



Assemblée générale

Distr. générale
1^{er} avril 2020
Français
Original : anglais

Soixante-quatorzième session

Point 10 de l'ordre du jour

Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et des déclarations politiques sur le VIH/sida

Lutter contre les inégalités et préparer la prochaine phase de la lutte contre le sida

Rapport du Secrétaire général

Résumé

Il s'agit d'une année charnière dans la lutte mondiale contre le sida. La fin de l'année 2020 est l'échéance qui a été fixée pour atteindre des objectifs arrêtés en 2016 par l'Assemblée générale dans sa résolution [70/266](#) : investir massivement et accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie à l'horizon 2030.

La publication du présent rapport intervient au moment où une nouvelle pandémie nous rappelle qu'il faut faire preuve de vigilance dans la lutte contre les maladies infectieuses. L'émergence de la maladie à coronavirus (COVID-19) évoque à bien des égards les premiers temps de l'épidémie de VIH, lorsque le monde avait du mal à comprendre quel était ce nouveau virus qui faisait des ravages. Alors que les interactions entre le VIH, le déficit immunitaire lié au VIH et la COVID-19 commencent à être connues, des inquiétudes se font jour au sujet du bien-être des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, notamment face à la possibilité de voir les services de prévention, de dépistage et de soins gravement perturbés.

D'énormes progrès ont été réalisés dans la lutte contre le VIH au cours des 20 dernières années : à l'échelle mondiale, on estime que 24,5 millions [21,5 millions-25,5 millions] de personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement à la mi-2019 et les décès dus à des maladies associées au sida n'ont cessé de diminuer depuis 2004. Une approche combinée de la prévention du VIH, comprenant des démarches comportementales, biomédicales et structurelles, a permis de réduire les infections à VIH à plusieurs égards. Les systèmes de santé ont été renforcés dans le cadre de la lutte contre le sida. Ce renforcement s'est articulé autour de la prestation intégrée de services, de la mobilisation des agents de santé communautaires ainsi que de la consolidation des systèmes de laboratoire, des dispositifs d'information sanitaire et de la gestion de l'achat de médicaments et de la chaîne d'approvisionnement.



Cela dit, les progrès ralentissent et le monde est loin d'atteindre les objectifs fixés pour 2020, notamment en matière de prévention du VIH. Il existe des disparités importantes dans la disponibilité et l'utilisation des services liés au VIH, que ce soit sur le plan géographique ou par groupe de population. On continue de constater un nombre disproportionné d'infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique subsaharienne, une disparité due aux inégalités de genre, à la violence, à l'insécurité alimentaire et au fait que l'accès aux services de santé sexuelle et procréative et les droits y relatifs leur sont refusés. Le manque de connaissances, chez les hommes et les jeunes vivant avec le VIH, sur le statut VIH et la protection offerte par les thérapies antirétrovirales contribuent aux infections à VIH chez les femmes. Dans de nombreux pays, la criminalisation et la marginalisation de populations clés, notamment les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus, les transgenres, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ont entravé les efforts déployés pour fournir des services aux personnes les plus exposées. Les taux de traitement chez les enfants vivant avec le VIH sont plus faibles que chez les adultes. L'insuffisance de ressources financières et leur utilisation inefficace menacent les avancées durement acquises.

Une décennie d'action s'impose pour mener à bien le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Dans le cadre de cet effort, le monde doit faire le maximum pour atteindre les objectifs fixés dans la résolution [70/266](#) et établir un programme commun pour la prochaine phase de la lutte contre la maladie. À l'approche du soixante-quinzième anniversaire de l'Organisation des Nations Unies, le plus vaste programme commun des Nations Unies, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), collabore avec les États Membres, la société civile et d'autres partenaires pour faire le bilan des progrès réalisés, définir les objectifs pour 2025 et actualiser la stratégie mondiale qui permettra d'atteindre ces objectifs. Une stratégie s'articulant autour d'une intensification de l'action et d'efforts axés sur l'être humain pourrait permettre de rattraper le retard.

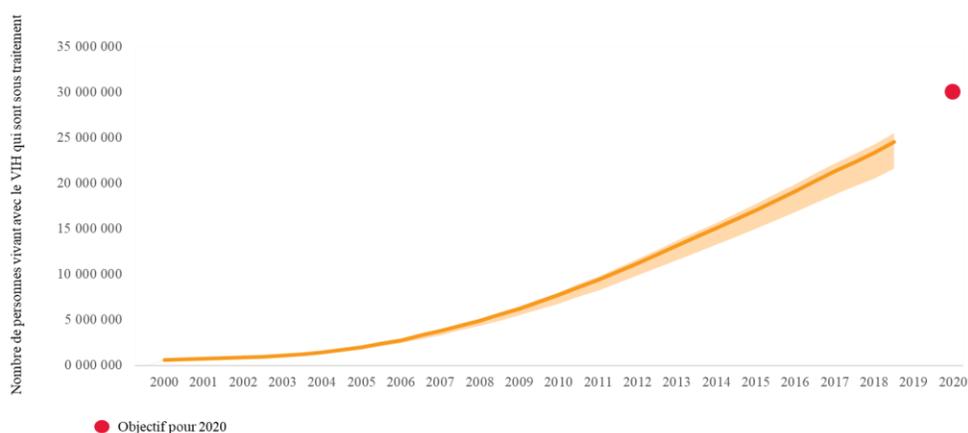
Les États Membres sont instamment invités à prendre en considération les recommandations suivantes : a) s'attaquer aux inégalités, qui sont au cœur des disparités constatées actuellement ; b) tirer parti des possibilités offertes par le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing pour lutter contre les inégalités de genre, qui contribuent à accentuer la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH ; c) combler le manque de financement et de leadership et adopter des stratégies d'ensemble et de qualité face au sida ; d) s'efforcer de fixer des objectifs ambitieux pour 2025 et actualiser la stratégie mondiale de lutte contre le sida.

I. Le point sur l'épidémie et les mesures de lutte contre le sida

1. Des progrès importants ont été réalisés depuis 2016, date à laquelle l'Assemblée générale a décidé d'« accélérer » la riposte mondiale contre le sida (voir résolution 70/266, annexe). Il y a eu de grandes avancées dans les objectifs de dépistage et de traitement fixés dans le cadre de la cible 90-90-90 : près de quatre personnes sur cinq (79 %) vivant avec le VIH connaissent leur statut, 78 % des personnes qui vivent avec le VIH et connaissent leur statut reçoivent un traitement et 86 % des personnes sous traitement ont une charge virale indétectable¹. Le nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale vitale continue d'augmenter. On estime que 24,5 millions [21,5 millions-25,5 millions]² de personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement dans le monde à la mi-2019, soit plus de trois fois plus qu'en 2010 (voir figure I)³.

Figure I

Nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement, au niveau mondial, entre 2000 et la mi-2019, et objectif pour 2020



Source : Analyse spéciale du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2019.

2. La charge virale est devenue indétectable chez au moins 73 % des personnes vivant avec le VIH dans 15 pays qui s'efforcent d'atteindre la cible 90-90-90, dont trois pays à forte prévalence de VIH, à savoir le Botswana, l'Esuatini et la Namibie.

3. La généralisation du traitement a permis de réduire le nombre de décès dus à des maladies associées au sida, qui est passé d'un pic de 1,7 million [1,3 million-2,4 millions] en 2004 à 770 000 [570 000-1 100 000] en 2018 (voir figure II). Parallèlement, le fait que davantage de femmes enceintes vivant avec le VIH suivent une thérapie antirétrovirale a permis de faire progresser l'élimination de la transmission mère-enfant.

¹ La cible 90-90-90 consiste à faire en sorte que, en 2020, 90 % des personnes qui vivent avec le VIH connaissent leur statut, 90 % des personnes qui vivent avec le VIH et connaissent leur statut reçoivent un traitement et 90 % des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable.

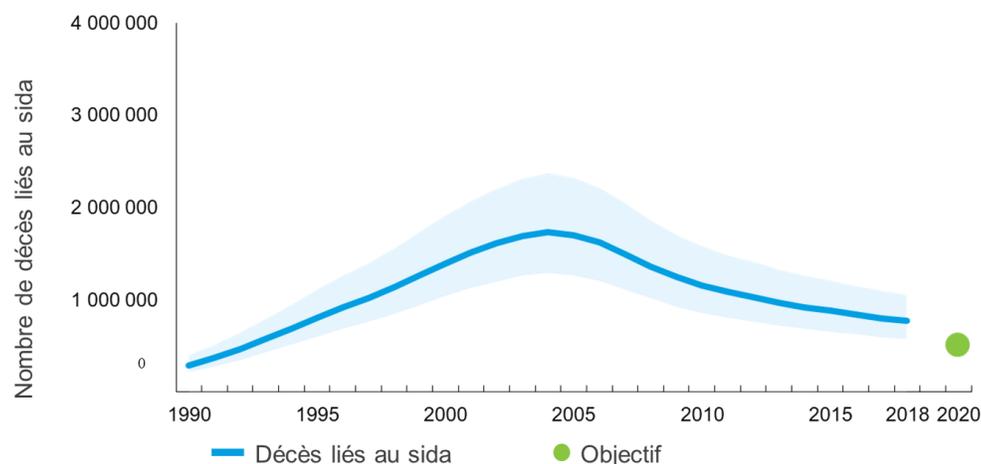
² Un intervalle d'incertitude est calculé pour chaque estimation. Il indique la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle. Plus l'intervalle est réduit, plus l'estimation est précise. À l'inverse, plus l'intervalle est grand, plus l'estimation est incertaine.

³ Sauf indication contraire, les données fournies sont des estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et des données nationales communiquées à ONUSIDA dans le cadre de ses rapports annuels sur le suivi mondial de la lutte contre le sida.

4. Une approche combinée de la prévention du VIH, comprenant des démarches comportementales, biomédicales et structurelles, comme le fait que les filles continuent d'être scolarisées, a permis de faire reculer de manière constante les infections à VIH à plusieurs égards. L'utilisation du préservatif a connu une progression dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne au cours de la dernière décennie et les pays adoptent progressivement la prophylaxie préexposition comme option supplémentaire de prévention du VIH. Plus de 300 000 personnes dans le monde ont adopté la prophylaxie préexposition au moins une fois en 2018, l'évolution la plus importante ayant été observée dans les villes d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Australie chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Depuis le début de 2016, environ 11 millions de circoncisions médicales volontaires ont été pratiquées dans 15 pays prioritaires, dont plus de 4 millions en 2018.

Figure II

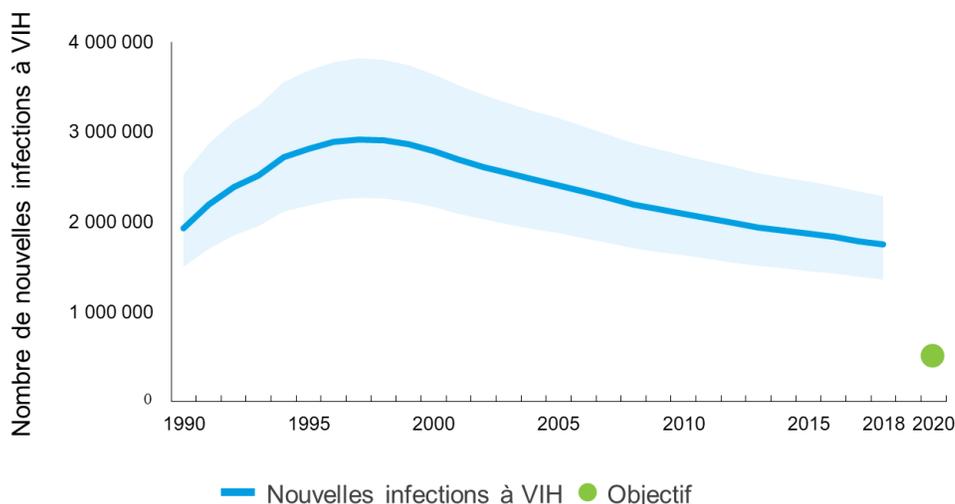
Nombre de décès liés au sida, au niveau mondial, 1990-2018, et objectif pour 2020



Source : Estimations d'ONUSIDA, 2019.

5. Cela dit, les progrès dans la lutte contre le VIH connaissent un ralentissement au niveau mondial et les objectifs fixés pour 2020 ne sont pas encore atteints. Du fait des insuffisances qui existent tout au long des services de dépistage et de traitement du VIH, en 2018, la charge virale était toujours détectable chez près de la moitié des personnes vivant avec le VIH (47 %). Les efforts de prévention des infections à VIH sont loin d'être suffisants. Il y a eu 1,7 million [1,6 million-2,3 millions] de nouvelles infections en 2018, soit plus de trois fois l'objectif qui avait été fixé pour 2020 (moins de 500 000 nouvelles infections) (voir figure III). Quelque 160 000 [110 000-260 000] enfants (âgés de 0 à 14 ans) ont contracté le VIH dans le monde en 2018, ce qui est loin de l'objectif de réduction de 95 % qui devait être atteint en 2020.

Figure III
Nombre de nouvelles infections à VIH, au niveau mondial, 1990-2018, et objectif pour 2020



Source : Estimations d'ONUSIDA, 2019.

6. Au-delà des grandes tendances, il existe des disparités importantes dans les progrès réalisés, que ce soit sur le plan géographique ou par groupe de population. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, régions les plus durement touchées par le VIH, grâce à une impulsion ferme donnée par la communauté internationale et à une combinaison de solides investissements nationaux et de fonds substantiels provenant de donateurs, le nombre de décès liés au sida a diminué de 44 % et celui des nouvelles infections à VIH de 28 % depuis 2010. Cela dit, le nombre d'infections à VIH et de décès liés au sida continue d'augmenter dans certaines régions. Depuis 2010, par exemple, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH a augmenté en Europe orientale et en Asie centrale (29 %), au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (10 %), et en Amérique latine (7 %).

II. Lacunes et difficultés

Les inégalités, un frein aux progrès

7. Les progrès disparates enregistrés s'expliquent par les inégalités qui existent. En ce qui concerne la prestation d'un ensemble complet de services, les lacunes recensées sont souvent encore plus importantes s'agissant des personnes qui en ont le plus besoin. Elles résultent du fait que, collectivement, on n'a pas réussi à placer les droits humains au cœur de la lutte contre le VIH.

Les femmes et les filles

8. Les femmes qui se trouvent dans les milieux à forte prévalence (en particulier les adolescentes et les jeunes femmes), les femmes appartenant aux populations clés (les femmes qui s'injectent des drogues, les travailleuses du sexe, les transgenres et les détenues), les partenaires sexuelles des hommes qui appartiennent aux populations clés, et les femmes et les filles qui se trouvent dans des situations de crise humanitaire ou de déplacement continuent d'être particulièrement exposées au VIH.

9. Les déséquilibres du rapport de force entre hommes et femmes alimentent l'épidémie et se répercutent sur toutes les facettes de la lutte contre le sida. Ils empêchent les femmes de décider comment, quand et avec qui avoir des rapports sexuels ou de négocier des rapports protégés. Ils déterminent l'utilisation que les femmes font des services liés au VIH et d'autres services de santé, et restreignent les chances qu'elles ont de mener une vie à l'abri des violences ou d'autres violations des droits humains.

10. Le fardeau de l'épidémie de VIH continue de peser de manière disproportionnée sur les femmes et les filles. À l'échelle mondiale, les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont deux fois plus de risques de vivre avec le VIH que les hommes du même âge ; 6 000 adolescentes et jeunes femmes ont été infectées par le VIH chaque semaine en 2018. En Afrique subsaharienne, par exemple, les adolescentes (âgées de 10 à 19 ans) ont compté pour 12 % des nouvelles infections à VIH en 2018 alors qu'elles représentent à peine 5 % de la population. Le sida reste la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer dans le monde.

11. Le fait que les femmes et les adolescentes n'aient qu'un accès limité à une éducation sexuelle complète et aux services de santé sexuelle et procréative compromet sérieusement leur capacité de protéger leur santé et d'améliorer leur bien-être. Il se peut que, culturellement ou légalement, elles doivent demander la permission à leur mari ou à d'autres membres de leur famille pour se prévaloir des services de santé sexuelle et procréative ou encore passer un test sérologique de détection du VIH. Même en l'absence d'obstacles juridiques, il se peut qu'elles n'aient pas les connaissances qu'il faut pour accéder à ces services ou pour négocier avec leur partenaire l'adoption de pratiques sexuelles moins risquées.

12. La violence de genre augmente les risques d'infection à VIH et entrave considérablement l'accès aux services. Des données recueillies dans les régions d'Afrique subsaharienne où la prévalence du VIH est élevée montrent que la violence au sein du couple augmente la vulnérabilité au VIH et que la violence, ou la peur de la violence, est associée à un accès au traitement, à des taux d'observance thérapeutique et à des taux d'inhibition de la répllication virale plus faibles chez les femmes et les filles^{4,5}.

13. Il ressort d'éléments récents provenant d'un essai clinique de contraceptifs effectué en Eswatini, au Kenya, en Afrique du Sud et en Zambie qu'il y a un besoin continu d'approches de prévention centrées sur les femmes, qui combinent des interventions biomédicales, sociales et économiques. Bien qu'elles aient accès régulièrement à des services de santé comprenant des options de prévention du VIH, l'incidence du VIH était très élevée chez les femmes participant à l'essai (entre 3,4 et 4,2 %) et l'incidence du VIH chez les femmes de moins de 25 ans encore plus élevée⁶. Ces données montrent à quel point il est nécessaire de s'attaquer aux dynamiques de genre sous-jacentes qui font qu'il est difficile pour les femmes d'éviter de contracter le VIH, ainsi que de renforcer la prestation intégrée de services, en particulier les services liés au VIH et les services de planification familiale (contraception).

14. La discrimination à l'égard des femmes et des filles dans l'éducation et le travail crée une insécurité économique et sociale qui nuit à la capacité d'action des femmes

⁴ Ying Li *et al.*, « Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 17, n° 1 (janvier 2014).

⁵ Abigail M. Hatcher *et al.*, « Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis », *AIDS*, vol. 29, n° 16 (octobre 2015).

⁶ Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes Trial Consortium, « HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomized, multicentre, open-label trial », *The Lancet*, vol. 394, n° 10195 (juillet 2019).

et augmente leur risque de contracter le VIH⁷. Dans de nombreux pays, les filles sont moins susceptibles que les garçons de terminer leurs études secondaires et la discrimination nuit à la qualité des cours qui leur sont offerts. Les femmes sont également surreprésentées dans le secteur informel de l'économie et les emplois précaires. Ces inégalités sont aggravées par la charge des soins et du travail domestique non rémunérés, les inégalités face aux droits de propriété et de succession et l'autonomie financière limitée qui façonnent la vie des femmes et des filles dans le monde entier.

15. Les stratégies de survie des femmes qui vivent dans la pauvreté et de celles qui ont des moyens de subsistance limités augmentent également le risque de contracter le VIH. Les besoins économiques et l'accès insuffisant à des aliments nutritifs ont été associés à des taux plus élevés de comportements sexuels à risque chez les femmes, notamment des rapports sexuels monnayés et des rapports non protégés avec des hommes qui ne sont pas leur principal partenaire^{8,9}. La faim et l'insécurité alimentaire empêchent les femmes d'entreprendre une thérapie antirétrovirale et de la poursuivre¹⁰.

16. Des lois punitives et discriminatoires visent aussi souvent les femmes et les personnes qui ne se conforment pas aux conventions en vigueur concernant le sexe, la sexualité et le genre. Certaines lois restreignent les choix sexuels et procréatifs des femmes et freinent la capacité d'action des femmes vivant avec le VIH. D'autres lois criminalisent les personnes pour leur identité sexuelle ou l'expression du genre, le commerce de services sexuels, la consommation de drogues illégales, la transmission du VIH ou la non-divulgateion de leur séropositivité. Ces lois et politiques, ainsi que la stigmatisation et la discrimination qu'elles encouragent, empêchent les gens d'avoir recours aux services dont ils ont besoin pour protéger leur santé et leur bien-être¹¹.

Les hommes et les jeunes

17. Le manque de connaissances sur le statut VIH et la protection offerte par les thérapies antirétrovirales est fréquent chez les hommes et les jeunes vivant avec le VIH. En raison de normes de genre néfastes, de comportements négatifs en matière de santé et d'une fréquentation du système de prestations sanitaires moins régulière chez les hommes que chez les femmes, une période plus longue s'écoule entre le moment de l'infection et le diagnostic ; le traitement commence donc plus tard et les taux d'inhibition de la réplication virale sont plus faibles (voir figure IV). Cela conduit à des résultats cliniques moins bons et à une plus forte probabilité de décès de causes liées au sida chez les hommes ; cela augmente également les risques d'infection chez les femmes.

18. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, seuls 30 % [19-42 %] des hommes adultes (âgés de 15 ans ou plus) vivant avec le VIH présentaient une inhibition de la réplication virale en 2018 ; en Afrique de l'Est et en Afrique australe, ce taux était de 50 % [42-59 %]. Des efforts particuliers sont nécessaires pour faire en sorte que les

⁷ ONUSIDA, *Transactional Sex and HIV Risk: from Analysis to Action* (Genève, ONUSIDA et STRIVE, 2018).

⁸ Sophie J. S. Pascoe et al., « Poverty, food insufficiency and HIV infection and sexual behaviour among young rural Zimbabwean women », *Plos One*, vol. 10, n° 1 (2015).

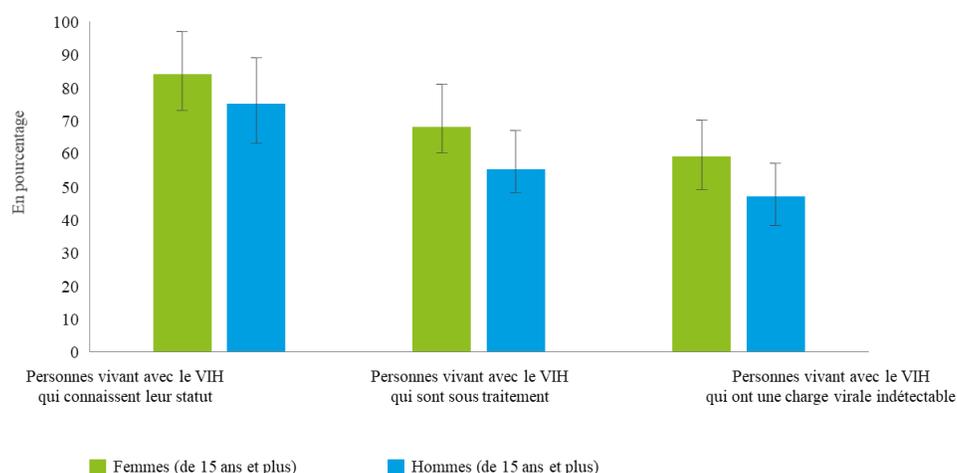
⁹ Sheri D. Weiser et al. « Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland », *Plos Medicine*, vol. 4, n° 10 (octobre 2007).

¹⁰ Elisabeth Chop et al., « Food insecurity, sexual risk behavior, and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review », *Health Care for Women International*, vol. 38, n° 9 (2017).

¹¹ ONUSIDA, *We've Got the Power: Women, Adolescent Girls and the HIV Response* (Genève, 2020).

hommes vivant avec le VIH surmontent les obstacles auxquels ils sont confrontés pour connaître leur statut VIH et parvenir à un taux d'inhibition de la réplication virale, tant pour leur propre santé que pour prévenir la transmission du VIH à leurs partenaires sexuelles.

Figure IV
Dépistage et cascade de la prise en charge du VIH chez les adultes âgés de 15 ans et plus, par sexe, dans le monde, en 2018



Source : Analyse spéciale d'ONUSIDA, 2019.

19. Il est alarmant de constater que, dans de nombreuses régions, les jeunes ont très peu de connaissances sur le VIH. Dans les pays où des données d'enquête sont disponibles depuis peu, seuls 23 % des jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) et 29 % des jeunes hommes (âgés de 15 à 24 ans) ont des connaissances complètes et exactes sur le VIH. Les restrictions légales liées à l'âge empêchent de nombreux adolescents d'avoir accès à une éducation sexuelle complète et à des services adaptés à leurs besoins qui peuvent les aider à prendre des décisions éclairées sur leur sexualité, leurs relations et leur santé. Même lorsque les jeunes ont accès à une éducation sexuelle, celle-ci commence souvent trop tard, évite certains sujets importants ou est dispensée par des enseignants qui n'ont pas bénéficié d'une formation ou d'un soutien suffisants.

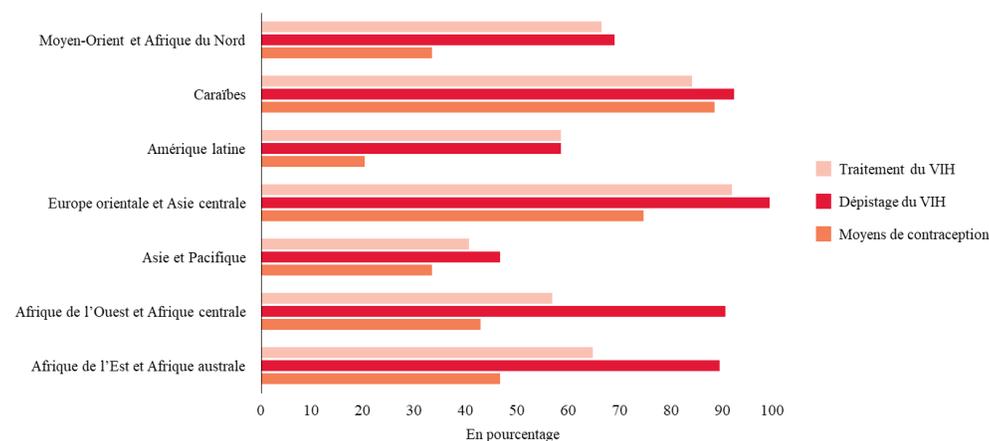
20. Les lois sur le consentement des parents ainsi que la criminalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe et des rapports sexuels consensuels entre adolescents aggravent encore la stigmatisation et les risques sanitaires auxquels sont confrontés les adolescents et les jeunes. Dans de nombreux pays, toutes régions confondues, l'accès des adolescents au dépistage et au traitement du VIH est limité. En 2019, dans 105 pays sur 142, les adolescents de moins de 18 ans devaient obtenir le consentement exprès de leurs parents pour passer un test de dépistage du VIH¹², et dans 86 pays communiquant des données sur 138, ils devaient obtenir ce consentement pour se faire traiter et être pris en charge en cas de séropositivité (voir figure V). En Afrique de l'Est et en Afrique australe, la connaissance de leur statut VIH chez les jeunes vivant avec le VIH est bien plus faible que chez les adultes : 66 % [62-71 %] des jeunes femmes séropositives (âgées de 15 à 24 ans) et 50 % [46-54 %] des jeunes hommes séropositifs (âgés de 15 à 24 ans) connaissent leur statut

¹² Dans 58 pays, les adolescents de moins de 16 ans devaient obtenir le consentement des parents ; dans 47 pays, les adolescents de moins de 18 ans devaient obtenir le consentement des parents.

VIH, contre 82 % [71-93 %] des hommes séropositifs (âgés de 15 ans et plus) et 88 % [78->95 %] des femmes séropositives (âgées de 15 ans et plus). En 2019, la Namibie et la République-Unie de Tanzanie ont abaissé à 14 ans et à 15 ans, respectivement, l'âge auquel on peut avoir accès au dépistage du VIH sans le consentement des parents^{13, 14}.

Figure V

Pourcentage de pays communiquant des données ayant des lois qui imposent le consentement des parents ou des tuteurs pour que les adolescents aient accès aux moyens de contraception, au dépistage du VIH et au traitement du VIH, par région, 2017-2019



Source : Instrument relatif aux politiques et engagements nationaux d'ONUSIDA, 2017-2019, et autres sources. Pour tout complément d'information, voir la publication d'ONUSIDA intitulée *Power to the people*.

Populations clés

21. Partout dans le monde, il existe des populations clés à haut risque d'infection à VIH, notamment les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus, les transgenres, les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Le ralentissement des progrès enregistrés en ce qui concerne la prestation de services aux populations clés a fait que la répartition mondiale des nouvelles infections à VIH a franchi un seuil notable. Il ressort des estimations épidémiologiques d'ONUSIDA pour 2018 que 54 % des infections à VIH dans le monde l'ont été chez des membres de populations clés et leurs partenaires sexuels (voir figure VI). Les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes comptaient pour plus de la moitié des nouvelles infections à VIH en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord, 40 % en Amérique latine et 30 % en Asie et dans le Pacifique. On estime que les personnes qui s'injectent des drogues comptaient pour 41 % des nouvelles infections à VIH en Europe orientale et en Asie centrale, et pour 37 % des nouvelles infections à VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe comptaient pour 14 % des nouvelles infections en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Les femmes transgenres comptaient pour 5 % des nouvelles infections dans les Caraïbes et 4 % des nouvelles infections en Amérique latine, en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord. Même en Afrique de l'Est et en Afrique australe, région où la transmission du VIH se fait principalement

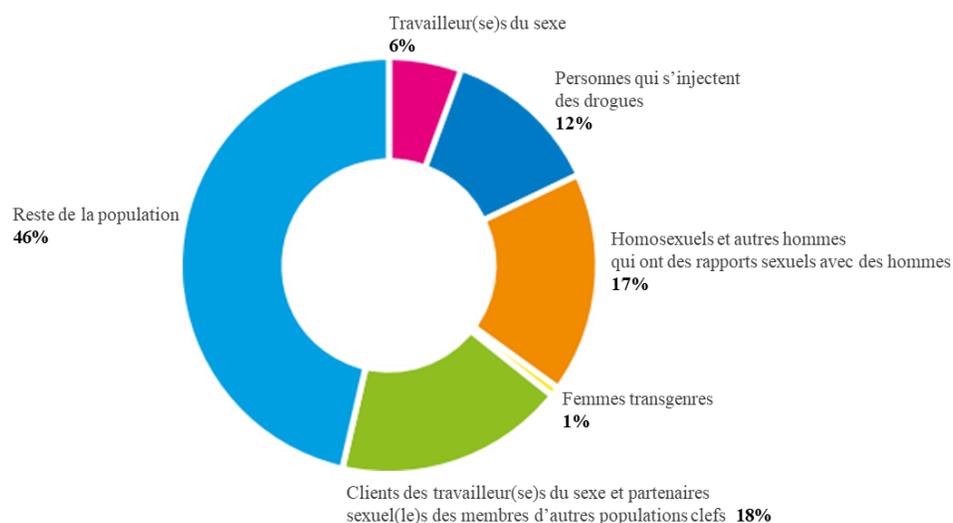
¹³ « 14-year-olds can now consent to HIV testing », *The Namibian*, 5 mars 2019.

¹⁴ Xinhua, « Tanzania lowers HIV self-testing age to 15 », 13 novembre 2019.

au sein de la population générale, 25 % des nouvelles infections se sont produites chez les populations clés et leurs partenaires sexuels.

22. Les personnes non touchées par les services de dépistage et de traitement du VIH appartiennent de plus en plus aux populations clés. Il ressort de données d'enquête qu'en moyenne, à l'échelle mondiale, plus du tiers des personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe, des homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et des transgenres ne connaissent pas leur statut VIH, et que cette proportion passe à environ la moitié chez les personnes qui s'injectent des drogues¹⁵. Les chiffres peuvent être sous-estimés, puisque les enquêtes auprès des populations clés sont généralement menées dans des zones où des services de dépistage du VIH sont disponibles et ne tiennent donc pas compte de personnes qui n'ont pas accès au dépistage.

Figure VI
Répartition des nouvelles infections à VIH par groupe de population, dans le monde, 2018



Source : Analyse spéciale d'ONUSIDA, 2019.

23. Les progrès continuent d'être ralentis du fait de l'incapacité à appliquer des méthodes éprouvées, comme la réduction globale des risques pour toutes les personnes qui s'injectent des drogues. De même, la criminalisation, une répression agressive, le harcèlement, la violence et les multiples niveaux de stigmatisation et de discrimination nuisent également aux progrès, violent les droits des personnes appartenant aux populations clés et les dissuadent de recourir aux services dont elles ont besoin. Les lois et politiques discriminatoires qui restreignent le mouvement des personnes vivant avec le VIH ou qui ciblent les comportements de populations clés entraînent des préjudices substantiels, les populations clés refusant les services liés au VIH. Les effets sur la santé, le bien-être et la dignité des personnes sont pernicieux, surtout dans le contexte de l'épidémie de VIH. Par exemple, les personnes transgenres peuvent être victimes de discrimination dans toutes les sphères de la vie, y compris l'éducation et l'emploi. L'exclusion pousse les gens à adopter des moyens de

¹⁵ ONUSIDA, *Global AIDS Monitoring 2019: Indicators for Monitoring the 2016 Political Declaration on Ending AIDS* (Genève, 2018), voir <https://aidsinfo.unaids.org/>.

subsistance et des comportements personnels qui peuvent être malsains et dangereux, les exposant à un risque élevé de toxicomanie, de violence et d'infection à VIH¹⁶.

Les enfants

24. Les taux de diagnostic du VIH, de thérapie antirétrovirale et d'inhibition de la réplication virale sont souvent plus faibles chez les enfants et les adolescents vivant avec le VIH que dans les autres groupes d'âge. Près de la moitié (46 %) de tous les enfants vivant avec le VIH dans le monde ne suivent pas de traitement ; l'Organisation mondiale de la Santé a validé l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH pour seulement 12 pays et territoires.

25. Chez de trop nombreux nourrissons, le VIH n'est détecté que lorsqu'ils présentent des symptômes qui y sont liés, ce qui compromet leurs chances de survie et de vivre une enfance en bonne santé. Au niveau mondial, en 2018, seuls 59 % [48-78 %] des enfants exposés au VIH ont été testés avant l'âge de 2 mois et on estime que 100 000 [64 000-160 000] enfants (âgés de 0 à 14 ans) sont morts de causes liées au sida.

26. L'un des principaux obstacles est qu'il faut procéder à des tests virologiques sur les nourrissons exposés au VIH, ce qui est souvent long et difficile sur le plan logistique. On estime que, dans plus de 40 % des cas, la personne qui s'occupe d'un nourrisson exposé au VIH ne reçoit jamais les résultats des tests effectués, ce qui contribue à un taux élevé d'absence de suivi et de correspondance entre les tests et le traitement, et de mortalité infantile¹⁷.

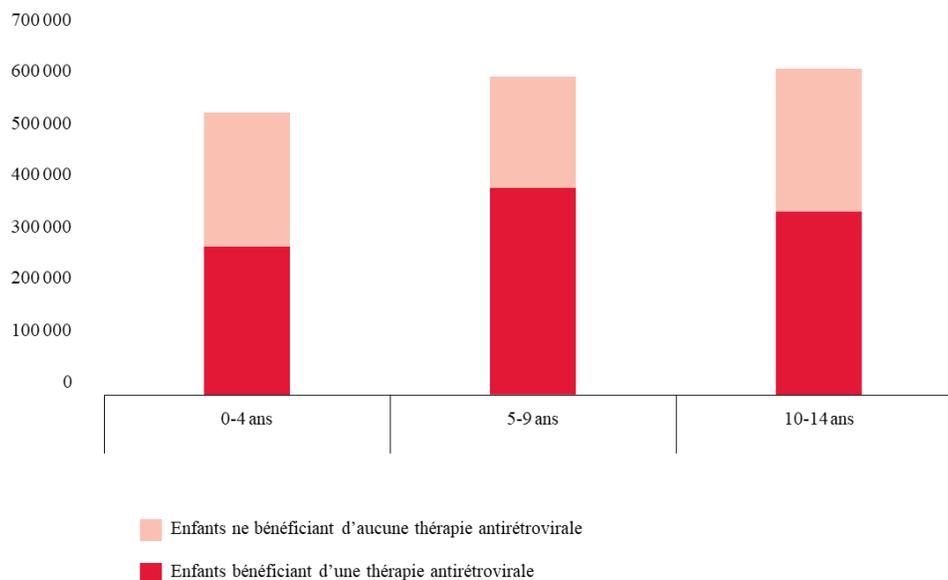
27. Le diagnostic précoce des nourrissons en Afrique de l'Est et en Afrique australe s'est considérablement étendu ces dernières années, atteignant 68 % [56-91 %] en 2018. Cependant, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, seuls 27 % [21-39 %] des nourrissons exposés au VIH ont subi un test de dépistage dans les huit semaines suivant leur naissance.

28. Tandis que les efforts de prévention des infections verticales et le dépistage des nourrissons exposés au VIH s'amélioraient, l'absence de prise en charge pédiatrique s'est déplacée sur les enfants plus âgés vivant avec le VIH, dont l'infection n'avait pas été détectée lorsqu'ils étaient bébés et qui ont pourtant survécu sans traitement. En 2018, 480 000 enfants âgés de 5 à 14 ans vivant avec le VIH ne bénéficiaient d'aucune thérapie antirétrovirale, contre 250 000 nourrissons et jeunes enfants (âgés de 0 à 4 ans) (voir figure VII).

¹⁶ ONUSIDA, *Power to the people* (Genève, 2019).

¹⁷ Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, « Point-of-care early infant HIV diagnosis: issue brief », juin 2018.

Figure VII
Nombre d'enfants vivant avec le VIH qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale, par âge, dans le monde, en 2018



Source : Estimations épidémiologiques d'ONUSIDA, 2019.

III. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, catalyseur de la lutte

29. La création d'ONUSIDA, en 1994, a introduit une innovation radicale dans la collaboration interinstitutions durant une période d'urgence sanitaire et de crise du développement. À la suite de l'adoption par l'Assemblée générale en 2018 de la résolution [72/279](#) sur le repositionnement du système des Nations Unies pour le développement, le secrétariat d'ONUSIDA et les 11 organismes qui parrainent le Programme ont pris activement part aux réformes engagées par l'ONU. Ainsi, les plans-cadres de coopération des Nations Unies pour le développement durable orientent les efforts participatifs visant à aider les équipes de pays des Nations Unies à élaborer une même manière d'analyser les épidémies de VIH dans les pays et à décider des mesures à prendre dans chacun d'entre eux avec l'appui de l'ONU.

30. Au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030 figure l'engagement de ne laisser personne de côté. ONUSIDA continue de mettre tout en œuvre pour axer ses efforts sur les personnes, notamment celles qui vivent avec le VIH, les populations clés et les personnes en situation de vulnérabilité ou de marginalisation, et d'adapter ses interventions aux besoins et priorités des pays.

31. Alors que l'ONU célèbre son soixante-quinzième anniversaire, ONUSIDA, qui est le plus important programme conjoint du système des Nations Unies, continue de jouer un rôle catalyseur dans la lutte contre l'épidémie. L'Équipe commune des Nations Unies pour la lutte contre le sida agit à l'échelle nationale et régionale en ayant pour priorité d'aider les pays à atteindre la cible 90-90-90, les organismes qui parrainent le Programme et le secrétariat œuvrant ensemble aux fins suivantes :

- a) Les politiques et directives requises sont élaborées, adoptées et appliquées ;
- b) Les dispositifs de prestation de services sont différenciés et pluriels afin de satisfaire au mieux les besoins des clients ;

c) Des moyens sont en place pour atteindre les groupes de population qui ont été négligés ;

d) Des mesures sont prises pour éliminer la stigmatisation et la discrimination dans le cadre des soins ;

e) Les communautés et la société civile participent à l'élaboration des politiques et des programmes, les services sont adaptés aux populations et la continuité des soins est assurée.

32. ONUSIDA a collaboré avec 28 pays prioritaires afin de rendre la Coalition mondiale pour la prévention de l'infection à VIH pleinement opérationnelle et d'appliquer la Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020. La Coalition s'efforce de transformer l'action de prévention du VIH à l'échelle nationale pour la mettre davantage en conformité avec les cinq axes prioritaires de la prévention dans les pays où la prévalence du virus est élevée et dans ceux où les épidémies se sont concentrées, et faire en sorte qu'elle s'attache avant tout aux populations clés.

33. Les équipes conjointes font également porter leurs efforts avant tout sur l'accélération des progrès devant conduire à l'élimination de la transmission mère-enfant et à la réalisation de cibles concernant le traitement des enfants. Elles aident les pays, entre autres, à revoir leurs programmes, à élaborer des feuilles de route et à intensifier leur action pour y parvenir.

34. En ce qui concerne la dimension de genre de l'épidémie de VIH, les équipes conjointes contribuent à l'intégration des innovations scientifiques et des nouvelles connaissances afin que la lutte contre le VIH tienne compte des questions de genre et que la compréhension et la prévention de la violence de genre s'en trouvent améliorées, de même que l'action menée à cet égard. Ainsi, l'outil d'évaluation basée sur le genre pour les ripostes nationales au VIH, introduit pour la première fois en 2014, a été mis à jour pour tenir compte des engagements pris en 2016 dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, et pour intégrer les innovations scientifiques et les nouvelles connaissances (voir résolution 70/266, annexe).

35. ONUSIDA continue d'attacher une grande importance à la participation et à l'autonomisation des jeunes, qu'il aide à mettre en place des feuilles de résultats confiés à leurs bons soins, l'objectif étant de suivre les progrès enregistrés dans la réalisation des cibles fixées dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2016.

36. L'élimination de la stigmatisation et de la discrimination continue d'être une composante majeure des activités menées par ONUSIDA. En 2018 a été lancé le Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, dont les coorganisateur étaient le Programme des Nations Unies pour le développement, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), le secrétariat d'ONUSIDA et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH. Dans le cadre du Partenariat, la priorité est donnée à six cadres d'action, soit la santé, l'éducation, le lieu de travail, le droit et la justice, la famille et la communauté, et le secours d'urgence et l'intervention humanitaire ; il s'agit également de mettre les pays au cœur du dispositif en établissant des liens avec l'initiative visant à lever les obstacles (Breaking Down Barriers) du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui vient en aide à 20 pays.

37. Les équipes conjointes facilitent et appuient également les partenariats visant à la mobilisation de ressources au profit du Fonds mondial et du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et à leur utilisation

rationnelle, ainsi que la transition vers des sources plus durables de financement de la lutte contre le sida.

IV. La voie à suivre

38. Une décennie d'action s'impose pour mener à bien le Programme 2030. Dans le cadre de cette action concertée, il faut adopter une démarche axée sur l'être humain en vue de réaliser les objectifs fixés dans la résolution 70/266, déterminer un programme commun concernant la prochaine phase de la lutte contre cette maladie et mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030¹⁸. Pour y parvenir, il est impératif de remédier aux inégalités à la fois en termes d'accès aux soins et de résultats, et de donner le maximum d'effet aux synergies en s'efforçant de réaliser la couverture sanitaire universelle et d'atteindre les autres objectifs et cibles de développement durable.

39. Il est probable que la crise liée à la COVID-19 aura des effets négatifs profonds sur les actions engagées pour parvenir au développement durable. Alors que les interactions entre le VIH, le déficit immunitaire lié au VIH et la COVID-19 commencent à être connues, des inquiétudes se font jour au sujet du bien-être des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, notamment face à la possibilité de voir les services de prévention, de dépistage et de soins gravement perturbés. Il faut tenir pleinement compte des différences d'impact en fonction des segments de la population, accorder une attention particulière aux groupes sociaux défavorisés et appliquer les principes les plus élevés s'agissant des droits humains. Il importe d'assurer un accès universel aux vaccins et aux traitements, dans le plein respect des droits de la personne, de l'égalité des genres et sans aucune stigmatisation.

Remédier aux inégalités de genre affectant les droits des femmes durant une année charnière

40. L'autonomisation des femmes et des filles et l'exercice de leurs droits humains revêtent une importance cruciale dans l'instauration de sociétés plus justes, plus équitables et plus prospères. Il ne sera pas possible de mettre un terme à l'épidémie de sida aussi longtemps que les femmes et les filles se verront dénier la maîtrise de leurs corps et leurs droits sexuels et procréatifs.

41. En 1995, dans la Déclaration et le Programme d'action de Beijing, les États Membres s'étaient engagés à instaurer et à maintenir un contexte juridique non discriminatoire qui tienne compte des questions de genre, à combler les lacunes juridiques qui font que certains des droits des femmes et des filles ne sont pas protégés et à faire en sorte que celles-ci puissent disposer de voies de recours efficaces dans les cas de discrimination fondée sur le genre. Malgré tout, quelque 2,5 milliards de femmes et de filles dans le monde continuent de subir les effets de lois à caractère discriminatoire. Les personnes transgenres sont également criminalisées dans 19 pays au moins¹⁹. Alors que le monde célèbre le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption de la Déclaration de Beijing, il faut une nouvelle fois mettre l'accent sur la nécessité d'accélérer les réformes législatives et d'appliquer les nouvelles lois, et de faire en sorte que les femmes puissent exercer leurs droits humains et acquérir des connaissances juridiques de base.

42. Il faut éliminer les injustices liées au genre et les déséquilibres dans les rapports de force, qui sont profondément ancrés dans des règles sociales et des comportements masculins néfastes. Des changements radicaux doivent intervenir sur les plans

¹⁸ Pour mettre fin à l'épidémie en tant que menace sanitaire, il faut que le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida soit réduit de 90 % par rapport aux données de base de 2010.

¹⁹ ONUSIDA, *We've Got the Power*.

juridique, politique, institutionnel et sociétal pour que l'égalité des genres et les droits humains soient favorisés, que soit mis un terme à toutes les formes de stigmatisation et de discrimination, et que les populations clés cessent d'être criminalisées.

43. Les femmes et les adolescentes vivant dans des milieux où la prévalence est élevée, les populations féminines clés (les travailleuses du sexe, les femmes transgenres, les femmes qui s'injectent des drogues et les détenues), ainsi que les partenaires féminines de personnes faisant partie de populations clés, dans quelque contexte que ce soit, doivent avoir accès à des services de santé sexuelle et procréative axés sur les femmes et pouvoir exercer les droits correspondants, notamment une meilleure intégration des moyens de prévention, de dépistage et de traitement du VIH et des infections sexuellement transmissibles aux services de contraception.

44. L'éducation et l'indépendance économique rendent les femmes autonomes et les protègent contre le VIH. Il est apparu que la scolarisation réduit les risques face au VIH²⁰. Les mesures incitatives destinées aux jeunes, en particulier aux filles, notamment le versement d'argent liquide, afin qu'ils fréquentent l'école plus longtemps et réussissent mieux dans leurs études permettent d'améliorer l'assiduité et les résultats, la santé et la nutrition (en particulier chez les enfants), d'encourager l'autonomie, de favoriser un comportement sexuel plus sûr, de retarder le moment du premier rapport, de réduire le nombre des grossesses chez les adolescentes et des mariages précoces et de faire baisser le niveau de pauvreté monétaire^{21, 22, 23}. Une étude menée durant trois années en Eswatini a montré que la probabilité de contracter le VIH était moins élevée de 25 % chez les élèves qui avaient reçu une incitation financière à rester à l'école que chez ceux qui n'en avaient pas reçu. Il s'est avéré que pour les participants qui avaient à la fois reçu une incitation financière et s'étaient vu offrir la possibilité de prendre part à une tombola s'ils restaient sains de toute infection sexuellement transmissible, cette probabilité était moins élevée de 38 %²⁴.

45. Mettre fin à toutes les formes de violence contre les femmes et les filles est un aspect essentiel de l'objectif de développement durable n° 5 relatif à l'égalité des genres. Il importe d'adopter et d'appliquer des politiques de tolérance zéro et des lois pour faire reculer la violence de genre, tout comme il est essentiel d'intervenir durablement sur le plan social pour s'attaquer aux normes et aux relations à l'origine de cette violence et les faire évoluer.

46. Des interventions locales de transformation des comportements visant à empêcher la violence au sein du couple et à réduire le risque d'infection à VIH ont

²⁰ Jan-Walter De Neve *et al.*, « Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment », *The Lancet: Global Health*, vol. 3, n° 8 (août 2015).

²¹ Francesca Bastagli *et al.*, *Cash Transfers: What Does the Evidence Say – A Rigorous Review of Programme Impact and the Role of Design and Implementation Features* (Londres, Overseas Development Institute, 2016).

²² Ebenezer Owusu-Addo et Ruth Cross, « The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: a systematic review », *International Journal of Public Health*, vol. 59, n° 4 (août 2014).

²³ Catherine Arnold, Tim Conway et Matthew Greenslade, *Cash Transfers: Evidence Paper – Policy Division 2011* (Londres, Department for International Development, 2011).

²⁴ M. Gorgens *et al.*, « 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 », in *International AIDS Society, IAS 2019 : Abstract Book* (2019).

produit de bons résultats, en particulier en Afrique australe^{25, 26, 27}. L'analyse de ces interventions montre que la participation sur un plan pratique de jeunes femmes et de jeunes hommes et l'intérêt dûment manifesté pour les conditions sociales et structurelles dans leur ensemble sont deux conditions essentielles pour réussir²⁸.

47. La prophylaxie préexposition apparaît comme un moyen de prévention qui responsabilise les femmes et les filles exposées à un risque élevé d'infection à VIH. En Afrique subsaharienne, des pays ont commencé à mettre en place cette prophylaxie préventive au bénéfice des femmes. L'expérience montre que la stigmatisation et les idées fausses, par exemple le fait d'associer l'utilisation de cette prophylaxie à la légèreté des mœurs, peuvent nuire à l'introduction de ce procédé, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes^{29, 30}. À l'inverse, cette méthode prophylactique est largement adoptée lorsque les femmes et les filles reçoivent des informations précises à son sujet, notamment des explications convaincantes sur les bénéfices qui peuvent en être retirés, et lorsque la prophylaxie préexposition est présentée comme une méthode préventive émancipatrice et un choix de vie salubre^{31, 32}.

48. Il importe par ailleurs que les hommes et les garçons participent à la défense, à la promotion et au respect de l'égalité des genres et de la santé sexuelle et procréative des femmes et des droits qui y sont associés, ainsi que de la capacité des femmes de prendre des décisions à cet égard, et qu'ils participent à la lutte contre la violence de genre.

Autonomiser les jeunes

49. L'autonomisation des jeunes, en particulier des adolescentes et des jeunes femmes, et de ceux qui appartiennent à des populations clés et à des groupes vulnérables, repose sur une éducation sexuelle complète, qui est une composante importante de la prévention du VIH car elle permet à ces personnes de comprendre en quoi consistent leurs droits à la santé et de faire des choix en toute connaissance de cause, ainsi que de mener une vie à l'abri des risques, d'être productives et de s'épanouir tout en entretenant des relations dans le respect de l'autre.

50. Une éducation sexuelle complète peut également venir à bout des lacunes qui subsistent dans la connaissance du VIH et ainsi donner de meilleurs résultats en matière de santé. Il faut d'urgence prévenir la violence contre les enfants et les

²⁵ Andrew Gibbs, Jessica Jacobson et Alice Kerr Wilson, « A global comprehensive review of economic interventions to prevent intimate partner violence and HIV risk behaviours », *Global Health Action*, vol. 10, supp. n° 2 (2017).

²⁶ Eleanor Maticka-Tyndale et Jessica Penwell Barnett, « Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: a review », *Evaluation and Program Planning*, vol. 33, n° 2 (mai 2010).

²⁷ Sandra I. McCoy, Rugare A. Kangwende et Nancy S. Padian, « Behavior change interventions to prevent HIV infection among women living in low- and middle-income countries: a systematic review », *AIDS and Behavior*, vol. 14, n° 3 (juin 2010).

²⁸ Jenevieve Mannell *et al.*, « Why interventions to prevent intimate partner violence and HIV have failed young women in southern Africa », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 22, n° 8 (août 2019).

²⁹ K. Ortblad *et al.*, « PrEP users perceive high community-level PrEP stigma in Kenya », in *International AIDS Society, IAS 2019 : Abstract Book* (2019).

³⁰ Daisy Maria Machado, Alexandre Machado de Sant'Anna Carvalho et Rachel Riera, « Adolescent pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: current perspectives », *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, vol. 8 (2017).

³¹ Connie L. Celum *et al.*, « HIV pre-exposure prophylaxis for adolescent girls and young women in Africa: from efficacy trials to delivery », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 22, supp. n° 4 (juillet 2019).

³² Connie L. Celum *et al.*, « Adherence 3 months after PrEP initiation among young African women » in poster presented at the 2019 Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, Washington, mars 2019.

adolescents et apporter un soutien aux personnes qui ont subi cette violence, en se fondant sur des solutions qui ont fait leurs preuves.

51. Il est essentiel que les adolescents aient accès à des services de dépistage et de traitement du VIH qui leur soient adaptés, y compris une assistance sociale qui leur permette de prendre des décisions éclairées concernant leurs soins et les aide à faire face à de problèmes difficiles tels que la divulgation de l'information et la pression du groupe. Une étude réalisée en Afrique du Sud a montré que la superposition des interventions conduit à ce que les adolescents suivent mieux leur traitement. Le taux des adolescents âgés de 10 à 19 ans vivant avec le VIH qui ne suivent pas leur thérapie antirétrovirale est de 18 % chez ceux qui ont reçu une aide alimentaire, ont bénéficié de l'appui de leurs parents ou des soignants et ont fait partie d'un groupe de soutien, alors qu'il est de 54 % chez ceux qui n'ont pas bénéficié d'aucune aide³³.

52. Faire tomber les obstacles liés à l'âge du consentement est également un moyen d'améliorer la couverture des services. Le taux de dépistage du VIH chez les filles âgées de 15 à 18 ans est près de 50 % plus élevé dans les pays où l'âge du consentement est inférieur à 15 ans que dans ceux où cet âge est supérieur à 16 ans³⁴.

Toucher les personnes les plus démunies et parvenir à des résultats qui changent la donne par des démarches globales, multisectorielles et communautaires

53. L'expérience a montré que la mise en place de services adaptés à leurs propres besoins par les populations clés et les autres groupes touchés, lorsqu'elle repose sur des changements structurels permettant d'améliorer la protection des droits humains, l'égalité des genres et les conditions socioéconomiques, produit de bons résultats dans tous les contextes géographiques, culturels et épidémiques.

54. Par conséquent, pour parvenir à réduire de 90 % le nombre d'infections à VIH d'ici à 2030, il faut proposer, dans des contextes différents d'un endroit du monde à l'autre, divers moyens préventifs accessibles et adaptés aux besoins et réalités des personnes présentant le plus grand risque d'infection. Une offre large de moyens de dépistage tels que le diagnostic précoce chez le nourrisson dans des centres de soins, l'auto-dépistage, le dépistage de proximité et le dépistage de l'entourage, permet de diagnostiquer précocement la présence du VIH, de démarrer rapidement le traitement et de parvenir plus vite à une inhibition de la répllication virale, autant de points importants à la fois pour la santé des personnes vivant avec le VIH et pour empêcher la propagation du virus.

55. Une étape cruciale consiste à faire en sorte que la population locale s'engage concrètement dans l'action et ait les moyens de se prendre en charge. Parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'aide de proximité s'est avérée des plus efficaces pour promouvoir les rapports sexuels protégés, populariser le recours à la prophylaxie préexposition et plaider en sa faveur, faire augmenter les taux de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles et contribuer à l'observance thérapeutique^{35, 36}. Selon les données, les adolescents sont moins enclins à abandonner leur traitement s'ils bénéficient d'une

³³ Lucie D. Cluver *et al.*, « Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? », *AIDS Care*, vol. 28, supp. n° 2 (2016).

³⁴ Britt McKinnon et Ashley Vandermorris, « National age of consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity source-matched study », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 97, n° 1 (janvier 2019).

³⁵ James Stannah *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: HIV*, vol. 6, n° 11 (novembre 2019).

³⁶ Syliva Shangani *et al.*, « Effectiveness of peer-led interventions to increase HIV testing among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis », *AIDS Care*, vol. 29, n° 8 (2017).

entraide sociale ; en Afrique de l'Est et en Afrique australe, les adolescents qui ont reçu un tel appui présentent une inhibition de la réplication virale sept fois plus élevée que le taux moyen au niveau régional³⁷.

56. En même temps qu'elles jouent un rôle primordial dans la fourniture des services, les organisations locales sont le fer de lance de l'action visant à modifier les lois en vertu desquelles les populations clés sont criminalisées et les personnes vivant avec le VIH subissent une discrimination. Dépositaires de toutes les informations utiles à la lutte contre le sida, elles mènent une action majeure auprès des pouvoirs publics en demandant des comptes aux décideurs et en réclamant une action politique menée avec détermination.

Maximiser l'impact des investissements faits dans la lutte contre le VIH

57. Depuis les premières années de la lutte contre le sida, grâce à la force combinée de l'activisme de la société civile et de l'impulsion politique, des ressources financières ont été mobilisées à un niveau inégalé jusqu'à présent face à un problème de santé publique : entre 2000 et 2018, 168 milliards de dollars au total (montant non corrigé de l'inflation) ont été investis dans la lutte contre le sida, rien qu'en Afrique subsaharienne.

58. Ces investissements ont eu bien d'autres effets que de prévenir des infections à VIH et d'empêcher des décès dus au sida. La lutte contre la maladie a fait progresser le droit à la santé, l'égalité des genres et la protection sociale et elle a permis de modifier des règles sociales, de remédier à l'exclusion sociale et de faire tomber les obstacles juridiques aux soins et au développement. Le financement de la lutte contre le VIH a également contribué à renforcer les systèmes de santé en général dans de nombreux pays, par la formation des travailleurs sanitaires, la consolidation des données sanitaires et des installations de laboratoire, l'amélioration des systèmes de gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement et la mise en place de mesures plus efficaces localement comme la mobilisation des agents de santé communautaires, le transfert des tâches et la promotion de prestations de services plus intégrées et axées sur l'être humain³⁸.

59. En Zambie, par exemple, une subvention du Fonds mondial a aidé à l'intégration des services spécialisés dans le traitement du VIH et du cancer du col de l'utérus, ce qui a conduit à élargir l'accès au dépistage et sa prise en charge, à favoriser le dépistage précoce et à traiter des lésions précancéreuses. Le Fonds mondial encourage les pays à remédier aux faiblesses générales de leur système de santé et à créer des systèmes sanitaires résilients et durables, dans le cadre de leurs demandes de subventions destinées à éliminer le VIH, la tuberculose et le paludisme³⁹. Selon une évaluation indépendante, 5,8 milliards de dollars recueillis au titre du nouveau modèle de financement du Fonds mondial introduit en 2014 ont été utilisés pour bâtir des systèmes sanitaires résilients et durables, ce qui représente 27 % du montant total des investissements réalisés par le Fonds, soit 21,4 milliards de dollars⁴⁰.

60. Dans le cadre du Plan présidentiel d'urgence, de loin le plus important pourvoyeur bilatéral de fonds destinés à la lutte contre le sida dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire, plus de 10 milliards de dollars ont été investis dans le renforcement des systèmes de santé, dont 393 millions, en 2019, ont

³⁷ D. Mark *et al.*, « The power of peers: multi-country analysis of adolescent viral suppression in sub-Saharan Africa », 2018.

³⁸ John Palen *et al.*, « PEPFAR, health system strengthening, and promoting sustainability and country ownership », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, vol. 60, supp. n° 3 (août 2012).

³⁹ Fonds mondial, « Building resilient and sustainable systems for health: information note », 23 août 2019.

⁴⁰ Fonds mondial, « Technical Evaluation Reference Group: position paper – thematic review on resilient and sustainable systems for health », juillet 2019.

concerné une gamme d'activités telles que l'appui aux systèmes de données et à l'utilisation des données et la consolidation des systèmes de laboratoires et de gestion de la chaîne d'approvisionnement. Ces investissements réalisés dans le cadre du Fonds mondial et du Plan présidentiel ont accéléré la lutte contre le sida et les progrès accomplis en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle, et ont aidé les pays à se préparer à parer aux risques émergents menaçant la sécurité sanitaire mondiale.

61. Il n'en reste pas moins que les investissements internationaux et intérieurs réalisés en matière de lutte contre le sida ne sont pas à la hauteur des engagements pris en la matière à l'échelle mondiale. En 2016, l'Assemblée générale a approuvé l'augmentation régulière des investissements en faveur de la lutte contre le sida dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire, une hausse qui devrait permettre d'arriver à au moins 26 milliards de dollars d'ici à 2020, soit le montant requis pour atteindre les cibles fixées d'un commun accord dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida. Le fait que davantage de ressources financières aient été disponibles en 2016 et 2017 a donné à penser que la communauté internationale respectait ses engagements. Malheureusement, en 2018, les investissements dans les pays à faible revenu et les pays à revenu intermédiaire ont baissé de 900 millions de dollars pour s'établir à 19 milliards de dollars (en chiffres constants de 2016) (voir figure VIII).

62. Il faut également s'efforcer de donner plus d'impact aux mesures en les rendant plus efficaces, novatrices et intégrées. Des progrès notables ont été réalisés dans quelques pays, mais trop souvent les avancées demeurent épisodiques.

63. Les progrès accomplis dans la lutte contre l'épidémie peuvent être étroitement suivis au moyen des sommes investies dans l'action menée à l'échelle nationale contre le sida et en analysant l'efficacité de cette action. Lorsque le financement est disponible et utilisé à bon escient, les résultats sont incontestables. Ainsi, en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où les dépenses prévues par personne vivant avec le VIH ont été incluses dans l'estimation des ressources nécessaires à l'échelle régionale pour 2020, les infections à VIH et les décès liés au sida ont diminué plus rapidement que dans les autres régions.

Figure VIII
Ressources consacrées à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, par source de financement (en dollars des États-Unis, valeur constante de 2016), 2000-2018, et objectif pour 2020

(En milliards de dollars des États-Unis)



Source : UNAIDS resource availability and needs estimates, 2019.

64. Au vu des engagements pris par la communauté internationale lors de la reconstitution des ressources du Fonds mondial pour son cycle de financement 2020-2022 et de la prolongation du Plan présidentiel d'urgence jusqu'en 2023 au moins, on peut espérer que les investissements dans la lutte contre le VIH sont en bonne voie de

réalisation. Ces engagements sont toutefois insuffisants à eux seuls. Si au niveau national et à l'échelle internationale, les ressources requises pour atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée générale pour 2020 ne parvenaient pas à être mobilisées, l'action qui est menée pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030 serait gravement compromise.

Préparer la prochaine phase de la lutte contre le sida

65. La bataille menée à l'échelle mondiale pour éliminer le VIH est loin d'être gagnée : plus de 13 millions de personnes vivant avec le virus sont dans l'attente d'un traitement et le nombre de nouvelles infections est trois fois plus élevé que la cible fixée pour 2020 (moins de 500 000 nouvelles infections). La communauté internationale doit aller de l'avant avec une énergie renouvelée et se montrer unie en adhérant à un programme clair qui présidera à la prochaine phase de l'action mondiale menée contre le sida. En 2020, ONUSIDA collabore avec les États Membres, la société civile et les autres partenaires pour passer en revue les progrès accomplis, définir les objectifs pour 2025 et actualiser la stratégie mondiale de lutte contre le sida qui permettra d'atteindre ces objectifs.

66. À la mi-2018 a été créé un processus visant à déterminer les objectifs pour 2025, sous la direction du Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Les consultations techniques qui ont eu lieu ont produit des résultats concluants, dont des analyses approfondies de ce qui marche et de ce qui ne marche pas.

67. Une plus grande attention a également été accordée à l'intégration de la prestation des services liés au VIH et des autres services nécessaires à chaque population. Par exemple, en intégrant la prestation de services liés au VIH à ceux liés à la santé sexuelle et procréative et aux droits correspondants, il est possible de faire bénéficier véritablement les adolescentes et les jeunes femmes de ces services, l'intégration des services liés au VIH et à la tuberculose étant, elle, nécessaire à de nombreuses personnes vivant avec le VIH. En ce qui concerne l'intégration avec les thérapies de substitution aux opioïdes, elle s'est avérée améliorer les taux de dépistage et de traitement du VIH chez les patients qui s'injectent des drogues.

68. Les nouveaux objectifs fixés pour 2025 contribueront à orienter les pays vers des démarches axées sur l'être humain. La stratégie révisée d'ONUSIDA présentera la voie à suivre pour atteindre lesdits objectifs et pour mettre fin à l'épidémie d'ici à 2030. Le processus d'actualisation de la stratégie reposera sur des données et des consultations auxquelles participeront les ministères de la santé, les ministères des finances, les ministères chargés de l'égalité des genres, des parlementaires et la société civile, dont des personnes qui vivent avec le VIH, risquent d'être infectées ou sont touchées par le virus, des jeunes, des organisations d'inspiration religieuse, des scientifiques et le secteur privé.

V. Recommandations

69. Les recommandations ci-après sont formulées à l'intention des États Membres et visent à aider ceux-ci à tirer parti des bons résultats obtenus, à lever les obstacles freinant les progrès, à réaliser les objectifs fixés pour 2020 et à établir un plan pour les cinq prochaines années, qui conduise le monde à juguler l'épidémie d'ici à 2030 et contribue à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des autres objectifs et cibles du Programme 2030.

Recommandation n° 1 : s'attaquer aux inégalités, qui sont au cœur des disparités constatées actuellement

70. Les États Membres sont instamment invités à :

a) Remédier aux inégalités profondes qui ralentissent la progression de la lutte contre le VIH, notamment les normes qui nuisent à l'égalité des genres, les inégalités économiques et la discrimination dans les soins de santé, dans l'éducation, sur le lieu de travail, dans la loi et la justice, dans la famille et la communauté, et dans le cadre des secours et de l'aide humanitaire ;

b) Adopter des stratégies de lutte axées sur l'être humain, y compris des dispositifs différenciés de prestation de services qui comprennent un choix de qualité de moyens de prévention, de dépistage du VIH et de thérapie antirétrovirale à une échelle suffisante, adaptés aux différents besoins et situations concrètes des personnes présentant un risque d'infection très élevé et de celles vivant avec le VIH, et parvenir à des niveaux de couverture conformes aux cibles mondiales ;

c) Faire en sorte que tous les jeunes, en particulier les filles, puissent rester scolarisés et que chaque école dispense une éducation complète de qualité sur les droits en matière de santé, portant notamment sur les questions de genre et la violence ;

d) Redoubler d'efforts pour créer les conditions juridiques et politiques conduisant à l'élimination des lois punitives qui perpétuent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des groupes vulnérables et à la prestation de services de santé et de lutte contre le VIH à ces personnes et populations, notamment la levée des restrictions imposées aux adolescents concernant l'accès aux services essentiels de santé et de lutte contre le VIH. La Commission mondiale sur le VIH et le droit a énoncé les mesures qui devraient être prises pour garantir des réponses en matière de santé efficaces et durables qui soient en adéquation avec les obligations universelles relatives aux droits de la personne.

Recommandation n° 2 : tirer parti des possibilités offertes par le vingt-cinquième anniversaire de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing pour lutter contre les inégalités de genre qui contribuent à accentuer la vulnérabilité des femmes et des filles face au VIH

71. Les États Membres sont instamment invités à :

a) Mettre à profit le vingt-cinquième anniversaire de l'adoption de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing pour promouvoir l'égalité des genres et faire en sorte que les progrès réalisés, la refonte des pratiques, des politiques et des institutions reposent sur la parfaite compréhension des dimensions du VIH liées au genre, ainsi que des facteurs et obstacles sociaux qui empêchent toutes les femmes et les filles d'accéder aux soins de santé. Le monde doit adopter une démarche féministe dans la lutte contre le VIH, ce qui consiste à donner la priorité à l'égalité des genres, à autonomiser les femmes et les filles et à modifier le programme de santé et de développement en faveur des femmes et des filles et de toutes les populations clés ;

b) Faire en sorte que les femmes et les filles puissent exercer leurs droits partout et disposent des moyens de se protéger contre le VIH, et que toutes celles qui vivent avec le VIH aient accès à des services de dépistage et de soins adaptés à leurs besoins. La prévention de la violence de genre doit commencer dès le jeune âge, afin que les filles et les garçons puissent remettre en question et contester les normes de genre qui justifient la violence contre les femmes. Les interventions visant à prévenir

la violence au sein du couple et le VIH doivent également être organisées avec des jeunes et des hommes, dans le cadre d'un véritable processus participatif de recherche, d'élaboration et de mise en œuvre ;

c) Accélérer la réforme et l'application des lois aux fins du respect des droits des femmes, en prenant appui sur un financement adéquat et des institutions solides. Les réformes législatives doivent s'accompagner d'activités de sensibilisation, de la mobilisation de la population locale et d'une éducation juridique de base. Les femmes doivent connaître leurs droits, particulièrement en matière de santé et de VIH, savoir comment procéder pour obtenir réparation et avoir accès à l'aide juridictionnelle et à la justice en cas de violation de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative ;

d) Améliorer l'intégration des services de santé sexuelle et procréative, notamment la contraception et le dépistage, la prévention et les possibilités de soin concernant le VIH et les infections sexuellement transmissibles, et améliorer la sensibilisation à la prévention à l'échelon local, à la fois pour les femmes et les hommes. Il demeure urgent de mettre en place une gamme plus étendue de moyens efficaces de prévention du VIH et d'innovations médicales qui bénéficieraient aux femmes, notamment aux adolescentes et aux jeunes femmes courant un risque élevé d'infection à VIH ;

e) Mettre à jour les politiques et les programmes en s'assurant la participation d'hommes et de garçons, l'objectif étant de tirer parti de toutes les possibilités d'éliminer les comportements masculins néfastes, de mettre fin à l'impunité et de faire cesser la violence de genre.

Recommandation n° 3 : combler le manque de financement et de leadership et adopter des stratégies d'ensemble et de qualité face au sida

72. Les États Membres sont instamment invités à :

a) Allouer les ressources de manière optimale, combler le manque de financement et atteindre l'objectif qui fixe à 26 milliards de dollars au moins, en 2020, le montant total des investissements financiers réalisés au bénéfice des dispositifs de lutte contre le sida dans les pays en développement. Il faut investir davantage dans : des dispositifs articulant la prévention et le dépistage du VIH aux soins et à l'observance thérapeutique ; l'élimination des comorbidités et des co-infections ; des outils porteurs sur le plan social comme les programmes de sensibilisation, de mobilisation collective et politique, de suivi de proximité, de communication et d'information, qui permettent de ne laisser personne de côté ;

b) Réaliser des investissements substantiels dans des services de grande qualité, différenciés et ancrés localement, qui soient adaptés au vécu des personnes qui en ont besoin (dont les femmes et les filles, les populations clés et les personnes vivant avec le VIH) et prendre acte du rôle essentiel que jouent les personnes qui font de l'entraide, les agents de santé communautaires, les prestataires de services à domicile, les militants locaux et les réseaux des personnes qui vivent avec le VIH, risquent d'être infectées ou sont touchées par le virus ;

c) Accroître et maintenir les investissements dans les dispositifs qui permettent de donner un rôle prépondérant aux groupes de personnes qui vivent avec le VIH, risquent d'être infectées ou sont touchées par le virus, de les associer aux mesures prises et de les responsabiliser. Les groupes de population réclament des réformes politiques et juridiques afin que tous ceux qui en ont besoin puissent accéder à la prévention, aux traitements et aux services de protection sociale de manière équitable et sans être en butte à la stigmatisation.

Recommandation n° 4 : s'efforcer de fixer des objectifs ambitieux pour 2025 et actualiser la stratégie mondiale de lutte contre le sida

73. Les États Membres sont instamment invités à renouveler l'engagement qu'ils ont pris de lutter contre le VIH et d'accélérer leurs efforts en vue d'atteindre l'objectif commun, qui est de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, notamment en collaborant avec ONUSIDA, la société civile et les autres partenaires afin de fixer d'ambitieux objectifs axés sur l'être humain pour 2025 et d'actualiser la stratégie mondiale de lutte contre le sida en vue d'atteindre ces objectifs.
