cambodge. De nombreuses années plus tard, il sert de centre national COVID-19, l'installation phare du pays pour lutter contre la nouvelle pandémie. La famille de Theary s'inquiète qu'elle continue à travailler pendant la pandémie de COVID-19, mais elle s'obstine. « Ils me disent tous d'arrêter de travailler dans la clinique de thérapie antirétrovirale. Mes enfants me supplient de rentrer tôt à la maison ».

Elle prend des précautions – notamment l'utilisation de masques facial, de gants et de gel hydroalcoolique – pour s'assurer d'éviter toute infection ou transmission du nouveau coronavirus à ses patients, sa famille et ses voisins. Ce niveau de vigilance a permis au Cambodge de contenir en grande partie la propagation de la COVID-19 : au début du mois de juin 2020, 126 cas confirmés étaient recensés dans le pays et aucun décès n'était à déplorer.

<sup>1</sup> Notamment au Botswana, au Cambodge, en Côte d'Ivoire, à Eswatini, en Inde, en Jamaïque, au Kenya, au Mali, au Népal et en Thaïlande.

PROFIL DU CHAMPION

*Theary So fournit des conseils de groupe sur l'observance au traitement aux personnes vivant avec le VIH à l'hôpital de l'amitié khmer-soviétique de Phnom Penh, au Cambodge.*



Crédit : ONUSIDA



Crédit : ONUSIDA

## Transformer une crise en une opportunité de distribution plurimensuelle de médicaments contre le VIH

Les crises sont des accélérateurs de l'innovation, et la crise de la COVID-19 a accéléré une multitude d'innovations alors que les individus, les familles, les organisations et les sociétés s'adaptent aux nouvelles réalités de la distanciation sociale et du confinement. Les réponses au VIH au niveau communautaire, national et mondial ne font pas exception à la règle : de plus en plus de pays passent à la prescription et à la distribution plurimensuelles de médicaments antirétroviraux afin que les personnes vivant avec le VIH soient assurées d'un approvisionnement ininterrompu de leurs médicaments pendant la pandémie de COVID-19.

Les approches différenciées et centrées sur les personnes, telles que la distribution plurimensuelle de médicaments, permettent aux personnes de prendre en charge leur traitement contre le VIH, rendent les systèmes de santé plus adaptables et plus réactifs, réduisent la pression sur les établissements de santé standard et libèrent ces ressources pour d'autres priorités. La distribution plurimensuelle supprime la nécessité de visites fréquentes, coûteuses et longues dans les cliniques qui sont strictement destinées à la collecte des médicaments antirétroviraux. Elle réduit également la charge de travail des établissements de soins de santé et, dans le contexte de la crise COVID-19, elle réduit les probabilités d'être infecté par le nouveau coronavirus, tant pour les travailleurs de la santé que pour les patients.

Les premiers à adopter la distribution plurimensuelle de médicaments ont pu éviter de graves perturbations de leurs services de traitement du VIH pendant la pandémie de COVID-19. Le Zimbabwe a introduit une politique de distribution plurimensuelle de médicaments en 2017, et, au début de l'année 2020, 80 % des personnes sous traitement VIH recevaient un approvisionnement de trois mois en médicaments antirétroviraux, réduisant ainsi leur besoin de visites de routine dans les cliniques (8, 20). Une enquête d'évaluation rapide des besoins parmi les personnes vivant avec le VIH sous traitement, qui a été menée par l'ONUSIDA après le début du confinement, le Réseau national des personnes vivant avec le VIH du Zimbabwe et le Conseil national du sida du Zimbabwe, a révélé que des proportions relativement élevées de personnes vivant avec le VIH

disposaient d'un stock de trois mois au moins de leurs médicaments, et que 74 % des répondants disposaient d'un stock de plus d'un mois (8). Il est important de noter que le Zimbabwe a mis en place un solide tampon contre les ruptures de stock en maintenant au moins huit mois de stock pour les médicaments antirétroviraux de première ligne.

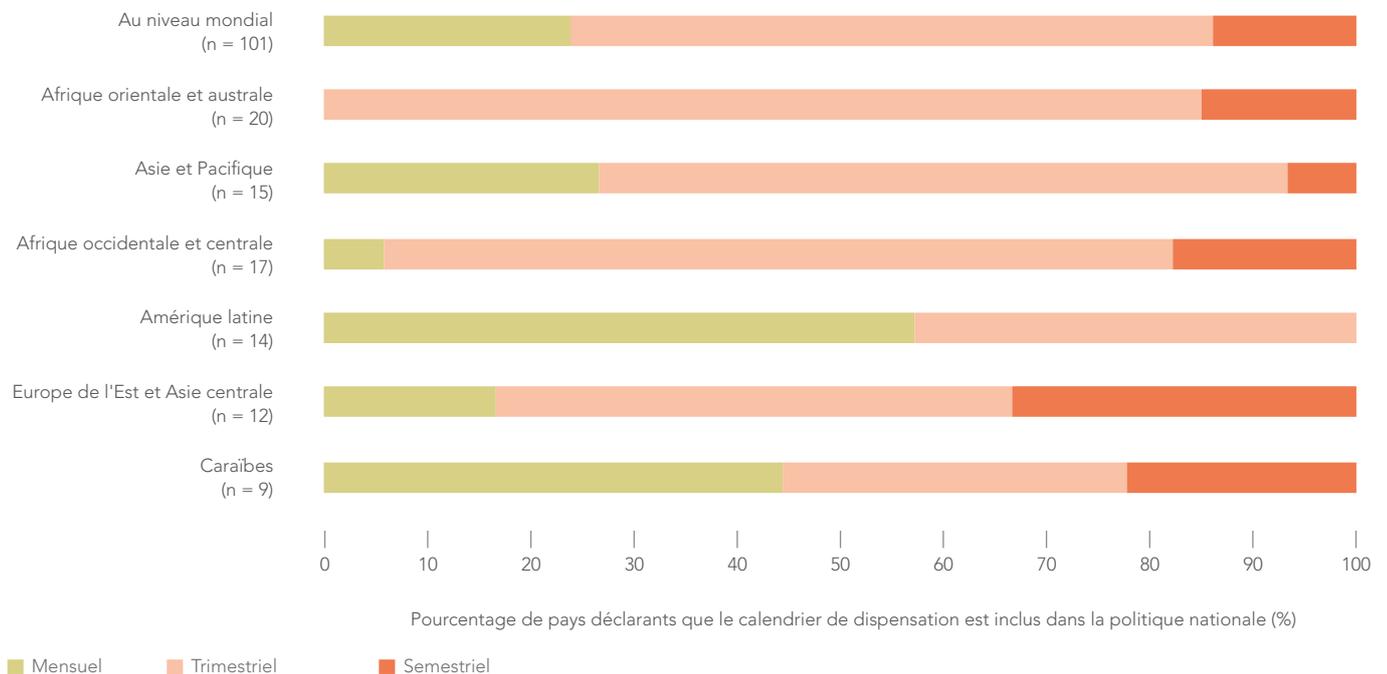
L'OMS a recommandé pour la première fois la distribution plurimensuelle de médicaments en 2016 dans le cadre de la prestation de services différenciés et de la décentralisation. De nombreux pays ont depuis lors adopté des politiques de délivrance plurimensuelle de médicaments : parmi les 101 pays qui ont communiqué des données à l'OMS au début de l'année 2020, 63 avaient des politiques nationales de prescription et de délivrance de médicaments antirétroviraux sur trois mois, et 14 autres pays avaient des politiques permettant la délivrance d'un approvisionnement sur six mois pour les patients stables (Figure 3.5).

Toutefois, la mise en œuvre de la distribution plurimensuelle de médicaments a pris du retard par rapport à l'adoption des politiques, souvent en raison des difficultés rencontrées pour adapter les systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement. Les rapports des bureaux pays de l'ONUSIDA suggèrent que de nombreuses personnes vivant avec le VIH en Afrique orientale et australe ne reçoivent qu'un ou deux mois de fournitures, malgré l'existence de politiques de trois ou six mois (8). La perspective de voir les établissements de santé débordés en raison de la pandémie de COVID-19 a contraint de nombreux pays à accélérer la mise en œuvre de leurs politiques de distribution plurimensuelle de médicaments (8).

Depuis le début de l'année 2019, le Malawi applique une politique de distribution de six mois pour certaines catégories de personnes recevant une thérapie antirétrovirale. Elle a assoupli ces critères d'éligibilité en avril 2020 dans le cadre de sa réponse à la COVID-19, et au début du mois de juin 2020, la majorité des personnes sous traitement contre le VIH au Malawi étaient éligibles pour des prescriptions de six mois, tandis que les femmes enceintes et allaitantes recevaient des prescriptions de trois mois (8). La Zambie a également maintenu sa politique de délivrance de médicaments sur plusieurs mois, qui prévoit des ordonnances de six mois pour les adultes dont le traitement est stable et de trois mois pour ceux qui ont besoin d'une aide supplémentaire. Le conseil à l'adhérence est également assuré par téléphone ou par SMS, une pratique qui est largement adoptée dans d'autres pays.

FIGURE 3.5

### Répartition des pays selon la politique nationale relative au calendrier de distribution des renouvellements de médicaments antirétroviraux et proportion du nombre total de personnes sous traitement, par région, 2019



En Thaïlande, la dispensation de trois à six mois de médicaments antirétroviraux a été ajoutée aux directives nationales de traitement en 2017 dans le cadre des services de soins différenciés pour le traitement du VIH. Parmi les hôpitaux participants qui fournissent une thérapie antirétrovirale à 70 % de tous les Thaïlandais vivant avec le VIH par le biais de la couverture d'assurance maladie du Bureau national de sécurité sanitaire (NHSO), l'adoption de la distribution de médicaments sur plusieurs mois a été lente au départ. La pandémie de COVID-19 a cependant accéléré la distribution de plusieurs mois aux patients qui suivent une thérapie antirétrovirale stable. Le service postal est utilisé pour envoyer des médicaments aux patients à l'intérieur et à l'extérieur de la Thaïlande, et les personnes vivant avec le VIH agissent en tant que travailleurs de proximité bénévoles, soutenant les hôpitaux en délivrant les médicaments antirétroviraux au domicile des patients.

Ces efforts ont un impact. Une étude menée en mai 2020 dans 30 hôpitaux thaïlandais a révélé que sur une période de 12 semaines, 85 % des patients stables ont bénéficié d'une distribution plurimensuelle (21). La couverture nationale de la distribution de médicaments sur plusieurs mois est passée à 40 % de

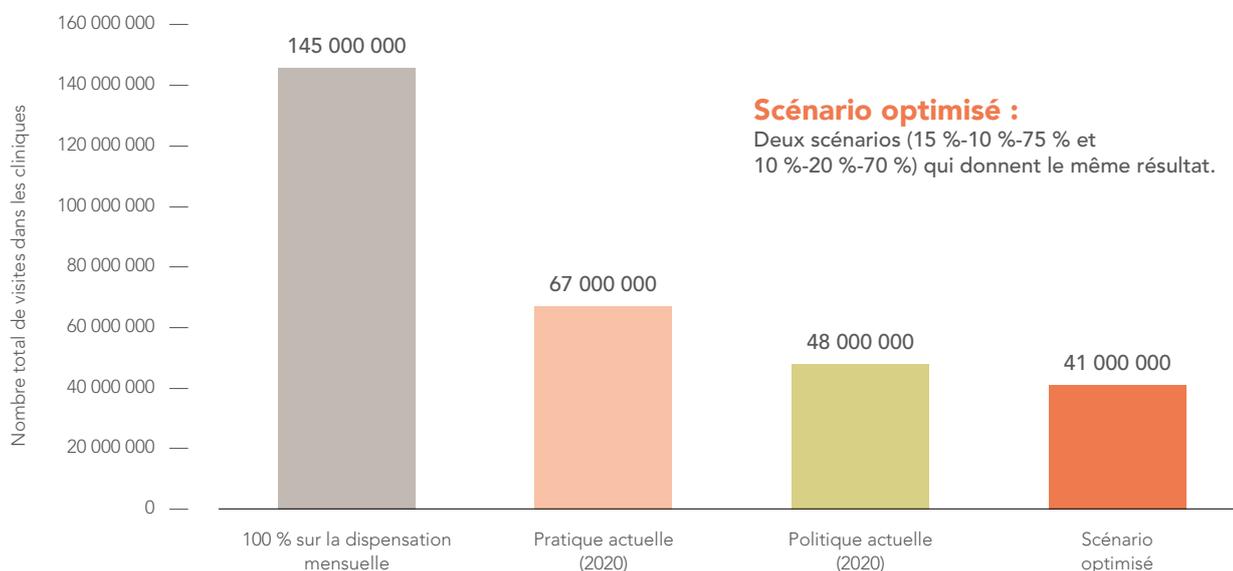
l'ensemble des personnes séropositives sous traitement, et il est prévu de l'étendre par le biais du régime de couverture médicale universelle de la Thaïlande afin de permettre la prescription d'un approvisionnement de six mois en médicaments antirétroviraux pour toutes les personnes séropositives éligibles (22, 23).

Le Vietnam a accéléré la mise en œuvre à l'échelle du pays de la distribution sur plusieurs mois de tous les médicaments liés au VIH, y compris les médicaments antirétroviraux et ceux destinés à la prévention et au traitement de la tuberculose et d'autres infections opportunistes. En mai 2020, environ 30 % des personnes sous traitement contre le VIH recevaient un approvisionnement de trois mois en médicaments par le biais d'une distribution plurimestrielle, contre 10 % en janvier 2020 (8).

Le Belarus, la République dominicaine, l'Éthiopie, le Mozambique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et l'Afrique du Sud sont parmi les pays qui ont adopté, au moins temporairement, des politiques de distribution plus libérales pour les personnes dont le traitement contre le VIH est stable (8). Par exemple, alors que le système de santé sud-africain s'efforçait de décongestionner les établissements de santé

FIGURE 3.6

### Comparaison de différentes politiques de distribution d'antirétroviraux sur le nombre total de visites dans un établissement de santé pour les personnes sous traitement du VIH, certains pays sélectionnés, 2020



**Pratique actuelle :** Le nombre de visites, conformément à la pratique actuelle de distribution.

**Politique actuelle :** Le nombre de visites qui seraient possibles si la pratique de la distribution était totalement cohérente avec la politique.

**Scénario optimisé :** Le nombre de visites dans un scénario hypothétique de 15 % des personnes sous traitement avec des renouvellements d'un mois, 10 % avec des renouvellements de trois mois et 75 % avec des renouvellements de six mois. Ce nombre de visites correspond à un scénario dans lequel 10 % des personnes sous traitement ont un renouvellement d'un mois, 20 % ont un renouvellement de trois mois et 70 % ont un renouvellement de six mois.

**100 % sur la base d'une délivrance d'un renouvellement mensuel :** Nombre de visites si toutes les personnes vivant avec le VIH et sous traitement se sont rendues chaque mois dans un établissement de santé pour obtenir un renouvellement. Telle était la politique initiale en 2016.

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (voir annexe des méthodes).

Remarque : l'analyse porte sur 46 pays à faible et moyen revenu, sur la base du nombre estimé de personnes qui recevront un traitement contre le VIH en 2019. Cela représente plus de 40 % du total mondial des personnes sous traitement contre le VIH.

face à l'augmentation rapide des cas de COVID-19, le programme central de distribution et de fourniture de médicaments chroniques du ministère de la Santé a décidé fin mai 2020 de prévoir des prolongations automatiques de six et douze mois des prescriptions de médicaments antirétroviraux, la durée de la prolongation dépendant de la date de la prescription. Ce changement de politique, qui comprend des options alternatives pour la collecte des médicaments, expire en avril 2021 (24).

L'analyse de l'ONUSIDA sur les données relatives aux traitements dans 46 pays démontre que la mise en œuvre de politiques de dispensation de médicaments sur plusieurs mois a déjà permis de réduire de plus de moitié le nombre de visites dans les cliniques, ce qui représente un gain de temps et d'argent pour les systèmes de santé et les personnes vivant avec le VIH (8). Si les politiques actuelles de distribution de médicaments sur plusieurs mois étaient pleinement mises en œuvre, une réduction supplémentaire de 28 % des visites dans les cliniques pourrait être obtenue, et un scénario optimisé dans lequel 70 %

des personnes vivant avec le VIH et sous traitement dans ces pays bénéficient d'un approvisionnement de six mois en médicaments antirétroviraux se traduirait par 26 millions de visites de moins par an dans les établissements de santé, soit une réduction de 39 % (Figure 3.6) (8).

L'ONUSIDA a conseillé aux pays disposant de stocks suffisants de médicaments antirétroviraux de passer à une dispensation plurimestrielle ou de l'étendre, et de mettre en place les services et systèmes de soutien nécessaires (par exemple, soutien et conseil à l'adhésion par téléphone ou en ligne). Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, la distribution de médicaments sur plusieurs mois devrait également être envisagée pour d'autres programmes de traitement, notamment ceux de la tuberculose, de l'hépatite virale et de diverses maladies non transmissibles, ainsi que pour le traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes. Au Lesotho, par exemple, les tuberculeux peuvent désormais recevoir un traitement de trois mois contre la tuberculose.



Crédit : Jekesai NJIKIZAN iZimPhoto

## Éviter les ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux pendant la pandémie de COVID-19

Quand les confinements dus à la COVID-19 sont entrés en vigueur dans le monde entier en mars 2020, les inquiétudes se sont accrues quant à d'éventuelles perturbations des chaînes d'approvisionnement, de fourniture et de distribution des médicaments antirétroviraux et d'autres produits de santé essentiels.

Toutes les formes de transport de marchandises ont été ralenties pendant la pandémie, et la fermeture des frontières internationales (et, dans certains cas, intérieures) a ajouté aux retards. Cela affecte l'approvisionnement en matières premières pour les médicaments ainsi que l'achat et la distribution des produits finis. De plus, la concentration de la production de médicaments antirétroviraux génériques dans un seul pays (l'Inde, qui représente environ 80 % de la production) rend la chaîne d'approvisionnement vulnérable aux ralentissements ou aux arrêts de production (25).

L'ONUSIDA, le Fonds mondial, le PEPFAR et d'autres partenaires ont collaboré avec les pays pour éviter les ruptures de stock. Quand la pandémie de COVID-19 a commencé à se propager en Amérique latine et dans les Caraïbes, des enquêtes nationales menées par l'ONUSIDA et l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) ont révélé d'éventuelles pénuries de

médicaments antirétroviraux (8). En réponse, les prêts et les dons de médicaments ont été coordonnés entre les pays (par exemple, du Brésil au Panama, d'Haïti au Salvador et du Paraguay au Honduras), et les ressources du Fonds mondial ont été réaffectées dans certains pays pour constituer des stocks supplémentaires (par exemple, Cuba) (8). Ces actions coordonnées contribuent à éviter de graves perturbations du traitement du VIH.

De même, quand les confinements et les suspensions de vols en Inde et au Népal ont affecté un envoi de médicaments antirétroviraux destiné au Népal, un effort conjoint du gouvernement, du PEPFAR, du projet LINKAGES, des projets soutenus par le Fonds mondial et d'autres partenaires, a permis d'identifier d'autres fournisseurs et d'autres options de transport. Les nouveaux stocks sont arrivés un jour avant l'épuisement des réserves initiales, ce qui a permis d'éviter des ruptures d'approvisionnement pour 18 000 personnes recevant une thérapie antirétrovirale au Népal (26).

Les gouvernements, les donateurs et les fournisseurs peuvent prévenir les ruptures de stock en surveillant étroitement la production et les niveaux de stock de médicaments antirétroviraux afin d'identifier les risques éventuels, et en communiquant leurs conclusions et leurs préoccupations entre eux et avec leurs partenaires d'appui, en améliorant les prévisions et en renforçant les systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement.

## LES INSTALLATIONS MOBILES DE RÉDUCTION DES RISQUES AU VIH IRANIENNES SE JOignent À LA LUTTE CONTRE COVID-19

La République islamique d'Iran a été durement frappée par le nouveau coronavirus, et ce, à un stade précoce. Alors que le pays mobilisait son système de santé contre la nouvelle pandémie de COVID-19, l'expérience et l'infrastructure d'autres programmes de lutte contre les maladies transmissibles ont joué un rôle important, notamment les installations mobiles normalement utilisées pour fournir des services aux personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Le programme pilote à succès de dépistage mobile du VIH appelé « AIDS Bus » a été étendu en 2017 avec le soutien de l'ONUSIDA pour fournir aux femmes vulnérables un ensemble complet de services VIH, IST et d'autres services de santé sexuelle et reproductive (27). En 2018, le Fonds mondial et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ont aidé l'Organisation de protection sociale de la République islamique d'Iran à créer 17 unités mobiles supplémentaires – dont des minibus, des fourgonnettes et des stations mobiles –, qui fournissent également des services de réduction des risques aux personnes qui s'injectent des drogues (28).

Alors que les cas de COVID-19 ont augmenté au début de 2020 et que le pays s'est confiné, l'organisation de protection sociale et le PNUD ont collaboré pour utiliser les unités mobiles afin d'aider à prévenir la propagation du nouveau coronavirus. Le personnel a été formé aux mesures préventives afférentes à la COVID-19, et les unités mobiles ont été adaptées et pourvues d'équipements de protection individuelle, notamment de masques, de gants, de gel hydroalcoolique, de savon et de tampons imbibés d'alcool (29).

Les unités ont ensuite été envoyées dans des points chauds du pays, où elles ont distribué du matériel éducatif sur la COVID-19, des équipements de protection individuelle et des kits alimentaires aux femmes vulnérables et aux personnes qui s'injectent des drogues. Ils procèdent également au dépistage du coronavirus et orientent les cas suspects d'infection vers des centres médicaux.

Les unités mobiles opèrent dans 11 provinces : Alborz, Bushehr, Azerbaïdjan de l'Est, Hormozgān, Kerman, Kermanshah, Khorasan Razavi, Khuzestan, Lorestan, Téhéran et Azerbaïdjan de l'Ouest.

Il est prévu d'étendre le programme à un total de 52 unités mobiles, qui devraient jouer un rôle clé dans les efforts du pays pour mettre fin à l'épidémie de VIH d'ici 2030, pour renforcer la résilience de son système de santé et pour atteindre une couverture médicale universelle (30).

*Les unités mobiles de lutte contre le VIH et de réduction des risques fournissent des informations sur la COVID-19 ainsi que des équipements personnels et de protection aux personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH en République islamique d'Iran.*



Crédit : Organisation de protection sociale de l'État, gouvernement de la République islamique d'Iran

## Adapter les services fournis aux populations clés pendant la pandémie de COVID-19

Les populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH sont déjà confrontées à une litanie de défis, et les confinements dus à la COVID-19 les ont rendues encore plus vulnérables que d'habitude. La crainte de contracter le nouveau coronavirus est aggravée par le danger tout aussi réel d'être exposé à une imposition stricte de confinements. Il a été signalé que des professionnel(le)s du sexe, des homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont été des boucs émissaires ou harcelés au Cameroun, au Kenya, aux Philippines, en Corée du Sud, en Ouganda et ailleurs (31). Ces défis créent des obstacles encore plus importants aux services de lutte contre le VIH et aux autres besoins de santé.

Beaucoup ont également perdu leurs moyens de subsistance. Par exemple, lorsque la Thaïlande a fermé 23 000 lieux de divertissement dans le cadre de son confinement, des dizaines de milliers de professionnel(le)s du sexe se sont retrouvés instantanément au chômage et sans source de revenus (32). Une évaluation rapide menée par la communauté et gérée par Service Workers in Groups (SWING), une organisation thaïlandaise dirigée par les professionnel(le)s du sexe, a démontré que de nombreux professionnel(le)s du sexe étaient incapables de couvrir le coût des

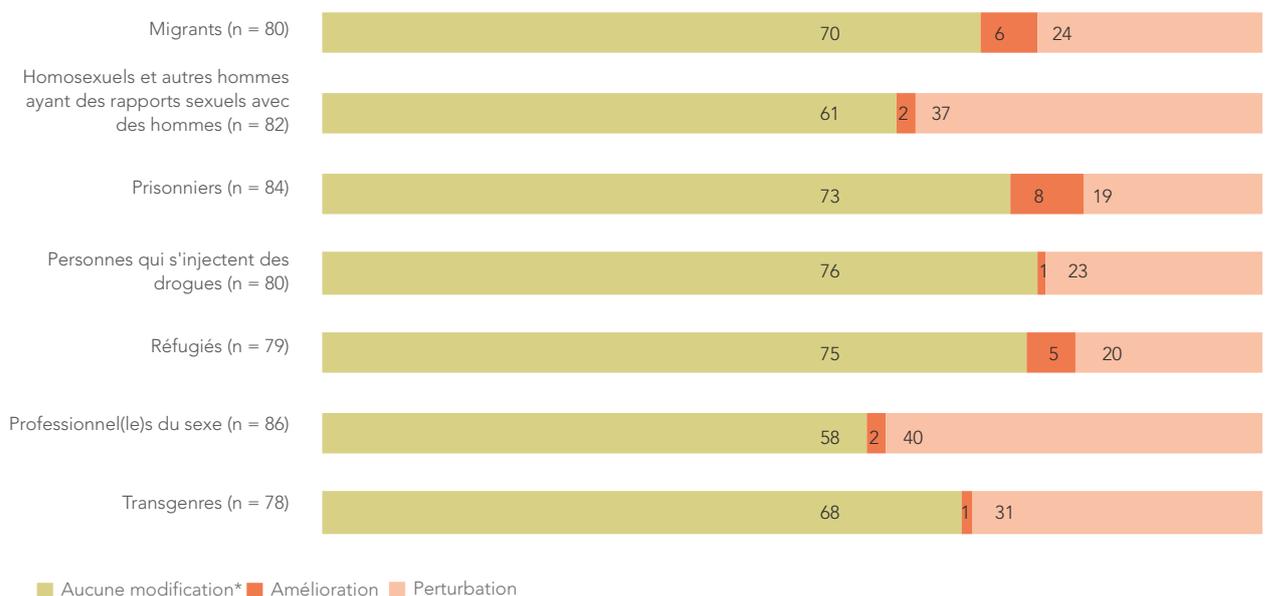
dépenses quotidiennes, du logement et des médicaments (33). Les organisations communautaires, le Département du contrôle des maladies, le Fonds mondial et les agences des Nations Unies se sont associés pour fournir un ensemble de mesures de soutien aux professionnel(le)s du sexe, y compris de la nourriture, des articles d'hygiène personnelle, et des produits de prévention du VIH et de la COVID-19 (masques, gel hydroalcoolique, préservatifs et lubrifiants) (8).

En juin 2020, de nombreux bureaux de pays de l'ONUSIDA avaient signalé que l'accès aux services, aux produits et aux services de réduction des risques liés au VIH avait été perturbé (Figure 3.7). Dans plus d'une vingtaine de pays, certaines installations de traitement du VIH étaient soit fermées, soit uniquement ouvertes pendant des heures limitées, soit transformées en sites pour les services COVID-19 (8).

La fréquentation des services de lutte contre le VIH a chuté dans certains endroits. Au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, par exemple, une importante clinique de santé sexuelle à Londres, qui s'adresse principalement aux hommes homosexuels et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, a constaté une réduction de 80 % des prescriptions (28 contre 161) pour la prophylaxie post-exposition (PPE) au cours des quatre premières semaines du confinement, par rapport à une période similaire préalable au confinement (34).

FIGURE 3.7

### Interruption des services VIH pour les populations clés et autres populations prioritaires dans le cadre du confinement dû à la COVID-19, de mars à juin 2020



\* Aucune modification, y compris dans les cas pour lesquels aucun service spécifique n'existait avant l'épidémie de COVID-19.  
Source : Données communiquées par les bureaux pays de l'ONUSIDA par le biais du portail de données de l'ONUSIDA.  
Note : n = nombre de pays déclarants.

Les prestataires de services de santé et les organisations communautaires ont réagi en changeant leur façon de fournir des services et un appui en matière de VIH axés sur la population clé. En Côte d'Ivoire, en Indonésie, au Kenya, au Népal et ailleurs, des prestataires de soins de santé, des agents de santé communautaires ou des pairs distribuent des médicaments antirétroviraux et antituberculeux et des kits d'autotest du VIH au domicile des gens, ou ils organisent la collecte dans les pharmacies communautaires ou les centres d'accueil locaux. Ces méthodes soulagent également la pression sur les établissements de santé encombrés et permettent aux personnes d'éviter une infection à la COVID-19 lors de leurs visites dans les établissements.

Au début de la pandémie en Inde, par exemple, la Coalition nationale des personnes vivant avec le VIH (NCPI+) organisait des livraisons d'antirétroviraux à domicile pour plus de 45 000 personnes vivant avec le VIH (35). Ils ont également persuadé les décideurs politiques de permettre aux patients d'aller chercher leurs médicaments dans n'importe quelle clinique du pays plutôt que de les obliger à se rendre dans un établissement désigné. Toujours en Inde, la Human Touch Foundation, une organisation communautaire de Goa qui se concentre sur le soutien aux enfants et aux adolescents vivant avec le VIH, a constitué une équipe de volontaires chargés de livrer les médicaments antirétroviraux au domicile des personnes. La Fondation livre également des produits d'épicerie et d'hygiène personnelle aux familles d'enfants vivant avec le VIH (36).

En Chine, les médecins livrent des antirétroviraux aux patients dans les régions rurales du pays, tandis que des coursiers effectuent des livraisons dans les villes. Dans la capitale indonésienne, Jakarta, le système Jak-Anter – développé par le projet LINKAGES soutenu par l'USAID et le PEPFAR – utilise des motos et des services de messagerie pour livrer des médicaments aux personnes vivant avec le VIH (Figure 3.8) (37). Des préservatifs, des lubrifiants et des kits d'autotest du VIH sont distribués aux principaux points de distribution communautaires adaptés à la population dans de nombreux pays, notamment à Eswatini, au Kenya et au Népal (8).

L'utilisation de plates-formes en ligne (telles que les réseaux sociaux et les applications de messagerie), des messages textuels et des appels téléphoniques pour la gestion et le soutien des cas, n'est plus une innovation, mais elle est désormais devenue essentielle pour maintenir les services de base en matière de VIH et pour assurer la sensibilisation et la gestion des cas pendant les périodes de distanciation sociale. Ainsi, dans la seconde moitié du mois de mars 2020, les services de proximité physiques soutenus par le programme LINKAGES au Népal, ont été interrompus et remplacés par des services virtuels. Au cours de la troisième semaine du mois d'avril, 3 300 personnes bénéficiaient de services de prévention via les réseaux sociaux, soit une augmentation d'un tiers par rapport au nombre de personnes touchées avant le confinement (18). Au Kenya et au Malawi, LINKAGES utilise son système de suivi des populations clés vivant avec le VIH pour s'assurer que les personnes sous traitement VIH reçoivent des fournitures de médicaments antirétroviraux pour plusieurs mois et qu'elles sont programmées pour un test de charge virale (38).

FIGURE 3.8

### Facilitation de la livraison à domicile de médicaments antirétroviraux dans le cadre d'un projet communautaire de traitement du VIH, Jakarta, Indonésie, 2020





## FAIRE EN SORTE QUE CHAQUE VIE COMPTE À CHENNAI

L'intensification des opérations de police, les couvre-feux et la fermeture services pendant le confinement dû à la COVID-19 ont rendu la vie encore plus difficile aux personnes qui consomment des drogues à Chennai, la capitale de l'État indien du Tamil Nadu.

Les services de lutte contre le VIH et de réduction des risques ont été perturbés, et les mesures de police sévères prises pendant le confinement ont découragé, encore plus que d'habitude, les toxicomanes d'essayer d'accéder aux services de santé. Beaucoup ont également évité les mesures d'aide offertes aux résidents par crainte d'être arrêtés ou victimisés. Ceux qui vivent ou passent la plupart de leur temps dans la rue sont donc encore plus vulnérables à la pandémie de COVID-19 et à ses perturbations.

Au début du confinement, le Forum des usagers de drogues du Tamil Nadu, un réseau communautaire de personnes qui consomment des drogues, a constaté une augmentation des retraits d'opioïdes, des overdoses et des problèmes de santé mentale chez les consommateurs de drogues. En collaboration avec des organisations partenaires, il a intensifié ses efforts pour gérer les overdoses, mettre les personnes en contact avec les services disponibles en toute sécurité et a mis à disposition doses de traitement de substitution aux opioïdes à emporter chez soi (39).

Le Forum s'est associé à la Fondation Hopers, une organisation communautaire qui fournit des services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, afin de mettre en relation les sans-abri avec les services de traitement de substitution aux opioïdes (buprénorphine) gérés par la Société de contrôle du sida de l'État du Tamil Nadu. Les autorités nationales ont accepté d'autoriser la fourniture à domicile de doses de traitements de substitution aux opiacés, et les membres du forum ont été formés en ligne pour agir en tant que premiers intervenants en raison de la pénurie de personnel paramédical et d'autres prestataires de services (40).

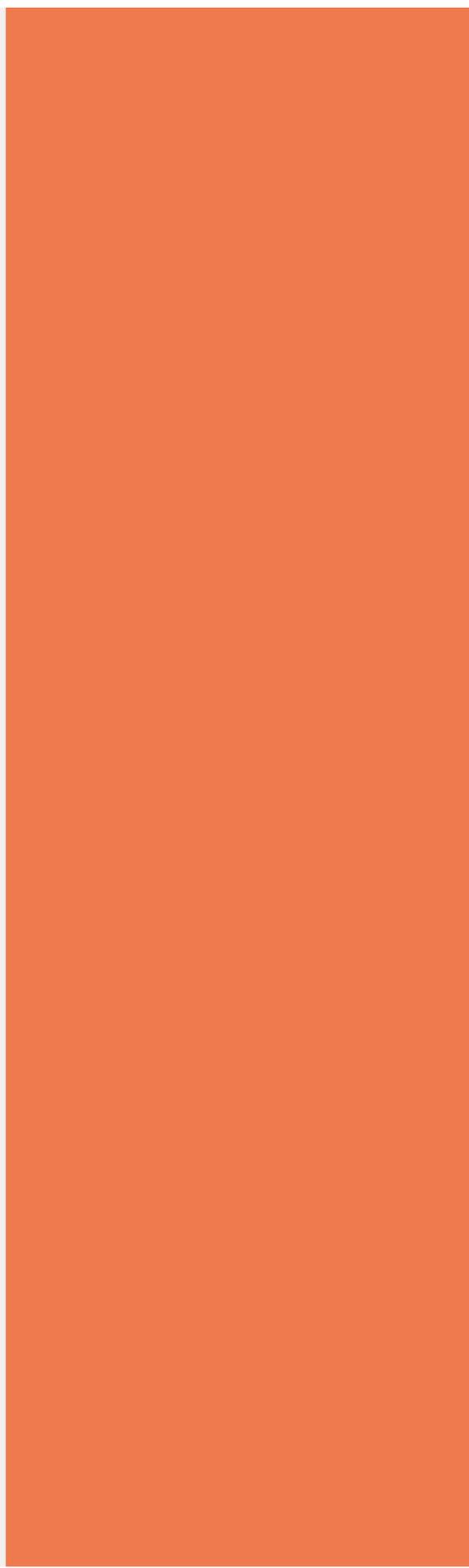
Le Forum a également conclu un accord avec les autorités ferroviaires qui permet aux sans-abri toxicomanes de dormir sur les quais de Chennai et d'utiliser les installations sanitaires de la compagnie ferroviaire, et il a mobilisé des organisations caritatives et religieuses pour fournir des repas (39).

## Références

1. Groupe Banque mondiale Perspectives économiques mondiales. Juin 2020. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33748/9781464815539.pdf>).
2. Coronavirus. In: who.int [Internet]. Genève : OMS ; 2020 ([https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)).
3. Western Cape: COVID-19 and HIV/tuberculosis. Presentation by Mary-Ann Davies, Western Cape Department of Health. 9 June 2020 ([https://storage.googleapis.com/stateless-bhekisisa-website/wordpress-uploads/2020/06/94d3ea42-covid\\_update\\_bhekisisa\\_wc\\_3.pdf](https://storage.googleapis.com/stateless-bhekisisa-website/wordpress-uploads/2020/06/94d3ea42-covid_update_bhekisisa_wc_3.pdf)).
4. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al. for the HIV Modelling Consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Manuscrit avant publication (<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>).
5. Stover J, Chagoma N, Taramusi I, Teng Y, Glaubius R, Mahiane SG. Estimation of the potential impact of COVID-19 responses on the HIV epidemic: analysis using the Goals Model. Manuscrit avant publication. <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20090399>.
6. Informations fournies par le Projet US/DHAPP de prévention, de soins et de traitement des forces de défense zambiennes (ZDFPCT), dirigé par FHI 360, mai 2020.
7. Communication personnelle avec Britta L Jewell (Département d'épidémiologie des maladies infectieuses, Imperial College London), Edinah Mudimu (Département des sciences de la décision, Université d'Afrique du Sud), John Stover (Avenir Health), Debra ten Brink (Burnet Institute), Andrew N Phillips (Institute for Global Health, University College London), 25 juin 2020.
8. Données internes de l'ONUSIDA, 2020.
9. Wickramanayake J. Meet 10 young people leading the COVID-19 response in their communities. Africa Renewal [Internet]. 3 Avril 2020. Nations unies pour le renouveau de l'Afrique ; c2020 (<https://www.un.org/africarenewal/web-features/coronavirus/meet-10-young-people-leading-covid-19-response-their-communities>).
10. Vincent I. Housing Works CEO opens coronavirus homeless shelters in NYC. New York Post [Internet]. 11 avril 2020. New York: NYP Holdings; c2020 (<https://nypost.com/2020/04/11/housing-works-ceo-charles-king-opens-coronavirus-homeless-shelters/>).
11. Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida. Rapport annuel 2019 au Congrès. Washington (DC): PEPFAR; 2019 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/PEPFAR2019ARC.pdf>).
12. Maladie du coronavirus 2019 (COVID-19). Rapport de situation – 92. 21 avril 2020. Genève : OMS ; 2020 ([https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200421-sitrep-92-covid-19.pdf?sfvrsn=38e6b06d\\_8](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200421-sitrep-92-covid-19.pdf?sfvrsn=38e6b06d_8)).
13. L'UA et le CDC Afrique lancent un partenariat pour accélérer les dépistages de COVID-19 : Tracer, tester et suivre. In: Africa CDC [Internet]. 21 Avril 2020. Addis Ababa: Africa CDC; c2020 (<https://africacdc.org/news-item/african-union-and-africa-centres-for-disease-control-and-prevention-launch-partnership-to-accelerate-covid-19-testing-trace-test-and-track/>).
14. Communication personnelle avec Agata Stola, Fondation pour l'éducation sociale, 12 juin 2020.
15. Informations fournies par le projet SIDHAS (Strengthening Integrated Delivery of HIV/AIDS Services) de l'USAID/PEPFAR, dirigé par FHI 360 ; mai 2020.
16. Differentiated service delivery and COVID-19: updates on policy and practice adaptations from Sierra Leone and Zambia. HIV Learning Network: The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery webinar; 12 May 2020.
17. Badiane K. HIV drug distribution: increasing patient-centred care and minimizing PLHIV exposure to COVID-19. Presentation to: Differentiated service delivery and COVID-19: updates on policy and practice adaptations from Sierra Leone and Zambia. HIV Learning Network: The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery webinar; 7 April 2020.
18. Informations fournies par le projet USAID/PEPFAR LINKAGES Népal, dirigé par FHI 360, mai 2020.
19. Communication personnelle avec Masauso Nzima, directeur de l'ONUSIDA au Népal, le 16 juillet 2020.
20. Manuel opérationnel et de prestation de services pour la prévention, les soins et le traitement du VIH au Zimbabwe. Harare : Ministère de la Santé et des soins aux enfants du Zimbabwe, programme de lutte contre le sida et la tuberculose ; 2017.

21. Résultats de l'étude fournis à l'ONUSIDA par le ministère thaïlandais de la Santé publique, division du sida et des IST, et par la division du VIH et de la tuberculose dans le monde des Centers for Disease Control des États-Unis, juin 2020.
22. Base de données nationale sur le sida [Thaïlande]. Bangkok : Gouvernement de Thaïlande, Bureau national de la sécurité sanitaire ; juin 2020.
23. Communication personnelle avec Patchara Benjarattanaporn, directrice de l'ONUSIDA en Thaïlande, 16 juin 2020.
24. République d'Afrique du Sud, ministère de la Santé. Providing patients with dispensing for 12 months on CCMDD. Correspondence to Centralised Chronic Medicines Dispensing and Distribution Task Team (CCMDD) members, 26 mai 2020.
25. L'impact de la riposte à la COVID-19 sur la chaîne d'approvisionnement, la disponibilité et les prix des médicaments antirétroviraux génériques pour le VIH dans les pays à faible et moyen revenu. Genève : ONUSIDA ; 2020.
26. U.S. Government Delivers Emergency Shipment of Anti-retroviral (ARV) Medicine. In: U.S. Embassy in Nepal [Internet]. 15 mai 2020. Kathmandu: U.S. Embassy in Nepal; 2020 (<https://np.usembassy.gov/u-s-government-delivers-emergency-shipment-of-anti-retroviral-arv-medicine/>).
27. Report No.1 on the use of Fast-Track catalytic funds in the Islamic Republic of Iran. Tehran: UNAIDS Iran Country Office; janvier 2016.
28. Good practice report: promotion of mobile HIV/STD services for vulnerable women. Tehran: Center for Communicable Diseases Control, Ministry of Health and Medical Education (Islamic Republic of Iran); 2018.
29. Going mobile: using harm reduction centers to prevent the spread of COVID-19 in Iran. In: UNDP Iran [Internet]. 26 mars 2020. UNDP; c2020 (<https://www.ir.undp.org/content/iran/en/home/presscenter/articles/2020/Going-mobile.html>, consulté le 8 juin 2020).
30. Communication personnelle avec Fardad Doroudi, directeur de Pays de l'ONUSIDA, République islamique d'Iran, 9 juin 2020.
31. Les professionnel(le)s du sexe kényans abandonnés et vulnérables durant la crise de la COVID-19. In : UNAIDS.org [Internet]. 20 mai 2020. Genève : ONUSIDA ; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200520\\_kenya](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200520_kenya)).
32. Nortajuddin A. Thai Sex Workers Hit Hard By Virus Lockdown. In: The ASEAN Post [Internet]. 14 Avril 2020. Digital Media Nusantara; c2020 (<https://theaseanpost.com/article/thai-sex-workers-hit-hard-virus-lockdown>).
33. "We cannot provide only HIV services while sex workers are hungry": Thai community organization steps in. In: UNAIDS.org [Internet]. 1er juin 2020. Genève : ONUSIDA ; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/june/20200601\\_thailand](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/june/20200601_thailand)).
34. Junejo M, Girometti N, McOwan A, Whitlock G; Dean Street Collaborative Group. HIV postexposure prophylaxis during COVID-19. *Lancet HIV*. 2020;S2352-3018(20)30146-6.
35. Shukla S. Community networks playing a central role in ensuring access to HIV treatment during India's COVID-19 lockdown. In: *aidsmap.com* [Internet]. 20 avril 2020. NAM Publications; c2020 (<http://www.aidsmap.com/news/apr-2020/community-networks-playing-central-role-ensuring-access-hiv-treatment-during-indias>).
36. Mitigating the impact of the COVID-19 pandemic among people living with HIV in India. In: UNAIDS.org [Internet]. 6 mai 2020. Genève : ONUSIDA ; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200506\\_india](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200506_india)).
37. Informations fournies par le projet USAID/PEPFAR LINKAGES Indonésie, dirigé par FHI 360, mai 2020.
38. Informations fournies par les projets USAID/PEPFAR LINKAGES Kenya et Malawi, dirigés par FHI 360, mai 2020.
39. In India's Chennai, a Community of People Who Use Drugs are Scripting an Inspiring Story during Lockdown. In: Alliance India [Internet]. 11 mai 2020. New Delhi: Alliance India; c2016 (<http://www.allianceindia.org/indias-chennai-community-people-use-drugs-scripting-inspiring-story-lockdown/>).
40. Communication personnelle avec Kunal Kishore, directeur associé d'Alliance India, Drug Use & Harm Reduction, 6 juin 2020.

# 04



# **GARANTIR LES DROITS**

# GARANTIR LES DROITS

## POINTS SUR LES DONNÉES

PARMI LES PERSONNES MARIÉES OU EN UNION,

**SEULES 55 %**

UTILISENT UN TYPE DE CONTRACEPTION, OU PRENNENT LEURS PROPRES DÉCISIONS CONCERNANT LEUR SANTÉ ET LEURS DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS

DANS 8 PAYS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE, 33 %

**DES FEMMES  
TRANSGENRES**

ONT DÉCLARÉ QU'ELLES AVAIENT DÉJÀ ÉTÉ PHYSIQUEMENT AGRESSÉES, ET 28 % QU'ELLES AVAIENT ÉTÉ VIOLÉES

**LES ADOLESCENTES**

BÉNÉFICIAIRES D'UN SUPPORT MULTICOUCHES SONT PLUS SUSCEPTIBLES DE DÉCLARER UN USAGE RÉGULIER DU PRÉSERVATIF ET DE SE SOUMETTRE AU DÉPISTAGE DU VIH

LA DÉPÉNALISATION DU TRAVAIL DU SEXE POURRAIT ÉVITER QUELQUE

**33-46 %**

D'INFECTIONS PAR LE VIH SUR 10 ANS

AU MOINS

**69 PAYS**

APPLIQUENT DES LOIS QUI CRIMINALISENT LES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU MÊME SEXE

**108 PAYS**

RAPPORTENT QUE LA CONSOMMATION OU LA POSSESSION DE DROGUE POUR USAGE PERSONNEL EST UN DÉLIT PÉNAL ; SEULS 17 PAYS AUTORISENT LA POSSESSION D'UNE CERTAINE QUANTITÉ DE DROGUE

Les écarts entre les engagements pris par tous les pays lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) de 2016 sur l'élimination du sida et les progrès réalisés jusqu'à présent reflètent les nombreux obstacles auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et celles qui risquent d'être infectées par le VIH. Les multiples formes de discrimination, qui se recoupent, telles que celles fondées sur le revenu, la race, l'âge, l'origine ethnique, le handicap, le statut d'immigration, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, freinent les ripostes au VIH.

L'inégalité entre les sexes, fondée sur des normes sexospécifiques néfastes et des dynamiques de pouvoir ou de relations inégales qui renforcent les notions de masculinité fondées sur le contrôle et la force des hommes et la vulnérabilité des femmes, continue de restreindre le pouvoir des femmes lorsqu'il s'agit de décider comment, quand et avec qui elles ont des relations sexuelles. Elle conditionne également le recours des femmes aux services VIH et autres services de santé, et limite leur capacité à mener une vie exempte de violence. Les appels en faveur de l'égalité des sexes se font de plus en plus pressants alors que les femmes, leaders et mobilisateurs communautaires, célèbrent le 25<sup>e</sup> anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Pékin.

Pour tous les sexes, les lois et les politiques visant à décourager ou à criminaliser les comportements individuels, tels que le travail du sexe, la consommation de drogue et les relations sexuelles entre personnes du même sexe, peuvent légitimer la stigmatisation et autoriser la discrimination et le harcèlement. Cela isole les personnes qui sont particulièrement exposées au risque de contracter le VIH et les empêche d'accéder aux services dont elles ont besoin, ce qui augmente encore leur risque d'infection.

DES PROGRÈS SUBSTANTIELS ONT ÉTÉ RÉALISÉS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS DES FILLES À L'ÉDUCATION ET POUR PROGRESSER VERS LA PARITÉ DES SEXES AU SEIN DES SYSTÈMES ÉDUCATIFS. CELA A ÉTÉ ACCOMPLI GRÂCE À DES EFFORTS SOUTENUS POUR ÉTABLIR DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES VISANT À CHANGER LES ATTITUDES SOCIALES, À FOURNIR UN SOUTIEN FINANCIER AUX ÉTUDIANTES ET À RENDRE LES ÉCOLES PLUS ACCESSIBLES AUX FILLES.



Crédit : ONUSIDA

La pandémie de COVID-19 menace d'amplifier les inégalités existantes, notamment celles liées au genre et à la pauvreté. Une approche fondée sur les droits et tenant compte de la dimension de genre est nécessaire pour surmonter ces obstacles. L'autonomisation des femmes dans toute leur diversité nécessite une action sur de multiples fronts, allant du déracinement des normes sexistes néfastes et des systèmes patriarcaux qui perpétuent la discrimination et la violence

fondées sur le sexe, à la lutte contre le racisme, en passant par la fourniture de services complets de santé sexuelle et reproductive, le maintien des filles à l'école, l'autonomisation économique et la réforme des lois, des politiques et des pratiques institutionnelles. La garantie des droits de tous les individus crée un environnement habilitant à la réussite des ripostes au VIH, en affirmant la dignité et la capacité d'action des individus, en créant un accès plus équitable aux services et en ne laissant personne pour compte.



## Santé et droits sexuels et reproductifs

La santé et les droits sexuels et reproductifs sont essentiels à l'autonomisation des femmes et des adolescentes, à la réalisation de leurs droits fondamentaux, à la garantie de leur santé et de leur bien-être, à la création de sociétés et d'économies égalitaires entre les sexes. Les investissements dans la santé sexuelle et reproductive génèrent d'énormes bénéfices sociaux et économiques pour les femmes dans toute leur diversité, ainsi que pour leurs familles et leurs sociétés, et rapportent des dividendes à travers les générations (1).

Dans une grande partie du monde, les femmes n'ont toujours pas suffisamment accès à des informations, à une éducation et à des services de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive – y compris le planning familial –, sachant que tous ces éléments sont essentiels afin de concrétiser et protéger leurs droits sexuels et reproductifs et de réduire le risque d'infection par le VIH. Selon des enquêtes démographiques récentes, le pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) dont la demande de planning familial a été satisfaite par des méthodes modernes varie de 6,3 % en Albanie à 86,6 % en Colombie (2).

L'accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive est souvent entravé par de multiples formes d'inégalité, de stigmatisation et de discrimination qui se recoupent, créant des barrières aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire et sociétal (3). Les pauvres des zones rurales et urbaines, les groupes ethniques minoritaires, les adolescents et les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres et intersexuelles (LGBTI) sont particulièrement mal desservis (4). Dans la majorité des pays disposant de données d'enquête récentes, les femmes sont moins susceptibles de voir leur demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes si elles vivent dans des zones rurales, n'ont pas atteint un niveau d'éducation secondaire ou supérieur et/ou se situent dans le quintile inférieur de l'indice de richesse (Figure 4.1) (2). Le fait que les femmes les plus pauvres du Zimbabwe aient un meilleur accès au planning familial que les femmes les plus riches de 34 pays suggère que de bonnes politiques et de bons programmes peuvent élargir l'accès aux services à tous les niveaux de revenus.

Les femmes vivant avec le VIH sont confrontées à des défis particuliers, car la stigmatisation du VIH et l'inégalité entre les sexes se croisent et ont un impact négatif sur leur santé (5). Alors que les établissements de soins de santé devraient être des espaces sûrs, une femme sur trois vivant avec le VIH dans 19 pays a déclaré avoir subi au moins une forme de discrimination liée à sa santé sexuelle et reproductive dans un établissement de soins de santé au cours des 12 derniers mois (6). Les violations des droits à la santé documentées par diverses études comprennent la divulgation non autorisée du statut, la recommandation de ne pas avoir d'enfants, la stérilisation ou l'interruption forcée et imposée d'une grossesse, le refus de services de santé sexuelle et reproductive et la violence psychologique qui en résulte (6-8).

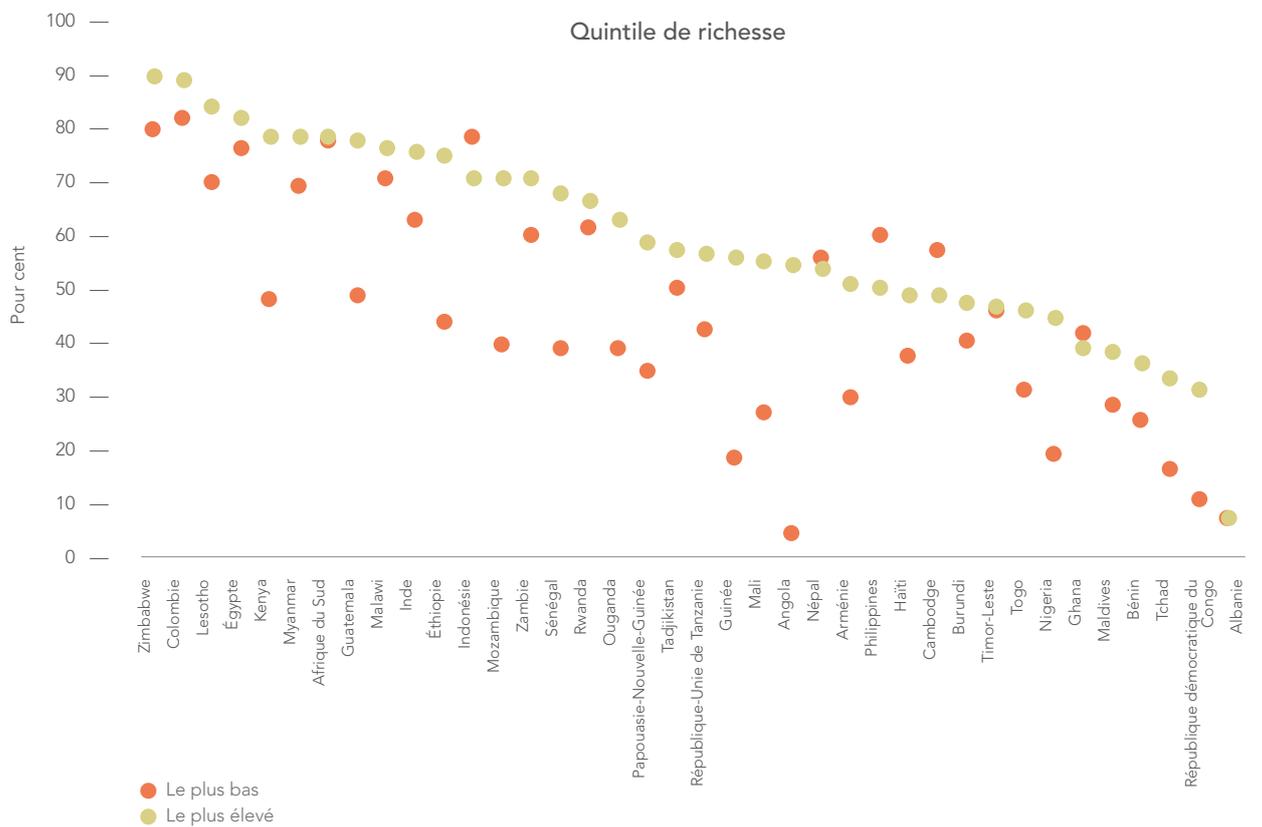
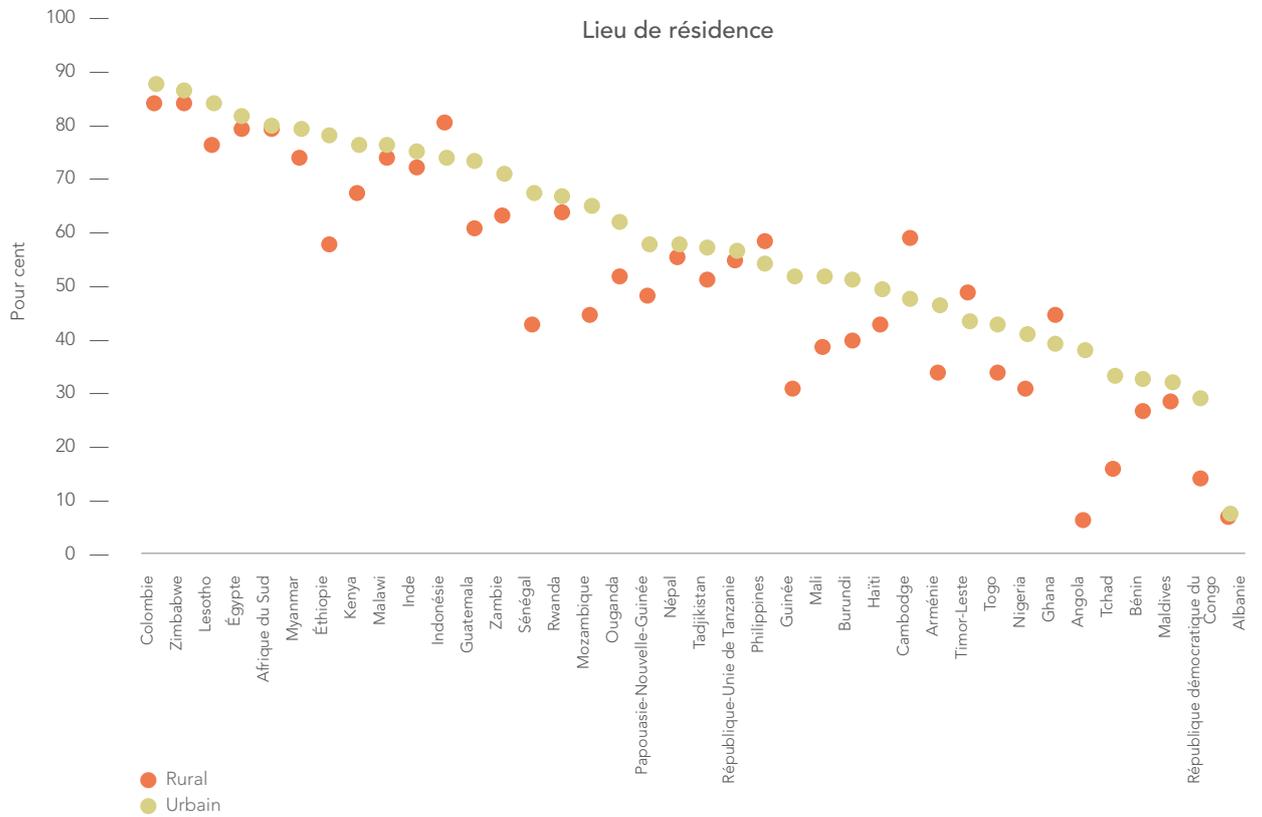
L'autonomisation des femmes dans toute leur diversité nécessite une action sur de multiples fronts, allant du déracinement des normes sexistes néfastes et des systèmes patriarcaux qui perpétuent la discrimination et la violence fondées sur le sexe, à la lutte contre le racisme, en passant par la fourniture de services complets de santé sexuelle et reproductive, le maintien des filles à l'école, l'autonomisation économique et la réforme des lois, des politiques et des pratiques institutionnelles.

FIGURE 4.1

**Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, par âge, niveau d'éducation, lieu de résidence et quintile de richesse, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2018**



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2013-2018.



## Des normes inégales entre les sexes sapent les droits à la santé

Les normes patriarcales en matière de genre limitent l'action et la voix des femmes et des filles, réduisent leur accès à l'éducation et aux ressources économiques, et étouffent leur participation civique et politique. La dynamique de pouvoir entre les sexes dans les relations intimes, les masculinités nuisibles et les comportements de contrôle masculin limitent également les droits sexuels et reproductifs des femmes et les résultats en matière de santé, ainsi que leur pouvoir de décision, notamment leur capacité à refuser des rapports sexuels non désirés, à négocier des rapports sexuels à moindre risque et à atténuer le risque de VIH (4, 9-11). Par exemple, de nombreuses études démontrent une association entre un pouvoir relationnel plus faible et un manque d'utilisation du préservatif, ou une utilisation plus irrégulière du préservatif (12, 13).

D'après les données de 57 pays du monde, seules 55 % des adolescentes et des femmes mariées ou vivant en couple âgées de 15 à 49 ans, qui utilisent actuellement un moyen de contraception quelconque, prennent leurs propres décisions en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs (15). Les tendances au fil du temps sont mitigées. Dans les 22 pays où au moins deux enquêtes ont été menées depuis 2005, le pourcentage de celles qui prennent leurs propres décisions en matière de santé sexuelle et reproductive a augmenté dans huit pays, a diminué dans sept pays et est resté similaire (à cinq points de pourcentage près) dans huit pays (Figure 4.2).

Même dans les milieux où les femmes prennent des décisions concernant leurs soins de santé, des lacunes subsistent dans leur autonomie sexuelle. En Afrique australe, par exemple, les données d'une enquête démographique démontrent que 92 % des femmes mariées ou en union prennent des décisions concernant leurs soins de santé, mais que seules 75 % déclarent pouvoir dire « non » aux relations sexuelles (15). Une étude réalisée en 2019 au Mozambique a démontré que les hommes prennent la majorité des décisions concernant la fécondité et la taille de la famille, les personnes interrogées indiquant que des normes de genre profondément patriarcales limitent la capacité et la participation des femmes dans la prise de décision, y compris en ce qui concerne leur propre santé sexuelle et reproductive. Tant les femmes que les hommes ont déclaré que les femmes doivent obtenir la permission de leur partenaire masculin avant de recourir aux services de santé (16).

**CAPACITÉ :** LES FEMMES ONT LA CAPACITÉ D'EXERCER UN CONTRÔLE STRATÉGIQUE SUR LEUR VIE.

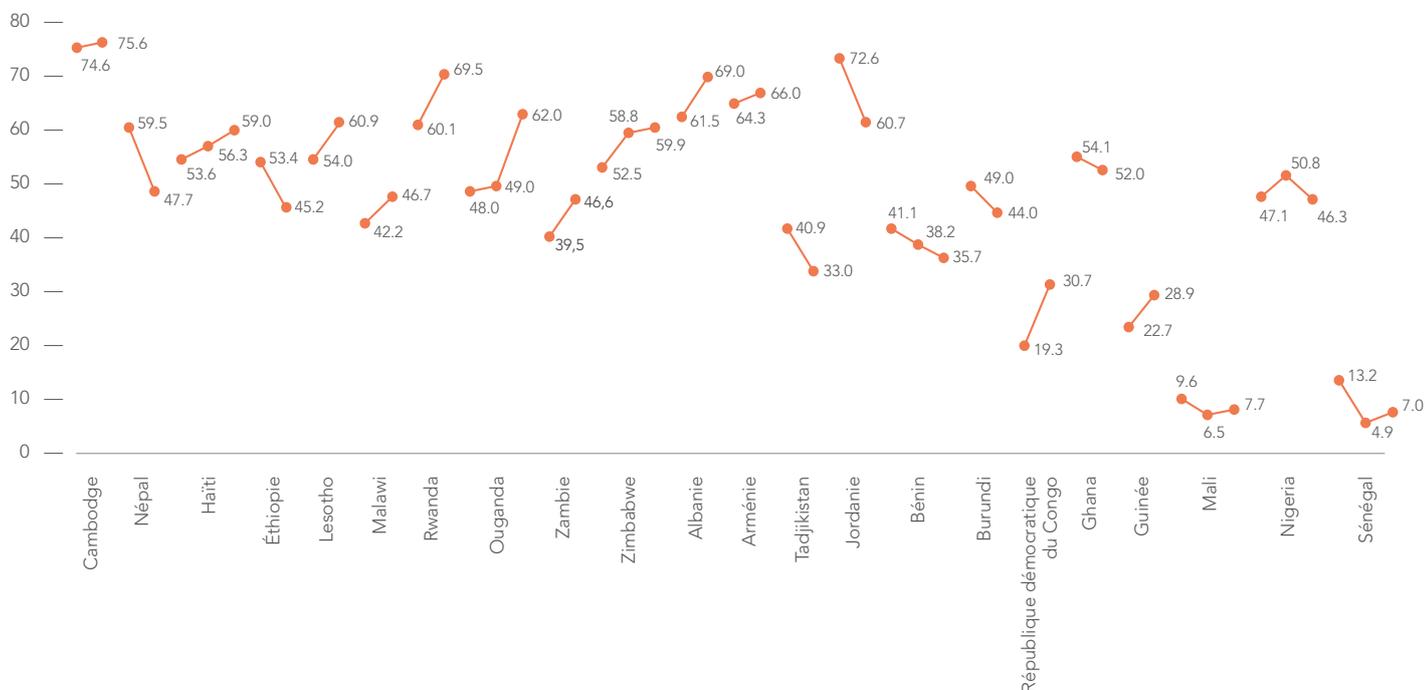
**VOIX :** LES FEMMES PEUVENT DÉFINIR DES OBJECTIFS ET AGIR EN CONSÉQUENCE, ET ELLES PEUVENT NÉGOCIER LEURS RELATIONS AVEC LES AUTRES (14).

Les normes de genre dans de nombreuses cultures – y compris les concepts binaires de genre et les tabous sur la sexualité – perpétuent également la stigmatisation, l'homophobie et la transphobie. Les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres et intersexuelles (LGBTI) et les femmes marginalisées (telles que les professionnelles du sexe ou les femmes qui consomment des drogues), qui craignent d'être jugées, violentées ou arrêtées, luttent pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, notamment ceux liés à la contraception et à la prévention du VIH. En Mongolie, une enquête menée auprès de professionnelles du sexe a révélé que 40 % d'entre elles avaient évité de se faire soigner au cours des 12 mois précédents par peur de la discrimination (17). Ce pourcentage passe à 52 % chez les femmes qui s'injectent des drogues au Canada (18).

Le rejet familial et sociétal, le refus de soins, le harcèlement et le manque de prestataires de services compétents et sensibles ayant une connaissance adéquate des besoins spécifiques des personnes transgenres sont également des obstacles persistants à la réalisation des droits des transgenres (19, 20). En Thaïlande, par exemple, 47 % des femmes transgenres déclarent avoir eu des expériences négatives lorsqu'elles ont reçu des services de santé en raison de leur identité sexuelle (21). Cette forme de stigmatisation structurelle porte atteinte au droit des individus à protéger leur santé, à prévenir le VIH et à prendre des décisions éclairées concernant leur santé et leur vie sexuelle et reproductive.

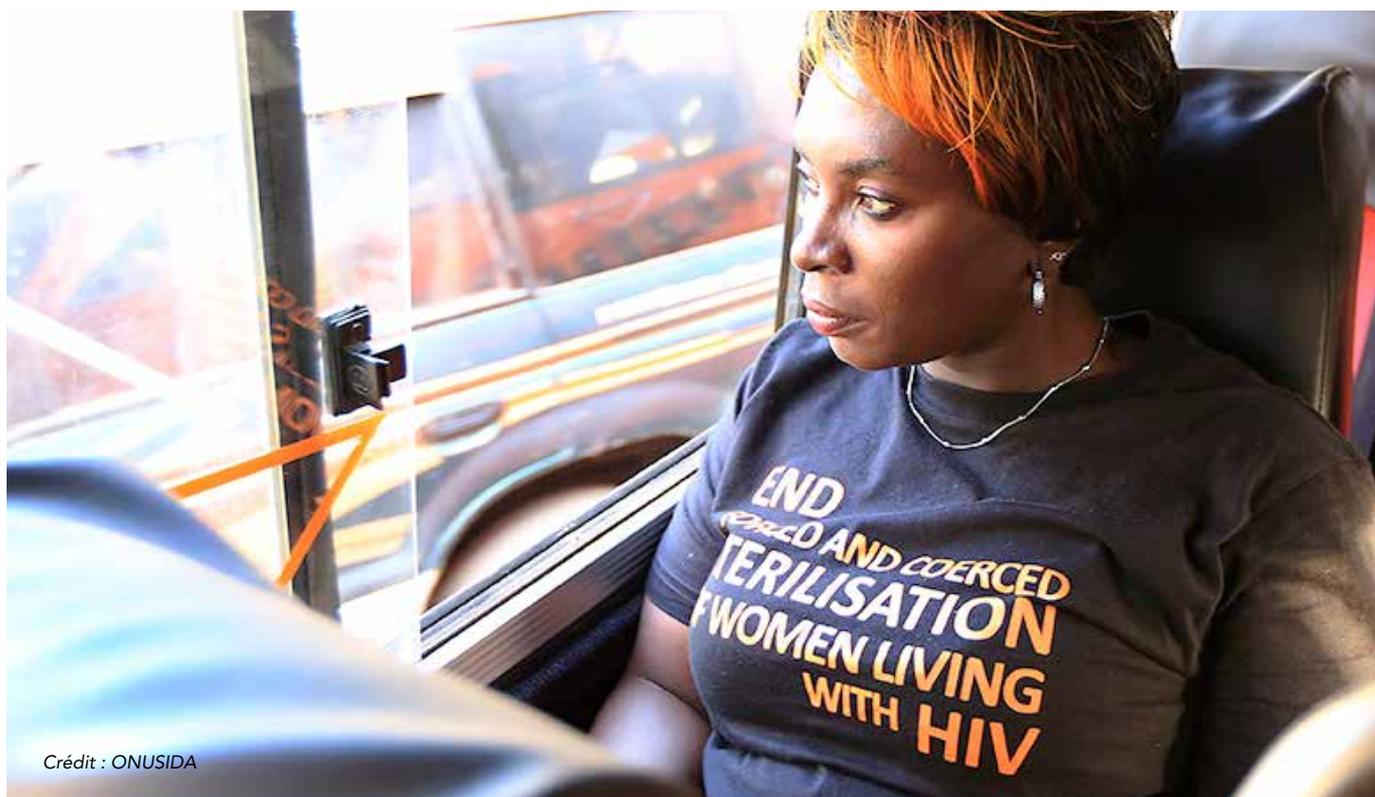
FIGURE 4.2

**Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans qui prennent leurs propres décisions en connaissance de cause pour ce qui concerne les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs propres soins de santé, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2018**



Source : Enquêtes de population, 2005–2018.

Note : Les données concernent les femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont actuellement mariées ou en union et qui utilisent des contraceptifs. Les années d'enquête par pays sont : Albanie (2008-2009 et 2017-2018), Arménie (2010, 2015-2016), Bénin (2006, 2011-2012, 2017-2018), Burundi (2010 et 2016), Cambodge (2010 et 2014), République démocratique du Congo (2007 et 2013-2014), Éthiopie (2011 et 2016), Ghana (2008 et 2014), Guinée (2012 et 2018), Haiti (2006, 2012 et 2017), Jordanie (2012 et 2017-2018), Lesotho (2009 et 2014), Malawi (2010 et 2015-2016), Mali (2006, 2012-2013 et 2018), Népal (2011 et 2016), Nigeria (2008, 2013 et 2018), Rwanda (2010 et 2014-2015), Sénégal (2011, 2016 et 2017), Tadjikistan (2012 et 2017), Ouganda (2006, 2011 et 2016), Zambie (2007, 2013-2014) et Zimbabwe (2005-2006, 2010-2011 et 2015).



Crédit : ONUSIDA

## Violence sexospécifique

Les dynamiques de pouvoir inégales, les normes de genre néfastes et les constructions sociales autour de la masculinité – qui favorisent la domination et le contrôle des hommes sur les femmes, y compris la domination physique et sexuelle – sont les causes profondes de la violence contre les femmes et les filles (22).

La violence a un impact sur la vie de centaines de millions de femmes et de filles. Dans le monde, près d'une femme sur trois a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, d'un non-partenaire, ou des deux, au cours de sa vie (23). Dans les 46 pays pour lesquels des données sont disponibles entre 2014 et 2018, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, variait de 3,5 % en Arménie à 47,6 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée (37). Plus d'un tiers des femmes tuées intentionnellement le sont par un partenaire intime actuel ou ancien (25).

La violence commence souvent tôt dans la vie. Les données des enquêtes sur la violence contre les enfants (EVCE) menées dans neuf pays entre 2014 et 2017 démontrent que le pourcentage de jeunes âgés de 18 à 24 ans ayant subi un ou plusieurs types de violence (physique, sexuelle ou émotionnelle) pendant leur enfance (avant 18 ans) était élevé, allant de 21,4 % au Salvador à 75,6 % en Ouganda chez les hommes, et de 26,5 % au Zimbabwe à 75,3 % en Ouganda chez les femmes (Figure 4.3).

Les normes sociales et de genre – introduites dans l'enfance et constamment renforcées tout au long de la vie – sont à l'origine de cette violence. Dans la majorité des 43 pays disposant de données récentes issues d'enquêtes de population, plus de 40 % des jeunes femmes ont déclaré qu'un mari peut frapper ou battre sa femme (Figure 51).

Les adolescentes, jeunes femmes et femmes appartenant à des minorités ethniques et autres, les femmes transgenres et les femmes handicapées sont davantage exposées à différentes formes de violence (26). Les taux de violence entre partenaires intimes et de violence sexospécifique chez les femmes qui s'injectent des drogues sont jusqu'à cinq fois plus élevés que chez les femmes qui ne consomment pas de drogues (27). On estime que 45 à 75 % des professionnelles du sexe adultes sont agressées ou maltraitées au moins une fois dans leur vie, bien que les mécanismes de signalement des abus ou d'accès aux services pour les survivants, y compris la santé sexuelle et reproductive et les services VIH, soient souvent bloqués en raison de la pénalisation du travail du sexe et la stigmatisation et la discrimination y afférent (28).





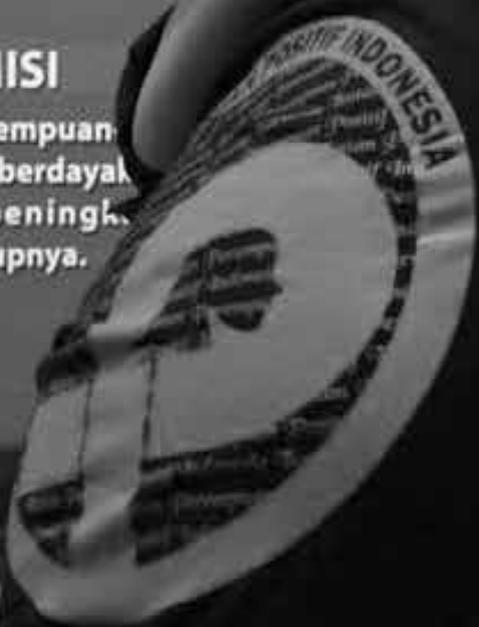
## KEMPUAN POSITIF

### VISI

empuan dengan HIV  
erkualitas hidup tinggi  
onesia lainnya dalam  
n dan ekonomi.

### MISI

ampuan perempuan  
ntuk memberdayak  
ial, dan peningk  
kualitas hidupnya.

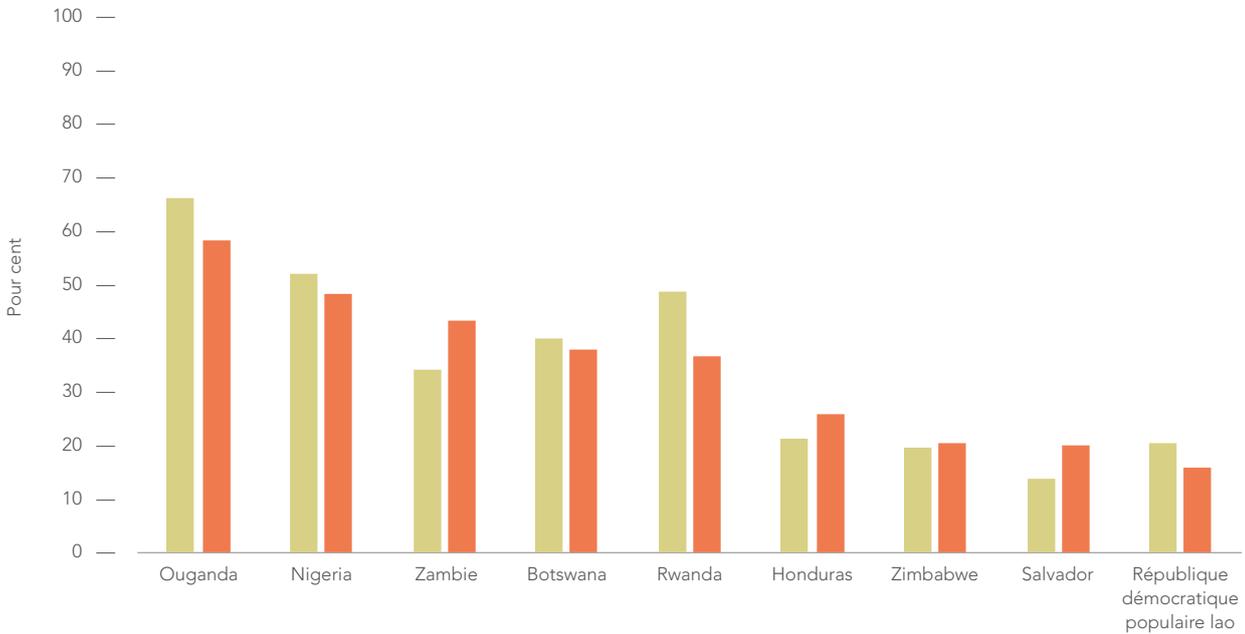


DANS LE MONDE, PRÈS D'UNE FEMME SUR TROIS A SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU SEXUELLES DE LA PART D'UN PARTENAIRE INTIME, D'UN NON-PARTENAIRE, OU DES DEUX, AU COURS DE SA VIE.

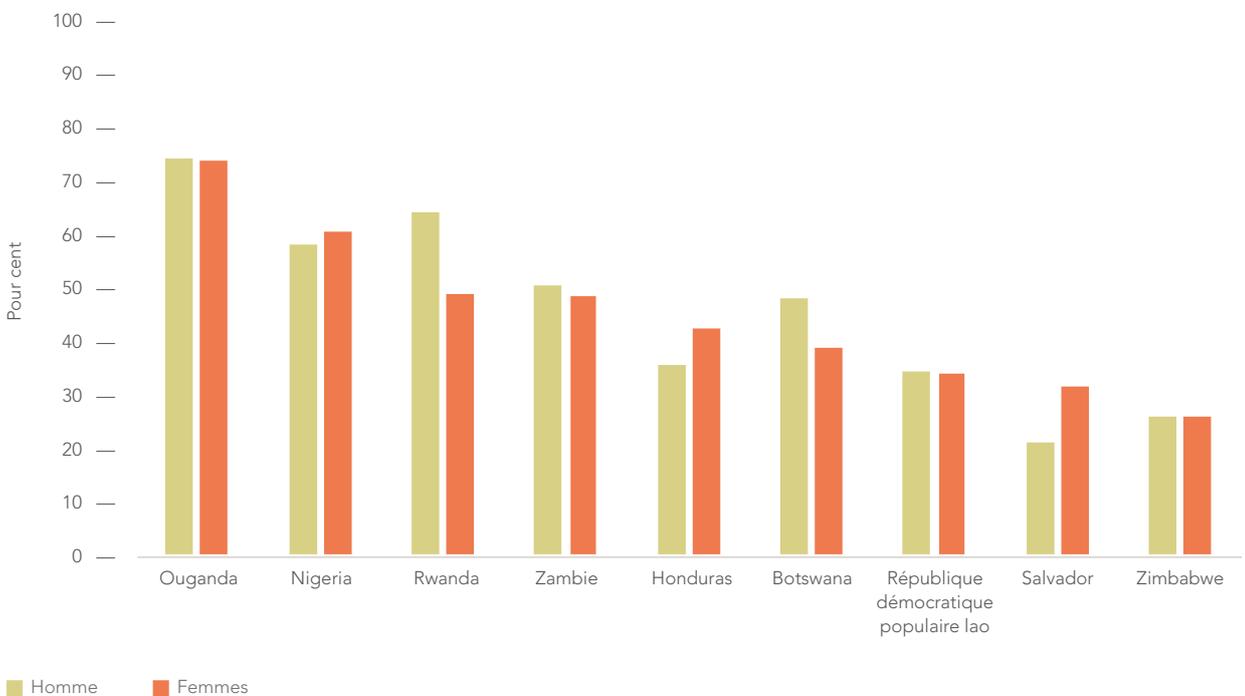
FIGURE 4.3

**Enfants et jeunes âgés de 13 à 24 ans ayant subi un ou plusieurs types de violence dans l'enfance, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2017**

Les enfants (âgés de 13 à 17 ans) ayant subi un ou plusieurs types de violence au cours des 12 derniers mois



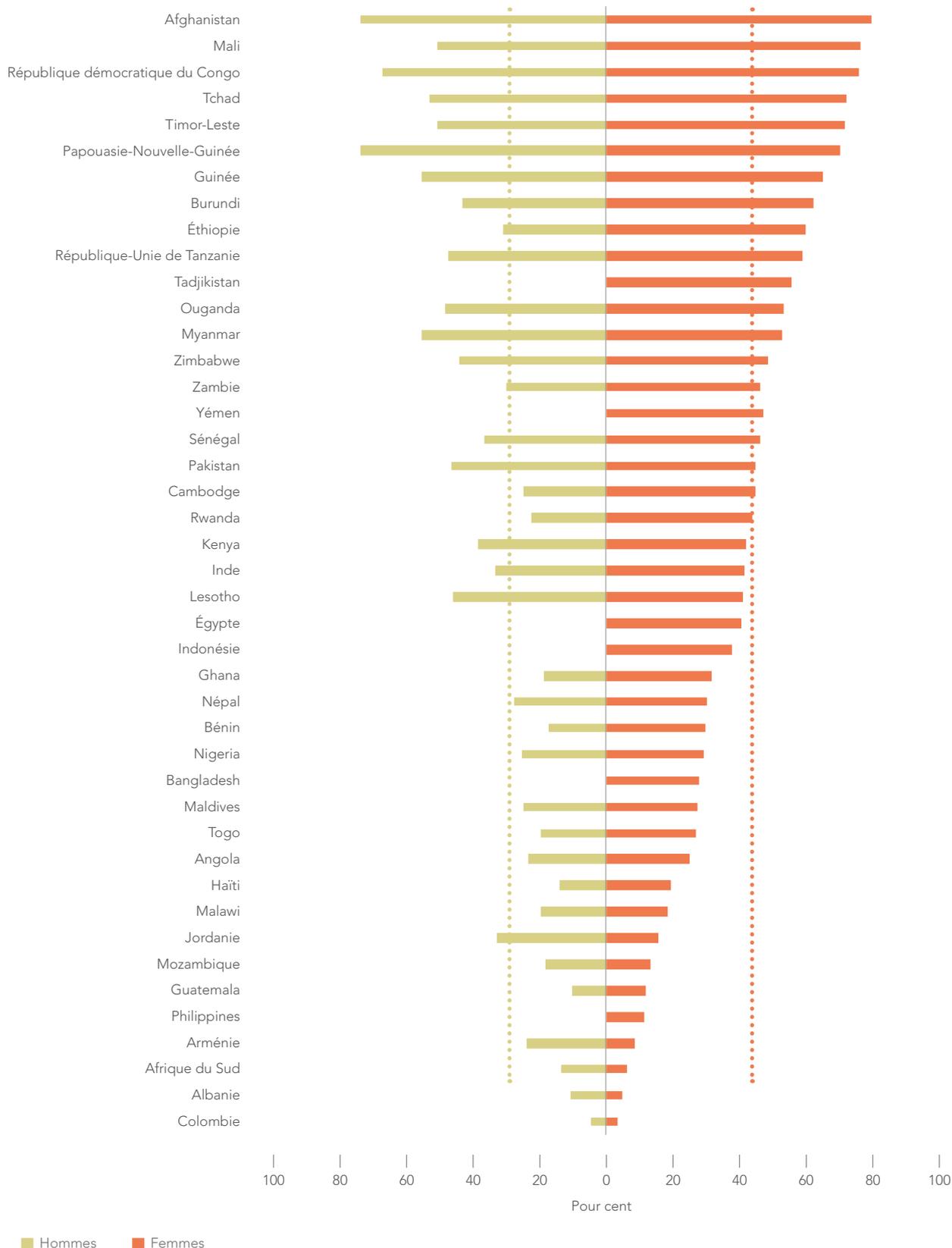
Les jeunes (18-24 ans) ayant subi un ou plusieurs types de violence avant l'âge de 18 ans



Source : Enquêtes sur les violences faites aux enfants, 2014-2017.

FIGURE 4.4

**Pourcentage de jeunes femmes et jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui estiment qu'un mari peut frapper ou battre sa femme, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2018**



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2014-2018.

Note : Les lignes pointillées représentent les valeurs médianes dans tous les pays pour lesquels des données sont disponibles.

# LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES ET FILLES DURANT LE CONFINEMENT

La riposte à la pandémie de COVID-19 semble amplifier les inégalités et les vulnérabilités existantes entre les sexes qui contribuent à la violence fondée sur le sexe (30). L'extension des mesures de confinement et de restrictions des déplacements, aggravée par le stress économique et social provoqué par la pandémie, a coïncidé avec des rapports faisant état d'un nombre croissant de femmes et de jeunes filles victimes d'abus dans de nombreux pays (31). L'Inde a rapporté que les cas de violences domestiques ont doublé à l'échelle nationale au cours de la première semaine de restrictions des déplacements, selon la Commission nationale des femmes du pays (32), tandis que la police sud-africaine a signalé 87 000 appels pour violence sexiste au cours de la première semaine de confinement du pays (33). Les lignes d'assistance à Chypre et à Singapour ont enregistré des augmentations de 30 % et 33 % des appels, respectivement (34). La disponibilité et la continuité des principaux services publics (y compris les centres de santé et les foyers pour femmes) – ainsi que les voies d'orientation et les services de soutien – ont été perturbées dans de nombreux pays, ce qui a des conséquences inquiétantes pour les personnes qui risquent de subir (ou subissent déjà) des violences (35).

FIGURE 4.5

## Infographie de l'ONUFemmes sur la violence faite aux femmes durant la crise de la Covid

### The Shadow Pandemic: Violence Against Women and Girls and COVID-19

Globally,

**243 million** 

women and girls aged 15-49 have been subjected to sexual and/or physical violence perpetrated by an intimate partner in the previous 12 months.

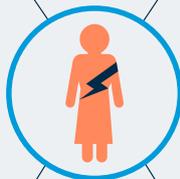
The number is likely to **INCREASE** as security, health, and money worries heighten tensions and strains are accentuated by cramped and confined living conditions.

Emerging data shows that since the outbreak of COVID-19, violence against women and girls (VAWG), and particularly domestic violence, has **INTENSIFIED**.

In **France**, reports of domestic violence have increased by **30%** since the lockdown on March 17.

In **Cyprus and Singapore** helplines have registered an increase in calls of **30%** and **33%**, respectively.

In **Argentina** emergency calls for domestic violence cases have increased by **25%** since the lockdown on March 20.



Increased cases of domestic violence and demand for emergency shelter have also been reported in **Canada, Germany, Spain, the United Kingdom and the United States**.

As stay-at-home orders expand to contain the spread of the virus, women with violent partners increasingly find themselves isolated from the people and resources that can help them.

**87,000** women

were intentionally killed in 2017. The majority of these killings were committed by an intimate partner or family member of the victim.

Violence against women and girls is pervasive but at the same time widely under-reported. Less

than **40%** of women who experience violence report these crimes or seek help of any sort.

The global cost of violence against women had previously been estimated at approximately

**US\$1.5 trillion**

That figure can only be rising as violence increases now, and continues in the aftermath of the pandemic.

The surge in COVID-19 cases is straining even the most advanced and best-resourced health systems to the breaking point, including those at the front line in violence response.



Domestic violence shelters are reaching capacity, or unable to take new victims due to lockdown and social distancing measures. In other cases, they are being re-purposed to serve as health centers.

National responses to COVID-19 must include:



**Services to address violence against women and girls**, including increased resources to support shelters, hotlines and online counselling. These essential services should be expanded and adapted to the crisis context to ensure survivors' access to support.



**A strong message from law enforcement that impunity will not be tolerated.** Police and Justice actors must ensure that incidents of VAWG are given high priority and care must be taken to address the manifestations of violence emerging in the context of COVID 19.



**Psychosocial support** for women and girls affected by the outbreak, gender-based violence survivors, frontline health workers and other frontline social support staff must be prioritized.



Source : COVID-19 et mettre fin à la violence faite aux femmes et les filles. Rapid Response Brief by UN Women, 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>, consulté le 4 juin 2020).

De multiples formes de violence sexospécifique, qui se recoupent, y compris la violence structurelle, physique et sexuelle, les crimes haineux et les violations des droits de l'homme, sont vécues par les personnes transgenres et les personnes de sexe différent dans le monde entier. Dans une étude menée dans huit pays d'Afrique subsaharienne, 33 % des femmes transgenres ont déclaré avoir déjà été agressées physiquement, 28 % ont été violées et 27 % ont déclaré avoir trop peur de recourir aux services de santé (29).

La violence n'a pas uniquement un impact sur la santé physique et mentale des survivants ; elle limite également l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, et augmente le risque de contamination par le VIH. Les rapports sexuels forcés et la négociation limitée ou compromise de rapports sexuels à moindre risque en raison de la violence ou de la peur de la violence entraînent un risque accru de contracter le VIH. Dans les régions où la prévalence du VIH est élevée, il a été démontré que la violence exercée par un partenaire intime augmente de 50 % le risque de contracter le VIH chez les femmes (36).

Le VIH peut également être un déclencheur de violence. Les femmes vivant avec le VIH signalent fréquemment des expériences de violence ou la peur de la violence de la part de leurs partenaires intimes et des membres de leur famille (37). La violence à l'égard des femmes vivant avec le VIH – y compris la violence exercée par un partenaire intime et la violence institutionnelle et obstétrique – peut entraîner une réduction de l'accès et de l'adhésion au traitement, une baisse du nombre de CD4 et une augmentation de la charge virale (38).

## Défis auxquels les jeunes femmes et adolescentes sont confrontées

Les adolescentes et les jeunes femmes sont confrontées à des défis particuliers, qui peuvent les exposer à un risque élevé de grossesse non désirée, de violence et de VIH. Elles n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin : sur les 38 millions d'adolescentes sexuellement actives et âgées de 15 à 19 ans, plus de la moitié n'utilisent pas de contraceptifs modernes (1). Au moins 10 millions de grossesses non désirées sont recensées chaque année chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (39), et les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont la principale cause de décès dans le monde pour les filles de 15 à 19 ans (40, 41).

Il a été démontré que les normes restrictives en matière de genre contribuent à la stigmatisation et à la discrimination dans les établissements de soins de santé et limitent le recours aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH (42). Une étude récente en République-Unie de Tanzanie a révélé que les préjugés culturellement ancrés des

prestataires de soins de santé concernant la sexualité des adolescents et leur santé sexuelle et reproductive étaient liés à une moindre volonté de prescrire une prophylaxie pré-exposition (PPrE) (43).

Dans de nombreux pays du monde, les adolescentes connaissent également des taux élevés de violence sexuelle et sexiste. Dans huit des 31 pays disposant de données d'enquête récentes, le pourcentage d'adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) ayant subi des violences de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois était plus élevé que celui des femmes plus âgées (âgées de 20 à 49 ans) (44). Des enquêtes menées auprès d'adolescentes et de jeunes femmes au Kenya et en Zambie ont démontré que les expériences de violence sexuelle étaient associées à des résultats négatifs pour la santé, notamment une augmentation des risques de symptômes d'infections sexuellement transmissibles (IST) et des niveaux accrus d'anxiété et de dépression (45).

Le mariage d'enfants, précoce et forcé, est une forme de violence à l'encontre des filles qui viole leurs droits à la santé, à la sécurité et à l'éducation (46). Les filles mariées avant 18 ans sont également plus susceptibles de signaler des actes de violence commis par un partenaire intime et des rapports sexuels forcés que celles mariées après 18 ans (47-50). Elles ont tendance à tomber enceintes et à avoir des enfants plus tôt, sont moins capables ou moins susceptibles d'accéder à l'éducation, et peuvent être socialement isolées (51). De même, le mariage d'enfants implique souvent des jeunes filles mariées à des hommes plus âgés, avec lesquels elles ont moins de pouvoir pour négocier des rapports sexuels protégés. Entre 2013 et 2019, 35 % des jeunes femmes d'Afrique subsaharienne ont été mariées avant l'âge de 18 ans (52).

Les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne sont plus exposées au VIH que les jeunes hommes, ce qui est en partie lié à leurs débuts sexuels plus précoces (4). Les connaissances sur la santé sexuelle et reproductive et la prévention du VIH et des IST chez les adolescentes et les jeunes femmes sont également faibles : seul un tiers environ des femmes âgées de 15 à 24 ans en Afrique subsaharienne ont des connaissances approfondies sur le VIH (53). Ce niveau élevé de vulnérabilité est alimenté par une interaction complexe de facteurs sociaux, économiques et structurels, notamment la pauvreté, l'inégalité entre les sexes, l'inégalité des pouvoirs et des dynamiques relationnelles, la violence fondée sur le sexe, l'isolement social et l'accès limité à la scolarité.



Crédit : ONUSIDA

## Accès à l'éducation

L'accès équitable à une éducation de qualité est un droit de l'homme. Il peut faire progresser l'égalité des sexes en démantelant les normes et les stéréotypes sexistes néfastes (54, 55). L'éducation est également étroitement liée à une bonne santé, et elle est un important indicateur du bien-être des femmes et de leurs enfants (56). Plusieurs études ont démontré que le fait de rester plus longtemps scolarisé a un effet protecteur en réduisant le risque d'infection par le VIH (57-59). Par exemple, après que l'enseignement secondaire obligatoire et gratuit ait été étendu au Botswana, chaque année supplémentaire de scolarité secondaire a permis de réduire de 8,1 % le risque cumulé d'infection par le VIH et de 11,6 % le risque d'infection par le VIH chez les jeunes femmes, en particulier (60). Un niveau d'éducation plus élevé chez les femmes est également associé à un contrôle accru de la santé et des droits sexuels et reproductifs (4). Des effets positifs de la scolarisation dans le secondaire sur la réduction des comportements sexuels à risque et des taux d'infection par le VIH ont également été constatés en Ouganda et au Zimbabwe, respectivement (61, 62).

En dépit des preuves attestant des multiples avantages d'un maintien à l'école, les filles et les jeunes femmes sont confrontées, dans de multiples contextes à travers le monde, à des obstacles importants à l'éducation, dus à la pauvreté, à l'inégalité des normes sociales et culturelles, à des pratiques néfastes (comme le mariage des enfants, le mariage précoce et le mariage forcé), à de mauvaises infrastructures, à la violence sexiste et à l'instabilité. Les normes patriarcales qui dévalorisent l'éducation des femmes et des jeunes filles limitent également leurs possibilités d'accéder à l'éducation et d'y rester. L'analyse du sixième cycle du World Values Survey<sup>1</sup>, réalisé dans 51 pays entre 2010 et 2014, a démontré que 27 % des personnes interrogées s'accordaient à dire « qu'une formation universitaire est plus importante pour un garçon que pour une fille », avec des proportions allant de 2 % en Suède à 56 % au Pakistan et 59 % en Haïti (63, 64).

Dans de nombreux pays, la grossesse des adolescentes peut également signifier la fin de leurs études. Cela peut résulter de politiques ou de lois explicites qui interdisent aux filles enceintes de fréquenter l'école, ou d'obstacles qu'elles rencontrent lorsqu'elles tentent de réintégrer le

<sup>1</sup> The World Values Survey, Wave 6 (2010-2014). Pour plus d'informations, veuillez consulter : <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp>

système éducatif après la naissance de leur enfant. Il peut s'agir d'une discrimination parmi les enseignants et les écoles ou d'un manque de services de garde d'enfants ou de filières d'éducation alternatives adaptées à l'âge qui réintègrent les nouvelles mères dans l'éducation formelle. Environ 12 millions de filles âgées de 15 à 19 ans – et au moins 777 000 filles de moins de 15 ans – donnent naissance à un enfant chaque année dans les régions en développement (39, 65).

L'accès à l'éducation étant accru, des efforts doivent être déployés pour mettre fin à la violence sexiste liée à l'école, qui a des répercussions considérables sur les enfants et les jeunes, notamment en ce qui concerne leur bien-être mental et physique, leur éducation et leur santé, y compris le statut VIH et les grossesses précoces (66).



### LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE LA RIPOSTE AU VIRUS EBOLA DÉMONTRENT QUE LES PERTURBATIONS DE L'ÉDUCATION MENACENT LES ADOLESCENTES

La pandémie de COVID-19 représente une menace importante pour l'éducation, en particulier l'éducation des filles dans les pays à faibles et moyens revenus. Les fermetures d'écoles décrétées au niveau national pour lutter contre la propagation du virus dans plus de 190 pays ont conduit à la déscolarisation de plus de 1,57 milliard d'étudiants, dont 743 millions de filles (67, 68). Plus de 111 millions de ces filles vivent dans les pays les moins avancés du monde, où il existe déjà d'importantes disparités entre les sexes et de multiples obstacles à l'accès et au maintien des filles dans l'éducation (68).

L'impact de cette période d'éducation perturbée sera profond, et il est probable qu'il frappera le plus durement les filles marginalisées (69). Les enseignements tirés de la crise Ebola ont démontré que les fermetures d'écoles peuvent entraîner une augmentation de la violence sexospécifique, des grossesses d'adolescentes, des mariages d'enfants, de l'exploitation et d'autres formes d'abus contre les adolescentes (y compris l'utilisation des services de rencontre en ligne pour les séduire et les exploiter sexuellement). Les fermetures d'écoles peuvent être particulièrement dévastatrices pour les filles plus vulnérables, comme les réfugiées, les personnes déplacées, les rapatriées et les filles vivant avec un handicap (70).

Même si les écoles rouvriront, certaines filles risquent de ne jamais retourner à l'école. La crise Ebola a démontré que la charge élevée du travail domestique non rémunéré supporté par les filles et les jeunes femmes, y compris les responsabilités de soins, a un impact négatif sur l'apprentissage à domicile, ce qui entraîne un retard pour les filles (71). Dans les pays où des mesures de protection sociale limitées sont en place, les difficultés économiques causées par les crises obligent souvent les familles à réévaluer les coûts financiers et d'opportunité de l'éducation de leurs filles, ce qui entraîne des abandons scolaires (68).

L'extrême pauvreté, exacerbée par la pandémie, peut également être à l'origine de pratiques néfastes, telles que le mariage d'enfants ou le mariage précoce, ou encore le fait que des filles se livrent à des transactions sexuelles. Par exemple, les recherches de Human Rights Watch dans plusieurs pays africains démontrent que le mariage des enfants et les grossesses précoces qui en résultent augmentent considérablement en période de crise (72). De même, le Fonds Malala s'est appuyé sur les données de l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone pour estimer que quelque 10 millions de filles supplémentaires en âge de fréquenter l'école secondaire pourraient ne pas être scolarisées après la pandémie de COVID-19 si le taux d'abandon scolaire augmente dans les mêmes proportions (73).

La recrudescence des grossesses chez les adolescentes lors de l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone a renforcé les appels en faveur de la levée de l'interdiction faite aux jeunes filles enceintes de fréquenter l'école secondaire. En décembre 2019, un tribunal de la Communauté économique des États d'Afrique occidentale a ordonné à la Sierra Leone de mettre en place des programmes nationaux pour aider les filles enceintes à retourner à l'école (74). Quelques mois plus tard, les dirigeants de la Sierra Leone ont annoncé la fin de l'interdiction de fréquenter l'école (75).

## Travail sans rémunération ni protection

Les normes inégales entre les sexes dictent les rôles des femmes et filles au sein des ménages dans de nombreuses régions du monde, en leur assignant des tâches domestiques et des responsabilités de soins plus importantes, en limitant leur liberté d'entrer et de rester sur le marché du travail dans des conditions qui répondent à leurs besoins et, en fin de compte, en ayant un impact sur l'indépendance économique, la sécurité et le contrôle des femmes.

Le sixième cycle du World Values Survey a révélé que la moitié des personnes interrogées étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle « lorsqu'une femme travaille contre rémunération, les enfants en souffrent ». L'idée était répandue en Inde et dans les pays du Moyen-Orient, comme la Jordanie, où plus de 80 % des personnes interrogées étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation (63).

Il existe un écart important entre les sexes dans la population active mondiale. Selon les données de 84 pays, 95 % des hommes âgés de 25 à 54 ans font partie de la population active, contre seulement 52 % des femmes (76). Les tâches domestiques non rémunérées sont la principale raison invoquée par les femmes n'intégrant pas la population active (77).

Les femmes effectuent 76,2 % du nombre total des heures de travail non rémunéré consacrées aux tâches domestiques, soit plus de trois fois plus que les hommes (78). Les données de 64 pays indiquent que

16,4 milliards d'heures par jour sont consacrées à des tâches domestiques non rémunérées, soit l'équivalent de plus de 2 milliards de personnes travaillant huit heures par jour sans rémunération. Si ces services étaient évalués sur la base d'un salaire minimum horaire, ils représenteraient 9 % du PIB mondial, soit 11 000 milliards de dollars (en parité de pouvoir d'achat en 2011) (78).

Parmi les femmes qui travaillent, plus de la moitié se trouvent dans l'économie informelle, souvent dans des emplois sans sécurité ni droits. Environ 60 % des pays n'ont pas de législation garantissant l'égalité des chances dans les pratiques de recrutement et exigeant une rémunération égale pour un travail de valeur égale (79). Les données de 13 pays suggèrent que les femmes vivant avec le VIH sont moins susceptibles d'être recrutées que les hommes vivant avec le VIH et jouissent d'une autonomie économique moindre que leurs homologues masculins (80).

Dans de nombreux pays du monde, les personnes transgenres souffrent également d'un niveau élevé de discrimination de la part des employeurs, ce qui les pousse dans la pauvreté et, dans certains cas, implique que des individus se tournent vers le travail du sexe pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille (81). Les professionnel(le)s du sexe transgenres sont parmi les plus marginalisés et les plus vulnérables en raison de la stigmatisation sociale et structurelle généralisée, alimentée par la transphobie (82). Le chômage est également particulièrement élevé parmi les personnes transgenres vivant avec le VIH (80).



## PROFIL DU CHAMPION

## PLANNING FAMILIAL POUR LES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH DURANT LE CONFINEMENT AU MAROC

Les mesures de confinement à Rabat, au Maroc, aplatissent la courbe de la COVID-19, mais elles rendent également plus difficile l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive. L'Association marocaine du planning familial a travaillé pendant toute la durée du confinement afin de garantir un accès continu aux services pour les plus vulnérables. Les services sont rapidement passés aux formats téléphonique et en ligne, offrant des services de télémedecine et de dépistage de la violence sexiste, des orientations et des services à domicile.

« Tout le monde est en crise, mais certains souffrent plus que d'autres », déclare la directrice exécutive de l'association, Fadoua Bakhadda. « Les personnes vulnérables ont le sentiment qu'il est plus difficile que jamais d'accéder directement aux services auxquels elles sont habituées. Les médecins sont occupés avec la COVID-19 et ne leur accordent pas beaucoup d'attention ».

Les services de l'association en matière de VIH sont axés sur les jeunes et les femmes enceintes. Un réseau de plus de 900 jeunes militants oriente les jeunes vers l'Association marocaine de planning familial pour le dépistage du VIH, tandis



Fadoua Bakhadda (au centre) et le personnel de l'Association marocaine du planning familial discutent des stratégies pour atteindre les jeunes au Maroc. Crédit : François Beauraim/IPPF

que les responsables de la communauté locale des personnes vivant avec le VIH orientent les femmes séropositives vers des services de lutte contre le VIH et la violence sexiste. L'aide aux femmes vivant avec le VIH comprend également des contraceptifs gratuits, le dépistage des IST et d'autres services de santé sexuelle et reproductive.

L'une des principales préoccupations pendant le confinement a été de veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH aient toujours accès aux médicaments antirétroviraux, et à ce que les femmes enceintes séropositives puissent accoucher en toute sécurité sans risque pour leur propre santé (y compris l'exposition à la COVID-19) et sans risque de transmission verticale du VIH.

L'impact psychologique des services perturbés a été important, y compris des cas de tentatives de suicide. En réponse, l'Association marocaine de planning familial a donné la priorité aux services psychologiques, en travaillant avec des médecins et des psychologues

pour fournir des services de conseil et de soutien.

« Une femme vivant avec le VIH nous a appelés en panique, en pleurant et en nous disant qu'elle allait mourir à cause du coronavirus », se souvient Fadoua. « Nous sommes allés la voir et l'avons emmenée à l'hôpital, où elle est restée 36 heures. Lorsqu'elle est rentrée chez elle, notre équipe lui a rendu visite tous les jours pour lui offrir des soins primaires pour les escarres ».

Réfléchissant sur les défis de la COVID-19, Fadoua explique que « les évaluations de la vulnérabilité ne sont pas les mêmes en période de crise. Les priorités doivent être revues et les plans d'urgence sont indispensables. En ce qui concerne les femmes vivant avec le VIH, leurs préoccupations durant cette crise ont davantage porté sur la violence sexiste et sur la santé et la sécurité de leurs enfants. Ils se soucient davantage de protéger leurs bébés contre le VIH et la COVID-19 que d'elles-mêmes ».

## Approches globales de l'autonomisation et de la santé

La réalisation des droits des femmes dans toute leur diversité exige une action sur de multiples fronts : (a) déraciner les normes sexistes néfastes et les systèmes patriarcaux qui perpétuent la discrimination et la violence ; (b) réformer les lois, les politiques et les pratiques institutionnelles ; (c) mettre en place des services intégrés qui répondent à des besoins divers ; (d) maintenir les filles à l'école ; et (e) renforcer l'autonomie économique et l'émancipation.

### Un ensemble global pour la santé et les droits sexuels et reproductifs

La santé et les droits sexuels et reproductifs sont essentiels à l'autonomisation des femmes et des adolescentes dans toute leur diversité, à la jouissance de leurs droits humains et à la construction de sociétés et d'économies équitables pour les deux sexes. Ils doivent faire partie de l'assurance santé universelle. Les investissements dans la santé sexuelle et reproductrice génèrent d'énormes bénéfices individuels, sociaux et économiques à travers les générations (1). Au-delà des avantages immédiats en matière de santé, on recense des avantages à long terme, tels que des augmentations dans l'éducation, des revenus et de l'épargne au niveau individuel et familial, et des augmentations de la croissance économique et la réduction de la pauvreté au niveau de la société (83).

Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et un panel d'experts réunis par l'Institut Guttmacher et The Lancet ont recommandé en 2018 un ensemble complet de services de qualité en matière de santé et droits sexuels et reproductifs : (a) accessibles et adaptés au sexe ; (b) exempts de coercition, de stigmatisation et de discrimination ; (c) fondés sur une approche basée sur les droits de l'homme ; et (d) liés à d'autres services pertinents. L'ensemble s'articule autour d'une définition de la santé et des droits sexuels et reproductifs qui aborde la violence, la stigmatisation et la discrimination, le respect de l'autonomie corporelle, les droits des personnes à exprimer leur sexualité individuelle, ainsi que la santé et les droits sexuels et reproductifs des groupes négligés (par exemple, les adolescentes, les personnes LGBTI, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH) (1, 4).

### Éducation sexuelle complète

Une éducation sexuelle complète est un élément clé d'un enseignement de bonne qualité et d'une santé et de droits sexuels et reproductifs. Elle est rentable

et améliore les résultats en matière de santé sexuelle et reproductrice, notamment en retardant le début des relations sexuelles, en réduisant le nombre de partenaires sexuels, en diminuant la prise de risques sexuels et en augmentant l'utilisation des préservatifs et de la contraception, ce qui se traduit par une réduction des taux d'IST, d'infections par le VIH et de grossesses non désirées (15, 84, 85).

Des études démontrent que l'adoption d'une approche fondée sur les droits dans les programmes d'éducation sexuelle complète génère des effets positifs à court terme sur les connaissances et les comportements, notamment une meilleure connaissance de ses droits dans le cadre d'une relation sexuelle, une communication accrue avec les parents sur la sexualité et les relations et une plus grande auto-efficacité pour gérer les situations à haut risque (86). Il existe également des effets positifs à plus long terme sur les résultats psychosociaux et certains comportements (87).

Les données démontrent également que l'éducation sexuelle a le plus grand impact lorsque les programmes scolaires sont complétés par des éléments communautaires, notamment la distribution de préservatifs, la formation des prestataires de santé à la prestation de services adaptés aux jeunes et la participation des parents et des enseignants (88). Selon une étude de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), les programmes à composantes multiples – en particulier ceux qui associent l'éducation sexuelle en milieu scolaire à des services de santé adaptés aux jeunes qui ne sont pas dispensés en milieu scolaire – sont particulièrement importants pour atteindre les jeunes marginalisés, y compris ceux qui ne sont pas scolarisés (85).

On a constaté qu'une éducation sexuelle complète qui met l'accent sur le genre, le pouvoir et les droits est plus susceptible de réduire les taux d'IST et de grossesses non désirées (89). Des études suggèrent également qu'une éducation sexuelle complète pourrait avoir le potentiel nécessaire : (a) pour prévenir et réduire la violence et la discrimination fondées sur le sexe et sur le partenaire intime ; (b) pour soutenir l'efficacité personnelle, la confiance en soi et les normes d'équité entre les sexes ; et (c) pour apprendre aux élèves à construire des relations plus solides et plus saines (90).

Les programmes axés sur le genre sont nettement plus efficaces que les programmes dits « aveugles » pour atteindre ces résultats en matière de santé, car ils comportent un contenu et des méthodes d'enseignement transformateurs qui aident les étudiants à remettre en question les normes sociales et culturelles relatives au genre et à développer des attitudes équitables pour les deux sexes (90).

## LA SUPERPOSITION DES INTERVENTIONS AMÉLIORE LE PARTENARIAT DREAMS POUR LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES

Les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique subsaharienne sont plus de deux fois (2,4 fois) susceptibles que les hommes et les garçons de contracter le VIH. Si les interventions individuelles se sont révélées prometteuses pour traiter certains aspects du risque d'infection par le VIH, aucune intervention n'a permis à elle seule de réduire considérablement les nouvelles infections par le VIH au sein de ce groupe vulnérable (91).

Une dynamique croissante en faveur d'une approche globale et multisectorielle dépassant le secteur de la santé, sexospécifique et fondée sur les droits, et qui peut s'attaquer aux facteurs sociaux, économiques et structurels qui augmentent le risque de VIH et la vulnérabilité des femmes et des filles, est constatée. Des études sur les programmes de protection sociale ont démontré que la superposition et la combinaison d'éléments de protection sociale avec des interventions de soins de santé et des activités communautaires peuvent amplifier les résultats, en particulier en ce qui concerne le VIH, avec des impacts significatifs constatés chez les adolescentes et les jeunes femmes (92, 93).

Depuis 2015, le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a investi plus de 900 millions de dollars US dans une approche multisectorielle à plusieurs niveaux pour réduire l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes vulnérables dans les districts à forte incidence de VIH dans 15 pays par le biais du partenariat DREAMS (Determined, Resilient, Empowered, AIDS-Free, Mentored and Safe).<sup>2</sup> Chaque équipe nationale DREAMS élabore un ensemble de base, comprenant des services primaires par tranche d'âge (10 à 14 ans, 15 à 19 ans et 20 à 24 ans), qui sont mis à la disposition de tous les participants. Des interventions secondaires sont également disponibles, qui s'appuient sur les services primaires, en fonction des besoins de la personne.

Chaque ensemble de base est conçu pour autonomiser les adolescentes et les jeunes femmes, réduire leur risque de contracter le VIH et les risques connexes (par exemple, la violence sexiste), renforcer les familles et mobiliser les communautés pour un changement positif. Il vise également à réduire le risque de contamination par le VIH de leurs partenaires sexuels masculins probables en tirant parti des services de lutte contre le VIH soutenus par le PEPFAR. L'ensemble de base comprend également des services contextuels pour les parents, les soignants et la communauté au sens large, ainsi que des liens avec les services VIH pour les partenaires masculins, afin de préserver les adolescentes et les jeunes femmes du VIH et de les mettre à l'abri de la violence (Figure 4.6).

Par exemple, au Kenya, une bénéficiaire de DREAMS âgée de 18 ans est affectée à un espace sécurisé dirigé par un mentor, où elle est mise en relation avec un groupe de jeunes femmes du même âge qui rencontrent régulièrement le mentor. Lors des réunions de l'espace sécurisé, elle reçoit un programme de prévention du VIH et de la violence basé sur des données probantes et des informations sur les préservatifs, la contraception et la PPrE. Elle reçoit également des cours d'éducation financière de base, soit dans son espace sécurisé, soit dans un autre cadre de groupe. Pour les services cliniques, elle est activement reliée par son mentor à un établissement voisin, et elle reçoit également certains services dans l'espace sécurisé. Elle peut également bénéficier de services supplémentaires fondés sur les besoins, notamment des subventions à l'éducation et des soins post-violence, et des services contextuels sont mis à la disposition de ses parents, de son partenaire masculin et des membres de la communauté afin de créer un environnement favorable.



*Le partenariat DREAMS utilise une approche multisectorielle à plusieurs niveaux pour réduire l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes vulnérables dans les districts où l'incidence du VIH est élevée.*

*Crédit : PEPFAR*

2 DREAMS est implanté au Botswana, en Côte d'Ivoire, à Eswatini, à Haïti, au Kenya, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, en Namibie, au Rwanda, en Afrique du Sud, en Ouganda, en République Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe.



*Hadijah (à l'extrême gauche), mère de quatre enfants, vit dans le district de Mityana en Ouganda. Elle a abandonné l'école après être tombée enceinte de son premier enfant et s'est livrée à des activités sexuelles transactionnelles pour l'aider à joindre les deux bouts. Hadijah s'est inscrite à DREAMS et a reçu une formation parentale et professionnelle, ainsi que des services de dépistage et de prévention du VIH et de planning familial. Hadijah est maintenant coordinatrice des sports de l'espace sécurisé, capitaine de son équipe de netball, et dirige une entreprise de restauration. Crédit : PEPFAR*

Il existe des preuves encourageantes sur les avantages de la superposition des interventions multisectorielles. Les nouveaux diagnostics de VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes ont diminué de 25 % ou plus dans presque toutes les régions géographiques où DREAMS est mis en œuvre (94). Des études menées dans de multiples contextes DREAMS montrent des résultats qui comprennent une plus grande participation au dépistage du VIH et une meilleure connaissance de la séropositivité, une réduction des rapports sexuels transactionnels et une utilisation plus régulière des préservatifs (95, 96). Au Kenya, DREAMS a démontré une portée significative parmi les adolescentes et les jeunes femmes en milieu urbain et rural, ainsi qu'une augmentation rapide et soutenue de la connaissance du statut VIH : une augmentation de 30 % a été documentée en milieu urbain, et une augmentation de 12 % a été observée en milieu rural (95). Dans les deux cas, les augmentations ont été plus importantes chez les adolescentes (<18 ans) que chez leurs pairs plus âgées.

Des preuves apparaissent également concernant l'influence que des combinaisons spécifiques de composantes de programmes ont sur différents résultats liés au VIH. Dans les milieux urbains en Zambie, par exemple, la superposition d'interventions éducatives et économiques à des espaces sûrs ou à des activités de développement des actifs sociaux a permis de réduire la probabilité de comportements à risque pour le VIH chez les adolescentes, notamment en réduisant les rapports sexuels transactionnels et en augmentant l'utilisation systématique des préservatifs et le dépistage du VIH (97).

Pour les filles âgées de 15 à 19 ans qui ont bénéficié de services de santé adaptés aux jeunes, suivi le programme de développement des actifs sociaux et reçu un soutien économique et éducatif, la probabilité d'un test de dépistage récent du VIH est passée de 73 à 83 % (96) (Figure 4.7). La probabilité d'une utilisation régulière du préservatif a également augmenté, de 33 % à 57 %, chez les personnes âgées de 15 à 19 ans qui ont bénéficié d'un soutien économique, suivi le programme de développement des actifs sociaux et reçu un soutien éducatif (96) (Figure 4.8). Les filles âgées de 15 à 19 ans les moins susceptibles de déclarer avoir eu des relations sexuelles transactionnelles sont celles qui ont reçu des subventions à l'éducation et une protection sociale et qui ont suivi le programme de développement des actifs sociaux, ou celles qui ont reçu un soutien économique mais qui n'ont pas suivi le programme de développement des actifs sociaux (96).

Les données indiquent également que le recours à des services multiples et à plusieurs niveaux tend à augmenter durant la participation à DREAMS. En Ouganda, par exemple, 88 % des participants âgés de 15 à 19 ans ayant passé plus de 24 mois dans le programme DREAMS avaient suivi les deux modules, primaire et secondaire (98). Au fur et à mesure que les programmes DREAMS mûrissent et s'adaptent, les partenaires de mise en œuvre sont également en mesure d'améliorer leur prestation de services à plusieurs niveaux, ce qui entraîne une augmentation de l'utilisation. Cela a notamment été noté pour l'ajout de nouvelles interventions non sanitaires, telles que les espaces sécurisés, le tutorat et la protection sociale (99).

FIGURE 4.6

**Schéma de l'approche DREAMS pour donner aux filles et aux jeunes femmes les moyens de réduire leur risque d'infection par le VIH**

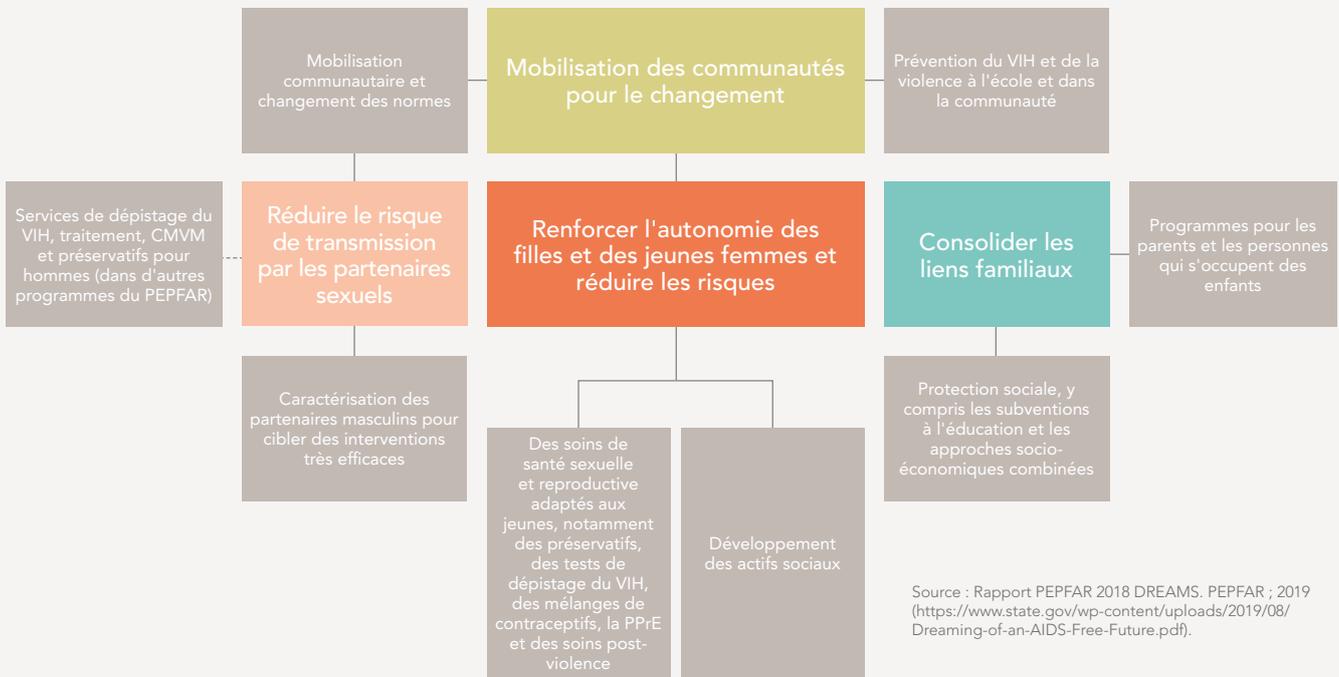
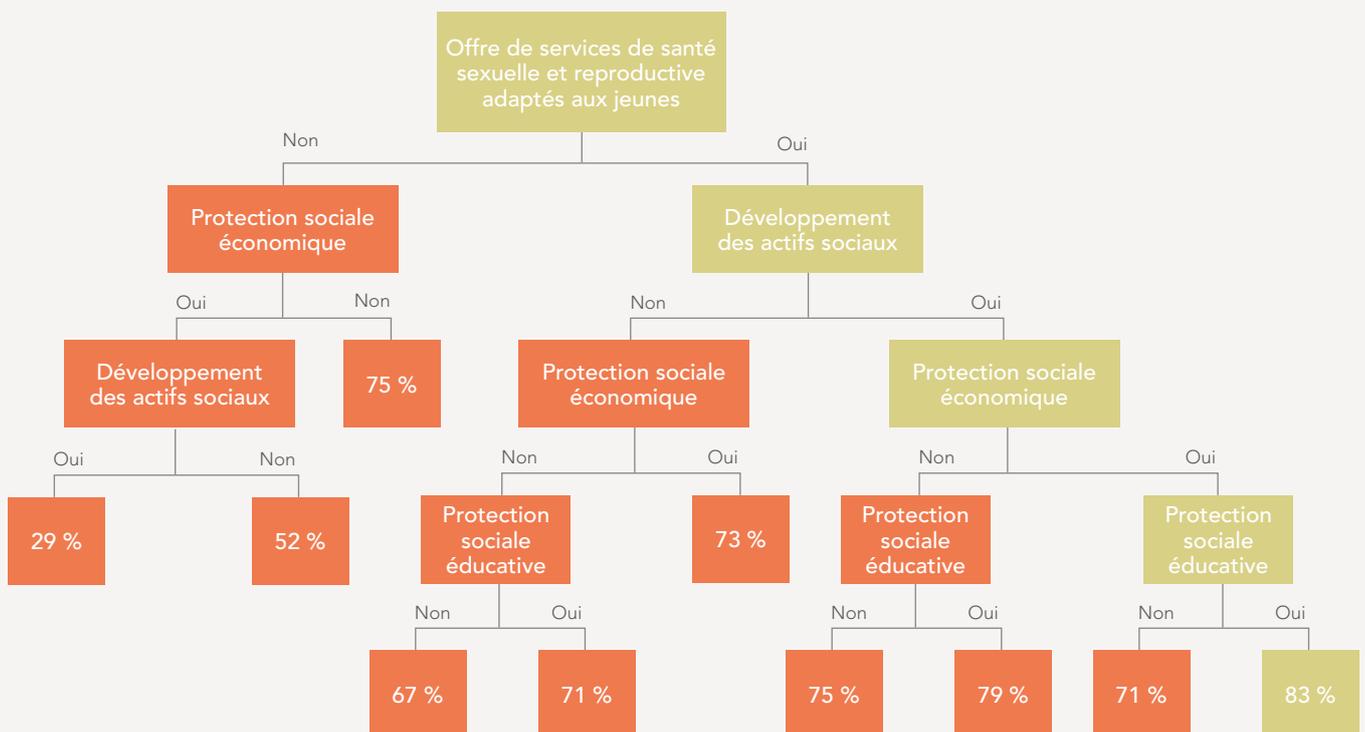


FIGURE 4.7

**Composantes optimales du programme visant à accroître le dépistage du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) en milieu urbain, Zambie, 2018**



Source : Mathur S, Pilgrim N, Heck CJ, Patel SK, Musheke M. What is the effect of layered prevention interventions on HIV risk among adolescent girls in Zambia ? IAS 2019, Mexico City, 21-24 juillet 2019. Résumé TUAC024.

Remarque : les chiffres indiquent la proportion d'adolescentes et de jeunes femmes qui déclarent avoir subi un test de dépistage du VIH après avoir bénéficié des éléments du programme.

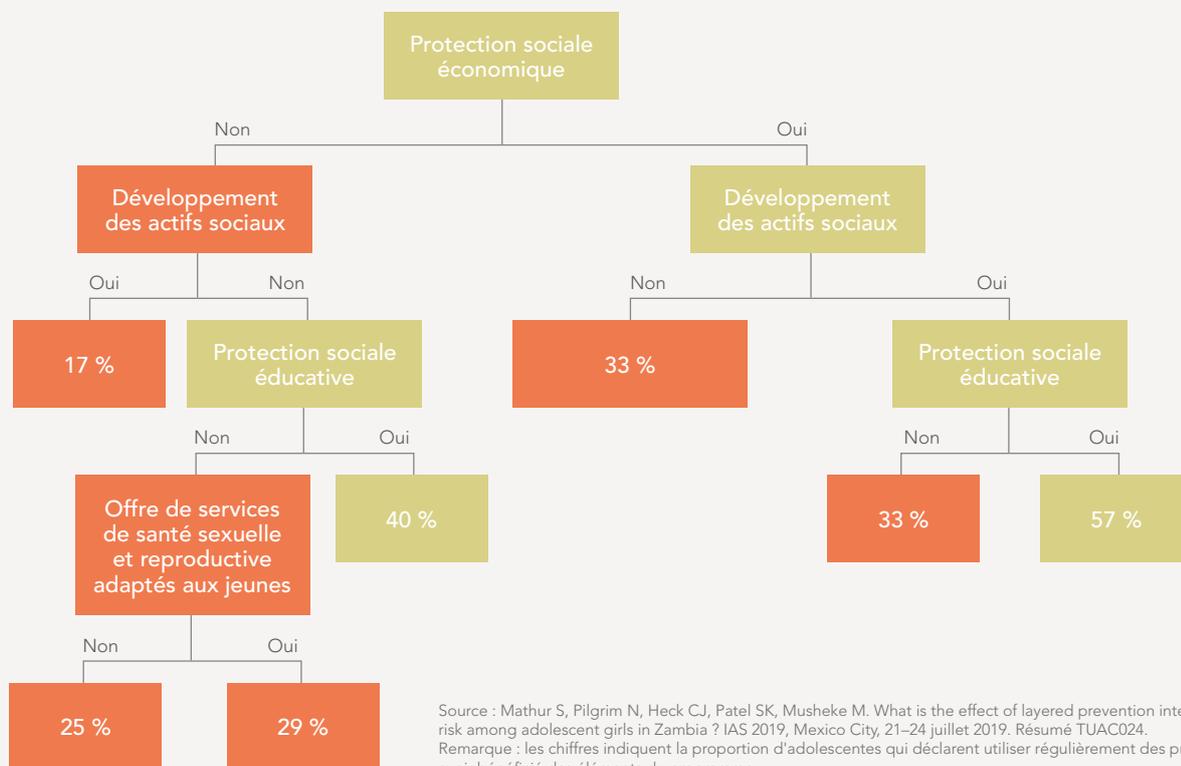
Dans le district de Mukono, en Ouganda, Nakitto, 20 ans, était au chômage et se livrait à des activités sexuelles transactionnelles pour subvenir à ses besoins financiers de base. Elle s'est inscrite à DREAMS et a commencé à assister à une réunion hebdomadaire sur les espaces sécurisés avec un mentor et 27 pairs. Grâce à cet espace sécurisé, Nakitto a appris la transmission du VIH, a subi un test de dépistage du VIH, a rejoint un groupe d'épargne et a reçu une formation pour devenir coiffeuse. Elle gagne maintenant assez d'argent pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, et s'efforce de devenir propriétaire de son propre salon.



Nakitto, 20 ans, a bénéficié d'un soutien à plusieurs niveaux de la part de DREAMS. Elle gagne maintenant assez d'argent pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, et s'efforce de devenir propriétaire de son propre salon. Crédit : PEPFAR

FIGURE 4.8

**Composantes optimales du programme visant à accroître l'utilisation régulière des préservatifs chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 19 ans) en milieu urbain, Zambie, 2018**



### Intégration des services

L'intégration du VIH et des services de santé sexuelle et reproductive a permis d'améliorer l'utilisation des services et les résultats sanitaires dans divers contextes.

Une étude systématique récente a démontré que l'intégration du dépistage du VIH dans les services de planning familial est possible et qu'elle peut avoir des résultats positifs communs (100). En Namibie, l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH a permis d'améliorer l'accessibilité, la qualité des soins prénataux et la productivité des infirmières, tout en réduisant la stigmatisation et la discrimination ainsi que le temps passé dans les établissements de santé – le tout sans compromettre l'utilisation des soins ou des services (101). En Zambie, une étude qui a comparé les services intégrés de planning familial et de conseil et dépistage du VIH a révélé que l'intégration était plus efficace que la prestation de services verticale et qu'elle augmentait la probabilité que les clients aient accès à certains services de santé supplémentaires nécessaires (102).

Les approches intégrées adaptées aux adolescentes et aux jeunes femmes peuvent être particulièrement efficaces. Au Cap, en Afrique du Sud, les cliniques pour les jeunes comptaient 3,7 fois plus de visites de contraception et 1,9 fois plus de visites de conseil et de dépistage volontaires que les établissements de soins de santé primaires (103).

Plusieurs études et analyses ont souligné que le succès de l'intégration dépend de facteurs contextuels, notamment la solidité des systèmes de santé locaux, la gestion de soutien et l'intégrité des systèmes logistiques (104-106). Quand l'initiative Zvandiri de soutien par les pairs de la communauté, au Zimbabwe, a associé les services de dépistage et de traitement du VIH aux services de santé sexuelle et reproductive, de santé mentale et de protection sociale, le groupe d'intervention était près de quatre fois plus susceptible de suivre un traitement contre le VIH (107). Les membres du groupe ont également fait état d'une augmentation significative de la confiance et de l'estime de soi.

Les programmes et les services de prévention de la violence sexiste destinés aux victimes doivent également être intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH dans le cadre d'une réponse intersectorielle plus large. Des liens intersectoriels plus larges devraient inclure l'aide juridique, la justice, l'éducation, la protection sociale financière et autre, le logement sûr et le soutien ou les soins psychosociaux.

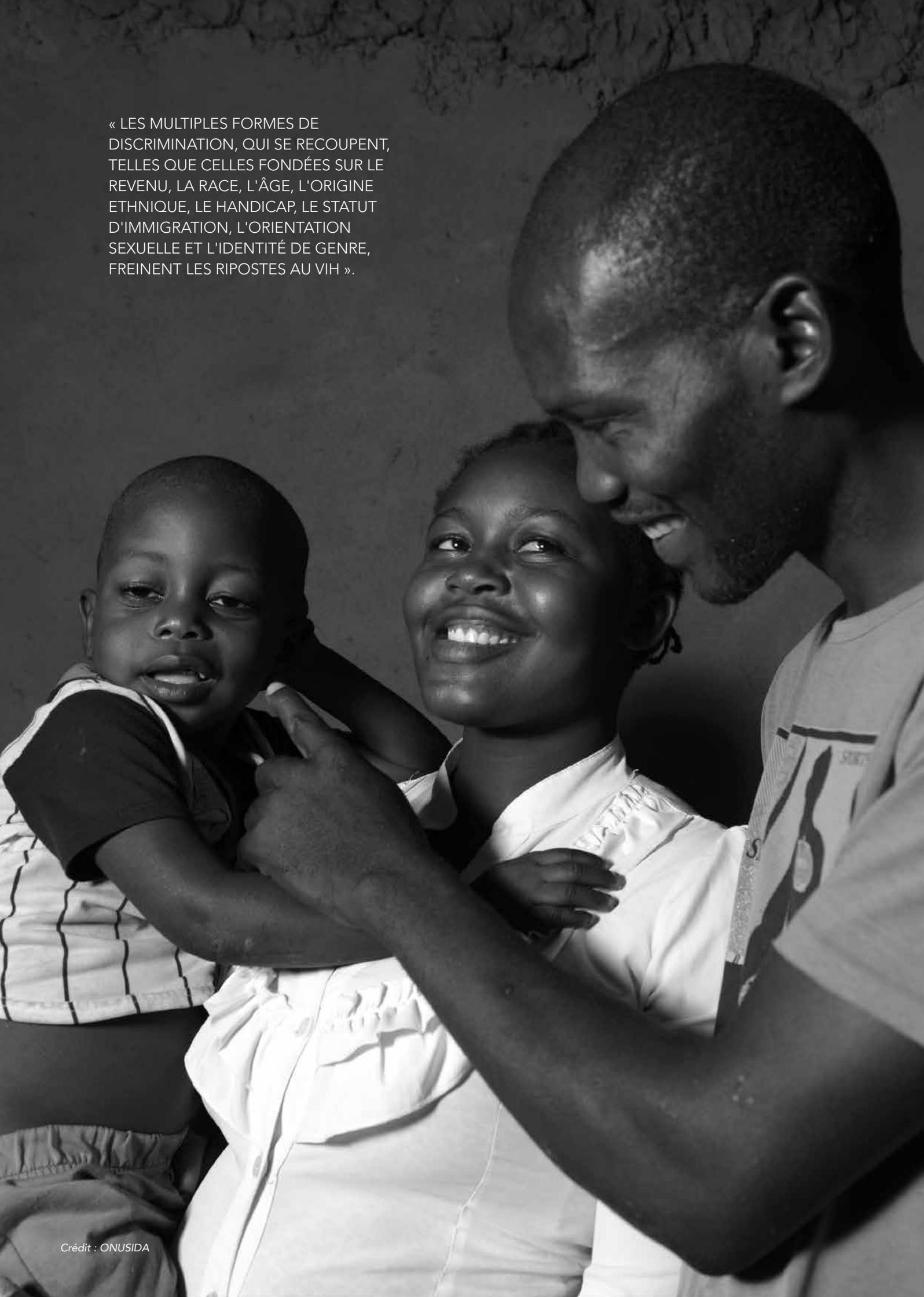
### Impliquer les hommes et les garçons dans des approches sexospécifiques transformatrices

Plusieurs programmes – dont SASA!, Stepping Stones, Program H et One Man Can – ont constaté que des interventions à l'échelle communautaire impliquant tant des hommes que des femmes, peuvent changer les normes sociales néfastes, réduire la violence sexospécifique et prévenir le VIH. Une évaluation du projet SHARE (Safe Homes and Respect for Everyone) en Ouganda a révélé que les femmes rapportaient une réduction de 21 % et de 20 % des violences physiques et sexuelles, respectivement, commises par leurs partenaires intimes (108). En remettant en question les normes inégales en matière de genre et en aidant les femmes à accéder aux services, le Rural Response System (RRS) dans les zones centrales et côtières du Ghana a réduit la violence physique et sexuelle des partenaires intimes et le comportement de contrôle des hommes. Les femmes signalent également une diminution des niveaux de dépression dans le cadre du programme. Une équipe d'action communautaire (COMBAT) formée et nommée par la communauté (à la fois les femmes et les hommes) facilite les activités dans la communauté autour du genre, de la violence contre les femmes et les filles, et de la loi. Des conseils sont également fournis aux couples en proie à des « conflits » et à la violence (108).

Dans les communautés touchées par le conflit en République démocratique du Congo, les chefs religieux ont été formés pour modeler et communiquer l'égalité des sexes et la non-violence. Les évaluations démontrent que cette approche a permis de réduire de moitié la violence physique et sexuelle exercée par les partenaires intimes et de modifier les attitudes qui justifient la violence domestique et le droit des hommes aux relations sexuelles (108).

Il a été démontré que les approches sexotransformatrices qui s'attaquent aux causes des déséquilibres de pouvoir entre les sexes et qui s'efforcent de transformer les normes et les relations néfastes entre les sexes, ont un impact sur toute une série de résultats en matière de santé et de comportement liés au sexe, y compris l'amélioration des comportements sexuels protecteurs et la réduction du risque lié au VIH ou aux IST (109, 110). Une étude récente des efforts déployés au Rwanda pour promouvoir l'engagement des hommes dans la santé reproductive et maternelle et la prévention de la violence a eu des répercussions importantes, notamment (a) une réduction de la violence physique et sexuelle faite aux femmes par leur partenaire intime ; (b) une amélioration de la fréquentation des cliniques prénatales par les femmes et de l'accompagnement des hommes lors de leurs

« LES MULTIPLES FORMES DE DISCRIMINATION, QUI SE RECOUPENT, TELLES QUE CELLES FONDÉES SUR LE REVENU, LA RACE, L'ÂGE, L'ORIGINE ETHNIQUE, LE HANDICAP, LE STATUT D'IMMIGRATION, L'ORIENTATION SEXUELLE ET L'IDENTITÉ DE GENRE, FREINENT LES RIPOSTES AU VIH ».



visites dans ces cliniques ; (c) l'utilisation de contraceptifs modernes ; et (d) le soutien du partenaire pendant la grossesse (111). Elle a également révélé une diminution de la domination des hommes dans la prise de décision au sein du ménage et des améliorations dans la division du travail au sein du ménage.

Une étude systématique a révélé que les programmes de transformation des relations entre les sexes les plus efficaces adoptent une approche socio-écologique, selon laquelle les déséquilibres de pouvoir entre les sexes ne sont pas considérés isolément dans les relations entre partenaires masculins et féminins ; ils sont plutôt abordés comme se produisant dans les familles, les communautés et la société en général, y compris dans les politiques et les lois aux niveaux local, sous-national et national. Elle a également constaté qu'une réflexion critique sur les normes de genre, l'intégration de multiples composantes et l'inclusion du public cible dans la conception du programme produisent les résultats les plus efficaces (110).

Toutefois, ces efforts d'engagement masculin sont peu nombreux. Un récent examen systématique mondial des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive impliquant des hommes et des garçons a révélé que seuls 8 % d'entre elles comportaient des éléments visant à transformer les relations entre les sexes et les dynamiques de pouvoir inégales, la plupart de ces dernières activités étant axées sur le VIH et la lutte contre la violence envers les femmes (112).

Un engagement significatif des hommes et des garçons est nécessaire pour garantir des attitudes et des comportements équitables entre les sexes, remettre en question les normes sexospécifiques néfastes, s'abstenir et s'opposer à la violence sexospécifique et faire respecter la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes ainsi que la prise de décision. Les approches sexospécifiques peuvent convaincre les hommes et les garçons de devenir des agents de changement pour l'égalité des sexes.

### **Améliorer l'accès à l'éducation**

Des progrès substantiels ont été réalisés pour améliorer l'accès des filles à l'éducation et pour progresser vers la parité des sexes au sein des systèmes éducatifs. Cela a été accompli grâce à des efforts soutenus pour établir des politiques et des programmes visant à changer les attitudes sociales, à fournir un soutien financier aux étudiantes et à rendre les écoles plus accessibles aux filles (113).

Par exemple, le gouvernement de la Sierra Leone a récemment annulé une loi excluant les filles enceintes de l'école. Cette décision a marqué un mouvement vers des interventions fondées sur des données probantes dans le cadre de plans visant à construire un système éducatif inclusif où tous

les enfants – quels que soient leur classe, leur origine ethnique, leur tribu, leur handicap, leur lieu de résidence, leur sexe ou leur statut reproductif ou parental – sont en mesure de vivre et d'apprendre en sécurité et dans la dignité (114).

Plusieurs études ont démontré que les transferts d'argent liquide peuvent être efficaces pour maintenir les jeunes, en particulier les filles, à l'école, améliorer leurs résultats scolaires, accroître leur recours aux services de santé, retarder leurs premiers rapports sexuels, réduire les mariages précoces et les grossesses d'adolescentes et promouvoir des comportements sexuels plus sûrs (115, 116). En 2019, 47 pays mettaient en œuvre des programmes de transferts d'argent liquide axés sur les jeunes femmes : 22 se trouvaient en Afrique subsaharienne et 13 en Amérique latine et dans les Caraïbes (117).

Les preuves concernant l'impact des transferts d'argent liquide sur le risque de VIH ont été limitées (118). Toutefois, des études récentes menées à Eswatini et en République-Unie de Tanzanie ont révélé un lien positif entre les transferts d'argent liquide et la réduction du risque lié au VIH. L'étude de Sitakhela Likusasa à Eswatini a révélé que les transferts d'argent liquide liés à la fréquentation scolaire réduisaient les infections au VIH parmi les bénéficiaires de pas moins de 25 % par rapport à ceux qui n'avaient pas droit à l'incitation (116). Les participants qui ont reçu des transferts d'argent et qui participaient à une loterie s'ils restaient exempts d'IST étaient 38 % moins susceptibles de contracter le VIH que le groupe de contrôle (116). Les incitations ont également contribué à réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes et ont permis à un plus grand nombre de participantes enceintes de retourner à l'école après l'accouchement (116). Ces résultats mettent en évidence l'interconnexion des interventions en matière de santé, d'éducation et de bien-être économique, et prouvent que le fait de maintenir les adolescentes et les jeunes femmes dans le système éducatif réduit considérablement leurs risques de contracter le VIH.

Une étude de la République-Unie de Tanzanie suggère qu'un programme de transfert d'argent et d'éducation financière soutenu par le PEPFAR – DREAMS Sauti/WORTH+ – destiné aux adolescentes et aux jeunes femmes non scolarisées, a réduit le risque de VIH en limitant l'implication des participantes dans des relations sexuelles transactionnelles. La réduction des rapports sexuels transactionnels était également liée à une plus grande responsabilisation grâce au volet éducation financière, et à une réduction de la dépendance aux partenaires sexuels masculins pour répondre aux besoins fondamentaux (119).

## Lois et politiques

Les lois et les politiques qui promeuvent et protègent les droits de l'homme peuvent améliorer le bien-être et la santé des personnes, réduire leur vulnérabilité à l'épidémie de VIH et à d'autres menaces sanitaires majeures, et améliorer la portée, la qualité et l'efficacité d'importants services de santé. Malheureusement, de nombreux pays appliquent des lois pénales qui violent les droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque d'infection par le VIH (Figure 4.9). Ces lois et politiques portent atteinte à la vie privée, à la confidentialité et à l'intégrité corporelle, et empêchent les personnes d'accéder et d'utiliser les services dont elles ont besoin pour protéger leur santé et leur bien-être. Certains limitent les choix sexuels et reproductifs des femmes et des jeunes filles ; d'autres criminalisent les personnes sur la base de leur identité ou de leur expression sexuelle, ou pour avoir vendu des services sexuels ou consommé des drogues illégales.

Des progrès ont été réalisés dans l'abrogation des lois punitives et discriminatoires dans certains pays. La Cour constitutionnelle colombienne a récemment supprimé l'article du Code pénal qui criminalisait la transmission du VIH et de la tuberculose, jugeant qu'il était inconstitutionnel et violait les principes d'égalité et de non-discrimination. La Cour a également établi que la loi violait les droits sexuels des personnes vivant avec le VIH et qu'elle était inefficace pour atteindre les objectifs de santé publique (120).

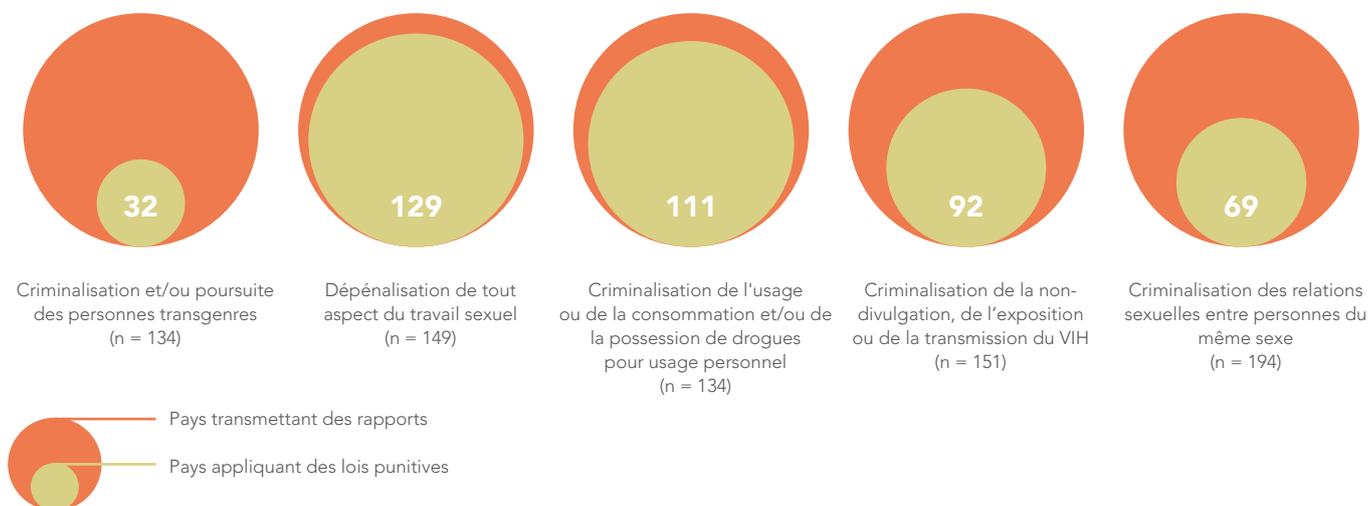
Toutefois, à mesure que de nouveaux défis de santé publique apparaissent, d'anciens défis refont surface. Au fil de la propagation de la COVID-19, certains pays ont pris la décision peu clairvoyante de recourir au droit pénal pour sanctionner l'exposition à la COVID-19 et sa transmission, y compris le cas extrême d'un homme d'affaires sud-africain arrêté pour tentative de meurtre après avoir été prétendument testé positif à la COVID-19 et avoir ensuite repris le travail (121, 122). De telles actions de l'État pourraient décourager les gens de se faire dépister et d'adhérer au programme de tracing. C'est la réalité de millions de personnes vivant avec le VIH depuis des décennies.

### Pénalisation de la non-divulgence, de l'exposition ou de la transmission du VIH

Sur les 151 pays ayant fourni des informations, 92 continuent de criminaliser l'exposition au VIH, sa transmission et sa non-divulgence, autant de violations graves des droits des personnes vivant avec le VIH qui entravent également les efforts de contrôle de l'épidémie du VIH. Ces lois renforcent la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont plus vulnérables à l'infection par le VIH. Ces lois sont contraires aux connaissances scientifiques actuelles sur les risques et les dommages liés au VIH, et elles ont des effets néfastes sur la santé publique. La crainte de poursuites judiciaires peut dissuader les personnes vivant avec le VIH, ou celles qui sont le plus exposées au risque d'infection par le VIH, de parler ouvertement à leur médecin ou conseiller, de révéler leur séropositivité ou

FIGURE 4.9

### Pays appliquant des lois discriminatoires et punitives, au niveau mondial, 2019



Sources : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 et 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>) ; complétés des sources supplémentaires (voir références à l'annexe)

d'utiliser les services de dépistage et de traitement du VIH disponibles (123-125).

Les femmes sont plus souvent en contact avec les systèmes de santé que les hommes, et elles sont plus susceptibles que les hommes de subir un test de dépistage du VIH. Cela signifie qu'elles sont souvent la première personne au sein d'un couple à connaître leur séropositivité (42). La peur de la violence, de la perte de leurs biens, de la perte de la garde des enfants et du rejet par la famille et la communauté peut empêcher les femmes vivant avec le VIH de révéler leur statut. Dans les pays où la non-divulgence de la séropositivité est criminalisée, ces craintes sont aggravées par la menace supplémentaire de poursuites judiciaires. En dépit de ces risques, les femmes et les filles vivant avec le VIH sont parmi les moins susceptibles d'accéder à des services juridiques (42).

### **Des lois qui alimentent des normes de genre néfastes**

Les normes inégales entre les sexes qui sous-tendent la violence sont souvent formalisées dans les systèmes de pouvoir. Par exemple, 19 pays ont des dispositions légales qui obligent une femme mariée à obéir à son mari (126), 35 pays n'ont pas de législation qui traite spécifiquement de la violence domestique (126), et 66 pays qui ont une législation sur la violence domestique ne criminalisent pas explicitement le viol conjugal (127).

L'accès des femmes à la terre et à d'autres ressources productives a été lié aux progrès réalisés en matière de développement durable, à la lutte contre le VIH et aux efforts déployés pour combattre la violence sexiste (128). Malgré cela, leur accès aux opportunités économiques continue d'être limité par les lois et les coutumes de nombreux pays. Les lois et pratiques coutumières continuent d'entraver l'accès des femmes à la terre dans 90 pays, les filles ne possèdent pas les mêmes droits de succession que les fils dans 34 pays, et les veuves ne possèdent pas de droits de succession dans 36 pays (42).

### **Dépénalisation du travail sexuel**

Dans la plupart des pays du monde, le travail du sexe est criminalisé ou sanctionné par diverses lois. Au moins 129 des 149 pays pour lesquels des données sont disponibles ont actuellement des lois qui criminalisent certains aspects du travail du sexe. La pénalisation du travail du sexe augmente à la fois le risque que les professionnel(le)s du sexe contractent le VIH et leur vulnérabilité à la violence perpétrée par les clients, la police et d'autres tiers (129). Par exemple, une étude sociocomportementale réalisée en 2020 auprès de 7259 professionnelles du sexe dans dix pays d'Afrique subsaharienne a démontré que des lois de plus en plus punitives et non protectrices sur le travail du sexe – en combinaison avec la stigmatisation et la discrimination qui y

sont associées – augmentent le risque de VIH pour les professionnel(le)s du sexe (130).

Il a également été démontré à plusieurs reprises que la criminalisation des clients des professionnel(le)s du sexe avait des effets négatifs pour ces derniers en termes de sécurité, de santé et de conditions de vie générales (131). Lorsqu'un aspect quelconque du travail du sexe est criminalisé, les professionnel(le)s du sexe ne bénéficient d'aucune protection juridique contre la violence, la discrimination et les abus. Le fait de ne pas reconnaître les professionnel(le)s du sexe comme des travailleurs légitimes les prive également des filets de santé et de sécurité sociale de base dont bénéficient les autres travailleurs, une exclusion qui est particulièrement néfaste en période de ralentissement économique et de confinement dû à la COVID-19 (132). La criminalisation du travail sexuel contribue donc à d'autres violations des droits, notamment le refus de logement, de sécurité, de vie privée et d'accès aux services de santé (133).

Selon un examen des recherches menées entre 1990 et 2018, la répression policière des professionnel(le)s du sexe est également associée à un risque accru de violence sexuelle et physique (de la part des clients ou d'autres parties) pour les professionnel(le)s du sexe, et à une réduction de l'utilisation des préservatifs lors de rapports sexuels rémunérés. Lorsque le travail du sexe est criminalisé – que ce soit par la criminalisation du professionnel du sexe ou du client – la menace de harcèlement par la police et d'arrestation pousse les professionnel(le)s du sexe à opérer dans des lieux isolés, ce qui perturbe les réseaux de soutien des pairs et l'accès aux services, et limite les possibilités de réduction des risques (131).

La dépénalisation du travail du sexe est un élément clé pour garantir les droits, la santé et la sécurité au travail des professionnel(le)s du sexe, et pour atteindre leur autodétermination, amplifier les possibilités de sensibilisation et d'éducation par les pairs, accroître la transparence et réduire la stigmatisation et la discrimination (134). La dépénalisation réduit également le risque d'infection par le VIH, des études de modélisation suggérant que la dépénalisation du travail du sexe pourrait éviter 33 à 46 % des infections par le VIH sur une période de 10 ans (135). À la suite de l'intervention d'organisations non gouvernementales en Chine, le gouvernement a mis fin à une politique qui permettait à la police d'incarcérer les professionnel(le)s du sexe pour une durée allant jusqu'à deux ans sans inculpation, tandis que le Territoire du Nord en Australie a récemment dépénalisé le travail du sexe.

## RECONNAÎTRE LE TRAVAIL DU SEXE COMME UN TRAVAIL DANS LE TERRITOIRE DU NORD DE L'AUSTRALIE

En 2019, le Territoire du Nord de l'Australie est devenu l'une des rares juridictions au monde à dépénaliser le travail du sexe, en le reconnaissant comme un travail. La loi de 2019 sur l'industrie du sexe du Territoire du Nord et les amendements à la législation connexe supprimeront l'enregistrement punitif auprès de la police et offriront aux professionnel(le)s du sexe les protections sectorielles accordées aux autres professions, en garantissant leurs droits à la santé et à la sécurité au travail et en favorisant leur accès à la justice.

Les professionnel(le)s du sexe, y compris les autochtones et les migrants, ont joué un rôle central dans la réalisation de cette réforme juridique et politique fondée sur les droits, et ils ont participé activement à chaque étape du processus législatif, en informant les parties prenantes et les législateurs de l'impact des différentes approches législatives.

« Nous plaidons depuis plus de 20 ans pour la dépénalisation complète du travail du sexe dans le Territoire du Nord », explique Leanne Melling, coordinatrice du programme de sensibilisation des professionnel(le)s du sexe dans le Territoire du Nord (SWOP NT). « Le processus de décriminalisation dans le Territoire du Nord a fourni un exemple puissant de plaidoyer collectif des professionnel(le)s du sexe en action. Pour y parvenir, une consultation significative et active avec nous, en tant que professionnel(le)s du sexe, et avec nos organisations, a été nécessaire. »

Les professionnel(le)s du sexe, SWOP NT et le groupe de référence des professionnel(le)s du sexe, soutenu par l'Alliance Écarlate, ont fait pression sur les partis politiques et les syndicats. Cela a donné lieu à des motions en faveur des droits des professionnel(le)s du sexe et d'une dépénalisation complète, notamment l'engagement d'abroger la loi de 1992 sur la réglementation de la prostitution dans le Territoire du Nord et d'élaborer une nouvelle législation plus sûre. La négociation de séances à huis clos lors des audiences gouvernementales a permis aux professionnel(le)s du sexe de la rue, du secteur privé, des agences, des salons et des maisons closes de présenter des études de cas sur l'impact de la criminalisation du travail du sexe sur leur santé, leur sécurité et leurs droits, et d'expliquer comment les réformes peuvent atténuer ces problèmes, sans crainte de poursuites.

« Le gouvernement et les autres parties prenantes ont adopté une approche de partenariat solide, qui nous a permis d'avancer ensemble pour garantir que les réformes législatives fonctionneraient pour protéger tous les professionnel(le)s du sexe, ainsi que la communauté au sens large », explique Melling. « Nous avons préparé des soumissions officielles, des documents d'information et des guides pour la sécurité au travail des professionnel(le)s du sexe par le biais de stands d'éducation communautaire et de kits d'information qui ont permis d'informer les commissions parlementaires des soumissions des professionnel(le)s du sexe individuels, des organisations de professionnel(le)s du sexe et de nombreux autres secteurs ».

« Tout le monde mérite d'être en sécurité au travail », explique l'honorable Natasha Fyles, procureur général et ministre de la santé du gouvernement du Territoire du Nord, « mais jusqu'à nos réformes de 2019, les professionnel(le)s du sexe ne bénéficiaient pas de ce droit. Être travailleur du sexe est une profession reconnue dans le Territoire du Nord, [mais] les travailleurs n'ont aucune protection ni ne jouissent de droits minimums. C'est pourquoi nous avons travaillé dur pour offrir un cadre plus sûr et plus durable aux professionnel(le)s du sexe, à leur industrie et à la communauté au sens large ».

## ARTICLE DE FOND

*Sandra Nelson, membre de l'Assemblée législative du Territoire du Nord, montre son soutien aux droits des professionnel(le)s du sexe et à la décriminalisation du travail du sexe. Les politiciens qui ont soutenu l'adoption de la loi de 2019 sur l'industrie du sexe portaient des badges peints à la main avec le parapluie rouge qui est un symbole des droits des professionnel(le)s du sexe.*

L'adoption de la loi de 2019 sur l'industrie du sexe ne marque pas la fin de la lutte pour les droits des professionnel(le)s du sexe dans le Territoire du Nord. Pour que les avantages d'un système décriminalisé soient pleinement réalisés, il convient de mettre en place un certain nombre de protections supplémentaires qui se recoupent pour garantir que les professionnel(le)s du sexe aient les mêmes droits et les mêmes protections sectorielles que les autres travailleurs. Cela implique que des modifications soient apportées à la législation et aux politiques connexes du Territoire du Nord, ainsi que l'élaboration de lignes directrices en matière de santé et de sécurité au travail. Les professionnel(le)s du sexe continuent à travailler avec le gouvernement et les parties prenantes concernées pour s'assurer que l'intention et les avantages de la loi sont pleinement compris et mis en œuvre sans discrimination.

« Les professionnel(le)s du sexe dans le Territoire du Nord poursuivront leur plaidoyer pour réduire la stigmatisation et la discrimination systémiques, y compris les amendements à la loi anti-discrimination pour assurer des protections contre la diffamation », déclare Melling. « Le modèle de décriminalisation du Territoire du Nord, lorsqu'il sera mis en œuvre, ne criminalisera pas les professionnel(le)s de rue ou les professionnel(le)s du sexe migrants, et ne laissera pour compte aucun professionnel du sexe. »



Crédit : SWOP NT



Crédit : SWOP NT

### **Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe**

Au moins 69 pays appliquent des lois qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe. Ces lois portent atteinte aux droits humains fondamentaux des lesbiennes, des femmes bisexuelles, des personnes transgenres, des homosexuels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.<sup>3</sup> Ces lois et les règlements connexes renforcent les stéréotypes sexistes et favorisent un climat où les discours haineux, la violence, les examens anaux forcés et la discrimination sont tolérés et perpétrés en toute impunité par des acteurs étatiques et non étatiques (136). Ils créent des obstacles au signalement des abus ou des violences sexuelles (par des acteurs publics et privés) et peuvent empêcher les personnes d'accéder aux services de santé publique – y compris ceux liés au VIH – par crainte de la stigmatisation et de la discrimination, des abus, des arrestations ou de la violence. La criminalisation et l'homophobie peuvent également contraindre les femmes lesbiennes et bisexuelles à se marier avec des hétérosexuels en n'ayant que peu ou pas de contrôle sur leurs choix sexuels et reproductifs, ce qui peut les exposer au risque de viol conjugal (42).

Le fait qu'un environnement juridique soit favorable ou non peut avoir un effet significatif sur les résultats en matière de VIH. Une étude récente menée en Afrique sur les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes a démontré que parmi les personnes séropositives, la connaissance du statut VIH était trois fois plus élevée dans les pays où les lois LGBTI sont les moins répressives que dans les pays où elles le sont (137).

Les personnes transgenres à travers le monde sont soumises à des lois et des politiques punitives et discriminatoires qui se croisent et qui limitent leurs libertés, notamment l'autonomie physique, l'identité légale, la vie privée et l'expression de soi. En 2019, les personnes transgenres ont été criminalisées et/ou poursuivies dans 32 des 134 pays ayant fourni un rapport. Les personnes transgenres sont souvent visées par les lois qui criminalisent l'activité sexuelle entre personnes du même sexe, tandis que la formulation vague de certaines dispositions pénales confère également aux organismes chargés de l'application des lois des pouvoirs importants lorsqu'ils décident de la manière dont ils interprètent et appliquent ces lois, ce qui rend les personnes transgenres vulnérables à des arrestations arbitraires et discriminatoires, à

des mesures d'application disproportionnées et à des brutalités policières (42). Les personnes transgenres victimes d'actes criminels sont souvent victimes de discrimination et d'abus lorsqu'elles demandent de l'aide au système judiciaire. En milieu carcéral, ces difficultés sont souvent exacerbées : un nombre important de personnes transgenres dans les établissements pénitentiaires signalent les abus commis par le personnel de la justice pénale, notamment la discrimination, le harcèlement, les agressions et le manque de protection contre les autres prisonniers (138).

Au moins neuf pays interdisent constitutionnellement la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, et 74 au total ont des lois interdisant la discrimination en matière d'emploi fondée sur l'orientation sexuelle (139). En 2019, l'Association mondiale pour la santé sexuelle a approuvé la Déclaration sur le plaisir sexuel, qui affirme que les rapports sexuels en tant que partie naturelle de l'expérience humaine et le plaisir sexuel découlant d'un comportement sexuel consensuel et volontaire constituent un droit universel pour toutes les personnes ayant atteint l'âge du consentement. Elle affirme également les droits de toutes les personnes d'orientation et d'identité sexuelles diverses à s'exprimer et à choisir le partenaire sexuel de leur choix (140).

Le 11 juin 2019, la Haute Cour du Botswana a décriminalisé les actes sexuels consensuels entre personnes du même sexe, en statuant que les dispositions qui criminalisaient « la connaissance charnelle contre l'ordre de la nature » étaient incompatibles avec la Constitution du Botswana, et qu'elles étaient en opposition avec sa clause sur les libertés fondamentales (article 3), sa clause sur le droit à la vie privée (article 9) et sa clause de non-discrimination (article 15) (141). Conformément à de nombreux précédents, la Cour a statué que le terme « sexe » devait être « interprété de manière généreuse et intentionnelle pour inclure « l'orientation sexuelle » » (142). Le même mois, le Parlement islandais a adopté une loi qui permet aux personnes transgenres de changer plus facilement leur genre légalement enregistré et d'accéder à des soins de santé spécifiques à leurs besoins (143).

### **Criminalisation de la consommation ou de la possession de drogues**

L'utilisation ou la consommation de drogues et/ou la possession de drogues pour usage personnel est considérée comme une infraction pénale dans 111 des 134 pays pour lesquels des données sont disponibles, 17 pays indiquant que la possession d'une certaine

<sup>3</sup> Les personnes intersexuées ne sont pas incluses ici, car elles ne sont pas criminalisées pour être intersexuées. Toutefois, les personnes intersexuées peuvent avoir des orientations et des identités sexuelles différentes, qui peuvent entraîner leur criminalisation. Les problèmes de droits de l'homme et de santé que rencontrent souvent les personnes intersexuées sont associés à la médicalisation et à la pathologisation de leur statut intersexuel. Cela peut conduire à des procédures médicales, y compris des opérations chirurgicales, qui sont souvent effectuées sans consentement éclairé, et qui pourraient avoir des conséquences négatives durables sur leur santé et leur bien-être.



Crédit : ONUSIDA

quantité de drogues est autorisée par la loi. L'application répressive des lois sur les stupéfiants, notamment l'imposition de lourdes sanctions pénales et l'enregistrement des consommateurs de drogues condamnés, contraint les consommateurs de drogues à quitter les services de santé publique pour des environnements cachés, ce qui accroît leurs comportements à risque et augmente les risques de contracter ou de transmettre le VIH.

Des recherches récentes confirment les preuves antérieures selon lesquelles des opérations de police répressives dans la rue favorise les comportements d'injection à haut risque et crée des obstacles aux services de réduction des risques, tels que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opiacés (144, 145). Dans certains contextes, la police cible les établissements fournissant ces services, harcelant et détenant un grand nombre de personnes qui consomment des drogues afin d'augmenter le nombre d'arrestations, ce qui renforce les craintes liées à la recherche de services

de prévention et de traitement. Les lois qui interdisent la possession de matériel d'injection conduisent également à l'utilisation de matériel d'injection par plusieurs personnes ou à l'élimination dangereuse de matériel d'injection contaminé (145).

Les politiques internationales et nationales de lutte contre la drogue sont la principale cause de l'augmentation des taux d'incarcération des femmes (146). Si les hommes sont nettement plus susceptibles que les femmes de consommer, posséder ou vendre de la drogue, ce sont les femmes qui, proportionnellement, sont plus susceptibles d'être emprisonnées pour des condamnations liées à la drogue dans presque tous les pays où des données sont disponibles (145). Quelque 714 000 femmes et jeunes filles sont détenues dans des prisons et autres lieux fermés, qu'elles soient condamnées ou en détention préventive – soit environ 7 % de la population carcérale mondiale. Le nombre de femmes en prison a augmenté d'environ 53 % depuis 2000, contre environ 20 % pour la population masculine (147).

Les femmes qui consomment de la drogue continuent de se heurter à des difficultés majeures pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH fondés sur les droits de l'homme, axés sur la santé publique et tenant compte des spécificités des sexes, dont elles ont un besoin urgent. Les lois, politiques et pratiques discriminatoires, ainsi que les multiples formes de violence, de stigmatisation et de discrimination qui se recoupent – y compris celles liées à l'accès à la santé, à l'éducation, à l'emploi et aux services de protection sociale et juridique, ou lors de l'interaction avec les forces de l'ordre – figurent parmi les obstacles qui ont un impact négatif important sur leur accès aux soins de santé.

Les pays qui ont adopté une approche de la consommation de drogues fondée sur les droits de l'homme, tenant compte des sexes et axée sur la santé – y compris la fourniture de services complets de réduction des risques – obtiennent de meilleurs

résultats en matière de santé pour les personnes qui s'injectent des drogues (148). Une coalition d'États membres des Nations unies, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), l'ONUSIDA, le Centre international sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues de l'université d'Essex et d'éminents experts en droits de l'homme et en politique en matière de drogues ont élaboré les *Lignes directrices internationales sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues*, qui fournissent un ensemble complet de normes juridiques internationales visant à placer la dignité humaine et le développement durable au centre des réponses des États membres aux économies de drogues illicites. Les *lignes directrices 2019* couvrent un ensemble diversifié de questions de fond allant du développement à la justice pénale et à la santé publique (149). L'International Drug Policy Consortium a rapporté en janvier 2020 que 29 pays ont adopté divers modèles de décriminalisation des drogues (150).



### Lois sur le consentement

Les lois sur l'âge du consentement dictent l'âge auquel les personnes peuvent consentir et accéder aux services de santé sans autorisation parentale. Bien que ces lois visent à protéger les jeunes, elles créent, dans la pratique, un obstacle à l'accès à une éducation sexuelle complète, à la santé sexuelle et reproductive et aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Il a été démontré que la réduction de l'âge auquel une personne peut consentir de manière autonome améliore les comportements de recherche de la santé. Une étude de 2019 sur les lois nationales relatives à l'âge de consentement pour le dépistage du VIH en Afrique subsaharienne a démontré une probabilité accrue de 74 % de dépistage du VIH chez les adolescents âgés de 15 à 18 ans dans les cas où

l'âge de consentement pour le dépistage est inférieur à 16 ans, par rapport aux pays où il est de 16 ans ou plus (151).

Les lois sur le consentement du conjoint compromettent également les droits des femmes et des adolescentes à la santé et à la vie privée, les rendant moins susceptibles de rechercher des informations et des services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, ce qui les expose à des grossesses non désirées, à des avortements à risque, au VIH et à d'autres IST. En 2019, cinq pays ont indiqué à l'ONUSIDA qu'ils appliquaient des lois exigeant le consentement du conjoint pour que les femmes mariées puissent accéder à tout service de santé sexuelle et reproductive.



### LES RIPOSTES À LA PANDÉMIE DE COVID-19 PEUVENT MENACER LES DROITS ET LES MOYENS DE SUBSISTANCE DES PLUS VULNÉRABLES

La lutte mondiale contre le VIH a généré un ensemble de preuves solides à l'appui d'une approche de la lutte contre les maladies transmissibles fondée sur les droits de l'homme et tenant compte de la dimension de genre. Elle a également illustré les effets négatifs des lois pénales excessives et inefficaces sur les droits de l'homme et la santé publique.

La crise de la COVID-19 a amplifié les profondes inégalités qui entravent la réalisation des droits individuels et collectifs à la santé. Dans certains contextes, les efforts visant à contrôler la propagation du coronavirus ont pénalisé les plus vulnérables de la société, notamment les femmes, les sans-abri, les personnes vivant dans la pauvreté ou celles qui sont déjà marginalisées, stigmatisées ou criminalisées.

Des rapports alarmants font état du recours aux pouvoirs policiers à des fins de harcèlement, de préjudice ou d'arrestation par la police de groupes vulnérables et criminalisés, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues, les personnes vivant avec le VIH et les personnes LGBTI. Les professionnel(le)s du sexe ont fait état d'une augmentation de la discrimination et du harcèlement, y compris des mesures de répression punitives se traduisant par des descentes dans les maisons, des tests COVID-19 obligatoires, ainsi que des arrestations et des menaces d'expulsion de professionnel(le)s du sexe migrants (152).

Les restrictions décrétées pour la riposte à la COVID-19 ont également été spécifiquement utilisées pour cibler les communautés marginalisées, telles que les personnes LGBTI dans certains pays, sapant les objectifs de santé publique et menaçant la santé et la sécurité de ces groupes. Au Panama, par exemple, où un règlement sur le confinement fondé sur le sexe prévoit que les hommes et les femmes doivent rester à la maison en alternance, des femmes transsexuelles ont déclaré avoir été harcelées ou même détenues parce qu'elles auraient été un homme sorti le mauvais jour (153, 154). En Hongrie, l'état d'urgence a été utilisé pour proposer un nouveau projet de loi visant à supprimer le droit des personnes à changer de sexe et de nom sur les documents officiels afin de garantir la conformité avec leur identité de genre, ce qui constitue une violation manifeste des droits de l'homme internationaux à la reconnaissance légale de l'identité de genre (155).

## Références

1. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 – accelerating the promise. New York : PNUD ; 2019.
2. Enquêtes démographiques et de santé, 2014-2018.
3. Traduire la recherche communautaire en une réforme politique mondiale pour une action nationale : une liste de contrôle pour l'engagement communautaire dans la mise en œuvre des directives consolidées de l'OMS sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes vivant avec le VIH. Genève : OMS ; 2019.
4. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018;391(10140):2642-92.
5. Women and HIV: understanding and addressing stigma—evidence from the Population Council. Washington (DC) : Population Council ; 2019 ([https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1299&context=departments\\_sbsr-hiv](https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1299&context=departments_sbsr-hiv), consulté le 11 juin 2020).
6. Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2011–2016.
7. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M et al. "Violence. Enough already": findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20285.
8. Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(1):19462.
9. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. A scoping review on the role of masculine norms in men's engagement in the HIV care continuum in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2019;31(11):1435-46.
10. Pulerwitz J, Mathur S, Woznica D. How empowered are girls/young women in their sexual relationships? Relationship power, HIV risk and partner violence in Kenya. *PLoS ONE*. 2018;13(7):e0199733.
11. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? *The Lancet*. 2015;3(1):E34-E43.
12. Pulerwitz J, Amaro H, DeJong W, Gortmaker SL, Rudd R. Relationship power, condom use, and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*. 2002;14(6):789-800.
13. McMahon JM, Volpe EM, Klostermann K, Trabold N, Xue Y. A systematic review of the psychometric properties of the Sexual Relationship Power Scale in HIV/AIDS research. *Arch Sex Behav*. 2015;44(2):267-94.
14. Progress of the world's women 2019–2020: families in a changing world. New York : ONU Femmes ; 2019 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf?la=en&vs=3512>, consulté le 11 juin 2020).
15. Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG target 5.6. New York : FNUAP ; 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf>, consulté le 11 juin 2020). Basé sur les données d'une enquête de population pour la période 2007-2018.
16. L'engagement masculin et la communication de couple dans le domaine de la santé reproductive, maternelle et infantile dans les provinces de Nampula et Sofala au Mozambique. Résultats de l'évaluation qualitative finale des connaissances, des attitudes, des pratiques et de la couverture. Programme de survie maternelle et infantile ; 2019.
17. Rapport de surveillance du VIH et de la syphilis. Mongolie ; 2019. Résultats préliminaires communiqués à l'ONUSIDA.
18. Tarasuk J, Zhang J, Lemyre A, Cholette F, Bryson M, Paquette D. National findings from the Tracks survey of people who inject drugs in Canada, Phase 4, 2017–2019. *CCDR*. 2020;46(5):138.
19. Miller WM, Miller WC, Barrington C, Weir SS, Chen SY, Emch ME et al. Sex work, discrimination, drug use and violence: a pattern for HIV risk among transgender sex workers compared to MSM sex workers and other MSM in Guatemala. *Glob Public Health*. 2020;15(2):262-74.
20. PNUD, IRGT, FNUAP, Centre d'excellence de l'UCSF pour la santé des transgenres, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, OMS et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people : practical guide for collaborative interventions. New York : PNUD ; 2015 (<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Key%20populations/TRANSIT.pdf>, consulté le 11 juin 2020).
21. Transrespect versus transphobia: the social experiences of trans and gender-diverse people in Colombia, India, the Philippines, Serbia, Thailand, Tonga, Turkey and Venezuela. TvT Publication Series, Volume 9. Berlin: Transgender Europe; 2015 (<https://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/TvT-PS-Vol9-2015.pdf>, consulté le 11 juin 2020).

22. Jewkes R, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *The Lancet*. 2010;376(9734):41-8.
23. OMS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Conseil sud-africain de la recherche médicale. Estimations mondiales et régionales des violences faites aux femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence exercée par un partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par un tiers. Genève : OMS ; 2013.
24. Enquêtes de population, 2014–2018.
25. Étude mondiale sur les homicides : les meurtres de femmes et de filles liés au sexe. Vienne : ONUDC ; 2018 ([https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18\\_Gender-related\\_killing\\_of\\_women\\_and\\_girls.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf), consulté le 11 juin 2020).
26. RESPECTEZ les femmes : prévenir les violences faites aux femmes. Genève : OMS ; 2019 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/respect-women-preventing-violence-against-women-en.pdf?la=en&vs=5901>, consulté le 7 avril 2020).
27. El-Bassel N, Wechsberg WM, Shaw SA. Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):326-31.
28. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbit A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. 2014;104(5):e42-54.
29. Gilbert L, Raj A, Hien D, Stockman J, Terlikbayeva A, Wyatt G. Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls: a global review of epidemiology and integrated interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(Suppl 2):S118-S127.
30. Pandémie de maladie à coronavirus (COV-19). Plan d'intervention mondial du FNUAP. New York : FNUAP ; 2020 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_-\\_UNFPA\\_Global\\_Response\\_Plan\\_April\\_07.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_-_UNFPA_Global_Response_Plan_April_07.pdf), consulté le 9 avril 2020).
31. UN chief calls for domestic violence “ceasefire” amid “horrifying global surge.” In: UN News [Internet]. 6 Avril 2020. New York : Nations Unies ; c2020 (<https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>, consulté le 11 juin 2020).
32. Le chef de l'ONU dénonce « l'effroyable » augmentation de la violence domestique durant le confinement dû au virus. In : France 24 [Internet]. 6 avril 2020. France 24 ; c2020 (<https://www.france24.com/en/20200406-un-chief-decries-horrifying-rise-in-domestic-violence-amid-virus-lockdown>, consulté le 7 avril 2020).
33. Mlambo S. SAPS received 87 000 gender-based violence calls during first week of lockdown. In: IOL [Internet]. 2 avril 2020. Independent Online ; c2020 (<https://www.iol.co.za/news/south-africa/saps-received-87-000-gender-based-violence-calls-during-first-week-of-lockdown-cele-46024648>, consulté le 14 avril 2020).
34. COVID-19 et mettre fin à la violence faite aux femmes et aux filles. New York : ONU Femmes ; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>).
35. COVID-19 : une perspective de genre. Protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs, et promouvoir l'égalité des sexes. New York : FNUAP ; 2020 ([https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_A\\_Gender\\_Lens\\_Guidance\\_Note.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.pdf), consulté le 10 avril 2020).
36. OMS, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Conseil sud-africain de la recherche médicale. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'égard des femmes. Prévalence et effets sur la santé de la violence exercée par un partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par un tiers. Genève : OMS ; 2013 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, consulté le 11 juin 2020).
37. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M; Salamander Trust. Construire une maison sûre sur un terrain solide : principaux résultats d'une enquête mondiale sur les valeurs et les préférences concernant la santé sexuelle et reproductive et les droits humains des femmes vivant avec le VIH. Genève : OMS ; 2014.
38. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
39. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York : Guttmacher Institute ; 2016 ([https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf), consulté le 11 juin 2020).
40. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:1114-18.
41. Chaque femme, chaque enfant. La stratégie mondiale pour la Santé des Femmes, des Enfants et des Adolescents (2016-2030). Genève : Chaque femme, chaque enfant ; 2015.

42. Making the law work for women and girls in the context of HIV. New York : PNUD ; 2020.
43. Pilgrim N, Jani N, Mathur S, Kahabuka C, Saria V, Makyao N et al. Provider perspectives on PrEP for adolescent girls and young women in Tanzania: the role of provider biases and quality of care. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0196280.
44. Enquêtes démographiques et de santé, 2013-2018.
45. Mathur S, Okal J, Musheke M, Pilgrim N, Kishor Patel S, Bhattacharya R et al. High rates of sexual violence by both intimate and nonintimate partners experienced by adolescent girls and young women in Kenya and Zambia: findings around violence and other negative health outcomes. *PLoS ONE*. 2018;13(9):e0203929.
46. Child marriage: a form of violence against children. London: Girls Not Brides; 2019 (<https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2019/10/Girls-Not-Brides-Child-Marriage-Violence-Against-Children-LR.pdf>, consulté le 11 juin 2020).
47. Speizer IS, Pearson E. Association between early marriage and intimate partner violence in India: a focus on youth from Bihar and Rajasthan. *J Interpers Violence*. 2011;26(10):1963-81.
48. Rahman M, Hogue MA, Mostopfa MG, Makinoda S. Association between adolescent marriage and intimate partner violence: a study of young adult women in Bangladesh. *Asia Pac J Public Health*. 2014;26(2):160-8.
49. Rahman M, Nakamura K, Seino K, Kizuki M. Does gender inequity increase the risk of intimate partner violence among women? Evidence from a national Bangladeshi sample. *PLOS One*. 2013;8(12):e82423.
50. Kidman R. Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries. *Int J Epidemiol*. 2017;46(2):662-75.
51. Santhya KG, Jejeebhoy SJ. Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 2015;10:189-221.
52. Le mariage des enfants. In : Données de l'UNICEF [Internet]. Avril 2020. New York : UNICEF ; c2020 (<https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>, consulté le 11 juin 2020). Sur la base des EDS, des MICS et d'autres enquêtes nationales, 2013-2019.
53. Enquêtes de population, 2014–2019.
54. Réalisation de la jouissance égale du droit à l'éducation par chaque fille. Genève : HCDH ; 2017 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/ReportGirlsEqualRightEducation.pdf>, consulté le 11 juin 2020).
55. Wodon Q, Male C, Nayihouba A, Onagoruwa A, Savadogo A, Yedan A et al. Economic impacts of child marriage: global synthesis report. Conference edition. Washington (DC): The World Bank, International Center for Research on Women; 2017.
56. Grown C, Gupta GR, Pande R. Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *The Lancet*. 2005;365(9458):541–3.
57. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *Soc Sci Med*. 2015 Feb;127:108-15.
58. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1266-73.
59. Santelli JS, Mathur S, Song X, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. *Glob Soc Welf*. 2015;2:87-103.
60. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *The Lancet*. 2015;3(8):E470-E477.
61. Alsan MM, Cutler DM. Girls' education and HIV risk: evidence from Uganda. *J Health Econ*. 2013;32(5):863-72.
62. Agüero JM, Bharadwaj P. Do the more educated know more about health? Evidence from schooling and HIV knowledge in Zimbabwe. *Economic Development and Cultural Change*. 2014;62(3):489-517.
63. Rapport mondial de suivi de l'éducation. Construire des ponts pour l'égalité des sexes. Paris : UNESCO ; 2019 ([http://gem-report-2019.unesco.org/gender-report/structural\\_inequality/](http://gem-report-2019.unesco.org/gender-report/structural_inequality/), consulté le 11 juin 2020).
64. Inglehart R, Haerpfer C, Moreno A, Welzel C, Kizilova K, Diez-Medrano J et al., editors. World Values Survey: round six—country-pooled datafile version [Internet]. Madrid : JD Systems Institute ([www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp](http://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV6.jsp), consulté le 11 juin 2020).
65. Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. New York : FNUAP, 2015.
66. Global guidance on addressing school-related gender-based violence. New York : ONU Femmes ; 2016 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2016/global-guidance-on-addressing-school-related-gender-based-violence-en.pdf?la=en&vs=4311>, consulté le 11 juin 2020).

67. Éducation : de la rupture à la reprise. In : UNESCO [Internet]. Paris : UNESCO ; c2019 (<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>, consulté le 20 avril 2020).
68. Giannini S. COVID-19school closures around the world will hit girls hardest. In : UNESCO [Internet]. 31 mars 2020. Paris : UNESCO ; c2019 (<https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest>, consulté le 20 avril 2020).
69. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impact of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020 ([https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rgbh/6TMYLYAcUpjhQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09/GirlsEducationandCOVID19\\_MalalaFund\\_04022020.pdf](https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rgbh/6TMYLYAcUpjhQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09/GirlsEducationandCOVID19_MalalaFund_04022020.pdf), consulté le 20 avril 2020).
70. Joint letter to the African Union: the impact of COVID-19 on girls' education and child marriage. In: Girls Not Brides [Internet]. 30 avril 2020. London: Girls Not Brides; c2020 (<https://www.girlsnotbrides.org/joint-letter-to-the-african-union-the-impact-of-covid-19/>, consulté le 12 juin 2020).
71. Ebola: beyond the health emergency – summary of research into the consequences of the Ebola outbreak for children and communities in Liberia and Sierra Leone. Plan International ; 2015 (<https://plan-international.org/publications/ebola-beyond-health%C2%A0emergency#download-options>, consulté le 12 juin 2020).
72. Odhiambo A. How girls' education and safety will be harmed by the COVID response. In: Human Right Watch [Internet]. New York : Human Rights Watch ; c2020 (<https://www.hrw.org/news/2020/04/15/how-girls-education-and-safety-will-be-harmed-covid-response>, consulté le 20 avril 2020).
73. Malala Fund releases report on girls' education and COVID-19. In: Malala Fund [Internet]. 6 avril 2020. Washington (DC) : Malala Fund ; c2020 (<https://malala.org/newsroom/archive/malala-fund-releases-report-girls-education-covid-19>, consulté le 12 juin 2020).
74. Hodal K. Sierra Leone ordered to revoke ban on pregnant schoolgirls. In: The Guardian [Internet]. 13 décembre 2019. Guardian News & Media Limited;c2020 (<https://www.theguardian.com/global-development/2019/dec/13/sierra-leone-ordered-to-revoke-ban-on-pregnant-schoolgirls>, consulté le 12 juin 2020).
75. Sierra Leone: Schools Reopen for Pregnant Girls, Teen Moms. In: Human Rights Watch [Internet]. 31 mars 2020. New York : Human Rights Watch; c2020 (<https://www.hrw.org/news/2020/03/31/sierra-leone-schools-reopen-pregnant-girls-teen-moms>, consulté le 12 juin 2020).
76. Statistiques sur le travail des femmes. In: ILOSTAT [Internet]. Genève : OIT ; c1996-2020 (<https://ilostat.ilo.org/topics/women/>, consulté le 12 juin 2020).
77. Pleins feux sur l'objectif 8. L'impact du mariage et des enfants sur la participation au marché du travail. Genève : ONU Femmes, OIT (<https://data.unwomen.org/sites/default/files/inline-files/Spotlight-goal8-spread.pdf>, consulté le 12 juin 2020).
78. Rapport sur le travail domestique et les emplois de soins pour l'avenir du travail décent. Genève : OIT ; 2018 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_633135.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf), consulté le 12 juin 2020).
79. Indicateurs de développement mondial, avec les objectifs de développement durable, 2016. Washington (DC) : Banque mondiale ; 2016 (<http://databank.worldbank.org/data/download/site-content/wdi-2016-highlights-featuring-sdgs-booklet.pdf>, consulté le 12 juin 2020).
80. Evidence brief: HIV stigma and discrimination in the world of work: findings from the People living with HIV Stigma Index. Amsterdam: Global Network of People Living with HIV; 2018 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_635293.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_635293.pdf), consulté le 12 juin 2020).
81. Implementing comprehensive HI and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York : PNUD ; 2016 (<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Key%20populations/TRANSIT.pdf>, consulté le 12 juin 2020).
82. Briefing paper 09. The needs and rights of trans sex workers. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects (<https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Trans%20SWs.pdf>, consulté le 12 juin 2020).
83. Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up: the costs and benefits of investing in sexual and reproductive health 2014. New York : Institut Guttmacher ; 2014.
84. Analyse des coûts et du rapport coût-efficacité des programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire dans six pays : rapport complet. Paris : UNESCO ; 2011.
85. Montgomery P, Knerr W. Examen des données sur l'éducation sexuelle. Rapport afin d'informer la mise à jour de la Guidance technique internationale de l'UNESCO sur l'éducation sexuelle. Paris : UNESCO ; 2016.
86. Constantine NA, Jerman P, Berglas NF, Angulo-Olaiz F, Chou CP, Rohrbach LA. Short-term effects of a rights-based

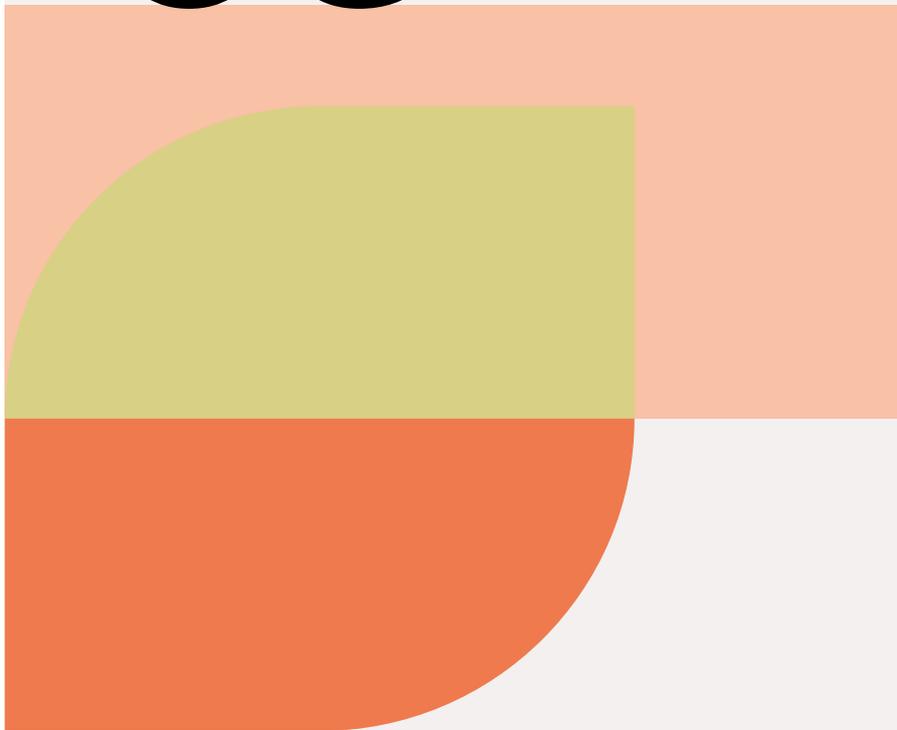
- sexuality education curriculum for high-school students: a cluster-randomized trial. *BMC Public Health*. 2015;15:293.
87. Rohrbach LA, Berglas LA, Jerman PP, Angulo-Olaiz F, Chou CP, Constantine NA. A rights-based sexuality education curriculum for adolescents: 1-year outcomes from a cluster-randomized trial. *J Adolesc Health*. 2015;7(4):399-406.
  88. Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F et al. Twenty years after international conference on population and development: where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *J Adolesc Health*. 2015;56(1):S1-S6.
  89. Haberland NA. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(1):31-42.
  90. Haberland NA, Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015;56(1):S15-S21.
  91. Saul J, Bachman G, Allen S, Toiv N, Cooney C, Beamon T. The DREAMS core package of interventions: a comprehensive approach to preventing HIV among adolescent girls and young women. *PLOS One*. 2018;13(12):e0208167.
  92. Cluver LD, Toska E, Orkin FM, Meinck F, Hodes R, Yakubovich AR et al. Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 2:73-82.
  93. Toska E, Cluver LD, Boyes ME, Isaacsohn M, Hodes R, Sherr L. School, supervision and adolescent-sensitive clinic care: combination social protection and reduced unprotected sex among HIV-positive adolescents in South Africa. *AIDS Behav*. 2017;21:2746-59.
  94. DREAMS: Adolescent girls and young women on the frontlines against HIV/AIDS. Presented by United States Ambassador Deborah Birx, US Global AIDS Coordinator and US Special Representative for Global Health Diplomacy, PEPFAR. International Conference on AIDS and STIs in Africa, Kigali, 2 décembre 2019.
  95. Gourlay A, Birdthistle I, Mthiyane NT, Orindi BO, Muuo S, Kwaro D et al. Awareness and uptake of layered HIV prevention programming for young women: analysis of population-based surveys in three DREAMS settings in Kenya and South Africa. *BMC Public Health*. 2019;19:1417.
  96. Mathur S, Walia M, Heck C, Pilgrim N, Mahapatra B. What is the effect of layered prevention interventions on HIV risk among adolescent girls in Zambia? IAS 2019, Mexico City, 23 juillet 2019. Session TUACO204.
  97. Reducing HIV risk among young women and their partners: evidence from dreams: highlights from the DREAMS implementation science research portfolio. DREAMS project brief. Washington (DC): Population Council; 2020.
  98. Données de l'année fiscale PEPFAR 2019.
  99. The independent Bill and Melinda Gates Foundation-funded evaluation of DREAMS, conducted by LSHTM, APHRC (Nairobi) and KEMRI (Gem).
  100. Narasimhan M, Yeh PT, Haberland S, Warren CE, Kennedy CE. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. *Reprod Health*. 2019;16(Suppl 1):61.
  101. Zapata T, Forster N, Campuzano P, Kambapani R, Brahmabhatt H, Hidinua G et al. How to integrate HIV and sexual and reproductive health services in Namibia, the Epako Clinic Case Study. *Int J Integr Care*. 2017;17(4):1.
  102. Hewett PC, Nalubamba M, Bozzani F, Digitale J, Vu L, Yam E et al. Randomized evaluation and cost-effectiveness of HIV and sexual and reproductive health service referral and linkage models in Zambia. *BMC Public Health*. 2016;16:785.
  103. Mendelsohn AS, Gill K, Marcus R, Robbertze D, van de Venter C, Mendel E et al. Sexual reproductive healthcare utilisation and HIV testing in an integrated adolescent youth centre clinic in Cape Town, South Africa. *South Afr J HIV Med*. 2018;19(1):826.
  104. Mayhew SH, Sweeney S, Warren CE, Collumbien M, Ndwiga C, Mutemwa R. Numbers, systems, people: how interactions influence integration. Insights from case studies of HIV and reproductive health services delivery in Kenya. *Health Policy Plan*. 2017;32(4):iv67-iv81.
  105. Wilcher R, Hoke T, Adamchak SE, Cates W Jr. Integration of family planning into HIV services: a synthesis of recent evidence. *AIDS*. 2013;27(1):S65-75.
  106. Warren CE, Hopkins J, Narasimhan M, Collins L, Askew I, Mayhew SH. Health systems and the SDGs: lessons from a joint HIV and sexual and reproductive health and rights response. *Health Policy Plan*. 2017 Nov 1;32(4):iv102-iv107.
  107. Willis N. Presentation 2: Zvandiri CATS model—findings from a community peer support treatment intervention in Zimbabwe. In: Clinical models of HIV care for adolescents meeting report. Session satellite de la Société internationale du sida (IAS). Rapport de la réunion SIDA 2016. Genève : IAS ; 2016 (<https://www.iasociety.org/Web/>

- WebContent/File/meeting\_report\_clinical\_models\_care\_adolescent\_2016.pdf, consulté le 12 juin 2020).
108. Jewkes R, Stern E, Ramsoomar L. Preventing violence against women and girls: community activism approaches to shift harmful gender attitudes, roles and social norms. Examen des données. What Works ; 2019 (<https://www.whatworks.co.za/documents/publications/357-social-norms-briefweb-28092019/file>, consulté le 9 avril 2020).
  109. Kaufman MR, Pulerwitz J. When sex is power: gender roles in sex and their consequences. In: Agnew CR editor. Power in close relationships. Cambridge (Royaume-Uni) : Cambridge University Press ; 2019. pp. 173-91.
  110. Dworkin SL, Treves-Kagan S, Lippman SA. Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS Behav.* 2013;17(9):2845-63.
  111. Doyle K, Levitov RG, Barker G, Bastian GG, Bingenheimer JB, Kazimbaya S et al. Gender-transformative Bandedereho couples' intervention to promote male engagement in reproductive and maternal health and violence prevention in Rwanda: findings from a randomized controlled trial. *PLoS ONE.* 2018;13(4):e0192756.
  112. INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence contre les enfants. Genève : OMS ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207717/9789241565356-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 12 juin 2020).
  113. Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2015 : l'éducation pour tous 2000-2015. Réalisations et défis. Paris : UNESCO ; 2015.
  114. Press release from the Ministry of Basic and Senior Secondary Education (Sierra Leone). Pregnant girls school ban reversal.
  115. Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, Barca V, Sturge G, Schmidt T et al. Cash transfers: what does the evidence say. A rigorous review of programme impact and the role of design and implementation features. London: Overseas Development Institute (ODI); 2016.
  116. Gorgens M, Mabuza K, de Walque D. Sitakhela Likusasa impact evaluation: results of a cluster randomized control trial (cRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini. IAS 2019, Mexico City, 21–24 juillet 2019. Résumé TUAC0205LB.
  117. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
  118. Stoner MCD, Kilburn K, Hill LM, MacPhail C, Selin A, Kimaru L et al. The effects of a cash transfer intervention on sexual partnerships and HIV in the HPTN 068 study in South Africa. *Cult Health Sex.* 2019;Sep 9:1-16.
  119. Pettifor A, Wamoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S. Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(S4):e25316.
  120. Colombia Constitutional Court VIH-SIDA criminalización Derogada. Sentencia C-248/19.
  121. Sun N, Zilli L. COVID-19 symposium: the use of criminal sanctions in COVID-19 responses—exposure and transmission, part 1. In: *Opinio Juris* [Internet]. 4 mars 2020. *Opinio Juris*; c2020 ([opiniojuris.org/2020/04/03/covid-19-symposium-the-use-of-criminal-sanctions-in-covid-19-responses-exposure-and-transmission-part-i/](https://www.opiniojuris.org/2020/04/03/covid-19-symposium-the-use-of-criminal-sanctions-in-covid-19-responses-exposure-and-transmission-part-i/)).
  122. Rall S-A. KZN businessman arrested for attempted murder after testing positive, absconding coronavirus quarantine. In: *IOL* [Internet]. 25 mars 2020. *Independent Online* ; c2020 (<https://www.iol.co.za/mercury/news/kzn-businessman-arrested-for-attempted-murder-after-testing-positive-absconding-coronavirus-quarantine-45527106>, consulté le 12 juin 2020).
  123. Galletly CL, Pinkerton SD. Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. *AIDS Behav.* 2006;10:451-61.
  124. O'Byrne P, Willmore J, Bryan A, Friedman DS, Hendriks A, Horvath C et al. Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada. *BMC Public Health.* 2013;13:94.
  125. O'Byrne P, Bryan A, Woodyatt C. Nondisclosure prosecutions and HIV prevention: results from an Ottawa-based gay men's sex survey. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2013;24(1):81-7.
  126. Les femmes, les affaires et le droit [base de données]. Washington (DC) : Groupe Banque mondiale ; 2020 ([https://wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl\\_gm#](https://wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm#), consulté le 12 juin 2020). Données de 2020.
  127. Les femmes, les affaires et le droit [base de données]. Washington (DC) : Groupe Banque mondiale ; 2020 ([https://wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl\\_gm#](https://wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm#), consulté le 12 juin 2020). Données de 2020.
  128. Réaliser le droit des femmes à la terre et aux autres ressources productives. New York : Nations Unies ; 2013 ([www.ohchr.org/Documents/Publications/RealizingWomensRightstoLand.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/RealizingWomensRightstoLand.pdf), consulté le 15 avril 2020).
  129. Le VIH et la loi. Supplément 2018. New York : Commission mondiale sur le VIH et le droit ; 2018 (<http://www.hivlawcommission.org/supplement>, consulté le 12 juin 2020).

130. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among female sex workers, 2020. *Nat Commun.* 2020;11:773.
131. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLOS Med.* 2018;15(12):e1002680.
132. Shih E, Thibos C. The fight to decriminalize sex work. In: *Open Democracy* [Internet]. 5 mai 2020. *Open Democracy* ; 2020 (<https://www.opendemocracy.net/en/beyond-trafficking-and-slavery/fight-decriminalise-sex-work/>, consulté le 12 juin 2020).
133. The human cost of "crushing" the market: criminalization of sex work in Norway. Londres : Amnesty International ; 2016 ([www.amnestyusa.org/files/norway\\_report\\_-\\_sex\\_workers\\_rights\\_-\\_embargoed\\_-\\_final.pdf](http://www.amnestyusa.org/files/norway_report_-_sex_workers_rights_-_embargoed_-_final.pdf), consulté le 16 avril 2020).
134. Submission to the Committee Reforming the Regulation of the Sex Industry in the Northern Territory consultation by the Scarlet Alliance, 2019.
135. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet.* 2015;385(9962):55–71.
136. Rapport de l'expert indépendant sur la protection contre la violence et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. In : Trente-huitième session du Conseil des droits de l'homme, New York, 18 juin-6 juillet 2018 (A/HRC/38/43 ; [https://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/HRC/38/43](https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/HRC/38/43)).
137. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* 2019;6(11):E769-E787.
138. Mapping of good practices for the management of transgender inmates. *Revue de la littérature.* PNUD ; 2020.
139. Mendos LR. Homophobie d'État, 2019. Genève : International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; March 2019 ([https://ilga.org/downloads/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2019\\_light.pdf](https://ilga.org/downloads/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2019_light.pdf), consulté le 12 juin 2020).
140. Declaration on sexual pleasure. In: 24th World Congress of the World Association for Sexual Health, Mexico City, 15 octobre 2019 (<https://worldsexualhealth.net/declaration-on-sexual-pleasure/>, consulté le 12 juin 2020).
141. High Court of Botswana, Letsweletse Motshidiemang v. Attorney General (2019), para. 228
142. High Court of Botswana, Letsweletse Motshidiemang v. Attorney General (2019), para. 156.
143. Fontaine A. Iceland passes major gender identity law: "the fight is far from over." In: Reykjavík Grapevine [Internet]. 19 juin 2019. Reykjavik: Fröken Ltd; c2003–2020 (<https://grapevine.is/news/2019/06/19/iceland-passes-major-gender-identity-law-the-fight-is-far-from-over/>, consulté le 12 juin 2020).
144. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Buxton J et al. Public health and international drug policy. Report of the John Hopkins–Lancet Commission on Drug Policy and Health. *The Lancet.* 2016;387(10026):1427-80.
145. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee S et al. Policing practices and HIV risk among people who inject drugs – a systematic literature review. *The Lancet.* 2019. Version pré-imprimée.
146. Rapport du rapporteur spécial sur la violence faite aux femmes, ses causes et ses conséquences, Rashida Manjoo : les voies d'accès, les conditions et les conséquences de l'incarcération des femmes. In : Soixante-huitième session de l'Assemblée générale, New York, 21 août 2013 (A/68/340 ; <http://undocs.org/A/68/340>, consulté le 12 juin 2020).
147. World female imprisonment list. Fourth edition. Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners. *World Prison Brief*; 2017 (<https://www.prisonstudies.org/news/world-female-imprisonment-list-fourth-edition>, consulté le 12 juin 2020).
148. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018 : 2017 data. Copenhague : OMS ; 2018 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-aids-surveillance-europe-2018.pdf>, consulté le 12 juin 2020). Tableau 5.
149. Centre international sur les droits de l'homme et la politique en matière de drogues, ONUSIDA, OMS, PNUD. Directives internationales sur les droits de l'homme et la politique relative aux drogues. New York : PNUD ; 2019.
150. 29 countries. 49 models of drug decriminalisation. One handy web-tool. In: *Talking Drugs* [Internet]. 29 janvier 2020. *Talking Drugs*; c2009–2020 (<https://www.talkingdrugs.org/decriminalisation>, consulté le 12 juin 2020).
151. McKinnon B, Vander Morris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ.* 2019;97(1):42-50.

152. Les professionnel(le)s du sexe ne doivent pas être laissés pour compte dans la riposte à la COVID-19. In : UNAIDS. org [Internet]. 8 avril 2020. Genève : ONUSIDA ; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200408\\_sex-workers-covid-19](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200408_sex-workers-covid-19), consulté le 12 juin 2020).
153. Mohan M. Coronavirus: They grabbed my breasts and said, "You're not a woman." In: BBC News [Internet]. 18 mai 2020. London: BBC; c2020 (<https://www.bbc.com/news/stories-52668174>, consulté le 18 mai 2020).
154. Cabrera CG. Panama's Gender-Based Quarantine Ensnarers Trans Woman. In: Human Rights Watch [Internet]. 2 avril 2020. New York : Human Rights Watch ; 2020 (<https://www.hrw.org/news/2020/04/02/panamas-gender-based-quarantine-ensnarers-trans-woman>, consulté le 12 juin 2020).
155. COVID-19 et les droits humains des personnes LGBTI. 17 avril 2020. Genève : HCDH ; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTIpeople.pdf>, consulté le 17 avril 2020).

# 05



# APPROCHES DURABLES ET CENTRÉES SUR LES PERSONNES

# APPROCHES DURABLES ET CENTRÉES SUR LES PERSONNES

## POINTS SUR LES DONNÉES

LES SERVICES DE CONSEIL ET DÉPISTAGE DU VIH SONT INTÉGRÉS AUX SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DANS

### TOUS OU QUELQUES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

DANS PRESQUE TOUS LES PAYS DÉCLARANTS.

### EN 2019, 24 % DES NOUVEAUX CAS DE VIH PARMIS LES ENFANTS

ÉTAIENT LIÉS À LA PERTE D'ACCÈS DES MÈRES AUX SOINS VIH, SOIT PENDANT LA GROSSESSE OU L'ALLAITEMENT.

LE TRAITEMENT PRÉVENTIF DE LA TUBERCULOSE A ÉTÉ FOURNI À

### 1,8 MILLION DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

DANS 65 PAYS À FORTE CHARGE DE MORBIDITÉ EN 2018

### SEULS 53 PAYS

ONT INDIQUÉ EN 2019 QUE LEURS POLITIQUES NATIONALES COMPORTAIENT DES RÉFÉRENCES EXPLICITES À LA RÉDUCTION DES RISQUES

### SEULS 56 PAYS SUR 99

AVEC DES DONNÉES RÉCENTES PROVENANT D'ENQUÊTES AUPRÈS DE PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE, ONT DÉMONTRÉ QU'AU MOINS 80 % DES PERSONNES INTERROGÉES ONT DÉCLARÉ AVOIR UTILISÉ UN PRÉSERVATIF LORS DE LEUR DERNIER RAPPORT SEXUEL RÉMUNÉRÉ.

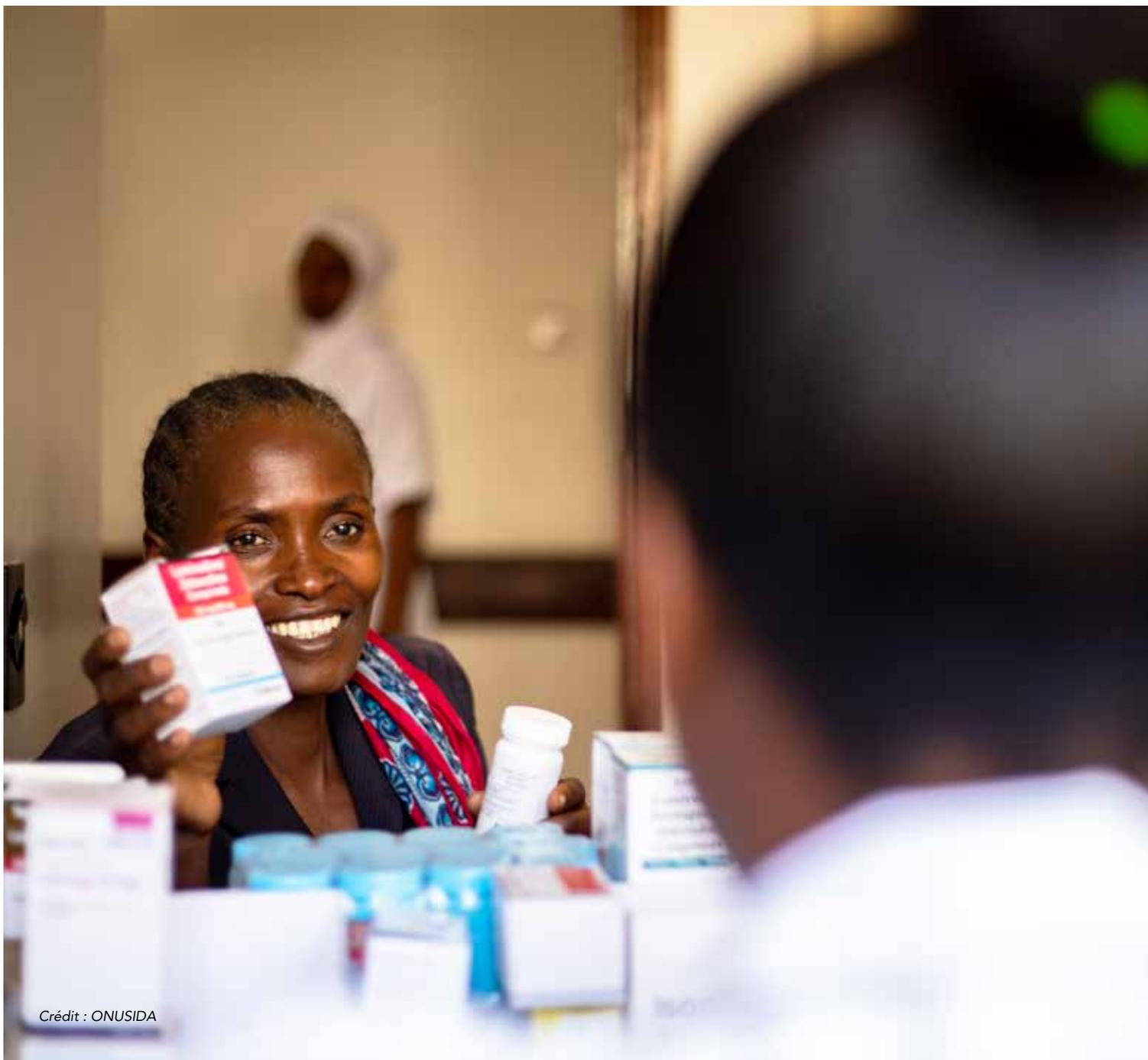
Les systèmes de santé doivent gérer un éventail de plus en plus complexe de maladies transmissibles et non transmissibles avec des ressources humaines et financières limitées. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité pour les systèmes d'être plus résilients, flexibles et adaptables, et de fournir à chacun les services dont il a besoin de manière plus efficace (1). L'accélération du mouvement vers une couverture maladie universelle peut aider les systèmes de santé à atteindre les normes les plus élevées possibles en matière de santé et de bien-être pour tous.

La Commission de la santé mondiale du Lancet sur les systèmes de santé de haute qualité à l'ère des ODD a constaté que les systèmes de santé dans le monde entier fonctionnaient de manière inefficace, en grande partie à cause de la fragmentation des services qui compromet également la qualité des soins fournis (2). On estime que quelque 8,6 millions de décès par an dans les pays à faible et moyen revenu (dont près de 300 000 parmi les personnes vivant avec le VIH) pourraient être attribués au fonctionnement non optimal des systèmes de santé. Une intégration plus poussée entre les programmes et les services peut aider les systèmes de santé à devenir suffisamment flexibles et résilients afin de gérer les charges de morbidité changeantes et interdépendantes, les épidémies soudaines et les autres nouveaux défis sanitaires (3).

L'INTÉGRATION EN ELLE-MÊME EST INSUFFISANTE. LES SERVICES DE SANTÉ ET DE LUTTE CONTRE LE VIH DOIVENT ÉGALEMENT ÊTRE CENTRÉS SUR LES PERSONNES ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES PERSONNES QUI EN ONT LE PLUS BESOIN.



**READY**  
RESILIENT & EMPOWERED  
ADOLESCENTS & YOUNG PEOPLE



Crédit : ONUSIDA

Toutefois, l'intégration n'est pas une solution à toutes les lacunes des services de santé. Les services de santé et de lutte contre le VIH doivent également être centrés sur les personnes et répondre aux besoins des personnes qui en ont le plus besoin. Le chapitre précédent a souligné l'importance d'aborder les déterminants de la santé et la manière dont les approches à plusieurs niveaux, qui dépassent le secteur de la santé, contribuent à réduire le risque de VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes. Ce chapitre présente des preuves supplémentaires qu'une combinaison d'approches plus intégrées et centrées sur les personnes améliore l'utilisation des services et les

résultats sanitaires pour les enfants vivant avec le VIH, les adolescentes, les jeunes et les femmes.

Les approches centrées sur les personnes répondent également mieux aux besoins des personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH, telles que les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres, les prisonnier(e)s et les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Il est également important de veiller à ce que les programmes de santé et de lutte contre le VIH atteignent les migrant(e)s et les réfugié(e)s, tant du point de vue des droits humains que de la santé

publique. Les efforts déployés pour maintenir les services de santé pendant les confinements dus à la COVID-19 ont souligné la valeur des services communautaires qui sont ancrés dans les réalités vécues et répondent aux besoins, aux priorités et aux droits des populations les plus touchées.

### Ripostes au VIH et couverture santé universelle

Les États membres des Nations unies (ONU) ont approuvé une déclaration politique globale sur la santé lors de la réunion de haut niveau des Nations unies sur la couverture santé universelle en septembre 2019, en convenant d'un ensemble d'objectifs ambitieux visant à garantir que chacun, partout, dispose d'une couverture santé abordable d'ici 2030 (4).

Le principe directeur de la couverture santé universelle est l'équité : toute personne – indépendamment de sa race, de son origine ethnique, de son âge, de son sexe ou de son statut social – doit recevoir les services de santé dont elle a besoin sans subir de difficultés financières dues au coût de ces services. Un ensemble de principes similaires a guidé la riposte mondiale au VIH pendant des décennies. Le financement public est essentiel pour que les pays puissent progresser durablement vers une couverture santé universelle, les fonds étant utilisés efficacement et de manière à garantir un accès équitable à des services de santé de qualité. La mobilisation d'un financement intérieur suffisant est un défi particulier dans les pays à faible et

moyen revenu, et l'aide extérieure apporte un soutien vital aux systèmes de santé publique de nombre de ces pays (5).

Des recherches menées en Indonésie, au Kenya, en Ouganda et en Ukraine ont révélé des préoccupations supplémentaires alors que les pays s'acheminent vers une couverture santé universelle et une transition vers un financement national plus important des programmes de lutte contre le VIH (6). Par exemple, si l'accès au traitement du VIH nécessite une adhésion à un régime national d'assurance maladie contributif, les personnes qui n'ont pas les moyens de cotiser à ce régime peuvent se voir refuser le service. Pour éviter cette exclusion, les pays font des exceptions en maintenant la gratuité de certains services, comme tel est souvent le cas pour les vaccinations (7-9).

Des inquiétudes subsistent quant au fait que certaines approches de la couverture santé universelle ne tiennent pas suffisamment compte des forces qui piègent certaines populations en marge de la société (10). Pour être véritablement universelle, la couverture sanitaire universelle va au-delà de la prestation de services de santé et s'attaque aux déterminants sociaux de la santé et favorise la participation communautaire (11).

Les efforts de couverture santé universelle peuvent s'appuyer sur les bases jetées par les programmes de lutte contre le VIH pour développer des outils et des systèmes d'information stratégiques polyvalents, des approches de prestation de services équitables, ainsi qu'une gouvernance et une responsabilité sanitaires inclusives. En outre, l'intégration des ripostes au VIH dans les efforts de couverture santé universelle et les systèmes de santé nationaux peut contribuer à pérenniser bon nombre des réalisations de la lutte contre le VIH, par exemple en intégrant les services de lutte contre le VIH dans les soins de santé primaires ou en faisant appel à des organisations non gouvernementales pour fournir des services aux groupes marginalisés et vulnérables (8).

Les lois qui facilitent la couverture santé universelle doivent explicitement respecter les droits de l'homme et être non discriminatoires, ce qui est le mieux réalisé en impliquant la société civile et les communautés dans la conception et la mise en œuvre des dispositifs de couverture santé universelle – l'une des grandes leçons de la riposte au VIH (12). La couverture sanitaire universelle nécessite également un cadre de responsabilité solide qui inclut la société civile et les communautés, et qui comporte des indicateurs clairs pour

#### LES SERVICES VIH DANS LE CADRE D'UN ENSEMBLE DE SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS

Un ensemble défini de services de santé essentiels est un élément central de la couverture maladie universelle. Il s'agit d'un ensemble de services de base pour lesquels des ressources financières doivent être garanties. Un ensemble complet de services de lutte contre le VIH qui soit adapté aux besoins des diverses communautés devrait faire partie d'un ensemble de services de santé essentiels (9).

le suivi de la qualité, de l'accessibilité et des résultats des services (9). Il est donc important de préserver la capacité des organisations communautaires à influencer les politiques de santé et à participer à leur mise en œuvre (13). L'Assemblée nationale de la santé de Thaïlande est un exemple de structure de gouvernance participative en matière de santé qui comprend un engagement fort de la société civile, notamment du secteur du VIH (14).

La meilleure façon d'aborder la couverture santé universelle n'est pas de la considérer comme une fin en soi, mais comme un outil que les pays peuvent utiliser parallèlement à des efforts plus

vastes pour atteindre les normes les plus élevées possibles en matière de santé et de bien-être pour tous. Un des principes centraux du mouvement de lutte contre le sida a été l'insistance sur le fait que la justice en matière de santé est ancrée dans des luttes sociales et économiques plus larges pour l'équité. Comme l'a montré la lutte contre le VIH, le succès de la couverture santé universelle dépendra de sa capacité à mettre les personnes au premier plan et à tenir compte des facteurs contextuels qui déterminent leur santé. Cela devient de plus en plus crucial à mesure que les crises sanitaires telles que COVID-19 et les chocs liés au changement climatique s'accumulent.

## DE NOMBREUSES FORMES D'INTÉGRATION

L'intégration peut se faire dans plusieurs domaines ou à plusieurs niveaux. Les décisions relatives à l'intégration doivent tenir compte des meilleurs intérêts des clients : comment les systèmes de santé peuvent-ils fournir des services de meilleure qualité, plus pratiques et plus rentables qui répondent aux besoins des clients.

*L'intégration du droit et des politiques* combine des politiques, des stratégies et des plans distincts, spécifiques à une maladie, afin de fournir un cadre structurel et un processus de gouvernance unifiés, au sein desquels des services intégrés peuvent être fournis. Un tel cadre politique unifié de haut niveau peut guider les prestataires de services et leur faire comprendre la nécessité d'agir de manière unifiée, holistique et globale.

*Les liens entre les systèmes* peuvent établir des systèmes de soutien unifiés qui facilitent et permettent la fourniture de services intégrés. Les systèmes liés comprennent l'éducation et la formation des travailleurs de la santé, la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement, les services de pharmacie et de laboratoire, les systèmes d'information sur la gestion de la santé et de gestion des clients, et la budgétisation intégrée. Cela peut améliorer la coordination et soutenir des services plus rationnels et plus efficaces (21).

*L'intégration des services* peut aller de la liaison de certains services ou de leur ajout à des plates-formes spécialisées, à l'intégration complète des services en un seul endroit (ce qu'on appelle les « guichets uniques »). L'intégration peut également se faire à différents niveaux.

*L'intégration complète au niveau des services* présente de nombreux avantages pour les utilisateurs des soins de santé. Lorsque les services cliniques (par exemple, pour le VIH et la tuberculose, ou pour le VIH et la santé sexuelle et reproductive) sont intégrés, cela peut favoriser des approches centrées sur les personnes. Mais ce niveau d'intégration peut aussi impliquer des compromis en ce qui concerne la charge de travail du personnel, la qualité des soins et la fourniture de services adaptés, et des violations des droits de l'homme telles que la discrimination et les violations de la confidentialité peuvent également se produire. Enfin, il peut être difficile et coûteux de réunir les services nécessaires en un seul endroit.

*L'intégration de plusieurs établissements* implique la mise en réseau des établissements de santé et d'autres prestataires de services afin que les personnes ayant des problèmes complexes puissent accéder facilement à des soins spécialisés. Mais la coordination peut être difficile. Un autre modèle prévoit qu'un gestionnaire de cas supervise les soins et oriente les patients vers des spécialistes, selon les besoins. Cela nécessite des gestionnaires de cas hautement qualifiés, qui peuvent être difficiles à recruter et à conserver dans des systèmes de santé confrontés à une pénurie de travailleurs de la santé (21).

## Intégrer le VIH et les autres services de santé

L'intégration consiste à fournir des services de santé de manière complémentaire et cohérente afin que les personnes reçoivent les soins dont elles ont besoin de manière efficace, efficiente et équitable (2).

Une intégration plus étroite des services de lutte contre le VIH et d'autres services de santé pertinents peut permettre d'accroître la portée et l'utilisation des services, d'améliorer leur efficacité, de les rendre rentables, de les centrer davantage sur les personnes et d'améliorer leur qualité (15-17). Les services intégrés

peuvent mieux répondre aux besoins croisés des personnes en matière de soins de santé que les modèles traditionnels de prestation séparée (18). Les budgets des programmes étant soumis à une pression accrue, la perspective d'économies est également particulièrement attrayante pour les planificateurs.

S'il existe de bonnes preuves que l'intégration peut avoir de tels effets positifs, elle n'est pas toujours bénéfique, et des résultats contre-productifs peuvent même être constatés (19, 20).



### Intégrer le VIH et les soins de santé sexuelle et reproductive

Les femmes ont besoin d'une plus grande intégration des services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive, en particulier dans les régions d'Afrique subsaharienne où le VIH est très répandu (voir chapitre 4). Des études menées dans de multiples contextes ont démontré les avantages de l'intégration :

- Le projet Girl Power au Malawi a utilisé un modèle adapté aux jeunes, qui combinait le dépistage du VIH, le planning familial et les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Les adolescentes ayant recours aux services intégrés étaient 23 % plus susceptibles de faire un test de dépistage du VIH, 57 % de recevoir des préservatifs, 39 % d'accéder à la contraception hormonale et 16 % d'utiliser les services pour les IST (22).
- Au Vietnam, l'ajout de l'éducation par les pairs aux services intégrés de santé sexuelle et reproductive

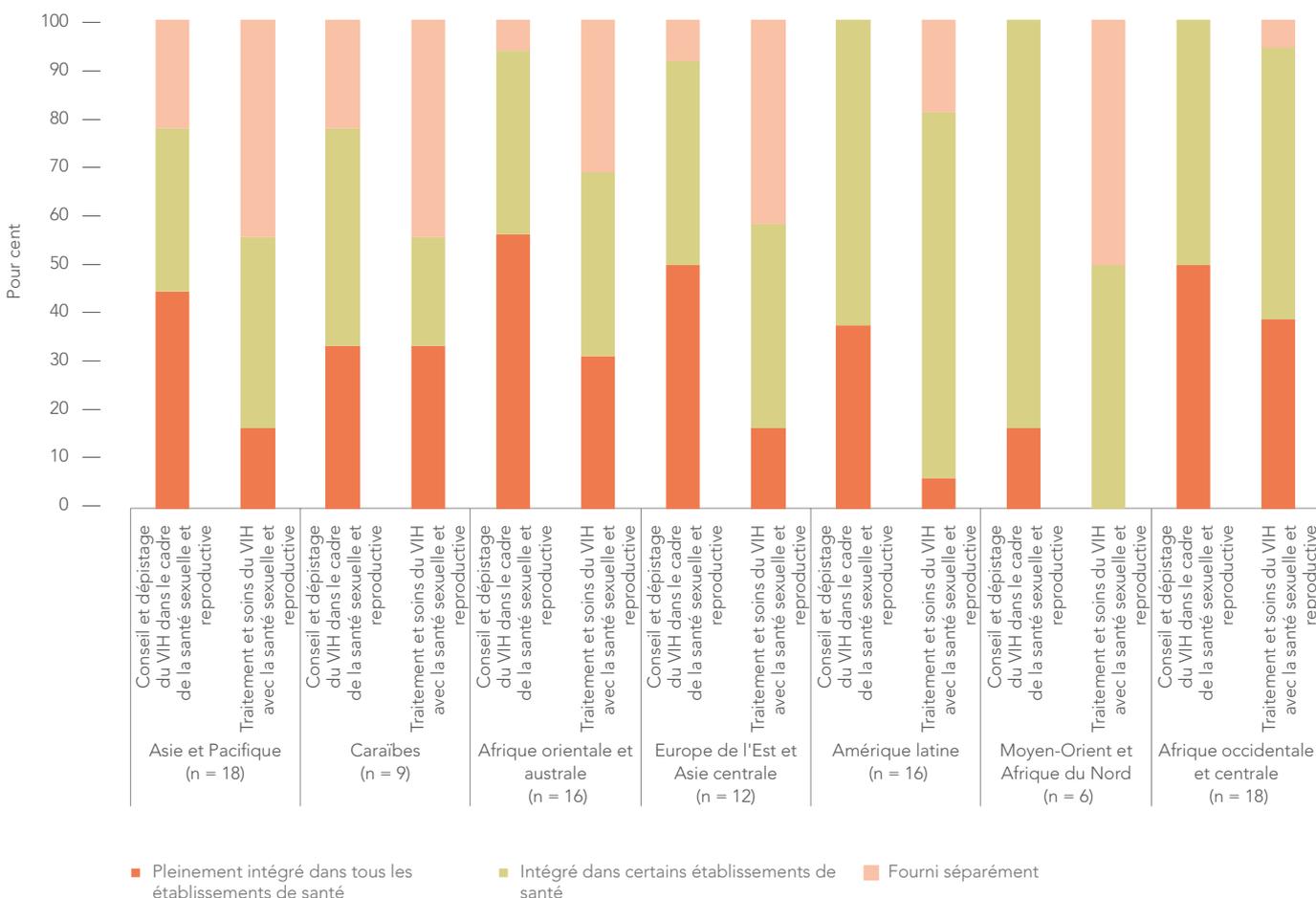
et de lutte contre le VIH a permis de presque quintupler le nombre d'adolescents demandant un test de dépistage du VIH (23). Un examen systématique d'études menées en Eswatini, au Kenya, en Ouganda et aux États-Unis a également révélé un potentiel de recours accru au dépistage du VIH (24).

- L'offre de la Prophylaxie Pré-exposition (PPrE) par le biais de services de planification familiale de routine est également une stratégie prometteuse pour atteindre les femmes dans des contextes où le fardeau du VIH est élevé, comme le démontre une étude réalisée en Afrique du Sud où des taux de rétention de la PPrE très élevés (92 %) ont été atteints (25).<sup>1</sup>

D'autres études, dont beaucoup ont été analysées dans le cadre d'un examen non systématique de 2016, ont également montré que l'intégration peut accroître l'utilisation des services, mais elles ajoutent d'importantes réserves (26). L'importance des facteurs contextuels est fréquemment soulignée, notamment

FIGURE 5.1

### Pourcentage de pays déclarants qui fournissent des services de santé sexuelle et reproductive intégrés aux services de lutte contre le VIH, par région, 2019



Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

1 L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande d'envisager d'offrir la PPrE dans les milieux où l'incidence du VIH est supérieure à 3 %.



Crédit : ONUSIDA

la solidité des systèmes de santé locaux, la qualité du soutien à la gestion et l'intégrité des systèmes logistiques (1, 3, 19, 27).

Les services de conseil et de dépistage du VIH ont été intégrés aux services de santé sexuelle et reproductive dans tous les établissements de santé ou dans certains d'entre eux dans presque tous les pays qui ont communiqué ces données à l'ONUSIDA en 2019, l'intégration complète étant la plus courante en Afrique orientale et australe et la moins courante au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (Figure 5.1). L'intégration du traitement et des soins du VIH aux services de santé sexuelle et reproductive est moins fréquente, mais elle est encore pleinement intégrée dans tous les établissements de santé dans environ un tiers des pays déclarants des Caraïbes, d'Afrique orientale et australe, et d'Afrique occidentale et centrale.

### **Améliorer la santé maternelle et infantile.**

L'intégration des services de santé maternelle et infantile et de lutte contre le VIH est bien développée dans de nombreux pays où l'épidémie de VIH est importante, où elle joue un rôle clé dans l'extension de la thérapie antirétrovirale pour les mères vivant avec le VIH et dans la forte réduction des nouvelles infections par le VIH chez les enfants. Plusieurs études, y compris de grandes revues systématiques, ont démontré que l'intégration des soins prénatals et des services liés au VIH augmente l'utilisation des services et améliore les résultats en matière de santé (28-30).

- Les femmes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'une combinaison de services de soins intégrés et axés sur la famille au Nigeria étaient près de trois fois plus susceptibles d'entamer une thérapie antirétrovirale (97 % contre 37 %) et beaucoup plus susceptibles de poursuivre les soins après l'accouchement (75 % contre 7 %, 12 semaines après l'accouchement) par rapport au modèle de soins standard (31).
- Lorsque les soins postnatals ont été intégrés aux soins VIH dans une clinique de santé maternelle et infantile au Cap, en Afrique du Sud, 77 % des mères vivant avec le VIH ont obtenu une suppression virale à 12 mois, contre 56 % dans le groupe de contrôle (32).
- Une étude menée à Karnataka, en Inde, a révélé que l'intégration du soutien et des services nutritionnels pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant améliorait les résultats sanitaires des nourrissons exposés au VIH et était rentable, et que les interventions combinées de vaccination et de dépistage du VIH augmentaient la couverture du dépistage du VIH chez les nourrissons (33).

Ce type de résultats n'est toutefois pas garanti, souvent en raison de contraintes plus larges – notamment les faiblesses du système de santé, les mauvaises conditions de travail et les obstacles sociaux et économiques (34-36).

## AMÉLIORER LA PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION VERTICALE DU VIH

La dernière décennie a vu une réduction importante des nouvelles infections par le VIH chez les enfants (voir chapitre 2). Mais les progrès ont été inégaux et le rythme du déclin se ralentit. Les lacunes qui subsistent en matière de traitement chez les femmes enceintes séropositives, les femmes exposées au VIH pendant la grossesse et l'allaitement et les femmes séropositives qui n'ont plus accès à leur thérapie antirétrovirale pendant la grossesse et l'allaitement, compromettent la poursuite des progrès (Figure 5.2). Il est nécessaire d'analyser ces lacunes dans chaque pays et de les combler directement afin d'éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants.

Dans de nombreux milieux, les femmes enceintes séropositives ne sont pas diagnostiquées et ne bénéficient pas d'un traitement : environ 58 000 nouvelles infections par le VIH chez les enfants en 2019 sont imputables au fait que les femmes enceintes séropositives ne bénéficient pas d'une thérapie antirétrovirale pendant leur grossesse (37). Il a été démontré que le diagnostic précoce des femmes vivant avec le VIH et l'amélioration des liens avec les soins réduisent la transmission verticale du VIH. Une étude menée au Kenya et en Ouganda a révélé que le dépistage universel et un modèle de soins centré sur le patient (qui comprenait un personnel accueillant, des horaires de clinique flexibles et l'aiguillage entre les soins prénatals et les cliniques VIH) réduisaient le taux de transmission verticale à 0,5 % chez les femmes ayant reçu un diagnostic de VIH (38).

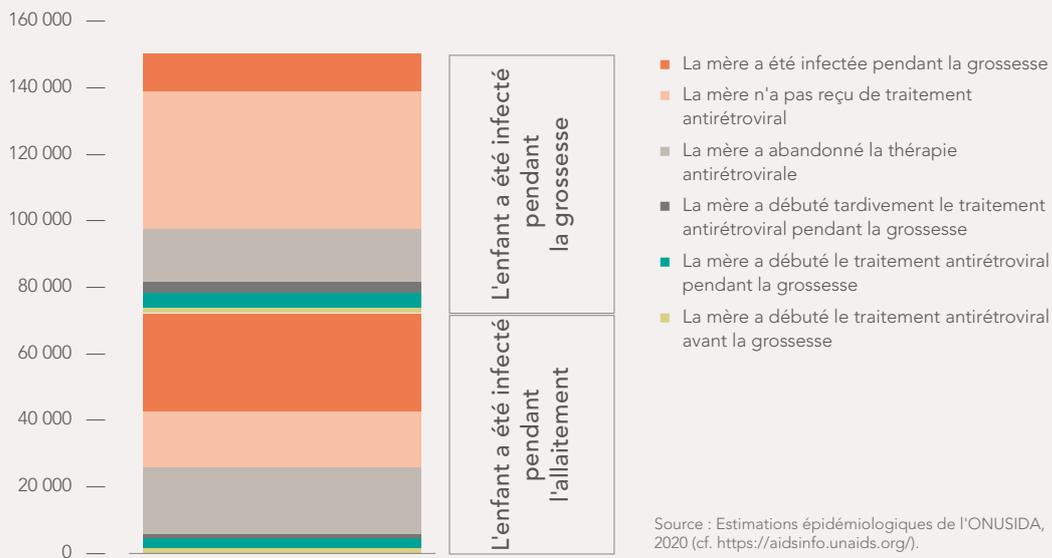
Le maintien des femmes dans les soins constitue un défi supplémentaire. Selon une analyse réalisée en 2019, une femme sur cinq vivant avec le VIH qui avait commencé une thérapie antirétrovirale pendant sa grossesse ne prenait plus ses médicaments 12 mois plus tard. Les interruptions de soins étaient encore plus importantes chez les femmes qui avaient commencé le traitement avant de devenir enceintes : une sur quatre ne prenait plus de médicaments antirétroviraux neuf mois plus tard (39). Au niveau mondial, quelque 36 000 nouvelles infections infantiles résultaient, en 2019, de la perte d'accès des mères aux soins VIH, soit pendant la grossesse ou l'allaitement. L'acquisition du VIH pendant la grossesse et la période d'allaitement est un autre facteur important de transmission verticale (40), représentant environ 41 000 infections infantiles.



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 5.2

### Nouvelles infections chez l'enfant suite à une intervention de prévention de la transmission verticale. Données globales 2019



Les raisons de l'abandon des soins sont notamment la nécessité de visites multiples dans les cliniques, les frais d'utilisation et les coûts de transport, les longs délais d'attente, les ruptures de stock de médicaments et de diagnostics, le comportement stigmatisant des prestataires de soins de santé, les mauvais conseils, le manque de soutien des familles ou des partenaires et les effets secondaires des médicaments antirétroviraux (41-43).

Les modèles de mentorat maternel et de pair à pair sont efficaces pour permettre aux femmes et aux enfants d'accéder aux tests, d'adhérer au traitement et aux soins, même dans des circonstances difficiles. Ces modèles consistent à former les femmes séropositives à fournir des services de santé de première ligne, des conseils et un soutien aux femmes et à leur famille (44). En Ouganda, le programme « mothers2mothers » (M2M) a permis d'augmenter considérablement la rétention des paires mère-bébé : 82 % ont été retenues jusqu'à six mois après la fin de l'allaitement (contre 42 % dans le groupe témoin), et 71 % ont été retenues à 18 mois après la naissance (21 % dans le groupe témoin) (45).

### Intégrer les services de lutte contre la tuberculose et le VIH

La tuberculose est une des dix premières causes de décès dans le monde et la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH (voir chapitre 2). Le traitement préventif de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH dans 65 pays à forte charge de morbidité s'est considérablement amélioré ces dernières années, pour atteindre 1,8 million de personnes en 2018 (Figure 5.3).

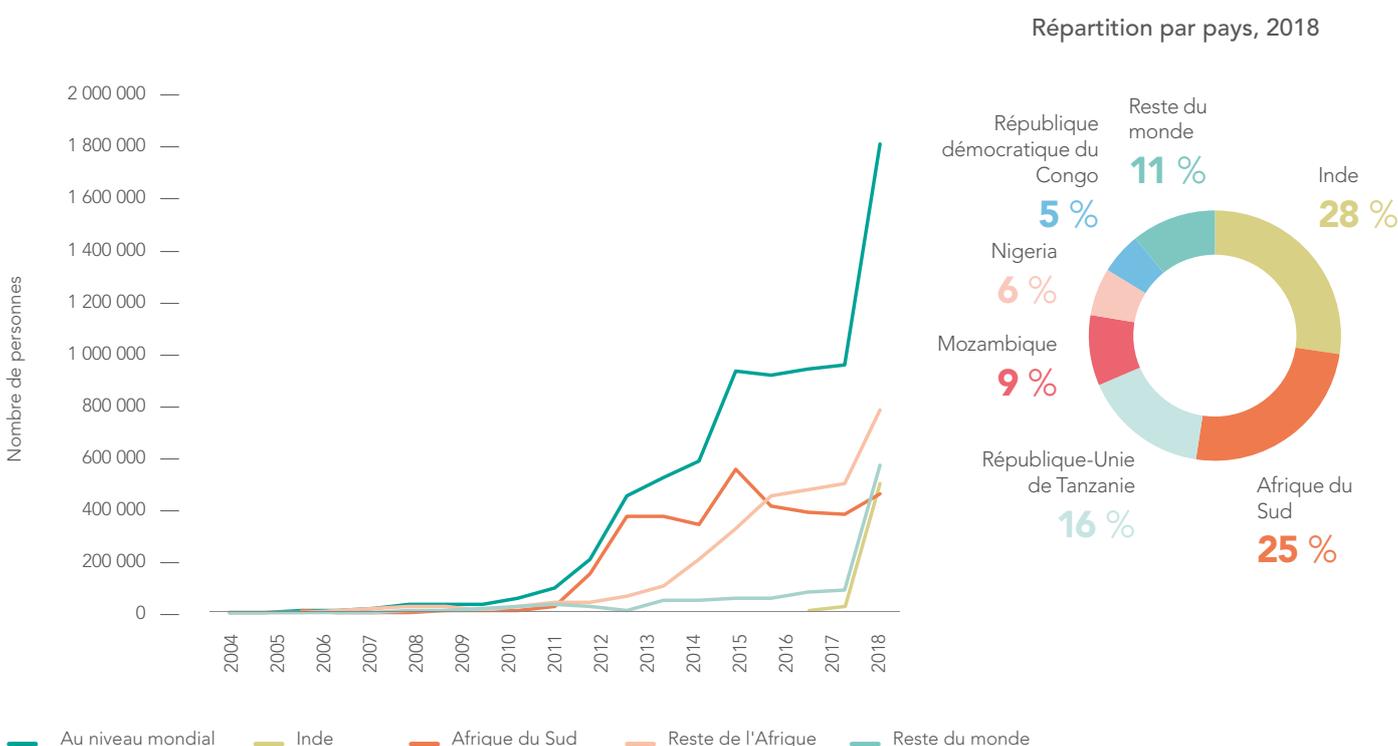
En dépit de ces progrès, des lacunes importantes dans la détection et le traitement préventif de la tuberculose subsistent dans plusieurs pays à forte charge de morbidité (Figure 5.4). Dans 66 pays pour lesquels des données sont disponibles, la couverture du traitement préventif de la tuberculose parmi les personnes séropositives nouvellement inscrites dans un établissement de soins ne s'élevait qu'à 49 % en 2018. Parmi les 11 pays à forte charge de tuberculose et de VIH qui ont communiqué ces données, la couverture allait de 10 % en Indonésie à 97 % dans la Fédération de Russie. Sur les 10 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde en 2018, environ 0,8 million concernaient des personnes vivant avec le VIH (46).

L'intégration des services de lutte contre la tuberculose et le VIH revêt donc une importance vitale pour le contrôle de ces deux maladies. Parmi les 30 pays où le fardeau du VIH et de la tuberculose est élevé, 11 ont déclaré avoir, à l'échelle nationale (c'est-à-dire plus de 95 % des établissements de santé fournissant des traitements et des soins pour le VIH), des services de dépistage du VIH et de diagnostic rapide de la tuberculose moléculaire recommandé par l'OMS ; seuls cinq ont déclaré que la thérapie antirétrovirale et le traitement de la tuberculose sont tous deux fournis dans le même établissement de santé à l'échelle nationale (Tableau 5.1).

Une intégration plus poussée peut être difficile dans des systèmes de santé mal dotés en ressources. Les établissements peuvent manquer de personnel suffisamment formé pour fournir des soins intégrés (47), et ils peuvent ne pas être équipés pour assurer le dépistage et le test de la tuberculose dans les meilleurs délais (48-50). Des études menées en Afrique du Sud, en Ouganda et en Zambie démontrent que de tels obstacles peuvent être surmontés, le succès nécessitant la gestion des augmentations potentielles de la charge de travail du personnel, la résolution des

FIGURE 5.3

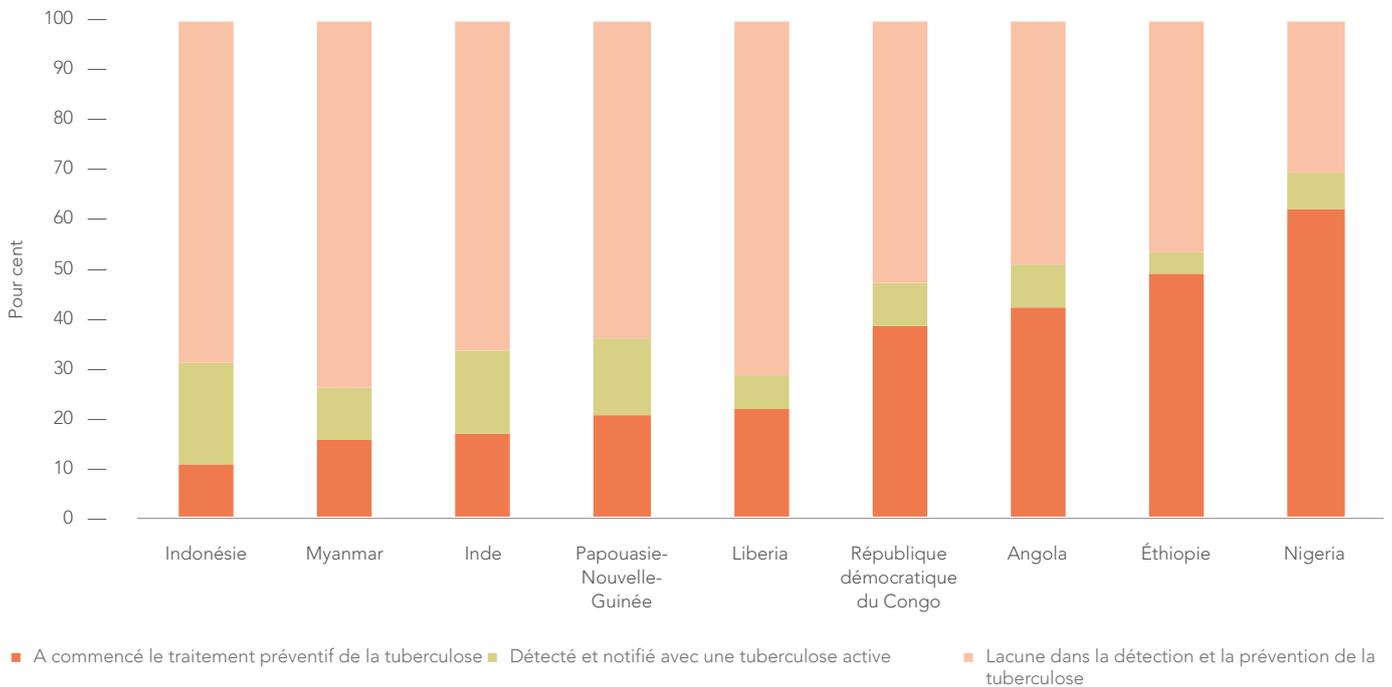
### Personnes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement préventif contre la tuberculose, 2000-2018



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2019 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Rapport mondial sur la tuberculose. Genève : OMS ; 2019. Remarque : jusqu'en 2016, les pays ont indiqué le nombre de personnes séropositives nouvellement inscrites dans les services de soins du VIH qui ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose. À partir de 2017, les pays pouvaient déclarer le nombre de personnes vivant avec le VIH, nouvellement et/ou actuellement inscrites dans un établissement de soins, qui ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose.

FIGURE 5.4

**Pourcentage de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans un centre de soins qui ont été détectées et notifiées comme ayant une tuberculose active ou qui ont commencé un traitement préventif contre la tuberculose, sélection de pays, 2018**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2019 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Rapport mondial sur la tuberculose. Genève : OMS ; 2019.

Note : Les pays inclus font partie des 30 pays à forte charge de morbidité liée à la tuberculose et au VIH qui disposaient de données sur le nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans un centre de soins, celles qui ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose et celles qui ont été détectées et notifiées comme ayant une tuberculose active au cours de la période de référence. Ces pays représentent environ 27 % des cas incidents de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en 2018.

problèmes de tenue des registres et le maintien d'un contrôle efficace des infections (51-53). Une gestion forte et solidaire est particulièrement importante, comme le démontre une étude récente réalisée en Afrique du Sud (50).

### **Lutter contre la co-infection par le VIH et l'hépatite C**

Le chevauchement des épidémies d'hépatite virale et de VIH, en particulier chez les personnes qui s'injectent des drogues, rend une intégration plus étroite des services hautement souhaitable : on estime que la moitié (49,3 %) des personnes qui s'injectent des drogues ont contracté l'hépatite C (54). Les faits suggèrent que l'intégration des services pour l'hépatite C et la consommation de substances peut améliorer l'engagement dans le continuum des soins de l'hépatite C chez les personnes qui s'injectent des drogues (55).

Les médicaments antiviraux à action directe – introduits en 2013 et dont le taux de guérison est supérieur à 90 % – ont révolutionné le traitement de l'infection par l'hépatite C. Les obstacles initiaux à

l'accessibilité financière ont été considérablement réduits, la concurrence accrue entre les fabricants d'antiviraux génériques à action directe ayant entraîné de fortes réductions de prix (56). À l'échelle mondiale, 5 millions de personnes diagnostiquées avec une infection par l'hépatite C avaient été traitées à l'aide d'antiviraux à action directe à la fin de l'année 2017.

L'intégration du traitement du VIH et de l'hépatite C (y compris la prévention de la transmission ultérieure) peut générer des résultats spectaculaires pour les personnes qui s'injectent des drogues. Lors d'un récent essai randomisé en grappe en Inde, les personnes qui s'injectent des drogues ont reçu des tests de dépistage de l'hépatite C et des informations dans des centres de soins intégrés, qui leur ont fourni des services de dépistage et de traitement du VIH et de réduction des risques. Ceux qui ont participé étaient quatre fois plus susceptibles de faire le dépistage de l'hépatite C et sept fois plus susceptibles de connaître leur statut au regard de l'hépatite C et d'entamer un traitement que les pairs ayant recours aux centres de soins standard (57).

TABLEAU 5.1

**Tableau de bord des politiques de lutte contre la tuberculose et le VIH, 30 pays où la charge de morbidité liée à la tuberculose et au VIH est élevée, 2020**

	Traitement préventif de la tuberculose recommandé aux personnes vivant avec le VIH dans les stratégies, politiques, plans ou directives nationales	Passage à des protocoles préventifs de trois mois (ou moins) dans les lignes directrices nationales	Adoption de la mise à jour de la politique de l'OMS 2015 sur l'utilisation de la FL-MAP pour le diagnostic et le dépistage de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH	Les diagnostics moléculaires rapides recommandés par l'OMS sont associés à des tests de dépistage et des soins du VIH	Les personnes séropositives atteintes de tuberculose ont reçu une thérapie antirétrovirale et un traitement antituberculeux au même endroit
Angola	■	■	■	■	■
Botswana	■	■	■	■	■
Brésil	■	■	■	■	■
Cameroun	■	■	■	■	■
République centrafricaine	■	■	■	■	■
Tchad	■	■	■	■	■
Chine	■	■	■	■	■
Congo	■	■	■	■	■
République démocratique du Congo	■	■	■	■	■
Eswatini	■	■	■	■	■
Éthiopie	■	■	■	■	■
Ghana	■	■	■	■	■
Guinée Bissau	■	■	■	■	■
Inde	■	■	■	■	■
Indonésie	■	■	■	■	■
Kenya	■	■	■	■	■
Lesotho	■	■	■	■	■
Liberia	■	■	■	■	■
Malawi	■	■	■	■	■
Mozambique	■	■	■	■	■
Myanmar	■	■	■	■	■
Namibie	■	■	■	■	■
Nigeria	■	■	■	■	■
Papouasie-Nouvelle-Guinée	■	■	■	■	■
Afrique du Sud	■	■	■	■	■
Thaïlande	■	■	■	■	■
Ouganda	■	■	■	■	■
République-Unie de Tanzanie	■	■	■	■	■
Zambie	■	■	■	■	■
Zimbabwe	■	■	■	■	■

■ Oui  
■ Données indisponibles

■ Oui  
■ Non  
■ Données indisponibles

■ Oui  
■ Non  
■ Données indisponibles

■ Dans tout le pays (>95 % des établissements de santé proposant des tests et des soins pour le VIH)  
■ Dans de nombreux (50-95 %) établissements de santé proposant des tests et des soins pour le VIH  
■ Dans peu (<50 %) des établissements de santé proposant des tests et des soins pour le VIH  
■ Non intégré dans la pratique  
■ Données indisponibles

■ Dans tout le pays (>95 % des établissements de santé)  
■ Dans de nombreux (50 à 95 %) établissements de santé  
■ Dans peu (<50 %) d'établissements de santé  
■ Non intégré dans la pratique  
■ Données indisponibles

Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2020 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).



LA MOITIÉ DES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES ONT CONTRACTÉ L'HÉPATITE C. L'INTÉGRATION DU TRAITEMENT DU VIH ET DE L'HÉPATITE C PEUT AMÉLIORER CONSIDÉRABLEMENT LES RÉSULTATS SANITAIRES DE CETTE POPULATION.

## LES DONNÉES GÉOSPATIALES RÉVÈLENT LES SCHÉMAS CACHÉS DES ÉPIDÉMIES DE VIH

Les progrès réalisés dans la collecte et l'analyse des données géospaciales permettent de mieux comprendre la manière dont les virus se propagent au sein des communautés et dont les programmes peuvent mieux prévenir les nouvelles infections.

Dans la capitale indienne, New Delhi, l'utilisation de données biométriques et de géolocalisation donne un nouvel éclairage sur la propagation du VIH et des infections à l'hépatite C virale par les réseaux de personnes qui s'injectent des drogues. Une cohorte de plus de 2500 personnes qui s'injectent des drogues dans la ville a passé des tests bisannuels de dépistage du VIH et de l'hépatite C entre 2017 et 2019 et a fourni des données biométriques confidentielles et cryptées. Ces données ont été utilisées pour cartographier un réseau détaillé d'infections au VIH et à l'hépatite C incidentes et prévalentes dans différents lieux et réseaux sociaux (58).

La cartographie des réseaux sociospatiaux illustre la manière dont les infections par le VIH et l'hépatite C ont été transmises dans les réseaux d'injection immédiats et étendus des individus. La proximité d'un réseau avec des points chauds spécifiques, où transitent quotidiennement jusqu'à 1000 personnes qui s'injectent des drogues, était l'indicateur le plus fort de l'incidence du VIH et de l'hépatite C (Figure 5.5).<sup>2</sup> Cela suggère que l'identification de ces points chauds et leur ciblage pour la prévention des maladies, les tests et les interventions de traitement (y compris la réduction des risques et la PPrE) pourraient améliorer les efforts de contrôle des épidémies de VIH et d'hépatite C au sein des réseaux de personnes qui s'injectent des drogues (58).

Une nouvelle analyse du district de Rakai, en Ouganda, suggère qu'il ne suffirait pas de concentrer les interventions sur les communautés à forte prévalence pour contrôler l'épidémie de VIH dans la région.

Au sein du district, la prévalence du VIH dans les communautés de pêcheurs sur les rives du lac Victoria (40 %) est presque trois fois plus élevée que dans les communautés voisines continentales (14 %). On suppose généralement que le VIH se propage des zones à forte prévalence d'infection non traitée vers les zones à faible prévalence d'infection non traitée. Cependant, l'analyse phylogénétique des données d'enquêtes démographiques a démontré que les petites communautés riveraines n'étaient pas une source majeure de transmission du VIH vers les plus grandes zones continentales. La transmission intercommunautaire du VIH était rare et, lorsqu'elle se produisait, la voie de transmission avait tendance à se diriger vers les zones lacustres à forte prévalence plutôt qu'à partir de ces dernières (Figure 5.6) (59).

L'analyse a également révélé que les hommes contribuaient de manière disproportionnée à la transmission du VIH, un schéma qui met en évidence la nécessité d'interventions qui protègent mieux les femmes contre la contamination par le VIH, notamment en atteignant des niveaux beaucoup plus élevés de dépistage, de traitement et de suppression virale chez les hommes qui vivent avec le VIH (59).

<sup>2</sup> Une version animée du graphique est disponible à l'adresse suivante : <http://www.croiwebcasts.org/console/player/44836?mediaType=slideVideo&>

FIGURE 5.5

### Réseau social et spatial et incidence du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues à New Delhi, Inde, 2017-2019

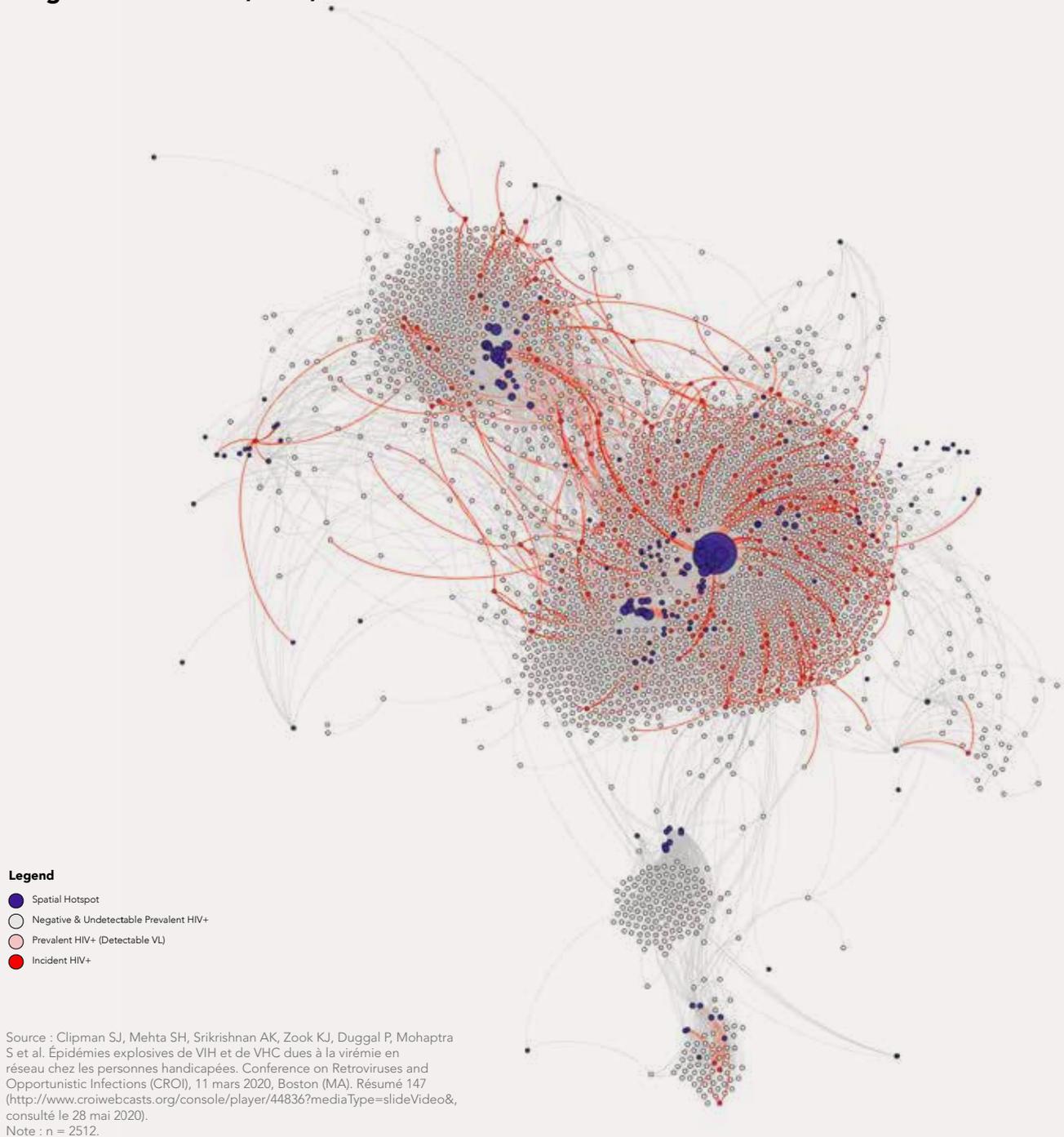
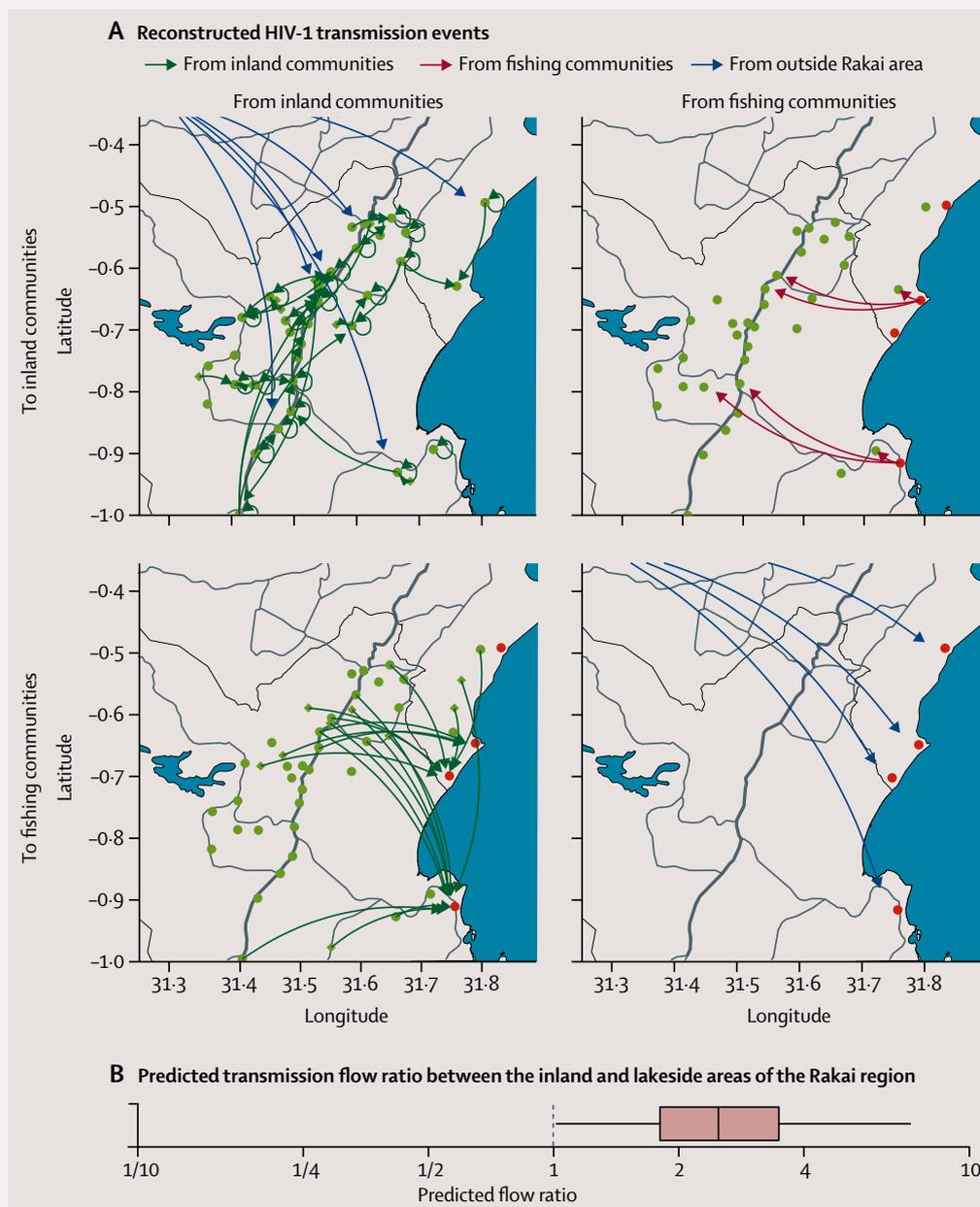


FIGURE 5.6

**Flux de transmission du VIH à destination et en provenance des communautés de pêcheurs, Rakai, Ouganda, 2011-2015**



Source: Ratmann O, Kagaayi J, Hall M, Golubchick T, Kigozi G, Xi X et al. Quantifying HIV transmission flow between high-prevalence hotspots and surrounding communities: a population-based study in Rakai, Uganda. *The Lancet HIV*. 2020;7(3):E173-E183 ([https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(19\)30378-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(19)30378-9), consulté le 28 mai 2020).

Note 1 : D'après l'analyse phylogénétique de 293 paires source-réceptaire.

Note 2 : Rapport de flux de transmission prévu (de l'intérieur vers le lac par rapport au lac vers l'intérieur) = 2,50 (intervalle crédible à 95 % ; 1,02-7,30).

### **Intégrer les services liés au VIH et aux maladies non transmissibles**

On estime que 41 millions de personnes dans le monde sont décédées de maladies non transmissibles en 2016, ce qui équivaut à 71 % de l'ensemble des décès dans le monde. Quatre maladies non transmissibles ont causé la plupart de ces décès : les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète (60). Les maladies non transmissibles sont des comorbidités courantes chez les personnes vivant avec le VIH, en particulier celles d'un âge avancé. Une récente revue systématique et méta-analyse d'études a calculé des estimations combinées de la prévalence des maladies non transmissibles chez les personnes vivant avec le VIH dans les pays à faible et moyen revenu : la prévalence de l'hypertension était de 21,2 %, celle de l'hypercholestérolémie de 22,2 %, celle de l'obésité de 7,8 %, celle de la dépression de 24,4 % et celle du diabète de 1,3 à 18 % (61).

L'intégration des services liés aux maladies non transmissibles pour les personnes vivant avec le VIH revêt une importance capitale pour répondre à leurs besoins. Les efforts peuvent s'appuyer sur les systèmes et les partenariats déjà établis pour la prestation de services liés au VIH dans de nombreux pays, ainsi que sur les enseignements de la lutte contre le VIH fondés sur les droits. La prévention des facteurs de risque de maladies non transmissibles, tels que la dépendance à l'alcool et le tabagisme, est également une stratégie importante pour améliorer les résultats sanitaires des personnes vivant avec le VIH (62, 63).

Un examen des études réalisées en 2017 dans les pays à faible revenu a conclu qu'une approche intégrée serait judicieuse et réalisable compte tenu du chevauchement des charges de morbidité et des exigences similaires en matière de prestation de services (64). Ces conclusions ont été renforcées par un examen de 2018 de divers modèles d'intégration des soins pour le VIH et les maladies non transmissibles en Afrique subsaharienne (65). Lorsque l'étude SEARCH (Sustainable East Africa Research in Community Health) a appliqué une approche de santé communautaire et a intégré le VIH dans la prestation de services multi-maladies, elle a conduit à une série d'améliorations : l'incidence de la tuberculose associée au VIH a été réduite et le contrôle de l'hypertension a été amélioré, parallèlement à une augmentation spectaculaire de la couverture des services liés au VIH et à une réduction de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida (66). La stigmatisation communautaire a également été réduite. Les coûts de cette approche rationalisée des soins étaient similaires ou inférieurs à d'autres estimations de coûts pour les services de soins du VIH en Afrique subsaharienne (66).

La prudence s'impose toutefois pour éviter de surcharger les cliniques et de compromettre la qualité des services (67). Des structures institutionnelles de soutien, des ressources dédiées, des travailleurs de la santé correctement formés et motivés, et des politiques de main-d'œuvre adaptées sont essentielles (68, 69).

### **Prévention et traitement du cancer du col de l'utérus**

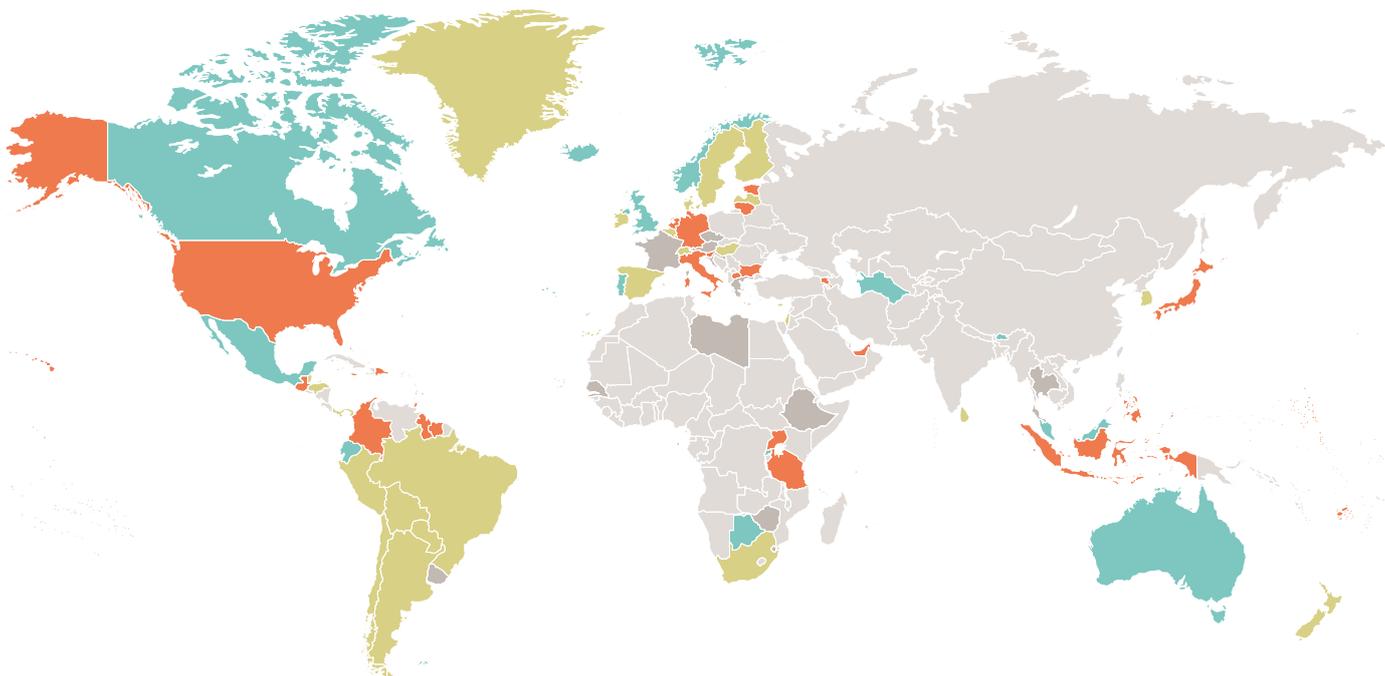
Le cancer du col de l'utérus est la quatrième cause de décès par le cancer chez les femmes dans le monde entier, et il est la première cause de décès par le cancer chez les femmes d'Afrique subsaharienne (70, 71). Les femmes vivant avec le VIH ont quatre fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus que leurs pairs séronégatives. Même les femmes séropositives qui sont par ailleurs en bonne santé et qui suivent une thérapie antirétrovirale continuent d'enregistrer des taux de cancer du col de l'utérus plus élevés que leurs homologues séronégatives (72). Ce risque est lié au papillomavirus humain (PVH), une infection courante, mais évitable, que les femmes dont le système immunitaire est affaibli, affrontent difficilement.

Les pays d'Afrique subsaharienne à forte prévalence du VIH représentent la majorité des pays à forte prévalence d'infection par le HPV et d'incidence et de mortalité par cancer du col de l'utérus. L'intensification mondiale de la vaccination contre le HPV et du dépistage et du traitement du cancer du col de l'utérus pourrait convertir ce dernier en une maladie rare dans les décennies à venir. La prise en compte du lien entre le VIH et le PVH/cancer du col de l'utérus est un élément essentiel de la stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique, qui a été récemment adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé (73, 74).

Une couverture vaccinale élevée contre le PVH chez les filles, combinée à un dépistage et un traitement du cancer du col de l'utérus considérablement intensifiés, peut conduire à l'élimination du cancer du col de l'utérus dans la plupart des pays à faible et moyen revenu, y compris ceux où la charge de morbidité est la plus élevée (75). Les programmes de vaccination contre le HPV sont également rentables (76). En dépit des avantages évidents de ces programmes, sur les 118 millions de femmes auxquelles le vaccin PVH a été administré à ce jour, seules 1,4 million (1 %) vivent dans des pays à faible et moyen revenu (Figure 5.7) (77).

FIGURE 5.7

### Proportion de filles de 15 ans ayant terminé la vaccination contre le virus du papillome humain, dans le monde, 2018



Proportion de la couverture programmatique liée au PVH menée à terme (%)



Source : Rapport conjoint OMS/UNICEF. Données, statistiques et graphiques [base de données]. In : OMS : Immunisation, vaccins et produits biologiques [Internet]. Mis à jour le 7 juin 2020. Genève : OMS ; c2020 ([https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/en/](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/)) ; estimations de l'OMS sur la couverture vaccinale contre le papillomavirus humain 2010-2018 [fichier Excel]. In : OMS : Immunisation, vaccins et produits biologiques [Internet]. Mis à jour le 21 avril 2020. Genève : OMS ; c2020 (<https://www.who.int/immunization/hpv/monitor/en/>).  
 Note : Proportion de femmes ayant atteint l'âge de 15 ans au cours de l'année de référence, qui ont bénéficié du programme complet recommandé de vaccination contre le PVH à tout âge entre 9 et 14 ans, dans les pays où la vaccination contre le PVH avait été introduite au 31 décembre 2018.

L'ajout du dépistage du cancer du col de l'utérus aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH est un moyen très rentable d'accroître le recours au dépistage et de réduire les handicaps et les décès associés au cancer du col de l'utérus (78). Un examen systématique de 21 études a révélé que l'intégration du dépistage et du traitement du cancer du col de l'utérus aux services de lutte contre le VIH était faisable et acceptable pour les femmes vivant avec le VIH (79). L'initiative de partenariat Go Further et les programmes soutenus par le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) dans huit pays d'Afrique subsaharienne ont démontré qu'il est possible d'étendre rapidement le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus dans le cadre du traitement du VIH et de le faire évoluer davantage (80).

Toutefois, cette intégration est encore rare et seule une minorité de femmes vivant avec le VIH bénéficie d'un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus (81). Parmi 26 des 35 pays à forte population de

personnes vivant avec le VIH qui ont communiqué des données à l'ONUSIDA en 2019, seuls quatre (la République islamique d'Iran, la Jamaïque, la Namibie et l'Ukraine) ont indiqué que le dépistage du cancer du col de l'utérus était intégré aux services de lutte contre le VIH dans tous les établissements de santé. Douze autres de ces pays ont indiqué que ces services étaient intégrés dans certains établissements de santé.

Il est également préoccupant de constater que certaines études ont révélé des niveaux élevés d'échec dans le maintien des femmes nécessitant un traitement. Par exemple, la perte de suivi a atteint 50 % dans une étude sur les services intégrés de lutte contre le cancer du col de l'utérus au Kenya (82), et elle était de 37 % dans une étude sur les femmes vivant avec le VIH en Éthiopie (83). Les contraintes du système de santé figurent parmi les raisons invoquées, notamment un personnel mal formé (en raison d'une rotation fréquente du personnel), des ruptures de stock et des équipements défectueux. Dans l'étude éthiopienne, la formation de plusieurs agents de santé sur chaque site de projet a permis d'obtenir des services cohérents et durables, malgré un taux de

rotation élevé du personnel (70). Une étude menée au Kenya a démontré qu'un autre défi majeur réside dans le manque de sensibilisation et la mauvaise connaissance du cancer du col de l'utérus, qui entraîne des comportements de recherche tardive de soins de santé, en particulier au sein des ménages à faibles revenus : seuls 22 % des plus pauvres avaient entendu parler du dépistage du cancer du col de l'utérus, contre 61 % parmi les plus riches (104).

### Améliorer la santé mentale

Les problèmes de santé mentale sont une cause majeure de morbidité dans le monde entier, et les taux de problèmes de santé mentale sont plus élevés chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale (85). En Afrique du Sud, on estime que 26 à 38 % des personnes vivant avec le VIH ont un problème de santé mentale, contre 13 % de la population totale (86). Une étude menée en Ontario, au Canada, a révélé que 41 % des personnes vivant avec le VIH souffraient d'un problème de santé mentale, contre 22 % dans le reste de la population (87), tandis qu'une étude réalisée en Inde auprès de personnes vivant avec le VIH a révélé que 59 % d'entre elles présentaient des signes de dépression majeure (88). Les problèmes de santé mentale ont également une incidence sur les résultats du traitement et des soins du VIH, une vaste méta-analyse estimant que la probabilité d'une forte adhésion à la thérapie antirétrovirale était 42 % plus faible chez les personnes souffrant de dépression (89).

L'intégration du dépistage et de la prise en charge des troubles mentaux dans les services de lutte contre le VIH peut à la fois renforcer la prévention et les résultats des soins et améliorer l'accès aux soins et au soutien en matière de santé mentale. Deux études menées au Danemark et aux États-Unis ont démontré que l'intégration des services de santé mentale dans les normes de soins aux personnes vivant avec le VIH entraînait une amélioration de la santé mentale, des résultats virologiques et immunologiques, et une plus grande résilience grâce à une meilleure auto-efficacité d'adaptation (90, 91). Diverses approches d'intégration (telles que l'intégration et la coordination des soins dans un seul établissement ou dans plusieurs) sont utilisées. Cependant, elles révèlent, chacune, des défis distincts. L'intégration sur un seul site pourrait faciliter la coordination et réduire les obstacles à l'accès, mais elle peut être difficile à mettre en œuvre dans des contextes à faibles ressources, tandis que l'intégration sur plusieurs sites nécessite de solides mécanismes de coordination et d'orientation. La gestion active des cas par des non-cliniciens offre un potentiel considérable, en particulier dans les milieux à faibles ressources qui manquent de spécialistes de la santé mentale, mais une formation et un soutien appropriés sont essentiels (92).

Malheureusement, les soins et le traitement des troubles de santé mentale et de toxicomanie sont rarement intégrés dans les ensembles de soins essentiels, y compris ceux pour le VIH, et il convient de déplorer un manque de recherche dans les pays à faible et moyen revenu pour guider une expansion de ces efforts (92, 93).

### Services intégrés pour les populations clés

Étant donné que les principales populations à haut risque d'infection par le VIH sont confrontées à des défis sanitaires et sociaux qui se chevauchent, des formes intégrées de prestation de services qui utilisent des approches communautaires et fondées sur les droits peuvent améliorer la couverture des services et les résultats en matière de santé.

Un examen systématique des services de santé sexuelle et reproductive en établissement pour les professionnelles du sexe en Afrique a révélé que de nombreux projets ont réussi à fournir des préservatifs et des services de base de dépistage et de traitement du VIH et d'autres IST. Toutefois, les besoins plus larges en matière de santé sexuelle et reproductive (tels que le planning familial et le dépistage du cancer du col de l'utérus) ont souvent été négligés (94).

En 2018, un examen de 19 études réalisées en Asie, en Amérique latine et en Afrique subsaharienne a révélé que les services intégrés de santé reproductive et de lutte contre le VIH adaptés aux professionnel(le)s du sexe sont rentables, les modèles les plus rentables combinant des composantes biomédicales, structurelles et comportementales dans le cadre des programmes de santé existants (95). Une approche similaire en Inde du Sud a combiné des services de santé sexuelle et reproductive et des services de lutte contre le VIH pour les professionnel(le)s du sexe, ce qui a entraîné une augmentation de la fréquentation des services (96, 97). L'intégration des soins de santé et des services liés au VIH adaptés aux besoins des personnes transgenres peut également constituer une approche efficace. Par exemple, l'intégration des soins primaires et du soutien par les pairs, qui tiennent compte de la spécificité des sexes, dans les services de lutte contre le VIH à Lima, au Pérou, a été jugée très acceptable par les femmes transsexuelles (98).

La formation des prestataires de soins de santé et la sensibilisation des pairs sont particulièrement importantes pour accroître l'utilisation des services. Certaines études ont montré que le recrutement de personnel transgenre et/ou le partenariat avec des organisations de personnes transgenres peuvent être particulièrement importants, à l'instar de la prise en compte des nombreux facteurs interdépendants qui augmentent les risques de VIH et autres risques pour la santé des individus (99-101).



Crédit : ONUSIDA

Des travailleurs de la santé dûment formés et sensibilisés, une capacité clinique adéquate et une consultation communautaire étroite sont importants pour la réussite de la prestation de services intégrés aux homosexuels et aux autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. C'est ce qu'a souligné la Clínica Condesa de Mexico, qui utilise un modèle intégré combinant le dépistage du VIH et des IST, les services de traitement et de soins, la promotion des préservatifs, les ateliers sur les rapports sexuels protégés, les services de santé mentale et le soutien des pairs. Une version allégée du modèle de la Clínica Condesa, connue sous le nom de CAPASITS (Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual), fournit des services exempts d'homophobie et de transphobie dans plus de 70 établissements au Mexique (102).

Dans plusieurs régions, il existe des preuves solides des effets bénéfiques de l'intégration des programmes de lutte contre le VIH et l'hépatite C et de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues. Parmi les avantages, citons l'augmentation du nombre de tests de dépistage du VIH et

de l'hépatite C et de l'utilisation de la thérapie antirétrovirale, l'amélioration de la suppression virale, l'augmentation de l'utilisation des traitements de substitution aux opioïdes et la réduction de la mortalité (103-106). Un examen de 44 études (presque toutes menées dans des pays à revenu élevé) a révélé que les modèles de soins intégrés pourraient améliorer l'engagement des personnes dans les soins de l'hépatite C (55).

La nature structurée des lieux d'incarcération offre des possibilités idéales d'utiliser des approches intégrées pour prévenir, diagnostiquer et gérer des problèmes de santé graves, notamment le VIH, la tuberculose et l'infection par l'hépatite C (107, 108). La Zambie a montré que des stratégies intégrées et fondées sur des données probantes pour prévenir et traiter le VIH, l'hépatite C, l'hépatite B et la tuberculose peuvent être efficaces dans les lieux d'incarcération (109). Dans la prison centrale de Zomba, au Malawi, 95 % des prisonniers vivant avec le VIH qui ont continué à suivre une thérapie antirétrovirale et ont subi des tests de charge virale de routine ont obtenu une suppression virale (110). De même, lorsqu'ils sont disponibles, les programmes de vaccination contre l'hépatite dans les prisons et autres lieux de détention ont permis d'atteindre des niveaux modérés de couverture vaccinale (108).



## Ne laisser personne pour compte

Les stratégies qui ont réussi à contrôler les épidémies de VIH ont généralement suivi le principe selon lequel personne ne doit être laissé pour compte. Elles défendent les droits des personnes, travaillent avec les communautés et en prennent la direction, et mobilisent un engagement politique fort et un soutien financier fiable. Elles favorisent des environnements juridiques, sociaux et institutionnels habilitants et fournissent des services adaptés aux personnes qui en ont le plus besoin.<sup>3</sup>

À l'instar des adolescentes et des jeunes femmes, les enfants vivant avec le VIH sont souvent privés du soutien et des services dont ils ont besoin pour rester en bonne santé et se construire une vie durable et agréable. Les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe, les transsexuels, les prisonniers et les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, demeurent exposés à un risque élevé d'infection par le VIH. Les personnes en déplacement et les autres populations marginalisées, comme les peuples indigènes, sont souvent

oubliées ou ignorées par les systèmes de santé, ce qui les rend vulnérables au VIH et à d'autres problèmes de santé. Lorsque le VIH et les services de santé sont indisponibles ou inappropriés, la prévalence du VIH dans ces populations peut monter en flèche.

### Enfants vivant avec le VIH

Dans tous les pays, la couverture du traitement des enfants vivant avec le VIH en 2019 n'était que de 53 % [36-64 %], ce qui représente un échec mondial dans la fourniture de soins vitaux à 840 000 enfants (voir chapitre 2).

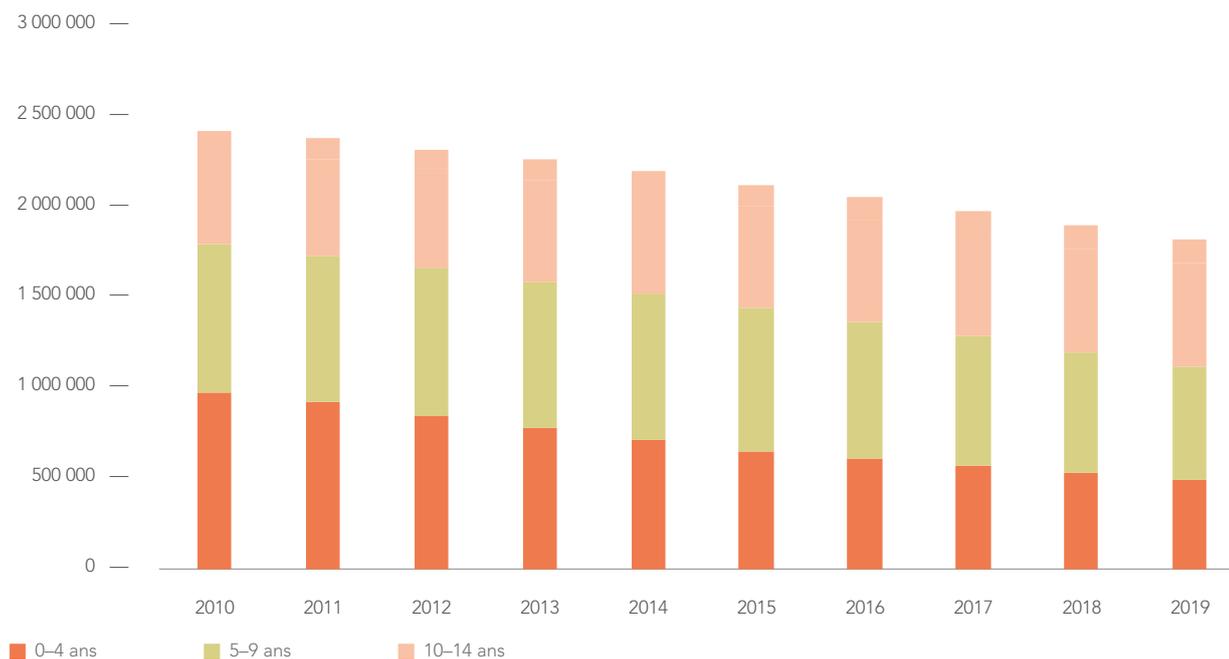
Comme la couverture accrue de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH réduit le nombre d'enfants infectés par le VIH chaque année, la proportion d'enfants vivant avec le VIH âgés de 5 à 14 ans a augmenté (Figure 5.8). Sur les quelque 840 000 enfants vivant avec le VIH qui n'étaient pas sous traitement en 2019, 560 000 étaient âgés de 5 à 14 ans.

De nombreux enfants non diagnostiqués vivant avec le VIH ont été infectés parce que leurs mères n'avaient pas accès (ou n'étaient pas retenues dans) à un traitement pendant la grossesse et l'allaitement. Ces enfants non diagnostiqués ne se présentent souvent pas dans les établissements de santé avant d'être gravement malades (119). Lorsqu'ils sont finalement diagnostiqués et qu'ils commencent une thérapie antirétrovirale, leur état de santé tend à être plus mauvais que celui des enfants séropositifs qui sont liés au traitement avant de présenter des symptômes liés au sida (120-123).

Les efforts pour trouver et traiter ces enfants non diagnostiqués vivant avec le VIH doivent être accélérés. Une stratégie consiste à s'assurer que les enfants qui ont perdu un ou deux parents à la suite de maladies liées au sida ont été atteints en intégrant les services de dépistage du VIH dans les programmes de soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables (68, 69). En outre, des études indiquent qu'une grande proportion des personnes inscrites à un traitement contre le VIH ont des membres de leur famille, y compris des enfants, dont le statut VIH est inconnu (126-128). Le dépistage de ces membres de la famille au moyen de dépistage par cas index basé sur les droits et tenant compte des sexes peut être une stratégie efficace pour identifier les enfants plus âgés vivant avec le VIH (126, 129-132). Le dépistage familial par cas index améliore également les liens en temps opportun

<sup>3</sup> Les mesures nécessaires pour obtenir des réponses sanitaires fondées sur les droits sont décrites dans plusieurs guides, notamment La voie rapide et les droits de l'homme : faire progresser les droits de l'homme dans les efforts visant à accélérer la riposte au VIH. Genève : ONUSIDA ; 2017 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2895\\_Fast-Track%20and%20human%20rights\\_Print.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2895_Fast-Track%20and%20human%20rights_Print.pdf)) ; Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme : version consolidée de 2006. Genève : HCDH, ONUSIDA ; 2006 (<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>) ; et Commission mondiale sur le VIH et le droit : supplément sur les risques, les droits et la santé. New York : PNUD ; juillet 2018 ([https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2019/11/Hiv-and-the-Law-supplement\\_EN.pdf](https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2019/11/Hiv-and-the-Law-supplement_EN.pdf)).

FIGURE 5.8

**Nombre d'enfants vivant avec le VIH, par âge, au niveau mondial, 2010-2019**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

avec les soins, avec des taux d'initiation de 42 à 96 % signalés dans diverses études (126, 127, 131). En Ouganda, par exemple, un modèle de service centré sur la famille a été associé à une multiplication par 40 du nombre d'enfants pris en charge pour le VIH en sept ans (133), tandis qu'en République Démocratique du Congo, le dépistage systématique par cas index a permis de quadrupler l'identification des enfants séropositifs non diagnostiqués auparavant dans un délai de six mois (134). Ces approches familiales permettent également aux parents et à leurs enfants d'accéder conjointement aux soins, ce qui peut améliorer la rétention (135).

Des services de traitement efficaces pendant l'enfance ont le potentiel d'établir une adhésion au traitement tout au long de la vie. Les lignes directrices actualisées de l'OMS publiées en 2019 clarifient les dernières preuves scientifiques disponibles sur les régimes antirétroviraux optimaux pour les enfants vivant avec le VIH, y compris leur transition vers des régimes à doses fixes plus adaptés à mesure qu'ils vieillissent (136).

Un tiers des enfants vivant avec le VIH qui n'ont pas accès à un traitement ont moins de 5 ans. Un dépistage rapide des nourrissons exposés au VIH et le début immédiat d'une thérapie antirétrovirale dès le diagnostic sont les premières étapes pour assurer la survie des enfants qui ont contracté le VIH pendant la grossesse et l'accouchement (111). Sans diagnostic et traitement précoces, environ la moitié des nourrissons

séropositifs meurent avant l'âge de deux ans (112). Dans les pays à faible et moyen revenu, de nombreux nourrissons exposés au VIH n'ont pas accès à un diagnostic précoce, tandis que les personnes qui s'occupent des nourrissons qui sont diagnostiqués peuvent attendre des mois pour obtenir les résultats (113).

Il a été démontré que l'utilisation du diagnostic précoce au point de service améliore le taux de retour des résultats des tests aux soignants (98 % des résultats des tests sont renvoyés, contre 19 % pour les résultats traditionnels en laboratoire) et réduit de manière significative les temps d'attente pour les résultats des tests (112). La rapidité des résultats des tests rend plus probable un traitement rapide des nourrissons séropositifs (114, 115), ce qui peut réduire leur morbidité et leur mortalité, comme le montrent plusieurs pays africains (112, 116).

Au Mozambique, par exemple, le diagnostic précoce des nourrissons au point de service a permis de multiplier par sept la proportion de nourrissons commençant une thérapie antirétrovirale dans les deux mois (117), tandis qu'au Malawi, les résultats obtenus le jour même ont porté à 91 % le taux d'initiation à la thérapie antirétrovirale (118). Depuis 2015, Unitaïd a libéré plus de 150 millions de dollars US pour soutenir l'introduction et l'intégration de technologies abordables de diagnostic précoce des nourrissons au point de service dans les programmes nationaux de diagnostic de 15 pays.

Toutefois, un diagnostic précoce chez le nourrisson, entre

six et huit semaines, ne permettra de détecter qu'environ 50 % des nouvelles infections chez l'enfant. Les enfants exposés au VIH pendant l'allaitement doivent être testés pour s'assurer qu'ils sont rapidement identifiés et qu'ils commencent un traitement.

**Professionnel(le)s du sexe**

Les besoins non satisfaits des professionnel(le)s du sexe en matière de services liés au VIH nuisent gravement à leur santé et contribuent de manière significative à la transmission globale du VIH – y compris aux grandes épidémies en Afrique subsaharienne (137, 138). La criminalisation de certains ou de tous les aspects du travail du sexe dans la plupart des pays du monde est un obstacle majeur à l'accès au VIH et aux autres services de santé pour les professionnel(le)s du sexe (voir chapitre 4).

De nombreux pays n'atteignent pas les niveaux très élevés d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels rémunérés qui sont nécessaires pour réduire de manière décisive les nouvelles infections par le VIH chez les professionnel(le)s du sexe, les clients et leurs autres partenaires sexuels : seuls 56 des 99 pays disposant de données récentes issues d'enquêtes auprès des professionnel(le)s du sexe ont démontré qu'au moins 80 % des personnes interrogées ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel rémunéré. Selon les estimations de l'ONUSIDA, le risque d'infection par le VIH chez les professionnelles du sexe dans le monde est 30 fois supérieur à celui des femmes dans la population générale.

Il a été démontré que les interventions qui collaborent avec les professionnel(le)s du sexe et leur donnent des moyens d'action, ont un impact positif considérable

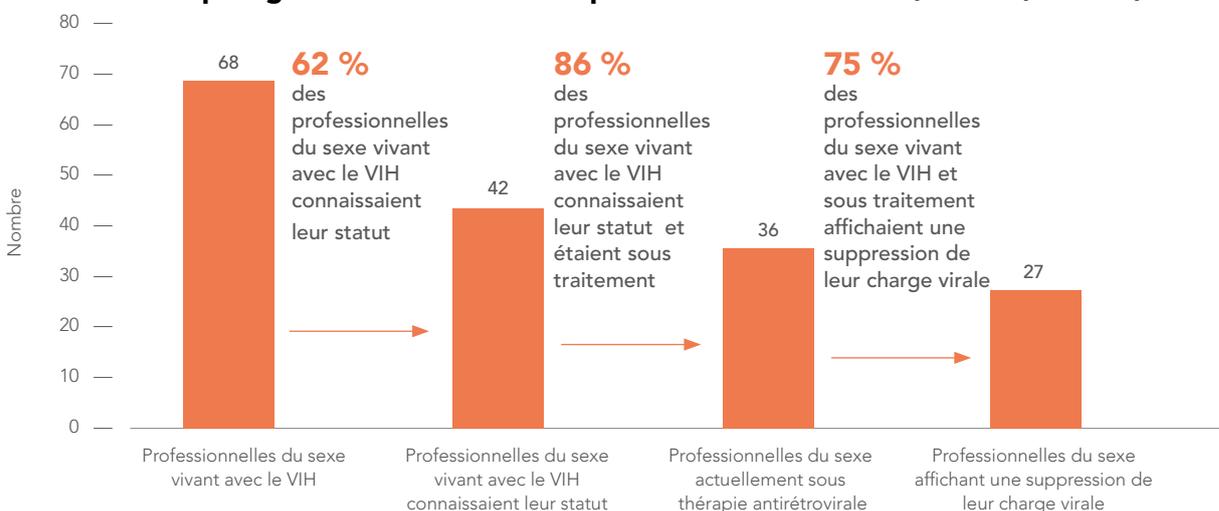
(139, 140). Dans les districts indiens de Mumbai et de Thane, par exemple, des interventions qui ont permis de responsabiliser les professionnel(le)s du sexe et de soutenir l'action collective ont conduit à une utilisation accrue des préservatifs lors des rapports sexuels rémunérés (141, 142). Des rapports sexuels rémunérés plus sûrs peuvent, à leur tour, avoir un impact important sur les épidémies de VIH : une analyse récente de Yaoundé, au Cameroun, a révélé que l'utilisation accrue du préservatif lors de rapports sexuels rémunérés avait permis d'éviter environ 18 % [9-37 %] des nouvelles infections par le VIH dans cette ville depuis 1980 (143).

Un accès accru à la PPrE et à l'autotest du VIH par le biais de programmes communautaires serait un atout majeur pour la prévention combinée du VIH chez les professionnel(le)s du sexe, en particulier pour les jeunes professionnel(le)s du sexe qui peuvent éprouver des difficultés à négocier des relations sexuelles plus sûres avec leurs clients et leurs partenaires. Au Zimbabwe, par exemple, le projet Sisters offre des services intégrés en collaboration avec des groupes communautaires dans le cadre d'un programme national destiné aux professionnel (le)s du sexe (144).

Des études menées parmi les professionnel(le)s du sexe de tous les sexes ont révélé un fort intérêt pour la PPrE (145, 146), mais elles ont également identifié d'importants problèmes de mise en œuvre, et les faibles taux de rétention ne sont pas rares (144, 147-149). Des interventions de soutien, notamment celles qui répondent à l'ensemble des besoins de santé des professionnel(le)s du sexe et réduisent la violence à leur rencontre, sont nécessaires pour accroître l'adoption et la rétention de la PPrE (144, 150). Des études récentes

FIGURE 5.9

**Cascade de dépistage et de traitement des professionnelles du sexe, Zomba, Malawi, 2018**



Source : USAID, PEPFAR, Linkages, Projet UNC, CEDEP, le Fonds mondial. Rapport PLACE : Malawi, 2018 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-malawi-place-report.pdf>).

## PROGRÈS RÉALISÉS EN MATIÈRE DE PPrE À LONGUE DURÉE D'ACTION ET DE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

Les médicaments luttant contre le VIH pouvant être administrés mensuellement – voire même moins fréquemment – pourraient bientôt être une option pour les personnes vivant avec le VIH, rendant le traitement plus simple et plus pratique que la dose orale quotidienne actuellement utilisée.

Les récents essais ATLAS et FLAIR ont démontré que l'injection mensuelle ou bimensuelle des médicaments antirétroviraux Cabotegravir et Rilpivirine est aussi efficace que la thérapie orale quotidienne standard (155-158). Les données préliminaires de l'essai HPTN 083 indiquent également que les injections bimensuelles de PPrE de cabotegravir à action prolongée sont sûres et efficaces pour prévenir le VIH chez les hommes cisgenres et les femmes transgenres qui ont des rapports sexuels avec des hommes (159).

Une grande majorité des participants aux essais ATLAS et FLAIR ont déclaré préférer les injections au traitement oral quotidien. Dans une petite étude distincte menée auprès de femmes séropositives aux États-Unis d'Amérique, une majorité d'entre elles ont préféré l'option de l'injection mensuelle, en invoquant la commodité et la confidentialité qu'elle leur offrait (160).

Les antirétroviraux injectables à longue durée d'action peuvent mieux répondre aux besoins, aux préférences et aux contraintes de certains individus. Ils induiraient également certaines contraintes. Les injections administrées par un clinicien, par exemple, impliqueraient des rendez-vous cliniques plus fréquents que la thérapie orale actuelle, ce qui peut ne convenir à tout le monde (161, 162).

ont également souligné la nécessité de combiner des interventions telles que la PPrE avec des services qui répondent aux besoins de planification familiale des professionnelles du sexe (151).

Des investissements soutenus dans des interventions communautaires et structurelles sont nécessaires pour que les professionnel(le)s du sexe puissent bénéficier plus pleinement des interventions de prévention, de dépistage et de traitement (152). Lorsque les services de dépistage et de traitement sont accessibles, acceptables et pratiques pour les professionnel(le)s du sexe, une grande proportion d'entre eux / elles commencent un traitement et parviennent à la suppression virale, comme on l'a vu à Zomba, au Malawi, en 2018 (Figure 5.9) (153). Il a également été démontré que les approches de responsabilisation des communautés, telles que celles utilisées dans le modèle Abriendo Puertas (Portes ouvertes) en République dominicaine, permettent d'accroître l'utilisation des préservatifs, de protéger contre la violence et de stimuler le recours aux traitements (154).

### Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Des succès impressionnants ont été obtenus dans la réduction des infections par le VIH et des décès liés

au sida chez les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes dans plusieurs villes d'Australie, d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale. Il a été démontré que les niveaux élevés d'utilisation du préservatif, l'adhésion à la PPrE et la suppression virale permettent aux hommes homosexuels et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de protéger leur propre santé et celle de leurs partenaires sexuels.

En particulier, la PPrE s'est révélée être un ajout révolutionnaire à la prévention combinée chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (voir encadré). Selon de nouvelles recherches, la PPrE réduit également au moins dix fois le risque d'hépatite B (163).<sup>4</sup> Les taux élevés d'IST dans le contexte de l'expansion de l'utilisation de la PPrE rappellent toutefois la nécessité permanente de services intégrés de lutte contre le VIH et les IST (164).

L'offre de la PPrE aux populations d'homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est également inégale, la demande étant supérieure à l'offre, y compris dans les pays à revenu élevé où la sensibilisation à la PPrE est relativement élevée (165). Une enquête réalisée en 2019 au

4 La PrEP contient deux médicaments antirétroviraux (fumarate de ténofovir disoproxil et emtricitabine), qui sont tous deux également actifs contre l'hépatite B.



Crédit : ONUSIDA

Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord a révélé qu'un homosexuel sur cinq et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes qui pensaient bénéficier de la PPrE ne pouvaient pas ou ne savaient pas comment y accéder (166). Même aux États-Unis, qui est le plus grand fournisseur de PPrE au monde, une étude récente a révélé qu'une minorité importante de personnes à haut risque de VIH vivaient dans des endroits où il n'y avait pas de fournisseur de PPrE à proximité (167). Les rapports des pays à l'ONUSIDA démontrent que le Brésil (avec un total estimé de 15 000 utilisateurs de PPrE, dont plus de 11 000 hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) était l'un des rares pays d'Amérique latine et des Caraïbes à offrir la PPrE à une échelle significative en 2019. Les rapports nationaux démontrent que l'accès à la PPrE chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est également en augmentation dans certains pays d'Afrique subsaharienne (notamment le Kenya, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe) et en Thaïlande (168).

Dans de nombreux pays, il subsiste des lacunes en matière de prévention du VIH parmi les communautés d'homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. L'utilisation du préservatif est souvent faible : dans 23 des 99 pays qui ont communiqué des données d'enquête à l'ONUSIDA depuis 2015, moins de 50 % des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport anal. Seuls 14 pays ont signalé une utilisation du préservatif de 80 % ou plus lors du dernier

rapport sexuel anal au sein de cette population.

La couverture insuffisante des traitements contre le VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est une autre énorme occasion perdue de sauver des vies et de prévenir de futures infections par le VIH. Il existe des preuves écrasantes que le risque de transmission du VIH lors de rapports sexuels est effectivement nul lorsqu'une personne séropositive a une charge virale indétectable (169). En Australie, par exemple, la suppression virale au niveau communautaire a été fortement associée à une forte baisse du nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez les hommes homosexuels et bisexuels entre 2012 et 2017 (170).

Le succès de la stratégie de prévention U = U (indétectable égale non transmissible) dépend toutefois de la connaissance précise de la charge virale actuelle des personnes, ce qui n'est pas toujours le cas. Une étude récente menée dans trois villes des États-Unis (Atlanta, Boston et Chicago) a révélé qu'un cinquième des hommes homosexuels séropositifs et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes dans une relation actuelle avec un partenaire séronégatif croyaient à tort avoir une charge virale indétectable (171). Ces résultats soulignent la nécessité de stratégies combinant la recherche de niveaux élevés de suppression virale avec la prévention primaire de l'infection par le VIH par l'utilisation de préservatifs et la PPrE.

## EN AUSTRALIE, LA PPrE RÉDUIT L'INCIDENCE DU VIH ET REMODÈLE LES PRATIQUES SEXUELLES PLUS SÛRES

La PPrE est une option de prévention de plus en plus populaire auprès des hommes homosexuels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, où elle contribue à une augmentation globale de la couverture de la prévention du VIH et à une baisse soutenue des nouveaux cas de VIH (172).

Le nombre d'hommes homosexuels et bisexuels nouvellement diagnostiqués en 2019 (n = 215) est inférieur de 15 % à la moyenne des cinq années précédentes. Les diagnostics d'infections précoces ont également diminué, ce qui suggère que l'incidence du VIH est en baisse (173).

La diminution des nouveaux cas de VIH coïncide avec une augmentation de la proportion d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels qui ont déclaré avoir au moins une forme de rapports sexuels protégés (par exemple, éviter les rapports anaux, utiliser des préservatifs, recourir à la PPrE ou avoir une charge virale indétectable). Selon les données de l'enquête périodique annuelle de la communauté homosexuelle de Sydney, cette proportion est passée de 69,8 % en 2015 à 79,9 % en 2020 (174).

Plus de 12 100 personnes considérées comme présentant un risque élevé d'infection par le VIH (dont 99 % d'hommes) ont reçu la PPrE au moins une fois en Nouvelle-Galles du Sud entre avril 2018 et septembre 2019 (173). Le nombre réel d'hommes utilisant la PPrE est probablement plus élevé, car certains hommes achètent eux-mêmes des fournitures à l'étranger.

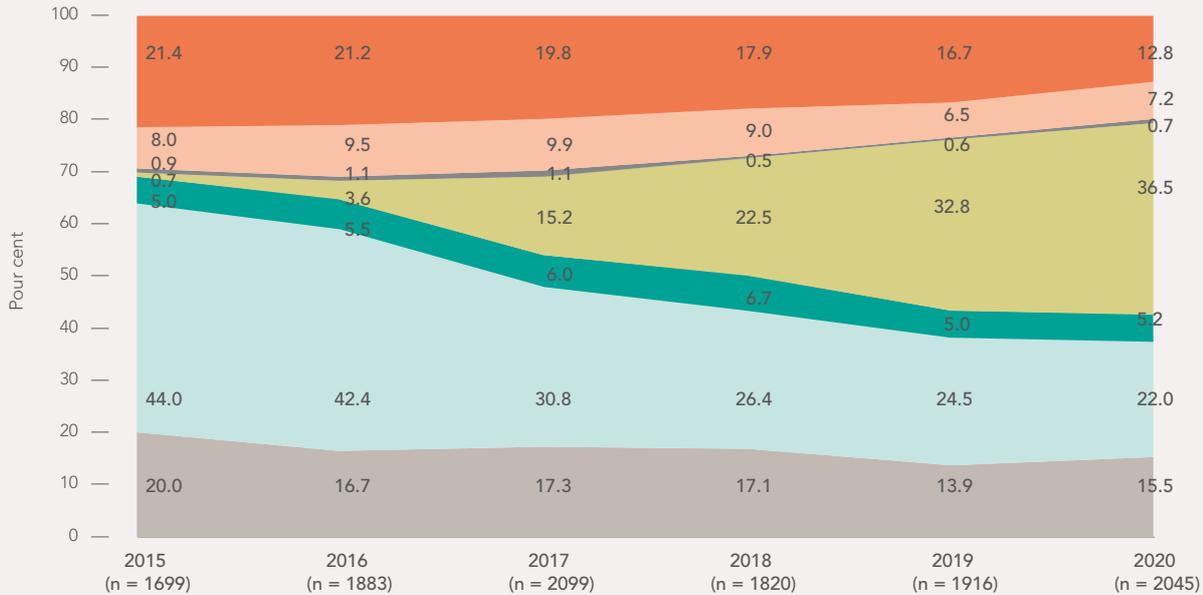
Le recours croissant à la PPrE semble modifier le mélange des méthodes de prévention du VIH privilégiées,



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 5.10

**Proportion d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant des partenaires occasionnels qui déclarent avoir utilisé régulièrement un préservatif, avoir fait l'objet d'une prévention biomédicale et avoir eu des rapports anaux sans préservatif au cours des six derniers mois, Sydney, Australie, 2015-2020**



- Rapports sexuels anaux sans préservatif avec des partenaires occasionnels (tout partenaire passif) : séronégatifs/non testés, pas sous PPrE
- Rapports sexuels anaux sans préservatif avec des partenaires occasionnels (uniquement partenaire actif) : séronégatifs/non testés, pas sous PPrE
- Rapports sexuels anaux sans préservatif avec des partenaires occasionnels : Séropositifs ne suivant pas de traitement ou ayant une charge virale détectable
- Rapports sexuels anaux sans préservatif avec des partenaires occasionnels : séronégatifs sous PPrE
- Rapports sexuels anaux sans préservatif avec des partenaires occasionnels : Séropositifs sous traitement ayant une charge virale indétectable
- Utilisation systématique des préservatifs
- Pas de relations sexuelles anales

Source : Broady T, Power C, Mao L, Bavinton B, Chan C, Bambridge C et al. Gay Community Periodic Survey : Sydney 2019. Sydney : Centre for Social Research in Health, UNSW Sydney ; 2019. Données 2020 partagées par courrier électronique par Martin Holt, Centre for Social Research in Health, Sydney, Australie, 11 mai 2020.

Remarque : l'utilisation régulière de préservatifs inclut les hommes qui déclarent avoir utilisé un préservatif lors de relations anales avec des partenaires masculins occasionnels au cours des six mois précédant l'enquête et n'avoir eu aucun rapport anal sans préservatif avec ces partenaires.

avec une plus grande dépendance à la PPrE pour prévenir la transmission du VIH. Les dernières données de la Sydney Gay Community Periodic Survey démontrent que 36,5 % des hommes homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui ont déclaré avoir eu des rapports anaux sans préservatif avec des partenaires occasionnels, utilisaient la PPrE pour prévenir l'infection par le VIH en mars 2020, contre 0,7 % en mars 2015 (Figure 5.10). La proportion de leurs pairs qui ont déclaré utiliser régulièrement le préservatif avec des partenaires occasionnels a diminué, passant de 44,1 % à 22,0 % au cours de la même période (174, 175).

### Transgenres

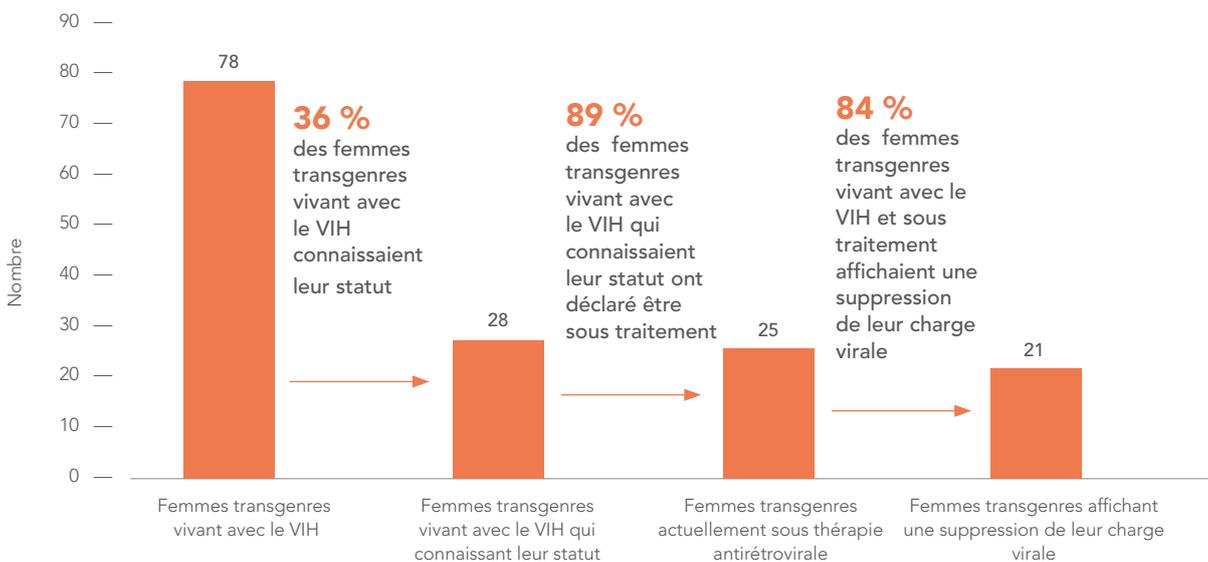
Les luttes des quelque 25 millions de personnes transgenres dans le monde ont fait l'objet de débats et de décisions politiques au cours des dernières années, avec des avancées en matière de droits légaux et d'acceptation culturelle dans plusieurs pays et régions (176). Toutefois, les personnes transgenres sont toujours confrontées à une stigmatisation et à une discrimination culturelles, sociales et structurelles inquiétantes dans la grande majorité des pays.

Les femmes transgenres présentent l'un des taux de VIH les plus élevés de toutes les populations, avec une prévalence du VIH allant jusqu'à 40 % selon certaines études (177). Une étude récente menée dans six grandes villes des États-Unis a révélé une prévalence du VIH de 29 % chez les femmes transgenres, la moitié au moins des participants à l'étude ayant au moins une IST (178). Des facteurs croisés alimentent la vulnérabilité des personnes transgenres à l'infection par le VIH et à d'autres menaces pour la santé, notamment la transphobie, l'exclusion sociale, la violence et la stigmatisation (y compris l'auto-stigmatisation) (177). Le risque d'infection par le VIH peut être particulièrement élevé chez les femmes transgenres qui ont été agressées sexuellement, comme le démontre une étude récente menée en Haïti, où les femmes transgenres ayant des antécédents de rapports sexuels forcés étaient sept fois plus susceptibles d'être séropositives que leurs pairs qui avaient été épargnés par de telles expériences (179).

La stigmatisation et la discrimination subies par les personnes transgenres (y compris de la part des prestataires de soins de santé) sont souvent associées à une mauvaise santé mentale, à la toxicomanie, au manque de soutien familial et social, à l'absence de domicile fixe et au chômage – autant de facteurs qui compromettent également leur accès au VIH et à d'autres services de santé (177, 180-183). Parmi les 16 pays ayant communiqué des données à l'ONUSIDA depuis 2016, la couverture des programmes de prévention du VIH chez les personnes transgenres était inférieure à 60 % dans 11 pays.

La PPrE peut être très efficace pour réduire l'incidence du VIH chez les personnes transgenres, comme le démontre une étude récente de l'État de Washington aux États-Unis (184). La disponibilité de la PPrE augmente, bien que certaines études aient mis en évidence les problèmes d'adoption, de rétention et d'adhésion (185-187). De même, des études menées au Brésil et aux États-Unis ont fait état de faibles taux de dépistage du VIH et de rétention dans les soins, ainsi que de faibles niveaux d'adhésion au traitement et de suppression virale chez les femmes transgenres (188-190). L'insécurité socio-économique, la discrimination anti-transgenre, la méfiance envers les prestataires de soins de santé et le manque d'informations spécifiques aux transgenres sont des obstacles majeurs (191-194).

FIGURE 5.11  
**Cascade de dépistage et de traitement des femmes transgenres, Harare, Zimbabwe, 2019**



Source : Harris T, Parnley L, Mapingure M, Mugurungi O, Rogers JH, Apollo T et al. HIV care cascade: men who have sex with men & transgender women/genderqueer, Zimbabwe. Conference on Retrovirology and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 8-11 Mars 2020. Résumé 1097.

Toutefois, une fois que les femmes transgenres séropositives savent qu'elles vivent avec le VIH, leurs niveaux d'initiation au traitement et de suppression virale peuvent être élevés, comme on l'a vu au Zimbabwe (Figure 5.11) et à San Francisco (191, 195). Dans ce dernier cas, le maintien dans les soins a été associé aux efforts de sensibilisation d'un partenariat de cliniques communautaires, d'organisations de santé publique locales et de chercheurs, qui s'est appuyé sur les travaux réalisés par les cliniques de santé pour les personnes transgenres de la ville, qui existent depuis longtemps (196).

**Personnes qui s'injectent des drogues**

Plus de 12 % des quelque 14,2 millions de personnes qui s'injectaient des drogues dans le monde en 2019 étaient séropositives, et les dernières estimations de l'ONUSIDA suggèrent qu'une personne qui s'injectait des drogues en 2019 avait un risque de contracter le VIH 29 fois plus élevé qu'une personne qui ne s'injectait pas de drogues.

L'impact positif sur la santé publique des programmes de réduction des risques qui regroupent les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les traitements de substitution aux opiacés, les traitements des overdoses, les services de lutte contre le VIH et l'hépatite C, et d'autres services, est bien établi (197). Par exemple, la Nouvelle-Zélande a mis en place un programme d'échange d'aiguilles et de seringues à la fin des années 80, qui s'est développé pour devenir un réseau de points de vente régionaux, de pharmacies et d'autres prestataires qui fournissent aux consommateurs de drogues injectables du matériel d'injection stérile gratuit et des conseils et informations empathiques. Une nouvelle étude

démontre qu'un nouveau diagnostic de VIH a été posé, en moyenne, par an chez les personnes qui s'injectent des drogues en Nouvelle-Zélande de 1996 à 2018 (198).

Toutefois, seule une minorité de pays fournit des services de réduction des risques, le plus souvent à très petite échelle et souvent dans des contextes juridiques qui criminalisent la consommation de drogue et découragent les gens d'accéder aux services. Seuls 53 pays ont indiqué en 2019 que leurs politiques nationales comportaient des références explicites à la réduction des risques. Le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées dans la majorité des programmes est également insuffisant (Tableau 5.2). De même, des services de thérapie de substitution aux opiacés étaient offerts dans 86 pays du monde en 2018, mais peu d'entre eux fournissent ces services à une échelle suffisante.

Parmi les 14 pays qui ont communiqué à l'ONUSIDA des données ventilées par sexe sur la couverture des traitements de substitution aux opiacés depuis 2015, seuls deux ont atteint l'objectif recommandé de 40 % de couverture chez les hommes qui s'injectent des drogues, et aucun n'a atteint l'objectif chez les femmes qui s'injectent des drogues (Figure 5.12). Les femmes qui s'injectent des drogues ont un taux de mortalité et une prévalence du VIH plus élevés que leurs homologues masculins (199). Elles connaissent également des taux plus élevés de violence sexiste et de violence entre partenaires intimes, ce qui compromet leur capacité à pratiquer des rapports sexuels protégés (200, 201). Il existe peu de programmes de réduction des risques tenant compte de la dimension de genre, mais ceux qui existent offrent des exemples encourageants du type d'interventions pouvant s'avérer fructueux (Tableau 5.3).

TABLEAU 5.2

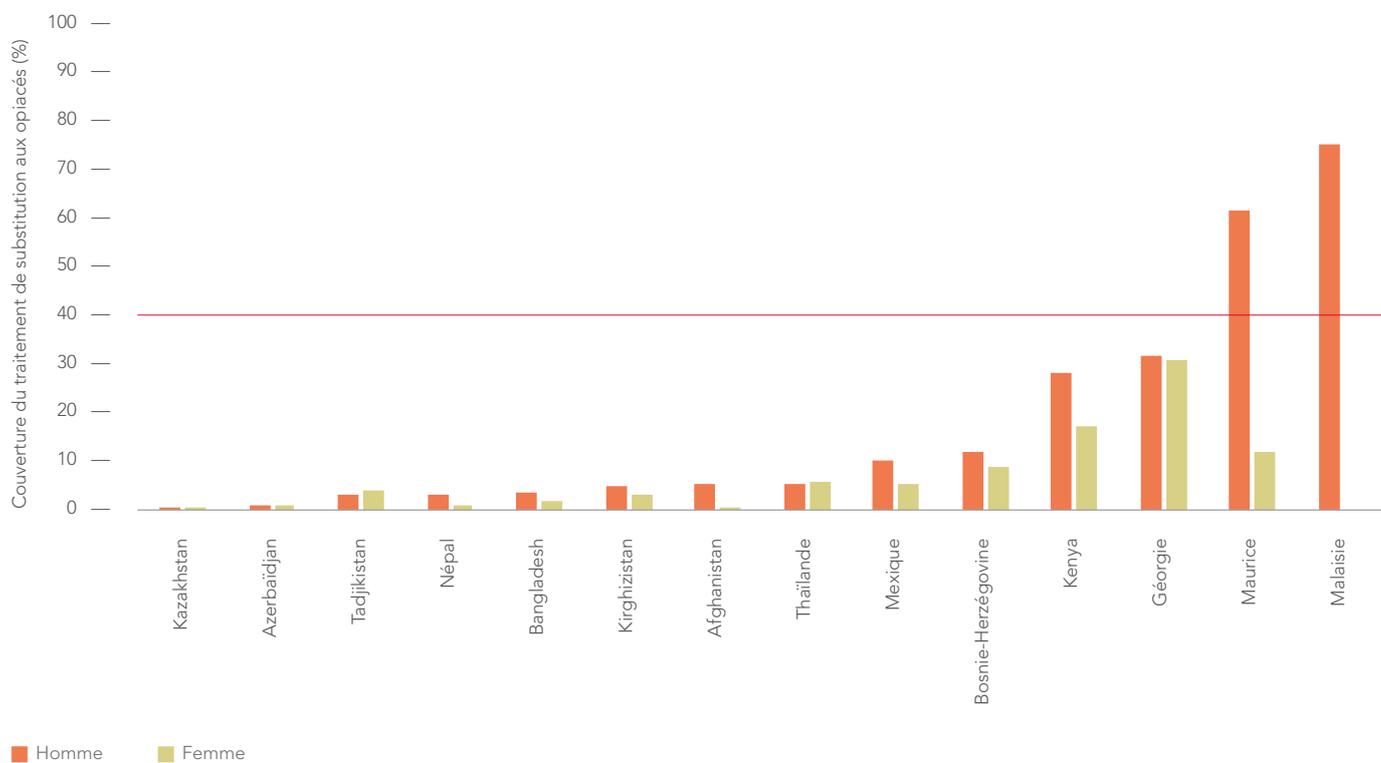
**Couverture des aiguilles et seringues distribuées par personne qui s'injecte des drogues par les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2015-2019**

COUVERTURE ÉLEVÉE >200	COUVERTURE MOYENNE 100–200	COUVERTURE FAIBLE <100
Australie, Autriche, Cambodge, Finlande, Inde, Luxembourg, Myanmar, Nouvelle-Zélande et Norvège	Afghanistan, Bangladesh, Bosnie-Herzégovine, Tchéquie, Estonie, France, Irlande, Kenya, Kirghizstan, Malte, Monténégro, Maroc, Slovénie, Espagne, Tadjikistan, Ouzbékistan et Vietnam	Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Belarus, Belgique, Bulgarie, Chypre, Colombie, Géorgie, Grèce, Hongrie, Indonésie, Iran (République islamique d'), Israël, Italie, Kazakhstan, République démocratique populaire lao, Lettonie, Lituanie, Madagascar, Malaisie, Mali, Maurice, Mexique, Népal, Macédoine du Nord, Pakistan, République de Moldova, République dominicaine, Roumanie, Sénégal, Serbie, Seychelles, Thaïlande, Tunisie, Ukraine et République-Unie de Tanzanie

Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 5.12

**Couverture des traitements de substitution aux opiacés chez les personnes qui s'injectent des drogues, par sexe, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2015-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).



Crédit : ONUSIDA

TABLEAU 5.3

**Exemples de meilleures pratiques de programmes pour les femmes qui s'injectent des drogues**

PAYS	EXEMPLE DE MEILLEURE PRATIQUE
Canada <sup>i</sup>	À Vancouver, SHEWAY fournit des services spécialisés aux femmes enceintes qui consomment des drogues, en se concentrant sur l'élimination de la violence faite aux femmes qui consomment des drogues et en assurant les meilleurs résultats pour leurs bébés à la naissance. Les services offerts comprennent l'éducation, la nutrition et les thérapies de substitution. Les femmes enceintes qui consomment des drogues sont soutenues dans leur choix de continuer ou d'arrêter de consommer des drogues pendant leur grossesse, avec des approches différenciées pour les deux scénarios : se concentrer sur la qualité des drogues consommées si elles continuent ou initier un traitement de substitution si elles arrêtent de consommer.
Inde <sup>ii</sup>	Dans le cadre de la fourniture de services de lutte contre le VIH et de réduction des risques aux personnes vivant avec le VIH et aux consommateurs de drogues (y compris leurs partenaires et leurs familles), la Social Awareness Service Organisation gère un programme consacré aux femmes qui s'injectent des drogues. Ce programme comprend un centre d'accueil et offre des services de réduction des risques. Il sert également de centre d'hébergement de nuit pour les femmes sans domicile fixe qui s'injectent des drogues, et il est prévu de développer d'autres services, tels que des programmes de formation professionnelle et de microcrédit.
Maurice <sup>iii</sup>	Le projet Harm Reduction Community Container, développé par le Collectif Urgence Toxida, vise à identifier et à soutenir les femmes qui s'injectent des drogues, les jeunes qui s'injectent des drogues et d'autres personnes. Il associe des services de soins de santé communautaires (comprenant des conseils sur le VIH et l'hépatite virale, des informations sur les pratiques d'injection sûres et la fourniture de matériel d'injection stérile et de préservatifs) à des unités mobiles (qui comprennent une grande proportion de femmes, dont beaucoup ont des antécédents de consommation de drogues injectables) pour les personnes qui ne souhaitent pas se rendre sur le site statique.
Espagne <sup>iii</sup>	En Catalogne, Metzineres, Environments of Shelter for Womxn who Use Drugs Surviving Violence est un programme de réduction des risques, dirigé par le client et holistique, exclusivement destiné aux femmes, qui offre des services de santé, d'aide, de formation professionnelle et de logement. Il s'agit du premier programme intégré de réduction des risques dédié aux femmes qui consomment des drogues en Catalogne. Il offre un accès direct et souple à des services flexibles et respectueux des situations et des expériences vécues par les femmes.
République-Unie de Tanzanie <sup>i</sup>	Le développement de services de réduction des risques pour les femmes qui s'injectent des drogues en Tanzanie suscite un intérêt croissant, suite aux efforts de Médecins du Monde pour proposer une approche sensible au genre. Les services comprennent une soirée hebdomadaire réservée aux femmes avec un soutien en matière de violence sexiste, des services de soins de santé sexuelle couvrant les infections sexuellement transmissibles, des activités d'éducation par les pairs, un soutien nutritionnel, la fourniture de divers produits (matériel d'injection, préservatifs, matériel d'hygiène) ainsi que des services de coiffure, de maquillage et de toilette.
Ukraine <sup>i</sup>	Lancée par l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et remise aux services municipaux dans toute l'Ukraine depuis 2013, l'initiative « Les femmes pour les femmes » a permis d'élargir l'accès à des services de lutte contre le VIH et de réduction des risques tenant compte des spécificités de chaque sexe. Les services offerts aux femmes qui s'injectent des drogues comprennent la prévention de la violence sexiste (y compris des conseils aux partenaires sexuels masculins), l'assistance juridique, la garde d'enfants, l'hygiène et l'alimentation, l'hébergement, le renforcement de l'estime de soi et le soutien à l'emploi. Les femmes qui s'injectent des drogues participent à la prestation de ces services.

Source : Initiative sur les co-infections et les comorbidités de l'IAS. Les femmes qui s'injectent des drogues : négligées, mais invisibles. Genève : International AIDS Society ; 2019 ([https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019\\_IAS\\_Brief\\_Women\\_who\\_inject\\_drugs.pdf](https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019_IAS_Brief_Women_who_inject_drugs.pdf), consulté le 16 mai 2020) basé sur i) UNODC, INPUD, UNAIDS, UNDP, UNFPA, WHO, USAID, PEPFAR. Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs: Practical guidance for collaborative interventions, 2017. ii) UNODC, PNUD. Addressing the specific needs of women who inject drugs: Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. New York, 2016. iii) Rapport d'enquête des membres du WHRIN sur le statut de la réduction des risques pour les femmes qui consomment des drogues, 2018.

Un manque de volonté politique et des lacunes dans le financement bloquent la fourniture de services de réduction des risques dans de nombreux pays (202). Dans 31 pays qui ont communiqué des données sur les dépenses à l'ONUSIDA entre 2014 et 2018, 71 % des dépenses consacrées aux services de lutte contre le VIH destinés aux consommateurs de drogues ont été financées par des donateurs extérieurs. La communauté mondiale des consommateurs de drogues a demandé que les services de réduction des risques soient inclus dans l'ensemble des prestations des systèmes de couverture santé universelle, faisant valoir que les principes de la couverture santé universelle exigent que les besoins des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables – y compris les consommateurs de drogues injectables – soient traités en premier (203).

Des contextes juridiques et répressifs favorables sont essentiels (204, 205). Un récent examen systématique d'études menées dans neuf pays a démontré la manière dont l'application de lois punitives accroît le risque de contracter le VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues<sup>5</sup>. Dans une étude menée au Mexique, les personnes dont le matériel d'injection avait été confisqué par la police au cours des six mois précédents étaient 2,4 fois plus susceptibles de contracter le VIH. Les personnes qui s'injectent des drogues en Ukraine et qui avaient récemment évité d'acheter des seringues par crainte de la police étaient 3,3 fois plus susceptibles de contracter le VIH (206).

5 Ces neuf pays sont le Canada, la Chine, l'Inde, la Malaisie, le Mexique, la Fédération de Russie, la Thaïlande, l'Ukraine et les États-Unis.

## SOUTENIR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES POUR LES POPULATIONS-CLÉS AU KENYA ET AU MALAWI

*Des pairs se détendent dans l'espace sécurisé du centre d'accueil du Mamboleo Peer Empowerment Group, à Thika, au Kenya.*

*Crédit : Nancy Coste pour FHI 360*

Suite au succès de projets novateurs, les programmes nationaux de lutte contre le VIH ont adopté des approches communautaires pour atteindre les populations clés au Kenya et au Malawi grâce à des services de lutte contre le VIH et la violence sexiste.

Les deux pays font partie des plus de 30 pays où le projet LINKAGES, financé par l'USAID et le PEPFAR, travaille depuis 2014 à réduire la transmission du VIH parmi les populations clés et à améliorer leur inscription et leur maintien dans le traitement et les soins du VIH (207, 208).

Avec respectivement 1,1 million et 1,5 million de personnes vivant avec le VIH en 2019, le Kenya et le Malawi sont frappés par deux des plus grandes épidémies de VIH au monde. Ils ont fait des progrès au niveau national en réduisant les nouvelles infections et en diagnostiquant et traitant un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH. Toutefois, peu d'efforts spécifiques ont été déployés pour atteindre les populations clés jusqu'en 2015, date à laquelle LINKAGES a été mis en place dans les zones où la prévalence du VIH est la plus élevée parmi les populations clés : six districts au Malawi (principalement axés sur les professionnelles du sexe, leurs clients, et les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) et 17 comtés au Kenya (axés sur les professionnelles du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les personnes qui s'injectent des drogues).

Les détails du programme variaient entre les deux pays, mais les éléments constitutifs de la réussite étaient similaires. La capacité technique et organisationnelle des partenaires locaux a été développée, ce qui a permis à un grand nombre d'entre eux de bénéficier d'un financement externe direct et de gérer des projets. Des centres d'accueil ont été créés, offrant aux membres des populations clés des espaces sûrs pour se réunir et accéder aux services de santé, notamment de dépistage du VIH et de thérapie antirétrovirale. Des membres de la communauté de la population clé ont été formés pour soutenir le fonctionnement des centres d'accueil, et les autorités sanitaires locales ont autorisé les centres à servir de sites de traitement du VIH. Des équipes et des procédures de riposte aux crises ont été mises en place pour le dépistage, le signalement et l'intervention en cas d'incidents de violence sexiste contre les personnes qui se rendent dans les centres.

De nouvelles méthodes ont été introduites pour accroître la détection des cas parmi les populations clés, notamment le dépistage de cas index, une approche améliorée de la sensibilisation par les pairs et l'orientation vers des réseaux de risques (209). Cette méthode s'est avérée si efficace au Kenya que le taux de dépistage du VIH parmi les professionnelles du sexe, leurs clients, les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sur les sites LINKAGES a plus que triplé en 2019, tandis que le nombre total de tests administrés a chuté de 50 %<sup>6</sup>. Au Malawi, le dépistage parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes sur les sites LINKAGES s'est amélioré, passant de 4 % en 2016 à 17 % en 2019, et parmi les professionnelles du sexe, de 22 % à 27 % en 2018-2019. Début 2019, des services d'autotest ont été mis en place dans les centres d'accueil.

Le projet a développé des outils de suivi, tels que des codes d'identification uniques et un système permettant de suivre les besoins en services cliniques des populations clés vivant avec le VIH et de faciliter la prise de rendez-vous pour les examens de contrôle et les tests de charge virale. Le ministère de la santé du Kenya a ensuite adopté le système.

Ces mêmes outils sont utilisés pour mettre en œuvre la stratégie de surveillance de la charge virale du Malawi. Ils montrent des niveaux élevés de suppression virale chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (86 %) et chez les professionnelles du sexe (93 %), qui sont maintenus dans les soins et reçoivent les résultats de leurs tests de charge virale. Un

<sup>6</sup> Le taux de détection des cas est le nombre de diagnostics divisé par le nombre de tests VIH. Un taux de dépistage de 3 %, par exemple, correspond à une moyenne de trois diagnostics pour 100 tests VIH.

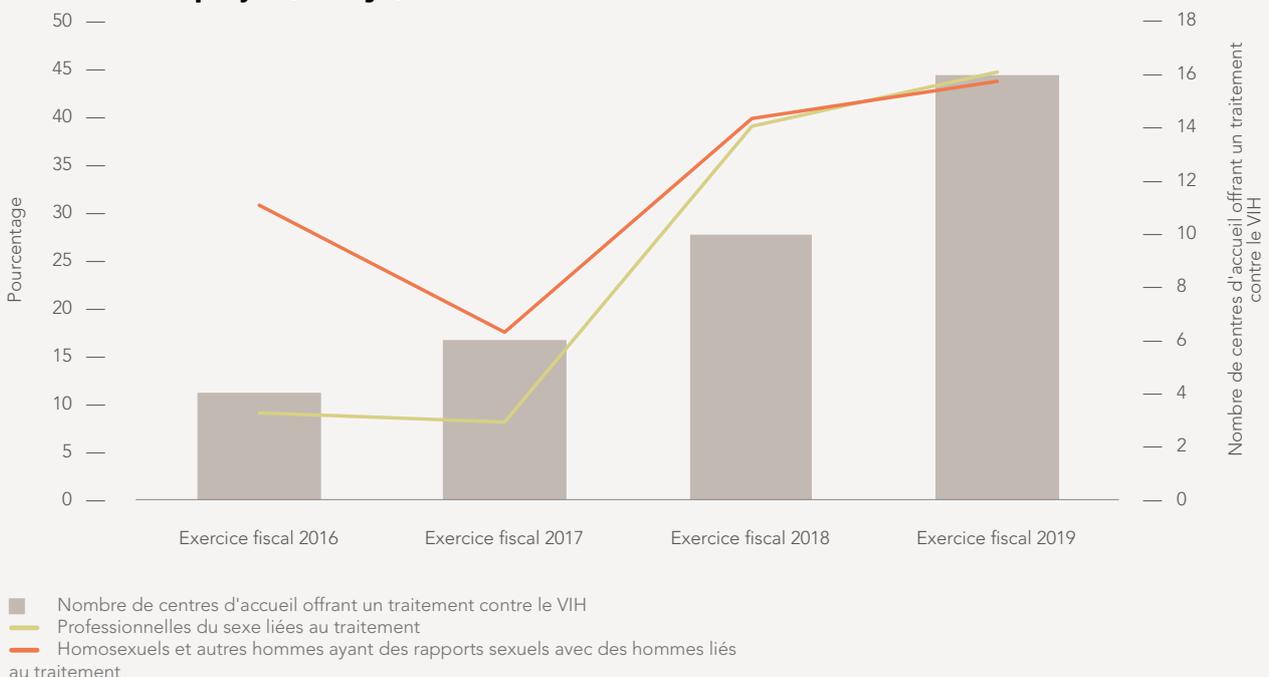


système connu sous le nom de LINK a également été introduit au Malawi pour surveiller la stigmatisation et la discrimination des populations clés dans les établissements de santé publique, pour identifier les établissements les plus adaptés aux populations clés et pour orienter les interventions de formation et de sensibilisation des prestataires de services (210).

Lorsque le projet LINKAGES au Kenya s'est terminé en septembre 2019, près de la moitié des professionnelles du sexe et des hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes diagnostiqués séropositifs par le biais du programme LINKAGES, ont commencé un traitement dans les centres d'accueil (Figure 5.13). En collaboration avec le projet Jilinde soutenu par la Fondation Bill & Melinda Gates, LINKAGES a également contribué à fournir la PPrE à environ 9700 membres de populations clés au Kenya. L'héritage du projet se perpétue dans 35 centres d'accueil gérés par des organisations non gouvernementales locales, dont 16 font office de sites satellites de thérapie antirétrovirale pour les établissements de santé du comté.

FIGURE 5.13

**Pourcentage de professionnelles du sexe, d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui suivent un traitement dans les centres d'accueil des projets, Kenya, 2016-2019**



Source : LINKAGES Kenya. Résumé des réalisations, mars 2016-octobre 2019. Durham (NC) : FHI 360 ; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vpr-guide.pdf>, consulté le 4 mai 2020).  
 Note : Ne concerne que les personnes dont le test de dépistage est positif dans le cadre du programme LINKAGES. En 2017, le nombre de cas recensés a augmenté plus rapidement que le nombre de centres d'accueil proposant un traitement, de sorte que la proportion d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant eu des rapports sexuels avec des hommes dont le test était positif et qui pouvaient être mis en relation avec un centre d'accueil était plus faible.

### Personnes en milieu carcéral et autres milieux fermés

Chaque jour, quelque 11 millions de personnes dans le monde sont confinées (211). La grande majorité d'entre elles sont des hommes, bien que le nombre de femmes détenues soit en augmentation : le nombre de femmes détenues dans les prisons et autres lieux fermés a globalement augmenté de 53 % depuis 2000 (contre une augmentation de 20 % chez les hommes) (212). Les femmes incarcérées ont des besoins spécifiques en matière de soins de santé qui sont rarement satisfaits de manière adéquate pendant leur incarcération (213). Il est également prouvé que les personnes transgenres connaissent des taux de violence, notamment sexuelle, plus élevés que les personnes cisgenres en prison (214).

L'injection de drogue et les rapports sexuels ont lieu dans le monde entier dans les prisons. Le risque de violence sexuelle chez les détenus – et leur accès insuffisant aux préservatifs, aux lubrifiants, à la PPrE et aux services de réduction des risques – augmentent leurs risques de contracter le VIH, l'hépatite C et les IST (107). Parmi les personnes qui s'injectent des drogues, une incarcération récente est associée à une probabilité accrue de 81 % et 62 % respectivement d'infection par le VIH et d'infection par l'hépatite C (215).

L'accès à la réduction des risques dans les prisons reste faible. En 2019, seuls six pays ont signalé à l'ONUSIDA que des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues étaient opérationnels dans les prisons, et 20 pays ont signalé que des programmes de traitement de substitution aux opiacés étaient en cours dans les prisons. Nombre d'entre eux étaient des projets pilotes avec une faible couverture (216). De même, les services nécessaires de prévention du VIH, tels que les préservatifs et les lubrifiants, sont rarement disponibles (217, 218). Sur les 99 pays qui ont communiqué ces données à l'ONUSIDA en 2019, 37 ont déclaré que des préservatifs et des lubrifiants étaient disponibles dans certaines prisons, au moins. Par conséquent, la prévalence du VIH et du virus de l'hépatite C dans les prisons et autres lieux fermés est plusieurs fois plus élevée que dans la communauté au sens large. Les données communiquées à l'ONUSIDA depuis 2015 indiquent que 4,3 % des personnes incarcérées dans le monde vivent avec le VIH, ce chiffre passant à 16,4 % en Afrique orientale et australe. On estime que 1,8 % des prisonniers dans le monde vivent avec le VIH et la co-infection par l'hépatite C.

Les milieux fermés devraient, en théorie, favoriser la prestation de services de dépistage et de traitement efficaces, bien que les interruptions de traitement



et les préoccupations en matière de confidentialité et de discrimination posent des problèmes (219). En 2019, 78 pays ont signalé à l'ONUSIDA que le dépistage du VIH était disponible à tout moment pendant la détention ou l'emprisonnement, et 104 pays ont indiqué que la thérapie antirétrovirale était disponible pour tous les prisonniers vivant avec le VIH. La couverture de la thérapie antirétrovirale s'améliore, bien que des lacunes subsistent (Figure 5.14). L'offre de dépistage et de traitement du virus de l'hépatite C est moins étendue : 42 pays ont proposé un dépistage et 39 pays disposaient de services de traitement dans au moins une prison en 2017 (220).

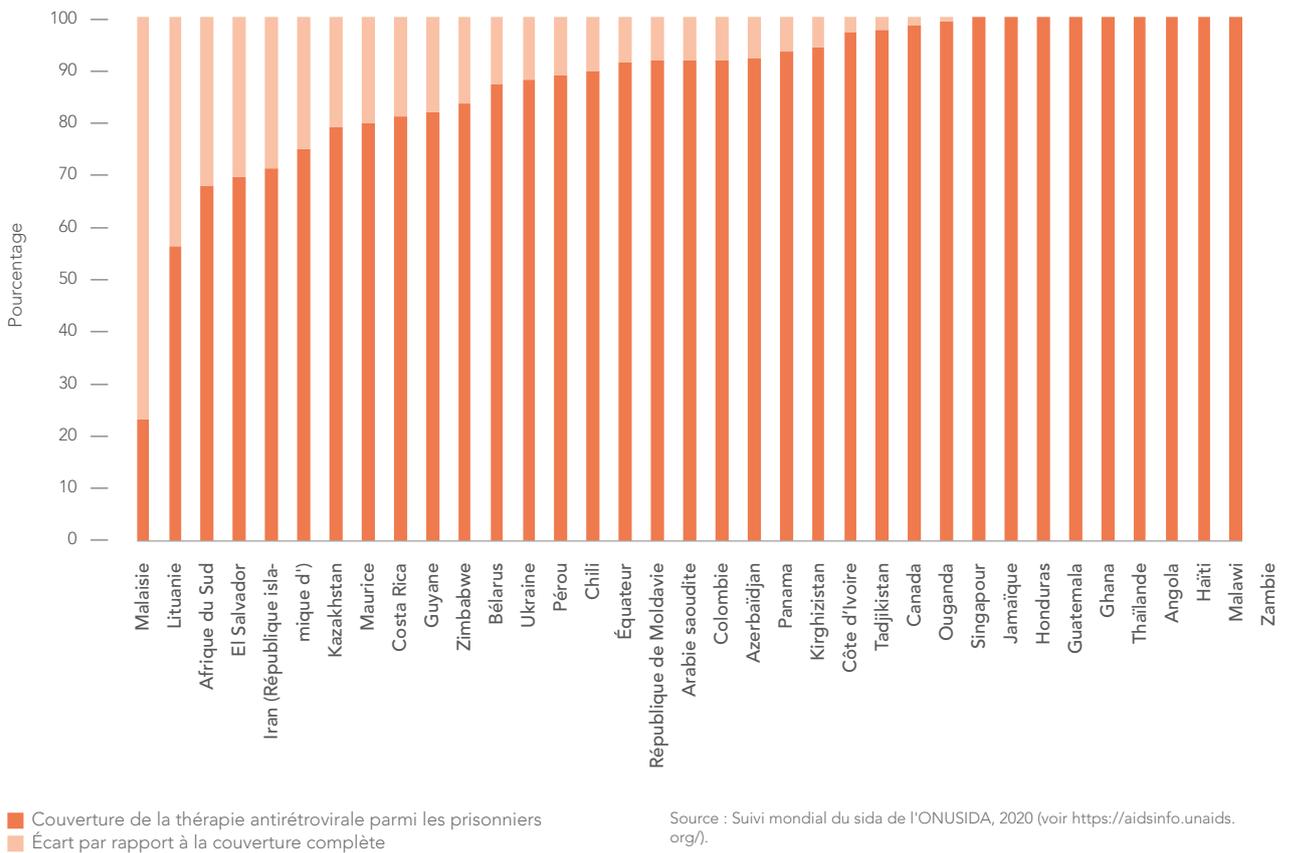
La promiscuité, la mauvaise ventilation et l'insalubrité augmentent le risque de tuberculose et d'autres maladies respiratoires transmissibles, dont la COVID-19 (107, 221, 222). De nombreuses prisons dans le monde sont surpeuplées, souvent de manière considérable. Aux Philippines, par exemple, le taux d'occupation des prisons dépassait la capacité d'accueil de plus de 530 % en mars 2020 (223). Le risque de contracter la tuberculose est en moyenne 23 fois plus élevé pour les personnes incarcérées que pour les personnes dans la population générale (224, 225).

L'Ensemble de règles minimums des Nations Unies pour le traitement des détenus (les règles de Nelson Mandela) indique clairement que les soins de santé pour les personnes en prison doivent être du



FIGURE 5.14

**Lacunes dans la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les prisonniers vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

même niveau que ceux disponibles dans le reste de la communauté (226). Les directives internationales recommandent un ensemble complet d'interventions sanitaires dans les prisons, y compris pour le VIH et la tuberculose (226, 227). Malgré cela, les services de soins de santé en milieu fermé sont généralement en sous-effectif et rudimentaires (221, 228).

Les obstacles individuels, communautaires et institutionnels compliquent la prise en charge du VIH et l'observance du traitement pour les personnes après leur libération, les femmes étant particulièrement touchées (214, 229, 230). Ces obstacles peuvent toutefois être surmontés si les besoins médicaux et de gestion de cas sont identifiés avant la libération des personnes et si des dispositions sont prises pour assurer la continuité des soins entre le milieu carcéral et le milieu communautaire (231).

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'obligation de tous les États de protéger, en vertu du droit international des droits de l'homme, la santé des personnes dans les prisons et les centres de détention (232). Des taux extrêmement élevés d'infection et de décès par la COVID-19 ont été observés dans certains milieux carcéraux, touchant à la fois les prisonniers et le personnel pénitentiaire (233, 234). Les personnes qui restent incarcérées devraient avoir accès à tous les services de prévention, de diagnostic et de traitement nécessaires, y compris la possibilité de s'isoler (235).

Plusieurs pays envisagent ou appliquent des réformes pratiques, notamment en utilisant la détention en dernier recours, en évitant la détention préventive et en autorisant la libération anticipée ou la détention à domicile des personnes reconnues coupables de crimes non violents (235). Les appels se multiplient – y compris de la part du Comité permanent interorganisations des Nations unies – pour mettre fin à l'incarcération de personnes pour des délits mineurs ou des infractions non conformes au droit international (236, 237).

### Populations en mouvement

On estime à 272 millions le nombre de migrants internationaux en 2019, soit environ 3,5 % de la population mondiale (238).<sup>7</sup> Environ deux tiers d'entre eux sont des travailleurs migrants (239). La migration est de plus en plus souvent forcée par les conflits et la violence, les catastrophes naturelles et les effets du changement climatique (240). Selon des estimations prudentes, près de 71 millions de personnes ont été déplacées

de force en 2018, soit deux fois plus que deux décennies plus tôt, et cela inclut 26 millions de réfugiés, 3,5 millions de demandeurs d'asile et 41,3 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays (241). La grande majorité de ces personnes vivaient en Afrique subsaharienne, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Leur nombre devrait continuer à augmenter : la Banque mondiale estime que jusqu'à 140 millions de personnes dans les régions densément peuplées du monde seront déplacées d'ici 2050 en raison des effets du changement climatique (242).

Une étude marquante de *The Lancet* sur les tendances de l'immigration mondiale datant du milieu des années 1990 a conclu que la santé des personnes qui émigrent dépend largement des facteurs structurels et politiques qui déterminent l'impulsion de la migration, les conditions de leur voyage et leur destination. Elle a également constaté que la discrimination, les inégalités entre les sexes et l'exclusion des services sociaux et de santé apparaissent de manière répétée comme des influences négatives sur la santé des migrants (243).

Vivant dans des camps surpeuplés, des abris d'urgence et des établissements informels avec un accès limité aux soins de santé, les personnes déplacées sont souvent très vulnérables aux menaces sanitaires, notamment à la COVID-19. Les mesures de santé publique de base pour la COVID-19, telles que la distanciation sociale, une bonne hygiène des mains et l'auto-isollement, sont extrêmement difficiles à mettre en œuvre dans les camps de réfugiés, ce qui rend leurs habitants extrêmement vulnérables à une épidémie (244).

En dépit des efforts accrus pour intégrer les services de santé sexuelle et reproductive dans les réponses humanitaires, de nombreuses filles et femmes touchées par les conflits n'ont pas un accès adéquat à ces services. Les services de planning familial sont particulièrement négligés (245). En 2018, un examen des revues systématiques sur les résultats périnataux chez les femmes réfugiées et demandeuses d'asile a noté des résultats de grossesse défavorables et répandus, qui sont compliqués par la discrimination et le mauvais accès aux services (246). Le bilan de la santé des femmes est lourd : on estime que 61 % des décès maternels dans le monde surviennent dans des situations de crise humanitaire ou dans des contextes fragiles (247).

Des recherches, telles qu'une étude sur les réfugiés de la République arabe syrienne, montrent que la santé mentale est une préoccupation importante pour les

<sup>7</sup> Les migrants internationaux sont définis comme des personnes qui vivent dans un pays autre que leur pays de naissance ou qui se trouvent dans un pays autre que leur pays de citoyenneté.

populations de migrants et de réfugiés (248, 249). De nombreux réfugiés et personnes déplacées ont survécu à des traumatismes répétés, y compris pendant leur voyage, et les recherches révèlent des niveaux élevés de travail forcé et une violence et une exploitation sexuelles généralisées, y compris dans des contextes humanitaires (239, 250).

Un examen approfondi de la santé des réfugiés et des migrants en Europe a révélé que tout risque accru d'exposition des réfugiés aux maladies spécifiques peut être largement attribué aux mauvaises conditions de vie pendant et après la migration, y compris dans les camps de réfugiés (251). Ces privations – associées à des droits limités aux services publics – compromettent la santé des travailleurs migrants, les exposant au risque d'infection par le VIH et/ou la tuberculose (252-254).

Un examen systématique des études menées auprès des migrants dans les pays à revenu élevé a révélé qu'une grande proportion des migrants vivant avec le VIH étaient infectés après leur migration (255). Dans une vaste étude menée en Ouganda, par exemple, les deux premières années suivant la migration ont été associées à un risque accru de contracter le VIH, ce risque diminuant ensuite (256). Les migrants ont également moins de chances que les nationaux de recevoir les soins de santé dont ils ont besoin s'ils tombent malades (257, 258). Dans l'étude systématique, les migrants vivant avec le VIH se présentaient plus tard pour les soins et étaient moins susceptibles d'avoir de bons résultats de traitement que leurs pairs non migrants (255).

L'absence d'assurance maladie, les frais d'utilisation, la discrimination, l'isolement social, les barrières linguistiques et culturelles, les conditions de travail dangereuses, la crainte de l'expulsion sont autant de facteurs qui entravent leur accès aux soins de santé (240, 259, 260). Une étude réalisée aux Pays-Bas, par exemple, a révélé une grande incertitude chez les migrants quant à leurs droits aux soins de santé et a cité les problèmes linguistiques comme un problème majeur (261). Une étude réalisée en 2019 parmi les prestataires de soins de santé au Portugal a pointé les complexités administratives comme un obstacle important (262). En réponse à la pandémie de COVID-19 au début de 2020, le Portugal a toutefois accordé des droits de séjour temporaires aux immigrants et aux demandeurs d'asile, qui avaient demandé à résider dans le pays, leur permettant d'accéder aux prestations sociales et de santé, y compris au service national de santé (263).

L'intégration des migrants dans les programmes de santé nationaux (y compris les programmes de lutte contre le VIH) est judicieuse tant du point de vue des droits de l'homme que de la santé publique. Une analyse de modélisation réalisée au Botswana a révélé que l'exclusion des migrants des services de lutte contre le VIH freinait la réponse du pays à ce fléau : la réalisation des objectifs de la procédure accélérée de 2020,

tant pour les citoyens que pour les migrants, pourrait permettre d'éviter 34 % de nouvelles infections par le VIH et 26 % de décès liés au sida (par rapport à une base de référence de 2010) par rapport à la limitation des services aux seuls citoyens (264).

La distribution d'antirétroviraux sur plusieurs mois est une option intéressante pour les travailleurs migrants qui font l'aller-retour entre leur pays d'origine et leur pays d'accueil. Dans une étude menée auprès de migrants du Lesotho travaillant en Afrique du Sud, la quasi-totalité des participants (93 %) ont préféré se faire rembourser trois à six mois d'antirétroviraux au Lesotho plutôt que d'avoir accès à un traitement en Afrique du Sud (265). De petits ajustements pratiques peuvent également faire la différence. Dans la capitale du Yémen, Sana'a, les personnes vivant avec le VIH ont reçu des cartes de santé qui décrivaient leur traitement antirétroviral et donnaient des conseils sur ce qu'elles devaient faire si elles ne pouvaient pas se rendre dans un établissement de santé (y compris contacter une ligne téléphonique d'urgence si elles n'avaient plus de médicaments) (266).

Des interventions visant à faire respecter les droits des travailleurs migrants et à renforcer leurs droits aux soins de santé sont également nécessaires (243). L'Organisation internationale pour les migrations (OIM), l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'OMS ont élaboré des orientations et proposé des actions pour remplir ces obligations, notamment pour la gestion du VIH et de la tuberculose (267, 268).



Crédit : ONUSIDA

## UNE ACTION EXIGEANTE CONTRE LE VIOL ET LE MARIAGE D'ENFANTS DURANT LE CONFINEMENT AU SUD-SOUDAN

Dans le Sud-Soudan, ravagé par le conflit, la pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement qui en ont résulté – notamment la fermeture d'écoles et la restriction des déplacements – ont été liées à une recrudescence de la violence faite aux femmes, notamment des cas de viol et une augmentation des mariages d'enfants (269).

Riya Williams Yuyada, militante des droits de la femme et de la paix, fait partie des activistes qui mettent en lumière ces abus et exigent des actions.

« Les droits des femmes et des filles et la COVID-19 sont étroitement liés. De nombreux cas de viols ont été rapportés, notamment le viol collectif d'une fillette de huit ans et d'une femme enceinte de sept mois », explique Riya. « Nous sommes parmi les personnes qui les emmènent à l'hôpital pour les soigner et qui les défendent. Nous avons également organisé une marche silencieuse respectant la distanciation sociale pendant le confinement pour remettre une pétition au Parlement, qui demande que les femmes et les filles



Crédit : Sarah Sunday Musa

Riya Williams Yuyada (à gauche) figurait parmi les organisateurs d'une marche silencieuse appelant à une plus grande protection des femmes et des jeunes filles contre le viol pendant le confinement dû à la COVID-19 au Sud-Soudan (à droite).

soient protégées ».

Cofondatrice de Crown the Woman-South Sudan, une organisation de base dirigée par des femmes qui protège et défend les droits des femmes et des filles dans le pays, Mme Riya s'inquiète également de l'augmentation du nombre de mariages d'enfants, qui coïncide avec la déscolarisation des filles pendant le confinement dû à la COVID-19.

« Nous entendons dire que le nombre de mariages d'enfants augmente. En raison du confinement, ils se déroulent dans le calme et sans que nous en soyons informés, de sorte que nous sommes moins en mesure d'agir et de mobiliser les familles pour les empêcher. Nous ne disposons pas des mêmes possibilités pour atteindre les filles elles-mêmes. Normalement, nous les atteignons à l'école, par le biais de nos clubs contre la violence sexiste, mais lorsqu'elles ne sont pas à l'école, nous ne savons pas où elles se trouvent ».

Crown the Woman – Le Sud-Soudan étudie la manière d'atteindre les femmes et

les filles pendant le confinement, en utilisant les réseaux sociaux pour infirmer les fausses informations sur la COVID-19 et en menant des activités de sensibilisation en milieu rural pour fournir du savon pour les mains, des gants et des informations sur le nouveau coronavirus. L'organisation sensibilise également à la violence sexiste et utilise une ligne téléphonique nationale (établie avec le soutien du Fonds des Nations unies pour la population) que les femmes et les jeunes filles peuvent utiliser pour signaler les abus et être mises en relation avec des services de soutien.

« La COVID-19 nous a touchés de multiples façons – socialement, politiquement, économiquement », reflète Riya. « Au Sud-Soudan, nous avons un processus de paix en cours qui s'engage à inclure 35 % de femmes à tous les niveaux du gouvernement. La COVID-19 a ralenti la mise en œuvre, et nous craignons que l'engagement d'inclure les femmes ne soit oublié. Le processus de paix est un moyen essentiel de garantir l'intégration et le respect des droits des femmes et des filles pour mettre fin à la violence sexiste ».

## PROFIL DU CHAMPION

## Investissement et durabilité

Les fonds mobilisés pour la lutte contre le VIH au cours des dernières décennies ont permis de sauver des millions de vies et de renforcer les systèmes de santé de dizaines de pays.

Les médicaments antirétroviraux gratuits, les tests de dépistage du VIH, les préservatifs et d'autres produits, ainsi que les nombreux agents de santé communautaires, les systèmes d'information sanitaire et de laboratoire, les systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement et les systèmes de santé communautaire revitalisés, sont des héritages durables du mouvement mondial sans précédent de lutte contre le VIH. Nombre de ces ressources jouent désormais un rôle important dans la riposte à la pandémie de COVID-19.

Toutefois, malgré leur importance, les capacités de réaction aux pandémies ont été menacées ces dernières années. Les dernières données démontrent que les ressources totales disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à faible et moyen revenu ont diminué dans la période des objectifs de développement durable, laissant le financement de la lutte contre le VIH bien en deçà de l'objectif de 2020 fixé par l'Assemblée générale des Nations unies en 2016. Les ressources financières provenant de sources internationales pour les ripostes au VIH dans ces pays ont diminué de près de 10 % depuis 2015, avec une augmentation de 10 % du financement bilatéral du gouvernement des États-Unis – principalement par le biais du PEPFAR – compensée par une baisse de 3 % du financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose

et le paludisme (Fonds mondial) et une baisse de 31 % des contributions multilatérales et bilatérales provenant d'autres sources (voir le chapitre 2 pour plus de détails).<sup>8</sup>

Les destinations des financements bilatéraux du gouvernement américain et des ressources du Fonds mondial pour le VIH ont changé depuis 2010. Les décaissements annuels du Fonds mondial en Afrique orientale et australe et en Afrique occidentale et centrale ont augmenté respectivement de 18 % et 55 % au cours de la période 2010-2019, et ils ont diminué dans toutes les autres régions (Figure 5.15). Cette tendance reflète les décisions du Conseil du Fonds mondial de concentrer le soutien de l'organisation dans les régions où le fardeau de la maladie est le plus lourd et où la capacité d'auto-financement des programmes de lutte contre le VIH est la plus faible (270). Le financement bilatéral du gouvernement des États-Unis s'est également focalisé sur les ripostes au VIH en Afrique subsaharienne, avec notamment une augmentation de 1,3 milliard de dollars US du financement annuel des pays d'Afrique orientale et australe et une augmentation de plus de 100 millions de dollars US du financement annuel des pays d'Afrique occidentale et centrale entre 2010 et 2019 (Figure 5.16). Le financement bilatéral du gouvernement américain pour les ripostes au VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale a également triplé au cours de cette période, passant de 13 millions de dollars US par an à 55 millions de dollars US par an.

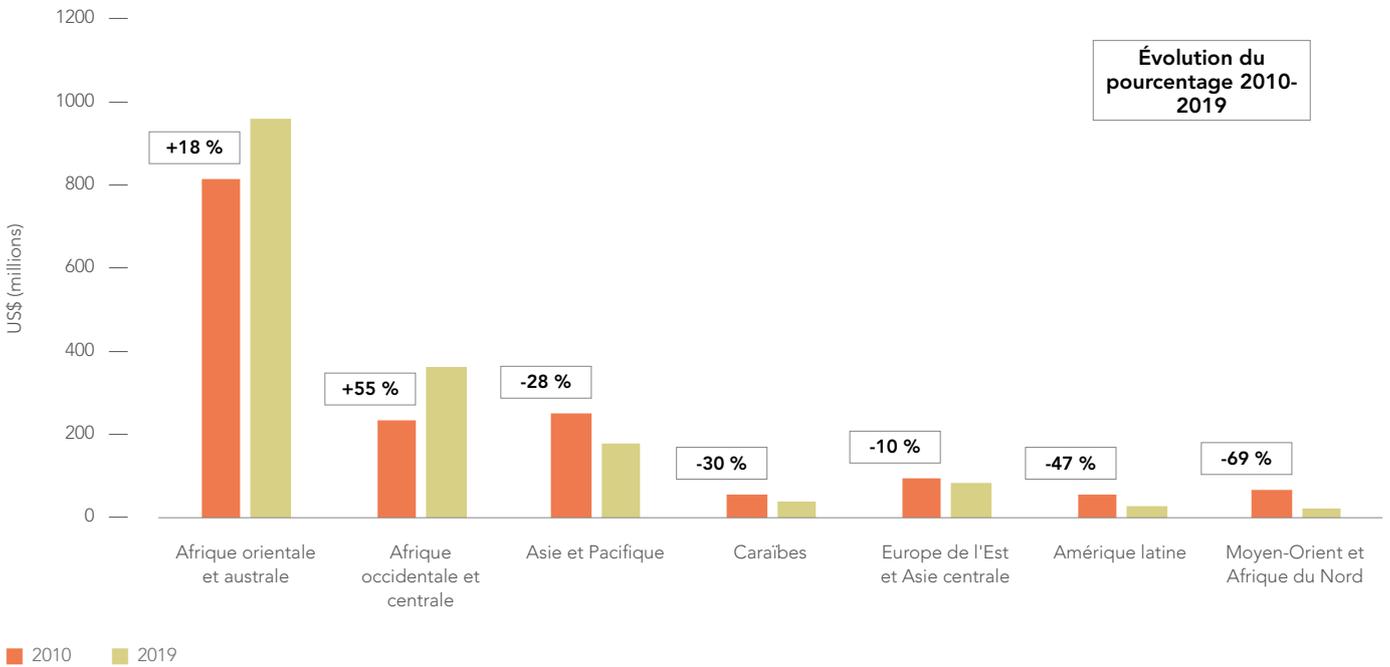


Crédit : ONUSIDA

<sup>8</sup> Les estimations de la disponibilité des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2016 afin de tenir compte de l'inflation et de pouvoir être comparées à l'objectif qui a été fixé par l'Assemblée générale des Nations unies dans la Déclaration politique 2016 sur l'éradication du SIDA.

FIGURE 5.15

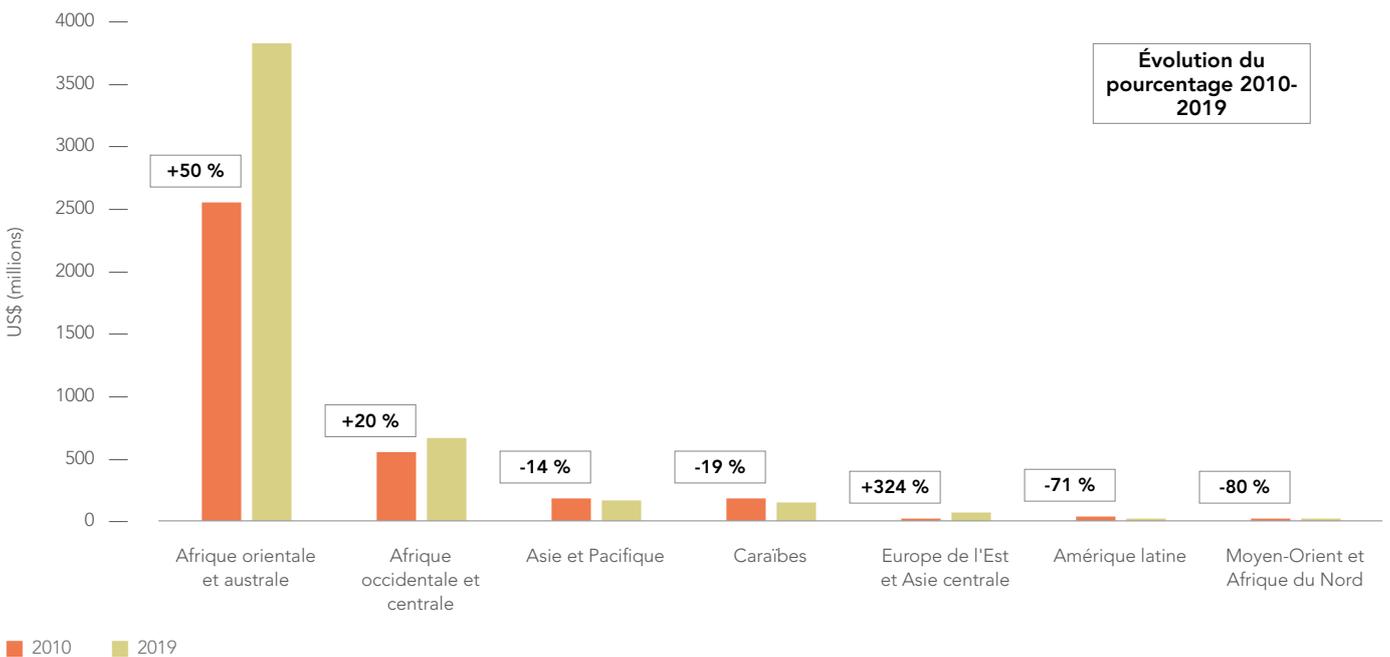
**Évolution des décaissements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, par région, 2010-2019**



Source : Finances. In : Le Fonds mondial [Internet]. Genève : Le Fonds mondial ; c2020 (voir <https://www.theglobalfund.org/en/financials/>) ; estimations financières de l'ONUSIDA, juin 2020 (voir <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

FIGURE 5.16

**Évolution réelle et en pourcentage des décaissements bilatéraux des États-Unis d'Amérique, par région, 2010-2019**



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

## Le financement du VIH est en perte de vitesse

Le financement national a augmenté régulièrement pendant la majeure partie de la dernière décennie et, en 2019, il représentait 57 % du total des investissements dans la lutte contre le VIH dans les pays à faible et moyen revenu. Cette évolution est conforme aux tendances générales du financement de la santé dans les pays où la part du financement des donateurs dans les dépenses de santé a diminué pendant une grande partie de la dernière décennie (271).

La dynamique a toutefois ralenti en 2017, et le financement national a diminué de 2 % au cours des deux années suivantes<sup>9</sup>. Les plus fortes baisses des investissements nationaux dans le domaine du VIH au cours de la période 2017-2019 ont été enregistrées en Europe orientale et en Asie centrale (diminution de 27 %), en Afrique orientale et australe (diminution de 14 %) et en Afrique occidentale et centrale (diminution de 12 %).

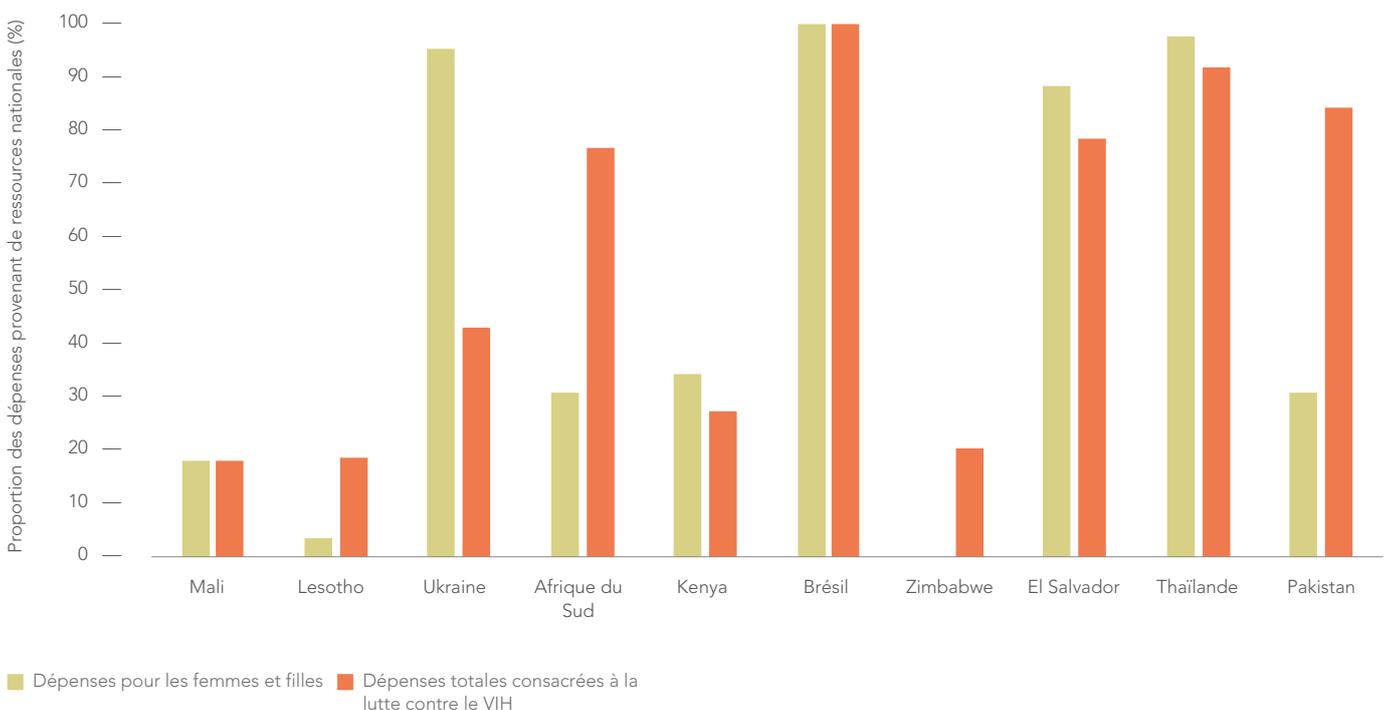
Les ripostes nationales au VIH dans les pays à faible

revenu dépendent encore fortement du financement extérieur, tandis que de nombreux pays à revenu intermédiaire ont éprouvé des difficultés à passer à des ripostes financées principalement par des fonds nationaux. Les composantes des programmes de lutte contre le VIH qui dépendent fortement du financement extérieur, comme celles qui sont axées sur les populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH, sont particulièrement menacées pendant les périodes de transition du financement.

Le financement des interventions liées au VIH qui se concentrent sur les femmes et les filles peut également être vulnérable. La part nationale des dépenses consacrées à ces interventions varie considérablement d'un pays à l'autre – une proportion qui peut être très différente de la part nationale des dépenses totales consacrées au VIH (Figure 5.17). L'aide internationale représente la grande majorité des dépenses consacrées aux interventions axées sur les femmes et les filles dans plusieurs pays où les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par le VIH, notamment en Afrique australe.

FIGURE 5.17

### Pourcentage des dépenses de programmes pour les femmes et les filles et dépenses totales consacrées au VIH provenant des ressources publiques nationales, pays déclarants, 2016-2019



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2018-2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note : Les interventions comprenaient des transferts d'argent liquide aux filles (pays à forte prévalence), la PPrE pour les jeunes femmes et les adolescentes (pays à forte prévalence), des programmes d'égalité des sexes et la prévention de la transmission verticale du VIH.

Note : Toutes les données ont été déclarées en 2019, sauf : l'Afrique du Sud (2018) ; l'Ukraine et le Lesotho (2017) ; et le Mali (2016).

<sup>9</sup> La diminution nominale (non ajustée à l'inflation) s'élevait à 4 %.



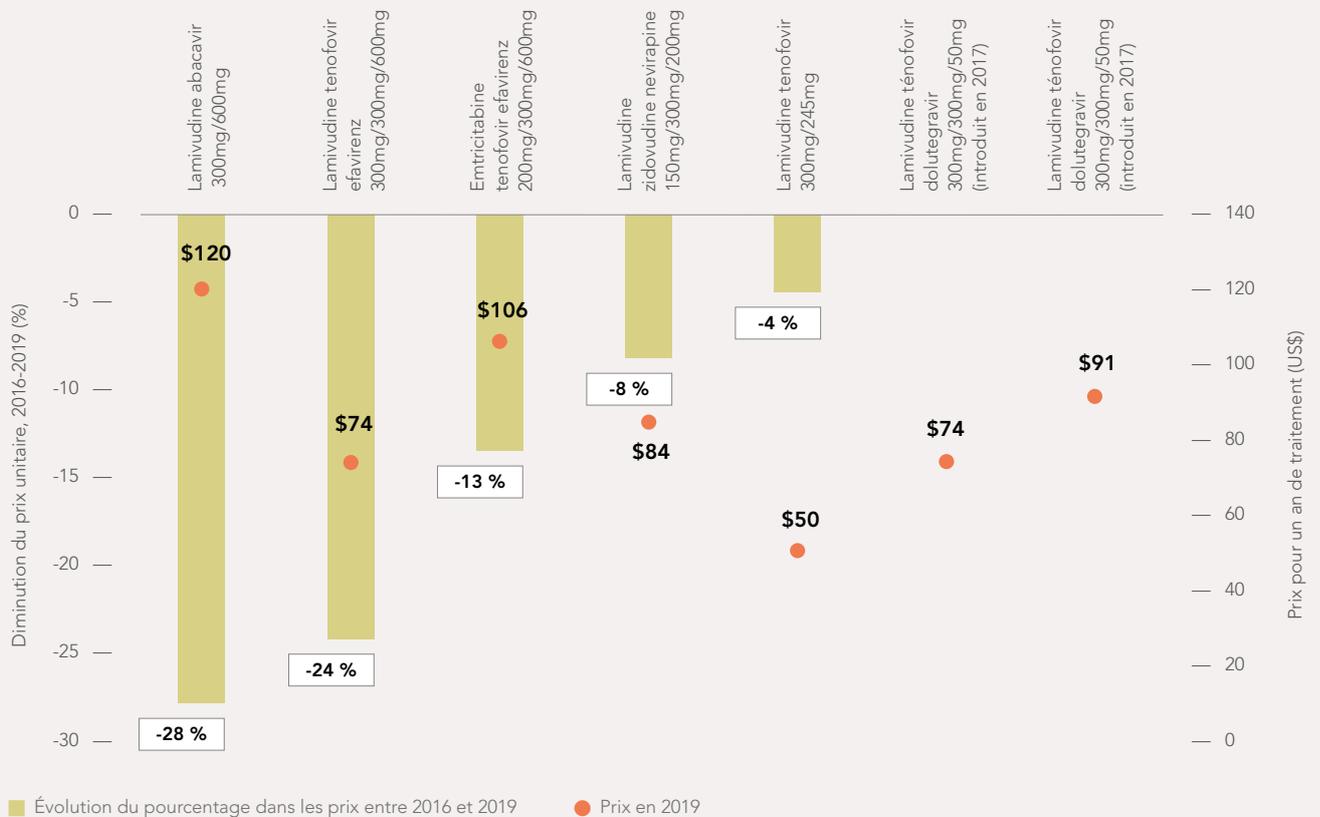
### LA PANDÉMIE DE COVID-19 MENACE LES FOURNITURES ET LES PRIX DES TRAITEMENTS CONTRE LE VIH

Les perturbations causées par la pandémie de COVID-19 menacent l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux vitaux et ajoutent au risque d'une hausse des prix qui peut faire reculer les programmes de traitement du VIH des pays à faible et moyen revenu.

L'activisme de la société civile et la concurrence des fabricants de médicaments génériques ont fait baisser les prix des médicaments antirétroviraux d'environ 14 000 dollars US par personne et par an pour les traitements de première ligne dans les pays à revenu élevé en 1990 à environ 1 200 dollars US par an dans les pays à faible et moyen revenu en 2003 (272). En 2018, le prix par personne et par an en Afrique subsaharienne était inférieur à 100 dollars US pour la plupart des combinaisons à dose fixe qui comprennent le ténofovir (Figure 5.18) (273). Les prix des autres combinaisons à doses fixes ont également continué à baisser ces dernières années (274).

FIGURE 5.18

#### Évolution des prix des principaux médicaments antirétroviraux, 2016-2019



L'ONUSIDA estime que la valeur du marché des médicaments antirétroviraux génériques dans les pays à faible et moyen revenu s'élevait à quelque 1,8 milliard de dollars US en 2018. Environ 80 % des médicaments antirétroviraux génériques achetés par les pays à faible et moyen revenu sont actuellement fabriqués dans un seul pays : l'Inde (273, 275-277).

S'il reste une marge importante pour de nouvelles réductions de prix dans les pays où les médicaments antirétroviraux génériques ne sont pas encore facilement accessibles, les perturbations causées par la pandémie de COVID-19 pourraient avoir un effet inverse. Les confinements, l'arrêt de la production, la fermeture des frontières et les perturbations des transports menacent d'affecter l'approvisionnement en matériaux ainsi que la fabrication et la distribution des médicaments contre le VIH, le resserrement de l'offre pouvant entraîner une pression sur les prix du marché (278).

Par exemple, l'approvisionnement en matières premières essentielles (qui sont des précurseurs de principes pharmaceutiques actifs) a été affecté par les fermetures d'usines en Chine au cours du premier trimestre 2020. En mai 2020, des signes indiquaient que les prix des ingrédients pharmaceutiques actifs augmentaient pour le ténofovir, l'éfavirenz et le ritonavir. Les confinements en Inde et ailleurs ont également réduit la production des fabricants de médicaments antirétroviraux, tandis que les frais de transport aérien (à destination et en provenance de l'Inde) ont également augmenté (278).

Les estimations de l'ONUSIDA suggèrent que ces facteurs – et d'autres facteurs de coûts – pourraient augmenter le coût final de certains traitements antirétroviraux génériques de 10 à 25 % en quelques mois seulement si les risques imposés par la COVID-19 ne sont pas atténués (280). Les graves conséquences économiques de la pandémie de COVID-19, combinées à d'éventuelles fluctuations monétaires, laisseront de nombreux pays avec une faible capacité à absorber les augmentations de coûts de leurs programmes de traitement du VIH.

Les estimations de l'ONUSIDA et les données communiquées par les pays indiquent que plus de 80 % des personnes sous traitement contre le VIH dans les pays à faible et moyen revenu reçoivent des combinaisons de ténofovir/lamivudine/efavirenz, ou des combinaisons ténofovir/lamivudine/dolutegravir comme traitement de première ligne (278). Comme ces produits peuvent être confrontés à des retards potentiels dans la chaîne d'approvisionnement, il est essentiel de déterminer les risques qui pèsent sur les niveaux de stocks dans les pays, de prendre des précautions précoces pour éviter les ruptures de stock et d'anticiper d'éventuelles hausses de prix.

## Le financement du VIH pendant les crises mondiales

Les bouleversements liés à la pandémie de COVID-19 placent tous les pays devant des décisions difficiles en matière d'allocation des ressources. Les gains d'efficacité et les coupes budgétaires peuvent être mis en avant alors que les gouvernements cherchent des moyens de répondre à la demande croissante avec des ressources limitées. L'histoire récente suggère que la réponse au VIH pourrait être négativement affectée par cette prise de décision.

Au cours de la dernière décennie, le financement international de la lutte contre le VIH a été considérablement affecté après la crise financière mondiale de 2008-2009, la crise de la dette de la zone euro de 2012-2013 et la réaction de l'Union européenne à l'augmentation des flux de migrants et de réfugiés en 2014-2015. Au cours de ces périodes, les réductions de l'aide publique au développement pour le VIH ont été plus prononcées que les réductions de l'aide publique au développement pour la santé en général. Si la tendance de l'aide à la santé a largement suivi celle de

l'aide publique au développement totale en pourcentage des recettes publiques des pays donateurs, l'aide à la lutte contre le VIH a été durement touchée (Figure 5.19). Les effets ont été quelque peu compensés par l'augmentation du financement du gouvernement américain pour le VIH. L'aide publique au développement pour le VIH provenant d'autres donateurs a diminué au total, un pourcentage plus important étant alloué par des canaux multilatéraux. Le financement de la lutte contre le VIH par ces donateurs n'a pas encore retrouvé les niveaux d'avant 2014 (Figure 5.20).

Outre une crise sanitaire mondiale, la pandémie de COVID-19 et la riposte constituent un choc économique d'une ampleur sans précédent. Le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale s'attendent à ce que l'économie mondiale se contracte d'environ 3 % en 2020 (279, 280). Par comparaison, pendant la crise financière de 2008-2010, la croissance du PIB réel mondial a diminué de 0,1 % en 2009 (par rapport à 2008). L'OIT a prédit que la pandémie pourrait anéantir près de 7 % des heures de travail dans le monde d'ici la mi-2020, ce qui équivaut à 195 millions de travailleurs à temps plein (281).

FIGURE 5.19

### Aide publique au développement en pourcentage des recettes des gouvernements donateurs de tous les pays donateurs à l'exception des États-Unis d'Amérique, 2006-2018



Source : Creditor Reporting System (CRS). In : OECD.Stat [base de données]. OCDE ; c2020 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>, consulté au mois de mai 2020) ; Perspectives de l'économie mondiale, avril 2020 : le grand confinement. Washington (DC) : Fonds Monétaire International ; 2020 ; Données publiques de la Banque mondiale [base de données]. Washington (DC) : Banque mondiale ; c2020 ([data.worldbank.org](http://data.worldbank.org)) ; Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (voir <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Les recettes publiques diminuent, tout comme les investissements supplémentaires nécessaires pour protéger la population contre les perturbations sanitaires, sociales et économiques provoquées par la pandémie. Les pays à faible et moyen revenu sont particulièrement menacés : beaucoup sont déjà frappés par des ralentissements économiques, des sorties massives de capitaux et des interdictions de contracter des dettes (282). En Afrique subsaharienne, la croissance du PIB devrait ralentir, passant de 2,4 % en 2019 à bien moins de 2 % en 2020, marquant la première récession de la région en 25 ans (280). Les pays qui dépendent des exportations de matières premières – y compris les plus grandes économies de la région : L'Angola, le Nigeria et l'Afrique du Sud seront particulièrement touchés.

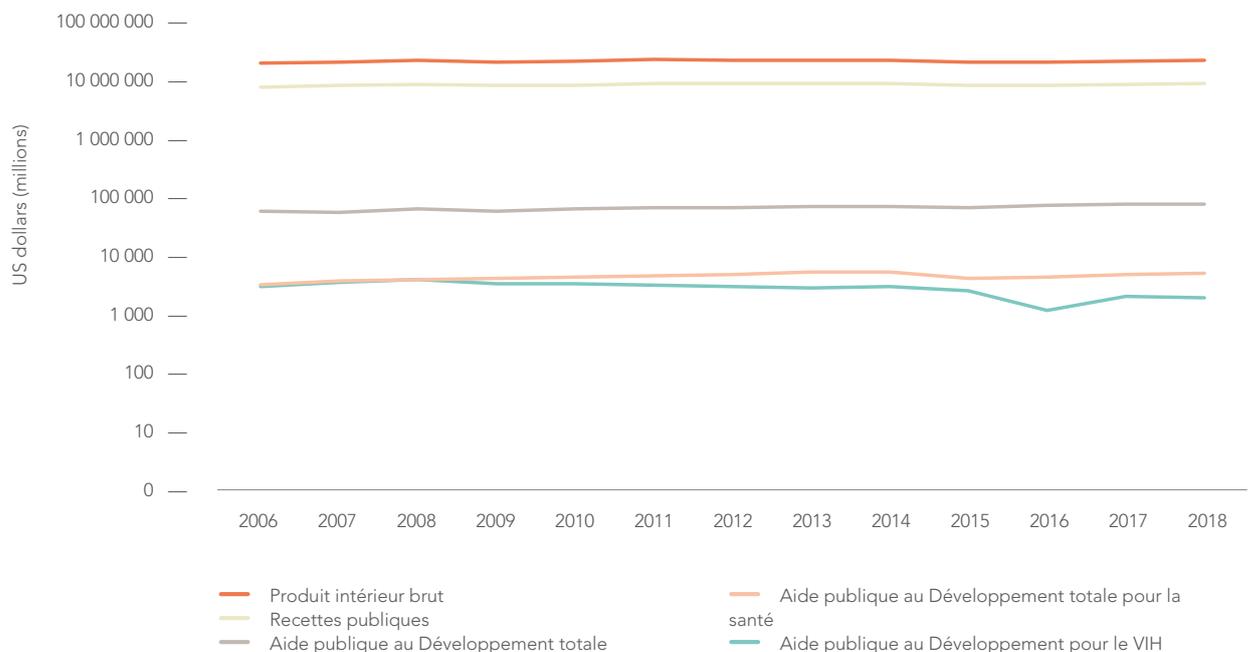
Les niveaux élevés d'exposition à la dette ajoutent à la vulnérabilité des pays. L'endettement s'est accru après la crise financière de 2009, les pays cherchant à combler le déficit d'épargne nationale pour l'investissement, encouragés par des taux d'intérêt exceptionnellement bas et des niveaux exceptionnels de liquidités mondiales. Toutefois, en raison de la faible croissance économique mondiale, les prix des matières premières n'ont pas connu une reprise suffisamment forte pour alimenter les poussées

de croissance économique attendues dans les pays à faible et moyen revenu. Même avant la pandémie de COVID-19, plus de 40 % des pays à faible revenu étaient endettés et considérés comme à haut risque ou en difficulté (283).

Il est fort probable que la plupart des pays à faible et moyen revenu auront besoin de ressources extérieures, y compris de financements à des conditions favorables, pour faire face à l'impact de la pandémie (283). En avril 2020, l'ONU a proposé une approche en trois phases pour l'allègement de la dette. Cela impliquerait un moratoire sur la dette, suivi d'un allègement ciblé de la dette, puis des mesures visant à résoudre les problèmes structurels de l'architecture internationale de la dette et à prévenir les défaillances (283). La Banque mondiale et le FMI ont appelé à une suspension temporaire du remboursement de la dette des pays les plus pauvres, en attendant d'autres actions visant à répondre aux besoins de financement et d'allègement de la dette (284). Le remboursement de la dette de certains pays à faible revenu a été suspendu en avril 2020, et les pays du G20 se sont engagés à libérer une marge fiscale de 20 milliards de dollars US pour que ces pays puissent riposter à la COVID-19 (285).

FIGURE 5.20

### Évolution de l'aide publique au développement et des variables macroéconomiques des pays donateurs (à l'exclusion des États-Unis), 2006-2018



Source : Creditor Reporting System (CRS) de l'OCDE. In : OECD.Stat [Internet]. OCDE ; c2020 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>, consulté au mois de mai 2020) ; Perspectives de l'économie mondiale, avril 2020 : le grand confinement. Washington (DC) : FMI ; 2020 ; Données publiques de la Banque mondiale [base de données]. Washington (DC) : Banque mondiale ; c2020 ([data.worldbank.org](http://data.worldbank.org)) ; Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (voir <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Note : Le graphique illustre l'aide publique au développement de tous les donateurs, à l'exception des États-Unis d'Amérique.

Note : L'axe des Y utilise une échelle logarithmique, ce qui permet d'afficher de grandes différences dans un même graphique. Entre deux points sur l'axe des Y, une différence est décuplée : la différence entre les deux premiers points sur l'axe des Y est de 9 dollars US, entre les deux points suivants, elle est de 90 dollars US, et entre les deux points supérieurs, elle est de 900 dollars US.



## LA FAUSSE ÉCONOMIE DES FRAIS D'UTILISATION

À mesure que la pandémie de COVID-19 progresse, les pressions budgétaires pourraient inciter à recourir davantage aux frais d'utilisation et à d'autres formes de paiements directs pour financer les soins de santé. Des décennies de preuves démontrent qu'un tel recours serait peu clairvoyant et contre-productif.

Selon la Banque mondiale, les habitants des pays à faibles et moyens revenus dépensent chaque année un demi trillion de dollars US – plus de 80 dollars US par personne – de leur poche pour accéder aux services de santé (286). Les dépenses totales (y compris les frais d'utilisation) ont plus que doublé dans les pays à faible et moyen revenu de 2000 à 2017, atteignant environ 40 % des dépenses totales de santé (Figure 5.21) (271). Elle comprenait des parts encore plus importantes dans certains des pays à revenu faible et moyen les plus peuplés, comme l'Inde (>65 %), l'Indonésie (>48 %) et le Pakistan (>66 %) (287, 288).

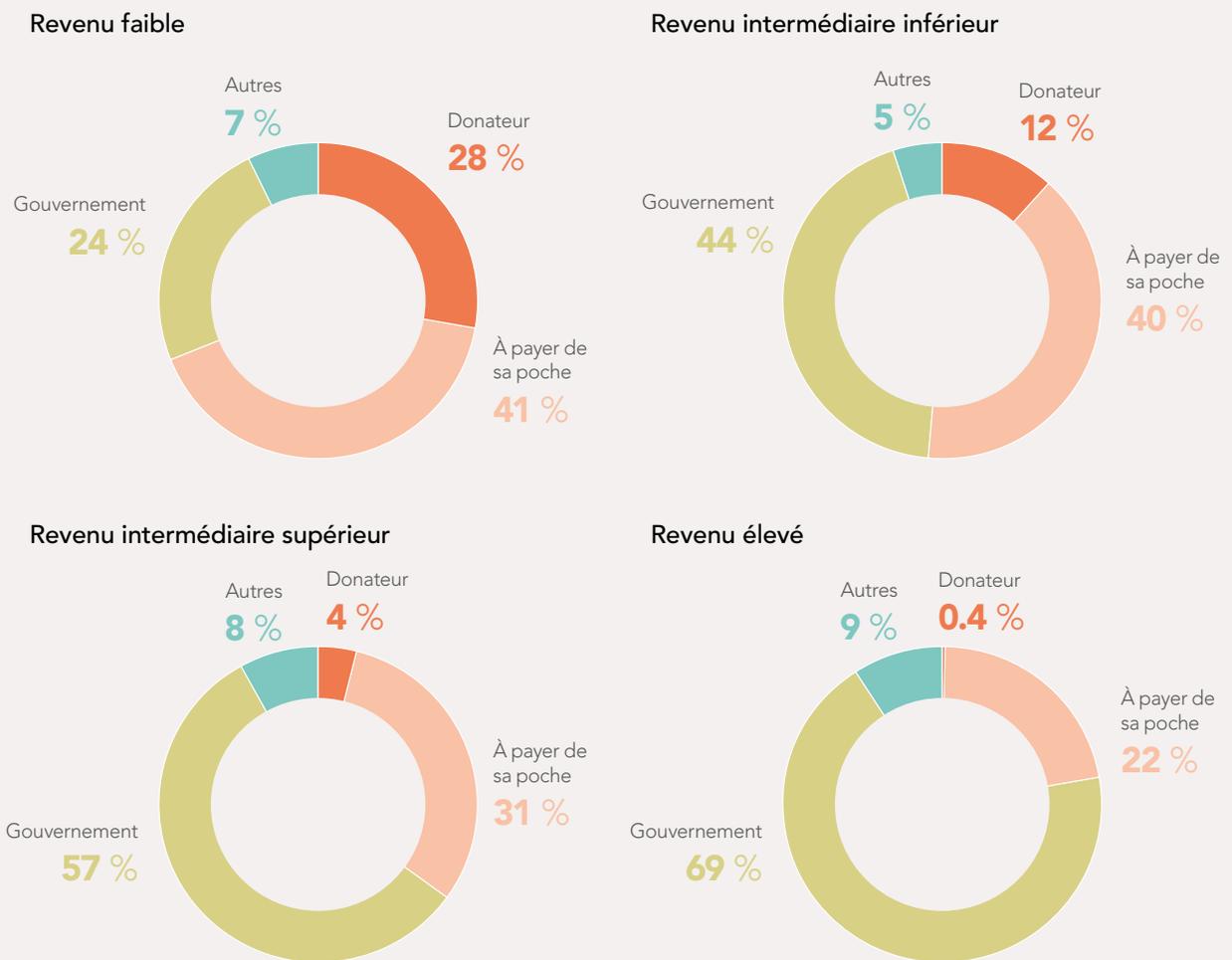
De même, les données recueillies en Afrique occidentale et centrale démontrent que les frais d'utilisation (sous la forme de ce que l'on appelle les frais de consultation ou les paiements requis pour les tests VIH, la numération des cellules CD4 et la charge virale ou d'autres tests de laboratoire) nuisent à l'utilisation d'une thérapie antirétrovirale théoriquement gratuite, empêchent les gens de rester en contact avec les soins et réduisent la qualité des soins (en raison des infections opportunistes non diagnostiquées) (289). D'autres études menées au Botswana, au Nigeria, au Sénégal et en Ouganda ont confirmé que les frais d'utilisation nuisent à l'observance du traitement contre le VIH (290-293).

Les frais ont des effets similaires sur l'utilisation générale des services de santé (294). Des enquêtes menées au Burundi, au Tchad, en République démocratique du Congo, en Haïti, au Mali et en Sierra Leone ont révélé que les frais dissuadent les gens de recourir aux établissements de santé publics, ce qui oblige beaucoup d'entre eux à retarder les soins, à chercher des soins de remplacement dans le secteur privé non réglementé ou à expérimenter l'autotraitement (295). Les frais d'utilisation constituent également un mécanisme de financement inefficace pour les services de santé, les augmentations de recettes prévues et les améliorations de la qualité des services étant généralement mineures ou inexistantes (294, 296-298).

Les frais d'utilisation sont une fausse économie. Des sommes importantes sont investies dans des programmes de santé visant à atteindre tous ceux qui en ont besoin, tels que les programmes mondiaux de dépistage et de traitement du VIH, de prévention et de traitement de la tuberculose, et de santé maternelle et infantile. Lorsque des frais d'utilisation et d'autres frais supplémentaires (tels que des frais de consultation ou de présence) sont imposés dans les établissements de santé, ces frais empêchent les pauvres et les plus vulnérables d'accéder à ces services ou d'en bénéficier, ce qui compromet les objectifs de ces investissements.

FIGURE 5.21

**Dépenses de santé par source, par niveau de revenu des pays, 2017**



Source : Dépenses mondiales de santé : un monde en transition. Genève : OMS ; 2019 ([https://www.who.int/health\\_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2019.pdf?ua=1), consulté le 8 juin 2020).  
 Note : Parts des dépenses globales de santé en 2017.

## Pas de simples compromis

Alors que la pandémie de COVID-19 se développe, les systèmes et programmes mis en place pour maîtriser les épidémies et tenir les menaces sanitaires à distance doivent être maintenus. Il n'existe pas de compromis simple : en prenant des décisions d'allocation, les gouvernements et les partenaires de développement doivent tenir compte des répercussions sur le reste du paysage de la santé publique (299).

L'épidémie d'Ebola de 2014-2015 en Afrique occidentale offre des enseignements instructifs. Une étude a estimé qu'une réduction de 50 % de l'accès aux services de santé pendant cette épidémie a entraîné 10 600 décès supplémentaires dus au paludisme, aux maladies liées au sida et à la tuberculose, soit presque autant que le nombre de décès directement causés par le virus Ebola (300). De nombreux rapports ont également fait état, pendant la crise de COVID-19, d'un accès perturbé aux services, notamment les soins maternels et la vaccination, les soins contre le VIH et la tuberculose, ainsi que la dialyse et le traitement du cancer. Une évaluation rapide en Inde, par exemple, a indiqué une baisse de près de 80 % des notifications quotidiennes de tuberculose en avril 2020 pendant le confinement du pays en raison de la COVID-19 (301). Jusqu'à 117 millions d'enfants dans le monde pourraient ne pas être vaccinés contre la rougeole en raison de la suspension des campagnes de vaccination pendant les périodes de confinement (299).

Une modélisation récente a estimé qu'une interruption de la thérapie antirétrovirale pendant six mois entraînerait, pour 20 % des personnes vivant avec le VIH, plus de 110 000 décès supplémentaires liés au sida (302). Une interruption complète de six mois de la thérapie antirétrovirale pourrait entraîner plus de 500 000 [471 000-673 000] décès supplémentaires dus à des maladies liées au sida (y compris la tuberculose) en Afrique subsaharienne en 2020-2021 (303). Cela correspondrait aux chiffres de 2008, lorsque le déploiement du traitement s'accélérait encore et que près d'un million de personnes dans cette région ont péri à la suite de maladies liées au sida. Une thérapie antirétrovirale perturbée alimenterait l'incidence du VIH et accélérerait la propagation

de la résistance du VIH aux médicaments, ce qui retarderait encore plus la réponse du VIH (303, 304).

Le Fonds mondial a estimé que 28,5 milliards de dollars US sont nécessaires sur une période de 12 mois pour adapter les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme afin d'atténuer l'impact de la COVID-19, pour former et protéger les travailleurs de la santé, pour renforcer les systèmes de santé afin qu'ils ne s'effondrent pas, et pour riposter à la COVID-19, notamment par le dépistage, le tracking et l'isolement, et en fournissant des traitements dès qu'ils sont disponibles (305). Ce montant s'ajoute aux ressources déjà nécessaires pour maintenir les ripostes à ces trois maladies sur la bonne voie.

Sauver des vies mises en péril par la COVID-19 ne peut pas se faire au détriment de vies mises en danger par d'autres menaces. Le fait d'opposer les dépenses consacrées à la COVID-19 à celles consacrées à d'autres menaces potentielles pour la santé publique, telles que le VIH et la tuberculose, donne lieu à des arbitrages faux et préjudiciables. Ce rapport a décrit en détail la manière dont les succès des ripostes au VIH, à la tuberculose, au paludisme, au virus Ebola et à d'autres maladies transmissibles sont des contributions essentielles à la riposte à la COVID-19.

De même, l'échec collectif du monde à atteindre les objectifs de 2020 en matière de VIH révèle des faiblesses systémiques et des inégalités bien ancrées. Les lacunes dans la riposte au VIH soulèvent des questions sur ce qui aurait pu être réalisé. Et si la stratégie accélérée de l'ONUSIDA avait été pleinement mise en œuvre ? Et si les capacités de riposte aux pandémies mondiales avaient été plus fortes quand la COVID-19 a infecté le premier humain ? La communauté internationale ne peut pas réécrire l'histoire, mais elle peut avancer ensemble sur la base d'un engagement commun à faire des investissements importants dans la capacité de riposte à la pandémie mondiale et dans les systèmes de santé communautaires qui sont devenus l'épine dorsale des programmes de lutte contre le VIH dans le monde (306).



## Références

1. Mayhew SH, Sweeney S, Warren C, Collumbien M, Ndwiga C, Mutemwa R et al. Numbers, people and multiple truths: how interactions influence integration. Insights from case studies of HIV and reproductive health services delivery in Kenya. *Health Policy Plan.* 2017;32(Suppl4):iv67-iv81.
2. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018;6(11):e1196-e1252.
3. Warren C, Hopkins J, Narasimhan M, Collins L, Askew A, Mayhew SH. Health systems and the SDGs: lessons from an integrated HIV and SRHR health systems response. *Health Policy Plan.* 2017;32(Suppl 4):iv102-iv107.
4. Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la couverture maladie universelle. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 10 octobre 2019. In : Soixante-quatorzième session de l'Assemblée générale New York : Assemblée générale des Nations unies ; 10 octobre 2019 (A/RES/74/2 ; <https://undocs.org/en/A/RES/74/2>).
5. Ooms G, Ottersen T, Jahn A, Agyepong IA. Addressing the fragmentation of global health: the Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. *The Lancet.* 2018 Sep 29;392(10153):1098-9.
6. PITCH, Aidsfonds, Frontline AIDS. Towards transformative integration of the HIV/AIDS response into Universal Health Coverage: experiences from Indonesia, Kenya, Uganda and Ukraine. Amsterdam: Aidsfonds; 2019 ([https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2019/03/0034-PITCH\\_Global-Report\\_WEB.pdf](https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2019/03/0034-PITCH_Global-Report_WEB.pdf), consulté le 14 juin 2014).
7. Bureau de l'inspecteur général du Fonds mondial. Rapport d'audit : Processus de gestion de la transition du Fonds mondial. Genève : Le Fonds mondial ; 2018 ([https://www.theglobalfund.org/media/7634/oig\\_gf-oig-18-017\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/7634/oig_gf-oig-18-017_report_en.pdf), consulté le 14 juin 2014).
8. Sparkes SP, Kutzin J. HIV prevention and care as part of universal health coverage. *Bull World Health Organ.* 2020;98(2):80-80A.
9. Le VIH et la couverture maladie universelle : un guide pour la société civile. Genève : ONUSIDA ; 2019.
10. Kittelsen SK, Fukuda-Parr S, Storeng KT. Editorial: the political determinants of health inequities and universal health coverage. *Globalization Health.* 2019;15(Suppl 1):73.
11. Sanders D, Nandi S, Labonté R, Vance C, Van Damme W. From primary health care to universal health coverage— one step forward and two steps back. *The Lancet.* 2019;394:619-20.
12. Ooms G, Kruja K. The integration of the global HIV/AIDS response into universal health coverage: desirable, perhaps possible, but far from easy. *Globalization Health.* 2019;15(1):41.
13. Vermeulen M, Stegling C. Shattering the myths around "universal" health coverage. In: Frontline AIDS [Internet]. 15 mars 2019. Hove (Royaume-Uni) : Frontline AIDS ; c2020 (<https://frontlineaids.org/shattering-the-myths-around-universal-health-coverage/>, consulté le 14 juin 2020).
14. Rajan D, Mathurapote N, Putthasri W, Posayanonda T, Pinprateep P, de Courcelles S et al. The triangle that moves the mountain : nine years of Thailand's National Health Assembly (2008-2016). Genève : OMS ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260464/WHO-UHC-HGF-HGS-2017.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 14 juin 2020).
15. Jacobs B, Ir P, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health Policy Plan.* 2012;27(4):288-300.
16. Msuya J. Horizontal and vertical delivery of health services: what are the trade-offs? Washington, DC : Banque mondiale ; 2005.
17. De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *Br J Gen Pract.* 2008;58(546):3-4.
18. Bulstra C, Hontelez J, Atun R, Barnighausen T. Integration as a growing priority in the context of the HIV response: defining the scope of integration. Paper presented to the Technical Consultation on HIV Integration with other health services: 2025 target setting, and 2021–2030 resource needs and impact estimation. Rio de Janeiro ; mars 2020.
19. Church K, Wringe A, Lewin S, Ploubidis GB, Fakudze P; Integra Initiative et al. Exploring the feasibility of service integration in a low-income setting: a mixed methods investigation into different models of reproductive health and HIV care in Swaziland. *PLoS ONE.* 2015;10(5):e0126144.
20. Shigayeva A, Atun R, McKee M, Coker R. Health systems, communicable diseases and integration. *Health Policy Plan.* 2010;25:i4-i20.

21. Mayhew SH, Hopkins J, Warren CE. Building integrated health systems: lessons from HIV, sexual and reproductive health integration. *Health Policy Plan.* 2017;32(S4):iv1-iv5.
22. Rosenberg NE, Bhushan NL, Vansia D, Phanga T, Maseko B, Nthani T et al. Comparing youth-friendly health services to the standard of care through "Girl Power-Malawi": a quasi-experimental cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;79(4):458-66.
23. Ngo AD, Ha TH, Rule J, Dang CV. Peer-based education and the integration of HIV and sexual and reproductive health services for young people in Vietnam: evidence from a project evaluation. *PLoS One.* 2013;8(11):e80951.
24. Narasimhan M, Yeh PT, Haberlen S, Warren CE, Kennedy CE. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. *Reprod Health.* 2019;16(Suppl 1):61.
25. Mansoor LE, Yende-Zuma N, Baxter C, Mngadi KT, Dawood H, Gengiah TN et al. Integrated provision of topical pre-exposure prophylaxis in routine family planning services in South Africa: a non-inferiority randomized controlled trial. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(9):e25381.
26. Davey D, Myer L, Bukusi E, Ramogola-Masire D, Kilembe W, Klausner JD. Integrating human immunodeficiency virus and reproductive, maternal and child, and tuberculosis health services within national health systems. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13(3):170-6.
27. Wilcher R, Hoke T, Adamchak SE, Cates W Jr. Integration of family planning into HIV services: a synthesis of recent evidence. *AIDS.* 2013;27(Suppl 1):S65-75.
28. Kiragu K, Collins L, Von Zinkernagel D, Mushavi A. Integrating PMTCT into maternal, newborn, and child health and related services: experiences from the Global Plan priority countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;75(Suppl 1):S36-S42.
29. Price JE, Leslie JA, Welsh M, Binagwaho A. Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: a measure of quantitative effects. *AIDS Care.* 2009;21(5):608-14.
30. Mutabazi JC, Zarowsky C, Trottier H. The impact of programs for prevention of mother-to-child transmission of HIV on health care services and systems in sub-Saharan Africa—a review. *Public Health Rev.* 2017;38:28.
31. Aliyu MH, Blevins M, Audet CM, Kalish M, Gebi UI, Onwuekwe O et al. Integrated prevention of mother-to-child HIV transmission services, antiretroviral therapy initiation, and maternal and infant retention in care in rural north-central Nigeria: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet HIV.* 2016;3(5):e202-e211.
32. Myer L, Phillips TK, Zerbe A, Brittain K, Lesosky M, Hsiao N-Y et al. Integration of postpartum healthcare services for HIV-infected women and their infants in South Africa: a randomised controlled trial. *PLoS Med.* 2018;15(3):e1002547.
33. Nair KS, Piang LLK, Tiwari VK, Raj S, Nandan D. Prevention of vertical transmission of HIV in India through service integration: lessons from Mysore District, Karnataka. *WHO South East Asia J Public Health.* 2013;2(2):121-7.
34. Nance N, Pendo P, Masanja J, Ngilangwa DP, Webb K, Noronha R et al. Short-term effectiveness of a community health worker intervention for HIV-infected pregnant women in Tanzania to improve treatment adherence and retention in care: a cluster-randomized trial. *PLoS ONE.* 2017;12(8):e0181919.
35. Washington S, Owuor K, Turan JM, Steinfeld RL, Onono M, Shade SB et al. Implementation and operational research: effect of integration of HIV care and treatment into antenatal care clinics on mother-to-child HIV transmission and maternal outcomes in Nyanza, Kenya: results from the SHAIIP cluster randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(5):e164-e171.
36. Whembolua GS, Muvuka B, Tshiswaka DI, Conserve DF. Socio-structural factors influencing the prevention of mother-to-child transmission of HIV in the Democratic Republic of the Congo: a systematic review. *Matern Child Health J.* 2019;23(7):880-9.
37. Going the "last mile" to EMTCT: a road map for ending the HIV epidemic in children. New York : UNICEF ; 2020.
38. Gupta S, Kabami J, Chamie G, Sang N, Kwarisiima D, Black D et al. Population-level HIV-free infant survival in the SEARCH trial. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 3 août – 3 novembre 2020. Résumé 134.
39. Estimations pédiatriques. Berne : Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les prévisions ; 2019.
40. Going the "last mile" to EMTCT: a road map for ending the HIV epidemic in children. New York : UNICEF ; 2020.
41. Achebe K, Isehak A, Golin RA, Quick T, Stern A, Ismail A. Strategies to improve retention of mother-baby pairs in PMTCT programs. New York : Child Survival Working Group ; 2018 (<https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2018-07/02-Strategies-to-improve-retention-CSWG.pdf>, consulté le 14 juin 2020).

42. Yourkavitch J, Hassmiller Lich K, Flax VL, Okello ES, Kadzandira J, Katahoire AR et al. Interactions among poverty, gender, and health systems affect women's participation in services to prevent HIV transmission from mother to child: a causal loop analysis. *PLoS One*. 2018;13:e0197239.
43. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(12):CD010994.
44. Our impact 2017: mothers2mothers annual evaluation. Cape Town: mothers2mothers; 2018 ([https://www.m2m.org/wp-content/uploads/2018/07/18\\_0719\\_AnnualEvaluation\\_Onepager\\_FINALNoMarks.pdf](https://www.m2m.org/wp-content/uploads/2018/07/18_0719_AnnualEvaluation_Onepager_FINALNoMarks.pdf)).
45. Igumbor JO, Ouma J, Otwombe K, Musenge E, Anyanwu FC, Basera T et al. Effect of a Mentor Mother Programme on retention of mother–baby pairs in HIV care: a secondary analysis of programme data in Uganda. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223332.
46. Rapport mondial sur la tuberculose, 2019. Genève : OMS ; 2019.
47. Cité dans : Davey DJ, Myer L, Bukusi E, Ramogola-Masire D, Kilembe W, Klausner JD. Integrating human immunodeficiency virus and reproductive, maternal and child and tuberculosis health services within national health systems. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016;13(3):170-6.
48. Kalonji D, Mahomed OH. Health system challenges affecting HIV and tuberculosis integration at primary healthcare clinics in Durban, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):e1-e7.
49. Churchyard GJ, Mamejia LD, Mvusi L, Ndjeka N, Hesselting AC, Reid A et al. Tuberculosis control in South Africa: successes, challenges and recommendations. *S Afr Med J*. 2014;104(3 Suppl 1):244-8.
50. Naidoo K, Gengiah S, Singh S, Stillo J, Padayatchi N. Quality of TB care among people living with HIV: gaps and solutions. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. 2019;17:100122.
51. Sinai I, Cleghorn F, Kinkel HF. Improving management of tuberculosis in people living with HIV in South Africa through integration of HIV and tuberculosis services: a proof of concept study. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):711.
52. Herce ME, Morse J, Luhanga D, Harris J, Smith HJ, Besa S et al. Integrating HIV care and treatment into tuberculosis clinics in Lusaka, Zambia: results from a before-after quasi-experimental study. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):536.
53. Burnett SM, Zawedde-Muyanja S, Hermans SM, Weaver MR, Colebunders R, Manabe YC. Effect of TB/HIV integration on TB and HIV indicators in rural Ugandan health facilities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;79(5):605-11.
54. Rapport mondial sur l'hépatite 2017. Genève : OMS ; 2017.
55. Socías ME, Karamouzian M, Parent S, Barletta J, Bird K, Ti L. Integrated models of care for people who inject drugs and live with hepatitis C virus: a systematic review. *Int J Drug Policy*. 2019;72:146-59.
56. Rapport d'étape sur l'accès au traitement de l'hépatite C : l'accent est mis sur la suppression des obstacles dans les pays à faible et moyen revenu. Genève : OMS ; 2018.
57. Solomon SS, Quinn TC, Solomon S, McFall AM, Srikrishnan AK, Verma V et al. Integrating HCV testing with HIV programs improves hepatitis C outcomes in people who inject drugs: a cluster-randomized trial. *J Hepatol*. 2020;72(1):67-74.
58. Clipman SJ, Mehta SH, Srikrishnan AK, Zook KJ, Dugga P, Mohapatra S et al. Explosive HIV and HCV epidemics driven by network viraemia among people who inject drugs. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 3 août – 3 novembre 2020. Résumé 147.
59. Ratmann O, Kagaayi J, Hall M, Golubchick T, Kigozi G, Xi X et al. Quantifying HIV transmission flow between high-prevalence hotspots and surrounding communities: a population-based study in Rakai, Uganda. *Lancet HIV*. 2020;7(3):e173-e183.
60. Estimations de la santé mondiale en 2016 : décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2016. Genève : OMS ; 2018 ([https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/), consulté le 14 juin 2020).
61. Patel P, Rose CE, Collins PY, Nuche-Berenguer B, Sahasrabudde W, Pehrah E et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2018 Jul 1;32(Suppl1):S5-S20.
62. Pokhrel KN, Gaulee Pokhrel K, Neupane SR, Sharma VD. Harmful alcohol drinking among HIV-positive people in Nepal: an overlooked threat to anti-retroviral therapy adherence and health-related quality of life. *Glob Health Action*. 2018;11(1):1441783.
63. Integrating Tobacco Control into Tuberculosis and HIV Responses. In: UNDP.org [Internet]. 25 septembre 2018. New York : PNUD ; c2020 (<https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/integrating-tobacco-control-into-tuberculosis-and-hiv-responses.html>, consulté le 14 juin 2020).

64. Duffy M, Ojikutu B, Andrian S, Sohgn E, Minior T, Hirschhorn LR. Non-communicable diseases and HIV care and treatment: models of integrated service delivery. *Trop Med Int Health*. 2017;22(8):926-37.
65. Njuguna B, Vorkoper S, Patel P, Reid MJA, Vedanthan R, Pfaff C et al. Models of integration of HIV and noncommunicable disease care in sub-Saharan Africa: lessons learned and evidence gaps. *AIDS*. 2018;32(Suppl1):S33-S42.
66. Chamie G, Kanya MR, Petersen ML, Havlir DV. Reaching 90–90–90 in rural communities in East Africa: lessons from the Sustainable East Africa Research in Community Health Trial. *Curr Opin HIV AIDS*. 2019;14(6):449-54.
67. Rawat A, Uebel K, Moore D, Yassi A. Integrated HIV care into primary health care clinics and the influence on diabetes and hypertension care: an interrupted time series analysis in Free State, South Africa over 4 years. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;77(5):476-83.
68. Watt N, Sigfrid L, Legido-Quigley H, Hogarth S, Maimaris W, Otero-García L et al. Health systems facilitators and barriers to the integration of HIV and chronic disease services: lessons learnt from a systematic review. *Health Policy Plan*. 2017;32(Suppl4):iv13-iv26.
69. Rabkin M, de Pinho H, Michaels-Strasser S, Naitore D, Rawat A, Topp SM. Strengthening the health workforce to support integration of HIV and noncommunicable disease services in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 2018 Jul 1;32(Suppl 1):S47-S54.
70. Aranda S, Berkley S, Cowal S, Dybul M, Evans T, Iversen K et al. Ending cervical cancer: a call to action. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;138(Suppl 1):4-6.
71. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjose S, Sariya M, Ferlay J et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *The Lancet*. 2020;8(2):e191-e203.
72. Kelly H, Weiss HA, Benavente Y, de Sanjose S, Mayaud P; ART and HPV Review Group. Association of antiretroviral therapy with high-risk human papillomavirus, cervical intraepithelial neoplasia, and invasive cervical cancer in women living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2018;5(1):e45-e58.
73. Le Bureau de l'OMS recommande l'adoption de la stratégie d'élimination du cancer du col de l'utérus. In : who.int [Internet]. 5 février 2020. Genève : OMS ; c2020 (<https://www.who.int/news-room/detail/05-02-2020-who-eb-recommends-the-adoption-of-the-strategy-for-elimination-of-cervical-cancer#:~:text=The%20proposed%20resolution%20recommends%20that,for%20the%20period%202020%E2%80%932030>, consulté le 14 juin 2020).
74. Prévention et lutte contre le cancer du col de l'utérus : accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique. Projet de résolution. In : 146e session du Conseil exécutif. OMS ; 4 février 2020 (EB146/CONF/5 ; [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\\_CONF5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_CONF5-en.pdf)).
75. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, Drolet M, Gingras G, Burger EA et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *The Lancet*. 2020;395(10224):P575-90.
76. Jit M, Brisson M, Portnoy A, Hutubessy R. Cost-effectiveness of female human papillomavirus vaccination in 179 countries: a PRIME modelling study. *Lancet Glob Health*. 2014;2:406-14.
77. Bruni L, Díaz M, Barrionuevo-Rosas L, Herrero R, Bray F, Bosch FX et al. Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *Lancet Glob Health*. 2016;4(7):e453-e463.
78. Hewett PC, Nalubamba M, Bozzani F, Digitale J, Vu L, Yam E et al. Randomized evaluation and cost-effectiveness of HIV and sexual and reproductive health service referral and linkage models in Zambia. *BMC Public Health*. 2016;16:785.
79. Sigfrid L, Murphy G, Haldane V, Chuah FLH, Ong SE, Cervero-Licerias F et al. Integrating cervical cancer with HIV healthcare services: a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(7):e0181156.
80. Watts DH, Albertini J, Cazier C, Kuzmich H, Shakarishvili A, Prainito A et al. Lessons learned from implementation of cervical cancer screening in HIV treatment settings in the U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Aortic Conference, Maputo, 5–8 novembre. Présentation.
81. Les liens peu connus entre le cancer du col de l'utérus et le VIH. In : UNAIDS.org [Internet]. 31 mai 2019. Genève : ONUSIDA ; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/may/20190531\\_cervical-cancer-hiv](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/may/20190531_cervical-cancer-hiv), consulté le 14 juin 2020).
82. Khozaim K, Orang'o E, Christoffersen-Deb A, Itsura P, Oguda J, Muliro H et al. Successes and challenges of establishing a cervical cancer screening and treatment program in western Kenya. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124(1):12-8.
83. Shiferaw N, Salvador-Davila G, Kassahun K, Brooks MI, Weldegebreal T, Tilahun Y et al. The single-visit approach as a cervical cancer prevention strategy among women with HIV in Ethiopia: successes and lessons learned. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(1):87-98.

84. Economic and social consequences of cancer in Kenya: case studies of selected households. Washington, DC : Banque mondiale ; avril 2020.
85. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411-20.
86. Jonsson GN, Davies N, Freeman C, Joska J, Prahad S, Thom R et al. Management of mental health disorders in HIV-positive patients. *S Afr J HIV Med*. 2013;4:155-65.
87. Kendall CE, Wong J, Taljaard M, Glazier RH, Hogg W, Younger J et al. A cross-sectional, population-based study measuring comorbidity among people living with HIV in Ontario. *BMC Public Health*. 2014;14:161.
88. Bhatia MS, Munjal S. Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing antiretroviral therapy and factors associated with it. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(10):WC01-4.
89. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):181-7.
90. Coleman SM, Blashill AJ, Gandhi RT, Safren SA, Freudenreich O. Impact of integrated and measurement-based depression care: clinical experience in an HIV clinic. *Psychosomatics*. 2012;53:51-7.
91. Rodkjaer LO, Laursen T, Seeberg K, Drouin M, Johanse H, Dyrehave C et al. The effect of a mind-body intervention on mental health and coping self-efficacy in HIV-infected individuals: a feasibility study. *J Altern Complement Med*. 2017;23:326-30.
92. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, Ong SE, Sigrid LA, Murphy G et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2017;32(Suppl 4):iv27-iv47.
93. Chisholm D, Johansson KA, Raykar N, Megiddo I, Nigam A, Strand KB et al. Universal health coverage for mental, neurological, and substance use disorders: an extended cost-effectiveness analysis. In : Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME, eds. *Mental, neurological, and substance use disorders, disease control priorities*. Troisième édition. Washington, DC : Banque mondiale ; 2016.
94. Dhana A, Luchters S, Moore L, Lafort Y, Roy A, Scorgie F et al. Systematic review of facility-based sexual and reproductive health services for female sex workers in Africa. *Global Health*. 2014;10:46.
95. Rinaldi G, Kiadaliri AA, Haghparast-Bidgoli H. Cost effectiveness of HIV and sexual reproductive health interventions targeting sex workers: a systematic review. *Cost Eff Resour Alloc*. 2018;16:63.
96. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: a mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218654.
97. McNultyk A, Bourne C. Transgender HIV and sexually transmitted infections. *Sex Health*. 2017;14(5):451-5.
98. Lama JR, Mayer KH, Perez-Brumer AG, Huerta L, Sanchez J, Clark JL et al. Integration of gender-affirming primary care and peer navigation with HIV prevention and treatment services to improve the health of transgender women: protocol for a prospective longitudinal cohort study. *JMIR Res Protoc*. 2019;8(6):e14091.
99. Reisner SL, Perez-Brumer AG, McLean SA, Lama JR, Silva-Santisteban A, Huerta L et al. Perceived barriers and facilitators to integrating HIV prevention and treatment with cross-sex hormone therapy for transgender women in Lima, Peru. *AIDS Behav*. 2017;21(12):3299-311.
100. Baruah D, Dange A, Rawat S, Chakrapani V, Solomon S, Srikrishnane AK et al. Facilitators and barriers toward HIV self-testing among transgender women in Mumbai and Delhi, India. *Dixième conférence de la Société internationale du sida, Mexico, 21-24 juillet 2019. Résumé TUPEC457*.
101. Silva-Santisteban A, Eng S, de la Iglesia G, Falistocco C, Mazin R. HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(3Suppl2):20799.
102. Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Servicios de Atención Integral Hospitalaria. Mexico City: Government of Mexico; 2015 (<https://www.gob.mx/censida/acciones-y-programas/centros-de-atencion-sais-y-capasits>).
103. Solomon SS, Solomon S, McFall AM, Srikrishnan AK, Anand S, Verma V et al. Integrated HIV testing, prevention, and treatment intervention for key populations in India: a cluster-randomised trial. *Lancet HIV*. 2019;6(5):e283-e296.
104. Simeone C, Shapiro B, Lum PJ. Integrated HIV care is associated with improved engagement in treatment in an urban methadone clinic. *Addict Sci Clin Pract*. 2017;12(1):19.
105. Miller WC, Hoffman IF, Hanscom BS, Ha TV, Dumchev K, Djoerban Z et al. A scalable, integrated intervention to engage people who inject drugs in HIV care and medication-assisted treatment (HPTN 074): a randomised, controlled phase 3 feasibility and efficacy study. *Lancet*. 2018;392(10149):747-59.
106. Hung V, Nguyen ST, Tieu VT, Nguyen TTT, Duong TH, Lyss S et al. Evaluation of the integrated clinic model for HIV/AIDS services in Ho Chi Minh City, Viet Nam, 2013–2014. *Public Health Action*. 2016;6(4):255-60.

107. Kamarulzaman A, Verster A, Altice FL. Prisons: ignore them at our peril. *Curr Opin HIV AIDS*. 2019;14(5):415-22.
108. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *The Lancet*. 2011;377:956-65.
109. Maggard KR, Hatwiinda S, Harris JB, Phiri W, Krüüner A, Kaunda K et al. Screening for tuberculosis and testing for human immunodeficiency virus in Zambian prisons. *Bull World Health Organ*. 2015;93(2):93-101.
110. Mpawa H, Kwekwesa A, Amberbir A, Garone D, Dviala OH, Kawalazira G et al. Virological outcomes of antiretroviral therapy in Zomba central prison, Malawi; a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2017 Aug 2;20(1):21623.
111. Sacks E, Machekano R, Ochuka B, Mafaune H, Chadambuka A, Otieno C et al. Impact of POC vs laboratory-based testing for early infant HIV diagnosis: results of a cluster-randomized stepped-wedge trial in Kenya and Zimbabwe. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 3 août – 3 novembre 2020. Résumé 132.
112. Bianchi F, Cohn J, Sacks E, Bailey R, Lemaire JF, Machekano R et al. Evaluation of a routine point-of-care intervention for early infant diagnosis of HIV: an observational study in eight African countries. *Lancet HIV*. 2019;6(6):e373-81.
113. Chibwesa C. A randomized trial of point-of-care early infant HIV diagnosis in Zambia. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, 8–11 mars 2020. Résumé 133 (<http://www.croiwebcasts.org/console/player/44816?mediaType=slideVideo&>).
114. Francke JA, Penazzato M, Hou T, Abrams EJ, MacLean RL, Myer L et al. Clinical impact and cost-effectiveness of diagnosing HIV infection during early infancy in South Africa: test timing and frequency. *J Infect Dis*. 2016;214(9):1319-28.
115. Jani I, Meggi B, Loquiha O, Tobaiwa O, Mudenyanga C, Mutsaka D et al. Effect of point-of-care testing on antiretroviral therapy initiation rates in infants. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, 13–16 février 2017. Résumé 26.
116. McCann N, Cohn J, Flanagan C, Sacks E, Mukherjee S, Chadambuka A et al. Early infant diagnosis: strengthen existing systems or invest in point-of-care? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 3 août – 3 novembre 2020. Résumé 785.
117. Jani IV, Meggi B, Loquiha O, Tobaiwa O, Mudenyanga C, Zitha A et al. Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients. *AIDS*. 2018;32(11):1453-63.
118. Mwenda R, Fong Y, Magombo T, Saka E, Midiani D, Mwase C et al. Significant patient impact observed upon implementation of point-of-care early infant diagnosis technologies in an observational study in Malawi. *Clin Infect Dis*. 2018;67(5):701-7.
119. Ahmed S, Kim MH, Sugandhi N, Phelps BR, Sabelli R, Diallo MO et al. Beyond early infant diagnosis: case finding strategies for identification of HIV-infected infants and children. *AIDS*. 2013;27:S235-S245.
120. Violari A, Cotton MF, Gibb DM, Babiker AG, Steyn J, Madhi SA et al. Early antiretroviral therapy and mortality among HIV-infected infants. *N Engl J Med*. 2008;359(21):2233-44.
121. Wamalwa D, Benki-Nugent S, Langat A, Tapia K, Ngugi E, Slyker JA et al. Survival benefit of early infant antiretroviral therapy is compromised when diagnosis is delayed. *Pediatr Infect Dis J*. 2012;31(7):729-31.
122. Kabue MM, Buck WC, Wanless SR, Cox CM, McCollum ED, Caviness AC et al. Mortality and clinical outcomes in HIV-infected children on antiretroviral therapy in Malawi, Lesotho, and Swaziland. *Pediatrics*. 2012;130(3):e591-99.
123. Sutcliffe CG, van Dijk JH, Bolton C, Persaud D, Moss WJ. Effectiveness of antiretroviral therapy among HIV-infected children in sub-Saharan Africa. *Lancet Infect Dis*. 2008;8(8):477-89.
124. Strategies for identifying and linking HIV-infected infants, children, and adolescents to HIV care and treatment. Washington (DC) : PEPFAR ; 2016 (<https://www.pepfar.gov/documents/organization/244347.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
125. Improving HIV service delivery for infants, children and adolescents: a framework for country programming. New York : UNICEF ; 2020.
126. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. *Trop Med Int Health*. 2017;22:1021-9.
127. Jubilee M, Park FJ, Chipango K, Pule K, Machinda A, Tarubekera N. HIV index testing to improve HIV positivity rate and linkage to care and treatment of sexual partners, adolescents and children of PLHIV in Lesotho. *PLoS One*. 2019 Mar 27;14(3):e0212762.
128. Wagner AD, Mugo C, Njuguna IN, Maleche-Obimbo E, Sherr K, Inwani IW et al. Implementation and operational research: active referral of children of HIV-positive adults reveals high prevalence of undiagnosed HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(5):e83-e89.

129. Penda CI, Moukoko CEE, Koum DK, Fokam J, Meyong CAZ, Talla S et al. Feasibility and utility of active case finding of HIV-infected children and adolescents by provider-initiated testing and counselling: evidence from the Laquintinie hospital in Douala, Cameroon. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):259.
130. Agbeko F, Fiawoo M, Djadou KE, Takassi E. Provider-initiated testing and counseling in pediatric units in Togo, 2013–2014: results of two years implementation. *J AIDS Clin Res.* 2017;8(5):1000697.
131. Simon KR, Flick RJ, Kim MH, Sabelli RA, Tembo T, Phelps BR et al. Family testing: an index case finding strategy to close the gaps in pediatric HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;78(Suppl 2):S88-S97.
132. Joseph Davey D, Wall KM, Serrao C, Prins M, Feinberg M, Mtonjana N et al. HIV positivity and referral to treatment following testing of partners and children of PLHIV index patients in public sector facilities in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;81(4):365-70.
133. Luyrika E, Towle M, Achan J, Muhangi J, Senyimba C, Lule F et al. Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda. *PLoS ONE.* 2013;8(8):e69548.
134. Bollinger A, Chamla D, Kitetele F, Salamu F, Putta N, Tsague L et al. The impact of the family-centred approach on paediatric HIV in DRC. 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, 23–27 juillet 2018. Résumé 12507.
135. Essajee S, Putta N, Brusamento S, Penazzato M, Kean S, Mark D. Family-based index case testing to identify children with HIV. New York : Child Survival Working Group ; 2018 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/family-based-case-testing-paedHIV.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
136. Note d'information : mise à jour des recommandations sur les régimes antirétroviraux de première et de deuxième ligne, le traitement du VIH. Genève : OMS ; 2019.
137. Mishra S, Boily MC, Schwartz S, Beyrer C, Blanchard JF, Moses S et al. Data and methods to characterize the role of sex work and to inform sex work programs in generalized HIV epidemics: evidence to challenge assumptions. *Ann Epidemiol.* 2016;26(8):557-69.
138. Borquez A, Cori A, Pufall EL, Kasule J, Slaymaker E, Price A et al. The incidence patterns model to estimate the distribution of new HIV infections in sub-Saharan Africa: development and validation of a mathematical model. *PLoS Med.* 2016;13(9):e1002121.
139. Steen R, Hontelez JA, Veraart A, White RG, de Vlas SJ. Looking upstream to prevent HIV transmission: can interventions with sex workers alter the course of HIV epidemics in Africa as they did in Asia? *AIDS.* 2014;28(6):891-99.
140. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *The Lancet.* 2005;366:2123-34.
141. Kerrigan DL, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low- and middle-income countries. *AIDS Behav.* 2013;17(6):1926-40.
142. Gaikwad SS, Bhende A, Nidhi G, Saggurti N, Ranebennur V. How effective is community mobilisation in HIV prevention among highly diverse sex workers in urban settings? The Aastha intervention experience in Mumbai and Thane districts, India. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66:ii69-ii77.
143. Silhol R, Mishra S, Borwing AL, Mukandavire C, Rao A, Schwartz S et al. Role of key populations and past interventions on HIV transmission in Cameroon. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 8–11 mars 2020. Résumé 861.
144. Busza J, Chiyaka T, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Chabata S et al. Enhancing national prevention and treatment services for sex workers in Zimbabwe: a process evaluation of the SAPPH-IRe trial. *Health Policy Plan.* 2019;34(5):337-45.
145. Eakle R, Bourne A, Mbogua J, Mutanha N, Rees H. Exploring acceptability of oral PrEP prior to implementation among female sex workers in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(2):e25081.
146. Wirtz AL, Weir BW, Mon SHH, Sirivongrangson P, Chemnasiri T, Dunne EF et al. Testing the effectiveness and cost-effectiveness of a combination HIV prevention intervention among young cisgender men who have sex with men and transgender women who sell or exchange sex in Thailand: Protocol for the Combination Prevention Effectiveness Study. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(1):e15354.
147. Eakle R, Gomez GB, Naicker N, Bothma R, Mbogua J, Escobar M et al. HIV pre-exposure prophylaxis and early antiretroviral treatment among female sex workers in South Africa: results from a prospective observational demonstration project. *PLoS Med.* 2017;14(11):e1002444.
148. Fea Cowan. SAPPH-Ire Results 2017 ; [RECHERCHER LA RÉFÉRENCE COMPLÈTE ET VÉRIFIER]
149. Mboup A, Béhanzin L, Guédou FA, Geraldo N, Goma-Matsetse E, Aza-Gnandji M et al. Early antiretroviral therapy and daily pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among female sex workers in Cotonou, Benin: a prospective observational demonstration study. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(11):e25208.

150. Fearon E, Phillips A, Mtetwa S, Chabata ST, Mushati P, Cambiano V et al. How can programmes better support female sex workers to avoid HIV infection in Zimbabwe? A prevention cascade analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019 May 1;81(1):24-35.
151. Bowring AL, Ampt FH, Schwartz S, Stooze MA, Luchters S, Baral S et al. HIV pre-exposure prophylaxis for female sex workers: ensuring women's family planning needs are not left behind. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(2):e25442.
152. Shannon K, Crago AL, Baral SD, Bekker L-G, Kerrigan D, Decker MR et al. The global response and unmet actions for HIV and sex workers. *The Lancet*. 2018;392(10148):698-710.
153. Source : USAID, PEPFAR, Linkages, Projet UNC, CEDEP, le Fonds mondial. Rapport PLACE : Malawi. 2018 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-malawi-place-report.pdf>, consulté le 16 mai 2020).
154. Kerrigan D, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Galai N. Abriendo Puertas: feasibility and effectiveness a multi-level intervention to improve HIV outcomes among female sex workers living with HIV in the Dominican Republic. *AIDS Behav*. 2016;20(9):1919-27.
155. Swindells S, Andrade-Villanueva J-F, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá MD et al. Long-acting cabotegravir + rilpivirine as maintenance therapy: ATLAS week 48 results. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, 4-7 mars 2019. Résumé 139.
156. Orkin C, Arastéh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovskiy V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir + rilpivirine for HIV maintenance: FLAIR week 48 results. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, 4-7 Mars 2019. Résumé 140.
157. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine for maintenance of HIV-1 suppression. *N Engl J Med*. 2020;382(12):1112-23.
158. Orkin C, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovskiy V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine after oral induction for HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2020;382(12):1124-35.
159. Long-acting injectable cabotegravir is highly effective for the prevention of HIV infection in cisgender men and transgender women who have sex with men. In: HPTN [Internet]. 18 mai 2020. HPTN ; c2020 (<https://www.hptn.org/news-and-events/press-releases/long-acting-injectable-cabotegravir-highly-effective-prevention-hiv>, consulté le 14 juin 2020).
160. Ryan B. Women with HIV interested in long-acting injectable treatment. In: POZ [Internet]. 1er Mai 2020. CDM Publishing, LLC; c2020 (<https://www.poz.com/article/women-hiv-interested-longacting-injectable-treatment>, consulté le 14 juin 2020).
161. Carillion S, Gallardo L, Linard F, Chakvetadze C, Viard J-P, Cros A et al. Perspectives of injectable long acting antiretroviral therapies for HIV treatment or prevention: understanding potential users' ambivalences. *AIDS Care*. 2020;32(Sup2):155-161.
162. Wohl DA. ATLAS, FLAIR, and the upcoming arrival of long-acting injectable HIV treatment. In: TheBodyPro [Internet]. 26 novembre 2019. Remedy Health Media ; c2020 (<https://www.thebodypro.com/article/top-atlas-flair-long-acting-injectable>, consulté le 14 juin 2020).
163. Mizushima D, Takano M, Uemura H, Yanagawa Y, Aoki T, Watanabe K et al. Prophylactic effect of PrEP against HBV infection among MSM. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 8-11 mars 2020. Résumé 1025.
164. Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, Tucker JD, Fu H, Smith MK et al. Global epidemiologic characteristics of sexually transmitted infections among individuals using pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV infection: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(12):e1917134.
165. Hayes R, Schmidt AJ, Pharris A, Azad Y, Brown AE, Weatherburn P et al. Estimating the "PrEP gap": how implementation and access to PrEP differ between countries in Europe and central Asia in 2019. *Euro Surveill*. 2019;24(41):1900598.
166. O'Halloran C, Owen G, Croxford S, Sims LB, Gill ON, Nutland W et al. Current experiences of accessing and using HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) in the United Kingdom: a cross-sectional online survey, May to July 2019. *Euro Surveill*. 2019;24(48):1900693.
167. Siegler AJ, Bratcher A, Weiss KM. Geographic access to preexposure prophylaxis clinics among men who have sex with men in the United States. *Am J Public Health*. 2019;109(9):1216-23.
168. Global PrEP Tracker. In : PrEPWatch [Internet]. AVAC; c2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/global-prep-tracker/>, consulté le 14 juin 2020).
169. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019;393(10189):2428-38.

170. Callander DJ, Stoope M, McManus H, Carr A, Gray R, Hoy J et al. Decreasing community viremia is associated with decreasing HIV incidence in Australia. Conference Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 8–11 mars 2020. Résumé 48.
171. Stephenson R, Bratcher A, Mimiaga MJ, Garofalo R, Marco H, Hoehnle S et al. Brief report: accuracy in self-report of viral suppression among HIV-positive men with HIV-negative male partners. *J Acquir Immune Def Syndr*. 2020;83(3):210-14.
172. Grulich AE, Guy R, Amin J, Jin F, Selvey C, Holden J et al. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(11):e629-e637.
173. Stratégie de la Nouvelle-Galles du Sud en matière de VIH pour 2016-2020 : Rapport sur les données du quatrième trimestre et de l'année 2019. Sydney : Ministère de la santé de la Nouvelle-Galles du Sud ; 2020.
174. Données de l'enquête périodique 2020 sur la communauté homosexuelle, partagées par courriel par Martin Holt, Centre for Social Research in Health, 11 mai 2020.
175. Broady T, Power C, Mao L, Bavinton B, Chan C, Bambridge C et al. Gay Community Periodic Survey: Sydney 2019. Sydney: Centre for Social Research in Health, UNSW Sydney; 2019.
176. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reet T, Whittle S et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*. 2016;388(10042):390-400.
177. Poteat T, Scheim A, Xavier J, Reisner S, Baral S. Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(Suppl 3):S210-S219.
178. Keruly M, Wirtz AL, Mwinnyaa G, Reisner SL, Laeyendecker O. Factors associated with HIV, HCV and HSV2 serostatus among US transgender women. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 8–11 mars 2020. Poster 880.
179. Frascino NY, Zalla LY. Forced sex in Haiti: implications for the HIV epidemic among MSM and transwomen. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 3 août – 3 novembre 2020. Résumé 858.
180. Heng A, Heal C, Banks J, Preston R. Transgender people's experiences and perspectives about general healthcare: a systematic review. *Int J Transgenderism*. 2018;19:359-78.
181. Neumann MS, Finlayson TJ, Pitts NL, Keatley J. Comprehensive HIV prevention for transgender persons. *Am J Public Health*. 2017;107(2):207-12.
182. Thomas R, Pega F, Khosla R, Verster A, Hana T, Say L. Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bull World Health Org*. 2017;95:154-6.
183. Blondeel K, Say L, Chou D, Toskin I, Khosla R, Scolaro E et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health*. 2016;15:16.
184. Pagkask-Bather J, Khosropour CM, Golden MR, Dombrowski JC. Population-level effectiveness of PrEP among MSM and transgender persons with STI. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 3 août – 3 novembre 2020. Résumé 979.
185. Hoornenborg E, Krakower DS, Prins M, Mayer KH. Pre-exposure prophylaxis for MSM and transgender persons in early adopting countries. *AIDS*. 2017;31(16):2179-91.
186. Chan PA, Patel RR, Mena L, Marshall BD, Rose J, Suttan Coats C et al. Long-term retention in pre-exposure prophylaxis care among men who have sex with men and transgender women in the United States. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(8):e25385.
187. Radix A. Lost in translation: PrEP implementation and transgender people. Dixième conférence de la Société internationale du sida sur la science du VIH (IAS 2019), Mexico, 21-24 juillet 2019. Session MOPL01.
188. Jalil EM, Wilson EC, Luz PM, Velasque L, Moreira RI, Castro CV et al. HIV testing and the care continuum among transgender women: population estimates from Rio de Janeiro, Brazil. *J Int AIDS Soc*. 2017;20:21873.
189. Reisner SL, Jadwin-Cakmak L, White Hughto JM, Martinez M, Salomon L, Harper GW. Characterizing the HIV prevention and care continua in a sample of transgender youth in the U.S. *AIDS Behav*. 2017;21(12):3312-27.
190. Bukowski LA, Chandler CJ, Creasy SL, Matthews DD, Friedman MR, Stall RD. Characterizing the HIV care continuum and identifying barriers and facilitators to HIV diagnosis and viral suppression among Black transgender women in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;79(4):413-20.
191. Baguso GN, Turner CM, Santos GM, Raymond HF, Dawson-Rose C, Lin J et al. Successes and final challenges along the HIV care continuum with transwomen in San Francisco. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(4):e25270.
192. Sevelius JM, Patouhas E, Keatley JG, Johnson MO. Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med*. 2014;47(1):5-16.

193. Aidala AA, Wilson MG, Shubert V, Gogolishvili D, Globeman J, Rueda S et al. Housing status, medical care, and health outcomes among people living with HIV/AIDS: a systematic review. *Am J Public Health*. 2016;106(1):e1-e22.
194. Pinheiro Junior FM, Kendall C, Martins TA, Mota RMS, Macena RHM, Glick J et al. Risk factors associated with resistance to HIV testing among transwomen in Brazil. *AIDS Care*. 2016;28(1):92-7.
195. Harris T, Parmley L, Mapingure M, Mugurungi O, Rogers JH, Apollo T et al. HIV care cascade: men who have sex with men & transgender. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston, 3 août – 3 novembre 2020. Résumé 1097.
196. Rebchook G, Keatley J, Contreras R, Perloff J, Molano LF, Reback CJ et al. The Transgender Women of Color Initiative: implementing and evaluating innovative interventions to enhance engagement and retention in HIV care. *Am J Public Health*. 2017;107:224-9.
197. Abdul-Quader AS, Feelemyer J, Modi S, Stein ES, Briceno A, Semaan S et al. Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review. *AIDS Behav*. 2013;17(9):2878-92.
198. Saxton PW, McAllister SM, Noller GFE, Newcombe DA, Leafé KA. Injecting drug use among gay and bisexual men in New Zealand: findings from national human immunodeficiency virus epidemiological and behavioural surveillance. *Drug and Alcohol Rev*. Février 2020. <https://doi.org/10.1111/dar.13046>
199. Les femmes qui s'injectent des drogues : négligées, mais visibles. Genève : International AIDS Society ; 2019 ([https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019\\_\\_IAS\\_\\_Brief\\_\\_Women\\_who\\_inject\\_drugs.pdf](https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/2019__IAS__Brief__Women_who_inject_drugs.pdf), consulté le 14 juin 2020).
200. Gilbert L, Raj A, Hien D, Stockman J, Terlikbayeva A, Wyatt G. Targeting the SAVA (Substance Abuse, Violence and AIDS) syndemic among women and girls: a global review of epidemiology and integrated interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;69(Suppl 2):S118-S127.
201. Stoicescu C, Cluver LD, Spreckelsen T, Casale M, Sudewo AG, Irwanto I. Intimate partner violence and HIV sexual risk behaviour among women who inject drugs in Indonesia: a respondent-driven sampling study. *AIDS Behav*. 2018;22(10):3307-23.
202. Global state of harm reduction: 2018. London: Harm Reduction International; 2018 (<https://www.hri.global/files/2018/12/10/GlobalOverview-harm-reduction.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
203. Matthews M. What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief. Londres : INPUD ; 2019 (<https://www.inpud.net/sites/default/files/Universal%20Health%20Coverage.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
204. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, Altice F, Balicki M, Cepeda J et al. Public health and international drug policy: report of the Johns Hopkins–Lancet Commission on Drug Policy and Health. 2016;387(10026):1427-80.
205. Fernandes RM, Cary M, Duarte G, Jesus G, Alarcão J, Torre C et al. Effectiveness of needle and syringe programmes in people who inject drugs. An overview of systematic reviews. *BMC Public Health*. 2017;17:309.
206. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Strathdee SA, Cepeda J. Policing as a structural determinant of HIV risk among people who inject drugs : a systematic literature review. 10e conférence de la Société internationale du sida sur la science du VIH, Mexique, 21-24 juillet 2019. Résumé 2317.
207. LINKAGES Malawi: summary of achievements, February 2015–September 2019. Durham (NC): FHI 360; 2019.
208. LINKAGES Kenya: summary of achievements, March 2016–October 2019. Durham (NC): FHI 360; 2019.
209. LINKAGES Enhanced Peer Outreach Approach (EPOA): implementation guide. Durham (NC): LINKAGES ; mai 2017 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-enhanced-peer-outreach.PDF>, consulté le 14 juin 2020).
210. LINK—electronic client feedback systems for HIV programs. Durham (NC) : FHI 360 ; mars 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-electronic-client-feedback-systems.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
211. Walmsley R. World prison population list. 12th edition. London: Institute for Criminal Policy Research; 2018.
212. Walmsley R. Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners. Quatrième édition. London : Institute for Criminal Policy Research; 2017 (<http://www.prisonstudies.org/news/world-female-imprisonment-list-fourth-edition>, consulté le 14 juin 2020).
213. Erickson M, Shannon K, Sernick A, Pick N, Ranville F, Martin RE et al. Women, incarceration and HIV: a systematic review of HIV treatment access, continuity of care and health outcomes across incarceration trajectories. *AIDS*. 2019;33:101-11.
214. Poteat TC, Malik M, Beyrer C. Epidemiology of HIV, sexually transmitted infections, viral hepatitis, and tuberculosis among incarcerated transgender people: a case of limited data. *Epidemiol Rev*. 2018;40(1):27-39.

215. Stone J, Fraser H, Lim AG, Walker JG, Ward Z, MacGregor L et al. Incarceration history and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2018;18:1397-409.
216. Riddell JT, Amico KR, Mayer KH. HIV preexposure prophylaxis: a review. *JAMA*. 2018;319:1261-8.
217. Parsons J, Cox C. PrEP in prisons: HIV prevention in incarcerated populations. *Int J Prison Health*. 2019;16(2):199-206.
218. Brinkley-Rubinstein L, Dauria E, Tolou-Shams M, Christopoulos K, Chan PA, Beckwith CG et al. The path to implementation of HIV preexposure prophylaxis for people involved in criminal justice systems. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2018;15:93-5.
219. Rich JD, Beckwith CG, Macmadu A, Marshall BDL, Brinkley-Rubinstein L, Amon JJ et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *The Lancet*. 2016;388:1103-14.
220. Rapport mondial 2019 sur les drogues. Vienne : ONUDC ; 2019.
221. Telisinghe L, Charalambous S, Topp SM, Herce ME, Hoffmann CJ, Barron P et al. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *The Lancet*. 2016;388(10050):1215-27.
222. Préparation, prévention et contrôle de la COVID-19 dans les prisons et autres lieux de détention. Vienne : ONUDC ; 2020.
223. COVID-19: lessons from Philippines jails show how to fight infectious coronavirus disease. In: ICRC.org [Internet]. 24 mars 2020. Comité international de la Croix-Rouge ; c2020 (<https://www.icrc.org/en/document/philippines-amidst-covid-19-outbreak-icrc-focuses-one-most-vulnerable-places-prisons>, consulté le 14 juin 2020).
224. Key population brief: prisoners. Genève : Stop TB Partnership; 2016 ([http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_Prisoners\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Prisoners_ENG_WEB.pdf), consulté le 14 juin 2020).
225. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *The Lancet*. 2016;388:1089-102.
226. Règles minimums des Nations Unies pour le Traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). New York : Nations Unies ; 2015 (<http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/05/MANDELA-RULES.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
227. ONUDC, OIT, PNUD, OMS, ONUSIDA. Prévention, traitement et soins du VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés : une offre complète d'interventions. Vienne : ONUDC ; 2013 ([https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV\\_comprehensive\\_package\\_prison\\_2013\\_eBook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf), consulté le 14 juin 2020).
228. Altice FL, Azbel L, Stone J, Brooks-Pollock E, Smyrnov P, Dvoriak S et al. The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in eastern Europe and central Asia. *The Lancet*. 2016;388:1228-48.
229. Montague BT, Rosen DL, Sammartino C, Costa M, Gutman R, Solomon L et al. Systematic assessment of linkage to care for persons with HIV released from corrections facilities using existing datasets. *AIDS Patient Care STDS*. 2016;30(2):84-91.
230. Meyer JP, Zelenev A, Wickersham JA, Williams CT, Teixeira PA, Altice FL. Gender disparities in HIV treatment outcomes following release from jail: results from a multicenter study. *Am J Public Health*. 2014;104(3):434-41.
231. Loeliger KB, Altice FL, Desai MM, Ciarleglio MM, Gallagher C, Meyer JP. Predictors of linkage to HIV care and viral suppression after release from jails and prisons: a retrospective cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(2):e96-e106.
232. Règle 24 (1), Règles minimums des Nations Unies pour le Traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Résolution 70/175 de l'Assemblée générale.
233. Yang H, Thompson JR. Fighting COVID-19 outbreaks in prisons. *BMJ*. 2020;369:m1362.
234. Levin S. "People are sick all around me": inside the coronavirus catastrophe in California prisons. In: *The Guardian* [Internet]. 20 mai 2020. Guardian News & Media Limited; c2020 (<https://www.theguardian.com/us-news/2020/may/20/california-prisons-covid-19-outbreak-deaths>, consulté le 14 juin 2020).
235. Préparation et réponses à la COVID-19 dans les prisons : document de position. Vienne : ONUDC ; 31 mars 2020 ([https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC\\_Position\\_paper\\_COVID-19\\_in\\_prisons.pdf](https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Position_paper_COVID-19_in_prisons.pdf), consulté le 14 juin 2020).
236. Droits en temps de COVID-19 : les leçons du VIH pour une riposte efficace et dirigée par la communauté. Genève : ONUSIDA ; 2020 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_women-adolescent-girls-and-hiv\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf), consulté le 15 juin 2020).
237. Comité Permanent Inter-Agence. COVID-19 : se concentrer sur les personnes privées de liberté – orientation provisoire. Genève : HCDR, OMS ; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Focus%20on%20Persons%20Deprived%20of%20Their%20Liberty.pdf>, consulté le 14 juin 2020).

238. Rapport sur les migrations mondiales en 2020. Genève : OIM ; 2020 ([https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf), consulté le 14 juin 2020).
239. Migration internationale 2019 : rapport. New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population ; 2019 ([https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/InternationalMigration2019\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/InternationalMigration2019_Report.pdf), consulté le 14 juin 2020).
240. Abubakar I, Devakumar D, Madise M, Sammonds P, Groce N, Zimmerman C et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health. *The Lancet*. 2016;388(10050):1141-2.
241. Tendances mondiales : migration forcée en 2018. Genève : HCR ; 2019 (<https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>, consulté le 14 juin 2020).
242. Groundswell—preparing for internal climate migration. Washington, DC : Banque mondiale ; 2018.
243. Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, Orcutt M, Burns R, Barreto ML et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*. 2018;392(10164):2606-54.
244. Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet*. 2020;395(10232):1237-9.
245. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1583.
246. Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med*. 2018;16(1):89.
247. Maternal mortality in humanitarian crises and in fragile settings. New York : FNUAP ; 2015 (<https://www.unfpa.org/resources/maternal-mortality-humanitarian-crisis-and-fragile-settings>, consulté le 14 juin 2020).
248. Abubakar I, Zumla A. Universal health coverage for refugees and migrants in the twenty-first century. *BMC Med*. 2018;16(1):216.
249. El Arnaout N, Rutherford S, Zreik T, Nabulsi D, Yassin N, Saleh S. Assessment of the health needs of Syrian refugees in Lebanon and Syria's neighboring countries. *Confl Health*. 2019;13:31.
250. Arsenijević J, Schillberg E, Ponthieu A, Malvisi L, Elrahman Ahmed WA, Argenziano S et al. A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the western Balkan corridor to northern Europe. *Confl Health*. 2017;11:6.
251. Eiset AH, Wejse C. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers—current status and going forward. *Public Health Rev*. 2017;38:22.
252. Migration et santé : questions clés. La santé des migrants dans la région européenne. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2016.
253. Desgrees-du-Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H et al. Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS*. 2016;30(4):645-56.
254. Gosselin A, Ravalihasy A, Pannetier J, Lert F, Desgrées du Loû; PARCOURS Study Group. When and why? Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France. *Sex Transm Infect*. 2020;96(3):227-31.
255. Ross J, Cunningham CA, Hanna DB. HIV outcomes among migrants from low- and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Curr Opin Infect Dis*. 2018;31(1):25-32.
256. Olawore O, Tobian AAR, Kagaayi J, Bazaale JM, Nantume B, Kigozi G et al. Migration and risk of HIV acquisition in Rakai, Uganda: a population-based cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(4):e181-e189.
257. Tavares AM, Fronteira I, Couto I, Machado D, Viveiros M, Abecasis AB et al. HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: a systematic review on the prevalence, incidence and mortality. *PLoS ONE*. 2017;12(9):e0185526.
258. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015;8:175-83.
259. Health promotion for improved refugee and migrant health (technical guidance on refugee and migrant health). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2018.
260. Finnerty F, Azad Y, Orkin C. Hostile health-care environment could increase migrants' risk of HIV and prevent access to vital services. *Lancet HIV*. 2019;6(2):e76.
261. Bil JP, Zuure FR, Alvarez-Del Arco D, Prins JM, Brinkman K, Leyten E et al. Disparities in access to and use of HIV-related health services in the Netherlands by migrant status and sexual orientation: a cross-sectional study among people recently diagnosed with HIV infection. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):906.

262. Tavares AM, Garcia AC, Gama A, Abecasis AB, Viveiros M, Dias S. Tuberculosis care for migrant patients in Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):233.
263. L'ONUSIDA salue la décision du Portugal d'accorder des droits de résidence temporaire aux immigrants et aux demandeurs d'asile. In: UNAIDS.org [Internet]. 2 avril 2020. Genève : ONUSIDA ; c2020 (<https://www.unaids.org/en/keywords/migrants-mobile-workers>, consulté le 14 juin 2020).
264. Marukutira T, Scott N, Kelly SL, Birungi C, Makhema JM, Crowe S et al. Modelling the impact of migrants on the success of the HIV care and treatment program in Botswana. *PLoS One.* 2020;15(1):e0226422.
265. Faturiyele I, Karletsos D, Ntene-Sealiete K, Musekiwa A, Khabo M, Mariti M et al. Access to HIV care and treatment for migrants between Lesotho and South Africa: a mixed methods study. *BMC Public Health.* 2018;18(1):668.
266. Ferreyra C, O'Brien D, Alonso B, Al-Zomour A, Ford N. Provision and continuation of antiretroviral therapy during acute conflict: the experience of MSF in Central African Republic and Yemen. *Confl Health.* 2018;12:30.
267. Dhavan P, Dias HM, Creswell J, Weil D. An overview of tuberculosis and migration. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2017;21(6):610-23.
268. Promouvoir une approche de la migration, de la santé et du VIH et du sida fondée sur les droits : un cadre d'action. Genève : OIT ; 2016.
269. Communiqué de presse : rape cases spike in South Sudan as girls and women left vulnerable during COVID-19. 8 juin 2020. Londres : Plan International ; 2020 ([https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SOUTH\\_SUDAN\\_PRESS\\_RELEASE\\_FINAL.V2.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/SOUTH_SUDAN_PRESS_RELEASE_FINAL.V2.pdf), consulté le 9 juin 2020).
270. La stratégie du Fonds mondial 2017-2022. Investir pour mettre fin aux épidémies. Genève : Le Fonds mondial ([https://www.theglobalfund.org/media/2531/core\\_globalfundstrategy2017-2022\\_strategy\\_en.pdf?u=637207339610000000](https://www.theglobalfund.org/media/2531/core_globalfundstrategy2017-2022_strategy_en.pdf?u=637207339610000000)).
271. Dépenses mondiales de santé : un monde en transition. Genève : OMS ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf?ua=1>).
272. Coriat B, editor. The political economy of HIV/AIDS in developing countries: TRIPS, public health systems and free access. Cheltenham (UK): Edward Elgar Publishing Limited; 2008.
273. Estimations de l'ONUSIDA tirées de Global AIDS Monitoring et de la base de données douanière du gouvernement indien, obtenues auprès de Seair Exim Solutions (<https://www.seair.co.in>).
274. Groupe de travail technique sur la prévision de la demande d'ARV (ONUSIDA, OMS, CHAI, Institut Avenir), novembre 2019.
275. How many people living with HIV access treatment? A triangulation of data to verify the UNAIDS global estimate of people accessing antiretroviral therapy at the end of 2015. Genève : ONUSIDA ; 2016.
276. ARV market report: the state of the antiretroviral drug market in low- and middle-income countries, 2014–2019. Boston (MA): Clinton Health Access Initiative; 2015.
277. Prévisions combinées de la demande mondiale de médicaments antirétroviraux et de diagnostics du VIH dans les pays à faible et moyen revenu de 2015 à 2020. Genève : OMS ; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250088/1/9789241511322-eng.pdf?ua=1>).
278. L'impact de la riposte à la COVID-19 sur la chaîne d'approvisionnement, la disponibilité et les prix des médicaments antirétroviraux génériques pour le VIH dans les pays à faible et moyen revenu. Genève : ONUSIDA ; 2020.
279. Gopinath G. The great lockdown: worst economic downturn since the Great Depression. In : Blog du FMI [Internet]. 14 avril 2020 (<https://blogs.imf.org/2020/04/14/the-great-lockdown-worst-economic-downturn-since-the-great-depression/>).
280. Perspectives de l'économie mondiale, avril 2020 : le grand confinement. Washington (DC) : FMI ; avril 2020 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020>).
281. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Deuxième édition. Estimations et analyses actualisées. Genève : OIT ; 7 avril 2020 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_740877.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_740877.pdf)).
282. Lanua S, Fortun J. Economic views: EM funding needs in the COVID-19 shock. Washington (DC): Institute for International Finance; 9 avril 2020 ([https://www.iif.com/Portals/0/Files/content/1\\_EV\\_040920.pdf](https://www.iif.com/Portals/0/Files/content/1_EV_040920.pdf)).
283. Debt and COVID-19: a global response in solidarity. New York : Nations Unies ; avril 2020.
284. Joint Statement from the World Bank Group and the International Monetary Fund regarding a call to action on the debt of IDA countries. Washington, DC : Banque mondiale ; 25 mars 2020.
285. Barbuscia D, Rasha M, Shalal A. G20 countries agree debt freeze for world's poorest countries. In : Reuters [Internet]. 15 avril 2020 (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-g20-statement/g20-countries-agree-debt-freeze-for-worlds-poorest-countries-idUSKCN21X29A>).

286. High-performance health financing for universal health coverage. Driving sustainable, inclusive growth in the 21st century. Washington (DC) : Groupe Banque mondiale ; 2019 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/641451561043585615/Driving-Sustainable-Inclusive-Growth-in-the-21st-Century>).
287. Atlas mondial des dépenses de santé de l'OMS [base de données]. Genève : OMS ; c2014 (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>).
288. Pettigrew LM, Mathauer I. Voluntary health insurance expenditure in low- and middle-income countries: exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2016;15:67.
289. Philips M. Financial barriers to access health and HIV care. Présentation à l'International AIDS Society, Paris, juillet 2017.
290. Lanière I, Ciss M, Desclaux A, Diop K, Mbodj F, Ndiaye B et al. Adherence to HAART and its principal determinants in a cohort of Senegalese adults. *AIDS*. 2003;17:S103-S108.
291. Byakika-Tusiime J, Oyugi JH, Tumwikirize WA, Katabira ET, Mugenyi PN, Bangsberg DR et al. Adherence to HIV antiretroviral therapy in HIV+ Ugandan patients purchasing therapy. *Int J STD AIDS*. 2005;16(1):38-41.
292. Daniel OJ, Ogun SA, Odusoga OL, Falola RL, Ogundahusi OA et al. Adherence pattern to ARV drugs among AIDS patients on self-purchased drugs and those on free medications in Sagamu, Nigeria. 15th International AIDS Conference, Bangkok, 11–16 juillet 2004.
293. Weiser S, Wolfe W, Bangsberg D, Thior I, Gilbert P, Makhema J et al. Barriers to antiretroviral adherence for patients living with HIV infection and AIDS in Botswana. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;34:281-8.
294. Cotlear D, Rosemberg M. Going universal in Africa: how 46 African countries reformed user fees and implemented health care priorities. Universal health coverage study series, no. 26. Washington, DC : Banque mondiale ; 2018.
295. Ponsar F, Tayler-Smith K, Philips M, Gerard S, Van Herp M, Reid T et al. No cash, no care: how user fees endanger health—lessons learnt regarding financial barriers to healthcare services in Burundi, Sierra Leone, Democratic Republic of Congo, Chad, Haiti and Mali. *Int Health*. 2011;3(2):91-100.
296. Yates R. Universal health care and removal of user fees. *The Lancet*. 2009;373(9680):2078081.
297. James CD, Hanson K, McPake B, Balabanova D, Gwatkin D, Hopwood I et al. To retain or remove user fees? Reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Appl Health Econ Health Policy*. 2006;5:137-53.
298. Schokkaert E, Van de Voorde C. User charges. In: Glied S, Smith P, editors. *Oxford handbook on health economics*. Oxford: Oxford University Press; 2012:329-53.
299. Krubiner C, Keller JM, Kaufman J. Balancing the COVID-19 response with wider health needs: key decision-making considerations for low- and middle-income countries. Washington (DC) : Center for Global Development ; mai 2020 (<https://www.cgdev.org/publication/balancing-covid-19-response-wider-health-needs-key-decision-making-considerations-low>).
300. Parpia AS, Ndeffo-Mbah ML, Wenzel NS, Galvani AP. Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. *Emerg Infect Dis*. 2016;22(3):433-41.
301. The TB response is heavily impacted by the COVID-19 pandemic. In: Stop TB Partnership [Internet]. 8 avril 2020. Genève : Stop TB Partnership; c2020 ([http://www.stoptb.org/news/stories/2020/ns20\\_014.html](http://www.stoptb.org/news/stories/2020/ns20_014.html)).
302. Communication personnelle avec Britta L Jewell (Département d'épidémiologie des maladies infectieuses, Imperial College London), Edinah Mudimu (Département des sciences de la décision, Université d'Afrique du Sud), John Stover (Avenir Health), Debra ten Brink (Burnet Institute), Andrew N Phillips (Institute for Global Health, University College London), 25 juin 2020.
303. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al. for the HIV Modelling consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Manuscrit avant publication (<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>).
304. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al. for the HIV Modelling consortium. Estimation of the potential effects of disruption to HIV programs in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Appendix: further modelling details. Manuscript avant publication. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279932.v1>.
305. Atténuer l'impact de COVID-19 sur les pays touchés par le VIH, la tuberculose et le paludisme. Genève, Le Fonds mondial, 2020.
306. Dercon S. No-regret policies for the COVID-19 crisis in developing countries. In: Center for Global Development Notes [Internet]. 17 avril 2020. Washington (DC) : Center for Global Development ; avril 2020 (<https://www.cgdev.org/publication/no-regret-policies-covid-19-crisis-developing-countries>).



# PROFILS DES RÉGIONS

# AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE

## POINTS SUR LES DONNÉES

LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH  
**ONT DIMINUÉ DE 38 %**

ET LES DÉCÈS LIÉS AU SIDA DE 49 %  
DANS LA RÉGION DEPUIS 2010

LES JEUNES FEMMES ET  
ADOLESCENTES REPRÉSENTENT

**26 % DES  
NOUVELLES  
INFECTIONS**

DANS LA RÉGION

L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF LORS  
DE RAPPORTS SEXUELS  
À HAUT RISQUE A DIMINUÉ DANS

**3 PAYS**

DE LA RÉGION

**72 % DES  
PERSONNES VIVANT  
AVEC LE VIH**

DANS LA RÉGION SONT SOUS  
TRAITEMENT, ET 65 % AFFICHENT UNE  
SUPPRESSION DE LEUR CHARGE VIRALE

**7 PAYS**

ONT DÉJÀ ATTEINT LES OBJECTIFS  
90–90–90, ET 3 AUTRES SONT TRÈS  
PROCHES DE LE FAIRE

LE RAPPORT INCIDENCE/PRÉVALENCE  
DE LA RÉGION S'EST

**RÉDUIT À 3,5**

La diminution des nouvelles infections par le VIH en Afrique orientale et australe depuis 2010 est plus importante que dans toute autre région. Pour que ces progrès se poursuivent, il convient de s'attaquer plus efficacement à la dynamique de l'épidémie entre les sexes. En 2019, trois nouvelles infections sur cinq concernaient les femmes, et l'incidence de l'infection par le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) reste excessivement élevée : elles sont 2,5 fois plus susceptibles de contracter une infection par le VIH que leurs pairs masculins. Une approche globale est nécessaire, comprenant des programmes de prévention combinés qui tiennent compte des inégalités entre les sexes, l'amélioration de l'accès des filles à l'enseignement secondaire (qui peut avoir un effet protecteur contre le VIH), et l'augmentation de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive.

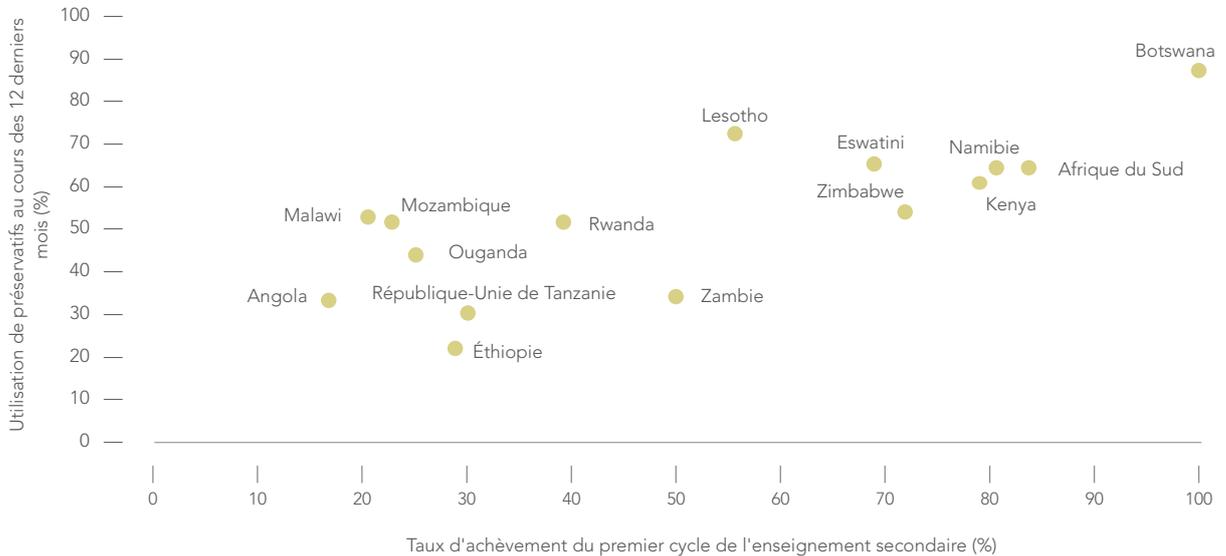
La région se rapproche des objectifs 90–90–90 en matière de dépistage et de traitement. Sept pays ont atteint ces objectifs (Botswana, Eswatini, Namibie, Rwanda, Ouganda, Zambie et Zimbabwe), et trois autres sont très proches de les atteindre (Kenya, Malawi et République-Unie de Tanzanie). Malgré les progrès considérables réalisés pour atteindre les personnes de la région avec le traitement, le pourcentage d'enfants affichant une suppression de la charge virale n'était que de 40 % (contre 66 % chez les adultes). Les services communautaires dans le cadre d'approches de soins différenciées donnent un élan vital aux programmes de traitement.

Le déploiement des programmes de dépistage et de traitement du VIH se traduit par une diminution de 49 % des décès liés au sida depuis 2010, soit une réduction plus importante que dans toute autre région. Néanmoins, on estime que 300 000 [230 000-390 000] personnes sont mortes de maladies liées au sida en 2019. Il est possible d'accroître la couverture du dépistage et du traitement du VIH chez les hommes et les jeunes femmes.

Une proportion importante (environ un quart) des nouvelles infections se produit parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels, ce qui nous rappelle la nécessité d'adopter des lois et des politiques propices et de mettre en place des programmes qui répondent aux besoins de ces populations en matière de VIH.

FIGURE 6.1

### Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque avec un partenaire non marital et non cohabitant au cours des 12 derniers mois, et taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire chez les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans), Afrique orientale et australe, 2012-2018

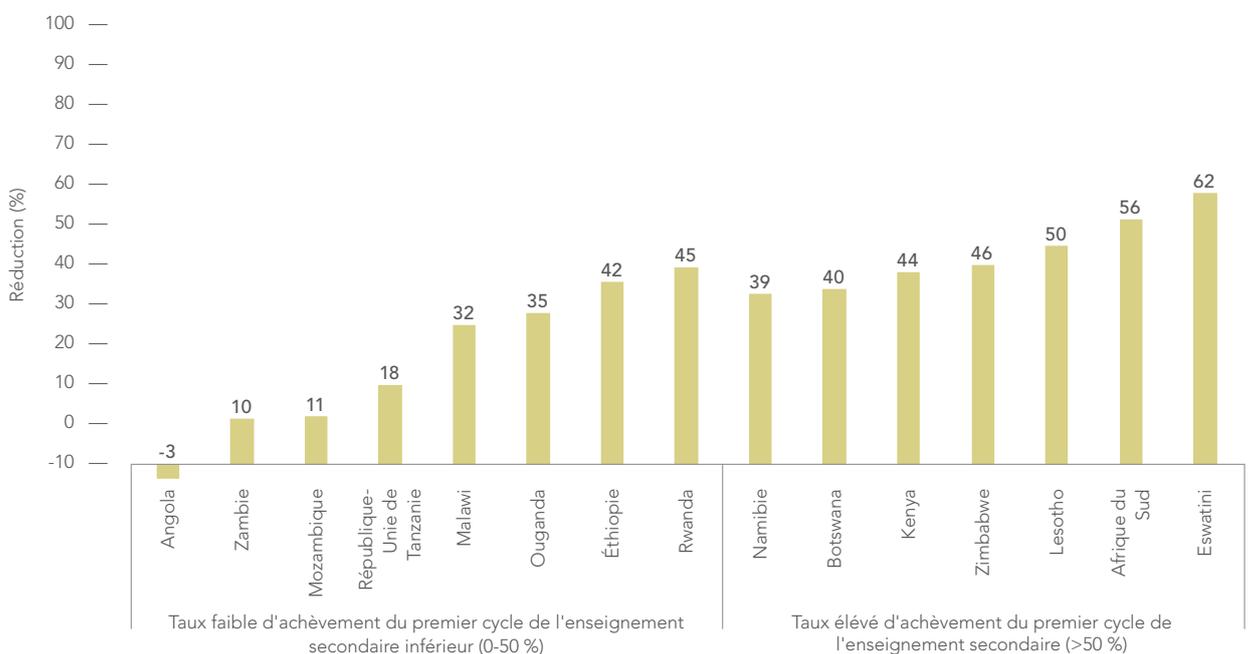


Source : Enquêtes de population, 2012-2018 ; Institut de statistique de l'UNESCO (ISU).  
Remarque : l'âge dans l'enseignement secondaire inférieur est de 12 à 16 ans environ.

Il existe une association positive entre l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque et le taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire chez les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique orientale et australe. En outre, des progrès plus importants ont été réalisés

dans la réduction des nouvelles infections par le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes dans les pays où le taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire est plus élevé (> 50 %). La scolarisation des filles réduit à la fois les risques de VIH et les nouvelles infections (voir chapitre 3).

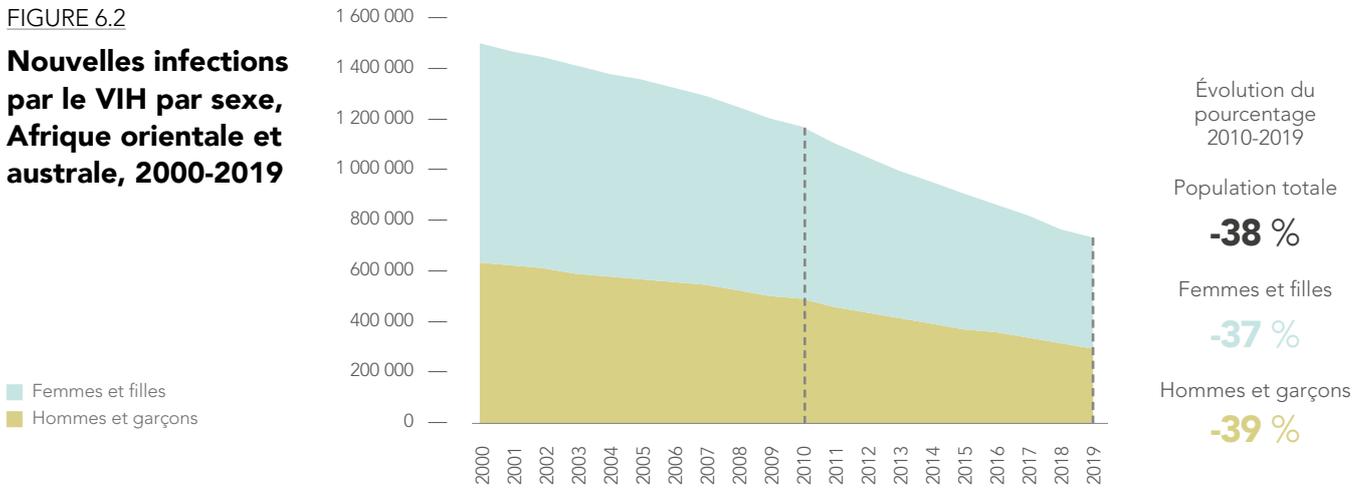
### Réduction relative des nouvelles infections par le VIH depuis 2010 chez les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans), selon le taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire, en Afrique orientale et australe



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Institut de statistiques de l'UNESCO (ISU)

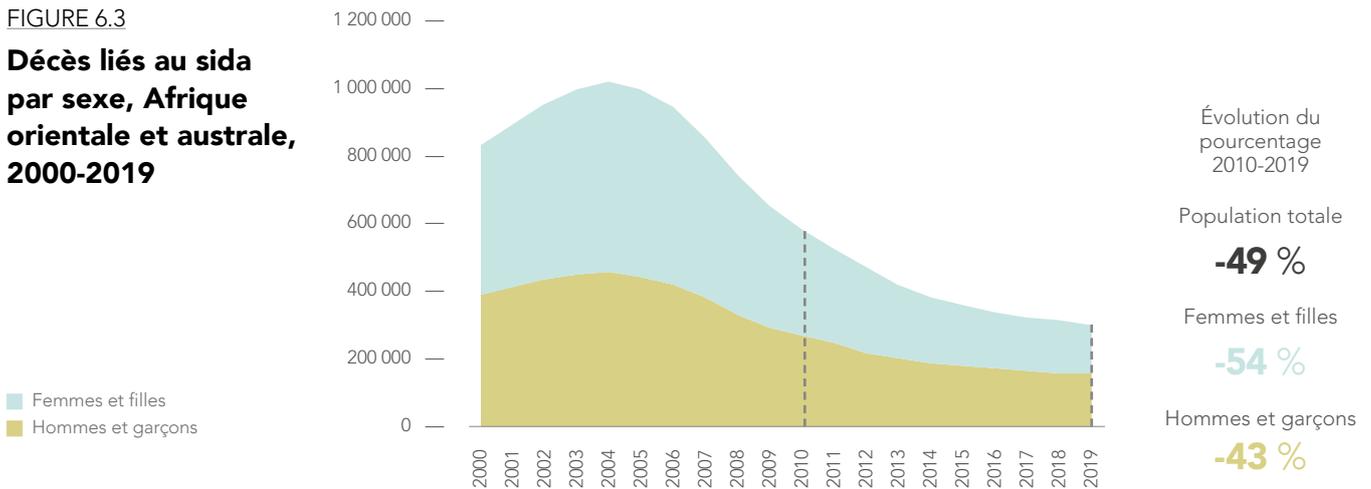
## État de l'épidémie

FIGURE 6.2  
**Nouvelles infections par le VIH par sexe, Afrique orientale et australe, 2000-2019**



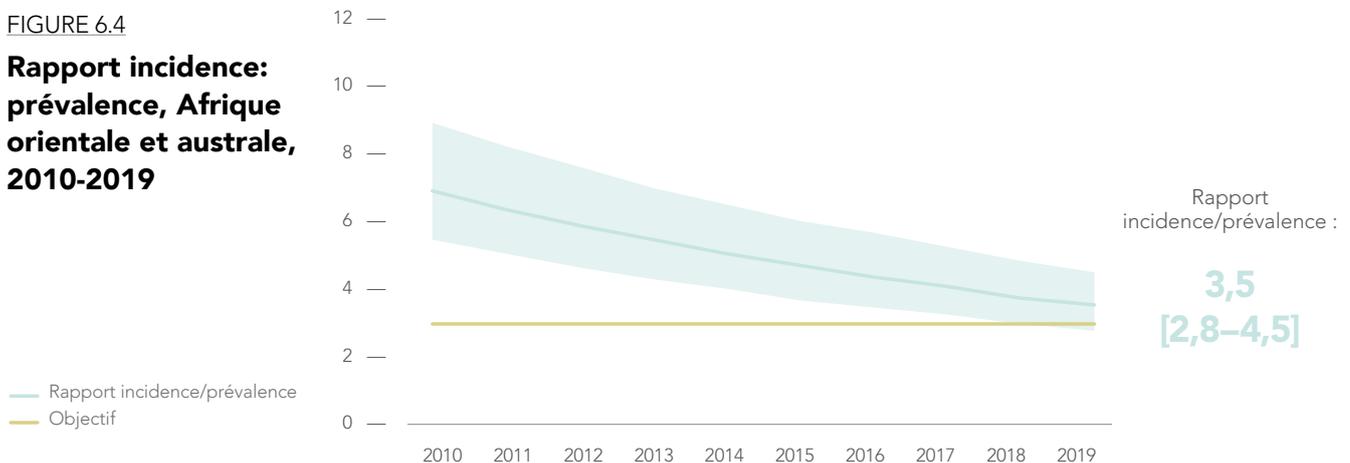
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 6.3  
**Décès liés au sida par sexe, Afrique orientale et australe, 2000-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

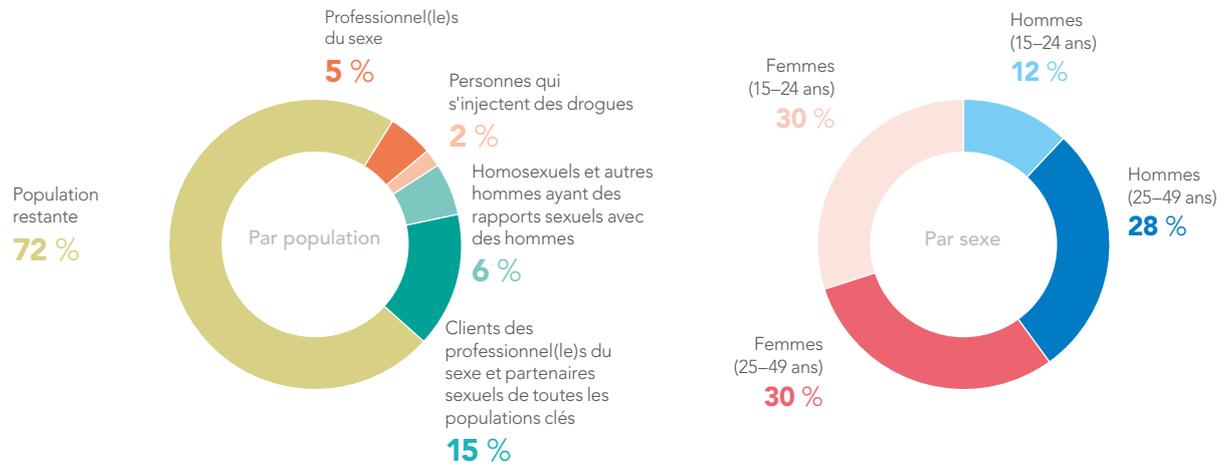
FIGURE 6.4  
**Rapport incidence: prévalence, Afrique orientale et australe, 2010-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 6.5

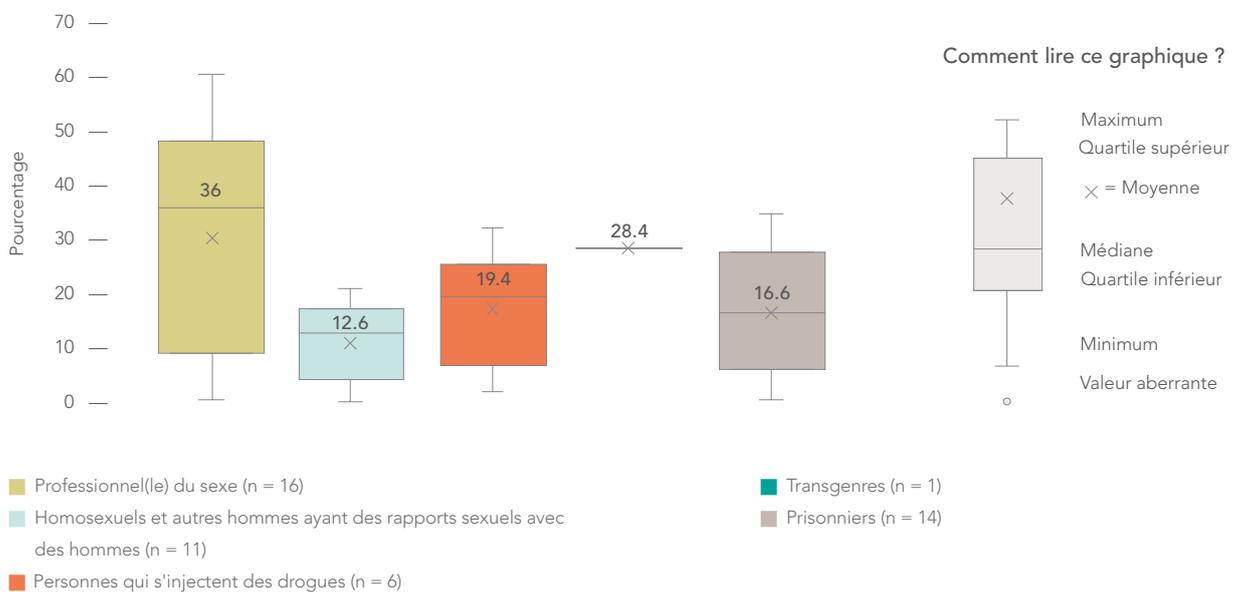
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Afrique orientale et australe, 2019**



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 6.6

**Prévalence du VIH parmi les populations clés, Afrique orientale et australe, 2015-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : n = nombre de pays déclarants.

TABLEAU 6.1

## Estimation de la taille des populations clés, Afrique orientale et australe, 2018-2019

	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Comores	500 000	520 000										
Kenya	28 100 000	28 900 000										
Lesotho	1 360 000	1 360 000										
Madagascar	15 600 000	16 100 000										
Malawi	10 100 000	10 400 000									14 000	0,14 %
Seychelles	75 000	75 000									400	0,53 %
Afrique du Sud	40 900 000	41 500 000										
Soudan du Sud	7 400 000	7 500 000										
Ouganda	21 300 000	22 300 000										
République-Unie de Tanzanie	30 500 000	31 600 000										
Zambie	9 500 000	9 800 000									22 000	0,22 %
Zimbabwe	9 300 000	9 500 000									19 000	0,20 %

- Estimation de la taille de la population nationale
- Estimation de la taille de la population locale
- Données insuffisantes
- Aucune donnée

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module de spectre Demproj, 2020 ; Perspectives de la population mondiale 2019 [Internet]. New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations unies ; c2020 (<https://population.un.org/wpp/>)(données personnalisées acquises via le site web).

Note 1 : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Note 2 : Les régions couvertes par les estimations de la taille de la population locale sont les suivantes :

Lesotho Butha Buthe, Leribe, Mafeteng et Maseru

Afrique du Sud Métro du Cap, métro de Durban et métro de Johannesburg

Sud-Soudan Wau et Yambio

Zimbabwe Bulawayo et Harare



## Stigmatisation, discrimination et violence

FIGURE 6.7

**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, Afrique orientale et australe, 2014-2019**

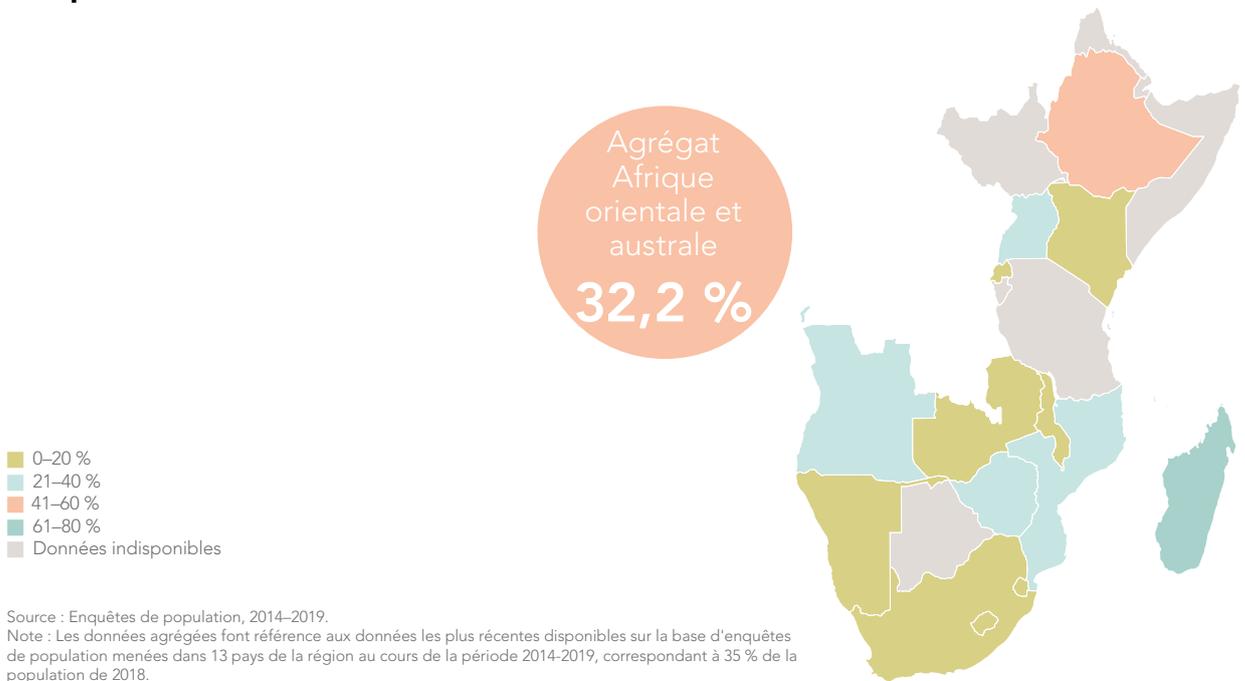


FIGURE 6.8

**Pourcentage de femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, Afrique orientale et australe, 2000-2019**



Source : Enquêtes de population, 2000–2019.

## Lois et politiques

TABLEAU 6.2

## Tableau de bord des lois et politiques, Afrique orientale et australe, 2019

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Angola	b		l		b	b
Botswana	b	b	m	b	b	b
Comores	b	b	n	b	b	b
Érythrée		c	l	o		
Eswatini	b	d	b	b	b	b
Éthiopie	a	b	b	a	b	b
Kenya	b	b	l	b	b	b
Lesotho	b	-	b	p	t	b
Madagascar	b	f	b	b	b	b
Malawi	b	g	b	b	b	b
Maurice	b	b	b	b	b	b
Mozambique	b	b	b	b	u	b
Namibie	b	h	b	q	b	b
Rwanda	a	i	l	a	v	b
Seychelles	b	b	b	b	b	b
Afrique du Sud	b	j	b	b	w	b
Soudan du Sud	b	b	b	b	b	b
Ouganda	b	b	b	r	b	b
République-Unie de Tanzanie	b	b	b	b	b	b
Zambie	b	k	b	b	b	b
Zimbabwe	b	b	b	s	b	b

<p>Criminalisé et/ou poursuivi</p> <p>Ni criminalisé ni poursuivi</p> <p>Données indisponibles</p>	<p>Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe</p> <p>Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé</p> <p>La question est déterminée/diffère au niveau infranational</p> <p>Données indisponibles</p>	<p>Peine de mort</p> <p>Emprisonnement ou aucune sanction spécifiée</p> <p>Données indisponibles</p>	<p>Détention obligatoire pour infractions aux drogues</p> <p>Données indisponibles</p>	<p>Oui pour les adolescents de moins de 18 ans</p> <p>Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans</p> <p>Oui pour les adolescents de moins de 12 ans</p> <p>Non</p> <p>Données indisponibles</p>	<p>Oui</p> <p>Non</p> <p>Données indisponibles</p>
<p>Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique</p>			<p>La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction pénale</p>		
			<p>La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale</p>		

Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (y)	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
x		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
a		b
b		b
a		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b

Sources :

a. Engagements nationaux et instrument de politique générale de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

b. Engagements nationaux et instrument de politique générale de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

c. Érythrée Code pénal de l'État d'Érythrée. Article 314 (<https://www.refworld.org/pdfid/55a51ccc4.pdf>).

d. Eswatini. The Crimes Act, 61 de 1889. Article 49 (<http://www.osall.org.za/docs/2011/03/Swaziland-Crimes-Act-61-of-1889.pdf>); Eswatini. Loi sur les infractions sexuelles et la violence domestique, 2018. Articles 13-18.

e. Lesotho. Loi sur le Code pénal, 2010. Article 55 (<https://lesotholii.org/ls/legislation/num-act/6>).

f. Madagascar. Code pénal. Article 334bis, alinéa 9 (<http://www.justice.mg/wp-content/uploads/textes/1TEXTES%20NATIONAUX/DROIT%20PRIVE/les%20codes/CODE%20PENAL.pdf>).

g. Malawi. Code pénal. Article 145 ([https://malawilii.org/system/files/consolidatedlegislation/701/penal\\_code\\_pdf\\_14611.pdf](https://malawilii.org/system/files/consolidatedlegislation/701/penal_code_pdf_14611.pdf)).

h. Namibie. Lutte contre les pratiques immorales, loi 21 de 1980 ([https://laws.parliament.na/cms\\_documents/combatting-of-immoral-practices-2c85487772.pdf](https://laws.parliament.na/cms_documents/combatting-of-immoral-practices-2c85487772.pdf)).

i. Rwanda. Loi organique instituant le Code pénal. Section 4 ([https://sherloc.unodc.org/res/cld/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda\\_html/Penal\\_Code\\_of\\_Rwanda.pdf](https://sherloc.unodc.org/res/cld/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf)).

j. Afrique du Sud Loi 32 de 2007 portant modification du droit pénal (infractions sexuelles et questions connexes) (<http://www.justice.gov.za/legislation/acts/2007-032.pdf>); Afrique du Sud. Loi sur les infractions sexuelles, 1957 ([https://www.gov.za/sites/default/files/gcis\\_document/201505/act-23-1957.pdf](https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201505/act-23-1957.pdf)).

k. Zambie La loi sur le Code pénal. Article 178a (<http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Penal%20Code%20Act.pdf>).

l. Namibie. Lutte contre les pratiques immorales, loi 21 de 1980 ([https://laws.parliament.na/cms\\_documents/combatting-of-immoral-practices-2c85487772.pdf](https://laws.parliament.na/cms_documents/combatting-of-immoral-practices-2c85487772.pdf)).

m. Jugement du Botswana décriminalisant l'homosexualité (<https://www.southernafricatigationcentre.org/wp-content/uploads/2019/06/Botswana-decrim-judgment.pdf>).

n. Comores Code pénal. Article 318(3) (<http://comoresdroit.comores-droit.com/wp-content/dossier/code/penal.pdf>).

o. Érythrée Code pénal de l'État d'Érythrée. Article 395 (<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101051/121587/F567697075/ERI101051%20Eng.pdf>).

p. Lesotho. Loi sur les infractions liées aux drogues, 2008. Article 43 (<https://lesotholii.org/ls/legislation/act/5/DRUGS%20OF%20ABUSE%20ACT%202008.pdf>).

q. Namibie. Abus de substances produisant une dépendance et centres de réadaptation, 41 de 1971.

r. Ouganda Loi sur le contrôle des stupéfiants et des substances psychotropes, n° 3 de 2016. Sections 4 et 6 (<https://ulii.org/system/files/legislation/act/2019/3/the-narcotic-drugs-and-psychotropic-substances-control-Act.pdf>).

s. Zimbabwe. Loi sur le droit pénal (codification et réforme). Chapitre VII, article 157 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/72803/74195/F858899812/ZWE72803.pdf>).

t. Lesotho. Loi sur la protection et le bien-être des enfants, 2011. Section 233 (<http://jafbase.fr/docAfrique/Lesotho/children%20act%20lesotho.pdf>).

u. Mozambique. Law 19/2014 Lei de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego vivendo com HIV e SIDA. Article 26 ([http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS\\_361981/lang-en/index.htm](http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_361981/lang-en/index.htm)).

v. Directives nationales pour la prévention et la gestion du VIH et des IST. Édition 2016. Kigali : Centre biomédical du Rwanda, Ministère de la Santé de la République du Rwanda ; 2016 (<http://www.fast-trackcities.org/sites/default/files/National%20Guidelines%20for%20Prevention%20and%20Management%20of%20HIV%20and%20STIs%20%282016%29.pdf>).

w. République d'Afrique du Sud. Loi sur l'enfance (28 de 2005). Article 130. In : Government Gazette. 2006;492:1-216.

x. Angola. Lei nº8/04 sobre o Virus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_125156.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125156.pdf)).

y. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).

■ Oui  
 ■ Non  
 ■ Données indisponibles

Non, mais il existe des poursuites basées sur le droit pénal général

■ Oui  
 ■ Non  
 ■ Données indisponibles

Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

■ Aucune restriction  
 ■ Données indisponibles

■ Oui  
 ■ Non  
 ■ Données indisponibles

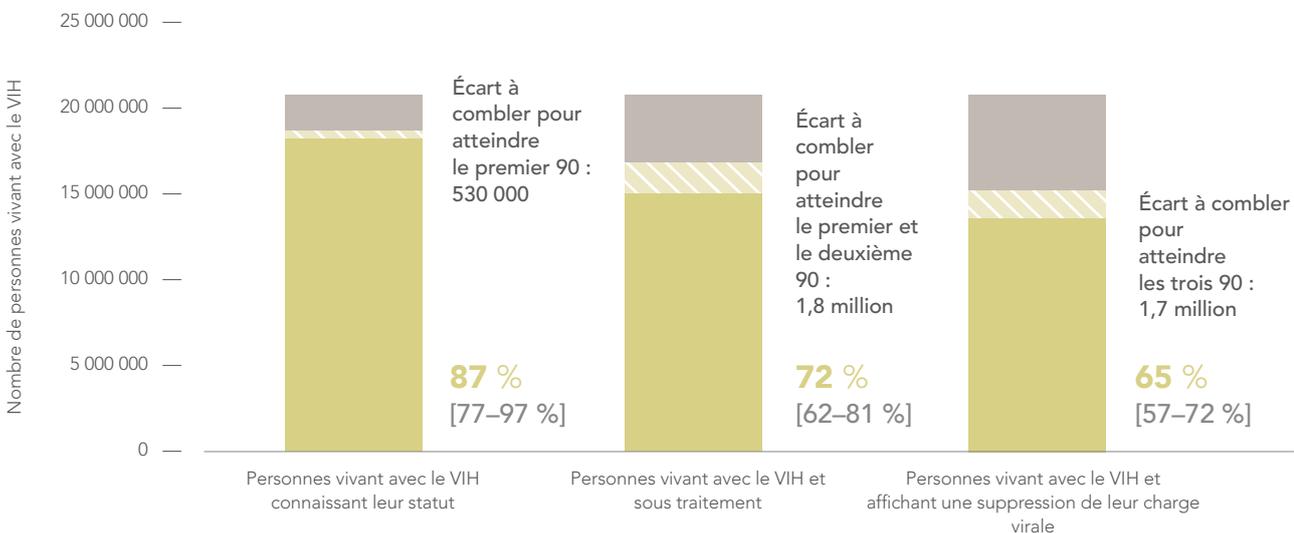
Interdiction séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

Expulsion, interdiction séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 6.9

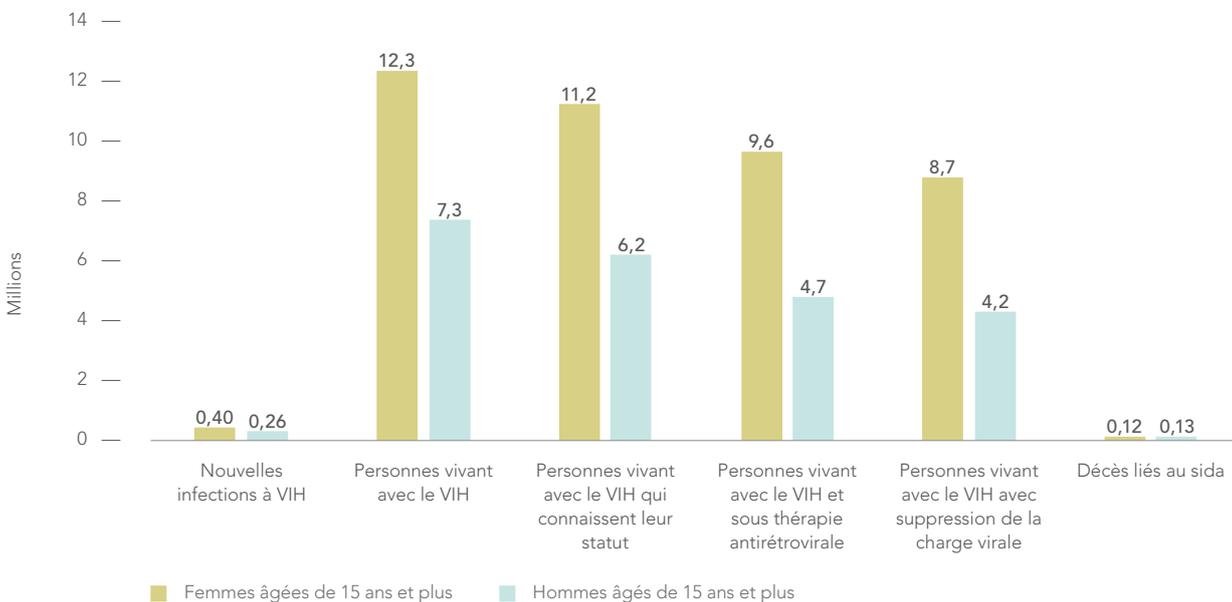
### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Afrique orientale et australe, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 6.10

### Différences entre les sexes dans les principales métriques du VIH chez les adultes, Afrique orientale et australe, 2019



Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

L'inégalité des normes entre les sexes contribue au risque plus élevé d'infection par le VIH auquel sont exposées les femmes en Afrique orientale et australe. Chaque année, beaucoup plus de femmes que d'hommes sont infectées et, en 2019, 12,3 millions de femmes vivaient avec le VIH dans la région, contre 7,3 millions d'hommes. Toutefois, les taux plus élevés de dépistage du VIH, de

couverture des traitements et de suppression de la charge virale chez les femmes se traduisent par des taux de mortalité liés au sida plus faibles que chez les hommes : malgré la charge beaucoup plus importante du VIH chez les femmes, le nombre de décès liés au sida était plus élevé chez les hommes (130 000) que chez les femmes (120 000) en 2019.

TABLEAU 6.3

## Tableau de bord 90–90–90 pays : Afrique orientale et australe, 2019

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et qui sont sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
<b>Afrique orientale et australe</b>	87	91	84	83	86	77	90	91	90	65	71	58
Angola	62	69	62	44	42	44						
Botswana	92	95	91	89	98	78	96	97	96	79	90	68
Comores	82	96	74	73	84	60	86	84	90	51	68	40
Érythrée	86	90	90	73	75	67	85	87	87	53	58	52
Eswatini	98	100	97	98	100	93	97	97	97	92	97	87
Éthiopie	82	83	85	91	90	90	89	90	90	66	68	69
Kenya	90	94	88	82	86	73	92	93	94	68	74	61
Lesotho	93	95	92	71	75	63	93	93	94	61	66	54
Madagascar	15	18	13	90	88	93						
Malawi	90	94	86	88	93	78	92	94	93	72	81	62
Maurice	69	59	73	37	42	34	68	68	68	17	17	17
Mozambique	77	86	66	77	79	70	75	78	75	45	53	35
Namibie	95	96	92	90	93	83	91	93	91	78	83	69
Rwanda	89	93	89	97	98	95	91	92	92	79	84	78
Seychelles							91					
Afrique du Sud	92	94	91	75	80	69	92	92	92	64	69	58
Soudan du Sud	27	36	16	68	56	100	80	84	79	14	17	13
Ouganda	89	93	86	94	97	89	90	92	89	75	83	68
République-Unie de Tanzanie	83	85	81	90	98	78	92	93	92	69	78	58
Zambie	90	93	87	95	97	90	90	91	90	77	82	71
Zimbabwe	90	95	87	94	94	92	86	88	86	73	79	69

## Légende pour 90–90–90

■ 95 % et plus
■ 90–94 %
■ 85–89 %
■ 70–84 %
■ 50–69 %
■ Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

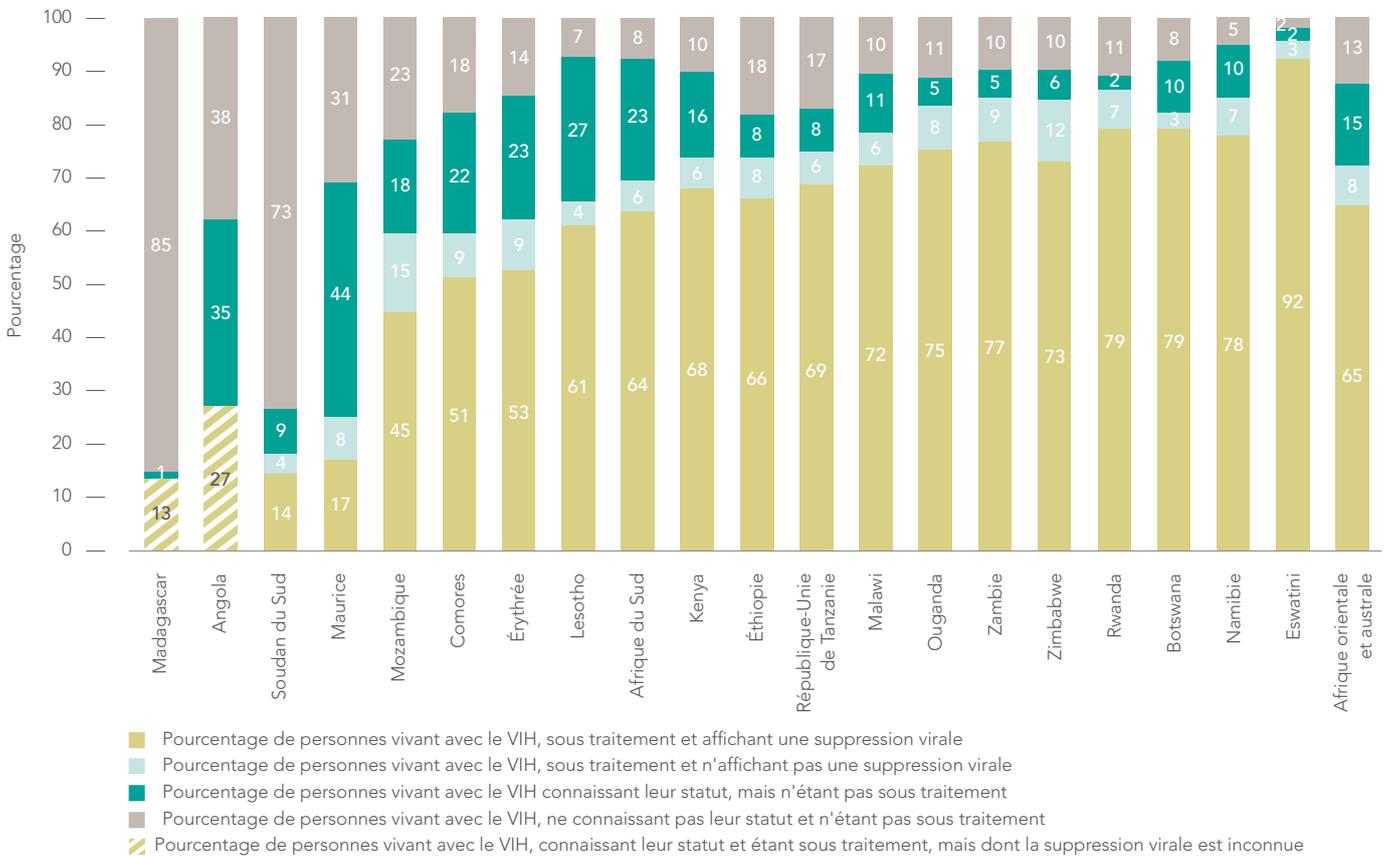
■ 86 % et plus
■ 73–85 %
■ 65–72 %
■ 40–64 %
■ 25–39 %
■ Moins de 25 %

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020.

Note : Estimations pour 2019 sauf : Seychelles (2018).

FIGURE 6.11

**Connaissance du statut, traitement et lacunes en matière de suppression virale par pays, Afrique orientale et australe, 2019**



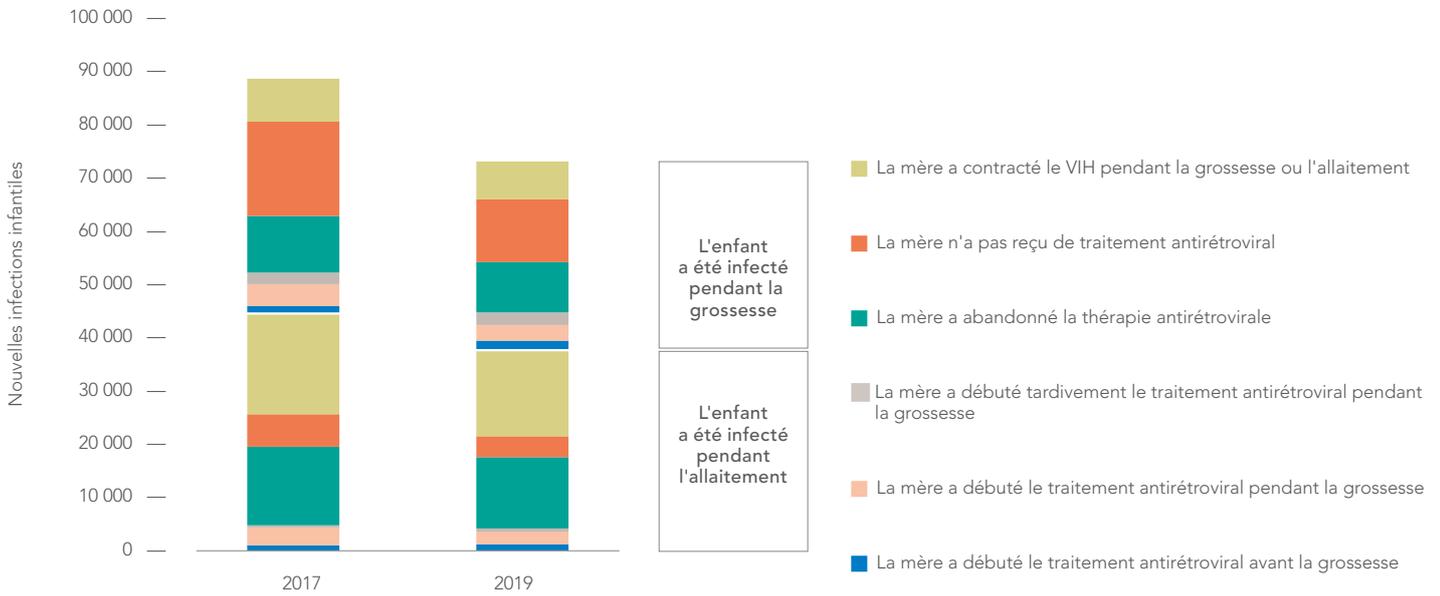
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Parmi les pays d'Afrique orientale et australe, la suppression virale est supérieure à 70 % pour toutes les personnes vivant avec le VIH dans huit pays – une réalisation remarquable dans la région la plus touchée par la pandémie de VIH. Toutefois, des lacunes alarmantes dans la cascade des tests et des traitements du VIH existent dans

de nombreux pays. Les lacunes en matière de dépistage sont particulièrement importantes à Madagascar et au Soudan du Sud, tandis qu'en Angola et à Maurice, un pourcentage élevé de personnes qui se savent séropositives n'ont pas accès à un traitement.

FIGURE 6.12

**Nouvelles infections infantiles dues à des lacunes dans la prévention de la transmission verticale, Afrique orientale et australe, 2017 et 2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

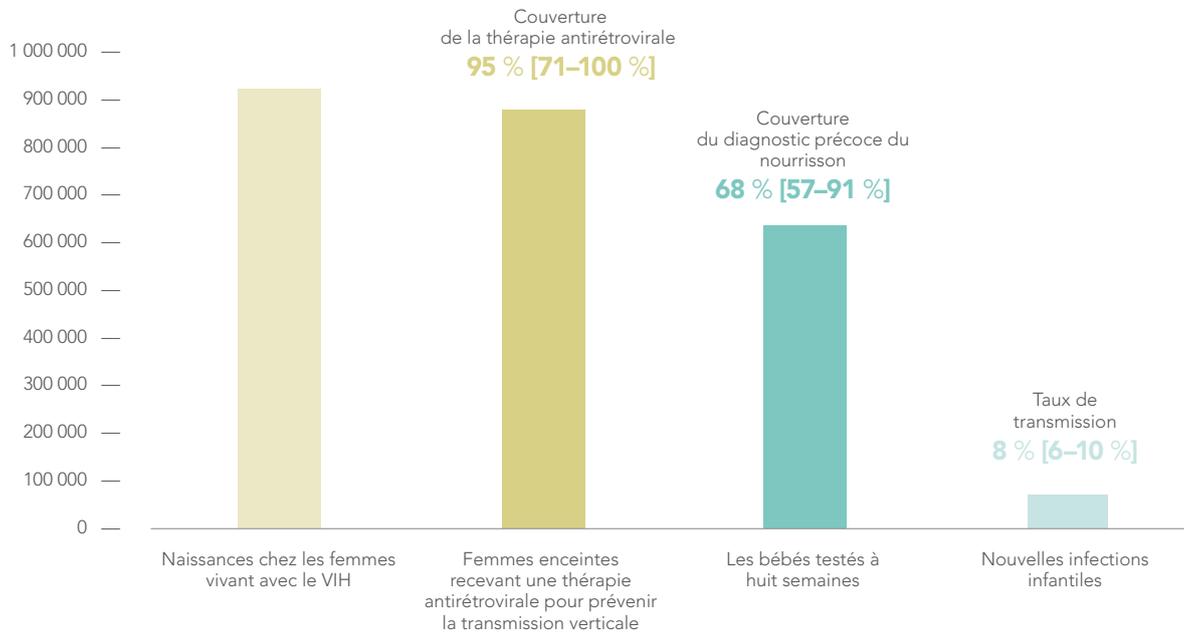


Crédit : ONUSIDA

## Services centrés sur les personnes

FIGURE 6.13

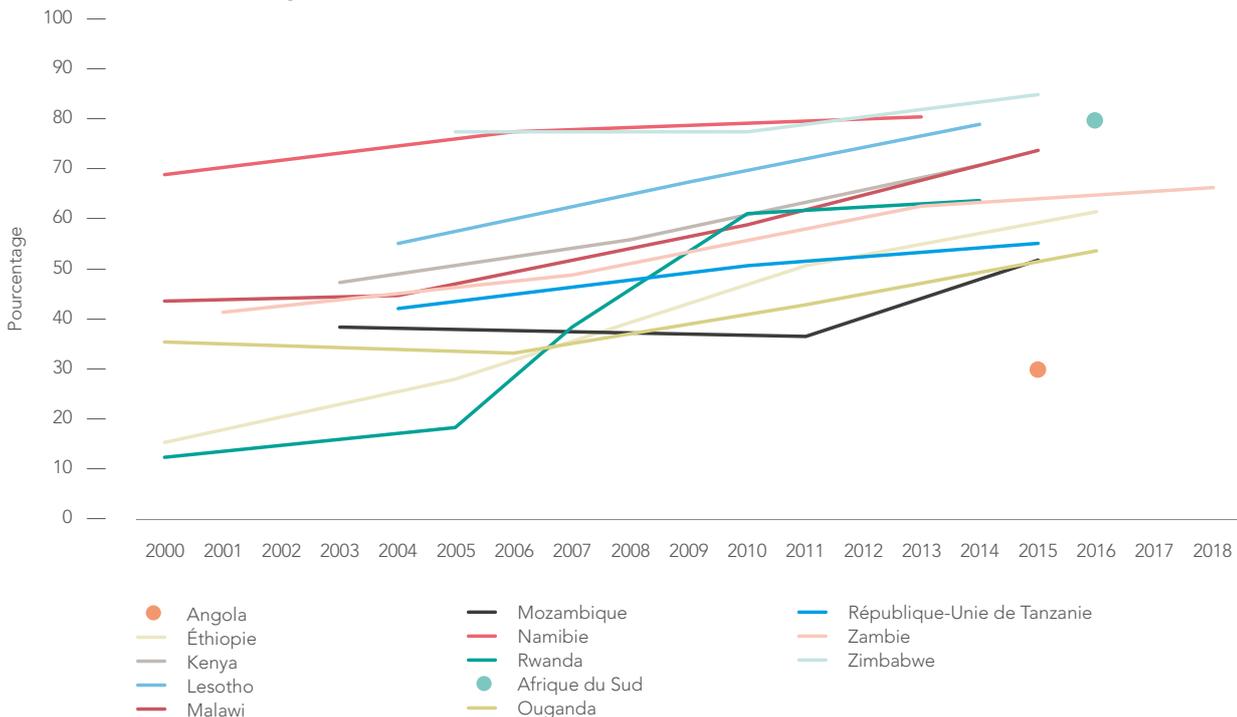
### Services pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, diagnostic précoce des nourrissons, nombre de nouvelles infections verticales et taux de transmission, Afrique orientale et australe, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA par l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 6.14

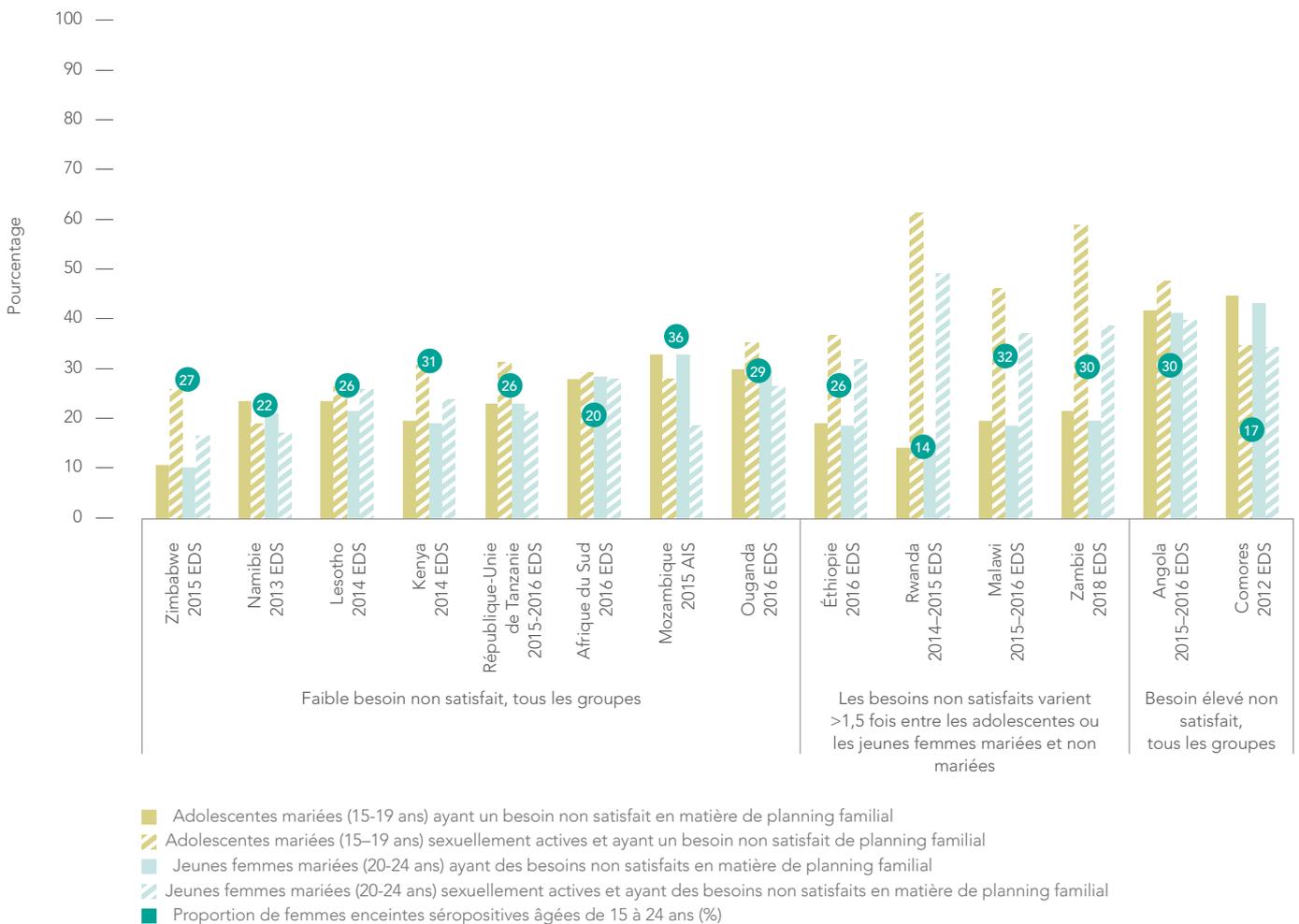
### Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, pays pour lesquels des données sont disponibles, Afrique orientale et australe, 2000-2018



Source : Enquêtes de population, 2000–2018.

FIGURE 6.15

### Besoins non satisfaits en matière de planification familiale chez les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans) mariées et sexuellement actives, non mariées, avec la proportion de femmes enceintes séropositives âgées de 15 à 24 ans, par pays, Afrique orientale et australe, 2012-2018



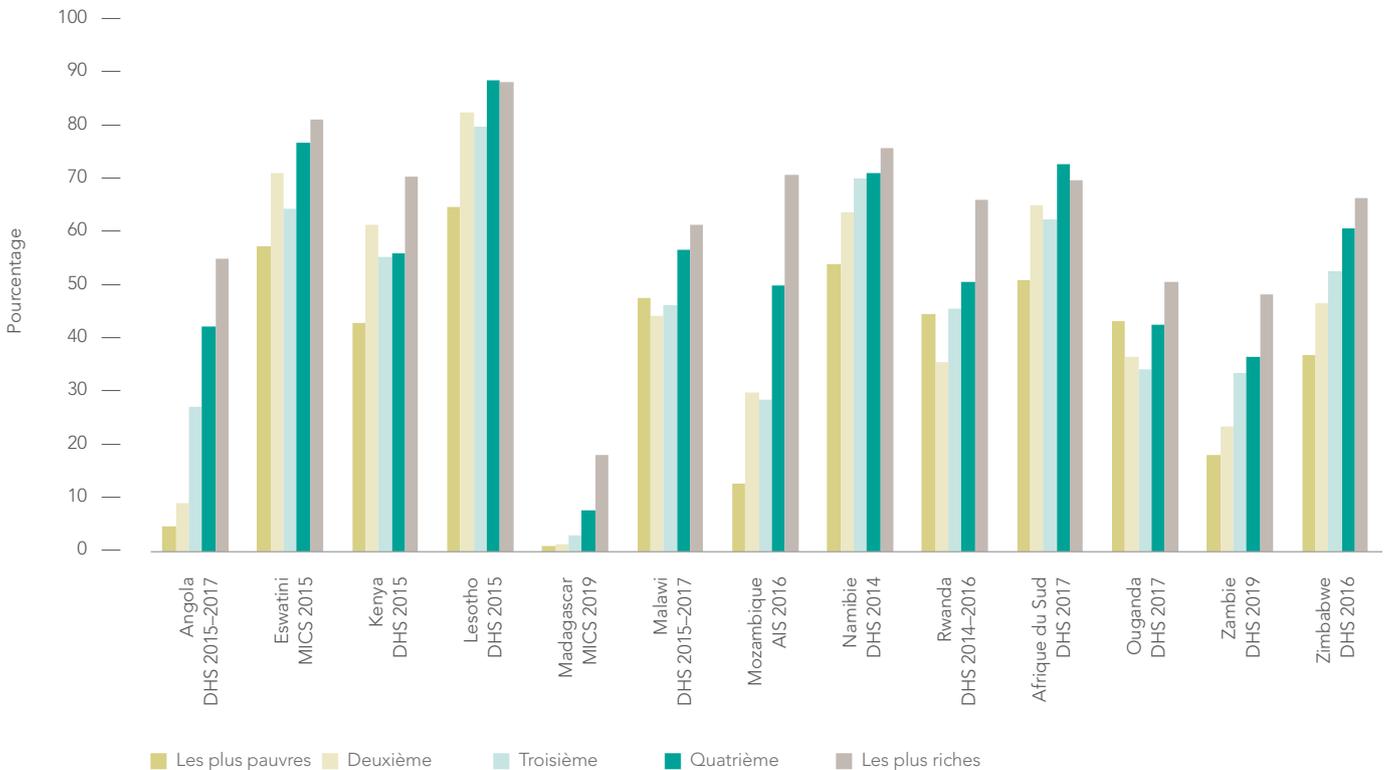
Source : Enquêtes de population, 2012-2018 ; Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Les enquêtes de population montrent que les besoins non satisfaits en matière de services de planification familiale sont généralement élevés chez les femmes et les adolescentes en Angola et aux Comores. En revanche, les besoins non satisfaits en matière de planning familial sont généralement faibles au Lesotho, en Namibie et au Zimbabwe. Dans six des 14 pays disposant de données d'enquête récentes, les besoins non satisfaits sont nettement plus élevés (>1,5 fois) chez les adolescentes ou les jeunes femmes non

mariées sexuellement actives que chez leurs homologues mariées, ce qui a des implications pour les programmes de santé et de droits sexuels et reproductifs dans des groupes d'âge spécifiques et selon le statut matrimonial. Dans certains pays de la région, jusqu'à un tiers des femmes enceintes séropositives se situent dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans. La garantie que les jeunes femmes vivant avec le VIH aient la possibilité de prendre des décisions concernant leur fertilité contribuera à réduire la transmission verticale du VIH.

FIGURE 6.16

**Utilisation de préservatifs lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant au cours des 12 derniers mois chez les adolescentes et les jeunes femmes**



Source : Enquêtes de population, 2014-2018.

Note : Le quintile de richesse est une mesure composite de la possession d'actifs par les ménages (par exemple, téléviseurs ou bicyclettes), des matériaux utilisés pour la construction de logements et des types d'accès à l'eau et d'installations sanitaires.

Les résultats d'enquêtes de population suggèrent que les femmes les plus pauvres sont moins susceptibles de négocier l'utilisation de préservatifs. Dans la plupart des pays de la région, on observe une tendance claire à la baisse de l'utilisation des préservatifs lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant chez les adolescentes et les jeunes femmes des quintiles de richesse les plus pauvres. Les exceptions sont le Malawi, le Rwanda et l'Ouganda. Dans toute la région, l'utilisation du

préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque est inférieure à 60 % pour les adolescentes et les jeunes femmes appartenant aux quintiles de richesse les plus pauvres. Dans plusieurs pays (Angola, Madagascar, Ouganda et Zambie), l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant chez les adolescentes et les jeunes femmes est inférieure à 50 % dans tous les quintiles de richesse.

## Investir pour mettre fin au sida

L'engagement commun des gouvernements de la région et de la communauté internationale en faveur de la lutte contre le VIH s'est traduit par des niveaux de financement conformes à l'objectif de 2020. Le financement des réponses au VIH dans la région a augmenté de 25 % entre 2010 et 2019, dont une augmentation de 26 % du financement national, une augmentation de 50 % du financement bilatéral du gouvernement des États-Unis et une augmentation de 18 % des contributions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) (toutes ces tendances étant mesurées en dollars américains constants de 2016 pour contrôler l'inflation).

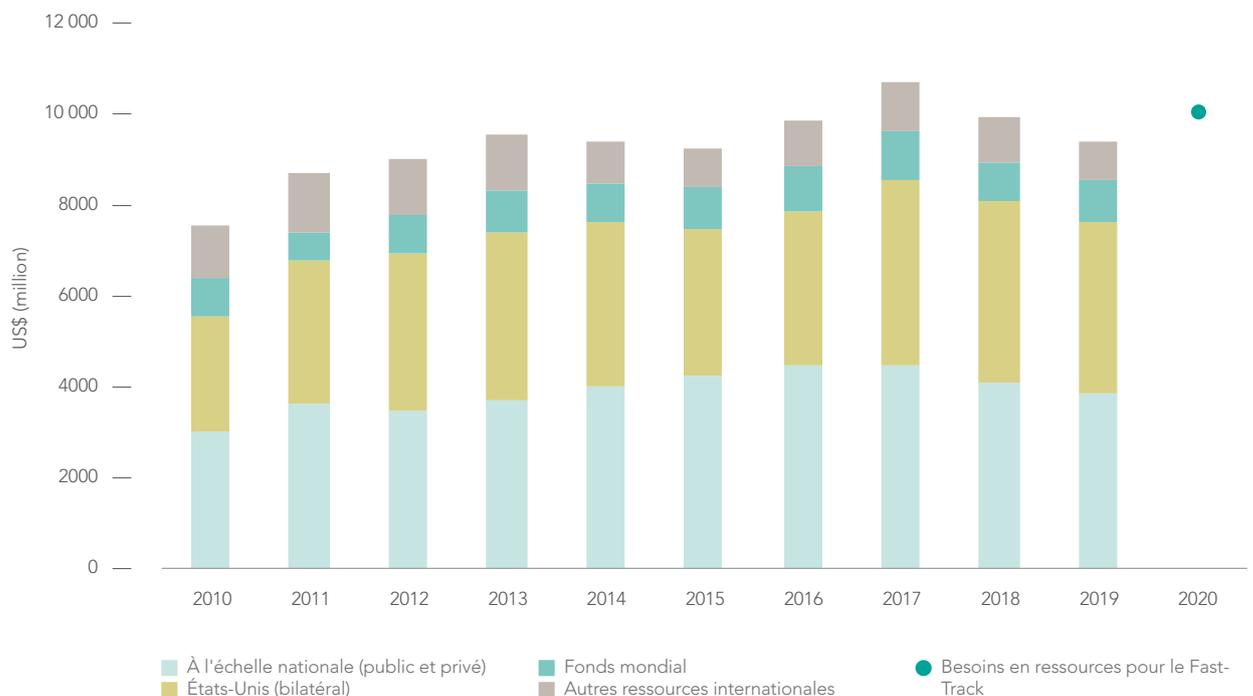
Le financement de la lutte contre le VIH a atteint un sommet en 2017, puis a diminué de 12 % entre 2017 et 2019. Entre 2018 et 2019, le financement

de la lutte contre le VIH a diminué au niveau de presque toutes les sources : intérieures (-5 %), bilatérales du gouvernement des États-Unis (-5 %) et autres sources internationales (-10 %). Le Fonds mondial a toutefois augmenté ses investissements dans la région de 5 % entre 2018 et 2019, après une baisse de 14 % l'année précédente – un schéma qui reflète probablement les fluctuations des cycles de gestion des subventions.

En 2019, les sources nationales représentaient 41 % du financement total consacré au VIH, le financement bilatéral du gouvernement américain 40 % et le Fonds mondial 10 %. L'Afrique du Sud assumait la plupart des dépenses intérieures en Afrique orientale et australe, les autres pays de la région dépendant de sources extérieures pour environ 80 % du financement de leur riposte au VIH.

FIGURE 6.17

### Disponibilité des ressources pour la lutte contre le VIH par source, 2010-2019, et estimation des besoins en ressources de l'initiative d'accélération en 2020, Afrique orientale et australe



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

FIGURE 6.18

**Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu, Afrique orientale et australe, objectif 2010-2019 et 2020**



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
 Note : La disponibilité des ressources par personne vivant avec le VIH et les besoins en ressources sont exprimés en dollars américains constants de 2016.



# AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

## POINTS SUR LES DONNÉES

DEPUIS 2010, LES NOUVELLES  
INFECTIONS AU VIH  
ONT DIMINUÉ DE 25 %

### DANS LA RÉGION

ET LES DÉCÈS LIÉS AU SIDA  
ONT DIMINUÉ DE 37 %.

LES ADOLESCENTES  
ET LES JEUNES FEMMES REPRÉSENTENT

**20 % DES NOUVELLES  
INFECTIONS PAR  
LE VIH**

DANS LA RÉGION

**PRÈS DE 7  
INFECTIONS SUR 10**

DANS LA RÉGION SONT RECENSÉES  
PARMI LES POPULATIONS CLÉS  
ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS

**SEULS 45 %**

DES PERSONNES VIVANT AVEC LE  
VIH AFFICHENT UNE SUPPRESSION  
DE LEUR CHARGE VIRALE

**PLUS DE 40 %**

DES ADULTES ONT RAPPORTÉ DES  
COMPORTEMENTS DISCRIMINATOIRES  
ENVERS LES PERSONNES  
VIVANT AVEC LE VIH DANS 9 PAYS SUR 17  
DISPOSANT DE DONNÉES  
D'ENQUÊTE RÉCENTES

L''épidémie de VIH en Afrique occidentale et centrale n'a pas reçu la même attention nationale et internationale qu'en Afrique orientale et australe. En conséquence, les progrès ont été moins importants. Les défis humanitaires causés par les conflits armés, les déplacements de population, l'insécurité alimentaire et les conflits intercommunautaires continuent de mettre à rude épreuve la résilience des communautés et les systèmes de santé dans plusieurs pays de la région.

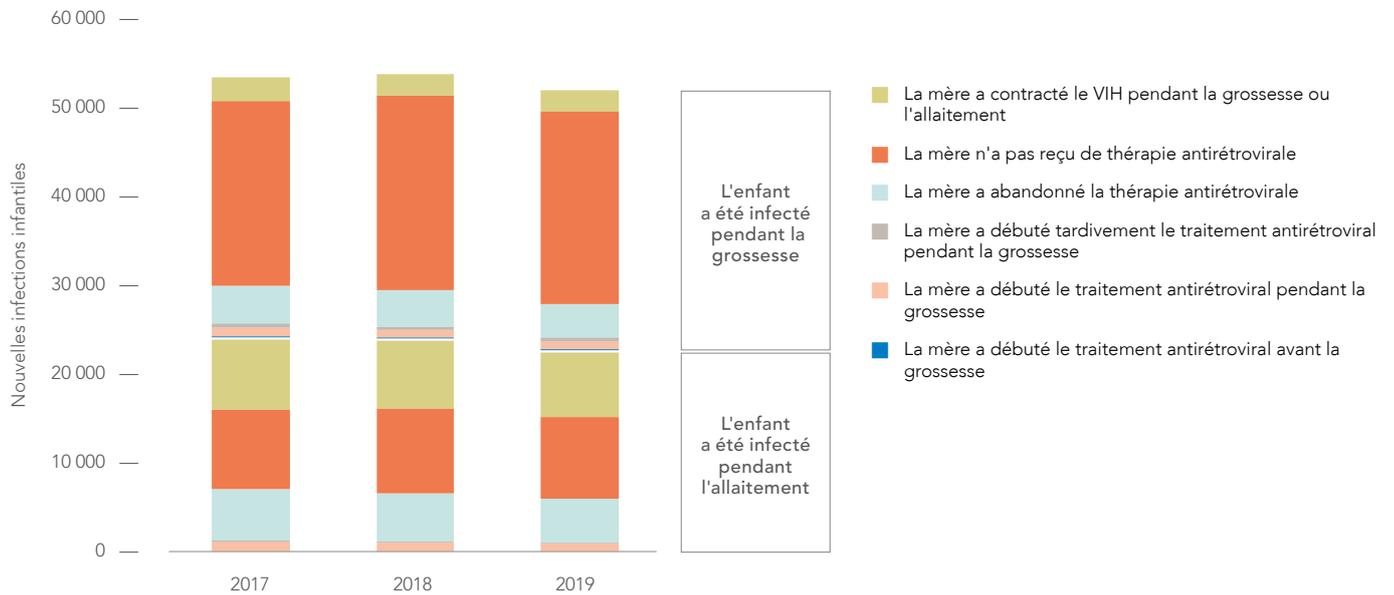
Les femmes et les filles représentaient 58 % des 240 000 [150 000-390 000] nouvelles infections estimées en 2019, ce qui reflète le rôle persistant des inégalités entre les sexes dans l'épidémie de la région. En particulier, les adolescentes et les jeunes femmes restent davantage exposées au risque d'infection par le VIH en Afrique occidentale et centrale. En outre, des enquêtes menées entre 2015 et 2018 démontrent que 37 % seulement des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) de la région ont affiché une connaissance complète du VIH.

Les programmes de prévention ne se concentrent pas non plus suffisamment sur les populations clés, qui représentent une grande partie des nouvelles infections et qui sont également confrontées à des environnements juridiques et sociaux hostiles. Environ deux tiers des nouvelles infections par le VIH chez les adultes en 2019 concernaient des travailleurs du sexe (19 %), des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (21 %), ainsi que les clients des travailleurs du sexe et les partenaires sexuels de personnes appartenant à des populations clés (27 %).

La région est encore loin d'atteindre les objectifs 90-90-90. Seules 58 % des personnes vivant avec le HIV avaient accès à une thérapie antirétrovirale en 2019. On estime que 58 % [40-78 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu une thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission verticale du VIH et protéger leur propre santé en 2019, soit l'une des couvertures les plus faibles au monde.

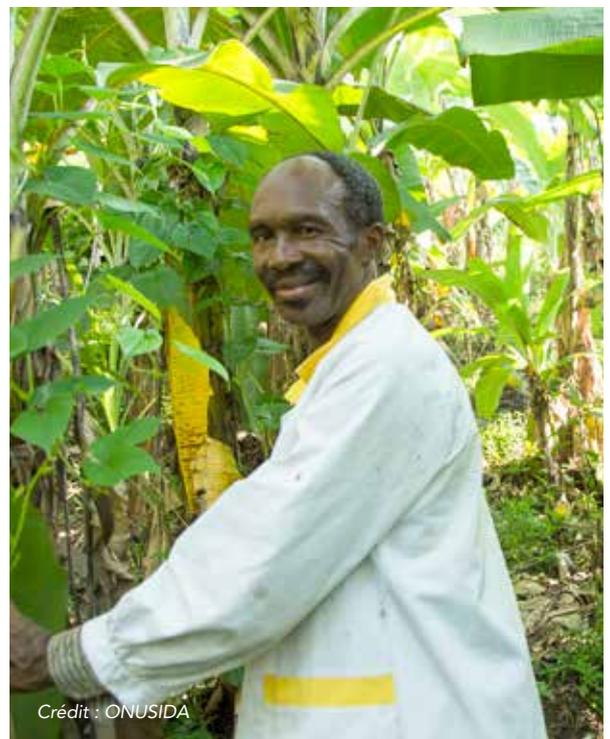
FIGURE 7.1

### Nouvelles infections infantiles dues à des lacunes dans la prévention de la transmission verticale, Afrique occidentale et centrale, 2017-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Les lacunes dans le continuum des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique occidentale et centrale impliquent qu'un trop grand nombre d'enfants sont exposés au VIH. La grande majorité des nouvelles infections par le VIH chez les enfants dans la région sont dues à la faible couverture de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes séropositives : 42 % des infections infantiles en 2019 sont dues au fait que les femmes enceintes séropositives n'ont pas reçu de médicaments antirétroviraux pendant leur grossesse. En outre, 18 % des nouvelles infections chez les enfants sont dues au fait que les mères séropositives n'ont pas reçu de médicaments antirétroviraux pendant l'allaitement, et 14 % à la séroconversion de la mère pendant l'allaitement.

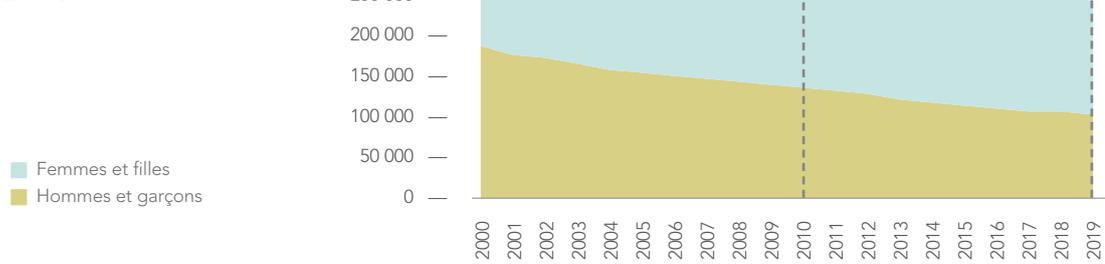


Crédit : ONUSIDA

## État de l'épidémie

FIGURE 7.2

### Nouvelles infections par le VIH par sexe, Afrique occidentale et centrale, 2000-2019



Évolution du pourcentage 2010-2019

Population totale **-25 %**

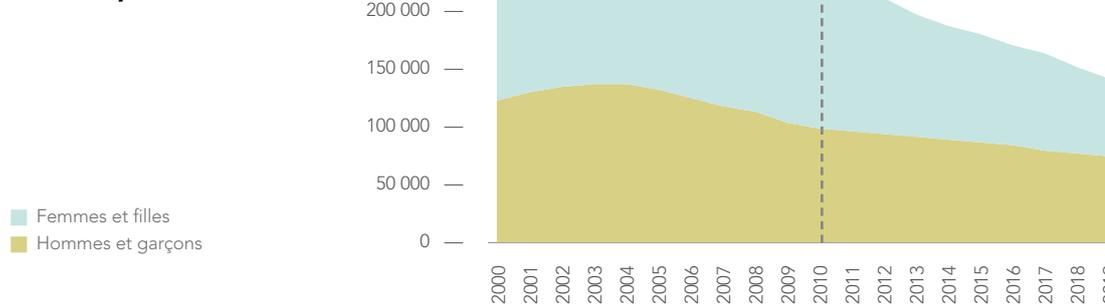
Femmes et filles **-26 %**

Hommes et garçons **-25 %**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 7.3

### Décès liés au VIH par sexe, Afrique occidentale et centrale, 2000-2019



Évolution du pourcentage 2010-2019

Population totale **-37 %**

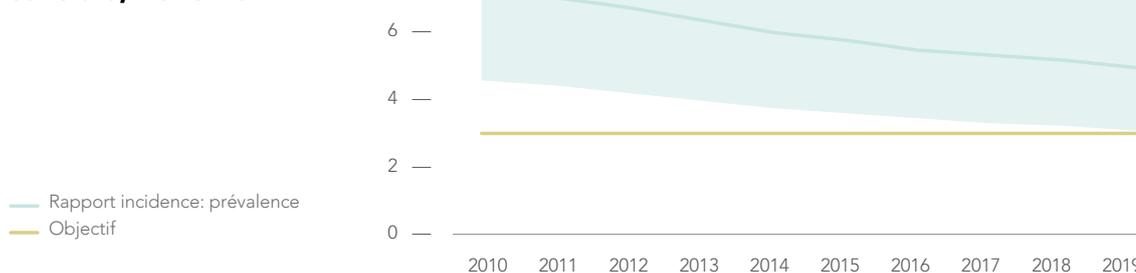
Femmes et filles **-47 %**

Hommes et garçons **-25 %**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 7.4

### Rapport incidence: prévalence, Afrique occidentale et centrale, 2010-2019



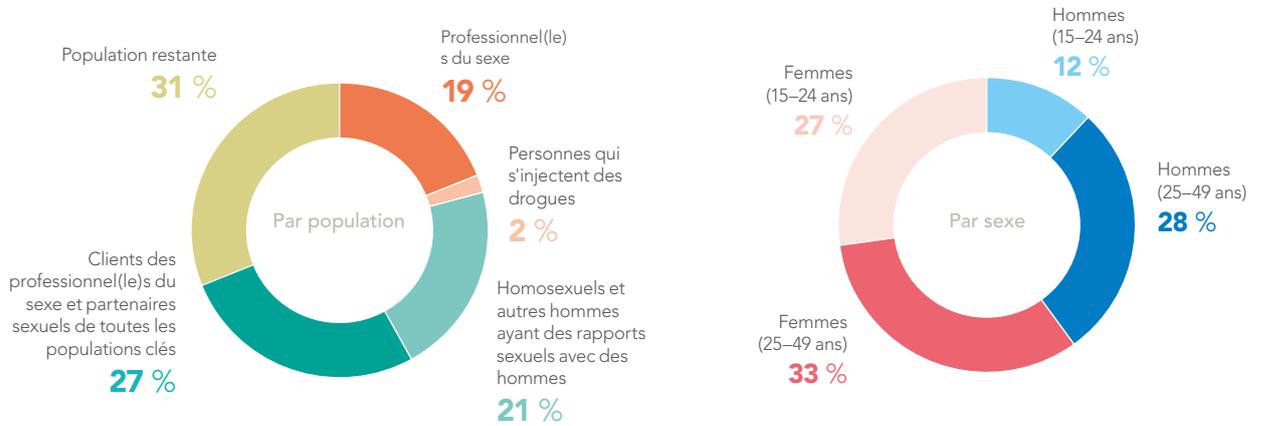
Rapport incidence/prévalence

**4,9**  
**[3,1-8,0]**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 7.5

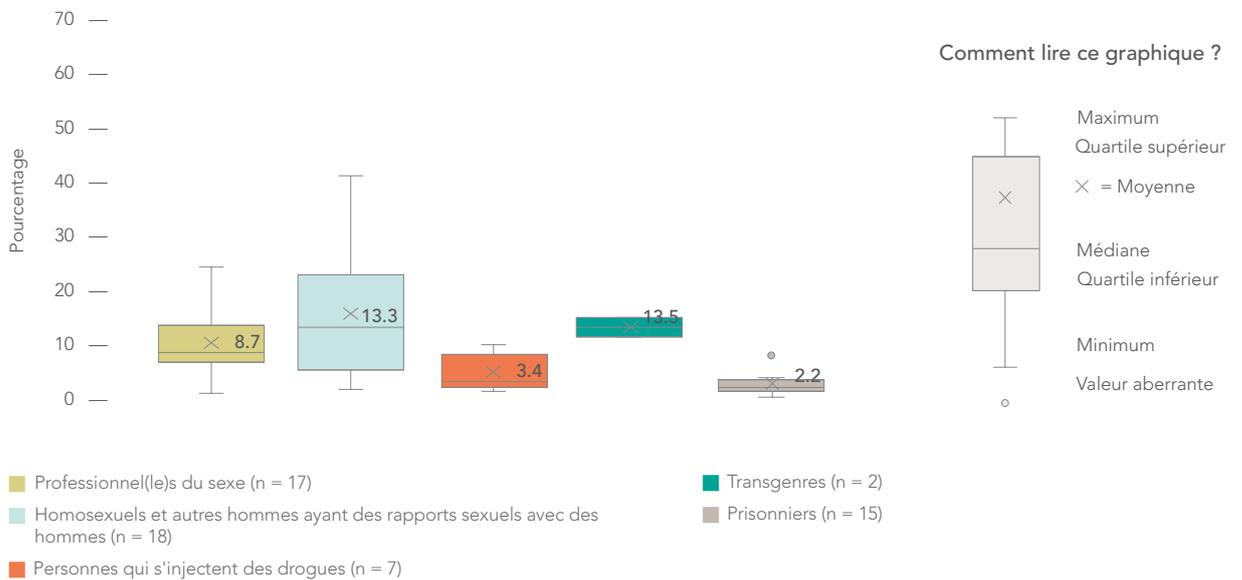
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Afrique occidentale et centrale, 2019**



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 7.6

**Prévalence du VIH parmi les populations clés, Afrique occidentale et centrale, 2015-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : n = nombre de pays déclarants.

TABLEAU 7.1

## Estimation de la taille des populations clés, Afrique occidentale et centrale, 2018-2019

	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Cameroun	14 400 000	14 900 000										
Côte d'Ivoire	14 100 000	14 400 000									41 000	0,29 %
République démocratique du Congo	55 500 000	58 100 000	350 000	0,63 %	190 000	0,35 %	160 000	0,28 %				
Gambie	1 290 000	1 270 000										
Mali	10 000 000	10 300 000										
Niger	11 100 000	11 700 000										
Sénégal	8 900 000	9 200 000					3100	0,04 %			9500	0,11 %
Togo	4 600 000	4 700 000									5100	0,11 %

- Estimation de la taille de la population nationale
- Estimation de la taille de la population locale
- Données insuffisantes
- Aucune donnée

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module de spectre Demproj, 2020.

Note 1 : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Note 2 : Les régions couvertes par les estimations de la taille de la population locale sont les suivantes :

Côte d'Ivoire: Bouaké, San-pedro et Yamoussoukro

Gambie : Banjul

Les professionnel(le)s du sexe du Mali : Bamako, Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso

Les homosexuels du Mali et les autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes : Bamako, Gao, Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso

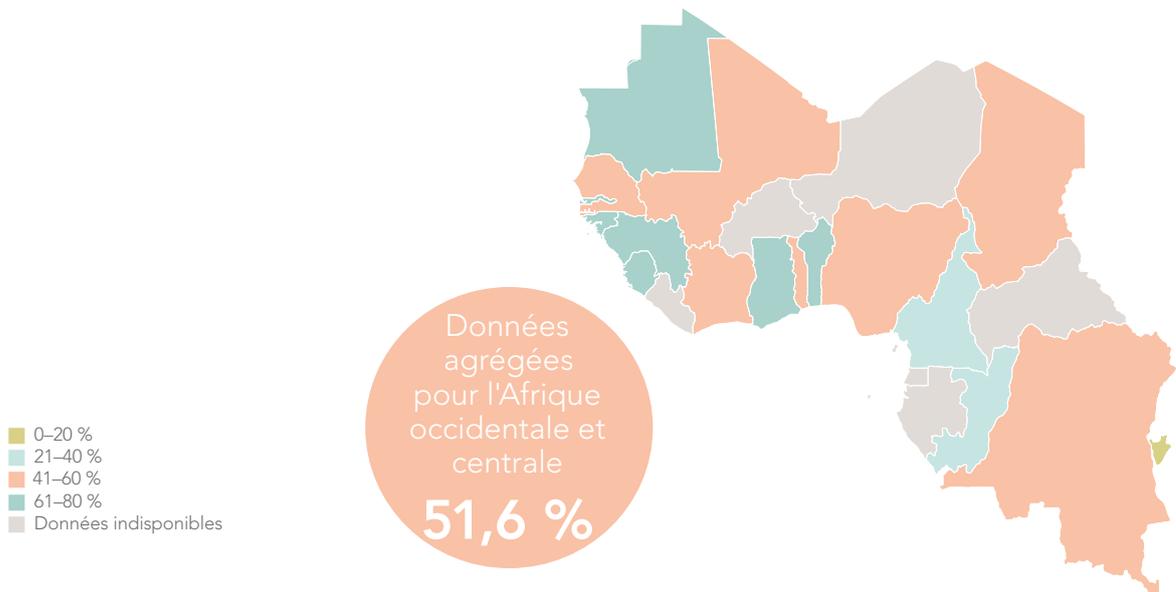


Crédit : Programme alimentaire mondial, ONUSIDA et la Fondation Magic System

## Stigmatisation, discrimination et violence

FIGURE 7.7

**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, Afrique occidentale et centrale, 2014-2018**

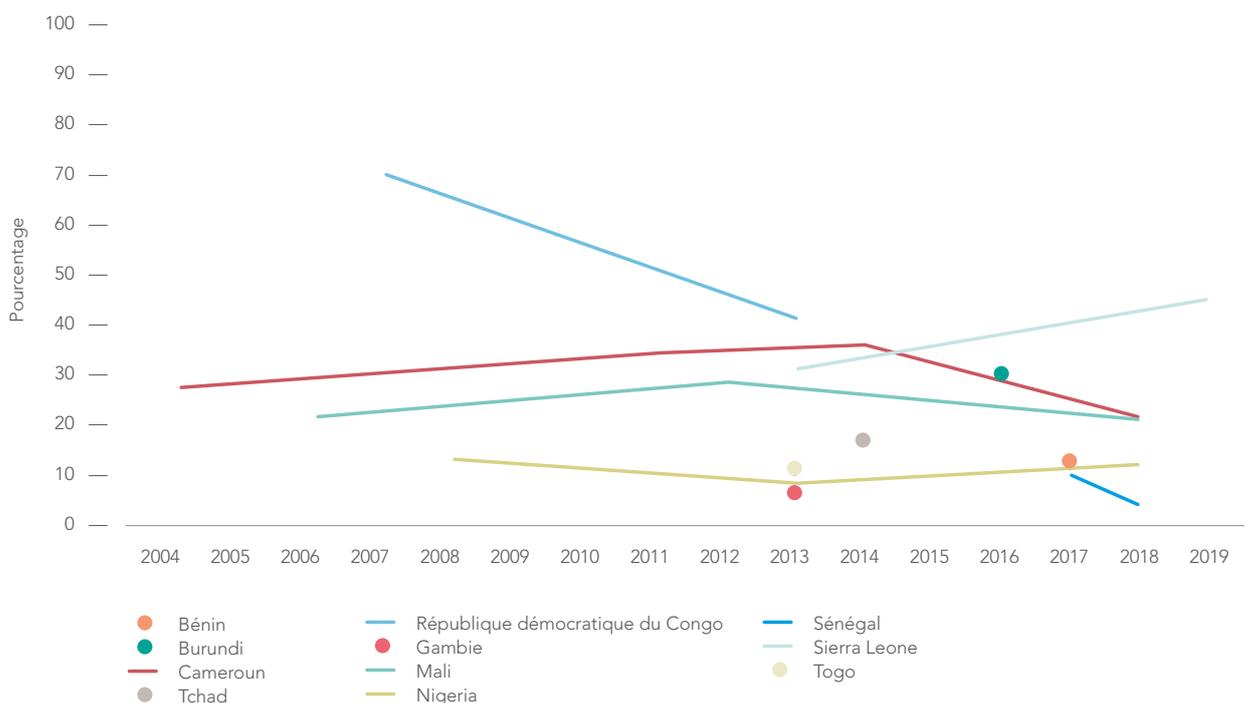


Source : Enquêtes de population, 2014-2019.

Note : Les données agrégées font référence aux données les plus récentes disponibles sur la base d'enquêtes de population menées dans 17 pays de la région au cours de la période 2014-2018, correspondant à 43 % de la population de 2018.

FIGURE 7.8

**Femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, Afrique occidentale et centrale, 2006-2019**



Source : Enquêtes de population, 2006-2019.

## Lois et politiques

TABLEAU 7.2

### Tableau de bord des lois et politiques, Afrique occidentale et centrale, 2019

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Bénin	b	b	b	b	b	b
Burkina Faso	b	c	b	b	b	b
Burundi	a	d	m	r	w	w
Cap Vert		am	m			
Cameroun	b	b	b	b	x	b
République centrafricaine	b	e	b	b	b	b
Tchad		an	n		y	l
Congo	b	b	b	b	b	b
Côte d'Ivoire	b	b	b	b	w	b
République démocratique du Congo	b	b	b	b	z	
Guinée équatoriale	a	ao	m	s	a	a
Gabon	b	f	o	t	b	b
Gambie		g	p	u	b	b
Ghana	b	b	b	b	b	b
Guinée	b	h	b	b	aa	b
Guinée Bissau	b	b	b	b	ab	
Liberia	b	b	b	b	b	b
Mali	b	i	b	b	b	b
Mauritanie	b	b	b	b	b	b
Niger	b	b	q	b	ac	b
Nigeria	b	b	b	v	b	b
Sao Tomé-et-Principe	b	b	b	b	b	b
Sénégal	b	j	b	b	b	b
Sierra Leone	b	k	b	b	b	b
Togo	b	l	b	b	b	b

**Criminalisation et/ou poursuite**

- Criminalisé et/ou poursuivi
- Ni criminalisé ni poursuivi
- Données indisponibles

**Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe**

- Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- La question est déterminée/diffère au niveau infranational
- Données indisponibles

**Peine de mort**

- Emprisonnement ou aucune sanction spécifiée
- Peine de mort
- Données indisponibles

**Détention obligatoire pour infractions aux drogues**

- Oui pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans
- Oui pour les adolescents de moins de 12 ans
- Non
- Données indisponibles

**Oui/Non**

- Oui
- Non
- Données indisponibles

Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique

La détention de drogues destinées à un usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction pénale

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale

Loi criminalisant la non-divulgateion, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (y)	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
b		b
ad		b
ad		w
ad		
ae		b
b		b
af		ak
b		b
ag		b
ah		b
ad		
b		b
ah		b
b		b
ad		b
ad		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
b		b
ai		b
b		b
b		b
b		b

Oui  
Non, mais il existe des poursuites basées sur le droit pénal général  
Non  
Données indisponibles

Oui  
Non  
Données indisponibles

Oui  
Non  
Données indisponibles

Expulsion, interdiction séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

Interdiction séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

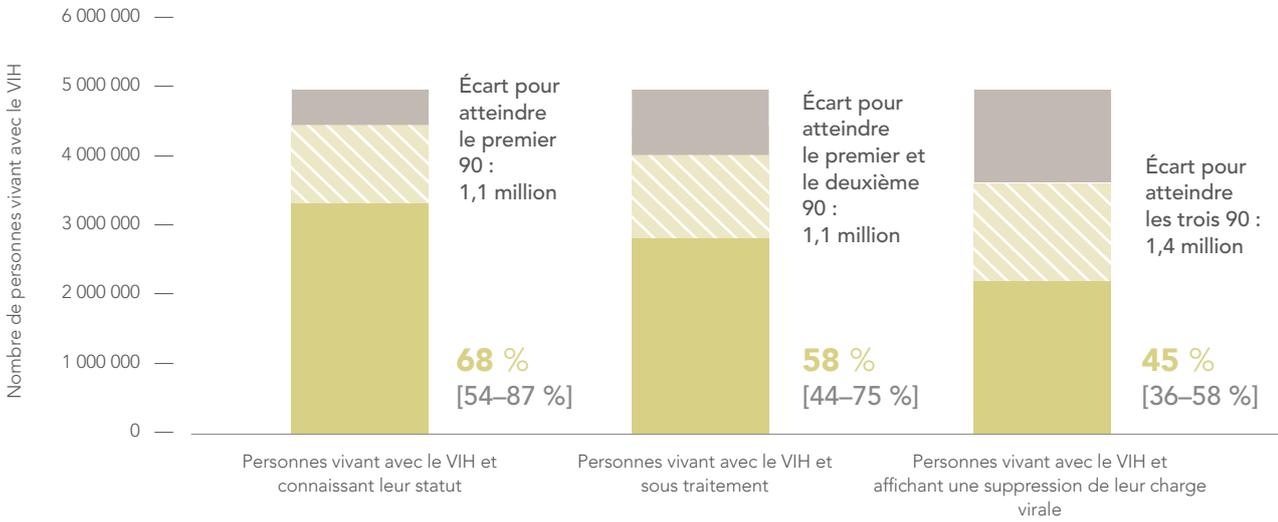
## Sources :

- a. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- b. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- c. Burkina Faso. Code pénal, 2019. Article 533-20 ; Burkina Faso. Loi n° 025-2018. Articles 533-20, 533-27, 533-28 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5cc0.html>).
- d. Burundi. Code pénal, 2009. Articles 538 et 548 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/\\$FILE/Code%20P%c3%a9nal%20du%20Burundi%20.pdf](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/$FILE/Code%20P%c3%a9nal%20du%20Burundi%20.pdf)).
- e. République centrafricaine Code pénal. Article 90 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cf/cf003fr.pdf>).
- f. Gabon. Code pénal, 2018. Article 402-1 (<http://www.droit-afrique.com/uploads/Gabon-Code-2019-penal.pdf>).
- g. Gambie Code d'instruction criminelle. Article 248 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mu/mu008en.pdf>).
- h. Guinée Code pénal. Articles 346 et 351 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
- i. Mali. Articles 179 et 183 du Code pénal (<https://wipolex.wipo.int/en/text/193676>).
- j. Sénégal Code pénal. Article 323 (<https://www.refworld.org/docid/49f5d8262.html>).
- k. Sierra Leone. Loi sur les infractions sexuelles. Article 17 (<http://www.sierra-leone.org/Laws/2012-12.pdf>).
- l. Togo. Code pénal. Article 91 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/tg/tg003fr.pdf>).
- m. Mendos LR. State-sponsored homophobia 2019. 13th ed. Geneva: ILGA: 2019.
- n. Tchad Code pénal, 2017. Article 354 (<https://www.droit-afrique.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf>).
- o. Gabon. Code pénal. Chapitre VII (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/ga/ga026fr.pdf>).
- p. Gambie Modification du Code pénal de 2014. Article 144A (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101060/121595/F-454549913/GMB101060.pdf>).
- q. Niger. Code pénal, 2003 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/3e747f82e6028e32c1257084002f7245/\\$FILE/Niger%20-%20Criminal%20Code%202008%20fr.pdf](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/3e747f82e6028e32c1257084002f7245/$FILE/Niger%20-%20Criminal%20Code%202008%20fr.pdf)).
- r. Burundi. Loi n°97-019 du 7 août 1997 relative au contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs et à l'extradition et à l'entraide judiciaire en matière de trafic des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs. Articles 101 et 102 ([https://www.unodc.org/res/cld/document/cm/loi-97-019\\_html/Loi\\_n\\_97-019.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/cm/loi-97-019_html/Loi_n_97-019.pdf)).
- s. Guinée équatoriale Decreto Ley 3/1.993 de fecha, 15 de septiembre, por el que se prohíbe – la producción, la venta, el consumo y el tráfico ilícito de drogas en la República de Guinea Ecuatorial (<http://www.droit-afrique.com/upload/doc/guinee-equatoriale/GE-Decret-loi-1993-vente-production-traffic-drogues-ESP.pdf>).
- t. Gabon. Code pénal, Loi n°21/63 du 31 mai 1963. Article 208 (<http://www.droit-afrique.com/upload/doc/gabon/Gabon-Code-1963-penal.pdf>).
- u. Gambie Loi sur le contrôle des drogues (2003). Article 35 (<http://www.dleag-gambia.org/en/article/drug-laws>).
- v. Nigeria. Loi sur l'Agence nationale de contrôle des drogues. Section 19 (<https://nigeria.tradeportal.org/media/NDLEA%20Act.pdf>).
- w. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- x. Cameroun Loi du 11 juillet 2014 portant régime de prévention, de protection et répression en matière de lutte contre le VIH et le SIDA ([https://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS\\_250391/lang--fr/index.htm](https://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_250391/lang--fr/index.htm)).
- y. Tchad Loi n°019/PR/2007 du 15 novembre 2007 portant lutte contre VIH/SIDA/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA. Articles 10 et 21 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126793.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf)).
- z. Sexual Rights Initiative [base de données]. Sexual Rights Initiative; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).
- aa. Guinée Bissau Loi n° 5/2007 du 10 septembre 2007. Bulletin Officiel de la République de Guinée-Bissau. La République de Guinée-Bissau ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126823.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126823.pdf)).
- ab. Guinée Loi L/2005025/AN. Adoptant et promulguant la loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida, 2005 (<http://www.ilo.org/aids/legislation/lang--en/index.htm>).
- ac. Niger. Loi n° 2007-08 du 30 avril 2007, relative à la prévention, la prise en charge et au contrôle du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (<http://www.ilo.org/aids/legislation/lang--en/index.htm>).
- ad. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; mai 2019.
- ae. Cameroun Code pénal, 2016. Article 260 (<https://www.droit-afrique.com/uploads/Cameroun-Code-2016-penal1.pdf>).
- af. Cameroun Loi de 2007 sur le VIH. Articles 55 et 59 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126793.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf)).
- ag. Côte d'Ivoire. Loi du 11 juillet 2014 portant régime de prévention, de protection et répression en matière de lutte contre le VIH et le SIDA ([https://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS\\_250391/lang--fr/index.htm](https://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_250391/lang--fr/index.htm)).
- ah. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2. Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016 (<https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIV-criminalisation>).
- ai. Nigeria. Loi sur le VIH de 2014 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_398045.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_398045.pdf)).
- aj. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
- ak. Tchad Loi sur le VIH, 2007. Article 22 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126793.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf)).
- al. Tchad. Loi sur le VIH, 2007 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_126793.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf)).
- am. Cap Vert Code pénal, 2004. Article 148 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/cv/cv001pt.pdf>).
- an. Tchad Code pénal, 2017. Articles 351, 335 et 336 (<https://www.droit-afrique.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf>).
- ao. Guinée équatoriale Code pénal. Article 452(bis) (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-equatorial-guinea-1963/view>).

## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 7.9

### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Afrique occidentale et centrale, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).



Crédit : ONUSIDA

TABLEAU 7.3

## Tableau de bord 90–90–90 du pays : Afrique occidentale et centrale, 2019

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et qui sont sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
<b>Afrique occidentale et centrale</b>	68	77	63	85	88	78	78	79	78	45	53	38
Bénin	72	86	56	91	91	88	73	73	73	48	58	36
Burkina Faso	73	86	65	93	100	77						
Burundi	86	98	81	98	100	94						
Cap Vert			94			91	53	53	53	50	54	45
Cameroun	79	84	78	78	80	72						
République centrafricaine	70	75	66	65	71	51						
Tchad	65	72	69	89	96	77						
Congo	51	58	46	49	46	51						
Côte d'Ivoire	73	82	64	86	86	84	79	80	80	50	57	43
République démocratique du Congo	54	53	72	98	97	100						
Guinée équatoriale	69	79	61	52	65	30						
Gabon	88	91	86	58	58	60						
Gambie	42	51	32	68	72	52						
Ghana	58	70	44	77	77	75	68	68	68	31	37	22
Guinée	57	62	49	99	100	94						
Guinée Bissau	54	63	47	75	87	46						
Liberia	58	71	46	57	60	46						
Mali	43	47	43	85	89	75						
Mauritanie	78	66	96	73	93	58						
Niger	66	76	58	93	95	87	73	74	72	44	53	36
Nigeria	73	86	63	89	93	80						
Sao Tomé-et-Principe												
Sénégal	71	89	54	98	100	94	81	84	80	57	75	41
Sierra Leone	48	64	37	88	90	82						
Togo	73	82	65	88	92	77						

## Légende pour la suppression de la charge virale

■	86 % et plus
■	73–85 %
■	65–72 %
■	40–64 %
■	25–39 %
■	Moins de 25 %

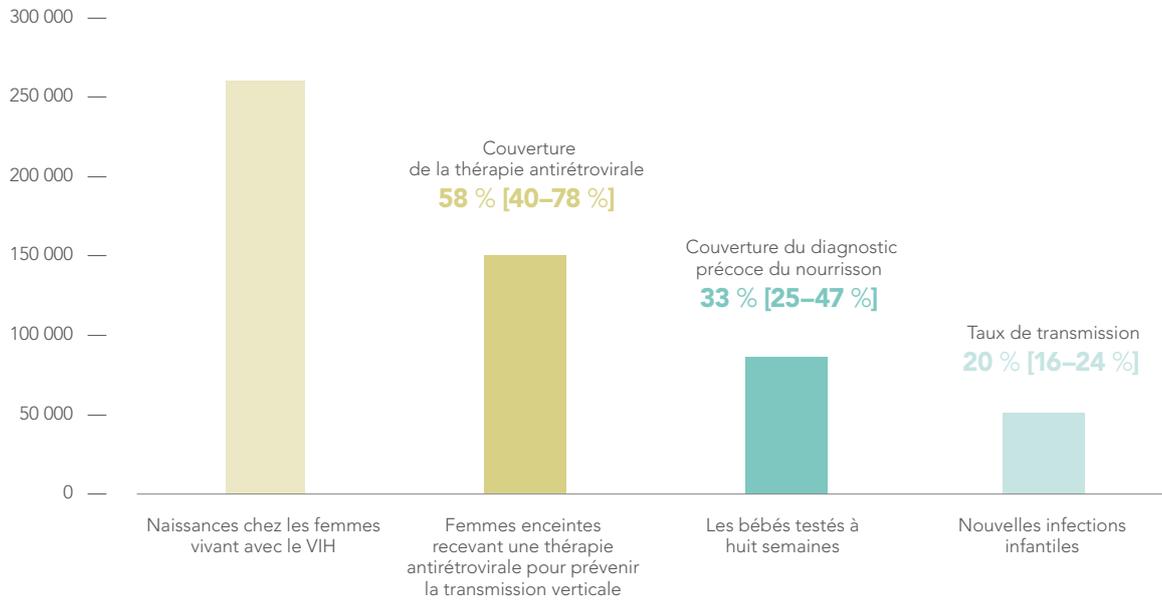
## Légende pour 90–90–90

■	95 % et plus
■	90–94 %
■	85–89 %
■	70–84 %
■	50–69 %
■	Moins de 50 %

## Services centrés sur les personnes

FIGURE 7.10

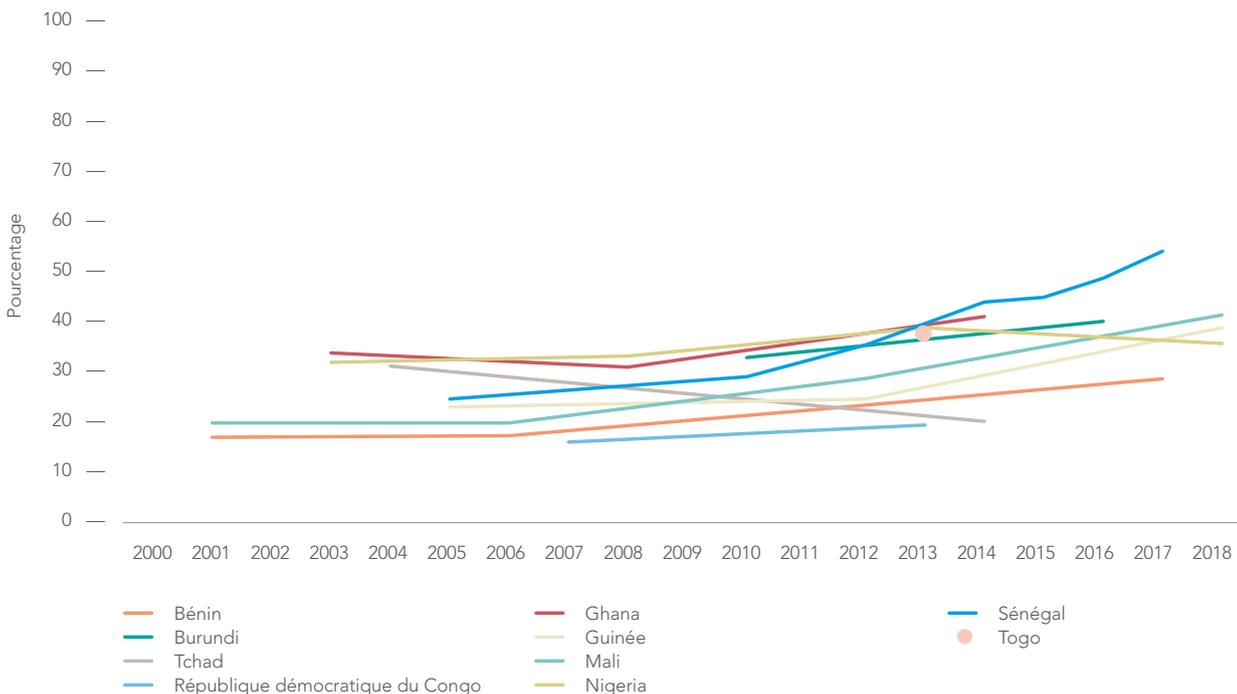
**Services pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, diagnostic précoce des nourrissons, nombre de nouvelles infections verticales et taux de transmission, Afrique occidentale et centrale, 2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 7.11

**Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, pays pour lesquels des données sont disponibles, Afrique occidentale et centrale, 2001-2018**



Source : Enquêtes de population, 2001–2018.

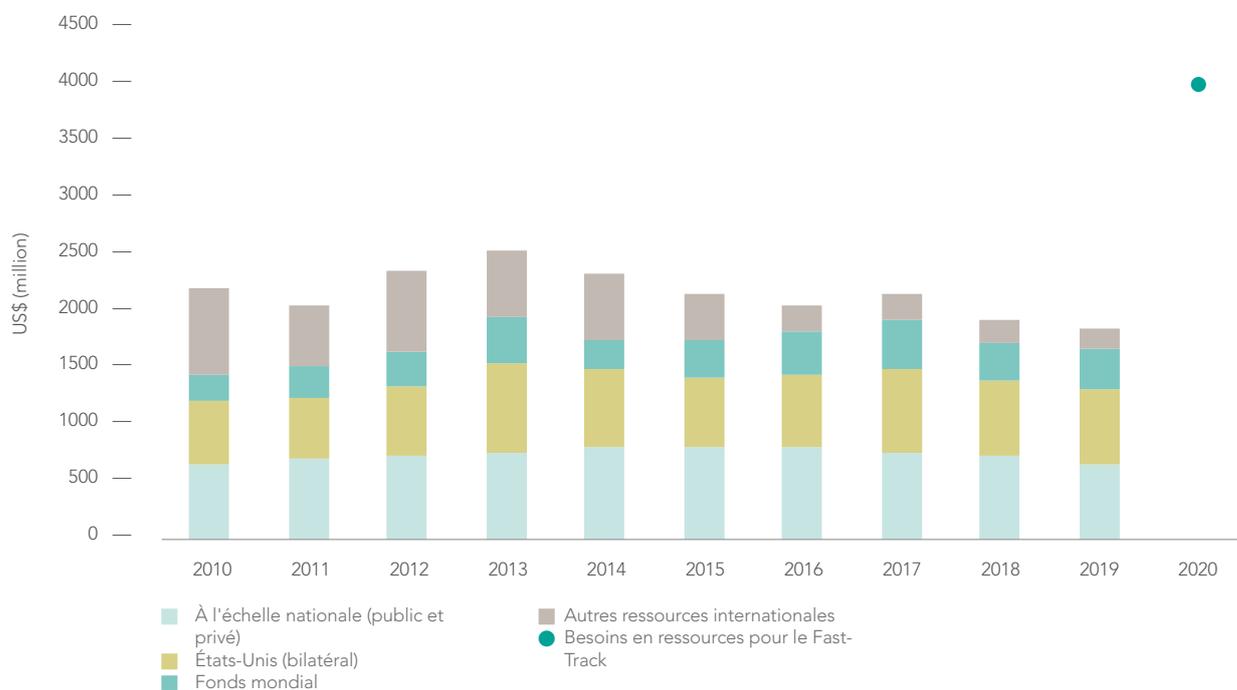
## Investir pour mettre fin au sida

Les ressources disponibles pour la lutte contre le VIH en Afrique occidentale et centrale en 2019 ne représentent que 46 % de l'objectif de 2020. Le financement du VIH dans la région a atteint son point culminant en 2013, le financement de toutes les sources ayant diminué de 14 % entre 2015 et 2019 (toutes les tendances étant mesurées en dollars américains constants de 2016 pour tenir compte de l'inflation). Les sources de financement des réponses au VIH dans la région ont été les dépenses intérieures (36 % en 2019), les contributions bilatérales du gouvernement des États-Unis (35 % en 2019) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (20 % en 2019).

Les contributions bilatérales du gouvernement des États-Unis et le financement du Fonds mondial ont augmenté de 20 % et 55 %, respectivement, entre 2010 et 2019, alors que les ressources domestiques ont diminué de 1 % et que les autres contributions internationales ont diminué de 77 % au cours de la même période. Toutes les sources de financement ont connu des baisses entre 2018 et 2019, à l'exception du Fonds mondial, qui a augmenté de 10 % après avoir diminué les décaissements dans la région de 23 % de 2017 à 2018 en raison des cycles de gestion des subventions.

FIGURE 7.12

### Disponibilité des ressources pour le VIH par source, 2010-2019, et estimation des besoins en ressources de l'initiative d'accélération en 2020, Afrique occidentale et centrale



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinacial.unaids.org/hivfinacialdashboards.html>).

FIGURE 7.13

**Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu, Afrique occidentale et centrale, objectif 2010-2019 et 2020**



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
 Note : La disponibilité des ressources par personne vivant avec le VIH et les besoins en ressources sont exprimés en dollars américains constants de 2016.



# ASIE ET PACIFIQUE

## POINTS SUR LES DONNÉES

### UNE BAISSÉ DE 12 %

DES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH DANS LA RÉGION OCCULTE L'Augmentation dans certains pays

LES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES REPRÉSENTENT

### 44 % DES NOUVELLES INFECTIONS

### TROIS QUARTS

DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LA RÉGION CONNAISSENT LEUR STATUT VIH.

UN MEILLEUR ACCÈS AU TRAITEMENT DU VIH A

### RÉDUIT DE 29 % LES DÉCÈS LIÉS AU SIDA

DEPUIS 2010

### 5 PAYS

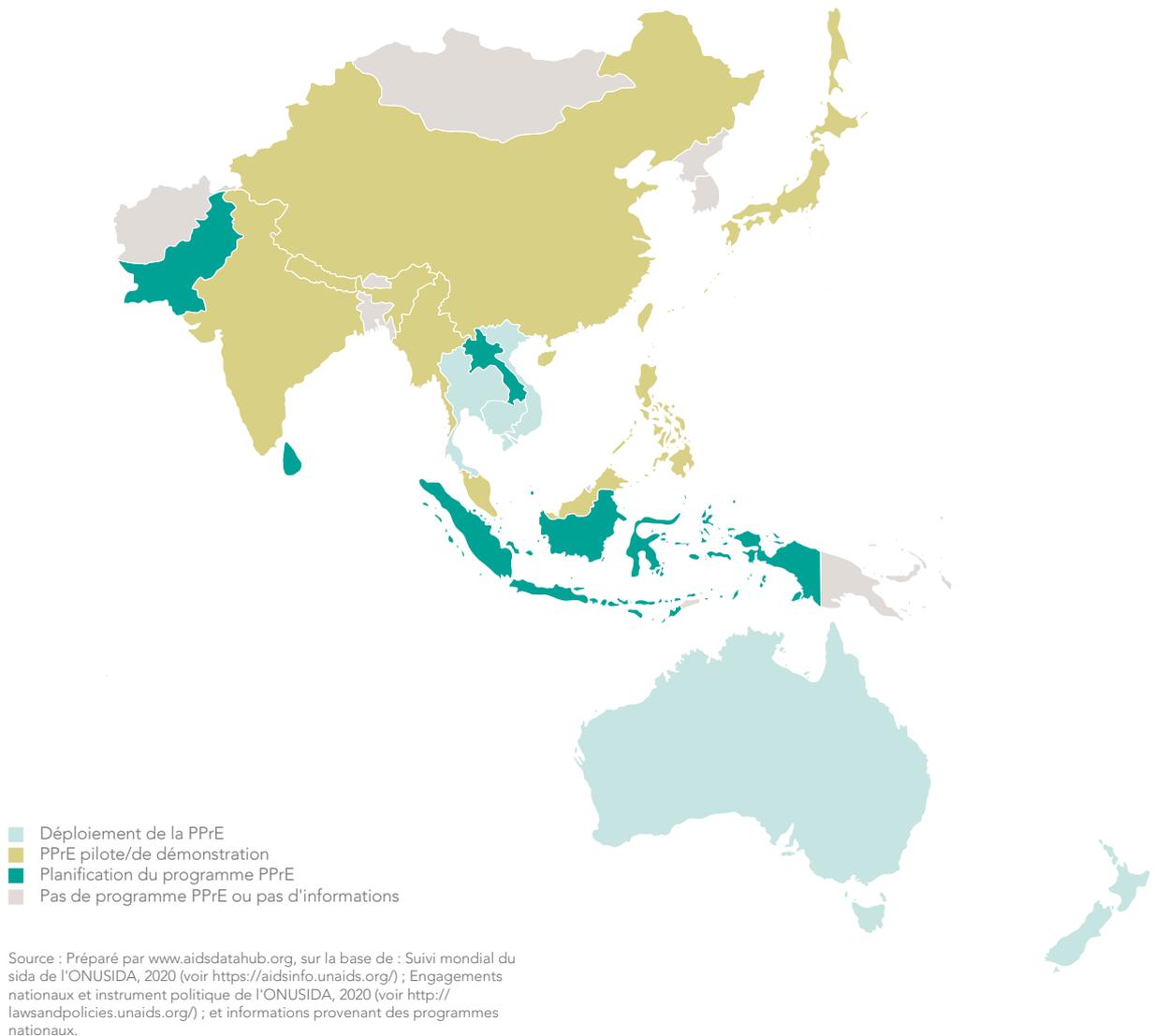
ONT DES PROGRAMMES PPRE DÉPLOYÉS AU NIVEAU NATIONAL, ET 7 ONT DES PROJETS PILOTES OU DE DÉMONSTRATION

Les infections au VIH en Asie et dans le Pacifique ont légèrement diminué, les réductions au Cambodge, au Myanmar, en Thaïlande et au Vietnam étant compensées par de fortes augmentations au Pakistan et aux Philippines. Les populations clés et leurs partenaires représentaient environ 98 % des nouvelles infections par le VIH, et plus d'un quart des nouvelles infections par le VIH concernaient des jeunes (âgés de 15 à 24 ans). L'augmentation du nombre de nouvelles infections parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes est une préoccupation majeure. Le ralentissement général de la réduction des nouvelles infections par le VIH coïncide avec un déclin de l'engagement politique et programmatique, parallèlement à des lois et politiques punitives et à une stigmatisation et une discrimination croissantes qui bloquent les réponses efficaces au sida.

Les populations clés sont insuffisamment desservies par les programmes de prévention du VIH. Certains progrès ont été réalisés dans l'introduction d'outils de prévention innovants, tels que la prophylaxie pré-exposition (PPrE). Une petite minorité de pays possèdent tant une couverture élevée des programmes d'aiguilles et de seringues qu'une couverture modérée des traitements de substitution aux opioïdes. Les faits indiquent une augmentation de la consommation de méthamphétamine liée à la transmission du VIH, et il est nécessaire de mettre en place des services innovants de réduction des risques qui répondent à l'évolution des modes de consommation de drogues. Les organisations de la société civile sont largement impliquées dans les programmes de prévention du VIH, mais ces services communautaires ne sont pas disponibles à une échelle suffisante.

La réduction de 29 % des décès liés au sida depuis 2010 témoigne de la réussite des programmes de dépistage et de traitement dans plusieurs pays. L'Australie, le Cambodge et la Thaïlande ont atteint les objectifs 90-90-90, mais les taux de mortalité liés au sida augmentent en Afghanistan, au Pakistan et aux Philippines. Les diagnostics tardifs et la mauvaise observance du traitement sont des occasions manquées de prévenir la transmission du virus et les décès liés au sida. Environ la moitié des populations clés vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique, mais le dépistage assisté et l'autotest pourraient augmenter les taux de diagnostic du VIH.

FIGURE 8.1

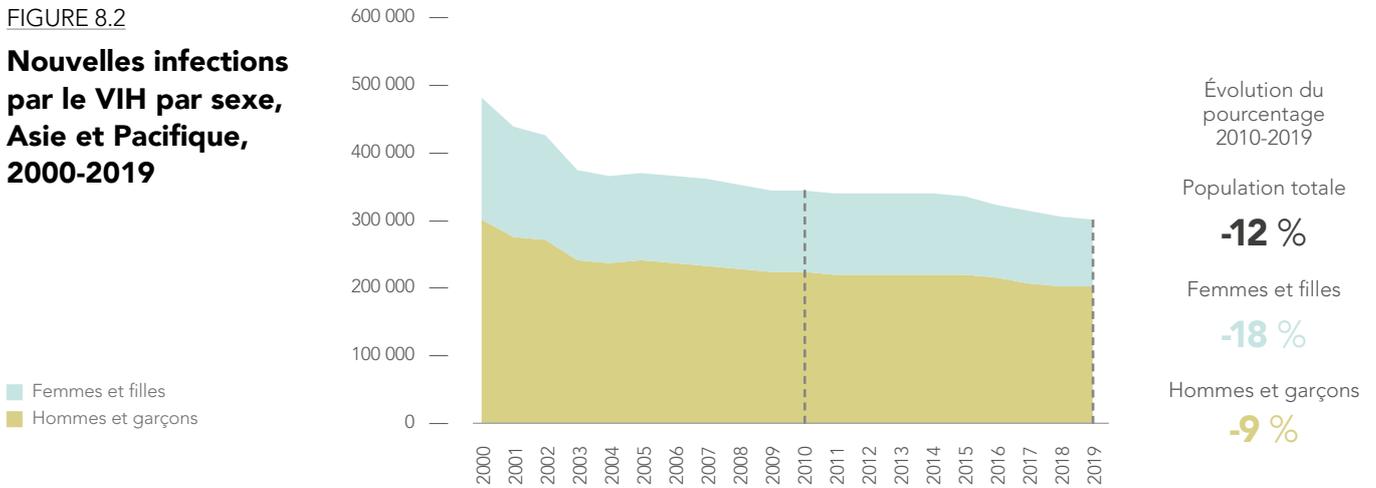
**Situation de la disponibilité de la PPrE en Asie et dans le Pacifique, 2019**

La PPrE est un choix de prévention supplémentaire pour les personnes présentant un risque important d'infection par le VIH. Des exemples remarquables ont été donnés par l'Australie, le Cambodge, la Nouvelle-Zélande, la Thaïlande et le Vietnam, avec le déploiement de la PPrE et l'augmentation

de l'offre de PPrE. Cependant, les avantages de la PPrE en matière de prévention au niveau de la population n'ont pas encore été réalisés dans la plupart des pays de la région, car sa disponibilité et son accessibilité sont encore limitées.

## État de l'épidémie

FIGURE 8.2  
**Nouvelles infections par le VIH par sexe, Asie et Pacifique, 2000-2019**



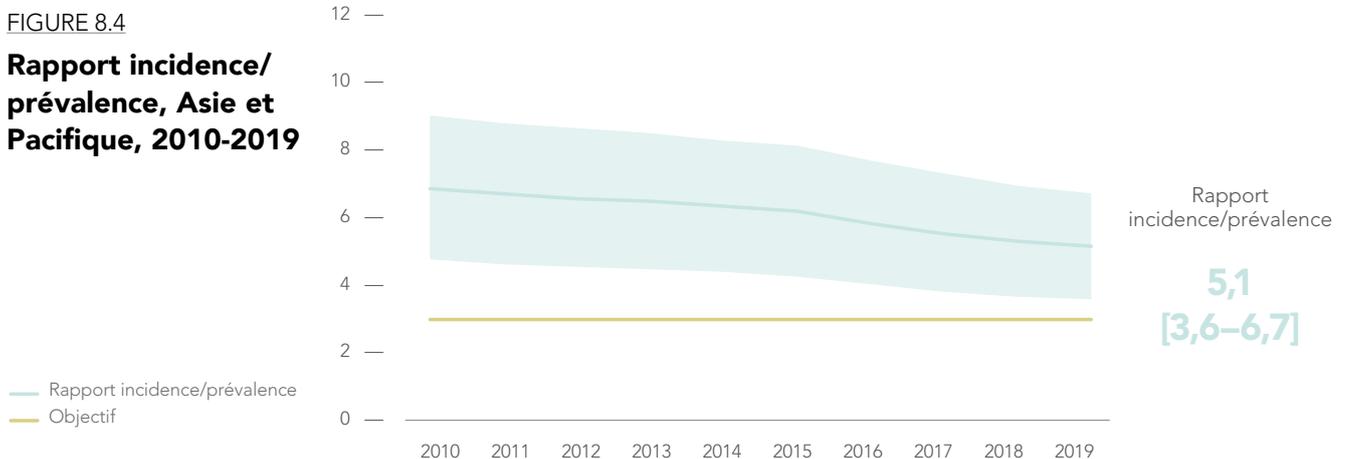
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 8.3  
**Décès liés au sida par sexe, Asie et Pacifique, 2000-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

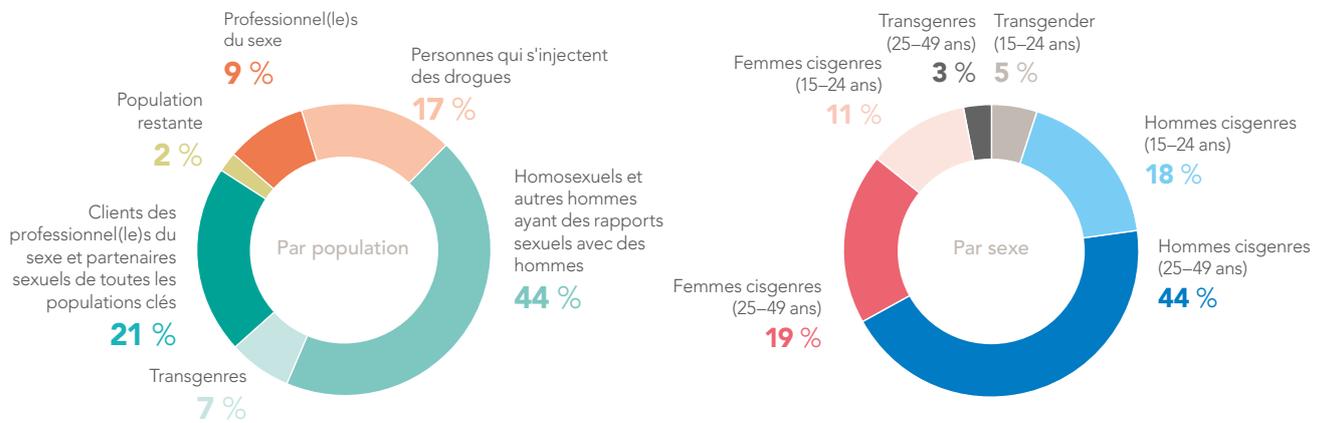
FIGURE 8.4  
**Rapport incidence/prévalence, Asie et Pacifique, 2010-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 8.5

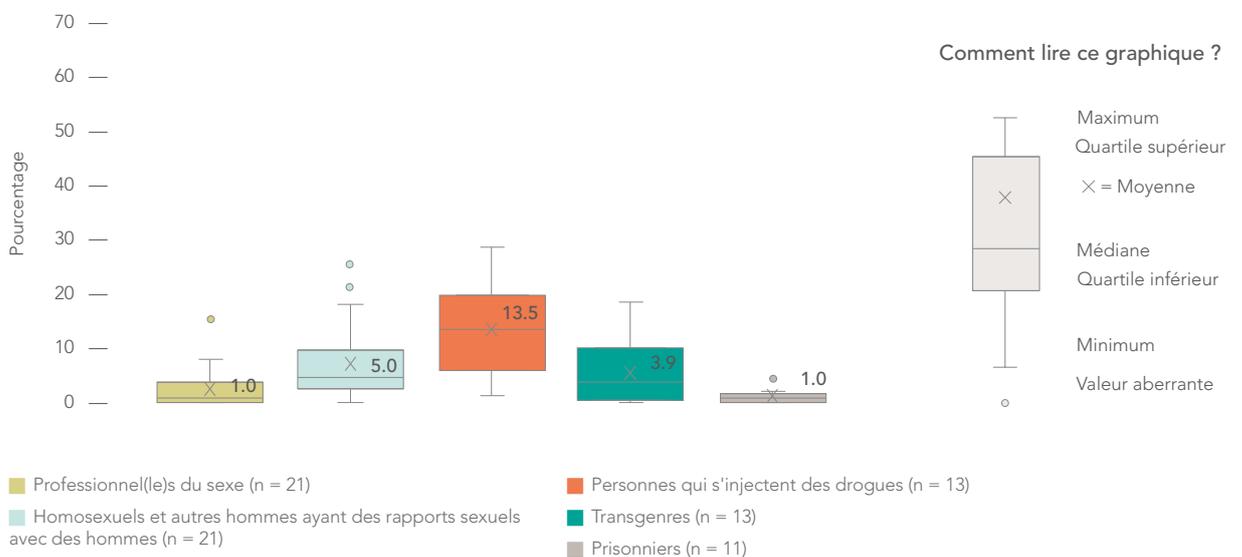
### Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Asie et Pacifique, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 8.6

### Prévalence du VIH parmi les populations clés, Asie et Pacifique, 2015-2019



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
Note : n = nombre de pays déclarants.

TABLEAU 8.1

Estimation de la taille des populations clés, Asie et Pacifique, 2018-2019

	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionne(l)e(s) du sexe	Professionne(l)e(s) du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Afghanistan	20 700 000	21 400 000										
Cambodge	11 600 000	11 700 000										
République démocratique populaire lao	4 720 000	4 810 000										
Malaisie	24 300 000	24 700 000	37 000	0,15 %			75 000	0,31 %				
Mongolie	2 220 000	2 290 000										
Népal	19 500 000	20 100 000									22 000	0,11 %
Nouvelle-Zélande	3 770 000	3 870 000					15 000	0,39 %			10 000	0,26 %
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 600 000	5 800 000	48 000	0,84 %	36 000	0,63 %						
Philippines	73 300 000	75 400 000	210 000	0,28 %	830 000	1,10 %			190 000	0,25 %		
Singapour	3 490 000	3 480 000									11 000	0,32 %
Sri Lanka	16 100 000	16 200 000	30 000	0,19 %	74 000	0,46 %	2700	0,02 %	2200	0,01 %		
Thaïlande	57 300 000	57 800 000									370 000	0,64 %
Vietnam	73 000 000	73 800 000										

- Estimation de la taille de la population nationale
- Estimation de la taille de la population locale
- Données insuffisantes
- Aucune donnée

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module de spectre Demproj, 2020.

Note 1 : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Note 2 : Les régions couvertes par les estimations de la taille de la population locale sont les suivantes :

Afghanistan Homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : Herat, Kaboul, Kandahar, Kunduz, Jalalabad et Mazar

Personnes qui s'injectent des drogues : Faizabad, Herat, Jalalabad, Kaboul, Kandahar, Kunduz, Mazar et Zaranj

Mongolie Professionne(l)e(s) du sexe : Darkhan, Dornod, Khuvsgul et Ulaanbaatar

Homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes : Darkhan, Dornod, Orkhon et Ulaanbaatar

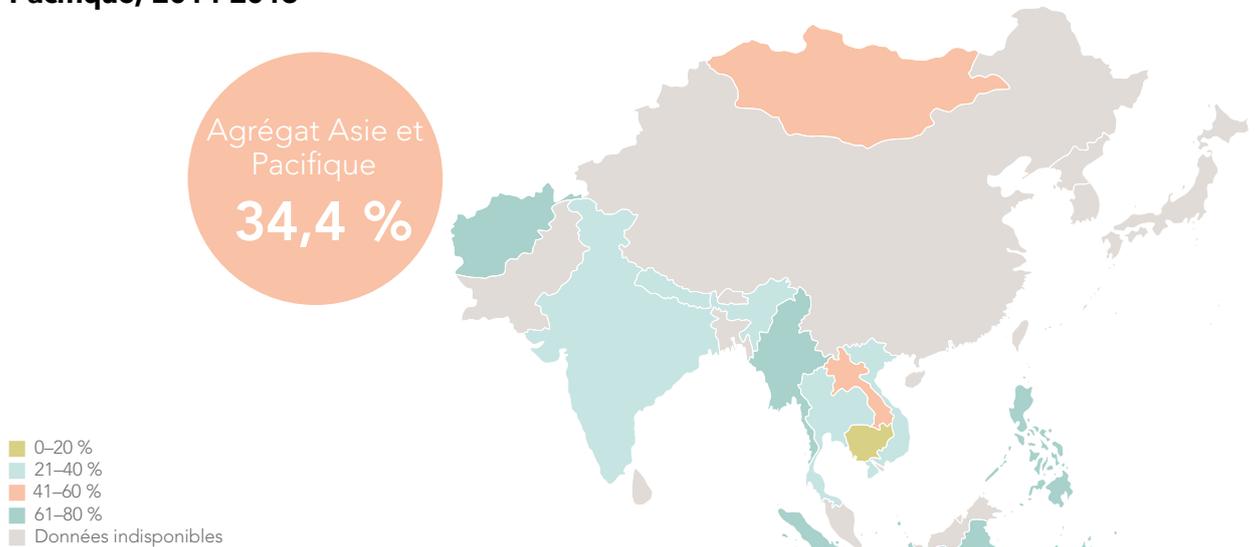


Crédit : ONUSIDA

## Stigmatisation, discrimination et violence

FIGURE 8.7

**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, Asie et Pacifique, 2014-2018**

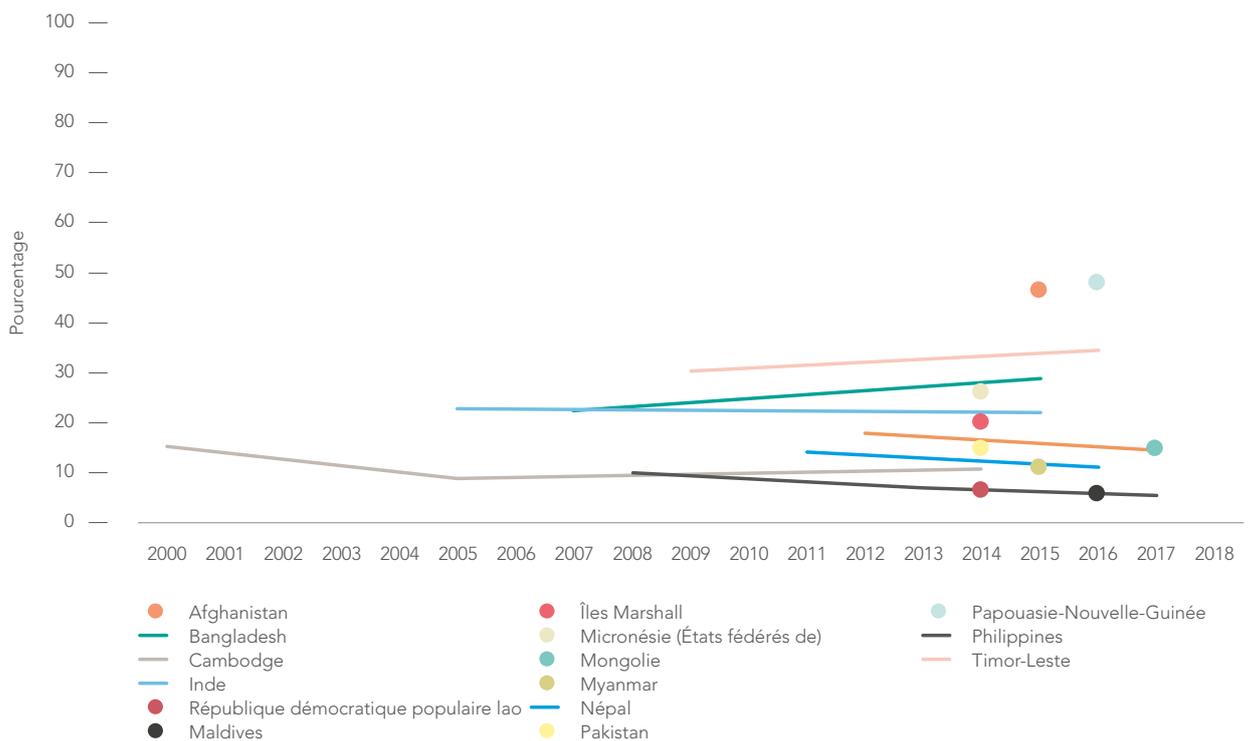


Source : Enquêtes de population, 2014-2018.

Note : Les données agrégées font référence aux données les plus récentes disponibles sur la base d'enquêtes de population menées dans 12 pays de la région au cours de la période 2014-2018, correspondant à 27 % de la population de 2018. Les données pour les Philippines et le Vietnam concernent uniquement les femmes.

FIGURE 8.8

**Femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, Asie et Pacifique, 2000-2018**



Source : Enquêtes de population, 2000-2018.

## Lois et politiques

TABLEAU 8.2

Tableau de bord des lois et politiques, Asie et Pacifique, 2019

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Afghanistan	a	a	f	a	a	b
Australie		p	f			
Bangladesh	a	c	a	a	a	a
Bhoutan		q	f			
Brunei Darussalam		r	f		a	a
Cambodge	a	s	a	a	am	a
Chine	a	a	a	a	a	a
Îles Cook						
République populaire démocratique de Corée		t	f			
Fidji	b	u	f	b	b	b
Inde	a	a	a	a	a	a
Indonésie			f		i	i
Japon		v	f			
Kiribati	a	d	g	a	a	a
République démocratique populaire lao	b	w	f	h	b	b
Malaisie	b	e	f	a	a	a
Maldives		x	f			
Îles Marshall	b	y	f		b	b
Micronésie (États fédérés de)	b	z	f	b	b	b
Mongolie	a	a	a	a	a	a

■ Criminalisé et/ou poursuivi  
 ■ Ni criminalisé ni poursuivi  
 ■ Données indisponibles

Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe  
 ■ Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé  
 ■ La question est déterminée/diffère au niveau infranational  
 ■ Données indisponibles

■ Peine de mort  
 ■ Emprisonnement (14 ans à vie, jusqu'à 14 ans) ou pas de peine spécifiée  
 ■ Données indisponibles

■ Détenation obligatoire pour infractions aux drogues  
 ■ Données indisponibles

■ Oui pour les adolescents de moins de 18 ans  
 ■ Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans  
 ■ Oui pour les adolescents de moins de 12 ans  
 ■ Non  
 ■ Données indisponibles

■ Oui  
 ■ Non  
 ■ Données indisponibles

Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique

La possession de drogues pour usage personnel est spécifiée comme une infraction pénale ou l'utilisation ou la consommation de drogue est une infraction spécifique de la loi

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues ne sont pas sanctionnées par des lois ou des règlements

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale

Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (o)	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
a		a
a		a
ak		a
a		a
a		a
m		
a		a
al		
a		a
b		b
a		a
n		b
b		b
a		a

Oui  
Non  
Données indisponibles

Non, mais il existe des poursuites basées sur le droit pénal général

Oui  
Non  
Données indisponibles

Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis  
Aucune restriction

Oui  
Non  
Données indisponibles

Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

## Sources :

- a. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- b. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- c. Bangladesh. Code pénal. Section 290.
- d. Kiribati. Code pénal. Article 167.
- e. Malaisie Code pénal. Articles 372A et 373 (<http://www.agc.gov.my/agcportal/uploads/files/Publications/LOM/EN/Penal%20Code%20%5BAct%20574%5D2.pdf>).
- f. Mendos LR. State-sponsored homophobia 2019. 13th ed. Geneva: ILGA; 2019.
- g. Kiribati. Code pénal [Cap 67]. Édition révisée de 1977. Articles 153, 154 et 155 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=70701&p\\_country=KIR&p\\_count=62&p\\_classification=01&p\\_classcount=21](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=70701&p_country=KIR&p_count=62&p_classification=01&p_classcount=21)).
- h. République démocratique populaire lao Droit pénal. Article 146.
- i. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- j. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; May 2019.
- k. Vietnam Loi sur la prévention et le contrôle du VIH/SIDA ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed\\_protect/-protrav/-ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_113364.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_113364.pdf)).
- l. Népal. La loi de 2017 sur le code pénal national. Article 105 (<http://www.moljpa.gov.np/en/wp-content/uploads/2018/12/ Penal-Code-English-Revised-1.pdf>).
- m. Fiji. Décret de 2011 sur le VIH/sida (amendement) ([http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2014/09/10\\_HIV-AIDS-Amendment-Decree-20111.pdf](http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2014/09/10_HIV-AIDS-Amendment-Decree-20111.pdf)).
- n. Îles Marshall Loi sur la prévention et le contrôle des maladies transmissibles, 1988. S 1511 ([http://rmparlament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988\\_1.pdf](http://rmparlament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988_1.pdf)).
- o. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
- p. Australie du Sud. Loi sur les infractions sommaires de 1953. Section 25 ; Victoria. Loi de 1994 sur le travail du sexe. Section 13 ; Nouvelle-Galles du Sud. Loi sur les infractions sommaires de 1988. Section 19 ; Australie occidentale. Loi de 2000 sur la prostitution. s25.
- q. Bhutan. Code pénal, 2004. Chapitre 26, articles 373 à 377 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/bt/bt019en.pdf>).
- r. Brunei Darussalam. Code pénal 1951 (édition 2016). Prostitution, S 26/2012, section 294A (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/78238/83493/F1602044948/BRN78238%202016%20Edition.pdf>).
- s. Cambodge Code pénal, 2010. Articles 284, 291, 298 ([https://www.unodc.org/res/cld/document/khm/criminal\\_code\\_of\\_the\\_kingdom\\_of\\_cambodia\\_html/Cambodia\\_Criminal-Code-of-the-Kingdom-of-Cambodia-30-Nov-2009-Eng.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/khm/criminal_code_of_the_kingdom_of_cambodia_html/Cambodia_Criminal-Code-of-the-Kingdom-of-Cambodia-30-Nov-2009-Eng.pdf)).
- t. République populaire démocratique de Corée Droit pénal. Article 261 (Prostitution) ([https://www.hnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea\\_2009\\_%20\(1\).pdf](https://www.hnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20(1).pdf)).
- u. Fidji Décret de 2009 sur les crimes. Section 231 (<https://www.steptoe.com/images/content/2/3/v1/2393/3984.pdf>).
- am. Cambodge Loi sur la prévention et le contrôle du VIH/SIDA. Article 19 ([https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/Cambodia\\_Law\\_on\\_the\\_Prevention\\_and\\_Control\\_of\\_HIV\\_AIDS.pdf](https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/Cambodia_Law_on_the_Prevention_and_Control_of_HIV_AIDS.pdf)).

TABLEAU 8.2 suite

**Tableau de bord des lois et des politiques**

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Myanmar	a	a	a	a	a	a
Nauru	b	aa	f	b	b	b
Népal	a	a	a	a	a	a
Nouvelle-Zélande	a	a	a	a	a	a
Niue	b		b	b	b	b
Pakistan	a	a	a	a	a	b
Palaos	b	ab	f		b	b
Papouasie-Nouvelle-Guinée	a	a	a	a	a	b
Philippines	a	ac	f		a	a
République de Corée	a	a	a	a	a	a
Samoa	b	ad	f	b	i	i
Singapour	a	a	a	a	a	a
Îles Salomon		ae	f			
Sri Lanka	b	af	f		i	i
Thaïlande		ag	f		i	i
Timor-Leste			f			
Tonga	b	ah	f	b	a	b
Tuvalu	b	ai	f		b	b
Vanuatu	b	aj	f	b	b	b
Vietnam	a	a	a	a	a	a

■ Criminalisé et/ou poursuivi  
 ■ Ni criminalisé ni poursuivi  
 ■ Données indisponibles

Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe  
 ■ Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé  
 ■ La question est déterminée/diffère au niveau infranational  
 ■ Données indisponibles

■ Peine de mort  
 ■ Emprisonnement (14 ans à vie, jusqu'à 14 ans) ou pas de peine spécifiée  
 ■ Données indisponibles

■ Détenation obligatoire pour infractions aux drogues  
 ■ Données indisponibles

■ Oui pour les adolescents de moins de 18 ans  
 ■ Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans  
 ■ Oui pour les adolescents de moins de 12 ans  
 ■ Non  
 ■ Données indisponibles

■ Oui  
 ■ Non  
 ■ Données indisponibles

Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique

La possession de drogues pour usage personnel est spécifiée comme une infraction pénale ou l'utilisation ou la consommation de drogue est une infraction spécifique de la loi

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues ne sont pas sanctionnées par des lois ou des règlements

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale

Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (o)	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
a		a
b		b
l		a
		a
b		b
a		a
b		b
a		a
a		a
a		a
b		i
a		a
		a
b		i
b		b
b		b
b		b
k		a

v. Japon. Loi anti-prostitution (1956).

w. République démocratique populaire lao Code pénal, 2018.

x. Maldives. Code pénal, 2014. Articles 615, 620 et 621 (<https://www.law.upenn.edu/live/files/4203-maldives-penal-code-2014>).

y. Îles Marshall Code d'instruction criminelle, 2011. Article 251 ([http://rmparlament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/CriminalCode2011\\_1.pdf](http://rmparlament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/CriminalCode2011_1.pdf)).

z. États fédérés de Micronésie. Code de l'État de Chuuk. Titre 12, chapitre 28 ([http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12\\_CH28.htm](http://fsmlaw.org/chuuk/code/title12/T12_CH28.htm)).

aa. Nauru. Loi sur les crimes de 2016. Article 107 ([https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT\\_CEDAW\\_ARL\\_NRU\\_28029\\_E.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT_CEDAW_ARL_NRU_28029_E.pdf)).

ab. Palau. Code de Palau. Loi anti-prostitution. Chapitre 36 (<https://www.legal-tools.org/doc/1c32a2/pdf/>).

ac. Philippines. Code pénal révisé. Article 202 ([https://www.un.org/Depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/PHL\\_revised\\_penal\\_code.pdf](https://www.un.org/Depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/PHL_revised_penal_code.pdf)).

ad. Samoa. Loi sur les crimes de 2013. Articles 72 et 73 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=93579&p\\_country=WSM&p\\_classification=01.04](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=93579&p_country=WSM&p_classification=01.04)).

ae. Îles Salomon Code pénal. Article 153 ([http://www.paclii.org/sb/legis/consol\\_act/pc66/](http://www.paclii.org/sb/legis/consol_act/pc66/)).

af. Sri Lanka. L'ordonnance sur les vagabonds ([http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Vagrants\\_Ordinance.pdf](http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Vagrants_Ordinance.pdf)).

ag. Thaïlande Loi sur la prévention et la répression de la prostitution B.E. 2539 (1996). Section 5 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/46403/65063/E96THA01.htm>).

ah. Tonga. Loi sur les infractions pénales. Section 81(4) (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/73337/95725/F665862081/TON73337.pdf>).

ai. Tuvalu. Code pénal. Articles 145 et 146 ([http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode\\_1.pdf](http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode_1.pdf)).

aj. Vanuatu. Code pénal. Section 148 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88512/101229/F1616956608/VUT88512.pdf>).

ak. Brunei Darussalam. Loi sur les maladies infectieuses. Section 24 ([http://www.agc.gov.bn/AGC%20Images/LAWS/ACT\\_PDF/Cap204.pdf](http://www.agc.gov.bn/AGC%20Images/LAWS/ACT_PDF/Cap204.pdf)).

al. Indonésie Règlement régional de la province de Papouasie, n° 8, 2010, sur la prévention et le contrôle du VIH et du sida. Article 15 ; Indonésie. Règlement régional de la province de Kalimantan Ouest numéro 2 de 2009 sur la prévention et la gestion du VIH et du sida dans la province de Kalimantan Ouest. Articles 20 et 45 (1).

Oui

Non

Données indisponibles

Non, mais il existe des poursuites basées sur le droit pénal général

Non

Données indisponibles

Oui

Non

Données indisponibles

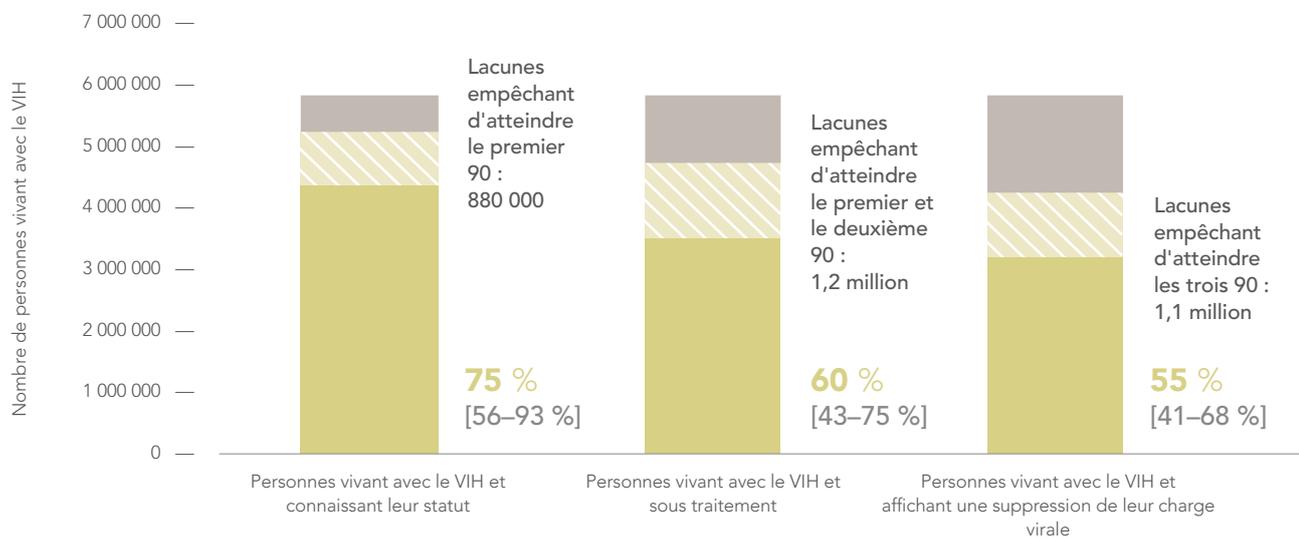
Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 8.9

### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Asie et Pacifique, 2019



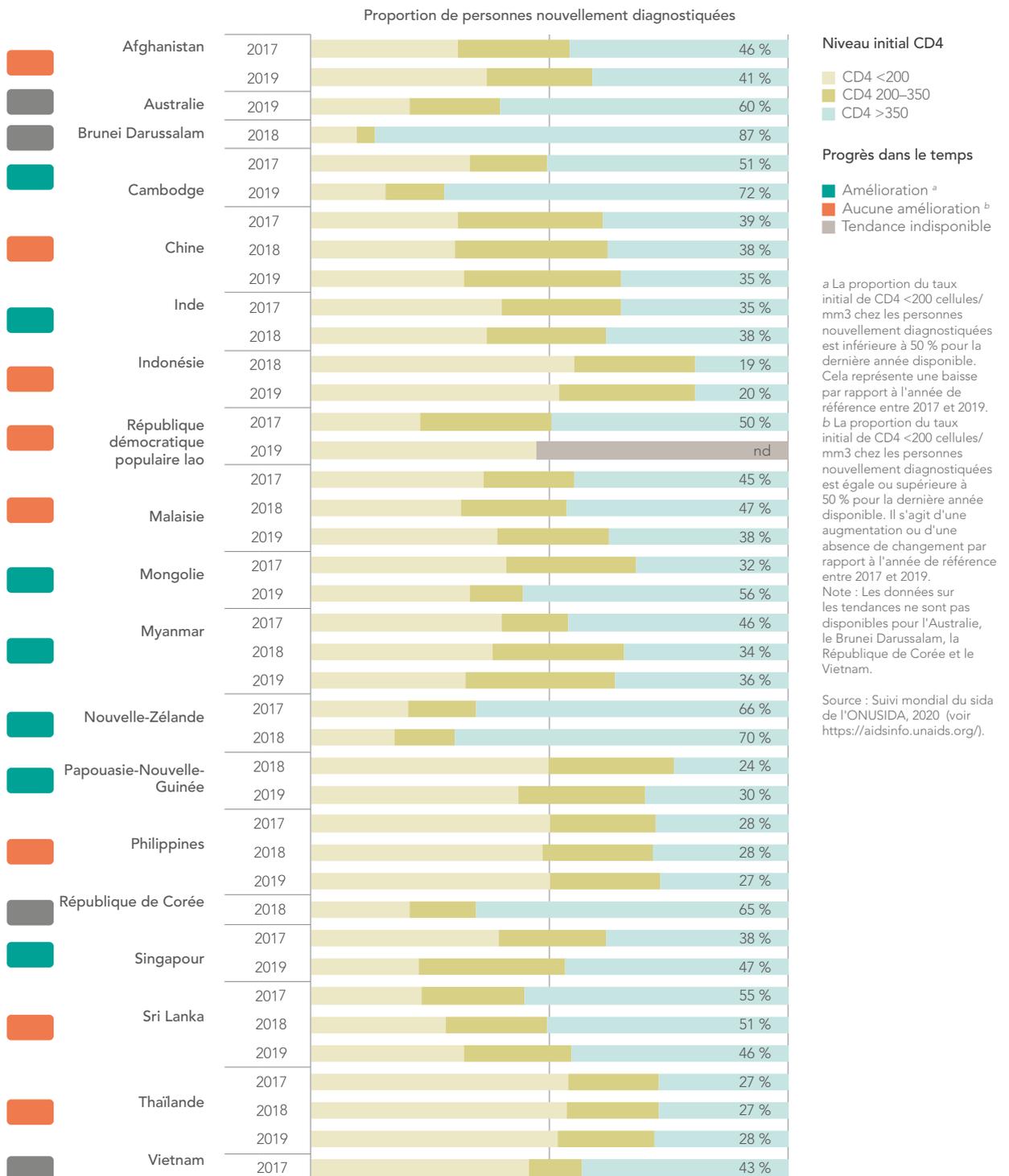
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 8.10

### Tendances de l'évolution du taux de CD4 chez les personnes nouvellement diagnostiquées avec le VIH, Asie et Pacifique, 2017-2019



Malgré les progrès réalisés dans la région en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale, une proportion importante de personnes vivant avec le VIH présentent un faible taux de CD4 au moment du diagnostic, ce qui laisse supposer qu'elles ont contracté le

VIH il y a quelque temps. Le diagnostic précoce, l'initiation du traitement et la suppression virale sont essentiels pour maximiser les résultats du traitement et les bénéfices préventifs de la thérapie antirétrovirale.



	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et qui sont sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
Niue												
Pakistan	21	12	24	58	73	53						
Palaos												
Papouasie-Nouvelle-Guinée	71	76	67	88	89	85						
Philippines	73	73	74	61	32	62						
République de Corée												
Samoa				100	100	100	55	33	67			
Singapour	79	75	80	91	85	91	93	89	94	67	56	68
Îles Salomon							77	78	75			
Sri Lanka	51	50	51	100	100	100						
Thaïlande							97	97	97	78	78	77
Timor-Leste												
Tonga												
Tuvalu												
Vanuatu												
Vietnam							95	95	95	66	74	62

## Légende pour 90-90-90

■ 95 % et plus
■ 90-94 %
■ 85-89 %
■ 70-84 %
■ 50-69 %
■ Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

■ 86 % et plus
■ 73-85 %
■ 65-72 %
■ 40-64 %
■ 25-39 %
■ Moins de 25 %

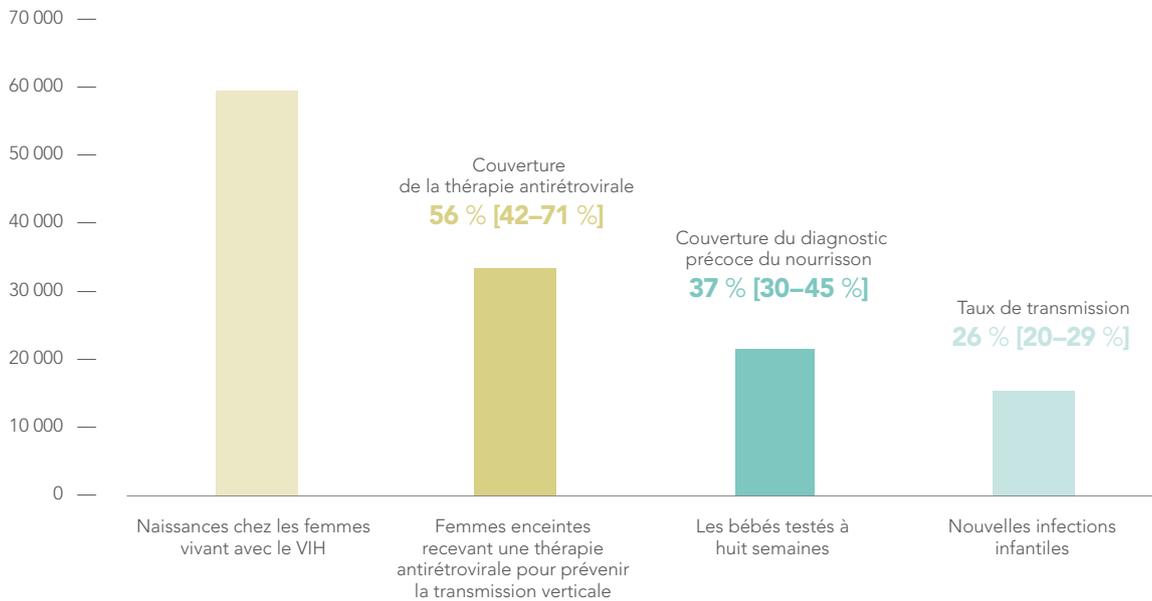
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

Note : Estimations pour 2019 sauf : l'Australie, Singapour et les îles Salomon (2018) ; et le Japon (2015).

## Services centrés sur les personnes

FIGURE 8.11

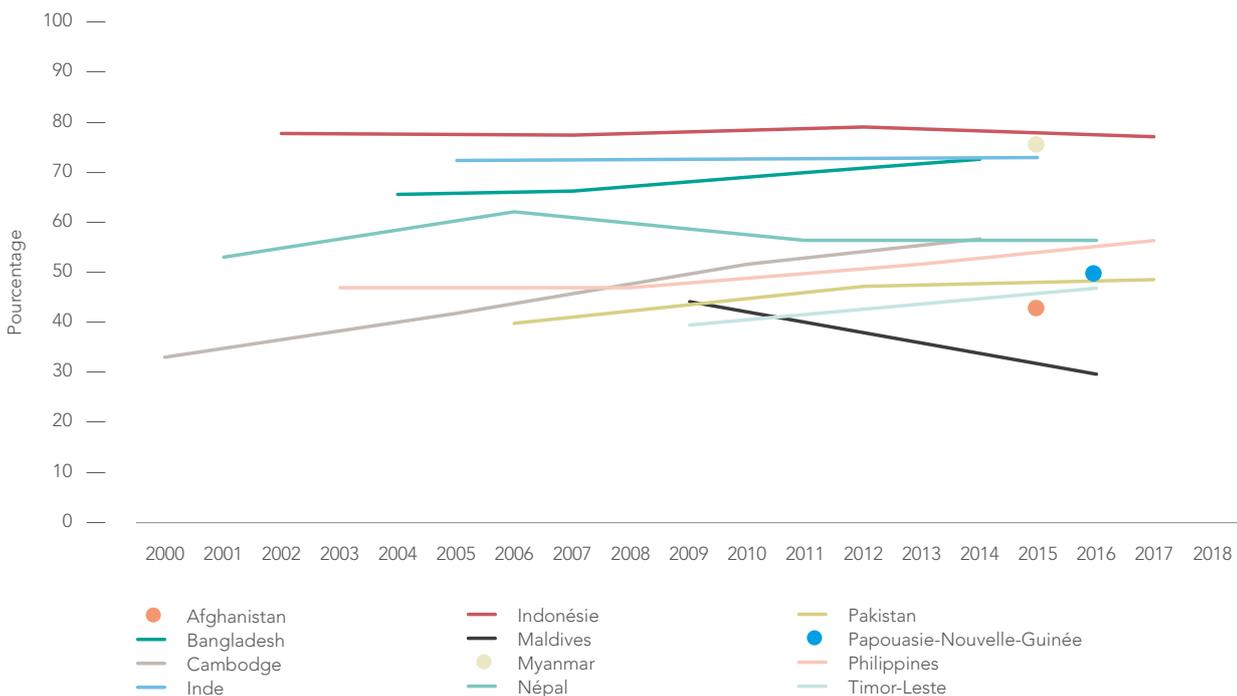
**Services pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, diagnostic précoce des nourrissons, nombre de nouvelles infections verticales et taux de transmission, Asie et Pacifique, 2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 et Suivi mondial du SIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 8.12

**Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, pays pour lesquels des données sont disponibles, Asie et Pacifique, 2000-2018**

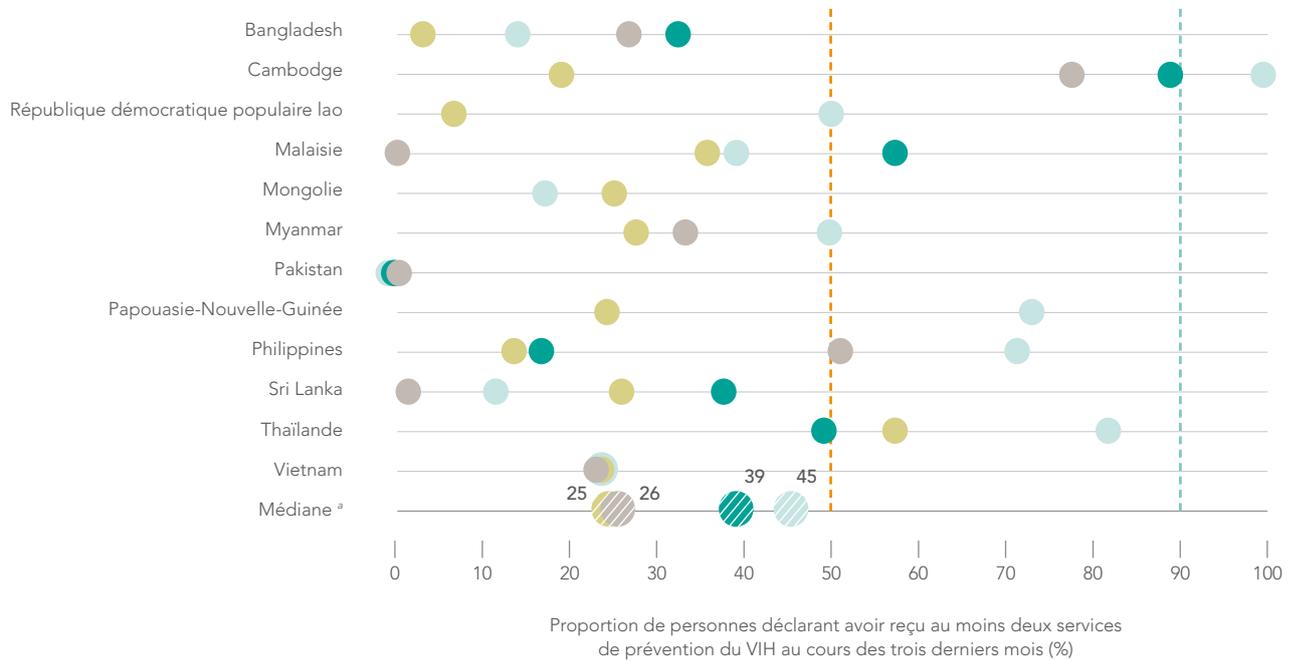


Source : Enquêtes de population, 2000–2018.

Note : Les données pour l'Afghanistan (2015), le Bangladesh (2014) et le Pakistan (2017-2018) ne concernent que les femmes actuellement mariées.

FIGURE 8.13

### Couverture des interventions de prévention parmi les populations clés, certains pays, Asie et Pacifique, 2016-2019



- Professionnelles du sexe
- Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Transgenres
- Personnes qui s'injectent des drogues

a Calcul basé sur 12 pays déclarants pour les professionnelles du sexe et les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, sept pays déclarants pour les transsexuels et huit pays déclarants pour les personnes qui s'injectent des drogues.

Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

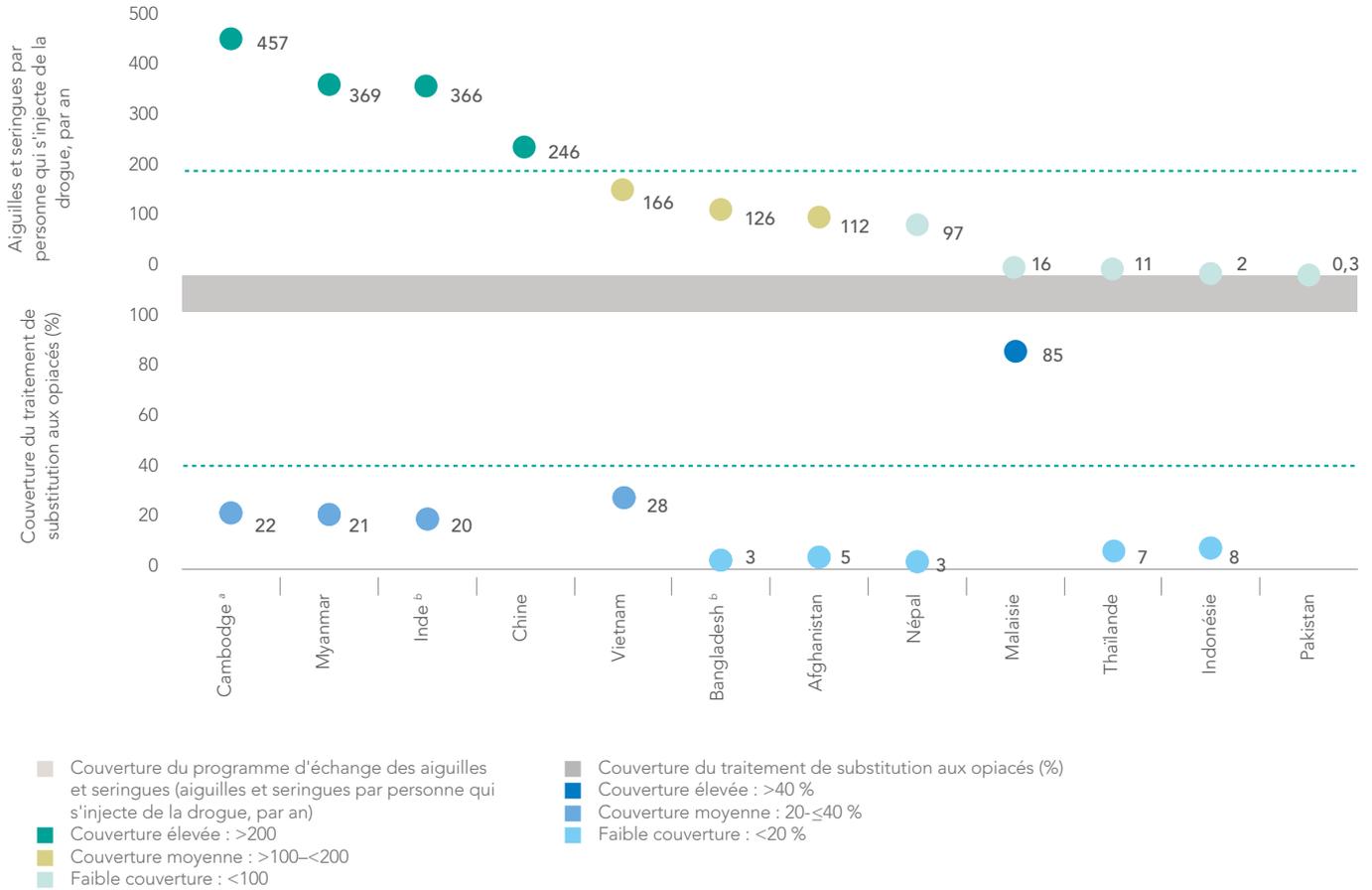
Note : La couverture de la prévention est mesurée comme le pourcentage de personnes dans une population clé qui déclarent avoir reçu un ensemble combiné d'interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois (au moins deux services sur trois : 1) ont reçu des préservatifs et des lubrifiants ; 2) ont reçu des conseils sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés ; 3) ont subi un test de dépistage des IST pour les transsexuels, les professionnel(le)s du sexe et les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou ont reçu des aiguilles ou des seringues stériles pour les personnes qui s'injectent des drogues).

Seul un quart des homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des personnes qui s'injectent des drogues dans la région – et moins de la moitié des transsexuels et des professionnelles du sexe – reçoivent les

services de prévention du VIH dont ils ont besoin. Ces moyennes régionales obscurcissent les variations de couverture dans la région Asie et Pacifique.

FIGURE 8.14

**Couverture des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opioïdes chez les personnes qui s'injectent des drogues, pays déclarants, Asie et Pacifique, 2019**



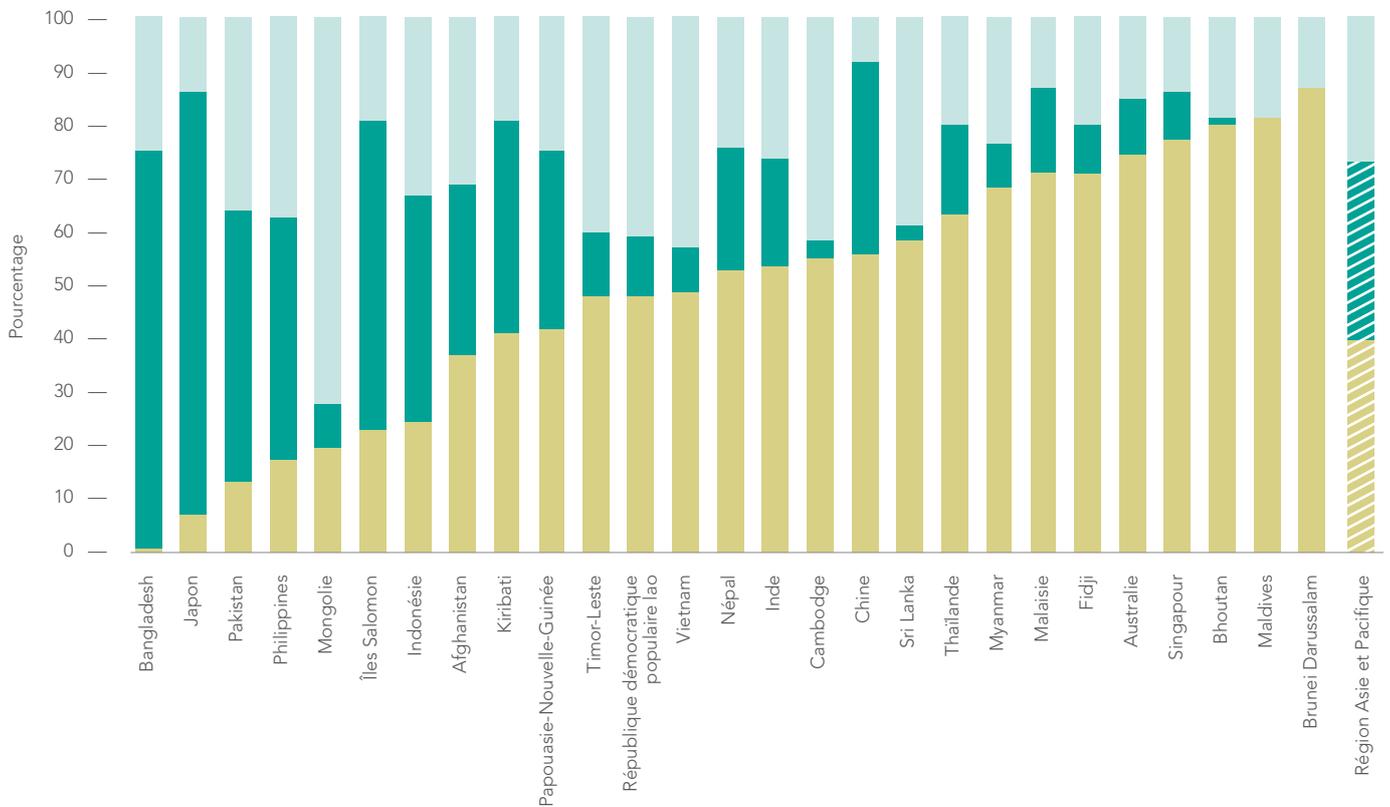
a Les données sont celles de 2016 pour le traitement de substitution aux opioïdes et de 2018 pour la couverture des programmes d'aiguilles et de seringues.  
 b Les données sont de 2018.  
 Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Une couverture élevée des programmes d'aiguilles et de seringues (>200 aiguilles et seringues par personne qui s'injecte des drogues par an) et une couverture modérée des services de traitement de substitution aux opioïdes (entre 20 % et 40 % des personnes qui s'injectent des drogues) ont été signalées au Cambodge, en Inde et au Myanmar. La couverture des programmes d'aiguilles et de

seringues est faible en Indonésie, en Malaisie, au Pakistan et en Thaïlande, et les services de thérapie de substitution aux opiacés ne sont pas disponibles ou la couverture est de 10 % ou moins en Afghanistan, au Bangladesh, en Indonésie, au Népal, au Pakistan et en Thaïlande.

FIGURE 8.15

### Lacune dans les services de recherche de cas de tuberculose et de dépistage du VIH



■ Patients tuberculeux notifiés qui connaissent leur statut VIH  
 ■ Patients tuberculeux notifiés n'ayant pas subi de test de dépistage du VIH (lacune dans le dépistage du VIH)  
 ■ Cas de tuberculose non diagnostiqués (lacunes dans la recherche de cas de tuberculose)

Source : Rapport mondial sur la tuberculose, 2019. Genève : OMS ; 2019.

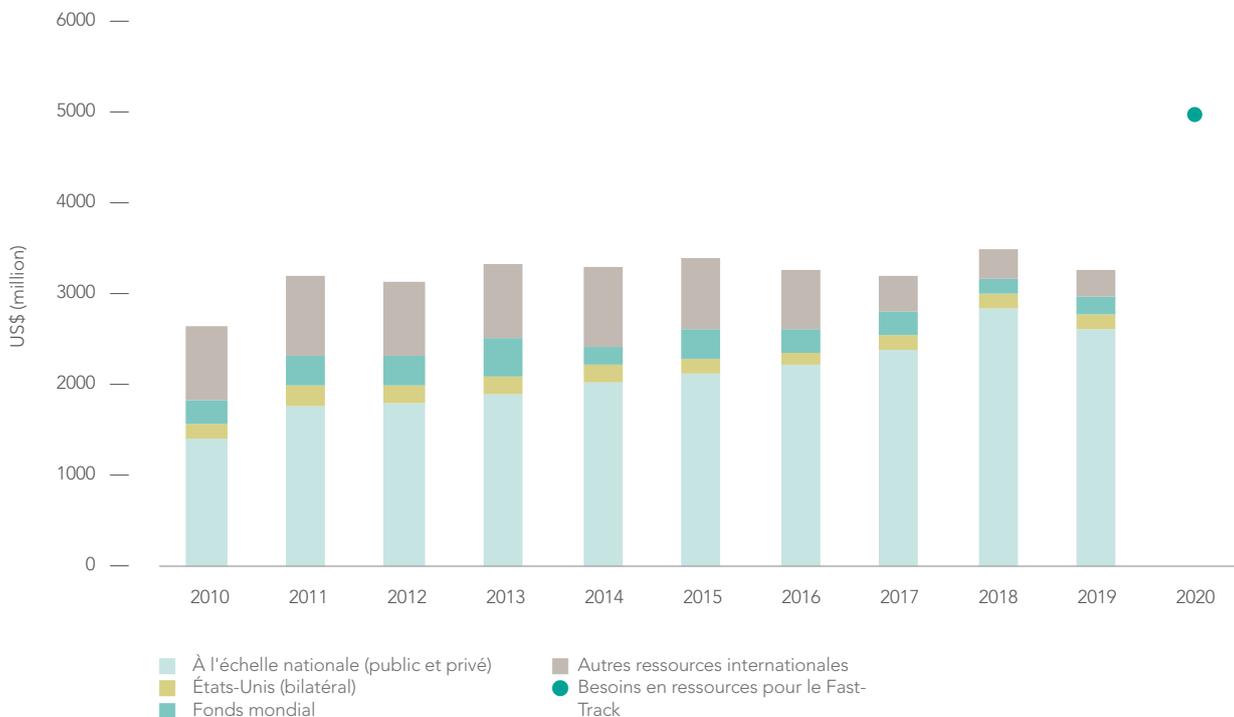
La tuberculose est une des dix premières causes de décès dans le monde et la première cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Près de la moitié (46 %) des patients tuberculeux

diagnostiqués en Asie et dans le Pacifique ne connaissent pas leur statut sérologique, et environ un cas de tuberculose estimé sur quatre dans la région n'est pas diagnostiqué.

## Investir pour mettre fin au sida

FIGURE 8.16

### Disponibilité des ressources pour le VIH par source, 2010-2019, et estimation des besoins en ressources de l'initiative Fast Track en 2020, Asie et Pacifique



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Les tendances générales récentes du financement des réponses au VIH en Asie et dans le Pacifique (mesuré en dollars américains constants de 2016 pour tenir compte de l'inflation) reflètent largement les tendances du financement national, qui représentait 81 % des dépenses totales consacrées au VIH dans la région en 2019. Les contributions bilatérales du gouvernement des États-Unis et celles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) ont représenté respectivement 5 % et 6 % du total des ressources disponibles dans la région en 2019. Les autres sources internationales représentaient 9 %.

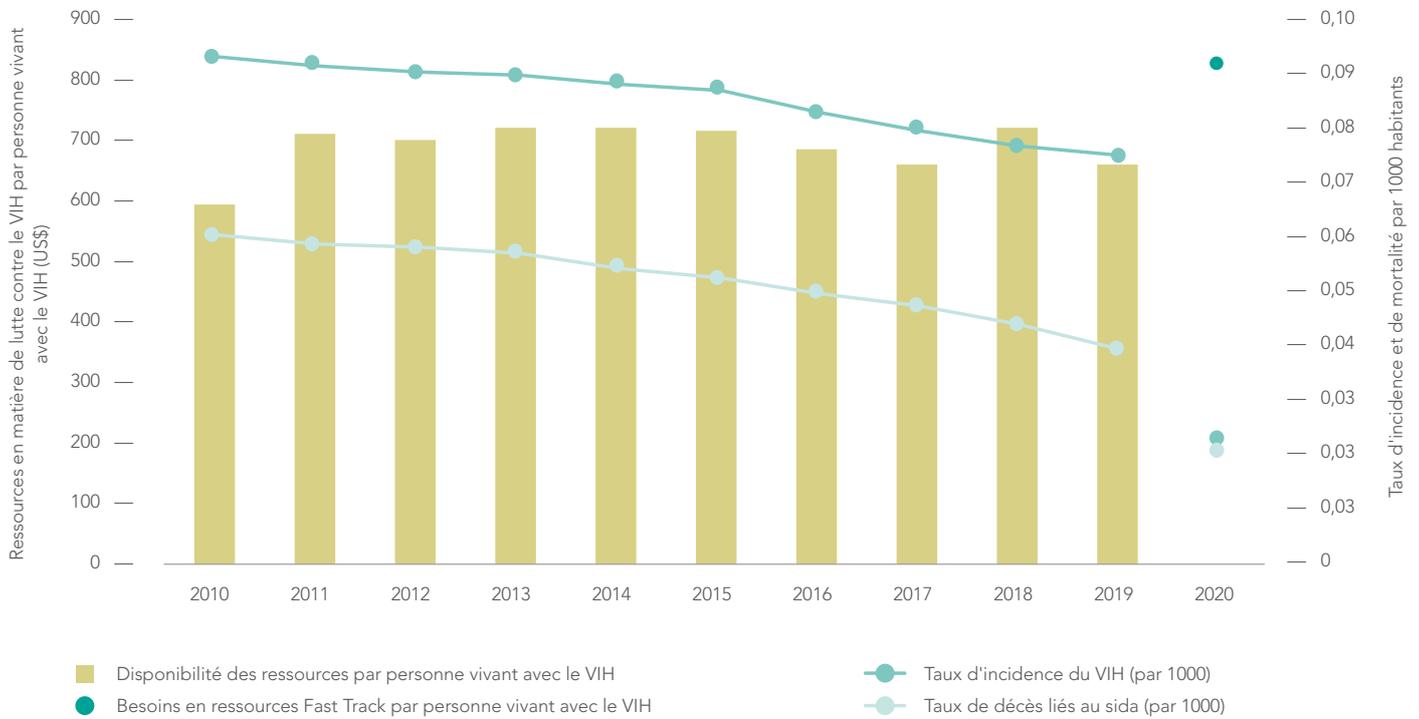
Les ressources disponibles pour le VIH provenant de sources nationales ont augmenté de 87 % entre 2010 et 2019. En revanche, toutes les sources internationales de financement de la lutte contre le VIH ont diminué de 63 % au cours de la même

période, dont une baisse de 14 % du financement bilatéral du gouvernement des États-Unis, une baisse de 28 % des contributions au Fonds mondial et une baisse de 28 % du financement provenant d'autres sources internationales. Ces baisses touchent principalement les services de prévention du VIH destinés aux populations clés, qui sont fortement tributaires du financement international, alors que les ressources nationales donnent souvent la priorité au financement du traitement et des soins du VIH. Le financement global de la lutte contre le VIH dans la région représente 66 % de son objectif pour 2020.

Le Fonds mondial a été la seule source de financement en hausse entre 2018 et 2019, avec une augmentation de 10 % des décaissements qui a fait suite à une baisse de 31 % l'année précédente – des fluctuations qui sont dues aux cycles de gestion des subventions.

FIGURE 8.17

### Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu dans la région Asie et Pacifique, objectif 2010-2019 et 2020



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
 Note : la disponibilité des ressources est en dollars US constants de 2016



Crédit : ONUSIDA

# AMÉRIQUE LATINE

## POINTS SUR LES DONNÉES

LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH  
DANS LA RÉGION ONT

**AUGMENTÉ DE 21 %**  
DEPUIS 2010

LES DÉCÈS LIÉS AU SIDA  
DANS LA RÉGION ONT

**DIMINUÉ DE 8 %**  
DEPUIS 2010

LES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES  
AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC  
DES HOMMES REPRÉSENTENT 44 %  
DES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH  
DANS LA RÉGION

**77 % DES PERSONNES**  
VIVANT AVEC LE VIH DANS LA  
RÉGION CONNAISSENT LEUR STATUT VIH,  
ET 60 % SONT SOUS TRAITEMENT

**DANS 4 DES 5**  
**PAYS**

POSSÉDANT DES DONNÉES RÉCENTES,  
PLUS D'UN TIERS DES ADULTES  
RAPPORTENT DES COMPORTEMENTS  
DISCRIMINATOIRES ENVERS LES  
PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

**6 % DES NOUVELLES**  
**INFECTIONS PAR**  
**LE VIH**

DANS LA RÉGION SONT RECENSÉES  
PARMI LES TRANSGENRES

**D**es progrès ont été enregistrés contre les crises humanitaires en Amérique latine, mais les niveaux élevés de migration mettent à rude épreuve les systèmes de santé et d'éducation ainsi que les marchés du travail. La marginalisation des populations clés, les priorités concurrentes en matière de santé publique et les investissements limités des gouvernements dans les systèmes de santé ont largement freiné les progrès dans la lutte contre le VIH. Les nouvelles infections ont augmenté ces dernières années.

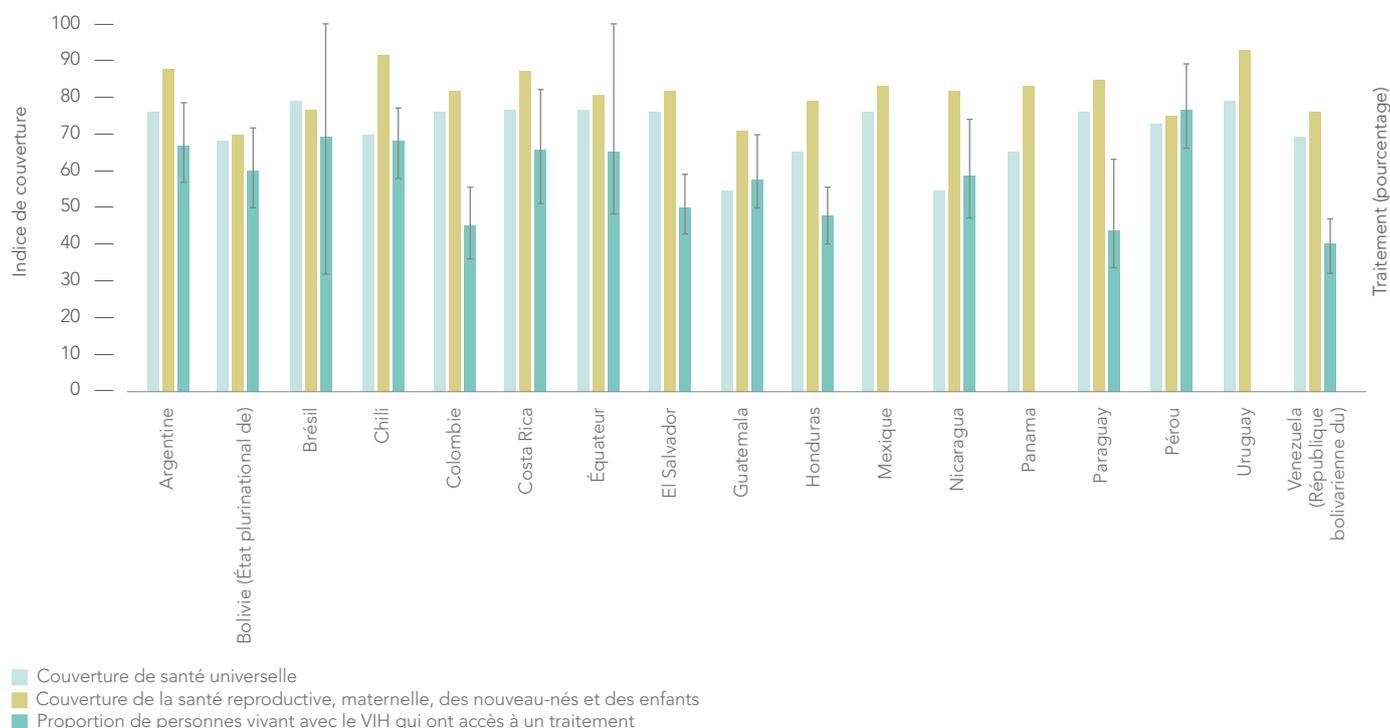
Les populations touchées par le VIH dans la région continuent de connaître des niveaux élevés de stigmatisation, de discrimination et de violence, ce qui empêche nombre d'entre elles de rechercher et d'accéder aux services. Près d'un quart des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique, et 40 % n'ont pas accès à la thérapie antirétrovirale.

Des progrès soutenus ont été réalisés en matière de dépistage du VIH et de couverture de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes dans la région, ce qui a permis de réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui est passé de 20 % [12-24 %] en 2010 à 15 % [12-18 %] en 2019. Les progrès varient selon les pays, plusieurs d'entre eux se rapprochant de l'objectif d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le Brésil est le seul pays de la région qui fournit une prophylaxie pré-exposition (PPrE) par le biais du système de santé publique. Toutefois, la PPrE est également disponible par le biais de cliniques privées, d'Internet, d'organisations non gouvernementales et d'études pilotes au Chili, en Colombie, au Costa Rica, en Équateur, au Guatemala, en Haïti, au Mexique, au Panama, au Paraguay, au Pérou et en Uruguay. Le nombre total de personnes sous PPrE dans la région reste insuffisant pour avoir un impact significatif sur l'épidémie. L'autotest du VIH et la transition vers des régimes de traitement de première ligne à base de dolutegravir progressent dans les pays de la région.

FIGURE 9.1

### Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH et couverture universelle des soins de santé, Amérique latine, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Observatoire mondial de la santé [base de données]. Genève : OMS ; c2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>).

La couverture de l'accès universel aux soins de santé est plus élevée que la couverture de la thérapie antirétrovirale dans au moins 11 pays d'Amérique latine, ce qui laisse supposer que les personnes vivant avec le VIH rencontrent des obstacles à l'accès aux services liés au VIH par rapport aux autres services de santé. De récentes études sur l'indice de stigmatisation démontrent que 21 % des personnes vivant avec le VIH au Pérou et 2 % au Brésil déclarent s'être vu refuser des services de santé en raison de leur séropositivité. Au Guatemala, 6 % des femmes et 3 % des hommes vivant avec le VIH ont déclaré s'être vu refuser des services de santé. Au Panama, 11 % des femmes transgenres vivant avec le VIH ont déclaré s'être vu refuser des services de santé, contre 4 % des femmes vivant avec le VIH et 2 % des hommes vivant avec le VIH.

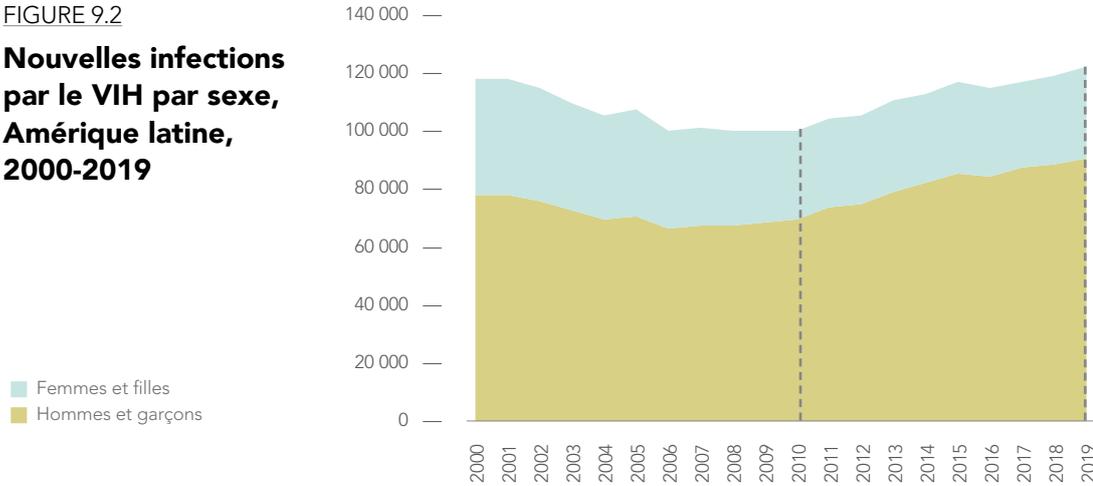


Crédit : ONUSIDA

## État de l'épidémie

FIGURE 9.2

### Nouvelles infections par le VIH par sexe, Amérique latine, 2000-2019



Évolution du pourcentage 2010-2019

Population totale **+21 %**

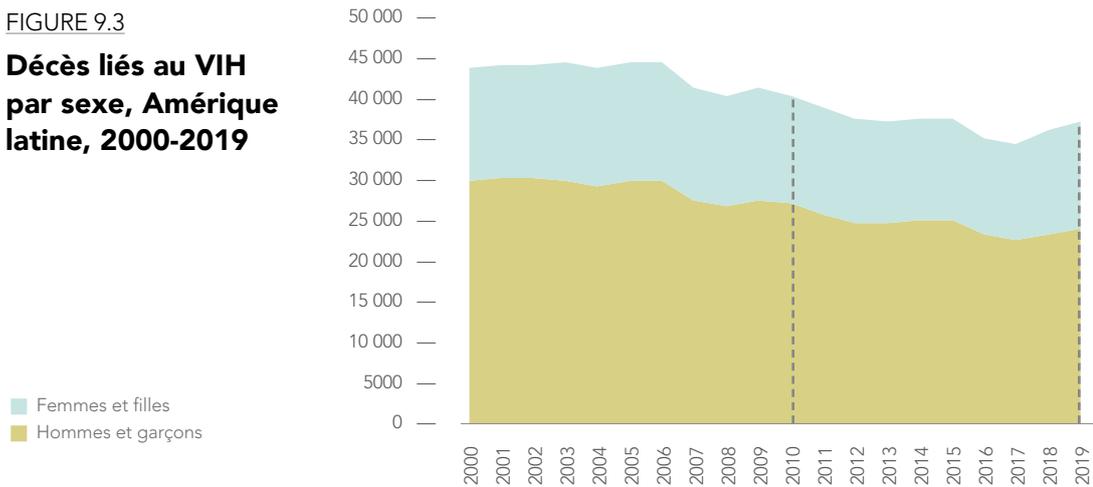
Femmes et filles **0 %**

Hommes et garçons **+31 %**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 9.3

### Décès liés au VIH par sexe, Amérique latine, 2000-2019



Évolution du pourcentage 2010-2019

Population totale **-8 %**

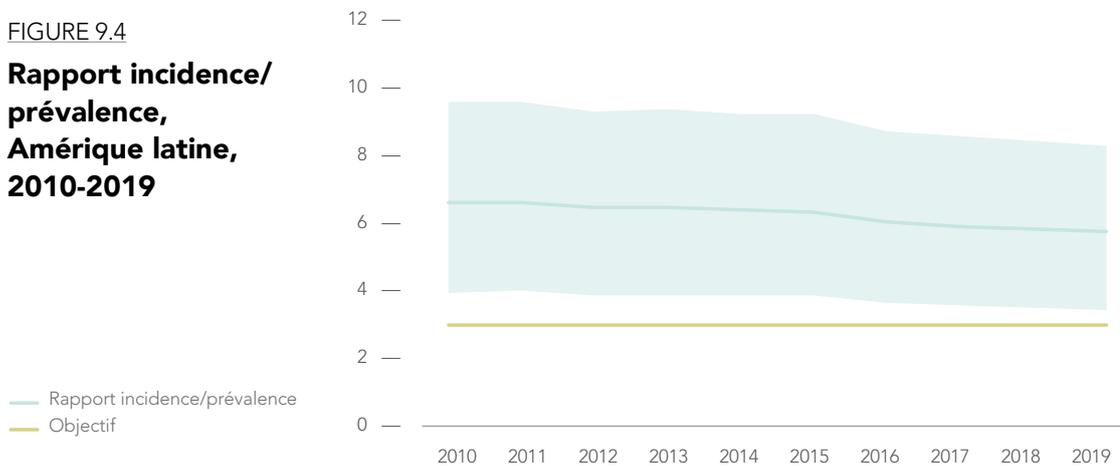
Femmes et filles **-1 %**

Hommes et garçons **-12 %**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 9.4

### Rapport incidence/prévalence, Amérique latine, 2010-2019



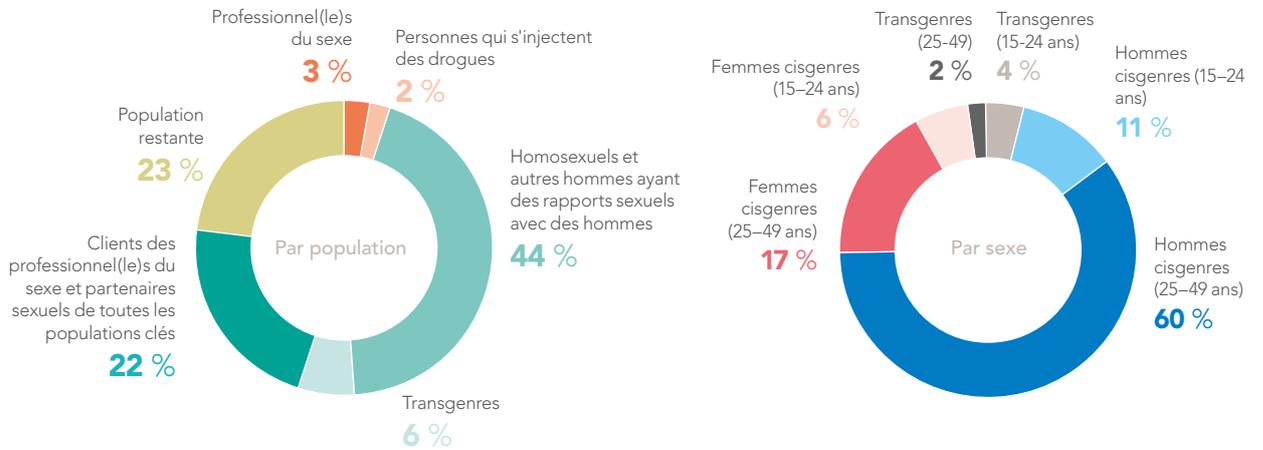
Rapport incidence/prévalence

**5,7**  
**[3,5-8,3]**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 9.5

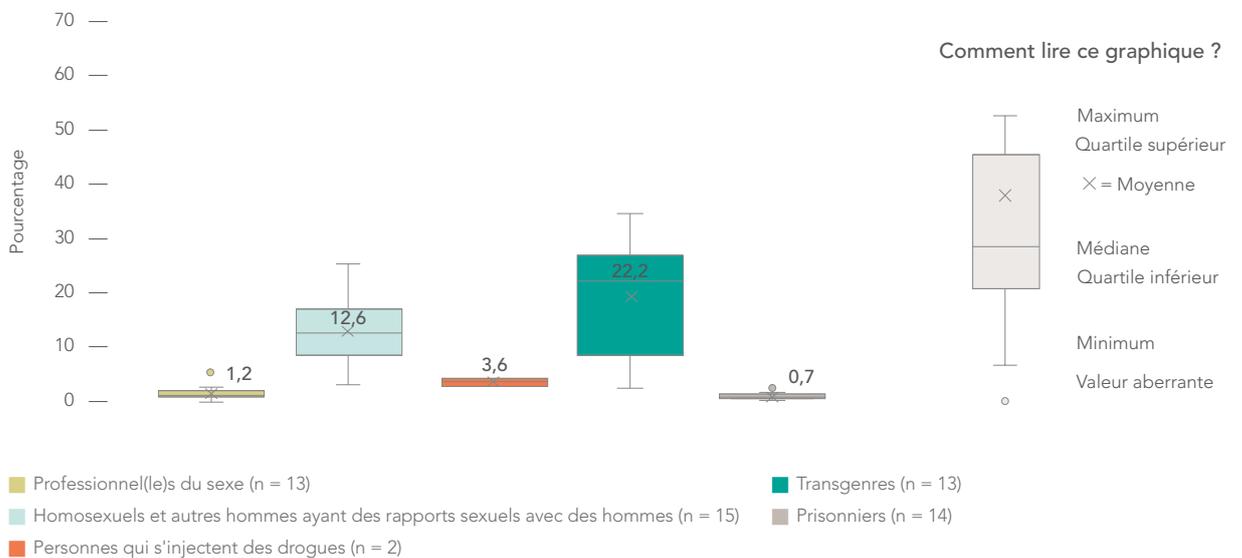
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Amérique latine, 2019**



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 9.6

**Prévalence du VIH parmi les populations clés, Amérique latine, 2015-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : n = nombre de pays déclarants.

TABLEAU 9.1

## Estimation de la taille des populations clés, Amérique latine, 2018-2019

	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Bolivie (État plurinational de)	7 700 000	7 900 000										
Brésil	164 200 000	166 500 000									760 000	0,46 %
Chili	15 400 000	15 600 000									42 000	0,27 %
Colombie	38 500 000	39 200 000									120 000	0,32 %
Costa Rica	3 850 000	3 950 000									100	0,00 %
Mexique	96 800 000	99 000 000	240 000	0,25 %	1 200 000	1,23 %			120 000	0,12 %	200 000	0,20 %
Panama	2 970 000	3 060 000										
Paraguay	4 900 000	4 900 000	9100	0,19 %	30 000	0,60 %						
Pérou	23 700 000	24 000 000										
Uruguay	2 770 000	2 780 000	6900	0,25 %					1600	0,06 %		
Venezuela (République bolivarienne du)	20 000 000	20 100 000							15 000	0,07 %		

- Estimation de la taille de la population nationale
- Estimation de la taille de la population locale
- Données insuffisantes
- Aucune donnée

Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Spectre Demploj module, 2020.

Note 1 : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Note 2 : Les régions couvertes par les estimations de la taille de la population locale sont les suivantes :

Colombie Bogotá, Cali and Medellín  
 Costa Rica Gran Área Metropolitana  
 Panama Azuero, Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Comarca Ngäbe-Buglé, Panamá Centro, Panamá Este, Panamá Norte, Panamá Oeste et Veraguas

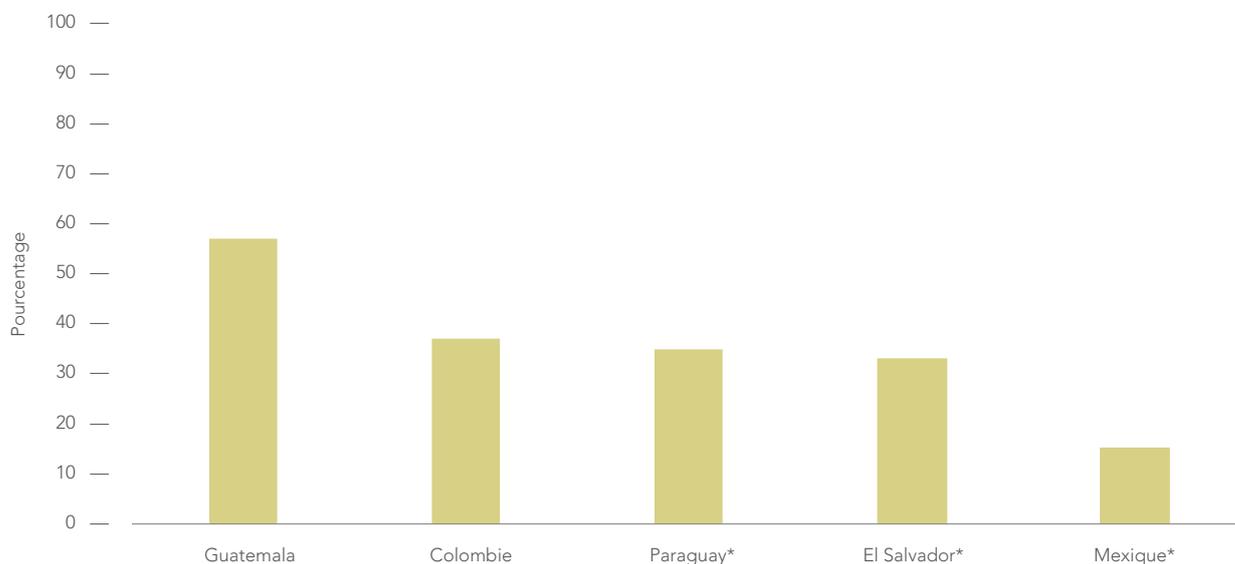


Crédit : Orlando SIERRA (AFP) pour l'ONUSIDA

## Stigmatisation, discrimination et violence

FIGURE 9.7

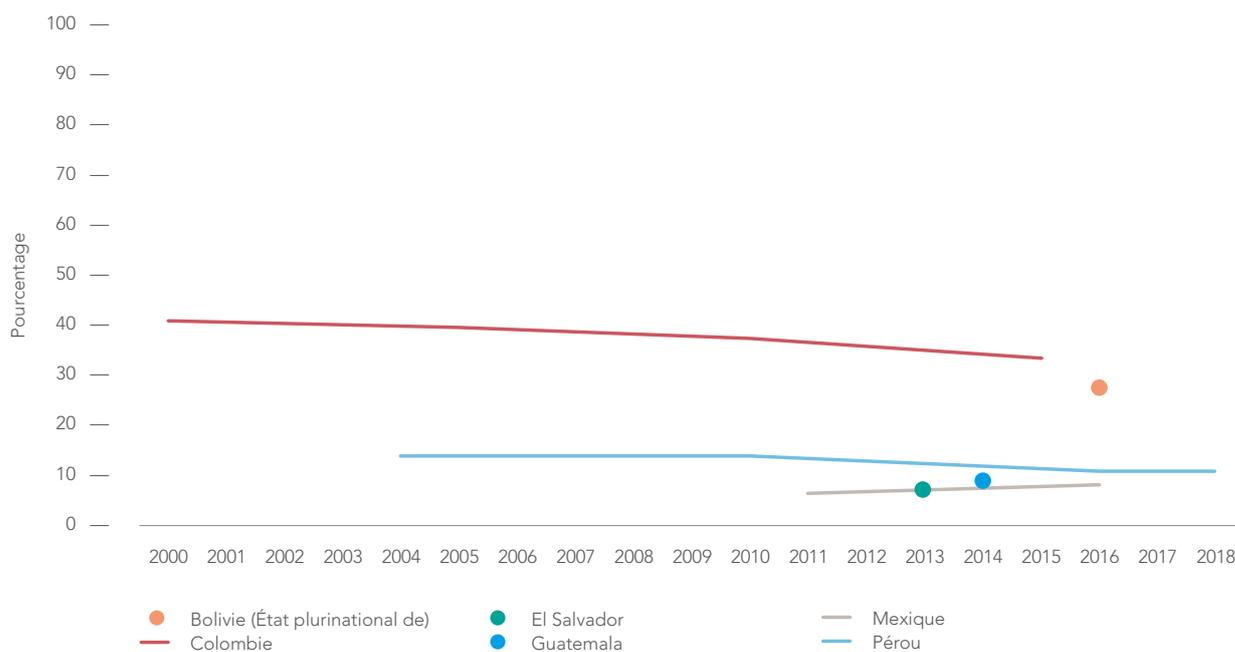
**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, Amérique latine, 2014-2016**



\*Les données concernent uniquement les femmes.  
Source : Enquêtes de population, 2014-2016.

FIGURE 9.8

**Femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, Amérique latine, 2000-2018**



Source : Enquêtes de population, 2000-2018.

## Lois et politiques

TABLEAU 9.2

## Tableau de bord des lois et politiques, Amérique latine, 2019

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Argentine	a	a	a	a	a	a
Bolivie (État plurinational de)	a	a	a	a	a	a
Brésil	a	a	a	a	n	a
Chili	a	a	f	a	a	a
Colombie	a	a	a	h	a	a
Costa Rica	a	a	a	a	a	a
Équateur	a	a	a	i	a	a
El Salvador	a	b	a	a	a	a
Guatemala	a	c	a	a	a	a
Honduras	a	a	a	a	a	a
Mexique	a	a	a	j	a	a
Nicaragua	a	d	a	a	a	a
Panama	a	a	a	k	a	a
Paraguay	a	a	a	a	a	a
Pérou			g	l	a	a
Uruguay	a	a	a	m	a	a
Venezuela (République bolivarienne du)	a	e	g	a	a	a

Criminalisé et/ou poursuivi  
Ni criminalisé ni poursuivi  
Données indisponibles

Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe  
Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé  
La question est déterminée/diffère au niveau infranational  
Données indisponibles

Peine de mort  
Emprisonnement ou aucune sanction spécifiée  
Données indisponibles

Détention obligatoire pour infractions aux drogues  
Données indisponibles

Oui pour les adolescents de moins de 18 ans  
Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans  
Oui pour les adolescents de moins de 12 ans  
Non  
Données indisponibles

Oui  
Non  
Données indisponibles

Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique

La détention de drogues destinées à un usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction pénale

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues ne sont pas sanctionnées par des lois ou des règlements

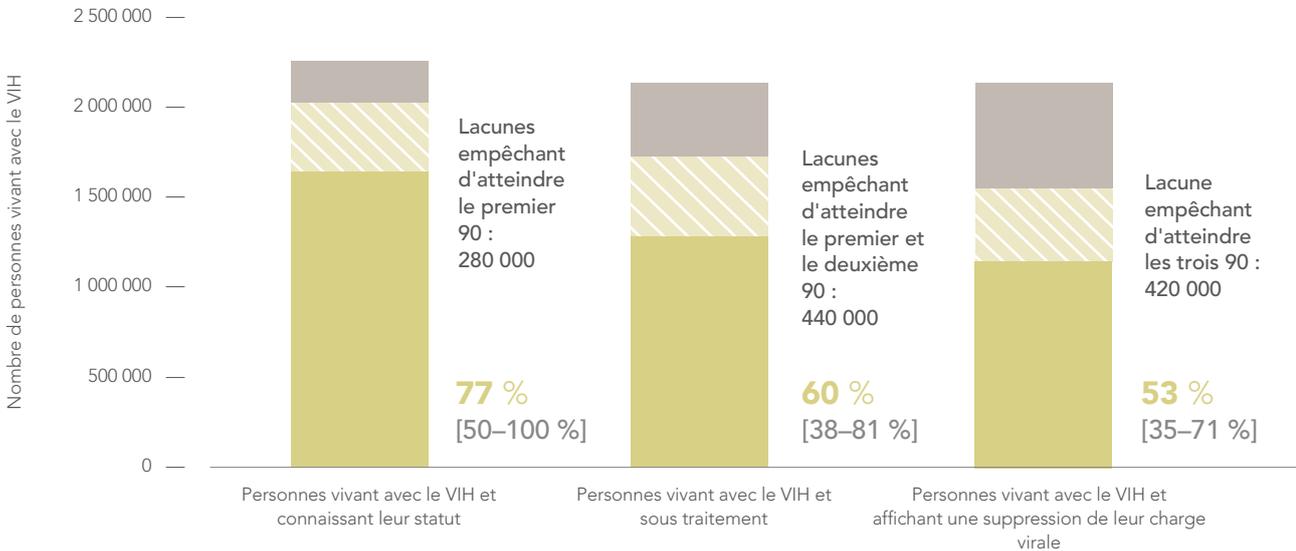
La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale



## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 9.9

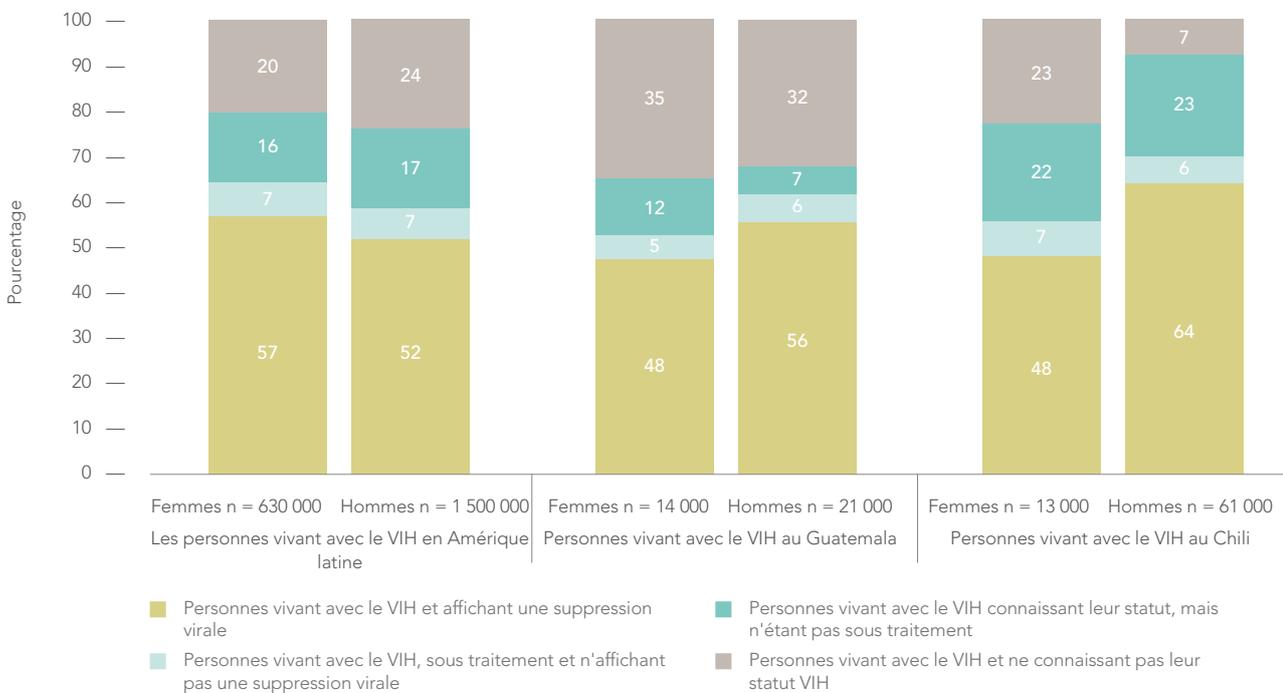
### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Amérique latine, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 9.10

### Estimations des lacunes dans la connaissance du statut, du traitement du VIH et de la suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH, par sexe, Amérique latine, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA par l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

En Amérique latine, la connaissance du statut, la couverture du traitement et la suppression virale sont plus élevées chez les femmes séropositives que chez les hommes séropositifs. Les exceptions notables sont le Chili et le Guatemala.

TABLEAU 9.3

## Tableau de bord 90–90–90 du pays : Amérique latine, 2019

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et qui sont sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
<b>Amérique latine</b>	77	80	76	78	80	77	88	89	88	53	57	52
Argentine												
Bolivie (État plurinational de)							76	70	78	46	44	46
Brésil	88			78			94			65		
Chili	90	77	93	75	72	75	91	87	92	62	48	64
Colombie	60	53	64	75	81	73						
Costa Rica												
Équateur	80	85	78	82	81	82	75	79	73	49	54	47
El Salvador	72	72	72	69	68	70						
Guatemala	68	65	68	86	81	90	90	90	90	52	48	56
Honduras	58	67	51	84	85	83	87	86	88	42	49	38
Mexique							89	89	90			
Nicaragua	92	91	93	64	63	64						
Panama												
Paraguay												
Pérou	70	70	71	87	97	85						
Uruguay							81	90	75			
Venezuela (République bolivarienne du)	62	49	73	64	53	69						

## Légende pour 90–90–90

■ 95 % et plus
■ 90–94 %
■ 85–89 %
■ 70–84 %
■ 50–69 %
■ Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

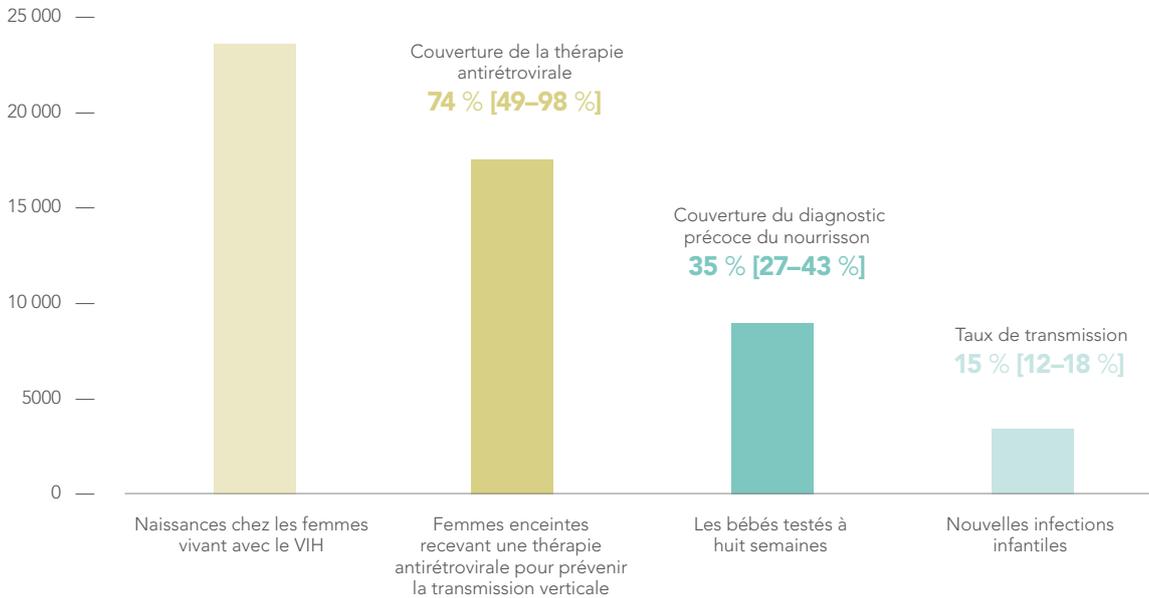
■ 86 % et plus
■ 73–85 %
■ 65–72 %
■ 40–64 %
■ 25–39 %
■ Moins de 25 %

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).  
Note : Estimations pour 2019 sauf : Pérou et Uruguay (2017).

## Services centrés sur les personnes

FIGURE 9.11

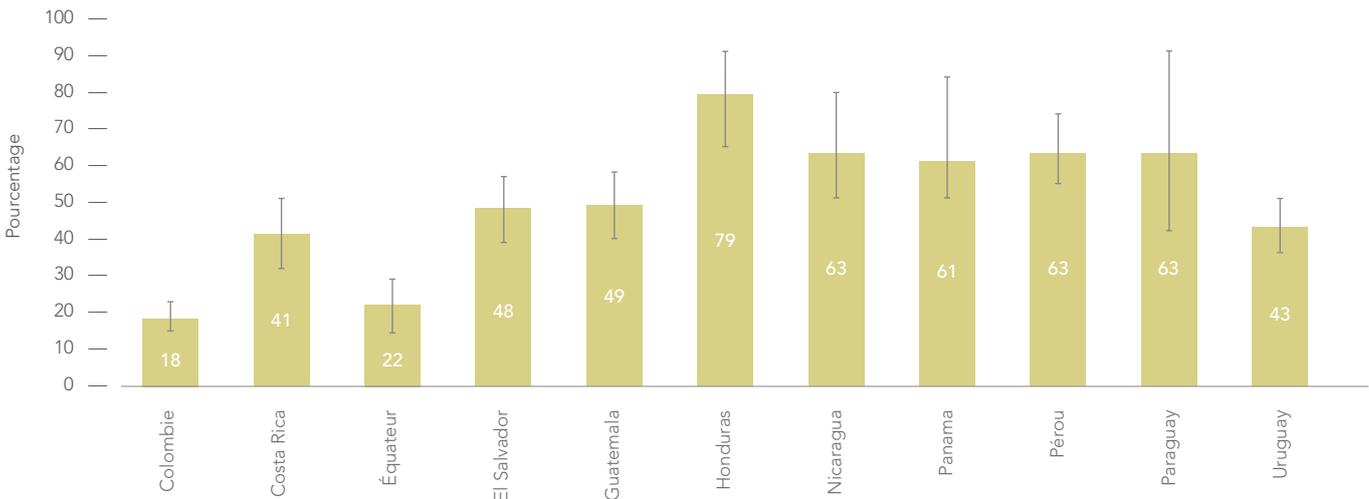
### Services pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, diagnostic précoce des nourrissons, nombre de nouvelles infections verticales et taux de transmission, Amérique latine, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 9.12

### Pourcentage de nourrissons nés de femmes enceintes séropositives ayant subi un test VIH dans les deux mois suivant leur naissance, Amérique latine, 2019

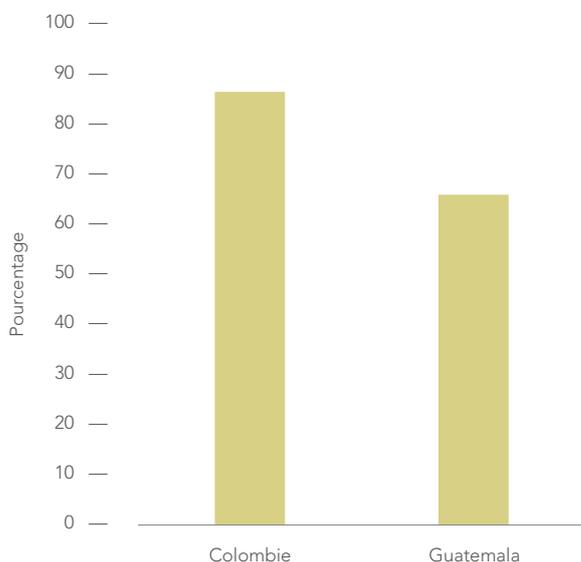


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Observatoire mondial de la santé [base de données]. Genève : OMS ; c2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>).

Un dépistage rapide des nourrissons exposés au VIH et le début immédiat d'une thérapie antirétrovirale dès le diagnostic sont les premières étapes pour assurer la survie des enfants qui ont contracté le VIH. La couverture des tests virologiques pour le diagnostic précoce des nourrissons en Amérique latine varie de 79 % au Honduras à 18 % en Colombie.

FIGURE 9.13

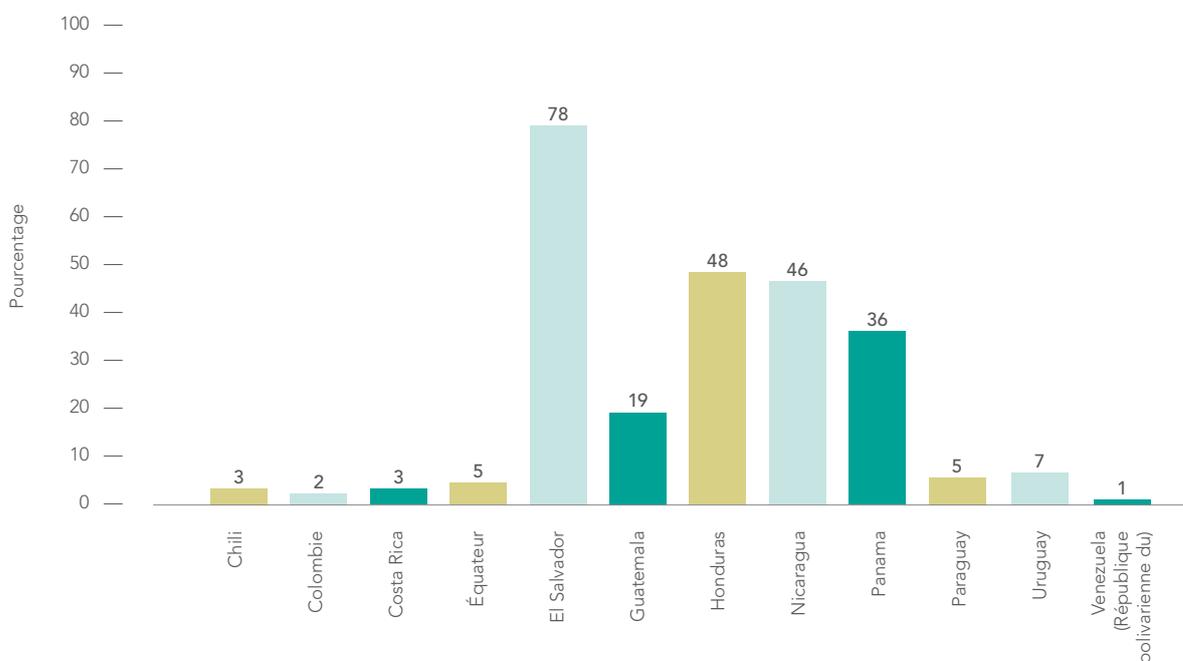
**Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, pays pour lesquels des données sont disponibles, Amérique latine, 2014-2015**



Source : Enquêtes de population, 2014-2015.

FIGURE 9.14

**Proportion de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un traitement préventif contre la tuberculose, Amérique latine, 2019**



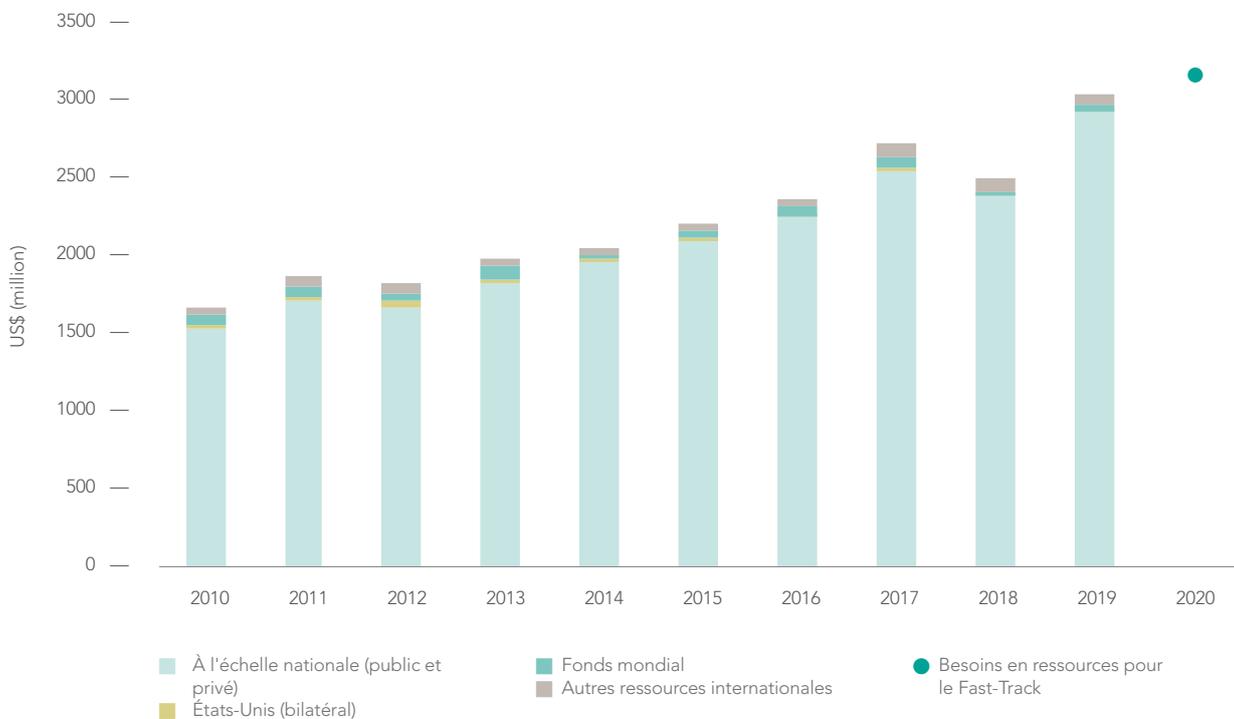
Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

La tuberculose est la cause la plus fréquente de décès prématuré chez les personnes vivant avec le VIH dans le monde. Malgré ce risque élevé, il existe de grandes lacunes dans le traitement préventif de l'infection tuberculeuse pour les personnes vivant avec le VIH dans de nombreux pays de la région.

## Investir pour mettre fin au sida

FIGURE 9.15

### Disponibilité des ressources pour le VIH par source, 2010-2019, et estimation des besoins en ressources de l'initiative Fast Track en 2020, Amérique latine



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Le financement des réponses au VIH en Amérique latine a augmenté régulièrement depuis 2010, et en 2019, les ressources disponibles avaient atteint 96 % de l'objectif de 2020. Les sources nationales ont représenté 96 % du financement total en 2019, tandis que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) en a représenté 1 %, les sources bilatérales du gouvernement des États-Unis 0,2 % et les autres sources internationales 2 %.

Les ressources disponibles pour le VIH provenant de sources nationales ont presque doublé (une augmentation de 91 %) entre 2010 et 2019, tandis

que les contributions des sources bilatérales du gouvernement des États-Unis et du Fonds mondial ont diminué de 71 % et 47 % respectivement (toutes les tendances sont mesurées en dollars américains de 2016 pour contrôler l'inflation). Le financement provenant de toutes les autres sources internationales a augmenté de 32 % au cours de cette période de neuf ans.

La majorité des pays de la région ont augmenté leurs investissements dans la lutte contre le VIH au cours des dernières années. La disponibilité totale des ressources pour le VIH dans la région a augmenté de 12 % entre 2017 et 2019 et de 21 % entre 2018 et 2019.

FIGURE 9.16

### Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu, Amérique latine, objectif 2010-2019 et 2020



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Note : La disponibilité des ressources par personne vivant avec le VIH et les besoins en ressources sont exprimés en dollars américains constants de 2016.

# CARAÏBES

## POINTS SUR LES DONNÉES

### LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH ONT DIMINUÉ DE 29 %

DEPUIS 2010 ET LES DÉCÈS LIÉS AU  
SIDA ONT DIMINUÉ DE 37 %.

LES POPULATIONS CLÉS ET LEURS  
PARTENAIRES SEXUELS REPRÉSENTENT

### 60 % DE NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH

DANS LA RÉGION

### LA MOITIÉ DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

DANS LA RÉGION AFFICHE UNE  
SUPPRESSION DE LEUR CHARGE VIRALE

### 57 % DES NOUVELLES INFECTIONS

DANS LA RÉGION SONT RECENSÉES  
PARMI LES HOMMES, ET 26 % PARMIS  
LES HOMOSEXUELS ET LES AUTRES  
HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS  
SEXUELS AVEC DES HOMMES

LA TRANSMISSION VERTICALE DU VIH A

### A DIMINUÉ DE PRÈS DE 50 %

DEPUIS 2010

**D**ans l'ensemble des Caraïbes, des progrès ont été réalisés dans la réduction des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida, le rapport incidence/prévalence de la région diminuant régulièrement, passant de 6,1 % en 2010 à 3,9 % en 2019.

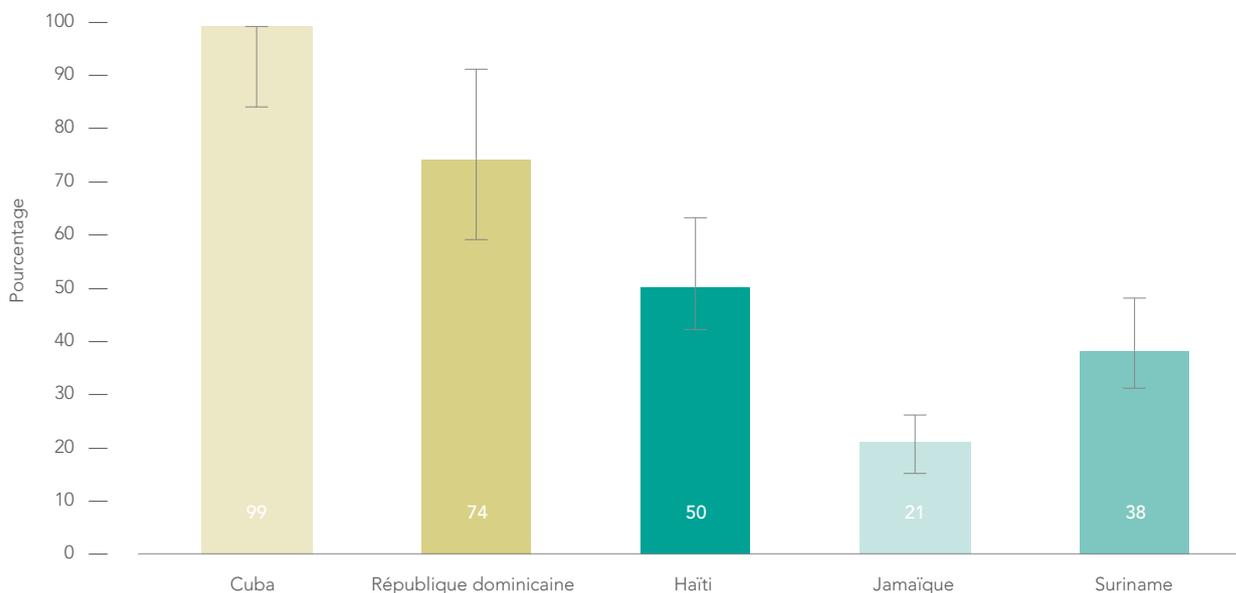
Des progrès considérables continuent d'être réalisés dans les Caraïbes vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, sept pays ayant obtenu la revalidation. Plus de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH connaissaient leur statut dans cinq des neuf pays de la région, qui ont communiqué des données pour 2019 à l'ONUSIDA. Il est nécessaire de développer des stratégies efficaces pour assurer une présentation précoce des soins prénatals et la continuité du traitement des femmes enceintes séropositives, y compris celles qui vivent dans la pauvreté et celles qui sont migrantes ou qui ont survécu à des violences sexistes.

Les progrès dans la cascade des tests et des traitements se sont ralentis, ce qui souligne la nécessité d'étendre les méthodes éprouvées de recherche active des cas et de liaison avec les soins (et leur maintien), notamment par le biais de programmes communautaires. Le déploiement des interventions de prévention globale est également incomplet dans la région. Les Bahamas et la Barbade restent les seuls pays à disposer de programmes nationaux fournissant une prophylaxie pré-exposition (PPrE) par le biais du secteur de la santé publique. Des organisations non gouvernementales fournissent la PPrE en République dominicaine, et elle est disponible en Jamaïque et au Suriname par le biais du secteur privé et d'études pilotes.

L'un des défis actuels de la lutte contre le VIH dans la région réside dans le niveau élevé de migration qui met sous pression les systèmes de santé, les systèmes éducatifs et les marchés du travail. Les systèmes de santé publics éprouvent également des difficultés à absorber les programmes qui sont traditionnellement financés par des donateurs internationaux, notamment la prévention du VIH et les principales initiatives axées sur la population. Des stratégies de financement innovantes sont nécessaires pour garantir des progrès durables.

FIGURE 10.1

### Pourcentage de nourrissons nés de femmes séropositives ayant subi un test VIH dans les deux mois suivant leur naissance, Caraïbes, 2019



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Note : Ne sont inclus que les pays ayant des estimations valables du nombre de femmes pouvant bénéficier des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Un dépistage rapide des nourrissons exposés au VIH et le début immédiat d'une thérapie antirétrovirale dès le diagnostic sont les premières étapes pour assurer la survie des enfants qui

ont contracté le VIH. La couverture des tests virologiques pour le diagnostic précoce des nourrissons dans les Caraïbes varie de 21 % en Jamaïque à 99 % à Cuba.

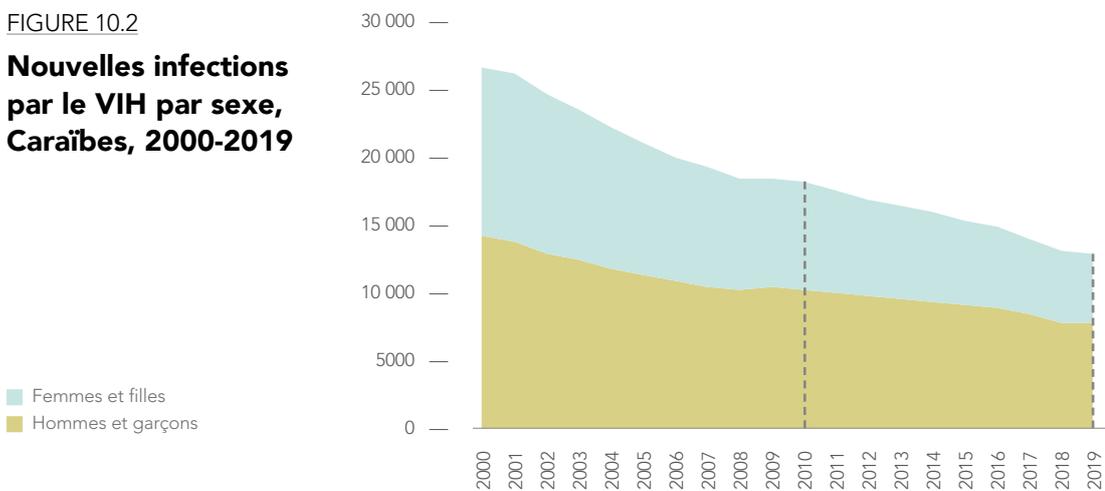


Crédit : FNUAP/Carina Wint

## État de l'épidémie

FIGURE 10.2

### Nouvelles infections par le VIH par sexe, Caraïbes, 2000-2019



Évolution du pourcentage 2010-2019

Population totale

**-29 %**

Femmes et filles

**-34 %**

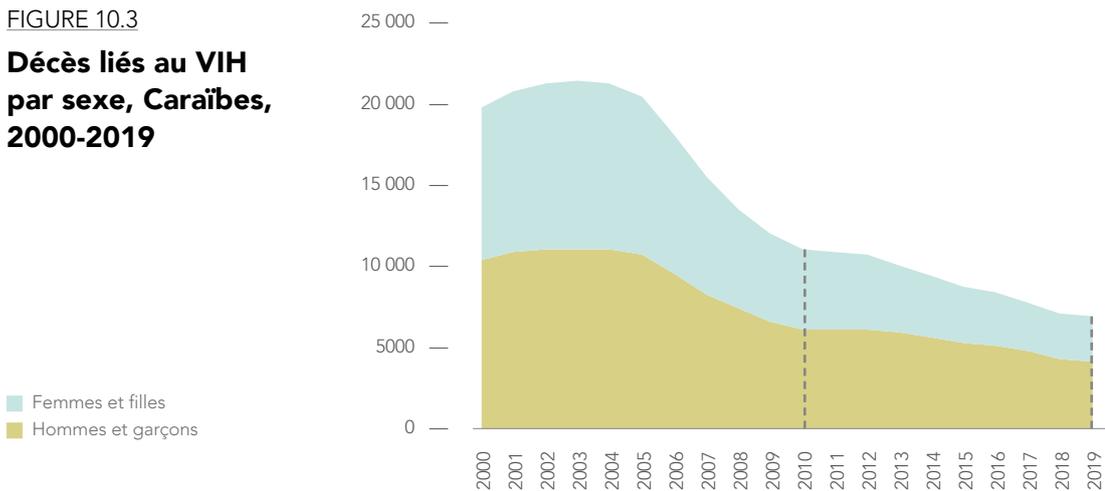
Hommes et garçons

**-25 %**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 10.3

### Décès liés au VIH par sexe, Caraïbes, 2000-2019



Évolution du pourcentage 2010-2019

Population totale

**-37 %**

Femmes et filles

**-44 %**

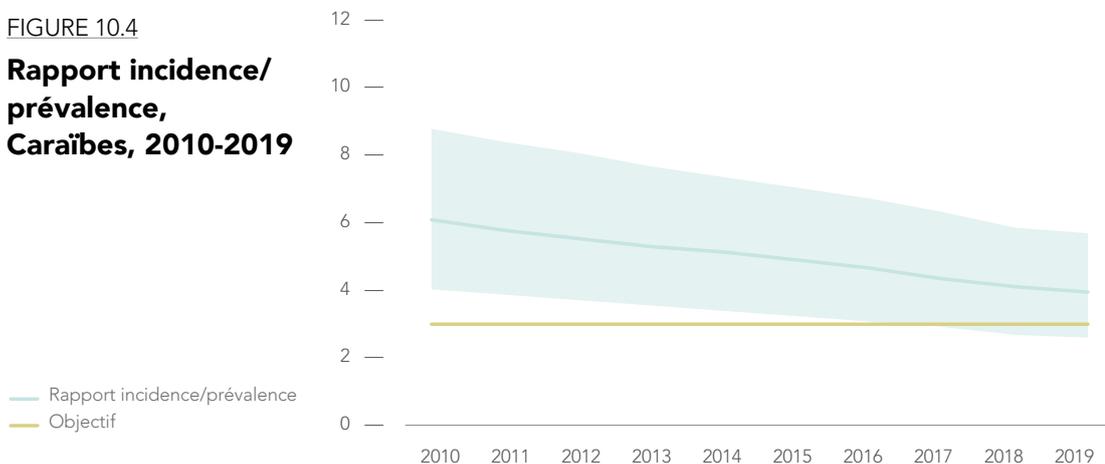
Hommes et garçons

**-33 %**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 10.4

### Rapport incidence/prévalence, Caraïbes, 2010-2019



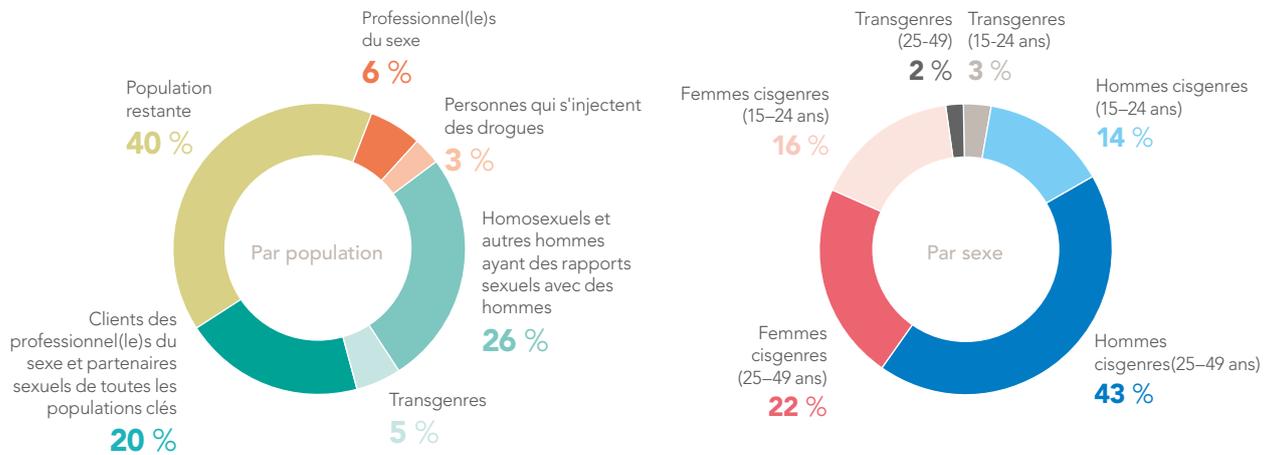
Rapport incidence/prévalence

**3,9**  
**[2,6-5,7]**

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 10.5

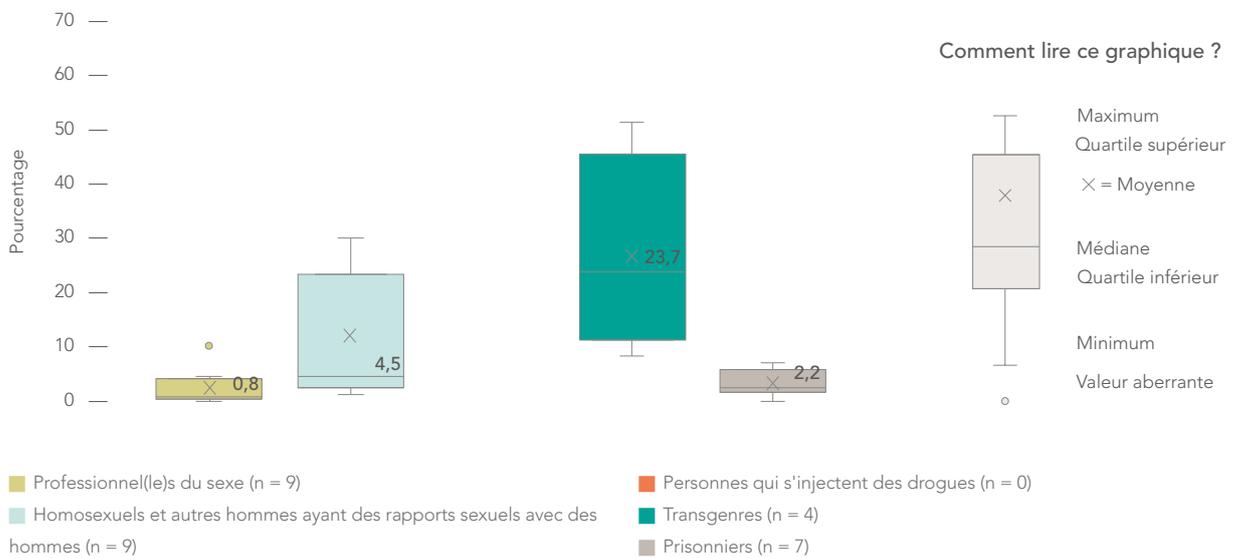
Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Caraïbes, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 10.6

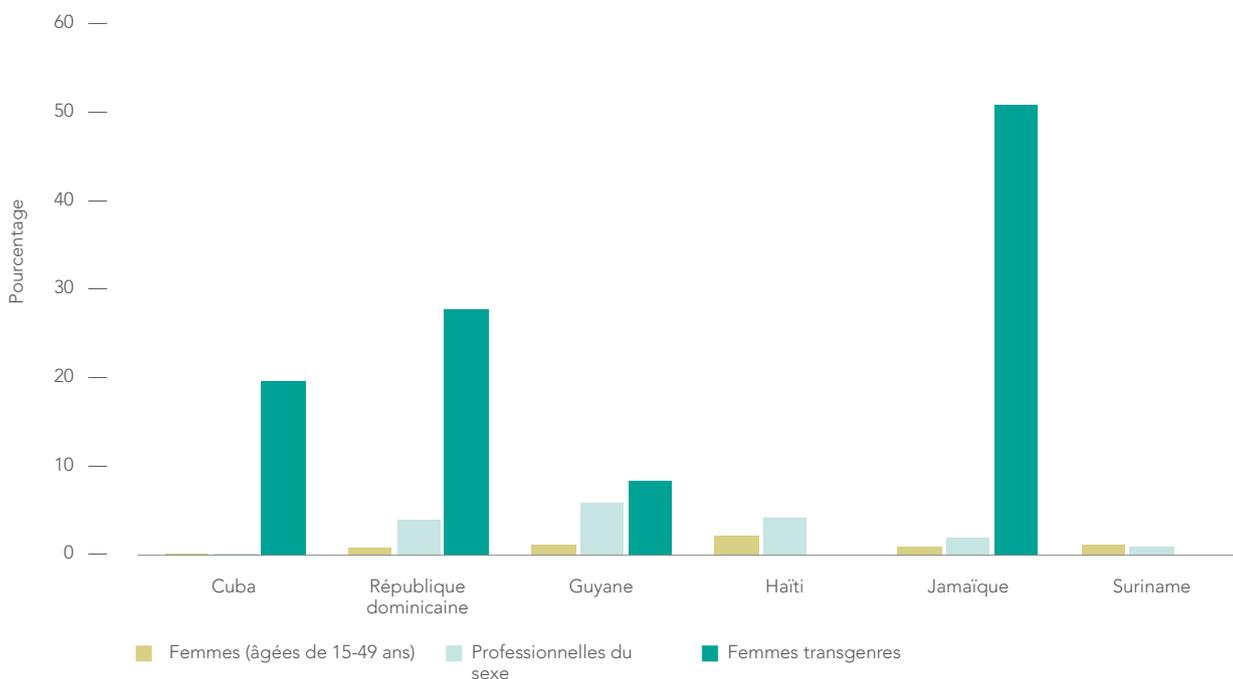
Prévalence du VIH parmi les populations clés, Caraïbes, 2015-2019



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : n = nombre de pays déclarants.

FIGURE 10.7

### Prévalence du VIH chez les femmes transgenres, les professionnelles du sexe et toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans, Caraïbes, 2015-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

La transphobie, l'exclusion sociale, la violence et la stigmatisation figurent parmi les facteurs croisés qui alimentent la vulnérabilité des personnes transgenres à l'infection par le VIH et à d'autres menaces pour la santé. Parmi les pays des Caraïbes disposant de données d'enquête récentes, la

prévalence du VIH chez les femmes transsexuelles est plus élevée que chez les professionnelles du sexe. Plus de la moitié des femmes transgenres interrogées dans le cadre d'une étude menée en Jamaïque se sont révélées séropositives.

TABLE 10.1

**Estimation de la taille des populations clés, Caraïbes, 2018-2019**

	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionne(l)e(s) du sexe	Professionne(l)e(s) du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Bahamas	318 000	320 000									2300	0,74 %
République dominicaine	7 700 000	7 800 000			130 000	1,73 %			9400	0,12 %	29 000	0,37 %
Haïti	7 400 000	7 500 000									11 000	0,14 %
Jamaïque	2 300 000	2 310 000			42 000	1,86 %			3800	0,17 %		
Sainte-Lucie	149 000	150 000			3000	2,01 %					500	0,34 %
Saint-Vincent-et-Grenadines	85 000	87 000										
Suriname	420 000	420 000										

■ Estimation de la taille de la population nationale

■ Estimation de la taille de la population locale

■ Données insuffisantes

■ Aucune donnée

Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>). Module de spectre Demproj, 2020 ; Perspectives de la population mondiale 2019 [Internet]. New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies ; c2020 (<https://population.un.org/wpp/>)(données personnalisées acquises via le site web).

Note : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

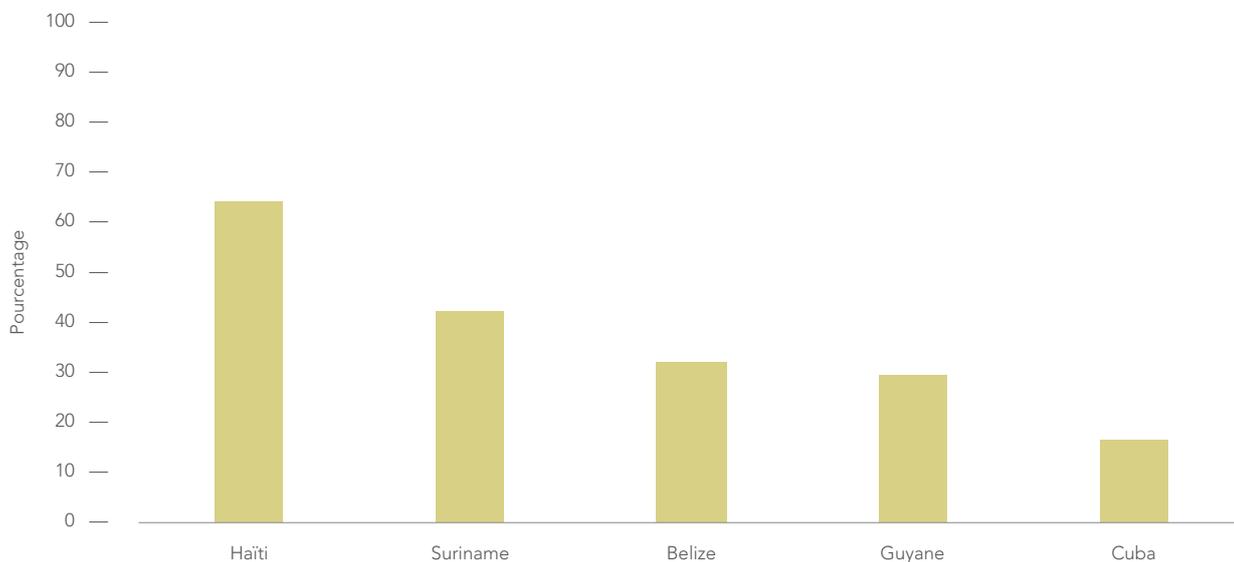


Crédit : FNUAP /Oscar González

## Stigmatisation, discrimination et violence

FIGURE 10.8

**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, Caraïbes, 2014-2018**



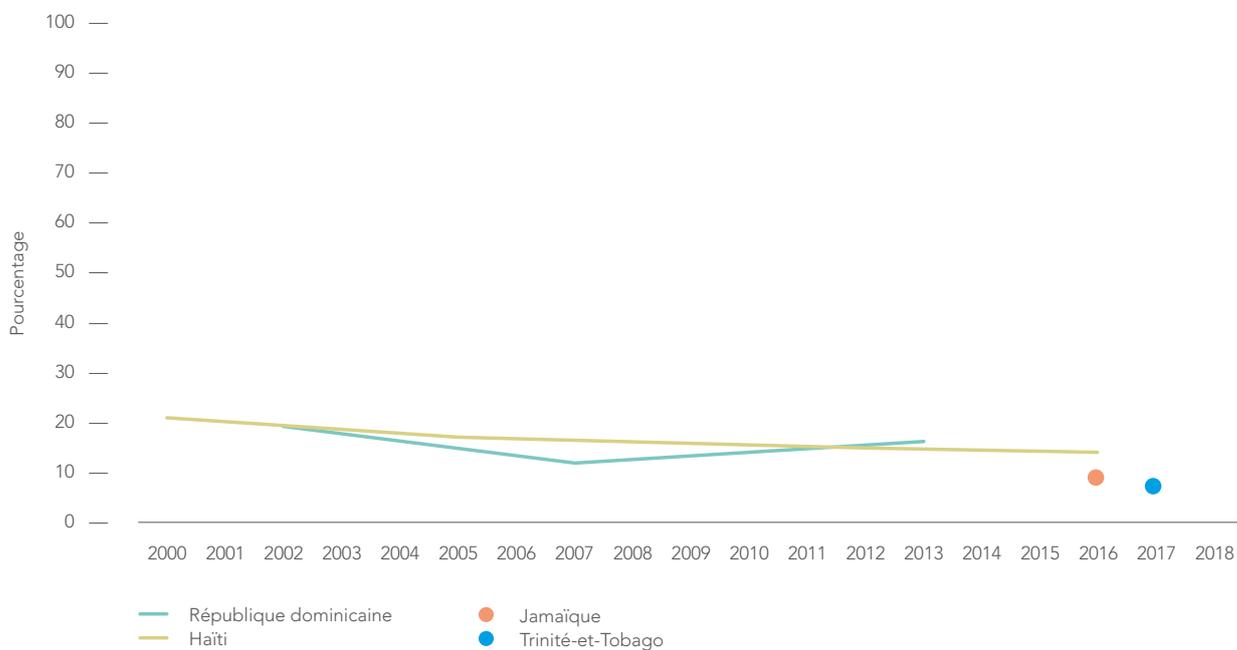
Source : Enquêtes de population, 2014-2018.



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 10.9

**Femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, Caraïbes, 2000-2017**



Source : Enquêtes de population, 2000-2017.

## Lois et politiques

TABLE 10.2

Tableau de bord des lois et politiques, Caraïbes, 2019

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Antigua & Barbuda	a	a	h	a	a	a
Bahamas	a	a	a	a	a	a
Barbade	a	c	i	b	a	a
Belize			j	k	p	
Cuba	a	g	j	b	a	a
Dominique	b		j	b	b	b
République dominicaine	a	a	a	a	a	a
Grenade		d	j	l		
Guyane	a	a	a	a	p	a
Haïti	a	e	a	a	a	a
Jamaïque	a	a	a	b	a	a
Saint-Kitts-et-Nevis			j	m	q	q
Sainte-Lucie	a	a	a	a	a	a
Saint Vincent et Grenadines		a	a	n		a
Suriname	b		j	b	q	q
Trinité-et-Tobago		f	j	o	r	

<p>■ Criminalisé et/ou poursuivi ■ Ni criminalisé ni poursuivi ■ Données indisponibles</p>	<p>■ Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe ■ Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé ■ La question est déterminée/diffère au niveau infranational ■ Données indisponibles</p>	<p>■ Peine de mort ■ Emprisonnement ou aucune sanction spécifiée ■ Données indisponibles</p>	<p>■ Détenue obligatoire pour infractions aux drogues ■ Données indisponibles</p>	<p>■ Oui pour les adolescents de moins de 18 ans ■ Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans ■ Oui pour les adolescents de moins de 12 ans ■ No ■ Données indisponibles</p>	<p>■ Oui ■ Non ■ Données indisponibles</p>
<p>Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique</p>			<p>La détention de drogues destinées à un usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction pénale</p>		
			<p>La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale</p>		

Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (t)	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
a		a
b		a
a		a
s		
a		a
b		b
a		a
a		a
a		a
a		a
a		a
a		a
a		a
b		q

Oui  
Non  
Données indisponibles

Non, mais il existe des poursuites basées sur le droit pénal général

Oui  
Non  
Données indisponibles

Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

Aucune restriction

Oui  
Non  
Données indisponibles

Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis

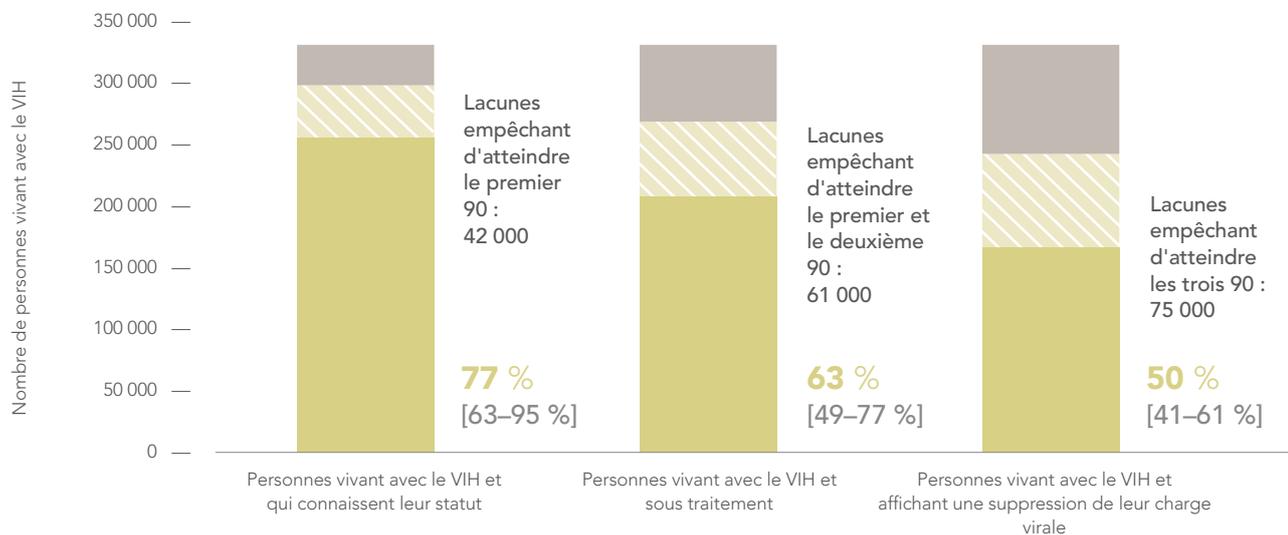
#### Sources :

- a. Engagements nationaux et instrument de politique générale de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).  
b. Engagements nationaux et instrument de politique générale de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- c. Barbade Loi sur les infractions sexuelles, 1992. Articles 18 et 20.  
d. Grenade Code d'instruction criminelle. Chapitre 72A (76 de 1958), article 137 (30) (<https://prostitution.procon.org/sourcefiles/GrenadaCriminalCode.pdf>).
- e. Haïti Código Penal de Haiti (<https://wipolex.wipo.int/en/text/200018>).
- f. Trinité-et-Tobago Loi sur les infractions sexuelles. Article 23 ([https://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical\\_list/lawspdfs/11.28.pdf](https://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical_list/lawspdfs/11.28.pdf)).
- g. Cuba. Code pénal. Article 302 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf>).
- h. Antigua & Barbuda La loi sur les infractions sexuelles, 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/hatlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf>).
- i. Barbade Loi sur les infractions sexuelles, 1992. Section 9 (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbti2.pdf>).
- j. Mendos LR. State-sponsored homophobia 2019. 13th ed. Geneva: ILGA; 2019.
- k. Belize. Loi sur l'abus de drogues, chapitre 103. Édition révisée (2000). Section 7 ([http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse\\_of\\_drugs\\_act.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse_of_drugs_act.pdf)).
- l. Grenade Loi sur la prévention et le contrôle de l'abus de drogues (7 de 1992). Chapitre 84A, article 6 (<http://www.easterncaribbeanlaw.com/wp-content/uploads/2014/07/Microsoft-Word-Cap84A-Drug-Abuse-Prevention-and-Control-Act.doc.pdf>).
- m. Saint-Christophe-et-Nevis. Loi sur les drogues (prévention et réduction de l'abus et de la consommation de drogues). Édition révisée. Article 6(1) ([http://www.easterncaribbeanlaw.com/wp-content/uploads/2014/08/drugs\\_act.pdf](http://www.easterncaribbeanlaw.com/wp-content/uploads/2014/08/drugs_act.pdf)).
- n. Saint-Vincent-et-Grenadines Loi sur les drogues (prévention de l'abus). Édition révisée de 1990. Chapitre 219, article 7(1) ([http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/legislations/PDF/VC/drugs\\_act.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/VC/drugs_act.pdf)).
- o. République de Trinité-et-Tobago Loi sur les drogues dangereuses (38 de 1991). Chapitre 11:25, article 5 ([http://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical\\_list/lawspdfs/11.25.pdf](http://rgd.legalaffairs.gov.tt/laws2/alphabetical_list/lawspdfs/11.25.pdf)).
- p. Sexual Rights Initiative [base de données]. Sexual Rights Initiative; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).
- q. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- r. Politique nationale de dépistage du VIH et de conseil. Port of Spain : Ministère de la santé, Trinidad et Tobago ; 2006 ([www.health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=258](http://www.health.gov.tt/downloads/DownloadItem.aspx?id=258)).
- s. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam : HIV Justice Network; mai 2019.
- t. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).

## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 10.10

### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Caraïbes, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 10.11

### Estimations des lacunes dans la connaissance du statut, du traitement du VIH et de la suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH, par sexe, Caraïbes, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Le recours aux services de dépistage et de traitement du VIH dans les Caraïbes est nettement plus élevé chez les femmes séropositives que chez les hommes séropositifs.

Par exemple, la suppression virale chez les femmes vivant avec le VIH dans la région est de 13 points de pourcentage plus élevée que chez leurs pairs masculins. Cet écart est légèrement plus faible en République dominicaine et en Haïti.

TABLE 10.3

## Tableau de bord 90–90–90 du pays : Caraïbes, 2019

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et qui sont sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
Caraïbes	77	85	72	81	83	78	80	82	80	50	58	45
Antigua & Barbuda							65	64	66			
Bahamas												
Barbade	90	89	91	58	57	59	89	89	88	46	45	47
Belize							65	65	67			
Cuba	85	97	83	89	92	89						
Dominique				27	35	23	62	68	57			
République dominicaine	88	99	78	55	54	57	84	84	84	40	45	37
Grenade												
Guyane	94	96	97	73	83	64	87	86	88	60	68	54
Haïti	72	79	66	98	98	97	80	81	80	56	63	51
Jamaïque							79	79	79	35	53	25
Saint-Kitts-et-Nevis							60	73	55			
Sainte-Lucie				41	46	37	40	43	37			
Saint-Vincent-et-Grenadines							82	84	81			
Suriname	60	70	52	83	84	83	90	91	89	45	54	38
Trinité-et-Tobago							91	91	93	67	66	71

## Légende pour 90–90–90

■ 95 % et plus
■ 90–94 %
■ 85–89 %
■ 70–84 %
■ 50–69 %
■ Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

■ 86 % et plus
■ 73–85 %
■ 65–72 %
■ 40–64 %
■ Moins de 25 %

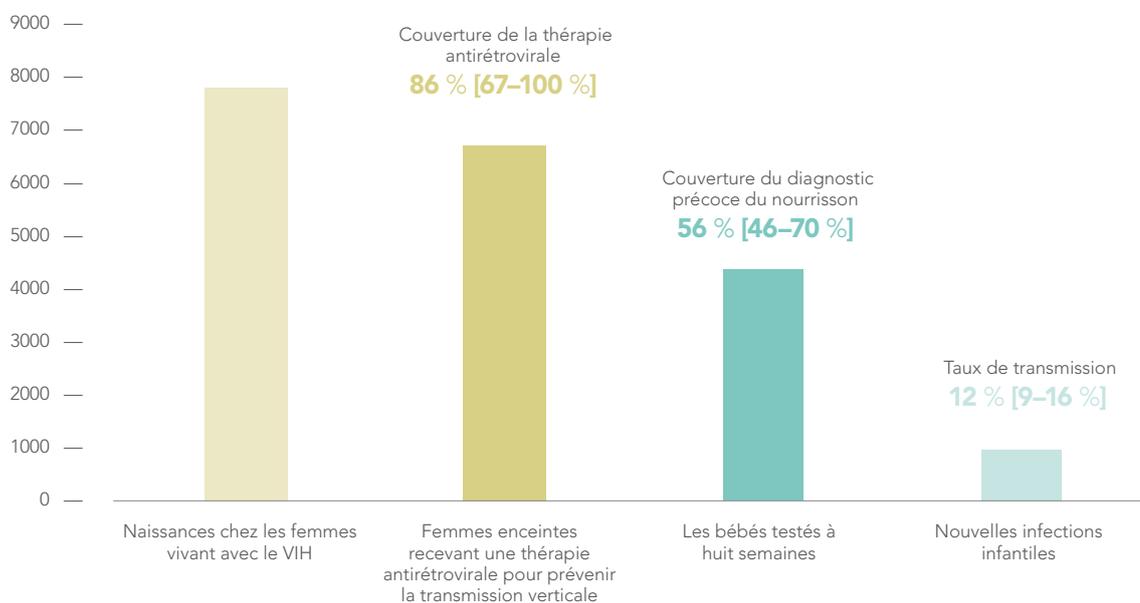
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

Note : Estimations pour 2019 sauf : Antigua-et-Barbuda (2017) ; et Belize, Grenade, Saint-Kitts-et-Nevis et Saint-Vincent-et-Grenadines (2018).

## Services centrés sur les personnes

FIGURE 10.12

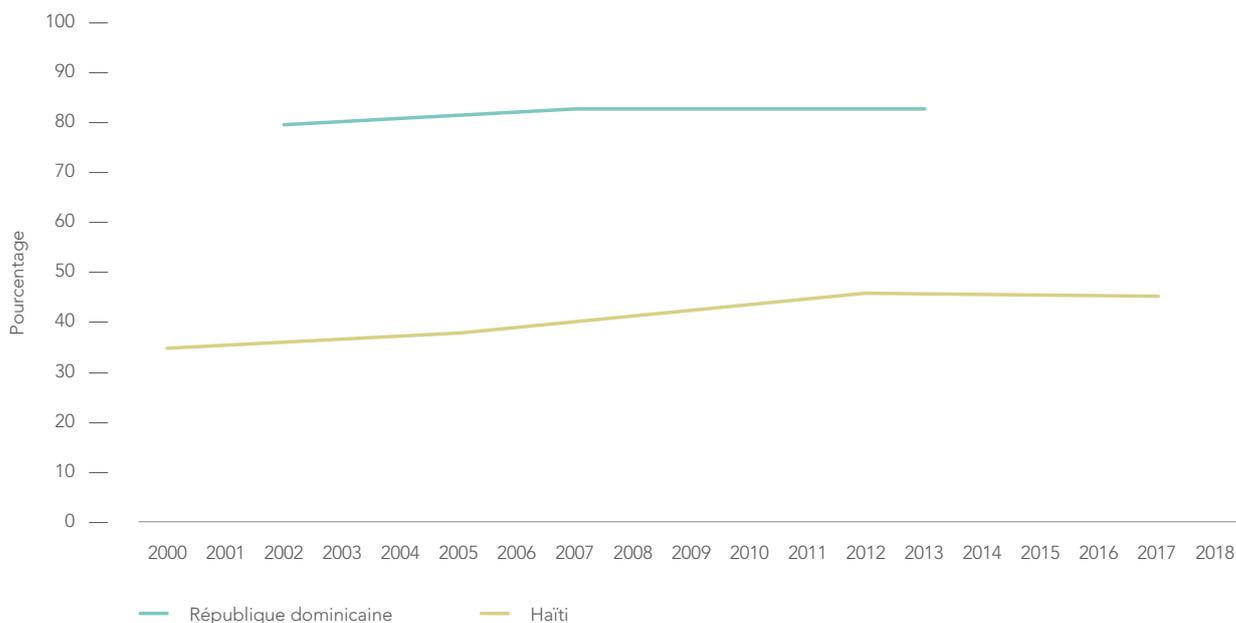
**Services pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, diagnostic précoce des nourrissons, nombre de nouvelles infections verticales et taux de transmission, Caraïbes, 2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 10.13

**Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, pays pour lesquels des données sont disponibles, Caraïbes, 2000-2018**



Source : Enquêtes de population, 2000–2017.

## Investir pour mettre fin au sida

Les ressources disponibles pour la lutte contre le VIH dans les Caraïbes ont atteint un sommet en 2013 et ont décliné rapidement jusqu'en 2016, puis se sont redressées jusqu'en 2018. Les ressources consacrées à la lutte contre le VIH ont ensuite diminué de 22 %, laissant la région à 42 % seulement de son objectif pour 2020.

La principale source de financement des ripostes au VIH dans la région est constituée par les sources bilatérales du gouvernement des États-Unis, qui représentaient 54 % du total en 2019. Les ressources nationales représentaient 28 % du

total, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) 16 % et d'autres sources internationales 1 %. Les ressources disponibles pour le VIH provenant de sources nationales ont presque doublé (une augmentation de 91 %) entre 2010 et 2019, tandis que les contributions des sources bilatérales du gouvernement des États-Unis et du Fonds mondial ont diminué de 71 % et 47 % respectivement (toutes les tendances sont mesurées en dollars américains de 2016 pour contrôler l'inflation). Le Fonds mondial est la seule source qui a augmenté entre 2018 et 2019.

FIGURE 10.14

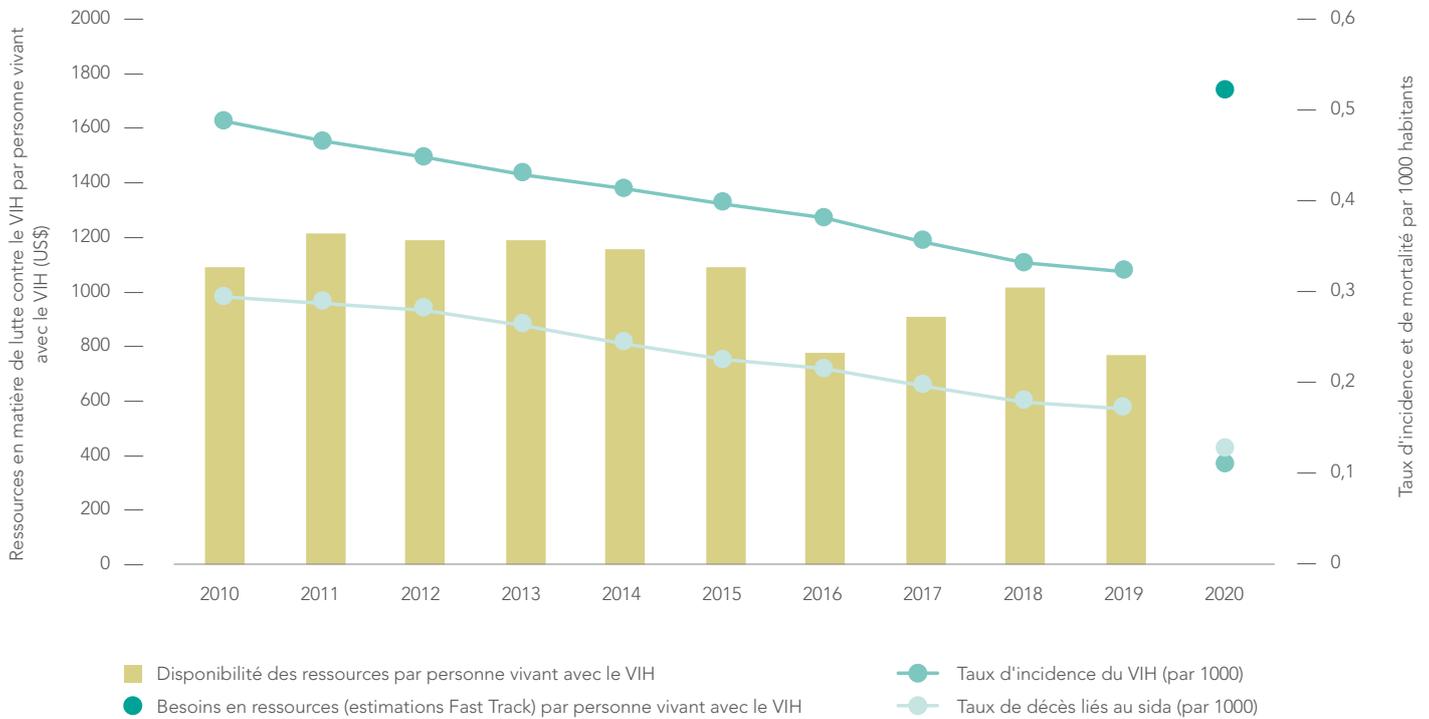
### Disponibilité des ressources pour le VIH par source, 2010-2019, et estimation des besoins en ressources de l'initiative Fast Track en 2020, Caraïbes



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 10.15

**Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu, Caraïbes, objectif 2010-2019 et 2020**



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Note : La disponibilité des ressources par personne vivant avec le VIH et les besoins en ressources sont exprimés en dollars américains constants de 2016.

# MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

## POINTS SUR LES DONNÉES

LES NOUVELLES INFECTIONS  
**ONT AUGMENTÉ  
DE 22 %**

EN 2010-2019, ALORS QUE LES DÉCÈS  
LIÉS AU SIDA SONT RESTÉS STABLES

AVEC UN  
**RAPPORT D'INCIDENCE  
/PRÉVALENCE DE  
8,2 %,**

LA RÉGION EST LOIN DE CONTRÔLER  
SON ÉPIDÉMIE DE VIH

**LES DEUX TIERS  
DES NOUVELLES  
INFECTIONS SONT  
RECENSÉES PARMIS  
LES HOMMES,**

PRINCIPALEMENT DES HOMMES QUI  
S'INJECTENT DES DROGUES ET DES  
HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES  
QUI ONT DES RELATIONS SEXUELLES  
AVEC DES HOMMES

**LES FEMMES VIVANT  
AVEC LE VIH ET  
AFFECTÉES PAR LE  
VIRUS**

DEMEURENT VULNÉRABLES, AVEC UN  
ACCÈS LIMITÉ AUX SERVICES

**52 % DES  
PERSONNES VIVANT  
AVEC LE VIH**

CONNAISSAIENT LEUR STATUT EN 2019,  
38 % AVAIENT ACCÈS À LA THÉRAPIE  
ANTIRÉTROVIRALE, ET MOINS D'UN  
TIERS AFFICHAIENT UNE SUPPRESSION  
VIRALE

L'épidémie de VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord continue de s'étendre. Les 20 000 [11 000-38 000] nouvelles infections estimées en 2019 ont représenté une augmentation de 25 % par rapport aux 16 000 [8700-31 000] nouvelles infections de 2010.

L'épidémie dans la région est fortement concentrée parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels. Les personnes qui s'injectent des drogues représentaient 43 % des nouvelles infections par le VIH en 2019, et les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes 23 % supplémentaires. Les programmes de prévention combinée axés sur les populations clés doivent être étendus, y compris l'utilisation de l'autotest du VIH pour augmenter la couverture de la PPrE et du traitement du VIH. Les femmes vivant avec et affectées par le VIH dans la région sont particulièrement vulnérables à la violence, à la stigmatisation et à la discrimination fondées sur le sexe, ce qui limite leur accès aux services liés au VIH. La couverture des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est l'une des plus faibles au monde.

Les urgences humanitaires actuelles dans la région et les mouvements de population à grande échelle qui en découlent représentent des défis considérables pour les systèmes de santé publique en général et les programmes de lutte contre le VIH en particulier. Les organisations communautaires peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le VIH dans la région, mais elles sont limitées dans de nombreux pays par un espace civique et des ressources restreintes. Les lois punitives et la stigmatisation généralisée des personnes vivant avec le VIH et des populations clés posent des difficultés supplémentaires.

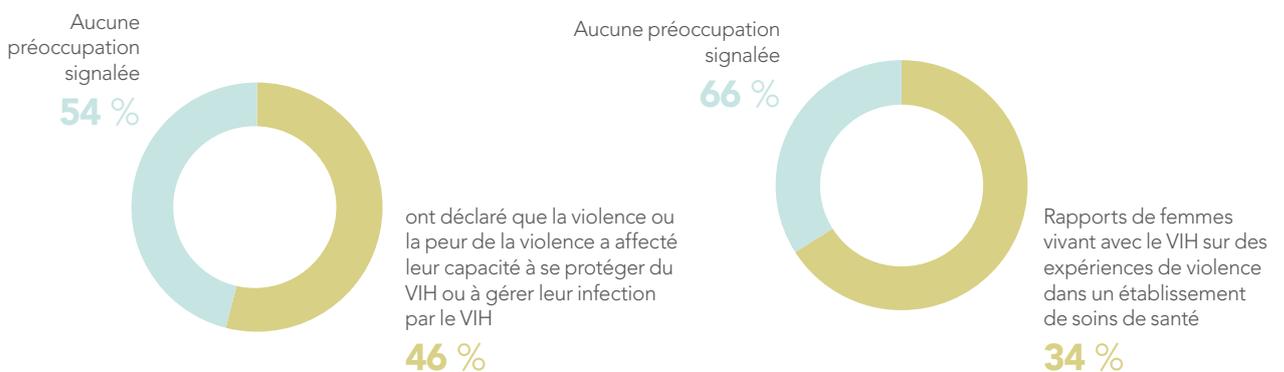
Pour mettre fin à l'épidémie de sida dans la région à l'horizon 2030, il convient de renouveler le leadership politique, de s'attaquer à l'égalité des sexes, de garantir un financement suffisant et durable et d'intensifier la mise en œuvre de programmes novateurs, tels que l'autotest du VIH et la prophylaxie pré-exposition (PPrE), en utilisant des approches fondées sur les droits et sur des données probantes.



Crédit : ONUSIDA

FIGURE 11.1

### Rapports sur la stigmatisation, la discrimination et la violence faite aux femmes exposées au VIH ou vivant avec le VIH dans l'étude multinationale LEARN MENA, avril à décembre 2018



Sources : Salamander Trust, Frontline AIDS, South African Medical Research Council, MenaRosa, Positive Women's Network. ALIV[H]E en action : exemples clés de l'action reliant les initiatives sur la violence contre les femmes et le VIH partout dans le monde (cadre ALIV[H]E). Londres : Salamander Trust ; 2019 ([https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2017/11/ALIVHE\\_in\\_Action\\_FINAL\\_Salamander\\_et\\_al\\_March2019.pdf](https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2017/11/ALIVHE_in_Action_FINAL_Salamander_et_al_March2019.pdf), consulté le 12 juin 2020) ; Linkages between HIV and gender-based violence in the Middle East and North Africa : key findings from the LEARN MENA project. LEARN MENA ; 2018 ([http://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2019/02/Linkages\\_between\\_HIV\\_and\\_gender-basaed\\_violence\\_in\\_MENA\\_original.pdf](http://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2019/02/Linkages_between_HIV_and_gender-basaed_violence_in_MENA_original.pdf), consulté le 12 juin 2020).

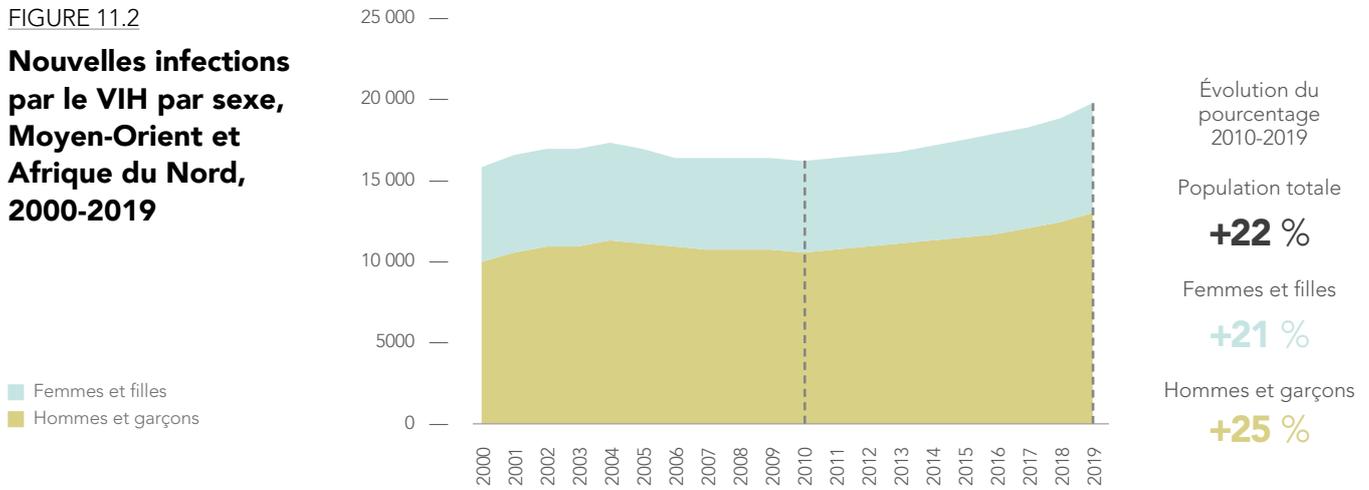
Note : LEARN MENA est un projet qui explore les liens entre la violence faite aux femmes et le VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Il est dirigé par des femmes vivant avec le VIH ou exposées à un risque plus élevé. Les participants résident dans sept pays : Algérie, Égypte, Jordanie, Liban, Maroc, Soudan et Tunisie.

La violence est à la fois une cause et une conséquence du VIH. Les résultats du projet LEARN MENA ont renforcé les preuves existantes sur cette relation à double sens entre le VIH et la violence sexiste, et sur la manière dont cette violence est alimentée et soutenue par des normes sexistes inéquitables. Plus de la moitié (54 %) des femmes participant au projet ont déclaré que la violence ou la peur de la violence avait affecté leur capacité à se protéger contre la contamination par le VIH, et deux tiers ont fait état d'expériences de

violence dans des établissements de soins. Les gouvernements, les partenaires de développement et la société civile doivent veiller à ce que les femmes vivant avec le VIH et celles qui sont touchées par l'épidémie soient à l'avant-garde du changement transformationnel et systématique à tous les niveaux. Il est urgent de revoir et de réformer les lois et les politiques qui exposent les femmes, dans toute leur diversité, à la violence sexiste.

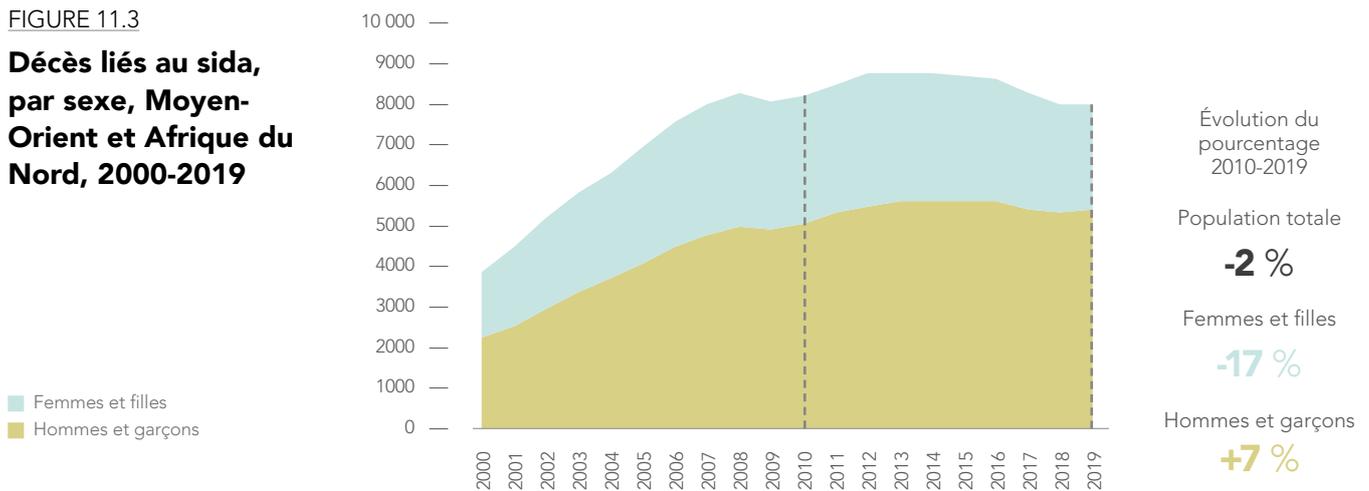
## État de l'épidémie

FIGURE 11.2  
**Nouvelles infections par le VIH par sexe, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2000-2019**



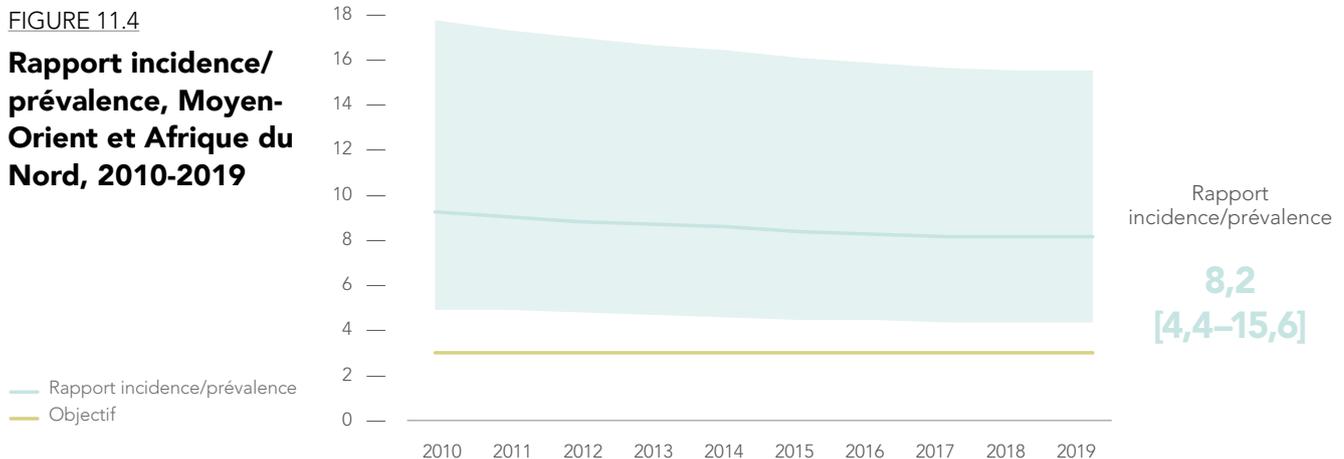
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 11.3  
**Décès liés au sida, par sexe, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2000-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

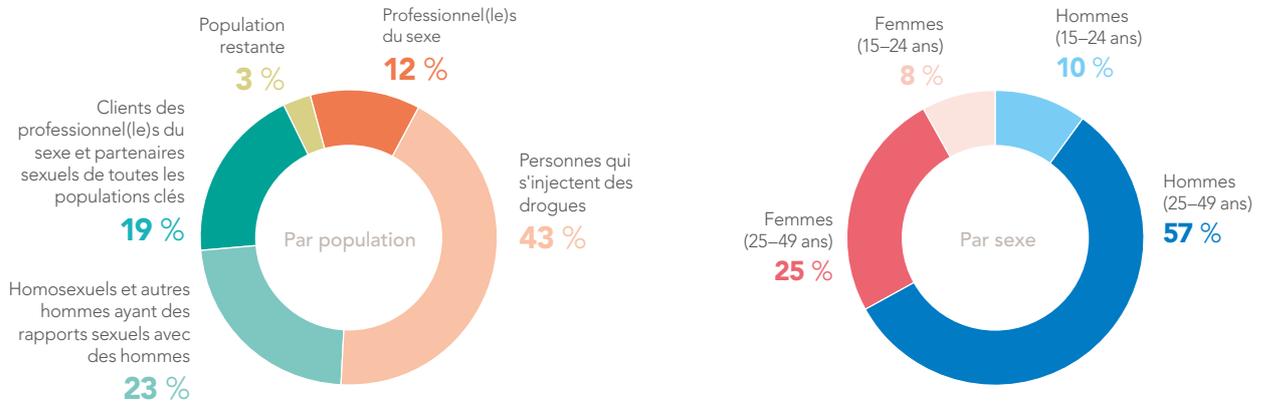
FIGURE 11.4  
**Rapport incidence/prévalence, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2010-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 11.5

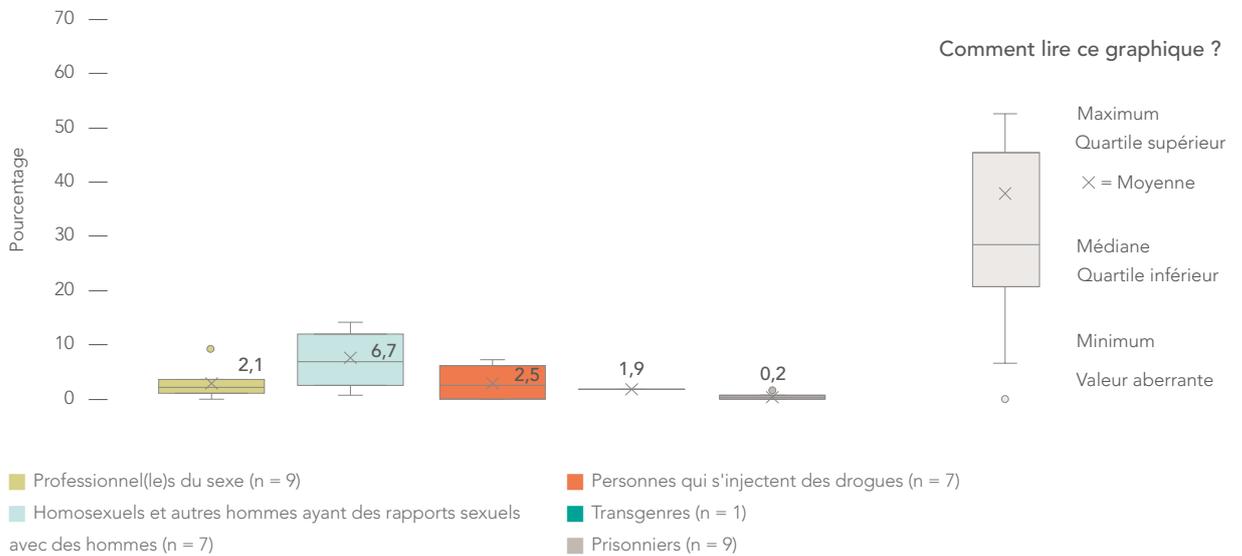
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019**



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 11.6

**Prévalence du VIH parmi les populations clés, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2015-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : n = nombre de pays déclarants.

TABLE 11.1

**Estimation de la taille des populations clés, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2018-2019**

	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Iran (République islamique d')	62 500 000	63 200 000			240 000	0,39 %	190 000	0,30 %			190 000	0,30 %
Koweït	986 000	987 000									5100	0,54 %
Liban	4 640 000	4 680 000			16 000	0,35 %						
Maroc	26 300 000	26 600 000									84 000	0,32 %
Oman	2 100 000	2 200 000										
Tunisie	8 800 000	8 900 000									22 000	0,25 %

- Estimation de la taille de la population nationale
- Données insuffisantes
- Aucune donnée

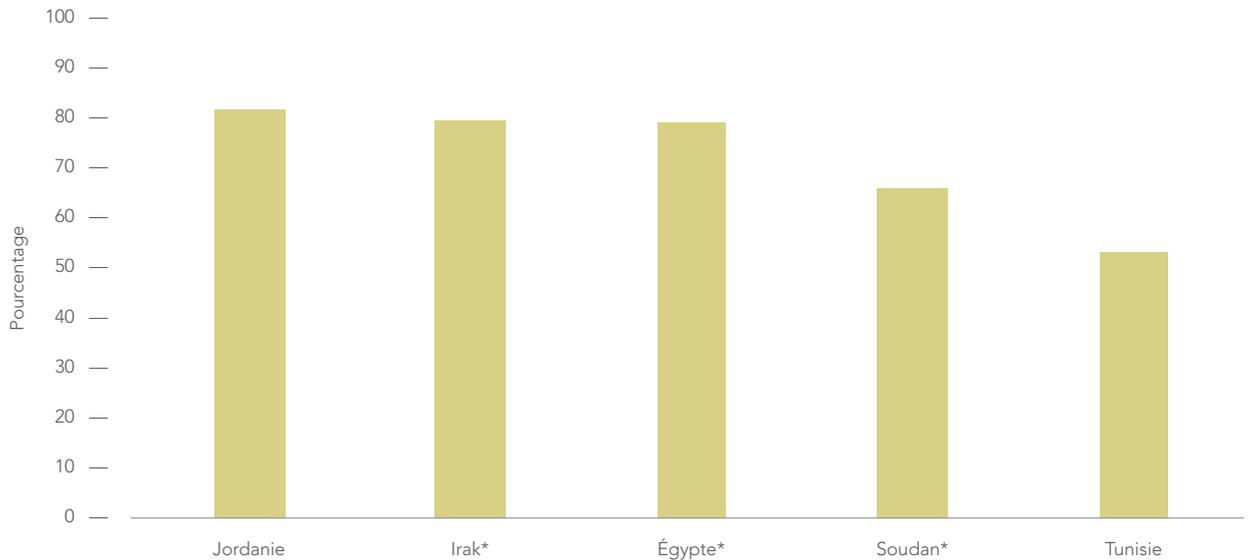
Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module de spectre Demproj, 2020.

Note : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels. Voir l'annexe pour plus de détails.

## Stigmatisation, discrimination et violence

FIGURE 11.7

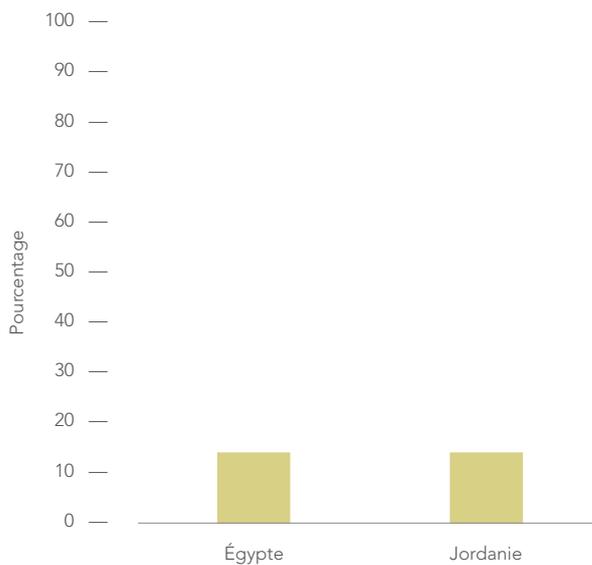
**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2014-2018**



Source : Enquêtes de population, 2014-2018.  
\*Les données concernent uniquement les femmes.

FIGURE 11.8

**Femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2000-2018**



Source : Enquêtes de population, 2014-2018.

## Lois et politiques

TABLEAU 11.2

Tableau de bord des lois et politiques, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Algérie	a	c	j	z	r	r
Bahreïn		d	j	l		
Djibouti		e	j	m	s	
Égypte	b	b	b	n	b	b
Iran (République islamique d')	b	b	b	b	b	b
Irak		f	k	o		
Jordanie		g	j		r	r
Koweït	a	h	j	a	r	r
Liban		h	j			
Libye	b	b	j	b	t	r
Maroc	ab	b	b	b	b	b
Oman	b	b	b	b	b	b
Qatar		b	j	b		
Arabie saoudite	b	b	j	b	b	b
Somalie		ab	j			
Soudan		i	j	p	a	a
République arabe syrienne	a	a	j		a	a
Tunisie	b	b	b	b	b	b
Émirats Arabes Unis	a		j	q		a
Yémen			j			

**Criminalisation et/ou poursuivi**

- Criminalisé et/ou poursuivi
- Ni criminalisé ni poursuivi
- Données indisponibles

**Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe**

Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé

La question est déterminée/diffère au niveau infranational

Données indisponibles

**Peine de mort**

Emprisonnement ou aucune sanction spécifiée

Données indisponibles

**Détention obligatoire pour infractions aux drogues**

Données indisponibles

**Oui pour les adolescents de moins de 18 ans**

Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans

Oui pour les adolescents de moins de 12 ans

Non

Données indisponibles

**Oui**

Non

Données indisponibles

Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique

La détention de drogues destinées à un usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction pénale

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues ne sont pas sanctionnées par des lois ou des règlements

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale

Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (a, j)	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
a		r
u		y
v		
b		b
b		b
		aa
a		r
		b
b		b
b		b
w		b
a		b
v		
a		a
a		a
b		b
a		a

**Non, mais il existe des poursuites basées sur le droit pénal général**

Oui

Non

Données indisponibles

**Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis**

Aucune restriction

Données indisponibles

**Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis**

Oui

Non

Données indisponibles

Sources :

a. Engagements nationaux et instrument de politique générale de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

b. Engagements nationaux et instrument de politique générale de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

c. Algérie Code Pénal. Article 343 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz020fr.pdf>).

d. Bahreïn Code pénal de Bahreïn, 1976. Article 326 ([https://www.unodc.org/res/cld/document/bhr/1976/bahrain\\_penal\\_code\\_html/Bahrain\\_Penal\\_Code\\_1976.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/bhr/1976/bahrain_penal_code_html/Bahrain_Penal_Code_1976.pdf)).

e. Djibouti. Code pénal de Djibouti, 1995 (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-djibouti-1995/view>).

f. Irak Loi n° 8 de 1988 sur la lutte contre la prostitution. Article 2 (<http://giji.org/2010/02/20/combating-prostitution-law-no-8-of-1988/>).

g. Jordanie Le Code pénal de l'année 1960. Traduction en anglais avant les modifications de 2011. Article 310 ([http://www.ahtnc.org.jo/sites/default/files/penal\\_code.pdf](http://www.ahtnc.org.jo/sites/default/files/penal_code.pdf)).

h. Overview of trafficking and prostitution laws in the Middle East and Africa. London: Thomson Reuters Foundation; 2012 (<https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/1035fde5-b945-49ed-8cd4-166bc1ec156b/file>).

i. Soudan Le Code pénal, 1991 ([https://www.ecoi.net/en/file/local/1219135/1329\\_1202725629\\_sb106-sud-criminalact1991.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1219135/1329_1202725629_sb106-sud-criminalact1991.pdf)).

j. Mendos LR. State-sponsored homophobia 2019. 13th ed. Geneva: ILGA; 2019.

k. Carroll A, Mendos LR. State-sponsored homophobia. A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition. Genève : ILGA; 2017 ([https://ilga.org/downloads/2017/ILGA\\_State\\_Sponsored\\_Homophobia\\_2017\\_WEB.pdf](https://ilga.org/downloads/2017/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf)).

l. Bahreïn Loi n° 15 de 2007 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes. Article 2 (<https://www.nhra.bh/Departments/LAU/>).

m. Djibouti. Code pénal de Djibouti. Articles 355–359 (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-djibouti-1995/view>).

n. Égypte Loi n° 122 de 1989 modifiant certaines dispositions du décret-loi n° 182 de 1960 concernant le contrôle des stupéfiants et la réglementation de leur utilisation et de leur commerce. Article 7 ([https://www.unodc.org/res/cld/document/egy/law-no-122-of-1989\\_html/egypt-law\\_122-89.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/egy/law-no-122-of-1989_html/egypt-law_122-89.pdf)).

o. Irak Loi n° 11 de 1998 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes, 1994. Article 12.

p. Soudan Loi sur les stupéfiants et des substances psychotropes, 1994. Article 12.

q. Émirats Arabes Unis Loi fédérale 14, 1995 ([https://www.unodc.org/res/cld/document/are/federal-law-no-14-of-1995\\_html/UAE-fedlaw\\_14-95.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/are/federal-law-no-14-of-1995_html/UAE-fedlaw_14-95.pdf)).

r. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

s. Djibouti. Décret N° 2008-0182/PR/MS portant Institution des Normes et Directives en Matière de Conseil Dépistage Volontaire du VIH/SIDA en République de Djibouti. Article 19 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=79215](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=79215)).

t. Libye Directives sur le dépistage du VIH, 2010.

u. Bahreïn. Loi de 2017 sur la protection de la société contre le VIH.

v. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; mai 2019.

w. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2. Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016 (<https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIV-criminalisation>).

x. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).

y. Rapport de l'UNGASS sur les progrès des pays : Royaume du Bahreïn. Période de référence : janvier 2012-décembre 2013. Royaume du Bahreïn ; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BHR\\_narrative\\_report\\_2014.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BHR_narrative_report_2014.pdf)).

z. Algérie La loi N. 04-18 sur la prévention et la répression de l'usage et du trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes ([https://sherloc.unodc.org/cld/en/legislation/dza/loi\\_no\\_04\\_18\\_relative\\_a\\_la\\_prevention\\_et\\_a\\_la\\_repression\\_de\\_lusage\\_et\\_du\\_trafic\\_illicites\\_de\\_stupefiants/chapitre\\_iii/articles\\_12-28/loi\\_04-18.html](https://sherloc.unodc.org/cld/en/legislation/dza/loi_no_04_18_relative_a_la_prevention_et_a_la_repression_de_lusage_et_du_trafic_illicites_de_stupefiants/chapitre_iii/articles_12-28/loi_04-18.html)).

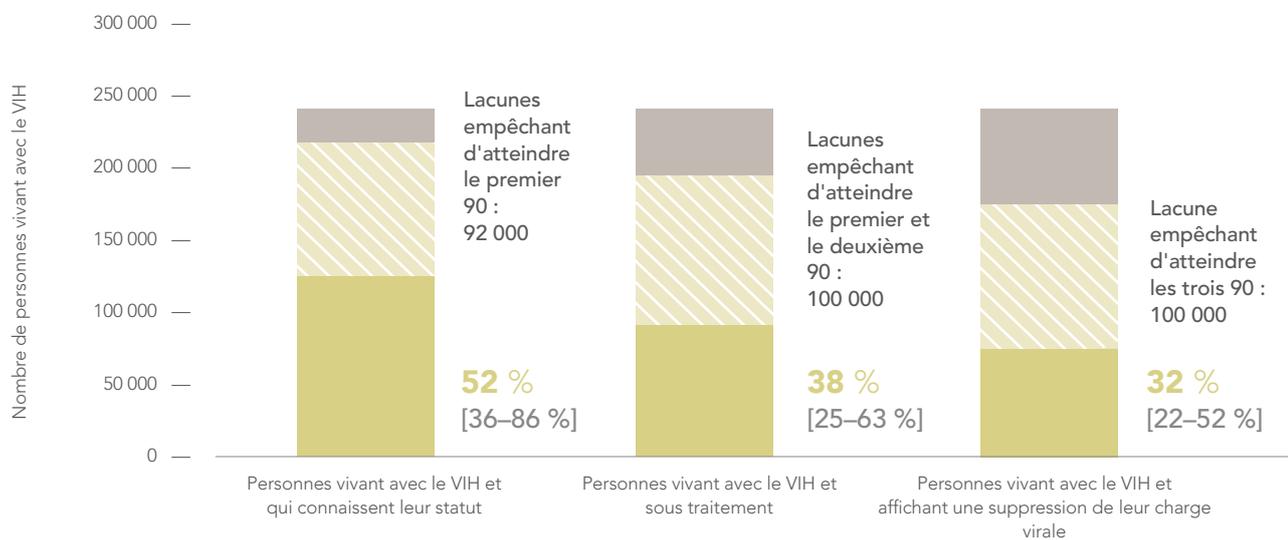
aa. Jordanie Loi sur la résidence, n° 24 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b4ed4c.html>) ; la Constitution jordanienne (<https://www.refworld.org/pdfid/3ae6b53310.pdf>) ; la politique de la fonction publique n° 82 ([https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=95849&p\\_country=JOR&p\\_count=1](https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=95849&p_country=JOR&p_count=1)) ; la loi sur le travail n° 8 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/45676/65048/E96JOR01.htm>).

ab. Aboutaieb, Pr Rachid and Pr Abderrachid Chakri, Revue de l'environnement législatif et réglementaire lié au VIH/Sida au Maroc, 2016.

## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 11.9

### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019



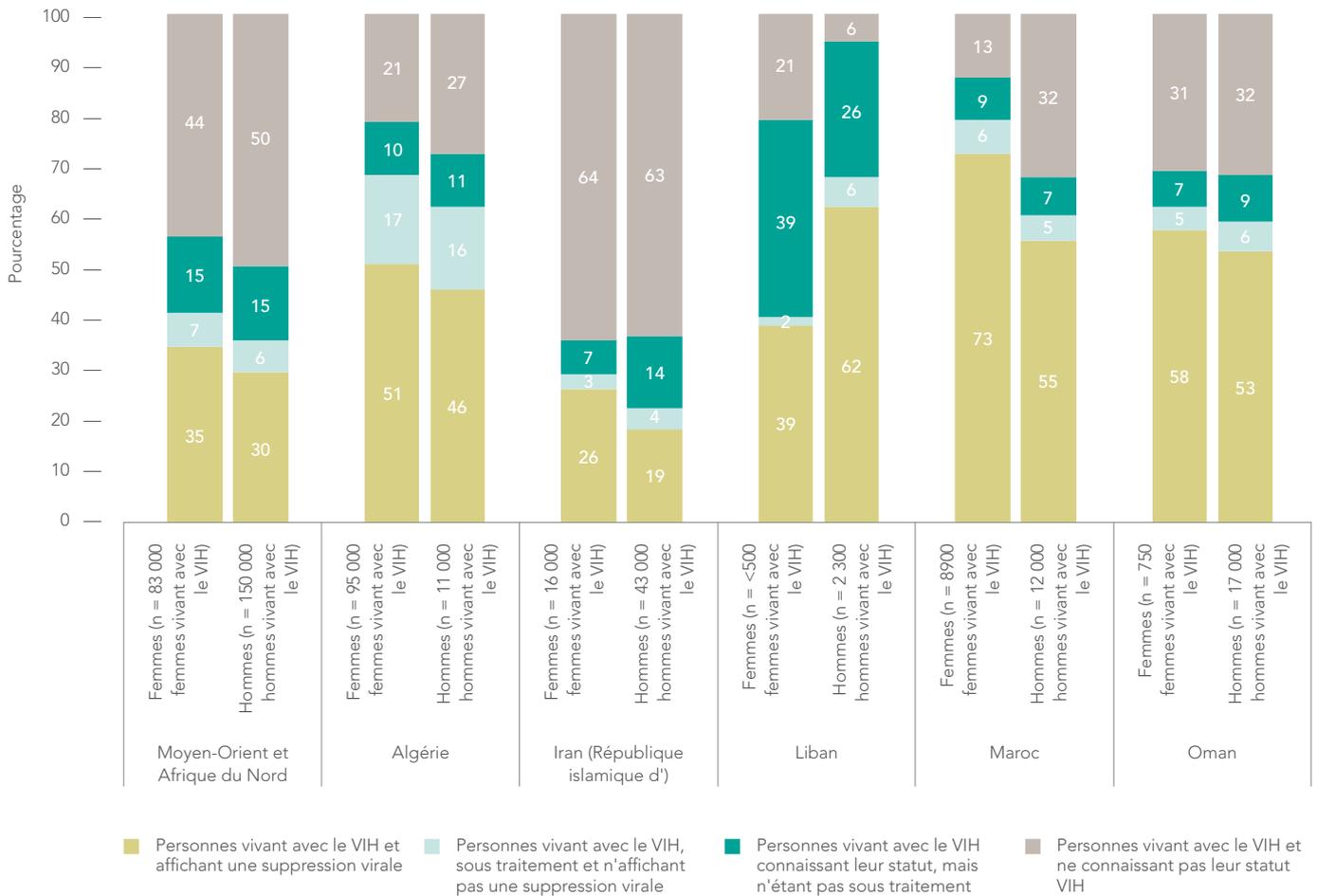
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).



Crédit : Organisation de protection sociale de l'État, gouvernement de la République islamique d'Iran

FIGURE 11.10

### Lacunes dans la connaissance du statut, du traitement du VIH et de la suppression virale par sexe, pays avec estimations pour les trois objectifs 90-90-90, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

La connaissance du statut VIH, l'accès au traitement et la suppression virale varient entre les hommes et les femmes vivant avec le VIH dans la région. L'accès aux services de dépistage et de traitement s'améliore dans certains pays, comme

l'Algérie et le Maroc, mais en raison de la faible couverture des services dans plusieurs autres pays, seuls 38 % [25-63 %] des personnes vivant avec le VIH dans la région avaient accès à la thérapie antirétrovirale en 2019.

TABLEAU 11.3

## Tableau de bord 90–90–90 du pays, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
<b>Moyen-Orient et Afrique du Nord</b>	52	56	50	73	73	71	83	84	83	32	35	30
Algérie	76	79	73	88	87	85	75	74	74	50	51	46
Bahreïn												
Djibouti	80	83	94	47	53	39	78	79	79	30	35	29
Égypte												
Iran (République islamique d')	37	36	37	67	81	61	85	91	83	21	26	19
Irak												
Jordanie												
Koweït												
Liban	91	79	94	69	51	72	92	96	91	58	39	62
Libye												
Maroc	77	87	68	91	90	89	92	92	92	64	73	55
Oman	69	69	68	88	90	86	90	93	90	55	58	53
Qatar												
Arabie saoudite												
Somalie							73	73	73	24	28	22
Soudan	38	39	40	60	54	62						
République Arabe Syrienne												
Tunisie	20	32	16	98	98	98						
Émirats Arabes Unis												
Yémen	22	36	17	100	100	100						

## Légende pour 90–90–90

■ 95 % et plus
■ 90–94 %
■ 85–89 %
■ 70–84 %
■ 50–69 %
■ Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

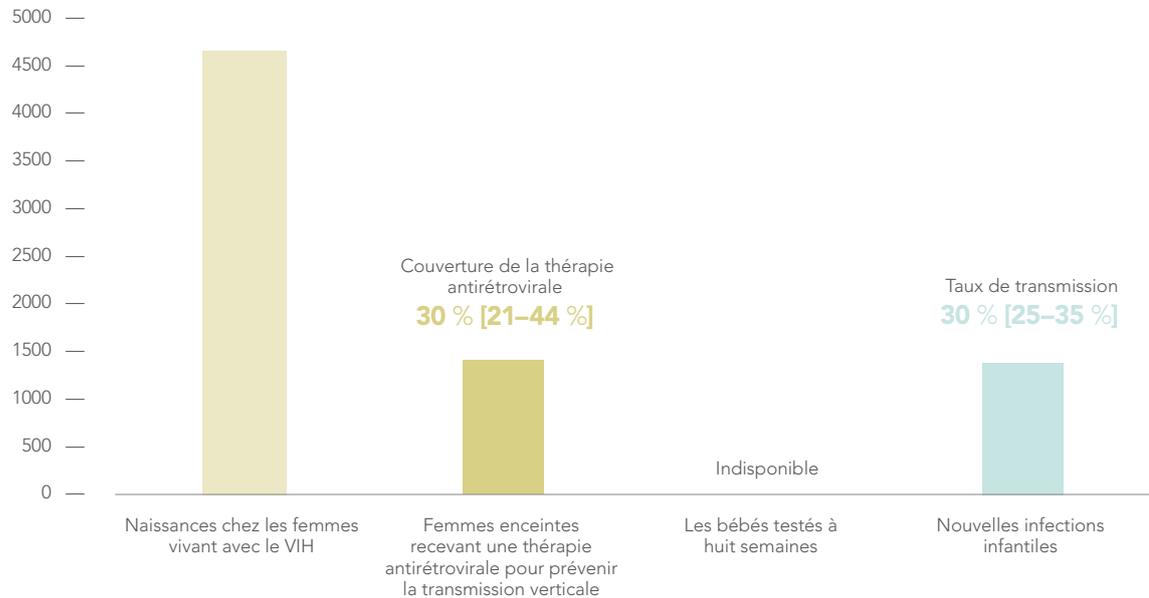
■ 86 % et plus
■ 73–85 %
■ 65–72 %
■ 40–64 %
■ Moins de 25 %

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).  
Note : Estimations pour 2019 sauf : Djibouti et Yémen (2018).

## Services centrés sur les personnes

FIGURE 11.11

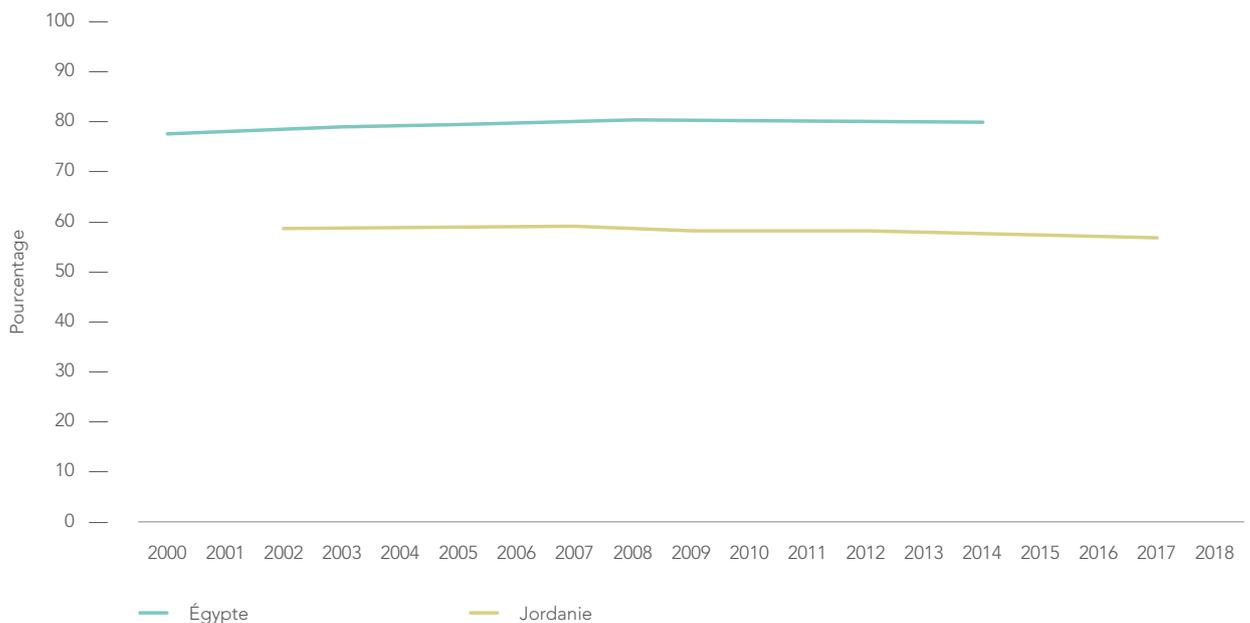
### Services pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, diagnostic précoce des nourrissons, nombre de nouvelles infections verticales et taux de transmission, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Suivi mondial du SIDA de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 11.12

### Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, pays pour lesquels des données sont disponibles, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2000-2018



Source : Enquêtes de population, 2000-2018.

Note : Les données pour la Jordanie pour 2017-2018 concernent uniquement les femmes actuellement mariées.

FIGURE 11.13

**Disponibilité des services de réduction des risques et prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, sélection de pays pour lesquels des données sont disponibles, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019**

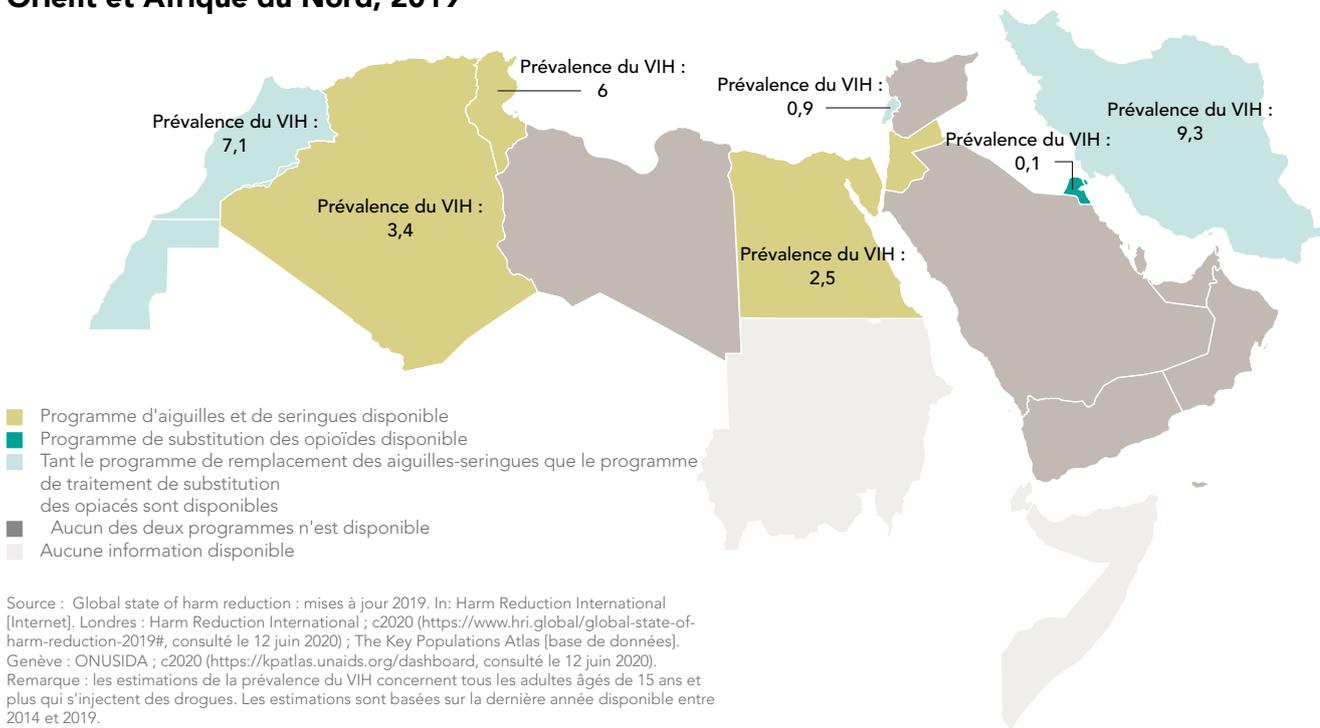
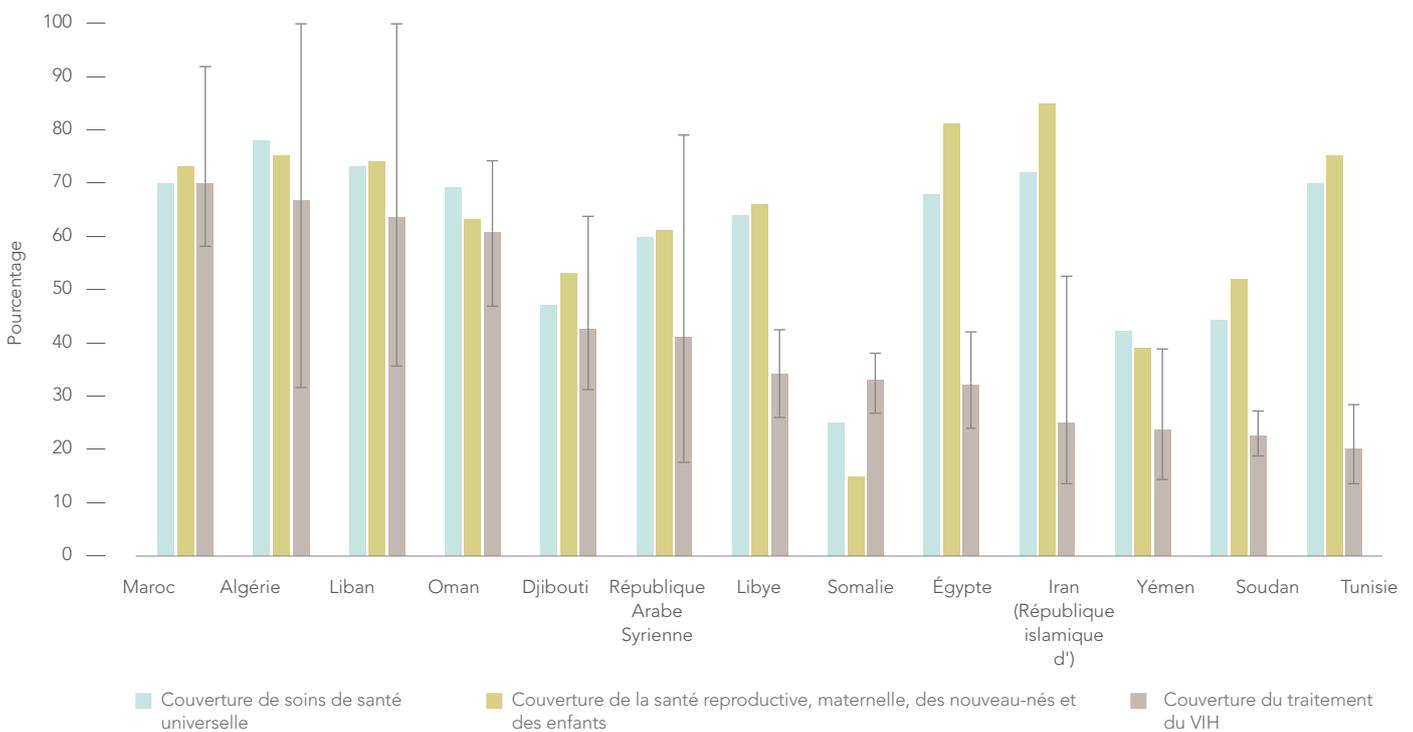


FIGURE 11.14

**Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH et couverture universelle des soins de santé, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2019**



Dans : L'Observatoire mondial de la santé [base de données]. Genève : OMS ; c2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/universal-health-coverage-major>).  
 Notes : L'indice de couverture de santé universelle est une mesure de l'indicateur 3.8.1 de l'objectif de développement durable, qui est la couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels sur la base d'interventions de traçage qui incluent la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, ainsi que la capacité et l'accès aux services parmi la population générale et la plus défavorisée). La disponibilité moyenne de données primaires récentes (depuis 2010) pour l'ensemble des indicateurs de suivi a été utilisée pour calculer l'indice de couverture des soins de santé universelle. Pour de plus amples informations, veuillez consulter : <https://apps.who.int/gho/portal/uhc-service-coverage-v3.jsp>

## Investir pour mettre fin au sida

En 2019, le financement des mesures de lutte contre le VIH dans la région ne représentait que 19 % de l'objectif de 2020. Le financement a augmenté régulièrement entre 2015 et 2018, suivi d'une baisse de 23 % entre 2018 et 2019.

Le financement national représentait 77 % du financement total du VIH en 2019. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a fourni 14 %,

le gouvernement des États-Unis 2 % et d'autres sources internationales 7 % du total. Les ressources disponibles pour le VIH provenant de sources nationales ont augmenté de 28 % (après contrôle de l'inflation via une comparaison avec les dollars US constants de 2016) entre 2010 et 2019, tandis que les contributions des États-Unis, du Fonds mondial et d'autres ressources internationales, ont diminué de 80 %, 69 % et 30 %, respectivement.

FIGURE 11.15

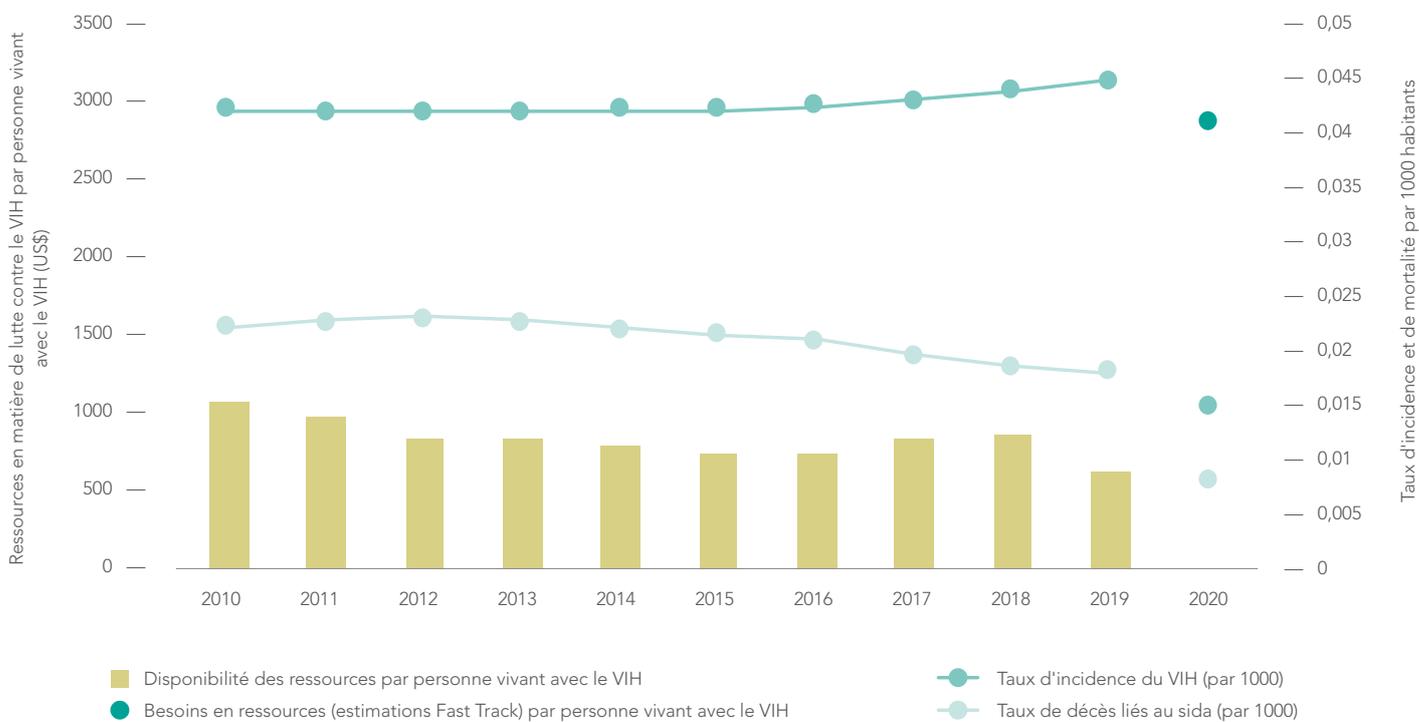
### Disponibilité des ressources pour le VIH par source, 2010-2019, et estimation des besoins en ressources de l'initiative Fast Track en 2020, Moyen-Orient et Afrique du Nord



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

FIGURE 11.16

**Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu, Moyen-Orient et Afrique du Nord, objectif 2010-2019 et 2020**



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
 Note : La disponibilité des ressources par personne vivant avec le VIH et les besoins en ressources sont exprimés en dollars américains constants de 2016.



# EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE

## POINTS SUR LES DONNÉES

### 94 % DES FEMMES ENCEINTES

VIVANT AVEC LE VIH  
DANS LA RÉGION ONT ACCÈS À  
LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE

DEPUIS 2010, LES NOUVELLES  
INFECTIONS AU VIH  
DANS LA RÉGION ONT

**AUGMENTÉ DE 72 %**  
ET LES DÉCÈS LIÉS AU SIDA  
ONT AUGMENTÉ DE 24 %.

### 48 % INFECTIONS PAR LE VIH

DANS LA RÉGION SONT RECENSÉES  
PARMI LES PERSONNES QUI S'INJECTENT  
DES DROGUES

PARMI LES FEMMES QUI ONT  
RÉCEMMENT CONTRACTÉ LE VIH,  
PRESQUE

**DEUX TIERS  
S'INJECTENT  
DES DROGUES OU  
FONT LE COMMERCE  
DU SEXE**

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale sont l'une des trois seules régions où l'épidémie de VIH se développe. En 2019, le rapport incidence/prévalence de 10,1 était plus élevé que dans toute autre région. Il est urgent de renforcer les services de prévention du VIH, en particulier dans la Fédération de Russie, et il existe un écart important entre le dépistage du VIH et le début du traitement. Seules 63 % [52-71 %] des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique dans la région sont sous traitement, et seuls 41 % [34-46 %] de toutes les personnes vivant avec le VIH dans la région affichent une suppression virale.

Les populations clés et leurs partenaires sexuels sont touchés de manière disproportionnée, puisqu'ils représentent 99 % des nouvelles infections par le VIH en 2019. Les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination auxquels sont confrontées les personnes lesbiennes, homosexuelles, bisexuelles, transgenres et intersexuelles (LGBTI) et les personnes vivant avec le VIH entravent la mise en place de services efficaces et combinés de prévention du VIH. Les niveaux élevés de violence physique, sexuelle et émotionnelle envers les femmes et les filles constituent également des obstacles importants aux services de lutte contre le VIH.

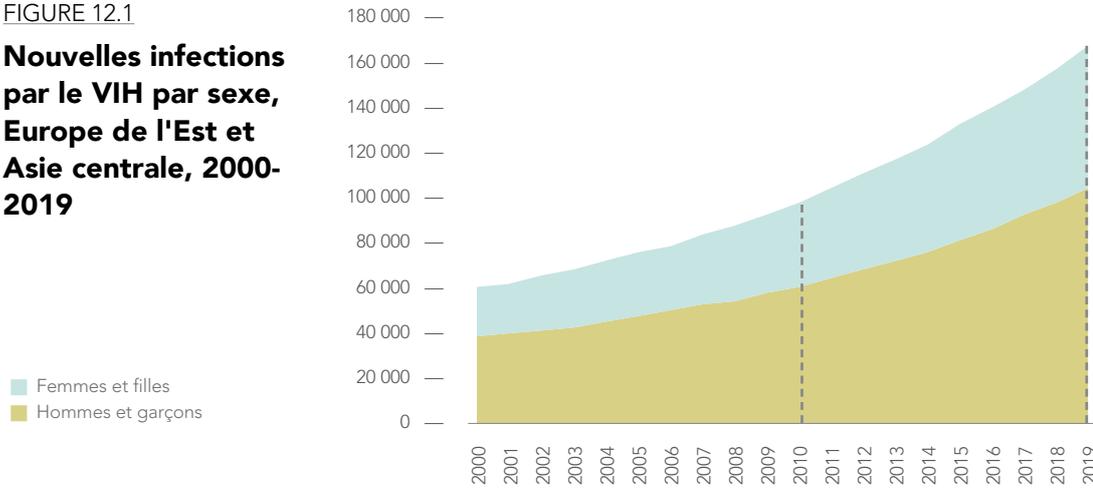
Des efforts importants sont nécessaires pour inverser les tendances actuelles, notamment en augmentant l'offre de services communautaires de lutte contre le VIH – tels que l'autotest, la réduction des risques et la prophylaxie pré-exposition (PPrE) – qui sont axés sur les groupes les plus touchés. Les organisations communautaires ont besoin d'un soutien accru au renforcement des capacités et d'un financement adéquat pour jouer leur rôle essentiel. Il est également nécessaire d'améliorer le financement national de la lutte contre le VIH afin de réduire au maximum la dépendance vis-à-vis des donateurs internationaux, en particulier pour les programmes destinés aux populations clés.



## État de l'épidémie

FIGURE 12.1

### Nouvelles infections par le VIH par sexe, Europe de l'Est et Asie centrale, 2000-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Évolution du pourcentage 2010-2019

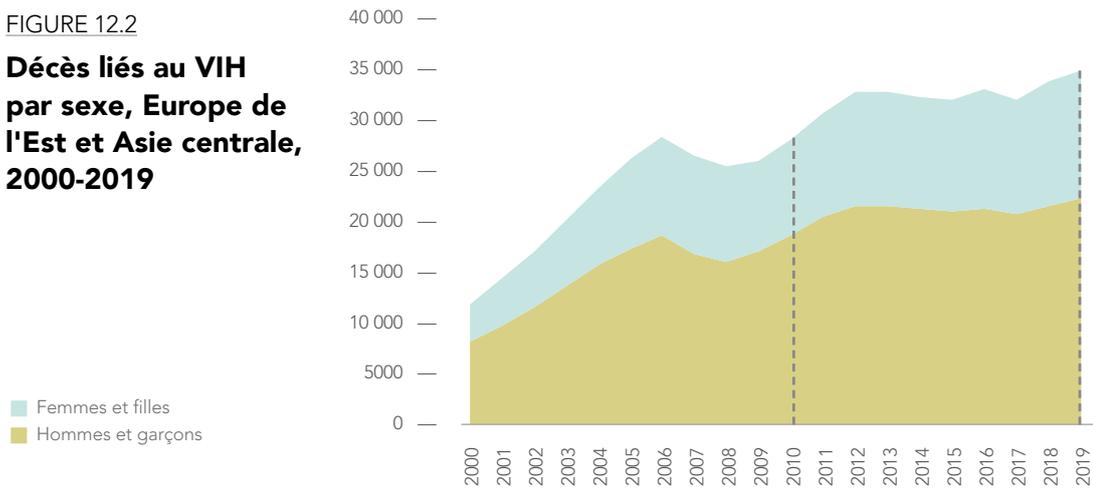
Population totale **+72 %**

Femmes et filles **+71 %**

Hommes et garçons **+72 %**

FIGURE 12.2

### Décès liés au VIH par sexe, Europe de l'Est et Asie centrale, 2000-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Évolution du pourcentage 2010-2019

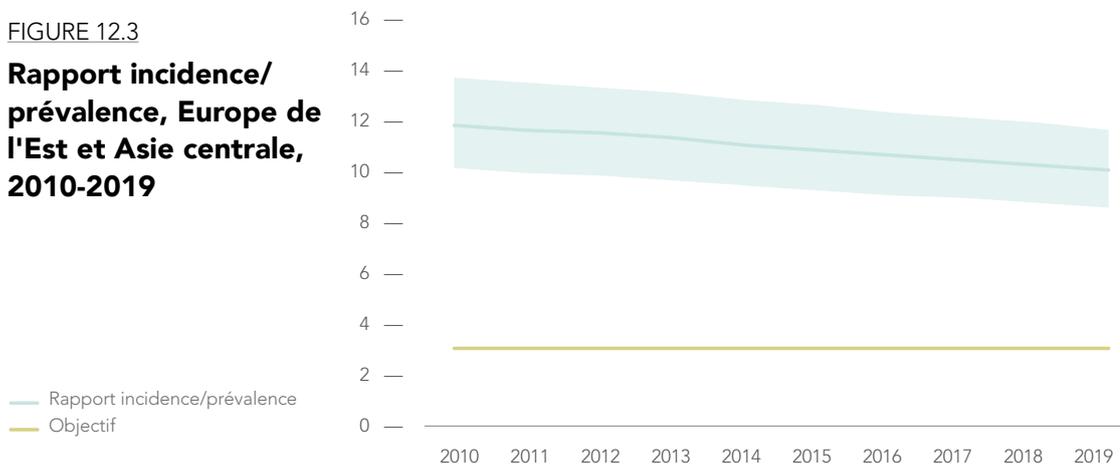
Population totale **+24 %**

Femmes et filles **+34 %**

Hommes et garçons **+20 %**

FIGURE 12.3

### Rapport incidence/prévalence, Europe de l'Est et Asie centrale, 2010-2019



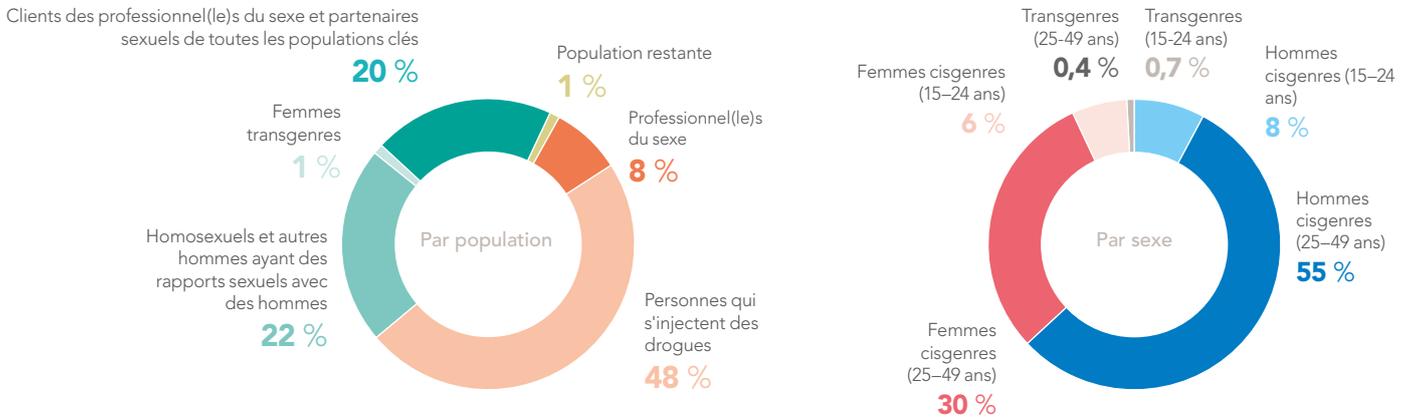
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Rapport incidence/prévalence

**10,1**  
**[8,6–11,7]**

FIGURE 12.4

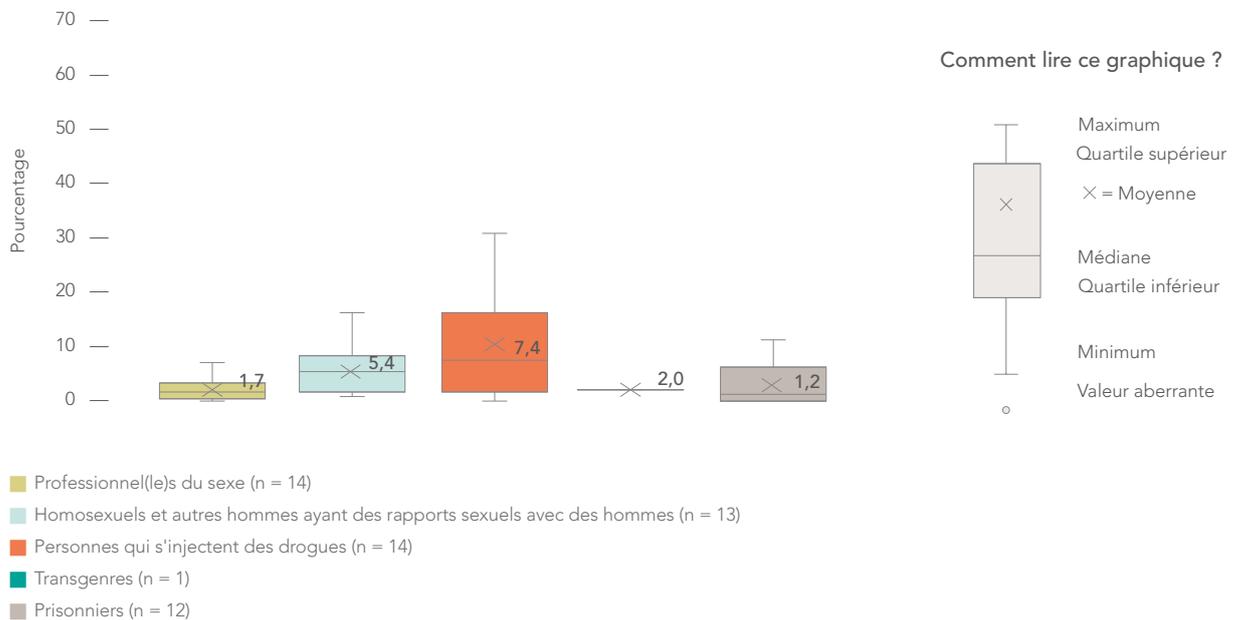
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Europe de l'Est et Asie centrale, 2019**



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 12.5

**Prévalence du VIH parmi les populations clés, Europe de l'Est et Asie centrale, 2015-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : n = nombre de pays déclarants.

TABLEAU 12.1

## Estimation de la taille des populations clés, Europe de l'Est et Asie centrale, 2018-2019

	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Albanie	2 460 000	2 470 000									2800	0,11 %
Arménie	2 350 000	2 340 000	4600	0,20 %	16 000	0,69 %	9000	0,38 %				
Azerbaïdjan	7 740 000	7 760 000	32 000	0,41 %	24 000	0,31 %	60 000	0,78 %				
Bélarus	9 440 000	9 540 000										
Géorgie	3 200 000	3 200 000			19 000	0,58 %					10 000	0,31 %
Kazakhstan	13 300 000	13 300 000	21 000	0,16 %								
Macédoine du Nord	5 700 000	5 800 000					6800	0,39 %			2300	0,13 %
Tadjikistan	1 750 000	1 760 000	18 000	0,30 %								
Ukraine	37 900 000	37 700 000	87 000	0,23 %	180 000	0,47 %	350 000	0,92 %			53 000	0,14 %

- Estimation de la taille de la population nationale
- Estimation de la taille de la population locale
- Données insuffisantes
- Aucune donnée

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module de spectre Demproj, 2020.  
 Note : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

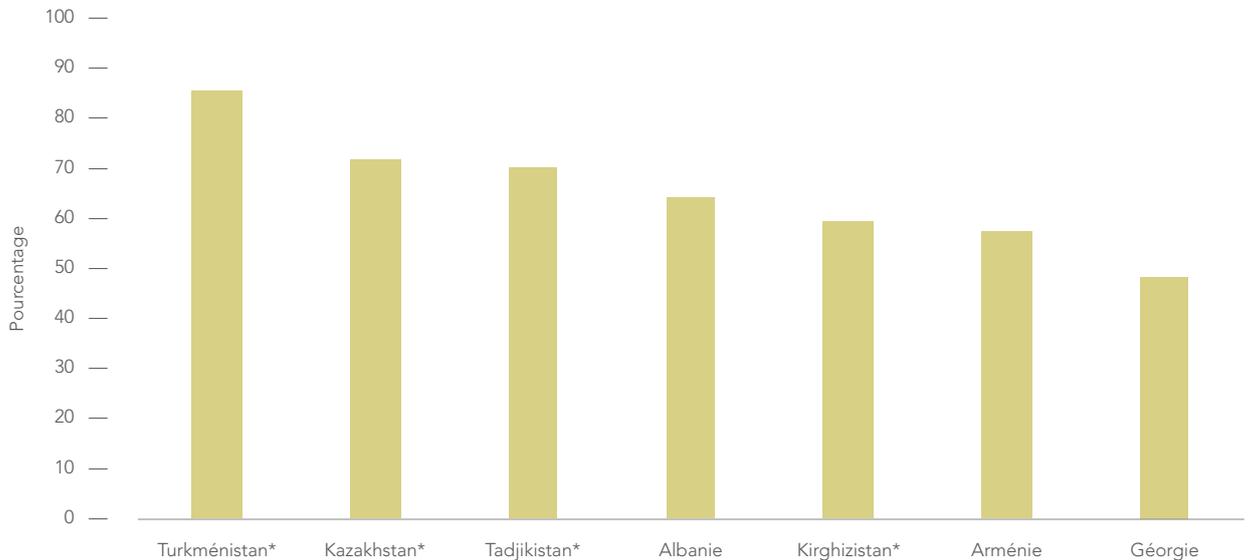


Crédit : ONUSIDA

## Stigmatisation, discrimination et violence

FIGURE 12.6

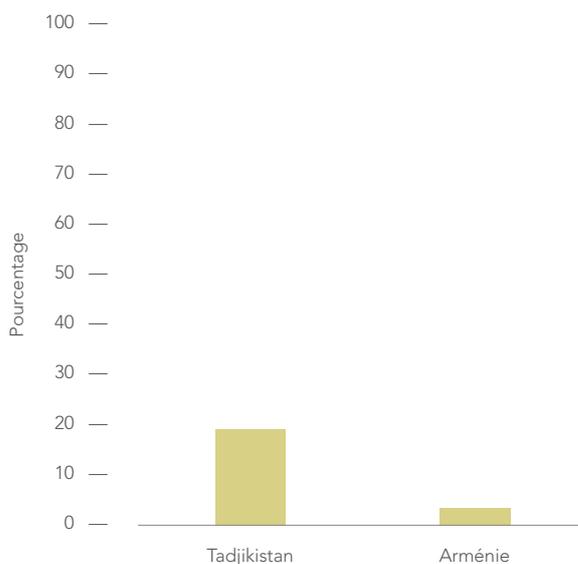
**Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, Europe de l'Est et Asie centrale, 2015-2018**



\*Les données concernent uniquement les femmes.  
Source : Enquêtes de population, 2015-2018.

FIGURE 12.7

**Femmes mariées ou en couple âgées de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, Europe de l'Est et Asie centrale, 2015-2017**



Source : Enquêtes de population, 2015-2017.

## Lois et politiques

TABLEAU 12.2

Tableau de bord des lois et politiques, Europe de l'Est et Asie centrale, 2019

	Criminalisation des personnes transgenres	Pénalisation du travail du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe	La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive
Albanie	a	a	a	a	a	a
Arménie	a	a	a	a	a	a
Azerbaïdjan	a	b	a	i	p	a
Bélarus	a	a	a	a	a	a
Bosnie-Herzégovine		c	h			
Géorgie	a	a	a	a	a	a
Kazakhstan	a	d	a	j	a	a
Kirghizistan	a	a	a	a	a	a
Monténégro	a	a	a	a	a	a
Macédoine du Nord		g	h			
République de Moldavie	a	e	a	a	a	a
Fédération de Russie	a	f	h	k	a	a
Tadjikistan	a	a	a	a	a	a
Turkménistan			h			
Ukraine	a	a	a	a	a	a
Ouzbékistan	a	a	h	o	q	a

**Criminalisation des personnes transgenres**

- Criminalisé et/ou poursuivi
- Ni criminalisé ni poursuivi
- Données indisponibles

**Pénalisation du travail du sexe**

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du travail du sexe
- Le travail du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- La question est déterminée/diffère au niveau infranational
- Données indisponibles

**Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe**

- Peine de mort
- Emprisonnement ou aucune sanction spécifiée
- Données indisponibles

**La consommation ou possession de drogue pour usage personnel est une infraction**

- Détention obligatoire pour infractions aux drogues
- Données indisponibles

**Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH**

- Oui pour les adolescents de moins de 18 ans
- Oui pour les adolescents de moins de 14 ou 16 ans
- Oui pour les adolescents de moins de 12 ans
- Non
- Données indisponibles

**Consentement du conjoint pour l'accès des femmes mariées aux services de santé sexuelle et reproductive**

- Oui
- Non
- Données indisponibles

Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique

La détention de drogues destinées à un usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction pénale

La possession de drogues pour usage personnel ou l'utilisation ou la consommation de drogues est spécifiée comme une infraction non pénale

Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH (a, j)	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
a		a
a		a
a		a
a		a
a		a
a		a
a		a
		a
a		a
		a
a		a
		n
a		a
a		a

**Non, mais il existe des poursuites basées sur le droit pénal général**

Oui

Non

Données indisponibles

**Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis**

Aucune restriction

Données indisponibles

**Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis**

Oui

Non

Données indisponibles

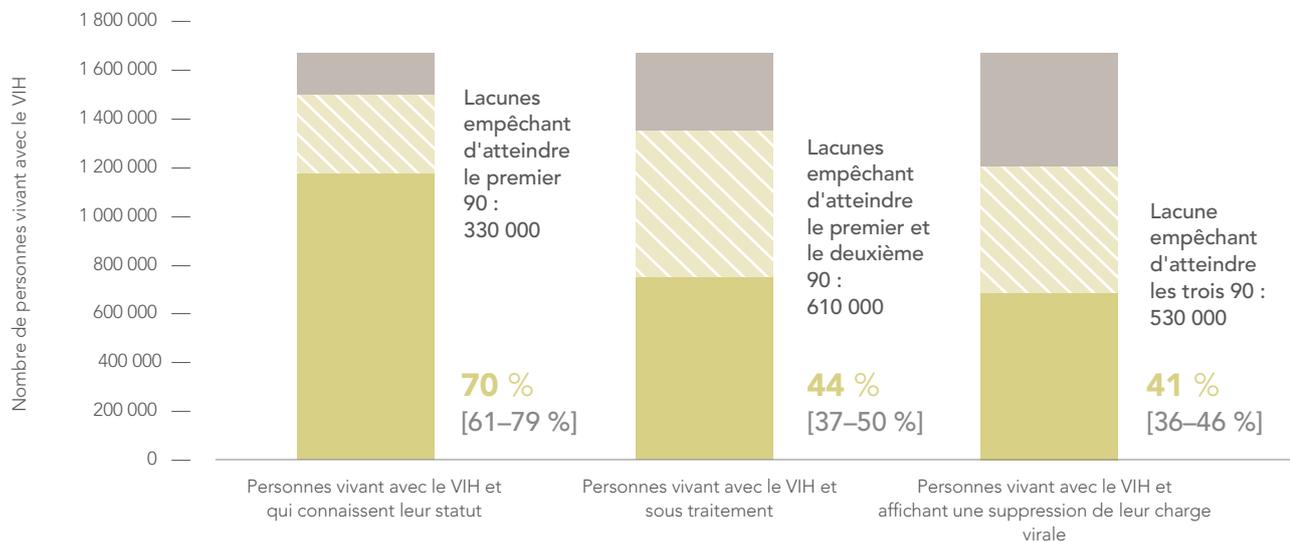
Sources :

- a. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- b. Azerbaïdjan Code de la République d'Azerbaïdjan sur les violations administratives, 2000 ([https://www.legislationline.org/download/id/3439/file/Azerbaijan\\_Code%20on%20Administrative%20offences\\_2000\\_eng.pdf](https://www.legislationline.org/download/id/3439/file/Azerbaijan_Code%20on%20Administrative%20offences_2000_eng.pdf)).
- c. Bosnie-Herzégovine Le code d'instruction criminelle de Bosnie-Herzégovine ([https://www.legislationline.org/download/id/8499/file/CC\\_BiH\\_am2018\\_eng.pdf](https://www.legislationline.org/download/id/8499/file/CC_BiH_am2018_eng.pdf)).
- d. Kazakhstan. Code d'instruction criminelle. Article 309.
- e. République de Moldavie Code d'instruction criminelle. Article 220.
- f. Fédération de Russie Le Code d'instruction criminelle de la Fédération de Russie. N° 63-Fz du 13 juin 1996. Article 241 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ru/ru080en.pdf>).
- g. Macédoine du Nord Loi sur les délits contre l'ordre public. Article 19 (<https://www.refworld.org/pdfid/5aa126e07.pdf>).
- h. Mendos LR. State-sponsored homophobia 2019. 13th ed. Geneva: ILGA; 2019.
- i. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- j. Kazakhstan. Code pénal. Article 296 ([https://www.unodc.org/res/cld/document/penal-code\\_html/New\\_penal\\_code.pdf](https://www.unodc.org/res/cld/document/penal-code_html/New_penal_code.pdf)).
- k. Fédération de Russie Le Code d'instruction criminelle de la Fédération de Russie. N° 63-Fz du 13 juin 1996. Article 228, modifié en 2012 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ru/ru080en.pdf>).
- l. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; mai 2019.
- m. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf)).
- n. Turkménistan Loi du Turkménistan sur la prévention de la propagation des maladies causées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), 2016. Article 13 (<http://www.parahat.info/law/2016-04-06-zakon-turkmenistana-oprotivodeystvii-rasprostraneniyu-zabolevaniya-vyzyvaemogo-virusom-immunodeficitna-cheloveka-vich-infekciya>).
- o. Ouzbékistan Code d'instruction criminelle de la République d'Ouzbékistan ([https://www.ctbto.org/fileadmin/user\\_upload/pdf/Legal\\_documents/national\\_provisions/Uzbekistan\\_CriminalCode\\_220994.pdf](https://www.ctbto.org/fileadmin/user_upload/pdf/Legal_documents/national_provisions/Uzbekistan_CriminalCode_220994.pdf)).
- p. Lois de la République d'Azerbaïdjan du 17 octobre 2014 n° 1070-IVQD, du 5 avril 2016, n° 197-VQD, du 4 mai 2018 n° 1131-VQD (<http://ecuo.org/mvdev/wp-content/uploads/sites/4/2016/09/AIDS-zakon.pdf>).
- q. Revue analytique de la législation de la République d'Ouzbékistan sur les droits de l'homme dans le contexte du VIH / SIDA. – Tashkent. Centre national de la République d'Ouzbékistan pour les droits de l'homme. 2019, 40 p. ([https://www.unodc.org/documents/centralasia/2019/\\_RU\\_12.02.pdf](https://www.unodc.org/documents/centralasia/2019/_RU_12.02.pdf)).

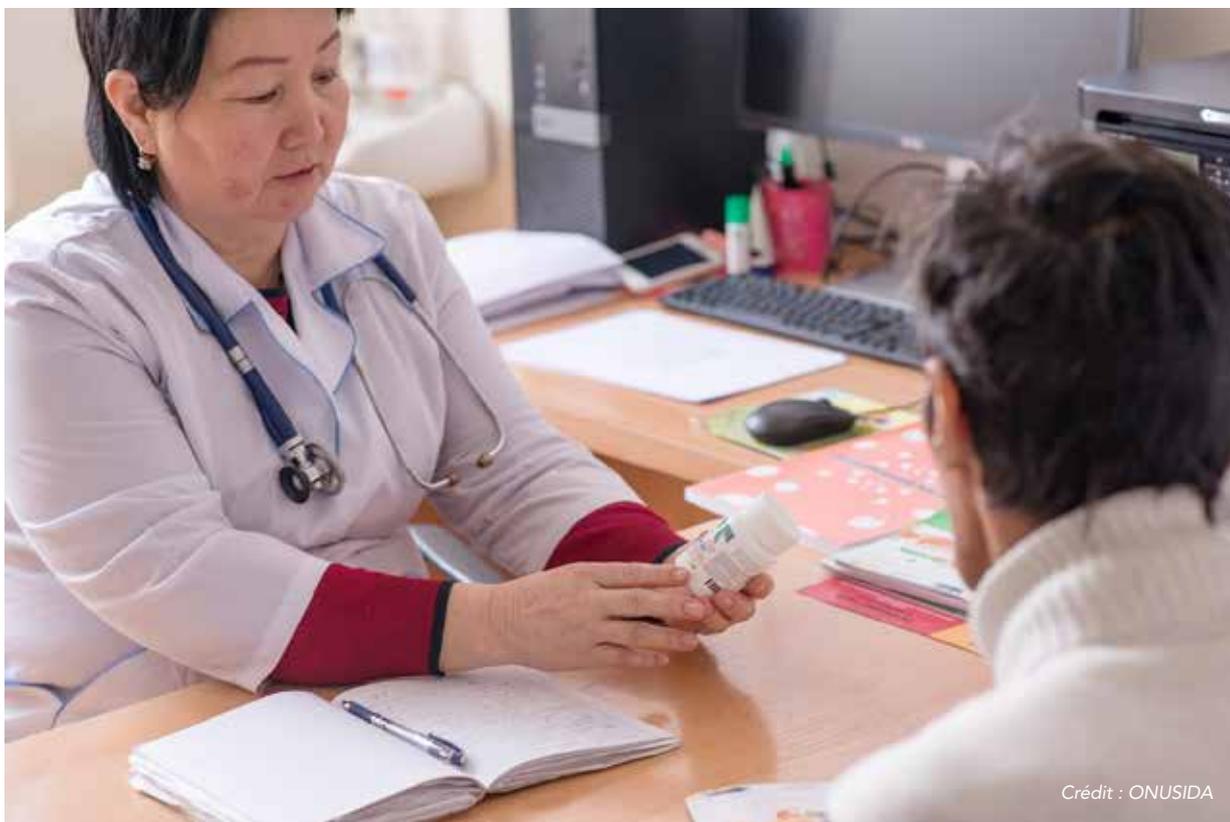
## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 12.8

### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Europe de l'Est et Asie centrale, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).



Crédit : ONUSIDA

TABLEAU 12.3

## Tableau de bord 90–90–90 du pays, Europe de l'Est et Asie centrale, 2019

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
<b>Europe de l'Est et Asie centrale</b>	70	72	69	63	66	59	93	93	93	41	44	38
Albanie	71	86	66	60	64	58	79	81	78	34	44	30
Arménie	75	75	75	83	85	80	88	93	86	55	59	52
Azerbaïdjan	70	60	74	75	83	71	81	90	76	42	45	40
Bélarus							75	75	75	48	49	47
Bosnie-Herzégovine												
Géorgie	64	60	66	87	91	86	91	91	91	51	49	52
Kazakhstan	77	93	68	68	73	64	80	80	80	42	55	35
Kirghizistan	62	73	54	64	70	56	82	86	79	33	44	24
Monténégro	66	64	67	74	75	74	94	100	93	46	48	46
Macédoine du Nord							93	100	93			
République de Moldavie	64	79	56	71	74	69	84	85	83	38	49	32
Fédération de Russie												
Tadjikistan	63	97	48	82	89	73	73	76	70	37	65	25
Turkménistan												
Ukraine	67	70	65	80	82	78	95	95	95	51	54	48
Ouzbékistan*												

## Légende pour 90–90–90

■ 95 % et plus
■ 90–94 %
■ 85–89 %
■ 70–84 %
■ 50–69 %
■ Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

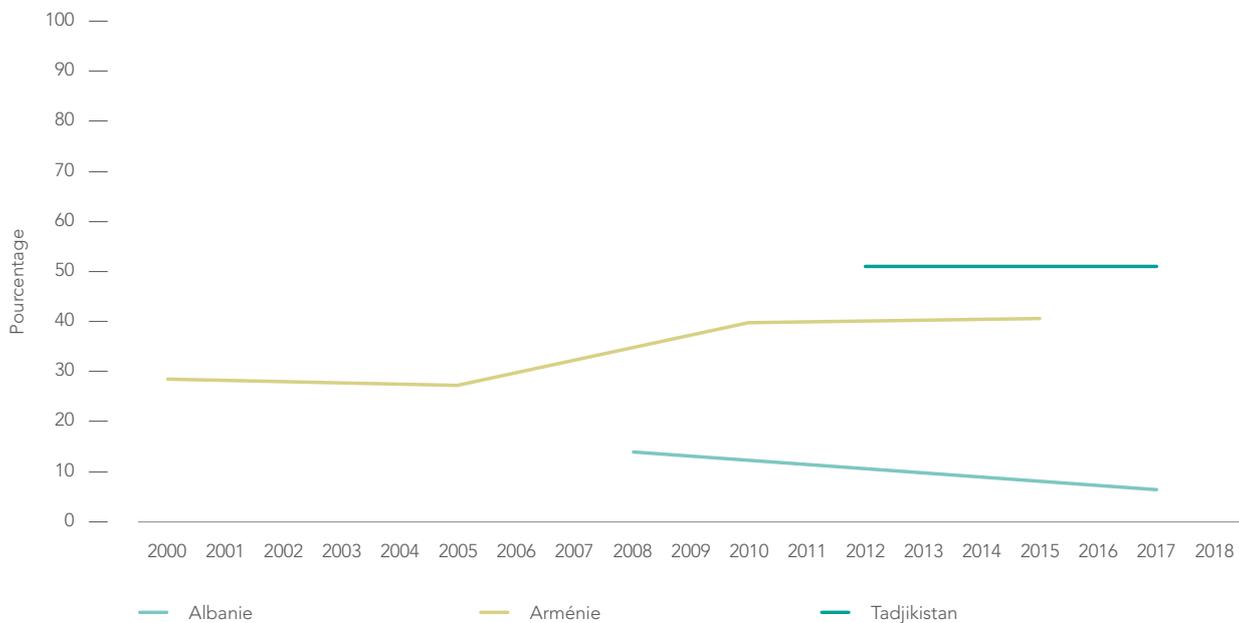
■ 86 % et plus
■ 73–85 %
■ 65–72 %
■ 40–64 %
■ 25–39 %
■ Moins de 25 %

\* Impossible de réconcilier les estimations finales dans les délais pour le rapport final  
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).  
Note : Estimations pour 2019 sauf : Macédoine du Nord (2017).

## Services centrés sur les personnes

FIGURE 12.9

**Femmes âgées de 15 à 49 ans dont la demande de planning familial est satisfaite par des méthodes modernes, pays pour lesquels des données sont disponibles, Europe de l'Est et Asie centrale, 2000-2018**



Source : Enquêtes de population, 2000-2018.



Crédit : ONUSIDA

## Investir pour mettre fin au sida

FIGURE 12.10

### Disponibilité des ressources pour le VIH par source, 2010-2019, et estimation des besoins en ressources de l'initiative Fast Track en 2020, Europe de l'Est et Asie centrale



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Le financement des réponses au VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale (à l'exception de la Fédération de Russie) a atteint un sommet en 2017, avant de diminuer de 14 % entre 2017 et 2019, laissant la région à seulement 56 % de son objectif de ressources pour 2020.

La principale source de financement de la lutte contre le VIH dans la région est le financement national, qui représente 67 % du total en 2019. Au cours de cette même année, les sources bilatérales du gouvernement des États-Unis ont contribué à concurrence de 10 % du total, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a fourni 15 % et d'autres donateurs internationaux 9 %.

Le financement de la riposte au VIH provenant de sources nationales a augmenté de 24 % entre

2010 et 2019, tandis que les contributions du Fonds mondial et de toutes les autres sources internationales ont diminué de 10 % (toutes les tendances sont mesurées en dollars américains de 2016 pour contrôler l'inflation). Le financement bilatéral du gouvernement des États-Unis a triplé au cours de la période de neuf ans.

Les tendances à long terme masquent une récente diminution des ressources consacrées à la lutte contre le VIH. Entre 2017 et 2019, l'augmentation des contributions du gouvernement des États-Unis au titre des sources bilatérales et du Fonds mondial, de 2 % et 6 % respectivement, a été compensée par la diminution des ressources nationales disponibles et du financement provenant d'autres sources internationales, de 9 % et 10 % respectivement. Le Fonds mondial est la seule source qui a augmenté entre 2018 et 2019.

FIGURE 12.11

**Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu, Europe de l'Est et Asie centrale, objectif 2010-2019 et 2020**



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).  
 Note : La disponibilité des ressources par personne vivant avec le VIH et les besoins en ressources sont exprimés en dollars américains constants de 2016.



# EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD

## POINTS SUR LES DONNÉES

LA FAIBLE INCIDENCE DU VIH ET LA FORTE COUVERTURE DES TRAITEMENTS ONT PERMIS À LA RÉGION D'ATTEINDRE LE

**RAPPORT INCIDENCE/ PRÉVALENCE DE RÉFÉRENCE DE 3.0**

**PLUS DE 4 PERSONNES SUR 5 VIVANT AVEC LE VIH**

SONT SOUS TRAITEMENT ET 2 SUR 3 AFFICHENT UNE SUPPRESSION DE LA CHARGE VIRALE

**LA PRÉVALENCE DU VIH RESTE ÉLEVÉE PARMİ LES POPULATIONS CLÉS,**

Y COMPRIS LES TRANSSEXUELS (6,9 %) ET LES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES (5,8 %)

LES POPULATIONS CLÉS ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS REPRÉSENTENT

**96 % DES INFECTIONS PAR LE VIH DANS LA RÉGION EN 2019**

Grâce à des mesures énergiques de lutte contre le VIH dans la plupart des pays d'Europe occidentale et centrale et d'Amérique du Nord, cette région à revenu élevé a atteint un rapport incidence/prévalence de 3,0, ce qui indique une réduction constante des nouvelles infections par le VIH et que la plupart des personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement et vivent longtemps et en bonne santé.

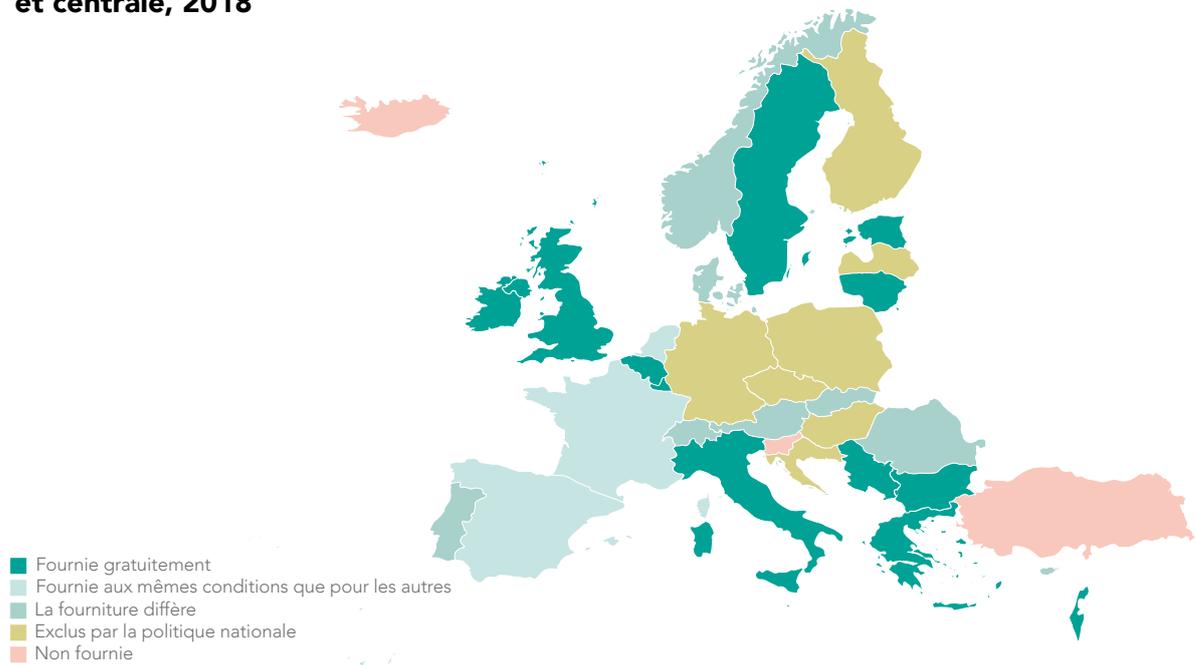
La couverture du dépistage et du traitement du VIH dans la région se rapproche des objectifs de 2020, avec 88 % [70-100 %] des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, 81 % [62-98 %] sous traitement et 67 % [53-80 %] avec une charge virale durablement supprimée. La couverture élevée de la prophylaxie pré-exposition (PPrE) dans plusieurs villes de la région a contribué à la réduction des nouvelles infections par le VIH chez les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Ce succès global masque de nombreux défis. En Europe occidentale et centrale, les migrants sans papiers vivant dans des situations peu sécurisées et précaires ont moins accès aux services liés au VIH, notamment au traitement du VIH (figure 13.1) et aux nouveaux outils de prévention (tels que la PPrE). Aux États-Unis d'Amérique, les Noirs et les Latino-Américains sont touchés de manière disproportionnée par le VIH, les taux de diagnostic du VIH étant plusieurs fois supérieurs à ceux des Blancs et des Asiatiques (Figure 13.2).

Les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes représentaient près des deux tiers des nouvelles infections par le VIH dans la région en 2019. Plus d'un tiers (36 %) des infections totales ont été contractées par de jeunes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (âgés de 15 à 24 ans).

FIGURE 13.1

### Accès à la thérapie antirétrovirale pour les migrants sans papiers, Europe occidentale et centrale, 2018

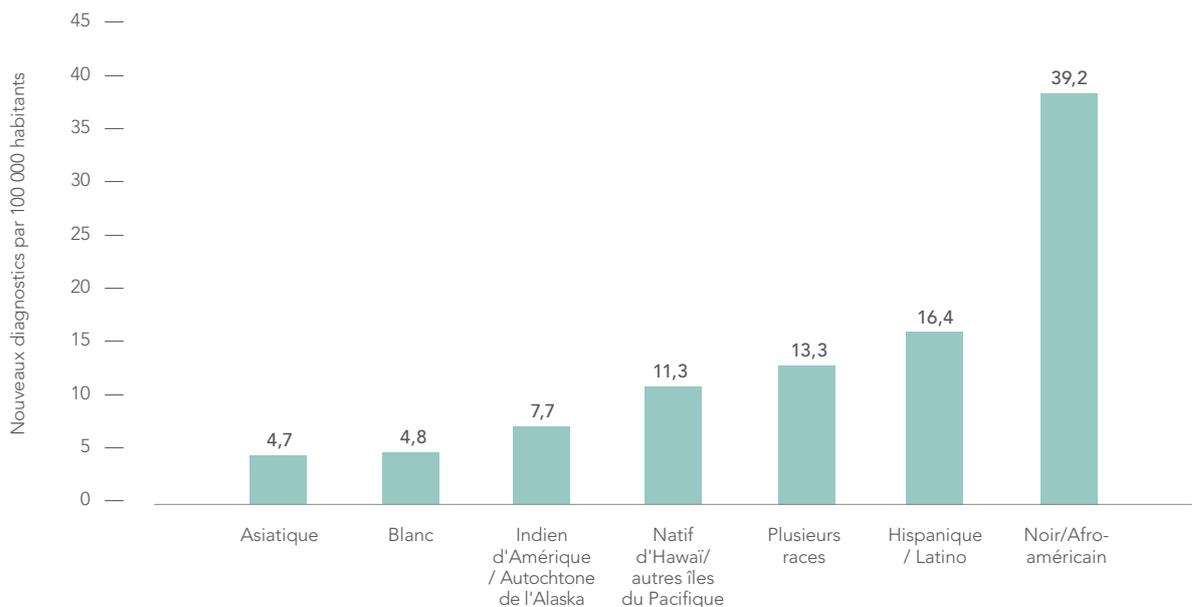


Source : VIH et migrants : suivi de la mise en œuvre de la déclaration de Dublin sur le partenariat pour la lutte contre le VIH/sida en Europe et en Asie centrale (rapport d'avancement 2018). Stockholm : Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ; 2019 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications/hiv-migrants-monitoring-implementation-dublin-declaration-2018-progress-report>).

Note : l'indicateur « clé » qui décrit le mieux l'expérience d'accès au traitement des migrants sans papiers (tel qu'identifié par les pays) est enregistré.

FIGURE 13.2

### Taux de nouveaux diagnostics de VIH aux États-Unis d'Amérique, par groupe ethnique, 2018

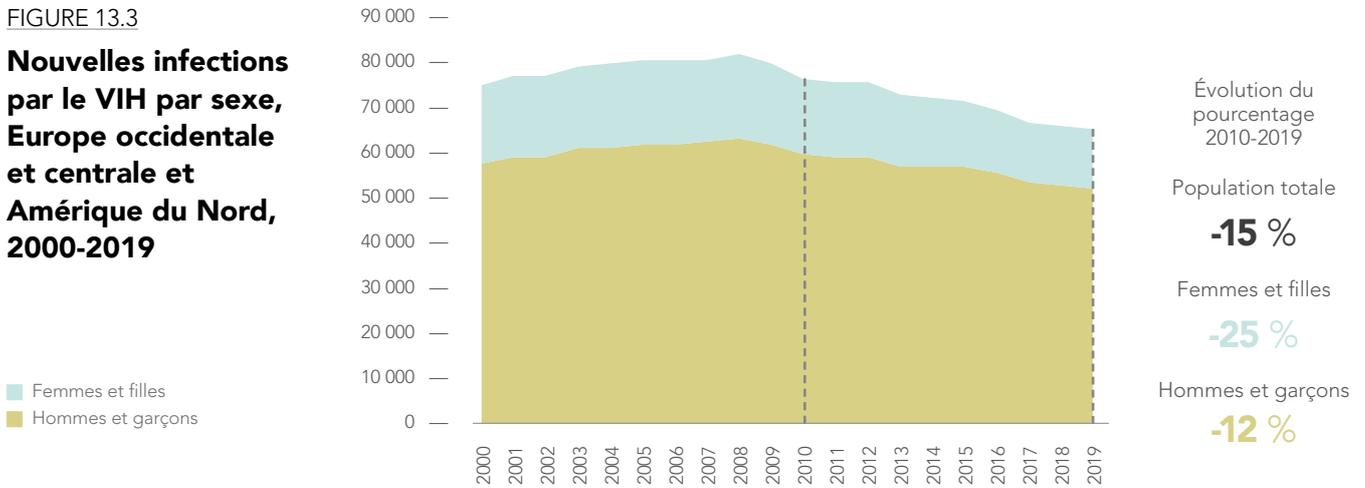


Source : Diagnostic de l'infection par le VIH aux États-Unis et dans les régions dépendantes, 2018 : Diagnostics [base de données]. Dernière révision le 7 mai 2020. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ; 2020 (<https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance/vol-31/content/diagnoses.html#data>).

Note : Les taux de nouveaux diagnostics par 100 000 habitants

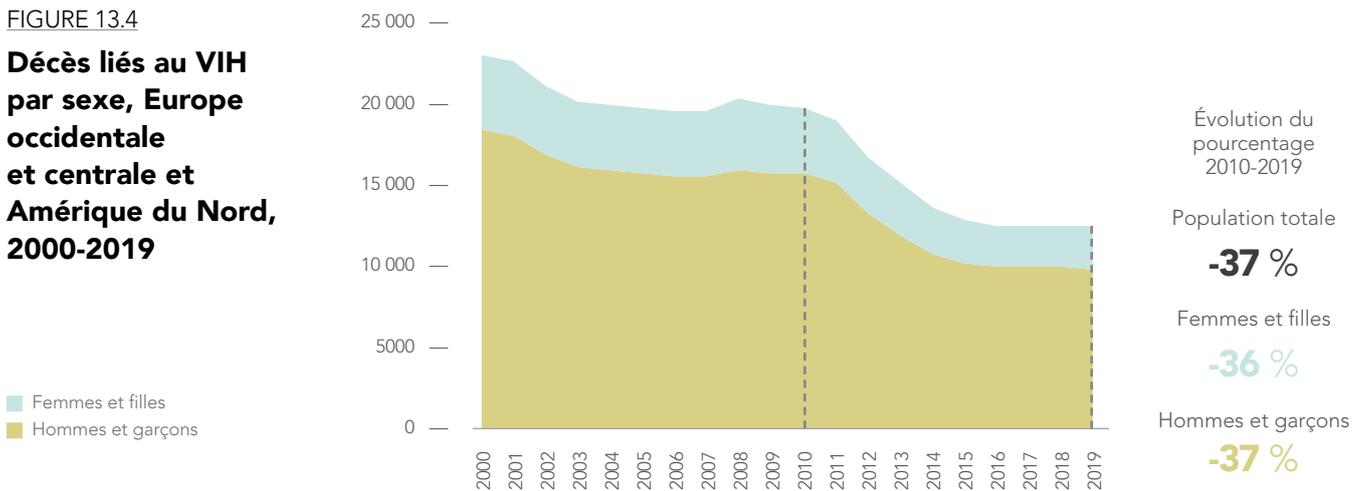
## État de l'épidémie

FIGURE 13.3  
**Nouvelles infections par le VIH par sexe, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2000-2019**



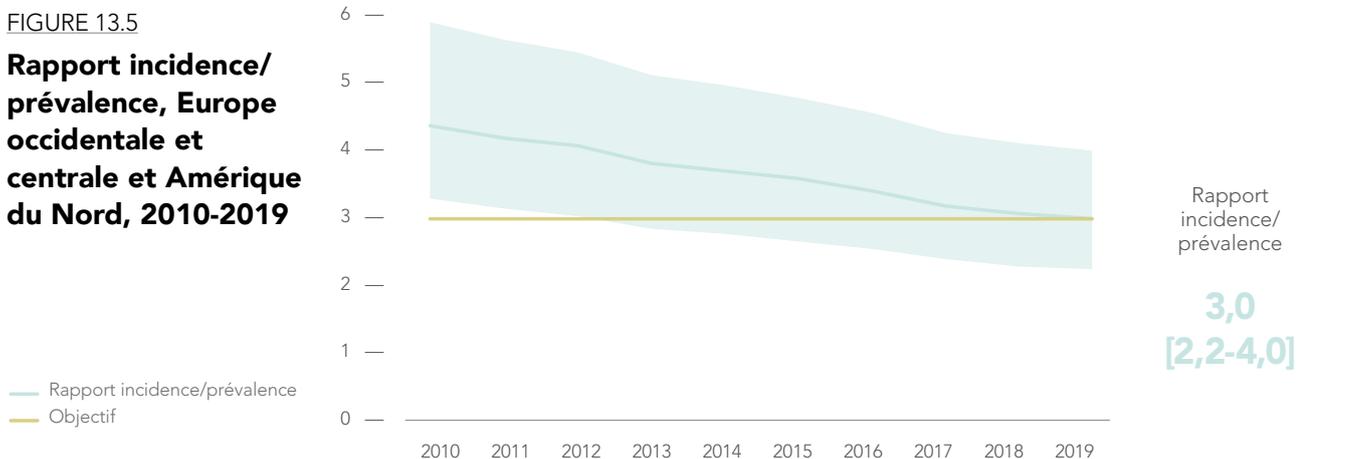
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 13.4  
**Décès liés au VIH par sexe, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2000-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

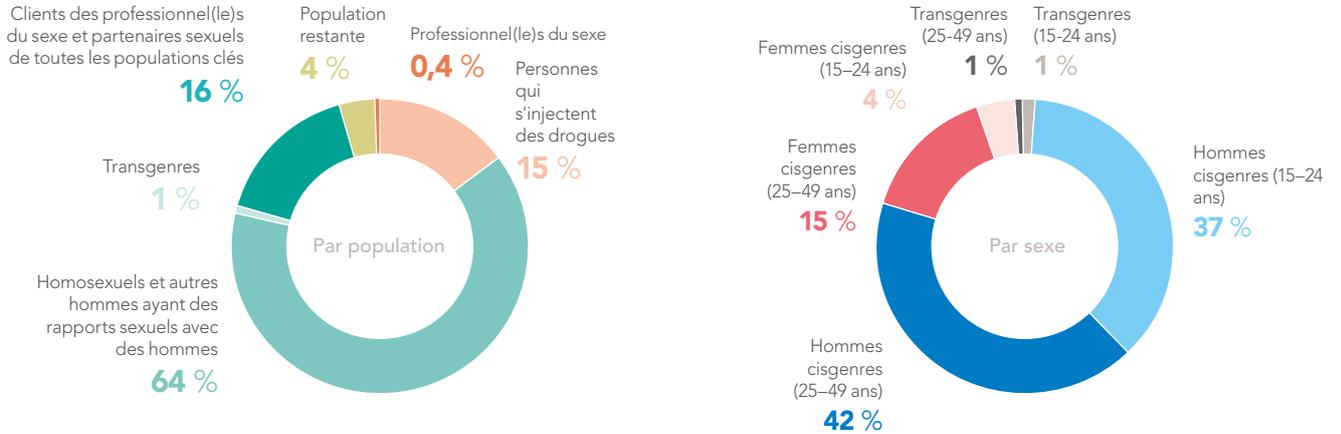
FIGURE 13.5  
**Rapport incidence/prévalence, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2010-2019**



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 13.6

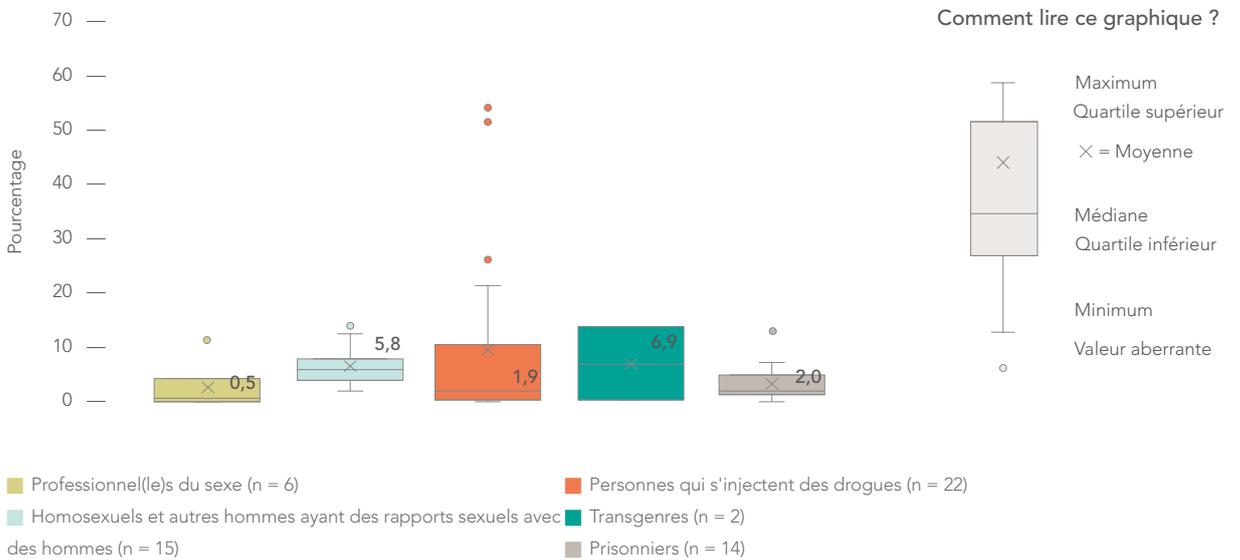
**Répartition des nouvelles infections par le VIH par population (15-49 ans), Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2019**



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 13.7

**Prévalence du VIH parmi les populations clés, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2015-2019**



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).  
 Note : n = nombre de pays déclarants.

TABLEAU 13.1

### Estimation de la taille des populations clés, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2018-2019

Pays	Population nationale adulte (15+), 2018	Population nationale adulte (15+), 2019	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15+)	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15+)	Transgenres	Transgenres en pourcentage de la population adulte (15+)	Personnes incarcérées	Personnes incarcérées en pourcentage de la population adulte (15+)
Canada	31 000 000	31 200 000									14 000	0,05 %
Tchéquie	8 960 000	8 970 000									22 000	0,24 %
Estonie	1 090 000	1 080 000									2100	0,19 %
Israël	6 170 000	6 170 000										
Serbie	7 290 000	7 310 000										
États-Unis d'Amérique	265 200 000	267 100 000							1 000 000	0,38 %		

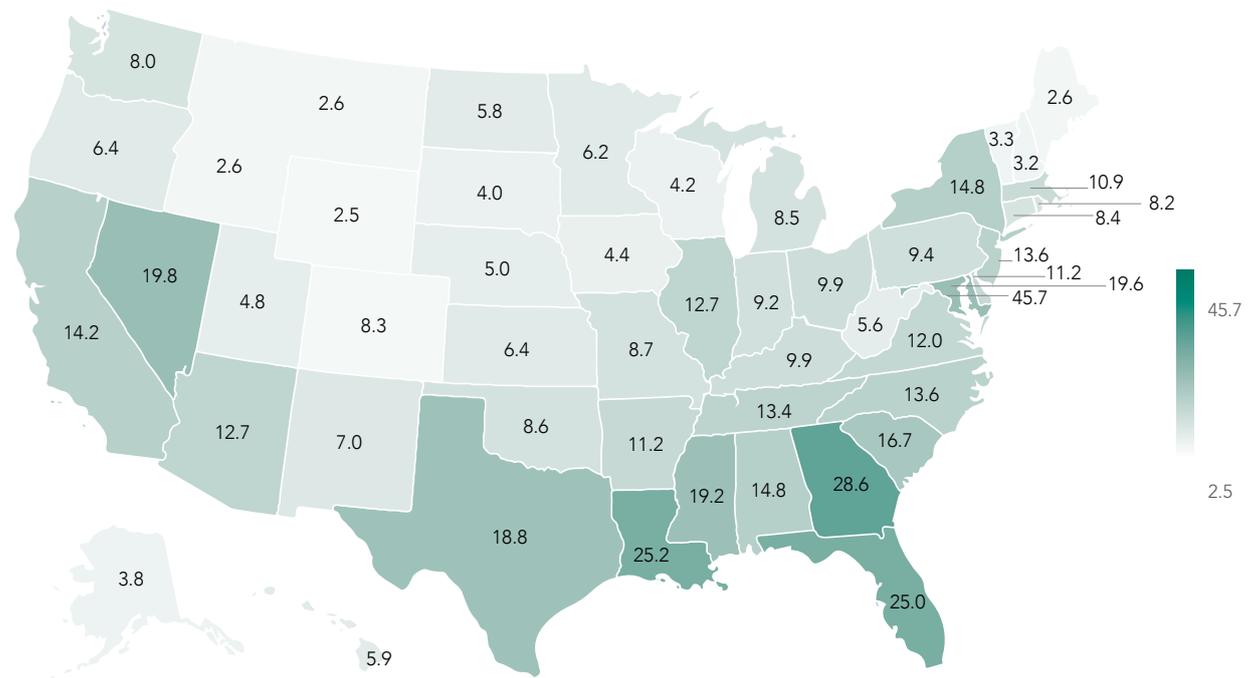
- Estimation de la taille de la population nationale
- Estimation de la taille de la population locale
- Données insuffisantes
- Aucune donnée

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module de spectre Demproj, 2020.

Note : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées en 2018-2019. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.



FIGURE 13.8

**Taux de diagnostics de VIH, par État, États-Unis d'Amérique, 2018**

Source : Tableau 18. Diagnostics d'infection par le VIH, par zone de résidence, 2017 et 2018 – États-Unis et 6 zones dépendantes. In : Diagnostic de l'infection par le VIH aux États-Unis et dans les régions dépendantes, 2018 : Diagnostics [base de données], Dernière révision le 7 mai 2020. Atlanta : United States Centers for Disease Control and Prevention ; c2020 (<https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance/vol-31/content/diagnoses.html#data>).

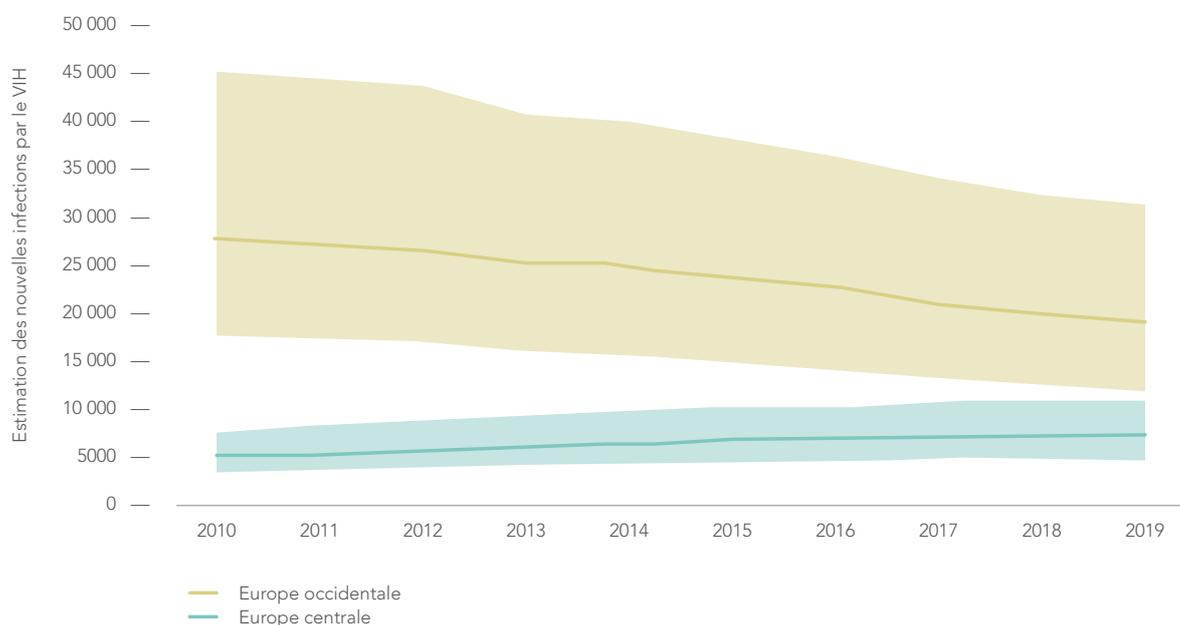
Note : Les taux sont pour 100 000 habitants et représentent les nouveaux diagnostics de VIH parmi les adultes et les adolescents (âgés de 13 ans et plus), 2018.

Les épidémies de VIH en Amérique du Nord et en Europe occidentale et centrale présentent des différences géographiques importantes. Les nouveaux diagnostics continuent de diminuer aux États-Unis, mais il existe des variations importantes selon les sous-populations, la géographie et

l'origine ethnique. De nombreux États du Sud affichent des taux de diagnostic du VIH beaucoup plus élevés que la moyenne nationale, à l'instar de la Californie, du Maryland, du district de Columbia, du Nevada et de New York.

FIGURE 13.9

### Estimation des nouvelles infections par le VIH en Europe occidentale et centrale, par région, 2010-2019



Remarque : le chiffre reflète les sous-régions Ouest et Centre de la Région européenne de l'OMS avec les modifications suivantes. La sous-région Centre a été modifiée pour refléter la sous-région Europe occidentale et centrale de l'ONUSIDA : L'Estonie, la Lettonie et la Lituanie sont incluses, et l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, le Monténégro et la Macédoine du Nord sont exclus.

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA fondée sur les estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA 2010-2020 (voir la section sur les méthodes et <https://aidsinfo.unaids.org/>).

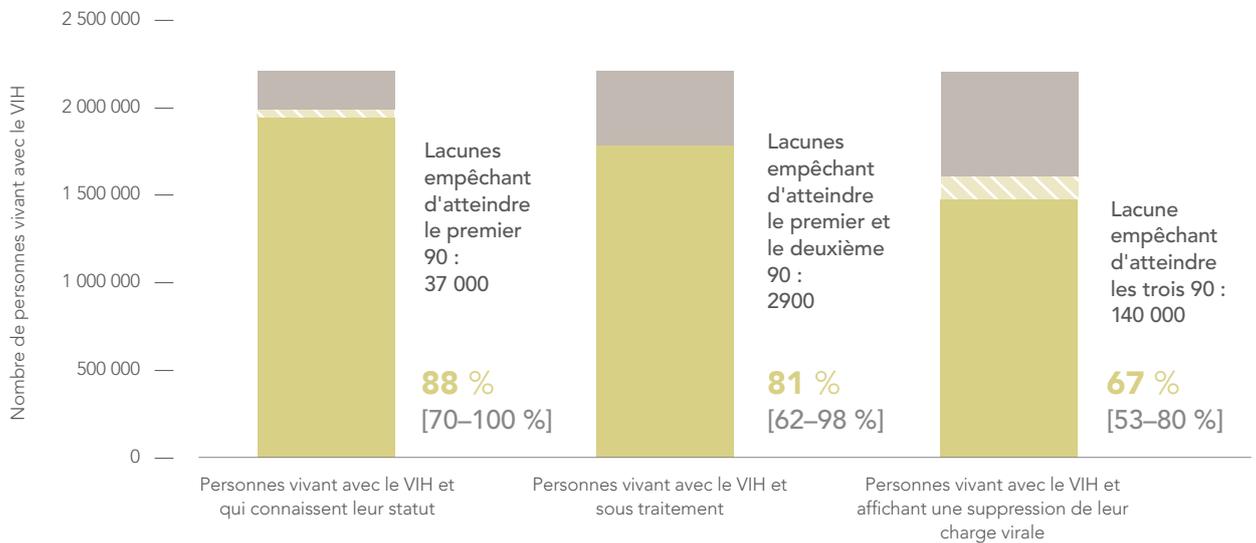
Il existe des différences marquées dans les tendances des nouvelles infections par le VIH en Europe occidentale et centrale. Les 20 pays de la partie occidentale du continent ont enregistré une

baisse de 30 % des infections entre 2010 et 2019, tandis que les infections annuelles au VIH dans 14 pays d'Europe centrale ont augmenté de 45 % au cours de la même période.

## Dépistage et traitement du VIH

FIGURE 13.10

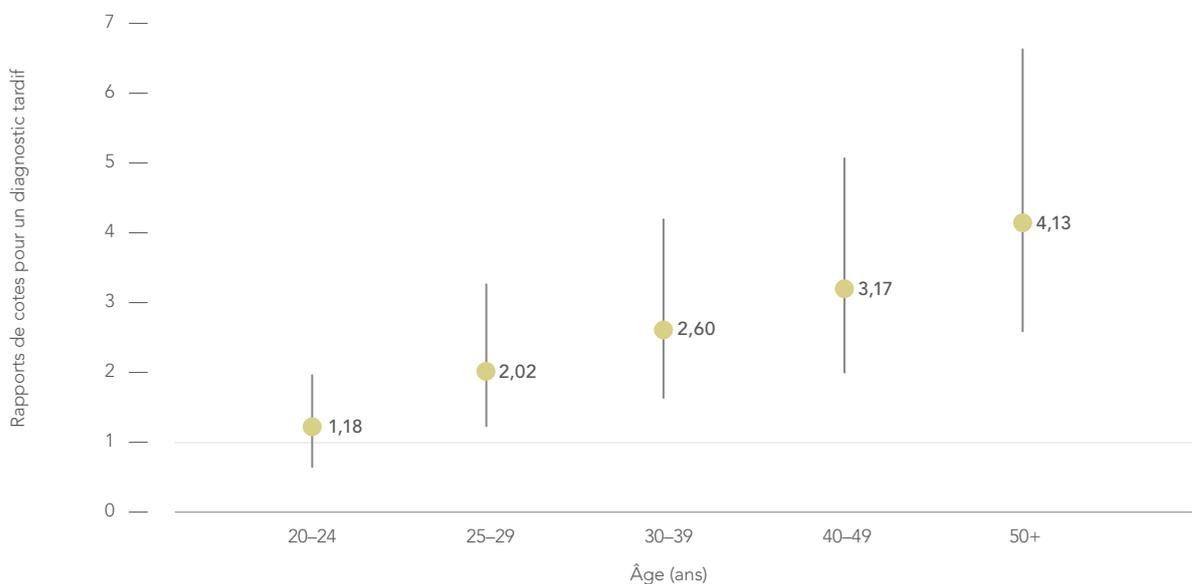
### Cascade du dépistage et du traitement du VIH, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

FIGURE 13.11

### Diagnostic tardif du VIH chez les femmes, par groupe d'âge, Europe occidentale, 2018



Source: Mårdh O, Quinten C, Kuchukhidze G, Seguy N, Dara M, Amato-Gauci A et al. HIV among women in the WHO European Region – epidemiological trends and predictors of late diagnosis, 2009–2018. *Eurosurveillance*. 2019;24(48):pii=1900696.

Note : Rapports de cotes ajustés avec des moustaches représentant des intervalles de confiance de 95 %. Le diagnostic tardif est défini comme CD4  $\leq$  350 cellules/mm<sup>3</sup> lors du diagnostic. La population de référence est constituée de femmes séropositives âgées de 15 à 19 ans. Taille de l'échantillon = 3614.

En 2018, plus de la moitié des femmes de la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont été diagnostiquées tardivement, et le diagnostic tardif était beaucoup plus fréquent chez les femmes plus âgées vivant avec le VIH. La

compréhension des caractéristiques des femmes diagnostiquées avec le VIH peut éclairer les services de prévention sensibles au genre, y compris la PPrE et le dépistage précoce et le lien avec les soins.

TABLEAU 13.2

## Tableau de bord 90–90–90 du pays : Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2019

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
<b>Europe de l'Ouest et centrale et Amérique du Nord</b>	88	90	88	92	89	92	82	83	82	67	67	66
Andorre												
Autriche												
Belgique												
Bulgarie	85	86	84	59	49	61	86	87	86	43	36	44
Canada												
Croatie	79											
Chypre												
Tchéquie												
Danemark				95	96	94						
Estonie				71	71	70	90	90	90			
Finlande												
France												
Allemagne				93	94	92	95	95	95			
Grèce												
Hongrie				62	64	61						
Islande												
Irlande	90	90	90	89	88	88	96	96	96	76	76	76
Israël												
Italie												
Lettonie												
Liechtenstein												
Lituanie	83	72	87	43	47	41	91	92	91	32	31	32
Luxembourg				89	90	89	89	86	90			
Malte												
Monaco							100	100	100			

## Légende pour 90–90–90

■ 95 % et plus
■ 90–94 %
■ 85–89 %
■ 70–84 %
■ 50–69 %
■ Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

■ 86 % et plus
■ 73–85 %
■ 65–72 %
■ 40–64 %
■ 25–39 %
■ Moins de 25 %

Note : Données sélectionnées pour l'Europe occidentale et centrale fournies par les centres européens de contrôle et de prévention des maladies, rapport de la Déclaration de Dublin. Estimations pour 2019 sauf : Danemark, Italie, Portugal et Espagne (2016) ; Croatie, Allemagne et Slovaquie (2017) ; et Estonie, Hongrie, Irlande, Luxembourg, Monaco, Pays-Bas et États-Unis (2018).

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Continuum de soins du VIH. Suivi de la mise en œuvre de la déclaration de Dublin

	Premier 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et qui connaissent leur statut			Deuxième 90 : pourcentage de personnes qui connaissent leur statut et sous traitement			Troisième 90 : pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale			Suppression de la charge virale : pourcentage de personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression de leur charge virale		
	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)	Tous les âges	Femmes (15 ans et plus)	Hommes (15 ans et plus)
Pays-Bas	91	96	89	94	91	94	98	96	98	83	84	82
Norvège												
Pologne												
Portugal				88	88	88	89	89	89			
Roumanie	86	84	88	79	76	78	80	80	80	54	51	55
Saint-Marin												
Serbie	88	90	87	76	75	75	90	90	90	60	60	59
Slovaquie				85	85	85						
Slovénie												
Espagne	87	85	87	93	96	93	90	93	90	73	76	73
Suède												
Suisse	93			96			97			86		
Turquie												
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord												
États-Unis d'Amérique	86	90	85									

## Légende pour 90-90-90

95 % et plus
90-94 %
85-89 %
70-84 %
50-69 %
Moins de 50 %

## Légende pour la suppression de la charge virale

86 % et plus
73-85 %
65-72 %
40-64 %
25-39 %
Moins de 25 %



# ANNEXE SUR LES MÉTHODES

## Partie 1. Méthodes de calcul des estimations de l'ONUSIDA concernant le VIH

### Introduction

L'ONUSIDA fournit annuellement des estimations modélisées révisées au niveau mondial, régional et national en utilisant les meilleures données épidémiologiques et programmatiques disponibles pour suivre l'épidémie de VIH. Des estimations modélisées sont nécessaires, car il est impossible de dénombrer le nombre exact de personnes vivant avec le VIH, de personnes nouvellement infectées par le VIH ou de personnes décédées de causes liées au sida dans un pays quelconque : pour ce faire, il faudrait tester régulièrement chaque personne pour le VIH et enquêter sur tous les décès, ce qui est impossible sur le plan logistique et problématique sur le plan éthique. Les estimations modélisées – et les limites inférieures et supérieures de ces estimations – fournissent un moyen scientifiquement approprié de décrire les niveaux et les tendances de l'épidémie de VIH.

### Partenariats pour l'élaboration de méthodes d'estimation de l'ONUSIDA

Les équipes nationales utilisent un logiciel recommandé par l'ONUSIDA pour établir des estimations annuelles. Les équipes nationales se composent essentiellement de spécialistes du suivi et de l'évaluation, de responsables de programmes, d'épidémiologistes, de démographes et d'autres personnes du ministère national en charge de la santé, des organismes nationaux de lutte contre le sida et des partenaires techniques.

Le logiciel utilisé pour produire les estimations est Spectrum (développé par Avenir Health) avec des modèles supplémentaires qui interagissent avec Spectrum pour estimer l'incidence du VIH.<sup>1</sup> Le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections fournit des conseils techniques sur le développement de la composante VIH du logiciel.<sup>2</sup>

### Une brève description des méthodes utilisées par l'ONUSIDA pour établir des estimations<sup>3</sup>

Pour les pays où la transmission du VIH est suffisamment élevée pour entretenir une épidémie dans la population générale, les données épidémiologiques disponibles consistent généralement en des résultats de prévalence du

VIH provenant de femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales et d'enquêtes démographiques représentatives au niveau national. De nombreux pays ont historiquement mené une surveillance sentinelle du VIH parmi les femmes fréquentant les cliniques prénatales, ce qui nécessite de collecter des données auprès d'une sélection de cliniques pendant quelques mois tous les deux ans. Plus récemment, un certain nombre de pays ont cessé d'effectuer une surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et utilisent désormais les données issues des tests VIH de routine effectués lorsque les femmes enceintes se rendent dans les cliniques prénatales et subissent un test VIH. Ces données évitent de devoir mener un effort de surveillance séparé, et elles fournissent un ensemble complet de données provenant de toutes les cliniques du pays au lieu d'échantillons provenant de sites spécifiques.

Les tendances observées chez les femmes enceintes dans les cliniques prénatales, que ce soit par le biais de la surveillance ou de données de routine, peuvent être utilisées pour informer les estimations des tendances de la prévalence nationale, alors que les données des enquêtes de population – qui sont menées moins fréquemment, mais ont une couverture géographique plus large et incluent également les hommes – sont plus utiles pour informer les estimations des niveaux de prévalence du VIH au niveau national. Les données de ces enquêtes contribuent également à l'estimation des niveaux et des tendances de la prévalence et de l'incidence du VIH par âge et par sexe. Pour quelques pays d'Afrique subsaharienne qui n'ont pas mené d'enquêtes de population, les niveaux de prévalence du VIH sont ajustés en fonction des comparaisons entre la surveillance des cliniques prénatales et les données des enquêtes en population d'autres pays de la région. Les tendances de la prévalence du VIH et le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale sont ensuite utilisés pour obtenir une estimation des tendances de l'incidence du VIH.

Historiquement, les pays à forte transmission du VIH ont produit des tendances distinctes en matière de prévalence et d'incidence du VIH pour les zones rurales et urbaines lorsqu'il existe des différences géographiques de prévalence bien établies. Pour mieux décrire et prendre en compte une plus grande hétérogénéité géographique, un nombre croissant de pays ont produit des estimations infranationales (par exemple, au niveau de la province ou des États) qui,

<sup>1</sup> De plus amples informations sur Avenir Health sont fournies à l'adresse suivante : [www.avenirhealth.org](http://www.avenirhealth.org).

<sup>2</sup> Pour en savoir plus sur le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, veuillez consulter le site [www.epidem.org](http://www.epidem.org).

<sup>3</sup> Un ensemble d'articles décrivant les méthodes est disponible dans un supplément de 2019 (volume 33, supplément 3) de la revue AIDS : <https://journals.lww.com/aidsonline/toc/2019/12153>.

dans certains cas, tiennent également compte des différences entre les zones rurales et urbaines. Ces estimations et tendances infranationales ou rurales-urbaines sont ensuite agrégées pour obtenir des estimations nationales.

Dans les autres pays, où la transmission du VIH est principalement constatée parmi les populations clés à haut risque et où l'épidémie peut être qualifiée de faible, les estimations sont tirées soit de la surveillance parmi les populations clés et la population générale à faible risque, soit des données de déclaration des cas de VIH, selon les données les plus fiables dans un pays particulier. Dans les pays disposant de données de surveillance du VIH de haute qualité parmi les populations clés, les données provenant d'études répétées sur la prévalence du VIH qui sont axées sur les populations clés sont utilisées pour établir des estimations et des tendances nationales. Les estimations de la taille des populations clés sont de plus en plus souvent établies de manière empirique dans chaque pays ; lorsque des études ne sont pas disponibles, elles sont établies sur la base de valeurs régionales et d'un consensus entre les experts. D'autres sources de données – notamment les données de notification des cas de VIH, les enquêtes de population et la surveillance des femmes enceintes – sont utilisées pour estimer la prévalence du VIH dans la population générale à faible risque. Les courbes de la prévalence du VIH et le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale sont ensuite utilisés pour obtenir des tendances nationales de l'incidence du VIH.

Pour la plupart des pays d'Europe occidentale et centrale et d'Amérique du Nord, ainsi que pour de nombreux pays d'Amérique latine, des Caraïbes, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord qui ne disposent pas de données de surveillance ou d'enquête suffisantes sur le VIH, mais qui ont de solides systèmes de déclaration des maladies, les données sur les cas de VIH et la mortalité liée au sida provenant des systèmes d'enregistrement des actes d'état civil sont utilisées pour informer des tendances et des niveaux de prévalence et d'incidence du VIH au niveau national. Ces méthodes permettent également aux pays de prendre en compte les preuves de sous-déclaration ou de retard de déclaration des données relatives aux cas de VIH, ainsi que la classification erronée des décès dus à des causes liées au sida.

Dans tous les pays où l'ONUSIDA appuie l'élaboration d'estimations, des hypothèses sur l'efficacité de l'intensification des programmes de lutte contre le VIH et sur les schémas de transmission du VIH et de

progression de la maladie sont utilisées pour obtenir des estimations par âge et par sexe des personnes vivant avec le VIH, des personnes nouvellement infectées par le VIH, des personnes décédant de maladies liées au sida et d'autres indicateurs importants (notamment des statistiques sur la couverture des programmes de traitement). Ces hypothèses sont basées sur des revues systématiques de la littérature et des analyses des données brutes des études par des experts scientifiques. Les données démographiques, y compris les estimations de la fécondité, sont tirées des fichiers de données de la Division de la population des Nations Unies sur les perspectives de la *population mondiale en 2019* ou des données de recensement nationaux récentes (1).

Certaines données du modèle, notamment le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale et le nombre de femmes ayant accès à des services de prévention de la transmission verticale du VIH, sont examinées et validées en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le gouvernement des États-Unis d'Amérique, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et d'autres partenaires.

Les fichiers finaux soumis par les pays et contenant les résultats modélisés sont examinés par l'ONUSIDA afin de garantir que les résultats soient comparables entre les régions et les pays et dans le temps.

En 2020, des estimations infranationales ont été conduites et utilisées par 39 pays d'Afrique subsaharienne. Les méthodes de création de ces estimations infranationales sont fournies dans la partie 4 de la présente annexe.

### **L'incertitude autour des estimations de l'ONUSIDA**

Le logiciel d'estimation calcule les limites d'incertitude afférentes à chaque estimation. Ces limites définissent la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle (si elle peut être mesurée). Des limites étroites indiquent qu'une estimation est précise, tandis que des limites larges indiquent une plus grande incertitude concernant l'estimation.

Dans les pays utilisant des données de surveillance du VIH, la quantité et la source des données disponibles déterminent en partie la précision des estimations : les pays disposant de plus de données de surveillance du VIH ont des fourchettes plus petites que les pays disposant de moins de données de surveillance ou

de plus petits échantillons. Les pays dans lesquels une enquête nationale de population a été menée ont généralement des fourchettes d'estimations plus réduites que les pays où de telles enquêtes n'ont pas été menées. Les pays qui produisent des estimations infranationales au niveau provincial ont des fourchettes plus larges. Dans les pays qui utilisent les données sur la notification des cas de VIH et la mortalité liée au sida, le nombre d'années de données et l'ampleur des cas déclarés ou des décès liés au sida observés contribueront à déterminer la précision de l'estimation.

Les hypothèses nécessaires pour parvenir à l'estimation contribuent également à l'étendue des fourchettes autour des estimations : en bref, plus les hypothèses sont nombreuses, plus la fourchette d'incertitude est large, puisque chaque hypothèse introduit des incertitudes supplémentaires. Par exemple, les fourchettes autour des estimations de la prévalence du VIH chez les adultes sont plus petites que celles autour des estimations de l'incidence du VIH chez les enfants, ce qui nécessite des données supplémentaires sur la prévalence chez les femmes enceintes et la probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant qui ont leur propre incertitude supplémentaire.

L'ONUSIDA est convaincu que le nombre réel de personnes vivant avec le VIH, de personnes nouvellement infectées par le VIH ou de personnes décédées de causes liées au sida se situe dans les fourchettes indiquées. Avec le temps, des données plus nombreuses et de meilleure qualité en provenance des pays réduiront progressivement l'incertitude.

### **Améliorations incluses dans le modèle d'estimation 2020 de l'ONUSIDA**

Les équipes nationales créent chaque année de nouveaux fichiers Spectrum. Les fichiers peuvent différer d'une année à l'autre pour deux raisons. Premièrement, de nouvelles données de surveillance et de programme sont entrées dans le modèle ; cela peut modifier les tendances de la prévalence et de l'incidence du VIH dans le temps ou les taux de couverture des thérapies antirétrovirales, y compris pour les années passées. Deuxièmement, des améliorations sont apportées au modèle sur la base des dernières méthodes scientifiques et statistiques disponibles, ce qui permet de dégager des tendances plus précises en matière d'incidence du VIH. De temps en temps, les pays changent également l'option de modélisation de l'incidence au sein de Spectrum en fonction de l'amélioration des données disponibles dans le pays. En raison de ces améliorations du modèle et de l'ajout de nouvelles données pour créer les estimations, les résultats des années précédentes ne peuvent être comparés aux résultats de cette année. Un ensemble complet d'estimations historiques est toutefois

créé chaque année, ce qui permet de décrire les tendances au fil du temps.

Entre les estimations de 2019 et celles de 2020, les changements suivants ont été appliqués au modèle sous la direction du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections et sur la base des dernières preuves scientifiques.

#### **L'allaitement maternel chez les femmes séropositives**

En 2020, une nouvelle option a été ajoutée pour permettre aux pays d'introduire des taux d'abandon de la thérapie antirétrovirale pour les femmes qui allaitent pendant la première année d'allaitement seulement et pendant 12 mois ou plus. Cela reflète les recherches montrant que la première année d'allaitement a connu des taux d'abandon plus élevés que les années suivantes (2).

En outre, les modèles de durée d'allaitement des femmes vivant avec le VIH ont été mis à jour. Dans les versions précédentes du logiciel, les données d'une récente enquête de population permettaient de connaître la répartition de la durée de l'allaitement. Dans le modèle 2020, cependant, la répartition a été améliorée pour utiliser une répartition de la région par statut VIH de la femme afin d'améliorer la précision de ces estimations.

#### **Modifications du modèle de surveillance des cas et d'enregistrement de l'état civil**

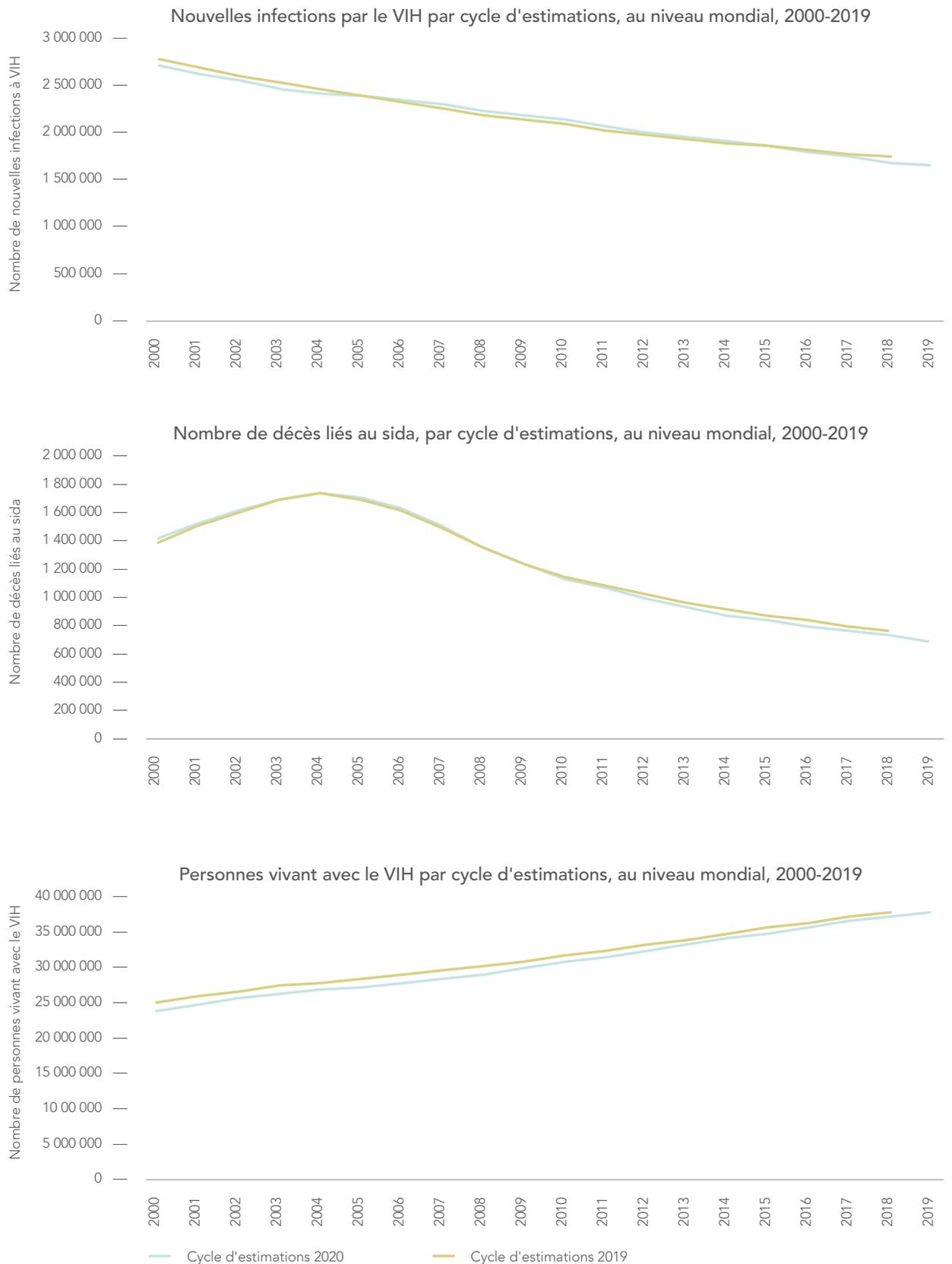
Sous la direction technique du groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, l'outil d'ajustement du modèle de surveillance des cas et d'enregistrement des actes d'état civil a été modifié pour s'adapter aux nouvelles données de diagnostic et de mortalité par âge et par sexe. L'option permettant d'ajuster les données de comptage des CD4 au moment du diagnostic à partir des systèmes de surveillance des cas a été abandonnée, tandis que des analyses supplémentaires sont en cours pour évaluer l'utilité de ces données.

Le modèle de diagnostic du VIH a été révisé pour permettre un taux de diagnostic plus souple, qui comprend une « impulsion » initiale de test VIH et une « deuxième vague » de test VIH, qui suit une courbe logistique, ainsi que l'ajout de tests VIH motivés par des infections opportunistes. Enfin, les approches d'ajustement utilisant la double logistique et l'ajustement des courbes splines ont été modifiées pour améliorer les ajustements des courbes.

Au niveau mondial, les tendances en matière de nouvelles infections par le VIH, de décès liés au sida et de personnes vivant avec le VIH sont similaires à celles du cycle de 2019, bien qu'il y ait des changements au sein des régions (voir Figure 14.1).

FIGURE 14.1

### Comparaison des estimations de l'ONUSIDA pour 2019 à 2020 : nouvelles infections par le VIH, décès liés au sida et personnes vivant avec le VIH, au niveau mondial, 2000-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. <https://aidsinfo.unaids.org/>).



Crédit : ONUSIDA

### Publication des estimations pays

L'ONUSIDA vise à publier des estimations pour tous les pays dont la population est égale ou supérieure à 250 000 habitants (sur la base des estimations démographiques de la Division de la population des Nations Unies *Perspectives démographiques mondiales 2019*) (1). Pour les pays de 250 000 habitants ou plus qui n'ont pas soumis d'estimations, l'ONUSIDA a élaboré des estimations en utilisant le logiciel Spectrum, sur la base d'informations publiées ou autrement disponibles. Ces estimations ont contribué aux totaux régionaux et mondiaux, mais elles n'ont pas été publiées en tant qu'estimations spécifiques à un pays.

Dans les pays où l'épidémie est de faible ampleur, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH est difficile à estimer. Dans ces pays, de nombreuses femmes vivant avec le VIH sont des professionnelles du sexe ou des toxicomanes, ou encore des partenaires sexuelles de toxicomanes, d'homosexuels ou d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, ce qui les rend susceptibles d'afficher des niveaux de fécondité différents de ceux de la population générale. L'ONUSIDA ne présente pas d'estimations de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, y compris les estimations relatives aux enfants dans certains pays qui ont des épidémies concentrées, à moins que des données adéquates ne soient

disponibles pour valider ces estimations. L'ONUSIDA ne publie pas les estimations relatives aux enfants pour les pays où le nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH est inférieur à 50.

En ce qui concerne la publication des tendances de l'incidence, à défaut de données historiques suffisantes permettant d'affirmer avec certitude qu'une baisse de l'incidence a été constatée, l'ONUSIDA ne publiera que les données de l'année la plus récente. Cela pour éviter que les utilisateurs ne tirent des déductions inexactes sur les tendances. Plus précisément, les tendances de l'incidence ne sont pas publiées s'il existe moins de quatre points de données pour la population clé ou s'il n'y a pas eu de données au cours des quatre dernières années pour les pays utilisant des données d'enquêtes répétées ou de tests de routine. Les tendances antérieures à 2000 ne sont pas publiées pour les pays utilisant des modèles de surveillance des cas s'il n'existe pas de données de surveillance des cas ou de mortalité précoce.

Enfin, l'ONUSIDA ne publie pas d'estimations par pays lorsque des données ou des analyses supplémentaires sont nécessaires pour produire des estimations justifiables. De plus amples informations sur les estimations de l'ONUSIDA et les fichiers Spectrum individuels pour la plupart des pays sont fournies sur le site Internet de l'ONUSIDA ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)). Les données des estimations peuvent être consultées dans la section AIDSinfo du site web de l'ONUSIDA (<http://aidsinfo.unaids.org>).

## Partie 2. Méthodes de calcul des objectifs 90–90–90

### Introduction

Depuis 2015, l'ONUSIDA a publié des estimations des progrès réalisés aux niveaux mondial, régional et national par rapport aux objectifs 90–90–90. Les progrès accomplis dans la réalisation de ces objectifs sont suivis à l'aide de trois indicateurs de base :

- Indicateur 1 (le premier 90) : Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH.
- Indicateur 2 (le deuxième 90) : Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut et ont accès au traitement.
- Indicateur 3 (le troisième 90) : Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale.

Les indicateurs 2 et 3 peuvent également être exprimés en pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Lorsque les chiffres ou la couverture de l'objectif de traitement sont exprimés par rapport au nombre total de personnes vivant avec le VIH, on parle de « cascade de dépistage et de traitement du VIH ». Des estimations annuelles de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les personnes vivant avec le VIH sont disponibles depuis le moment où le traitement a été introduit dans les pays.

### Sources de données pour l'élaboration des mesures nationales

Les progrès réalisés au niveau des pays par rapport aux objectifs 90–90–90 ont été établis à partir des données communiquées à Spectrum, l'outil de suivi du sida mondial et (pour certains pays d'Europe occidentale et centrale) le processus de suivi de la Déclaration de Dublin. Les estimations sont publiées pour toutes les personnes et séparément pour les enfants (0 à 14 ans) et les adultes (15 ans et plus, par sexe). Les fourchettes supérieures et inférieures d'incertitude pour les estimations au niveau des pays ont été calculées à partir de la fourchette du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH. Cette fourchette peut ne pas refléter entièrement l'incertitude des estimations produites.

Une description des indicateurs liés aux objectifs dont les pays font état est fournie dans les lignes directrices de l'ONUSIDA pour le suivi mondial du sida 2019 (3). Les sources de données sont également brièvement décrites. Un résumé du nombre de pays qui rendent

compte publiquement de chaque mesure est fourni dans le Tableau 14.1, organisé par région.

La dernière série de mesures des progrès réalisés par les pays par rapport aux objectifs 90–90–90 pour la période 2015-2019 est disponible à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>. Tous les pays n'ont pas été en mesure de faire rapport sur les trois volets des objectifs 90–90–90 : des cascades de traitement complètes sont publiées pour 60 pays, comme lors du cycle précédent.

### Estimation des personnes vivant avec le VIH

Toutes les mesures de progrès présentées dans ce rapport sont basées sur les estimations modélisées de l'ONUSIDA au niveau mondial, régional et national, tirées de Spectrum, concernant le nombre de personnes vivant avec le VIH. Les estimations des personnes vivant avec le VIH sont établies pour tous les pays dont la population est supérieure à 250 000 habitants. Plus de détails sur la manière dont l'ONUSIDA établit des estimations et des limites d'incertitude concernant le nombre de personnes vivant avec le VIH sont fournis dans la première partie de cette annexe.

Les estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH en 2019 étaient disponibles pour 170 des 194 pays et territoires, et elles ont été publiées pour 122 d'entre eux. Les estimations publiées par les pays concernant les personnes vivant avec le VIH (disponibles à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>) représentent 80 % du nombre total estimé de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2019.

### Connaissance du statut VIH parmi les personnes vivant avec le VIH

Les estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut ont été établies à partir des données les plus récentes de la surveillance du VIH, des données des programmes et des données d'enquêtes de population représentatives au niveau national. Si des données étaient disponibles séparément pour les enfants (0-14 ans) et les adultes (15 ans et plus, par sexe), les mesures spécifiques à l'âge et au sexe ont d'abord été calculées puis agrégées pour produire une mesure nationale.

Pour les pays situés en dehors de l'Afrique orientale et australe et de l'Afrique occidentale et centrale, les estimations publiées du nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut sérologique sont basées sur les données de notification des cas de surveillance du VIH, les registres des programmes ou les estimations modélisées dérivées des données de surveillance des cas. Si l'estimation provenant de ces

sources était inférieure au nombre de personnes ayant accès à une thérapie antirétrovirale, la valeur déclarée était exclue. Pour les pays utilisant des données de surveillance du VIH ou de programmes, un pays ne devrait inclure cette mesure que si le système de surveillance du VIH fonctionne depuis au moins 2014 et que les personnes qui sont mortes, ont émigré ou ont été perdues de vue, sont retirées du suivi.

Bien que les systèmes de surveillance du VIH, y compris ceux basés sur les registres des programmes, puissent constituer une source de données raisonnablement solide pour estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut, des biais dans les chiffres déclarés peuvent encore exister. Par exemple, la mesure de la connaissance du statut d'un pays peut être sous-estimée si toutes les personnes diagnostiquées ne sont pas notifiées au système de surveillance en temps utile. La mesure peut également être surestimée si des personnes sont signalées au système ou inscrites dans un registre plus d'une fois et si ces doublons ne sont pas détectés. De même, si des personnes décèdent ou émigrent, mais ne sont pas retirées du système, le nombre de personnes vivant avec le VIH, qui sont déclarées comme connaissant leur statut VIH, sera également surestimé.

Pour la plupart des pays d'Afrique orientale et australe et d'Afrique occidentale et centrale, les estimations du nombre de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut ont été établies à l'aide du modèle mathématique Shiny90 soutenu par l'ONUSIDA. Ce modèle utilise les données d'enquêtes de population et de programmes de services de dépistage du VIH – ainsi que les paramètres de l'épidémie de VIH propres à chaque pays du modèle standard Spectrum de l'ONUSIDA – pour produire des résultats sur la connaissance du statut VIH des adultes par sexe. De plus amples détails sur l'approche de modélisation sont disponibles ailleurs (4).

La connaissance de la séropositivité à partir du modèle Shiny90 pour l'Afrique orientale et australe et l'Afrique occidentale et centrale présente un certain nombre d'avantages par rapport à d'autres approches, qui reposent directement sur des données d'enquêtes de population et des données relatives à la couverture des programmes de traitement. Plus important encore, le modèle Shiny90 utilise des données d'enquêtes de population pour estimer la proportion de personnes vivant avec le VIH, qui déclarent avoir déjà subi un test de dépistage du VIH et qui sont informées de leur séropositivité, ainsi que la proportion de personnes qui ont probablement subi une séroconversion après leur dernier test de dépistage négatif. Cette distinction s'appuie sur la tendance de l'incidence nationale calculée dans Spectrum et est conforme

aux estimations nationales publiées de la prévalence du VIH et de la couverture des thérapies antirétrovirales signalées. L'outil Shiny90 utilise également les hypothèses de Spectrum et les données des enquêtes de population pour estimer la connaissance du statut par sexe et par âge, en supposant que les ratios de dépistage hommes-femmes sont restés relativement constants dans le temps. Des estimations de la connaissance du statut sont également disponibles depuis 2010.

Une limite importante du modèle, similaire à d'autres approches d'estimation, réside dans le fait qu'il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats lorsque la dernière enquête de population a été menée il y a plus de cinq ans, ou si l'on s'interroge sur l'exactitude de l'historique des tests autodéclarés dans l'enquête. Les pays peuvent inclure les données sur les tests de dépistage du VIH provenant des programmes de lutte contre le VIH afin d'améliorer les tendances durant les années où les données des enquêtes de population ne sont pas disponibles. Une autre limite réside dans le fait que les résultats du modèle ne concernent que les personnes âgées de 15 ans et plus. L'ONUSIDA continue de recommander aux pays d'estimer de manière prudente la connaissance du statut chez les enfants comme étant la proportion d'enfants vivant avec le VIH sous traitement (à moins que d'autres informations provenant des données de surveillance des cas ne soient disponibles).

### **Nombre de personnes ayant accès à la thérapie antirétrovirale**

Les mesures mondiales et régionales des chiffres relatifs aux thérapies antirétrovirales sont extraites des données des programmes nationaux par le biais du logiciel Spectrum, soutenu par l'ONUSIDA, de l'outil de suivi mondial du sida et du processus de rapport de la Déclaration de Dublin. Dans le cadre du cycle de 2020, 118 pays ont rendu public le nombre de personnes sous traitements, et entre 2015 et 2019, 144 pays disposaient d'au moins une estimation publiquement disponible du nombre de personnes sous traitement (représentant 85 % de l'ensemble des personnes sous traitement). Pour le petit nombre de pays où le nombre déclaré de personnes sous traitement n'est pas disponible pour certaines années – principalement en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord, ainsi qu'en Chine, en Inde et dans la Fédération de Russie – les estimations du nombre de personnes sous traitement sont élaborées soit en consultation avec l'agence de santé publique chargée du suivi du programme national de traitement, soit sur la base de sources publiées et non publiées.

En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS, le gouvernement des États-Unis, le Fonds mondial et d'autres partenaires qui



Crédit : ONUSIDA

soutiennent la prestation de services de traitement dans les pays, l'ONUSIDA examine et valide chaque année les chiffres relatifs aux traitements que les pays ont communiqués à l'ONUSIDA par l'intermédiaire du Suivi mondial du sida et Spectrum. Le personnel de l'ONUSIDA fournit également une assistance technique et une formation aux responsables de la santé publique et des services cliniques des pays afin de garantir la qualité des données de traitement communiquées. Néanmoins, cette mesure peut surestimer le nombre de personnes sous traitement si les personnes qui passent d'un établissement à l'autre sont notifiées par les deux établissements. De même, la couverture peut être surestimée si les personnes qui sont décédées, qui se sont retirées des soins ou qui ont émigré, ne sont pas identifiées et supprimées des registres de traitement. Le nombre de personnes sous traitements peut également être sous-estimé si toutes les cliniques ne communiquent pas ce nombre de manière complète ou en temps utile.

En 2016, l'ONUSIDA a finalisé une triangulation des données afin de vérifier ses estimations mondiales des personnes pouvant accéder à la thérapie antirétrovirale à la fin de l'année 2015. Depuis le début de l'année 2017, l'ONUSIDA et d'autres partenaires internationaux ont aidé plus de 15 pays, principalement en Afrique subsaharienne, à vérifier que le nombre de personnes déclarées être actuellement sous traitement, est exact. Pour plus de détails sur le degré de confiance de l'ONUSIDA dans les chiffres relatifs aux traitements, veuillez consulter la page *Combien de personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement* ?<sup>4</sup>

### **Les personnes affichant une suppression virale**

Les progrès réalisés vers l'objectif de suppression virale parmi les personnes sous traitement et en proportion de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, ont été tirés des données communiquées dans Spectrum et par l'intermédiaire de l'outil de rapport

en ligne de Suivi mondial du sida du processus de rapport de la Déclaration de Dublin. Aux fins du rapport, le seuil de suppression est une charge virale inférieure à 1000 reproductions par ml. Certains pays peuvent fixer des seuils inférieurs ou exiger que les personnes affichent une charge virale indétectable. Lorsqu'un pays déclare ces seuils inférieurs, une estimation du nombre de personnes qui afficheraient une suppression à raison de 1000 reproductions par ml est ajoutée au nombre déclaré comme une suppression au seuil inférieur. Le guide du Suivi mondial du sida décrit plus en détail cet ajustement. Ces orientations précisent également que seul le dernier résultat de test d'une personne doit être communiqué pour l'année de référence, de sorte que le nombre rapporté de suppression parmi les personnes testées doit représenter les personnes et non les tests effectués.<sup>5</sup>

Les directives de l'ONUSIDA pour le Suivi mondial du sida 2019 ont été révisées par rapport à celles de 2018 afin de préciser que les pays doivent communiquer les résultats de la suppression de la charge virale, quelle que soit la couverture des tests. Toutefois, les résultats des tests de charge virale ne seront publiés que dans les pays où l'accès aux tests est représentatif, au niveau national, de toutes les personnes sous traitement (en général, une couverture de dépistage de 50 % ou plus). Le tableau 14.1 illustre l'augmentation du nombre de pays en mesure de rendre compte de la suppression de la charge virale par rapport aux années précédentes. En 2015, seuls 29 pays disposaient d'estimations fiables ; en 2019, 70 pays avaient communiqué des données.

4 Le document est disponible à l'adresse suivante : <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/how-many-people-living-with-HIV-access-treatment>.

5 Ce document est disponible à l'adresse suivante : [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf).

TABLEAU 14.1

### Disponibilité des données pour l'estimation des mesures de l'ONUSIDA visant à évaluer les progrès par rapport aux objectifs 90-90-90, 2015-2019

		Asie et Pacifique	Caraïbes	Afrique de orientale et australe	Europe de l'Est et Asie centrale	Amérique latine	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Afrique occidentale et centrale	Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord	Au niveau mondial
Nombre de pays		38	16	16	21	17	20	25	40	193
Nombre de pays dans les estimations mondiales de l'ONUSIDA		28	10	20	16	17	19	24	36	170
Nombre de pays disposant de données publiques sur les estimations des personnes vivant avec le VIH	2015	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2016	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2017	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2018	18	7	20	12	14	13	24	11	119
	2019	18	7	20	12	14	13	24	10	118
Nombre de pays disposant de données publiques sur la connaissance du statut VIH	2015	8	6	18	9	5	7	22	15	90
	2016	10	6	19	9	7	7	22	19	99
	2017	11	6	19	9	8	7	22	23	105
	2018	11	6	19	10	9	8	22	19	104
	2019	11	6	20	10	10	7	23	6	93
Nombre de pays disposant de données publiques sur le traitement	2015	22	9	20	15	17	17	24	20	144
	2016	22	9	20	13	17	17	24	19	141
	2017	23	9	20	14	17	18	24	17	142
	2018	21	9	20	13	16	16	24	14	133
	2019	18	7	20	12	15	13	24	9	118
Nombre de pays disposant de données publiques sur les personnes affichant une suppression de leur charge virale	2015	6	2	3	6	4	3	1	4	29
	2016	6	4	8	6	8	4	2	8	46
	2017	7	6	6	9	10	6	3	7	54
	2018	8	8	14	9	9	7	7	8	70
	2019	9	7	18	12	7	6	6	5	70

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020.

Pour les pays où l'accès aux tests de suppression virale est représentatif au niveau national mais non universel, l'estimation de la suppression virale parmi les personnes testées (à savoir le troisième 90) a été multipliée par le nombre de personnes sous traitement pour obtenir le niveau global de suppression virale dans le pays.

L'utilisation des données fournies par les pays pour surveiller l'objectif de suppression de la charge virale présente un certain nombre de difficultés. Tout d'abord, il est possible que les tests de charge virale

de routine ne soient pas proposés dans tous les établissements de traitement, et que les établissements qui les proposent ne soient pas représentatifs des soins disponibles dans les établissements sans tests de charge virale. Étant donné qu'il est impossible de connaître avec certitude la suppression dans la population non testée, nous supposons que le pourcentage de personnes affichant une suppression de la charge virale parmi celles qui ont accès aux tests de charge virale, est représentatif de l'ensemble des personnes sous traitement.

Un autre défi pour mesurer la précision des estimations de la suppression de la charge virale réside dans le fait que les directives de l'ONUSIDA ne réclament les résultats des tests de routine (par exemple, annuels) de la charge virale que pour les personnes qui suivent un traitement et qui sont éligibles pour le test. Si les personnes nouvellement mises sous traitement affichent une suppression de la charge virale, mais n'ont pas encore été soumises à un test de charge virale, elles seront comptabilisées à tort comme n'affichant pas de suppression, et l'estimation de la suppression virale qui en résulte sera sous-estimée. L'ONUSIDA demande également aux pays de ne communiquer que les résultats des tests de routine de la charge virale : si les pays communiquent les résultats de tests effectués principalement en raison d'un échec présumé du traitement, le nombre de personnes affichant une suppression virale dans ces pays sera sous-estimé. L'ONUSIDA valide la qualité des soumissions des pays, mais il n'est pas toujours possible d'identifier les cas dans lesquels des tests de routine et d'autres types de tests sont combinés.

Enfin, les orientations de l'ONUSIDA recommandent de ne communiquer les résultats des tests de charge virale que pour les personnes sous thérapie antirétrovirale ; les personnes qui ne suivent pas de traitement et qui affichent une suppression naturelle de la charge virale ne seront pas incluses dans cette mesure.

### **Méthodes de construction de l'objectif de traitement 90–90–90 aux niveaux régional et mondial**

Toutes les données du programme soumises à l'ONUSIDA ont été validées par l'ONUSIDA et ses partenaires avant leur publication. Les données soumises par les pays qui n'ont pas satisfait aux contrôles de validation de la qualité requis, que ce soit au niveau de l'indicateur ou de la cascade de traitement, n'ont pas été incluses dans les mesures régionales ou mondiales composites.

Pour estimer les progrès régionaux et mondiaux par rapport aux objectifs 90–90–90, l'ONUSIDA a imputé les données nationales manquantes pour les premier et troisième objectifs 90 en utilisant un modèle hiérarchique bayésien avec une incertitude basée sur les tendances régionales, les différences de sexe et les données nationales spécifiques pour les pays qui ont communiqué des données pour certaines années, mais pas toutes. Les estimations sont disponibles par sexe pour les adultes de 15 ans et plus de 2015 à 2019. Comme les années précédentes, les résultats des progrès mondiaux et régionaux vers les objectifs 90–90–90 présentés dans ce rapport remplacent toutes les estimations publiées précédemment. Des détails supplémentaires sur l'approche de modélisation sont disponibles ailleurs (5).

La proportion des estimations de la connaissance du statut et de la suppression de la charge virale imputée par région

de 2015 à 2019 pour tenir compte des pays pour lesquels des données sont manquantes est présentée dans le Tableau 14.2. En raison des grandes différences dans la proportion de personnes ayant affiché une suppression virale en Europe occidentale et centrale et aux États-Unis pour les années pour lesquelles des données étaient disponibles, les estimations sous-régionales ont été calculées séparément pour l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale et centrale, puis combinées pour estimer les résultats régionaux de l'Europe occidentale et centrale et de l'Amérique du Nord dans leur ensemble. Des fourchettes d'incertitude supérieures et inférieures autour des estimations mondiales et régionales de la cascade de tests et de traitements du VIH sont fournies. Elles reflètent l'incertitude quant au nombre de personnes vivant avec le VIH et l'incertitude (provenant des données nationales manquantes) quant au nombre de personnes qui connaissent leur statut sérologique et au nombre de personnes affichant une suppression de la charge virale. Sur la base des rapports issus des examens de la qualité des données jusqu'en 2019, l'incertitude liée à une éventuelle surdéclaration ou sous-déclaration du nombre de traitements a été ajoutée aux limites de la couverture des traitements parmi les personnes vivant avec le VIH et aux deuxième et troisième 90. Les fourchettes d'incertitude supérieures et inférieures pour les 90 ne tiennent pas compte de l'incertitude des données programmiques déclarées ou manquantes sur le nombre de personnes qui connaissent leur statut VIH ou le nombre de personnes sous traitement qui affichent une suppression de la charge virale.

Une des principales limites résultant de la disponibilité incomplète des estimations nationales réside dans le fait qu'il est difficile de quantifier la mesure dans laquelle les progrès des pays qui ont communiqué des données à l'ONUSIDA, sont similaires à ceux des pays de la région qui ne disposent pas de données. Cela est particulièrement vrai pour les estimations de la suppression de la charge virale, pour lesquelles les données communiquées dans certaines régions – en particulier en 2015 et 2016 – sont limitées. Par exemple, la couverture des tests de charge virale en Afrique occidentale et centrale a été particulièrement faible entre 2015 et 2017, la plupart des estimations provenant des pays ayant communiqué des données en 2018 et 2019. En Asie et dans le Pacifique, les estimations de la suppression de la charge virale au niveau national ne sont disponibles pour aucune année pour l'Inde et pas avant 2018 pour la Chine. En Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord, le rapportage des tests et des traitements du VIH, y compris la suppression de la charge virale via la Déclaration de Dublin, a été suspendue en raison de la pandémie de COVID-19, et la dernière estimation de la suppression de la charge virale par les États-Unis datait de 2016 à la date du présent rapport.

TABLEAU 14.2

**Proportion de données imputées du nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut et du nombre de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale, 2015-2019**

		Asie et Pacifique	Caraiïbes	Afrique orientale et australe	Europe de l'Est et Asie centrale	Amérique latine	Moyen-Orient et Afrique du Nord	Afrique occidentale et centrale	Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord	Au niveau mondial
Estimations des personnes vivant avec le VIH pour lesquelles la connaissance du statut est imputée (%)	2015	84	15	0	8	27	29	0	30	17
	2016	83	15	0	8	23	30	0	13	16
	2017	23	15	0	7	19	31	0	29	7
	2018	49	15	0	6	13	27	0	39	11
	2019	79	16	0	2	58	34	0	97	21
Estimations des personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et pour lesquelles la suppression virale est imputée (%)	2015	83	91	57	76	31	63	99	18	63
	2016	84	88	33	9	28	59	99	2	47
	2017	85	56	47	7	17	42	91	92	61
	2018	14	2	25	5	24	41	63	96	33
	2019	73	14	1	4	28	45	87	98	31

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020.

### Partie 3. Données sur les populations clés

#### Répartition des nouvelles infections par le VIH par sous-population

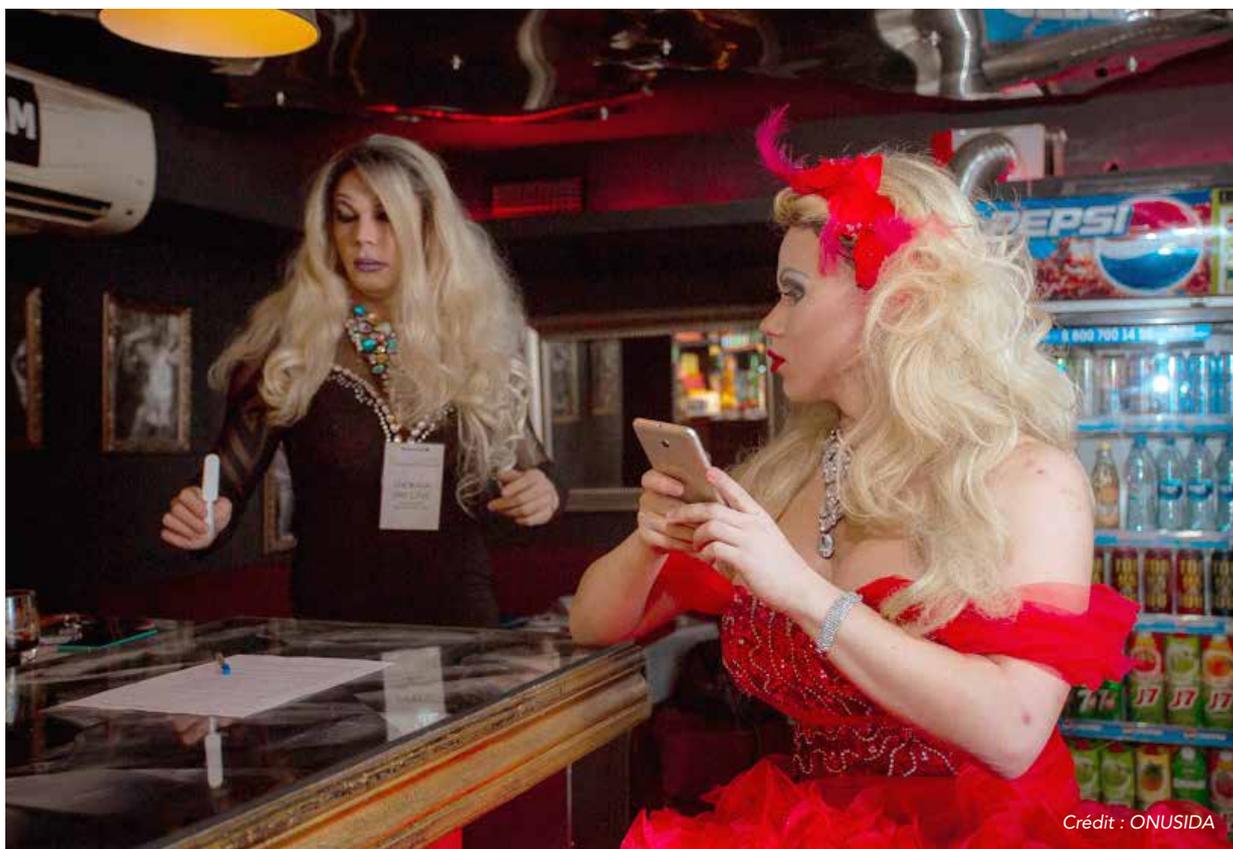
La répartition des nouvelles infections par le VIH parmi les sous-populations à l'échelle mondiale et par région a été estimée sur la base de données concernant 170 pays en utilisant quatre sources de données.

Le nombre sous-jacent de nouvelles infections pour chaque pays est estimé avec Spectrum. Les nouvelles infections parmi les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans sont utilisées.

Pour les pays qui modélisent leur épidémie de VIH sur la base de données provenant de sous-populations, y compris de populations clés, le nombre de nouvelles infections a été extrait des fichiers 2020 de Spectrum. Cette source a fourni des données sur les professionnel(le)s du sexe de 60 pays, sur les personnes qui s'injectent des drogues de 37 pays, sur les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de 62 pays et sur les transsexuels de 20 pays (tous situés en Amérique latine, dans les

Caraïbes et en Asie et dans le Pacifique). En outre, 18 pays (principalement d'Asie et du Pacifique) disposaient de données sur les clients des professionnel(le)s du sexe.

Les nouvelles infections par le VIH pour les pays d'Europe occidentale et centrale ont été tirées du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe Surveillance du VIH/sida en Europe 2019 (données de 2018) (6). Les proportions de nouveaux diagnostics pour chaque région d'Europe (occidentale, centrale et orientale) ont été appliquées aux estimations de l'ONUSIDA concernant les nouvelles infections dans chaque pays pour les personnes qui s'injectent des drogues, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les transsexuels. Le rapport de l'ECDC ne contient pas de données sur les professionnel(le)s du sexe. Les nouvelles infections par le VIH en Chine, en Inde, dans la Fédération de Russie et aux États-Unis ont



Crédit : ONUSIDA

été tirées des rapports nationaux les plus récents et disponibles sur les nouveaux diagnostics ou d'autres sources publiées.

Les nouvelles infections par le VIH dans les pays sans source de données directe ont été calculées à partir de points de référence régionaux. Les points de référence ont été fixés par la proportion médiane de nouvelles infections dans la sous-population spécifique de tous les pays disponibles dans la même région. La majorité de ces pays se situent en Afrique subsaharienne. 115 pays ont utilisé des valeurs de référence pour l'estimation des professionnel(le)s du sexe, 97 pays pour l'estimation des personnes qui s'injectent des drogues, 72 pays pour l'estimation des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et 143 pays pour l'estimation des personnes transgenres.

Les nouvelles infections parmi les partenaires sexuels des populations clés ont été estimées à l'aide du nombre de partenaires sexuels et des probabilités de transmission tirées de la littérature. Il s'agit notamment des partenaires sexuels des personnes qui s'injectent des drogues, des partenaires sexuels des homosexuels et des autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des conjoints/partenaires sexuels stables des professionnel(le)s du sexe, des clients des professionnel(le)s du sexe et des conjoints/partenaires sexuels stables des clients.

### Qualité des estimations de la taille de la population

Les estimations de la taille de la population sont utilisées pour calculer les risques relatifs présentés dans ce rapport. Le système de suivi mondial du sida recueille des estimations sur la taille de la population. Certaines estimations de taille soumises sont considérées comme infranationales, et l'ONUSIDA utilise les médianes régionales des proportions de population des estimations de taille soumises pour compléter les informations manquantes ou extrapoler à partir des estimations infranationales.

Les sections régionales de ce rapport comprennent des tableaux sur la taille estimée des populations clés. Ces données sont basées sur les valeurs rapportées par le Suivi mondial du sida en 2018 et 2019. Un examen complet des données a été effectué au cours de ces cycles de rapports, et les estimations ne doivent donc pas être comparées aux données présentées dans les rapports précédents de l'ONUSIDA. À l'issue de ce processus, les estimations communiquées peuvent être classées comme suit :

- « Estimation de la taille de la population nationale » se réfère aux estimations qui sont empiriquement dérivées en utilisant l'une des méthodes suivantes : multiplicateur, capture-recapture, cartographie/dénombrement, méthode de mise à l'échelle du réseau (NSUM) ou enquête de population, ou échantillonnage par les répondants – échantillonnage successif (RDS-SS). Les estimations devaient être nationales ou une combinaison de plusieurs sites avec une approche claire pour extrapoler à une estimation nationale.
- « Estimation de la taille de la population locale » se réfère aux estimations qui sont empiriquement dérivées en utilisant une des méthodes susmentionnées, mais uniquement pour un groupe de sites infranationaux qui sont insuffisants pour une extrapolation nationale.
- Par « données insuffisantes », on entend soit des estimations dérivées d'avis d'experts, de Delphi, de la connaissance des foules, de résultats ou de registres de programmes, de références régionales ou de méthodes inconnues, ou des estimations établies avant 2015. Les estimations peuvent être nationales ou pas.

## Partie 4. Estimations infranationales du VIH pour l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes

Des estimations infranationales du VIH ont été réalisées pour 38 pays d'Afrique subsaharienne et pour Haïti dans les Caraïbes. L'indicateur présenté dans la figure 1.11 (page 57) est l'incidence de l'infection par le VIH chez les femmes âgées de 15 à 24 ans par niveau infranational.

Deux méthodes ont été utilisées pour générer les estimations infranationales : le modèle Naomi a été utilisé par 21 pays (20 en Afrique subsaharienne et un dans les Caraïbes), tandis qu'une méthode plus simple de désagrégation par district a été utilisée pour 18 autres pays d'Afrique subsaharienne (voir Tableau 14.3).

**Modèle de Naomi :** Ce modèle utilise l'estimation d'une petite zone pour modéliser conjointement la prévalence du VIH et les personnes vivant avec le VIH, la couverture de la thérapie antirétrovirale et l'incidence du VIH. Le modèle combine des données infranationales relatives à des résultats multiples provenant de plusieurs sources dans un modèle statistique bayésien. Il utilise des données nationales d'enquêtes de population et des données sur la fourniture de thérapies antirétrovirales et de services de dépistage dans les cliniques prénatales pour fournir des indicateurs solides sur le fardeau du VIH au niveau infranational. Il fournit des estimations et des fourchettes d'incertitude pour un certain nombre d'indicateurs (notamment la prévalence du VIH, les personnes vivant avec le VIH, la couverture des thérapies antirétrovirales, l'incidence du VIH et les nouvelles infections) par sexe, groupes d'âge de cinq ans et niveau infranational.

Le modèle génère des estimations à trois moments différents : l'année de la dernière enquête de population, l'année du dernier cycle d'estimations nationales du VIH (2019) et des projections à court terme, sur un an, pour la planification des programmes de lutte contre le VIH. Les estimations infranationales de la population par sexe et groupe d'âge proviennent de sources consensuelles dans chaque pays et sont ajustées pour correspondre aux populations utilisées dans le cadre de Spectrum par sexe et par groupe d'âge.

Les estimations transversales de la prévalence du VIH, de la couverture des thérapies antirétrovirales et de l'incidence du VIH sont générées à mi-parcours de la dernière enquête nationale représentative auprès des ménages. En ce qui concerne la prévalence du VIH, le modèle est calibré de manière à pouvoir recueillir des données sur la prévalence du VIH au niveau infranational, par sexe et par

tranche d'âge de cinq ans, à partir de l'enquête de population la plus récente (enquête démographique et de santé ou évaluation de l'impact du VIH sur la population). Étant donné que la taille de l'échantillon de l'enquête dans chaque district est relativement petite, les données sur la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui se rendent pour la première fois aux soins prénataux, extraites du système national d'information sanitaire, sont utilisées pour améliorer les estimations de la répartition spatiale du VIH.

La couverture de la thérapie antirétrovirale par district, âge et sexe est estimée à partir des données d'enquêtes de population sur la présence de biomarqueurs antirétroviraux chez les répondants séropositifs. La couverture de la thérapie antirétrovirale régulièrement déclarée par les femmes enceintes avant leur première visite de soins prénatals est utilisée comme covariable pour le schéma spatial de la couverture de la thérapie antirétrovirale. La couverture de la thérapie antirétrovirale et la prévalence du VIH sont également calibrées de manière à ce que le nombre total de personnes sous thérapie antirétrovirale corresponde aux données fournies dans le fichier national Spectrum.

Une des difficultés afférentes à l'estimation de la couverture du traitement au niveau du district réside dans le fait que les personnes peuvent avoir accès aux services de thérapie antirétrovirale dans un district différent de leur résidence (par exemple, si les établissements sont plus proches ou réputés fournir de meilleurs services). Le modèle tient compte de la probabilité que les résidents vivant avec le VIH aient accès à une thérapie antirétrovirale dans un district voisin. L'hypothèse préalable implique que la grande majorité des personnes vivant avec le VIH auront accès à la thérapie antirétrovirale dans leur district de résidence, mais cette probabilité peut varier en fonction des données du district concernant le nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale par rapport à la prévalence du VIH, la couverture de la thérapie antirétrovirale et la population.

Des estimations directes de l'incidence du VIH ne sont pas disponibles aux niveaux infranationaux. Si certaines enquêtes récentes auprès des ménages ont mesuré l'incidence du VIH au niveau national sur la base de mesures de biomarqueurs pour les infections récentes au VIH, trop peu d'infections récentes sont observées dans un district pour pouvoir établir une estimation robuste. Par conséquent, pour estimer l'incidence du VIH au niveau infranational, le taux de transmission du VIH à partir des estimations de Spectrum est calculé et appliqué aux estimations de

la prévalence du VIH dans de petites zones et à la couverture des thérapies antirétrovirales dans chaque zone infranationale. La répartition par sexe et par âge dans chaque zone infranationale est basée sur les ratios des taux d'incidence du VIH de Spectrum appliqués à la structure de la population dans chaque zone.

Le modèle projette l'enquête la plus récente parmi les ménages à la période actuelle en créant une projection de la population en une seule étape jusqu'en 2019. Les estimations de la population sont mises à jour avec les dernières estimations officielles. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est projeté en fonction des estimations de survie par province, sexe et groupe d'âge de Spectrum sur la même période (ce qui tient compte de la progression de la maladie et des effets de l'extension de la thérapie antirétrovirale sur la réduction de la mortalité due au sida). La couverture de la thérapie antirétrovirale est mise à jour en fonction du nombre de personnes sous traitement en 2019 à partir des données sur les prestations de services.

**Méthode de désagrégation des estimations par districts:** Un outil a été utilisé pour obtenir des estimations infranationales pour les personnes vivant avec le VIH et les nouvelles infections en désagrégant les estimations nationales du VIH à partir du fichier Spectrum national. La désagrégation a été effectuée sur la base de la répartition des personnes vivant avec le VIH âgées de 15 à 49 ans et des données sur la population totale infranationale fournies par l'équipe nationale chargée des estimations du VIH. Afin de générer ces estimations, l'outil nécessite des données sur la population âgée de 15 à 49 ans, et sur la prévalence du VIH parmi les personnes âgées de 15 à 49 ans, par zone infranationale. L'outil calcule d'abord la proportion de personnes âgées de 15 à 49 ans et vivant avec le VIH au niveau national, qui se trouvent dans chaque district. Ces proportions sont ensuite utilisées pour désagréger d'autres indicateurs calculés dans le fichier Spectrum. Les mêmes distributions sont appliquées à tout groupe d'âge et de sexe.

Le taux d'incidence chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans a été calculé comme suit :

Nouvelles infections parmi les femmes âgées de 15 à 24 ans en 2019 / (population des femmes âgées de 15 à 24 ans – femmes séropositives âgées de 15 à 24 ans) en 2019 \* 1000.

TABLEAU 14.3

### Méthode utilisée pour les estimations infranationales du VIH

N°	PAYS	MÉTHODE INFRANATIONALE
1	Angola	Outil de district
2	Bénin	Outil de district
3	Botswana	Outil de district
4	République centrafricaine	Outil de district
5	Tchad	Outil de district
6	Congo	Outil de district
7	Guinée équatoriale	Outil de district
8	Érythrée	Outil de district
9	Gabon	Outil de district
10	Gambie	Outil de district
11	Ghana	Outil de district
12	Guinée	Outil de district
13	Guinée-Bissau	Outil de district
14	Liberia	Outil de district
15	Mali	Outil de district
16	Niger	Outil de district
17	Sierra Leone	Outil de district
18	Soudan du Sud	Outil de district
19	Burkina Faso	Naomi
20	Burundi	Naomi
21	Cameroun	Naomi
22	Côte d'Ivoire	Naomi
23	République démocratique du Congo	Naomi
24	Eswatini	Naomi
25	Éthiopie	Naomi
26	Haïti	Naomi
27	Kenya	Naomi
28	Lesotho	Naomi
29	Malawi	Naomi
30	Mozambique	Naomi
31	Namibie	Naomi
32	Nigeria	Naomi
33	Rwanda	Naomi
34	Afrique du Sud	Naomi
35	Togo	Naomi
36	Ouganda	Naomi
37	République-Unie de Tanzanie	Naomi
38	Zambie	Naomi
39	Zimbabwe	Naomi



## Références

1. Perspectives de la population mondiale 2019 [Internet]. New York : Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies ; c2020 (<https://population.un.org/wpp/>).
2. Dugdale C. Maternal engagement in care during pregnancy and breastfeeding in the era of lifelong ART. Présentation au Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations du VIH chez les enfants, Montreux, Suisse, octobre 2019.
3. Suivi mondial du SIDA 2020 : Indicateurs pour le contrôle de la Déclaration politique 2016 des Nations Unies sur le VIH et le SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2019 ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf), consulté le 23 juin 2020).
4. Maheu-Giroux M, Marsh K, Doyle C, Godin A, Delauney CL, Johnson LF et al. National HIV testing and diagnosis coverage in sub-Saharan Africa. *AIDS*; 2019;33:S255-S269.
5. Marsh K, Eaton JW, Mahy M, Sabin K, Autenrieth CS, Wanyeki I et al. Global, regional and country-level 90–90–90 estimates for 2018. *AIDS*;33:S213-S226.
6. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Surveillance du HIV/SIDA en Europe 2018 : données de 2017. Stockholm : ECDC ; 2019 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf> ; consulté le 7 juin 2020).

Droits d'auteur © 2020  
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)  
Tous droits de reproduction réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA/JC2991F



**ONUSIDA**  
**Programme commun des**  
**Nations Unies sur le VIH/sida**

20 avenue Appia  
1211 Genève 27  
Suisse

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)