ONUSIDA 2020

EXAMEN DES DONNÉES

Mise en œuvre de la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA : accélérer l'éradication du sida

31 juillet 2020

VERSION AVANCÉE.

Les visuels dans ce document sont partiellement en anglais et seront mis à jour prochainement dans la version finale.

Table des matières

Avant-propos

La stratégie ONUSIDA 2016-2021, que le Conseil de coordination du programme ONUSIDA a adoptée en 2015, était un appel audacieux à accélérer la riposte au VIH et à atteindre les personnes laissées pour compte. Elle a appelé à concentrer les investissements dans cette riposte afin de pouvoir atteindre une série d'objectifs ambitieux à l'horizon 2020. Elle a également été l'une des premières stratégies des Nations unies à être alignée sur les objectifs de développement durable et visait à orienter et à soutenir des réponses adaptées aux besoins locaux tout en favorisant de nouvelles formes de leadership et de responsabilité aux niveaux régional, national et communautaire.

Depuis 2015, le contexte mondial a considérablement évolué. Même avant la pandémie COVID-19, les progrès de la riposte mondiale contre le sida n'étaient pas suffisants pour atteindre les objectifs de 2020 en matière de VIH.

Les données les plus récentes (pour 2019) démontrent que des progrès rapides et spectaculaires sont nécessaires - et possibles. Le rapport mondial actualisé sur le SIDA 2020 de l'ONUSIDA, intitulé *Saisir l'occasion*, souligne les progrès réalisés dans la cascade du dépistage et du traitement du VIH : on estime que 81 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2019 et que plus des deux tiers (67 %) de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH suivaient un traitement antirétroviral. Le nombre de personnes vivant avec le VIH sous traitement a triplé depuis 2010 *(1).* Toutefois, seul un petit nombre de pays atteindra les objectifs 90-90-90 d'ici la fin de 2020. Dès lors, dans plus d'un quart (28 %) des pays, moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH affichait une suppression de leur charge virale en 2019.

Les obstacles et les disparités dans la riposte mondiale au sida sont de plus en plus évidents entre les régions, les pays, les populations et les communautés. L'inégalité en termes d'accès aux services sociaux et de santé reflète, exacerbe et recoupe souvent d'autres inégalités, notamment les inégalités entre les sexes et les inégalités résultant d'une discrimination fondée sur le revenu, la race, l'âge, l'origine ethnique, le handicap, le statut d'immigration ou l'orientation sexuelle. Ces inégalités façonnent une épidémie mondiale dans laquelle la majorité des nouvelles infections par le VIH touchent des populations clés et leurs partenaires. Ces inégalités sont à la base de l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne, l'épicentre de la pandémie mondiale et où les filles représentent 5 nouvelles infections sur 6 par le VIH chez les adolescents de 15 à 19 ans.

Dans le même temps, nous ne pouvons pas oublier que nous disposons de la science, des outils et de l'engagement nécessaires pour prévenir chaque nouvelle infection par le VIH et éviter chaque décès lié au sida. Nous devons avoir le courage de nous demander pourquoi nous échouons et ce que nous devons faire pour nous remettre sur la bonne voie.

Cet examen des données est une des composantes du processus de révision de la stratégie. Il pose des questions cruciales alors que nous nous préparons à élaborer la prochaine stratégie de l'ONUSIDA. Qu'est-ce qui fonctionne et comment doit-on le maintenir ou le développer ? Où et à quels égards prenons-nous du retard, et pourquoi ? Comment surmonter les écarts et les obstacles qui entravent les progrès cohérents dans l'ensemble des communautés, des pays et des régions ? Comment souligner l'importance de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, de la modification des lois néfastes, du soutien à l'accès aux recours juridiques et de la lutte contre les inégalités entre les sexes, afin d'atteindre les objectifs de la prochaine stratégie parmi toutes les populations et dans chaque communauté d'un pays ?

L'examen met en lumière des approches sur lesquelles nous pouvons nous appuyer, notamment dans les domaines où les approches fondées sur des données probantes de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA restent valables, mais n'ont pas été mises en œuvre avec une rapidité, une qualité ou une ampleur suffisantes. L'étude fournit également une analyse qui donne à réfléchir sur les points faibles de la riposte mondiale au VIH. Elle prépare le terrain pour une discussion plus approfondie sur les mesures nécessaires pour soutenir les pays et les

communautés qui s'efforcent de ne délaisser personne et de mettre fin au sida considéré comme une menace pour la santé publique.

Avec plusieurs autres contributions, l'examen éclairera l'élaboration de la prochaine stratégie de l'ONUSIDA et guidera l'orientation future de la riposte mondiale au VIH.

Dans les mois à venir, nous continuerons à mener de vastes consultations. Nous organiserons une consultation multipartite au mois de septembre 2020 afin de revoir la stratégie actuelle et de discuter des priorités stratégiques pour la prochaine stratégie. Nous conviendrons également d'une approche pour développer la prochaine stratégie. Nous continuerons ensuite à faire participer le Conseil de coordination du programme et un large éventail de parties prenantes par le biais de discussions de groupe, d'entretiens et d'autres consultations.

Nous comptons sur votre engagement continu et actif dans ce processus pour que la prochaine stratégie de l'ONUSIDA demeure ambitieuse, visionnaire et fondée sur des données probantes, et qu'elle nous remette sur la bonne voie afin d'éradiquer le sida à l'horizon 2030.

Dans les mois à venir, nous continuerons à mener de vastes consultations. Nous organiserons une consultation multipartite au mois de septembre 2020 afin de revoir la stratégie actuelle et de discuter des priorités stratégiques pour la prochaine stratégie. Nous conviendrons également d'une approche pour développer la prochaine stratégie. Nous continuerons ensuite à faire participer le Conseil de coordination du programme et un large éventail de parties prenantes par le biais de discussions de groupe, d'entretiens et d'autres consultations. Nous comptons sur votre engagement continu et actif dans ce processus pour que la prochaine stratégie de l'ONUSIDA demeure ambitieuse, visionnaire et fondée sur des données probantes, et qu'elle nous remette sur la bonne voie afin d'éradiquer le sida à l'horizon 2030.

Winnie Byanyima

Directrice exécutive de l’ONUSIDA

Thèmes clés et engagements 2016-2020

Lors de sa 45e réunion, le Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA a demandé au directeur exécutif de l'ONUSIDA d'examiner la mise en œuvre de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA, en mettant l'accent sur les implications pour les priorités stratégiques au-delà de 2021. Ce bref examen des données est un des éléments d'un processus global de révision de la stratégie qui servira de base à une consultation multipartite, organisé au mois de septembre 2020, sur les futures priorités stratégiques.

Cet examen résume les résultats de l'examen des données probantes de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA. Les résultats sont présentés dans sept domaines thématiques qui s'alignent sur les domaines de résultats stratégiques (SRA) de la stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 et sur les dix engagements fondamentaux de la Déclaration politique de 2016 sur l'élimination du sida (Figure 1).

Figure 1. Examen des domaines thématiques, des domaines de résultats de la stratégie de l'ONUSIDA et des 10 engagements fondamentaux de la Déclaration politique des Nations unies de 2016 sur l'élimination du sida

Engagements de l'Assemblée générale des Nations Unies pour 2016 et domaines de résultats de la stratégie de l'ONUSIDA

Note : Les dix engagements fondamentaux convenus lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre le sida en 2016 correspondent étroitement aux domaines de résultats de la stratégie et aux sujets de chaque domaine, tels qu'ils figurent dans la stratégie 2016-2021.

Engagement RHN 1. 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. *ODD 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*	
Domaine Stratégique de Résultat 1 : Enfants, adolescents et adultes atteints du VIH ont accès au dépistage, connaissent leurs statuts et bénéficient immédiatement d'un traitement prolongé, abordable et de qualité.	Les services de dépistage volontaire du VIH sont accessibles aux personnes exposées au risque d'infection par le VIH. Des services de diagnostic précoce sont accessibles pour tous les enfants exposés au VIH, et tous les enfants âgés de moins de 5 ans et vivant avec le VIH, sont sous traitement Tous les adultes, adolescents et enfants se voient proposer une thérapie antirétrovirale et bénéficient de services de traitement à la suite du diagnostic du VIH. Les personnes sous traitement bénéficient d'un soutien et sont suivies régulièrement. L'augmentation de la charge virale est surveillée, elles connaissent le traitement et bénéficient d'un soutien nutritionnel L'accessibilité, l'abordabilité et la qualité du traitement VIH ont été améliorées, notamment par le biais de systèmes communautaires de fourniture. Les services VIH sont renforcés et adaptés aux contextes locaux, notamment dans les villes, les communautés fragiles et dans le cadre des urgences humanitaires. Des investissements adéquats sont consentis dans la recherche et le développement afin de poser de meilleurs diagnostics, pour améliorer les traitements antirétroviraux, les mécanismes de prévention, les outils de surveillance, les vaccins et le traitement curatif.
Engagement RHN 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. *ODD 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge*	
Domaine stratégique de résultat 2 : Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants sont éliminées et la	Les femmes enceintes vivant avec le VIH ont immédiatement accès à un traitement (option B +). Le VIH, la santé sexuelle et reproductive, incluant le planning familial, la tuberculose et les services de santé maternelle et

santé et le bien-être de leurs mères sont soutenus.	infantile sont intégrés et accessibles aux femmes, en particulier celles vivant avec le VIH Les services de prévention du VIH pour les partenaires de sexe masculin sont encouragés et incluent le dépistage et le traitement.
Engagement RHN 3. Garantir l'accès aux options de la prévention combinée, y compris la prophylaxie pré-exposition, la circoncision médicale volontaire masculine, 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 transgenres, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers. *ODD 10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre*	
Domaine de Résultat Stratégique 4 : Les services adaptés de prévention combinée du VIH sont accessibles aux populations clés, y compris les professionnel(les) du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les transgenres, les détenus ainsi que les migrants.	Les services de prévention combinée sont dûment financés et disponibles, sont adaptés aux populations, aux lieux et aux interventions avec un impact maximal. La sensibilisation et les nouveaux médias informent et créent une demande pour l'utilisation des technologies de prévention traditionnelles et nouvelles, y compris les préservatifs et la prophylaxie pré-exposition. Trois millions de personnes sont annuellement sous prophylaxie pré-exposition, avec un accent spécifique sur les populations clés et les personnes à haut risque dans les milieux à forte prévalence. Les personnes qui s'injectent des drogues ont accès à des aiguilles et des seringues propres, ainsi qu'à des traitements de substitution aux opiacés et à d'autres traitements de la dépendance aux drogues fondés sur des données probantes. Les migrants, les réfugiés et les populations touchées par la crise ont accès aux services liés au VIH. Les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés participent de manière significative à la prise de décision et à la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH.
Engagement RHN 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 parmi les adolescentes et les jeunes femmes à moins de 100 000. *ODD 10. Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre*	
Domaine de résultat 3 : Les jeunes, et en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, ont accès aux services de prévention combinée et	Des informations et des services sur le VIH, la santé sexuelle et reproductive et la réduction des risques, accessibles aux jeunes femmes et aux jeunes hommes de manière indépendante et équitable. Toutes les personnes, en particulier les jeunes, réduisent les comportements à risque liés au VIH et ont accès à des services

sont informés afin de se protéger contre le VIH.	de prévention combinée du VIH, y compris la prévention primaire et les services de santé sexuelle et reproductive. Vingt milliards de préservatifs seront annuellement distribués aux personnes de tous âges dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. Vingt-sept millions d'hommes supplémentaires dans les milieux à forte prévalence pratiquent la circoncision médicale volontaire dans le cadre de services de santé sexuelle et reproductive intégrés pour les hommes. Une éducation sexuelle complète et de qualité accessible à tous les adolescents et jeunes. Accès à l'information, sensibilisation et création d'une demande grâce aux formes traditionnelles et nouvelles de communication et de sensibilisation. Les jeunes se sont engagés de manière significative dans la riposte afin d'assurer l'efficacité et la durabilité.
Engagement RHN 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. *ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles*	
Domaine stratégique de résultat 5 : Les femmes et les hommes pratiquent et favorisent des normes saines de genre et collaborent afin de mettre fin aux violences se fondant sur le genre, sexuelles et conjugales, pour atténuer les risques et l'impact du VIH.	Les femmes et les filles et les hommes et les garçons sont engagés et autonomisés dans la prévention des violences sexistes, sexuelles et du partenaire intime, et promeuvent et respectent des normes et des comportements sains en matière de sexospécificité Les lois, politiques et pratiques en vigueur permettent aux femmes et aux filles de se protéger contre le VIH et elles ont accès à des services liés au VIH, notamment en conservant leurs droits et leur autonomie. Les besoins en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs sont entièrement satisfaits afin de prévenir la transmission du VIH Les jeunes femmes dans les milieux à forte prévalence ont accès aux initiatives d'émancipation économique. Les femmes sont significativement impliquées dans la prise de décision et la mise en œuvre de la riposte au sida.
Engagement 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. *ODD 17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser*	

Domaine stratégique de résultat 8 : Des services de santé et liés au VIH axés sur les patients sont intégrés dans le contexte de systèmes de santé plus solides.	Les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque de contracter le VIH et affectées par le VIH, sont autonomisées par le biais de programmes de protection sociale prenant en compte le VIH, incluant notamment des transferts de liquidités
Engagement 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'accéder aux services juridiques et légaux afin de prévenir et de combattre les violations des droits de l'homme. *ODD 16. Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous*	
Domaine stratégique de résultat 6 : Les lois, politiques et pratiques punitives, la stigmatisation et la discrimination qui entravent les ripostes efficaces au VIH, sont supprimées.	Les lois, politiques et pratiques punitives sont supprimées, notamment la pénalisation excessivement large de la transmission du VIH, les restrictions de voyage, le dépistage obligatoire, ainsi que celles qui entravent l'accès des populations clés aux services. 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. La stigmatisation et la discrimination afférentes au SIDA sont éliminées dans les prestataires de services de soins de santé, sur les lieux de travail et dans les établissements d'enseignement. Élaboration et mise en œuvre de lois, de politiques et de programmes visant à prévenir et à combattre les violences à l'encontre des populations clés.
Engagement 7. S'assurer qu'au moins 30 % des prestations de services soient dirigées par la communauté à l'horizon 2020. *ODD 17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser*	
Domaine stratégique de résultat 7 : La riposte au SIDA est entièrement financée et efficacement mise en œuvre et fondée sur des informations stratégiques fiables.	Les investissements et le soutien de la société civile, y compris les réseaux de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque de contracter le VIH et affectées par le VIH, sont augmentés afin de renforcer leur rôle essentiel dans la riposte
Engagement 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. *ODD 17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser*	

	Un investissement de 31,1 milliards US$ au moins est disponible pour la riposte mondiale au sida en 2020 dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire, et un quart est investi dans la prévention à l'échelle mondiale. Les pays à revenu faible mobilisent une moyenne de 12% au moins des besoins en ressources du pays ; les pays à revenu intermédiaire 45% ; et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure mobilisent 95% des sources nationales.
Domaine stratégique de résultat 7 : La riposte au SIDA est entièrement financée et efficacement mise en œuvre et fondée sur des informations stratégiques fiables.	L'investissement international pour la riposte mondiale au sida s'élève à 12,7 milliards US$. Les plans de transition et pactes nationaux relatifs à la viabilité financière sont mis en œuvre. Les pays utilisent en temps opportun des informations stratégiques appropriées et fiables pour établir les priorités d'allocation des ressources, évaluer les ripostes et documenter les processus de responsabilisation. Il est pleinement tiré parti des gains d'efficacité en matière d'allocation et de productivité, et les coûts des mécanismes sont réduits dans tous les pays, quel que soit le niveau de leur revenu, notamment en surmontant les entraves liées à la propriété intellectuelle et aux barrières commerciales. Le potentiel d'action du pays est garanti, notamment via des accords de transfert de technologie.
Engagement 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. *ODD 17. Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser*	
Domaine stratégique de résultat 8 : Des services de santé et liés au VIH axés sur les patients sont intégrés dans le contexte de systèmes de santé plus solides.	Des programmes de couverture de santé universelle prenant en compte le VIH sont mis en œuvre. Les personnes qui vivent avec le VIH, qui sont à risque et qui sont touchées par le VIH, ont accès à des services intégrés, notamment pour le VIH, la tuberculose (TB), la santé sexuelle et reproductive, la santé maternelle, néonatale et infantile, l'hépatite virale, la dépendance aux drogues, l'aide alimentaire et nutritionnelle, les maladies non transmissibles et les problèmes de santé mentale, en particulier au niveau communautaire. Les systèmes de santé complets sont renforcés par l'intégration de services communautaires fondés sur des systèmes de santé formels. Les ressources humaines du secteur de la santé sont formées, autonomisées et encouragées à fournir des services de santé et VIH intégrés.

	Les ruptures de stock sont évitées grâce au renforcement des systèmes d'approvisionnement et de la chaîne logistique.

Questions transversales : inégalités, complexités et avenir de la lutte contre le VIH

Cet examen des progrès réalisés par rapport à la stratégie actuelle de l'ONUSIDA présente des conclusions et des détails dans sept domaines thématiques. De plus, d'importantes conclusions transversales devraient éclairer les délibérations relatives aux futures orientations stratégiques de la lutte contre le VIH au-delà de 2021. Le VIH demeure une épidémie d'inégalités. Les différences spectaculaires que nous observons dans la lutte contre le VIH - les succès et les écarts importants se produisant souvent dans les mêmes domaines ou problèmes - reflètent les multiples axes d'inégalité et les mesures prises pour surmonter ou éliminer les inégalités. Nombre des inégalités qui caractérisent le VIH et alimentent les épidémies sont bien documentées, comme le rôle du genre, les vulnérabilités spécifiques des jeunes, les impacts différentiels entre et au sein des régions et des pays, et la marginalisation des personnes associée à une vulnérabilité accrue au VIH. D'autres inégalités, toutefois, sont moins souvent abordées, telles que le rôle des inégalités liées à la race et à l'origine ethnique dans de nombreuses épidémies.

De nombreuses disparités dans les progrès de la lutte contre le VIH sont inattendues et contre-intuitives. Par exemple, les pays disposant des ressources les plus importantes ne sont pas toujours ceux qui proposent la riposte la plus forte ou la plus durable au VIH. De plus, même si les normes inégales entre les genres augmentent la vulnérabilité des femmes et des filles à l'infection par le VIH, les hommes affichent généralement de moins bons résultats que les femmes dans la cascade de dépistage et du traitement du VIH. Les femmes sont généralement plus susceptibles que les hommes de connaître leur statut sérologique, de recevoir une thérapie antirétrovirale et d'afficher une suppression virale. Toutefois, dans certains pays, principalement en dehors de l'Afrique subsaharienne, les résultats du dépistage et du traitement sont moins bons pour les femmes que pour les hommes.

La majorité des ripostes au VIH débouchant sur de mauvais résultats se situent dans des contextes où les épidémies sont fortement concentrées dans des populations clés qui sont souvent marginalisées par la société en général et qui n'ont pas facilement accès aux services VIH et autres services de santé. Ces populations clés se composent des professionnel(le)s du sexe, des personnes qui consomment des drogues injectables, des transgenres, des prisonniers, des homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Même dans les régions où les progrès récents dans la lutte contre l'épidémie de VIH sont encourageants, comme l'Afrique orientale et australe, des pays et des cadres infranationaux affichent une riposte très mal engagée.

Alors que la lutte mondiale contre le VIH fêtera bientôt son cinquantième anniversaire, l'épidémie défie les explications et les solutions simples. À titre d'exemple, la Figure 2 illustre la variation de la relation entre la prévalence du VIH et les différents niveaux de richesse dans différents pays à divers stades de l'épidémie. En Namibie, la prévalence du VIH était plus élevée parmi les personnes à faibles revenus, tandis qu'au Togo, elle était plus élevée parmi les personnes à revenus élevés, et en Eswatini, la prévalence du VIH était élevée à tous les niveaux de revenus. Ce n'est qu'en reconnaissant et en abordant ces complexités qu'il sera possible de mettre fin à l'épidémie à l'horizon 2030.

Inégalités et VIH

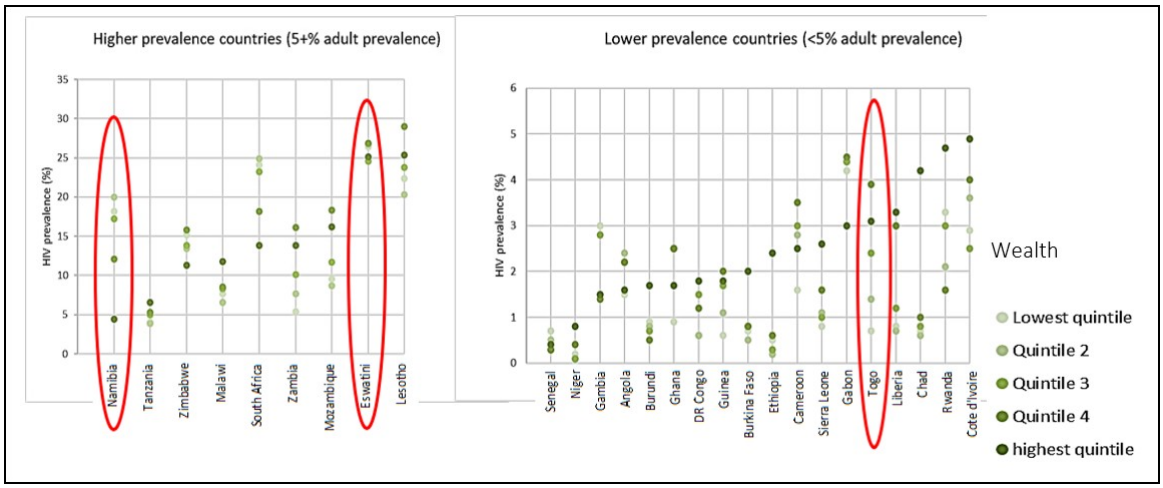
Le risque d'infection par le VIH, l'accès aux services et les résultats afférents au VIH sont déterminés par une multitude de facteurs qui se recoupent. Certaines différences et disparités sont apparentes lorsque l'on établit des comparaisons aux niveaux régional et national, tandis

que d'autres nécessitent un examen plus approfondi aux niveaux infranationaux et entre différentes populations.

La dynamique de la transmission du VIH peut être très différente selon que la prévalence est élevée ou faible. Dans tout contexte particulier, les différences en termes de richesse, d'âge, d'éducation, de lieu et de statut social ou juridique, ainsi que la discrimination liée au genre, à la race ou au statut migratoire, ont toutes une incidence sur le risque de contracter le VIH, l'accès aux services et les avantages qu'ils en tirent.

L'Agenda 2030 pour le développement durable souligne l'importance d'atteindre en premier lieu les plus vulnérables et de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte. Le Cadre commun des Nations Unies pour l'égalité et la non-discrimination définit les éléments d'un ensemble complet et cohérent de domaines d'appui aux politiques et aux programmes visant à lutter contre la discrimination et les inégalités au sein des pays et entre eux, et ce, aux niveaux national, régional et mondial *(2)*.

Figure 2. Prévalence du VIH et quintile de richesse dans les pays où la prévalence du VIH est plus élevée et dans ceux où elle est plus faible.



Source : Enquête démographique et de santé la plus récente : Namibie (2013) ; République-Unie de Tanzanie (2011-12) ; Zimbabwe (2015) ; Malawi (2015-16) ; Afrique du Sud (2016) ; Zambie (2018) ; Mozambique (2015) ; Eswatini (2006-07) ; Lesotho (2014) ; Sénégal (2017) ; Niger (2012) ; Gambie (2013) ; Angola (2015-16) ; Burundi (2016-17) ; Ghana (2014) ; République démocratique du Congo (2013-14) ; Guinée (2018) ; Burkina Faso (2010) ; Éthiopie (2016) ; Cameroun (2018) ; Sierra Leone (2013) ; Gabon (2012) ; Togo (2013-14) ; Liberia (2013) ; Tchad (2014-15) ; Rwanda (2014-15) ; Côte d'Ivoire (2011).

Les femmes, les hommes et le VIH

Les risques de contracter le VIH, la connaissance de la séropositivité, l'accès et l'utilisation des services VIH et des autres services de santé diffèrent considérablement entre les hommes et les femmes. Comme dans le cas du VIH et de la richesse, ces différences entre les sexes varient considérablement, souvent de manière surprenante. Les hommes représentaient la majorité des nouvelles infections par le VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne (où la plupart des transmissions du VIH sont associées à des populations spécifiques et marginalisées), tandis que les femmes représentaient 59 % des nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne en 2019 (où la plupart des transmissions du VIH sont constatées dans la population générale).[i]

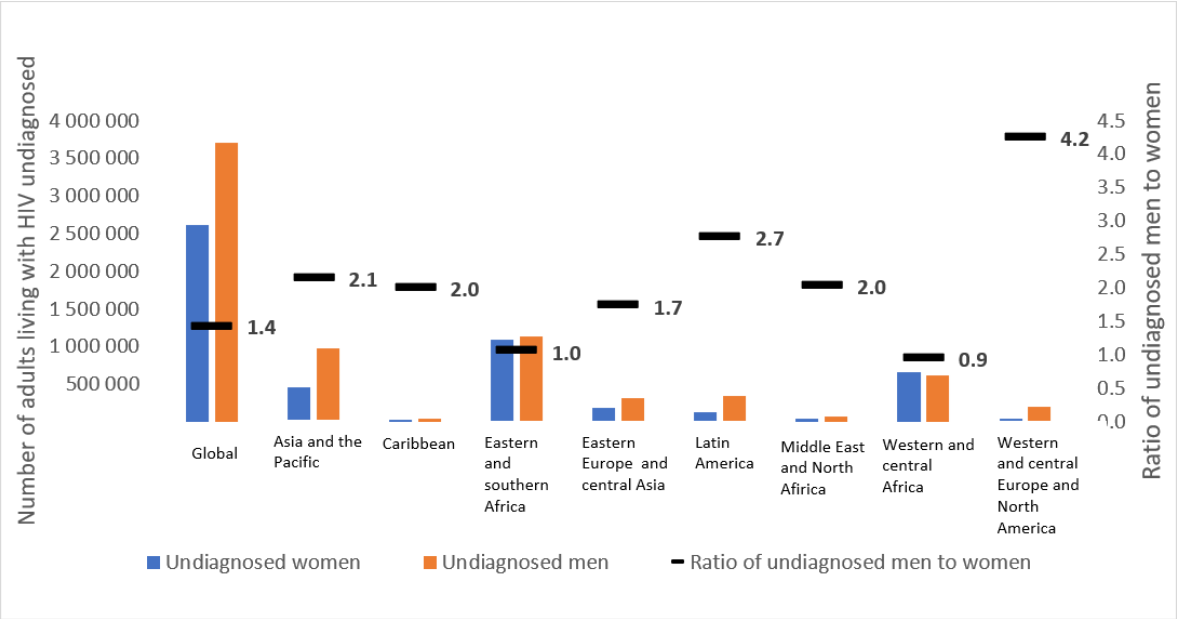
[i] Les données contenues dans ce document de synthèse proviennent principalement des estimations épidémiologiques et financières pour 2020 élaborées par l'ONUSIDA en collaboration avec ses partenaires et des rapports nationaux pour

Les femmes affichent généralement de meilleurs résultats dans la cascade de dépistage et du traitement du VIH. Au niveau mondial, pour 100 femmes vivant avec une infection au VIH non diagnostiquée, on dénombre 140 hommes qui ne savent pas qu'ils vivent avec le VIH. Les femmes sont également plus susceptibles que les hommes de commencer et de poursuivre un traitement contre le VIH et d'obtenir une suppression virale (Figures 3 et 4).

Les résultats supérieurs des femmes en matière de dépistage et de traitement sont particulièrement remarquables dans les épidémies concentrées où les hommes sont plus nombreux que les femmes parmi les personnes vivant avec le VIH. Malgré les risques comparativement plus élevés que courent les hommes de contracter le VIH dans ces milieux, les services et les réponses ne touchent pas les hommes dans de nombreux environnements, ce qui se traduit notamment par des résultats médiocres en matière de dépistage et de traitement et par des taux de mortalité plus élevés.

Bien que ces modèles soient frappants, ils ne sont pas universels. En Afrique occidentale et centrale, par exemple, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre avec une infection au VIH non diagnostiquée. Parmi les 64 pays disposant de données sur la suppression virale en 2019, les femmes présentaient des niveaux de suppression virale inférieurs à ceux des hommes dans 12 pays.

Figure 3. Estimation du nombre de personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas été diagnostiquées, par sexe, et du ratio hommes/femmes non diagnostiqués, au niveau mondial, 2019

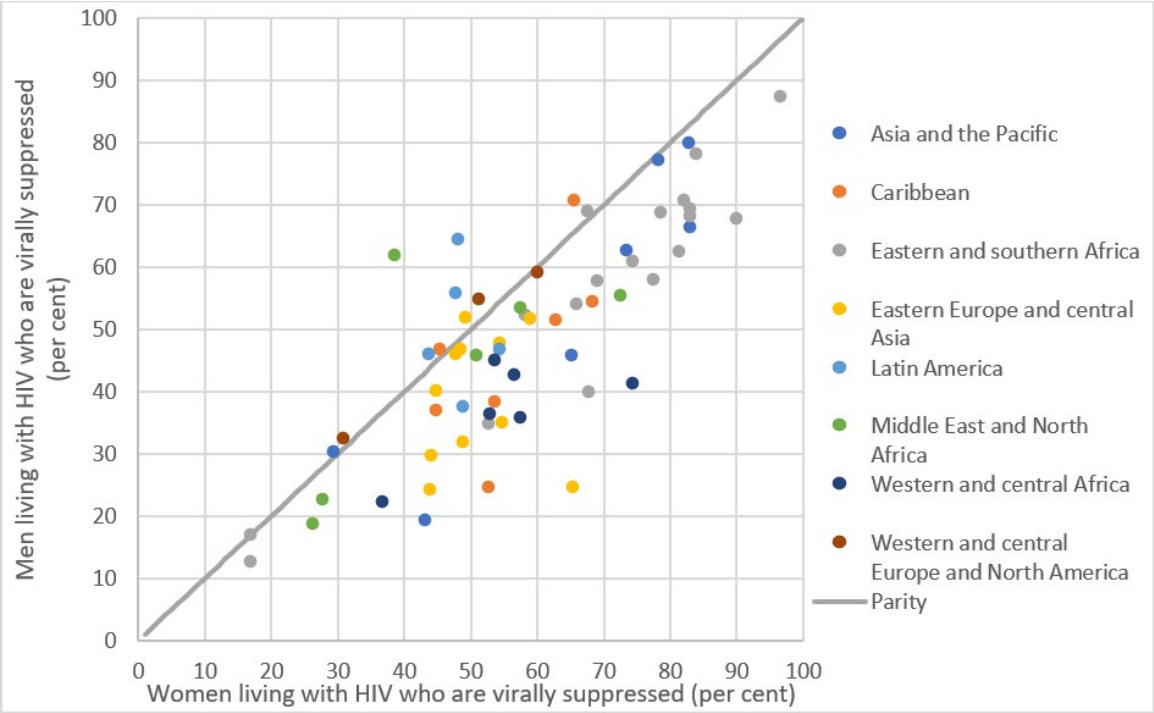


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/).

Le risque d'infection par le VIH chez les femmes et les hommes varie également en fonction de l'âge et de la région. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans représentent 10 % de la population en Afrique subsaharienne, mais comptent pour 24 % des nouvelles infections par le VIH dans cette région. En dehors de l'Afrique subsaharienne, les hommes âgés de 25 à 49 ans représentent 18 % de la population, mais comptent pour 48 % des nouvelles infections par le VIH.

2020 soumis à l'ONUSIDA dans le cadre du processus de suivi mondial du sida. Les données et les analyses contenues dans le texte et puisées dans d'autres sources, sont explicitement mentionnées.

Figure 4. Adultes vivant avec le VIH et affichant une suppression virale, par sexe, au niveau mondial, en 2019



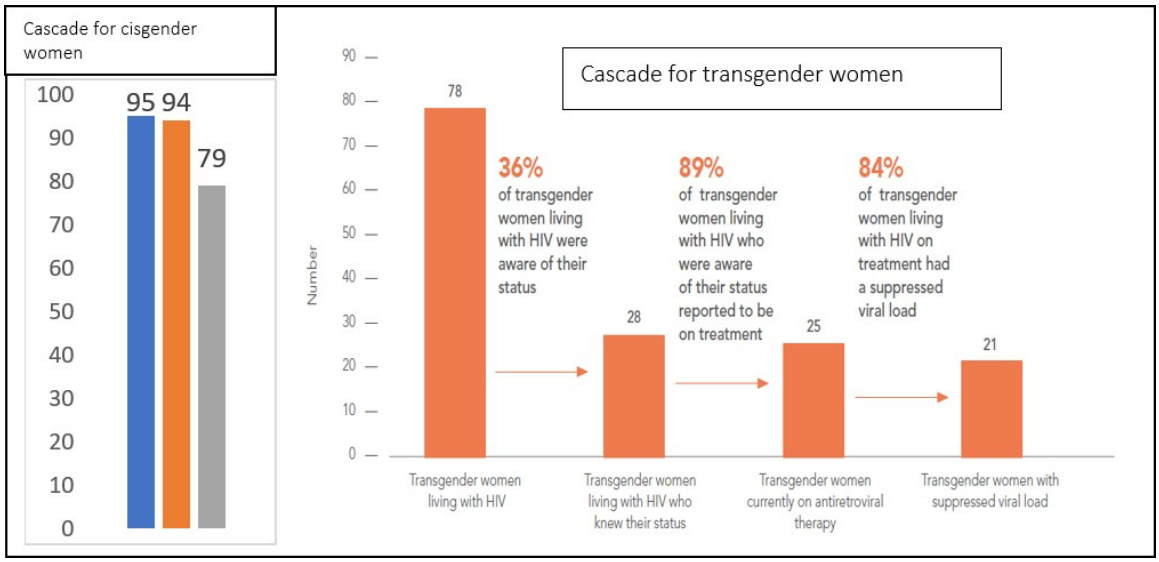
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/).

La marginalisation sociale et le VIH

Les populations clés sont confrontées de manière disproportionnée à la stigmatisation, à la marginalisation sociale et à la criminalisation qui entravent l'accès aux services qui sont facilement accessibles pour d'autres personnes.

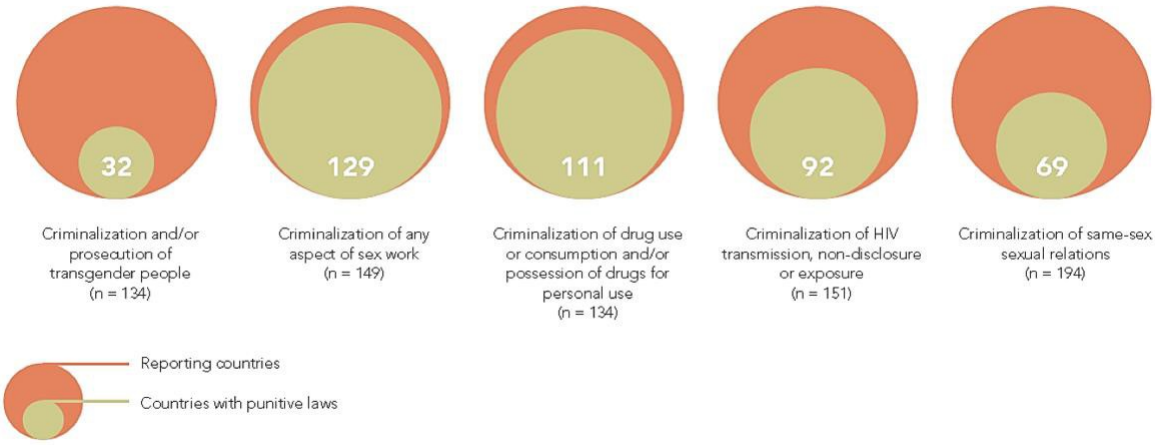
Au Zimbabwe, par exemple, la couverture des services de dépistage et de traitement du VIH chez les femmes est en général élevée et les résultats en matière de santé sont bons. En revanche, les femmes transgenres du Zimbabwe sont beaucoup moins susceptibles de bénéficier d'un traitement contre le VIH et d'afficher une suppression virale, essentiellement car seules 36 % des femmes transgenres vivant avec le VIH connaissent leur séropositivité (Figure 5). Dans de nombreux pays, la vulnérabilité accrue au VIH et la diminution de l'accès aux services connus par les populations clés sont directement liées à des lois et des politiques discriminatoires et punitives (Figure 6). Il a été démontré que les personnes handicapées (15 % de la population mondiale) présentent un risque plus élevé de contracter le VIH que les personnes non handicapées *(3).* En Afrique occidentale et centrale, par exemple, des enquêtes sur le biocomportement menées dans six pays ont révélé un faible niveau de connaissances par rapport à la population générale ; la prévalence du VIH était en moyenne trois fois plus élevée parmi les personnes handicapées que dans la population générale *(4).*

Figure 5. Cascades de dépistage et de traitement pour les femmes cisgenres et transgenres, Zimbabwe, 2019



Source : Harris T, Parmley 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.

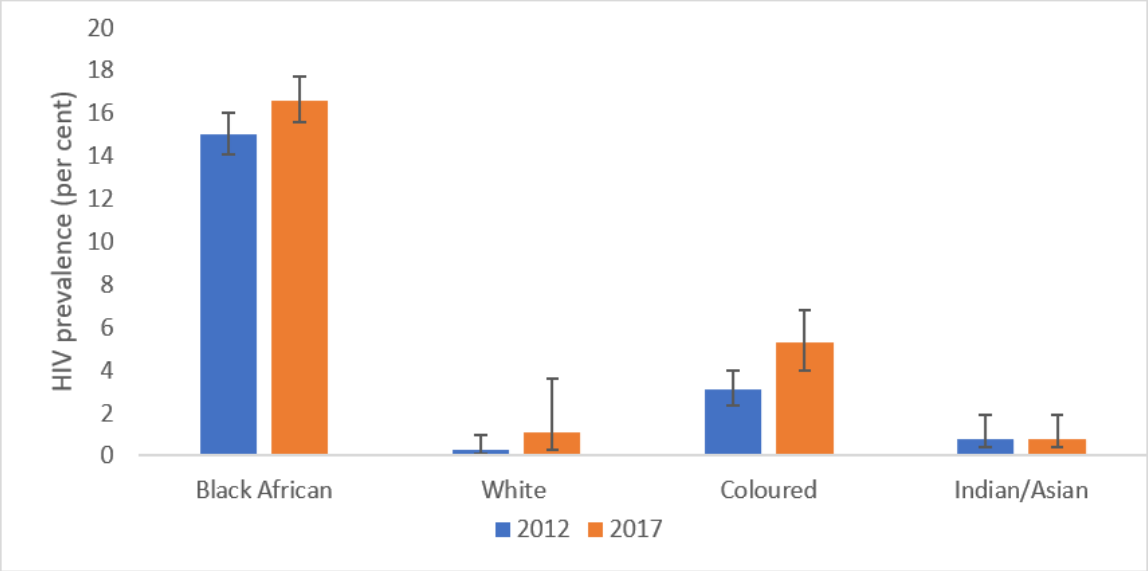
Figure 6. Pays appliquant des lois discriminatoires et punitives, au niveau mondial, 2019



Sources : Engagements nationaux et Instrument politique, 2017 et 2019 ; complété par des sources supplémentaires (disponibles sur demande).

Les disparités liées à la race et à l'origine ethnique peuvent contribuer à un accès inégal à des services de qualité et aux résultats du VIH. Bien que les Africains noirs représentent la grande majorité de la population en Afrique du Sud et la grande majorité des personnes vivant avec le VIH, les services du secteur public sur lesquels les Sud-Africains noirs peuvent compter sont généralement de moins bonne qualité que les services du secteur privé offerts aux Sud-Africains blancs. Aux États-Unis d'Amérique, les Noirs représentent 13 % de la population nationale, mais 43 % des nouveaux diagnostics de VIH et des décès liés au sida *(5).*

Figure 7. Prévalence du VIH par race, tous âges, Afrique du Sud, 2012 et 2017



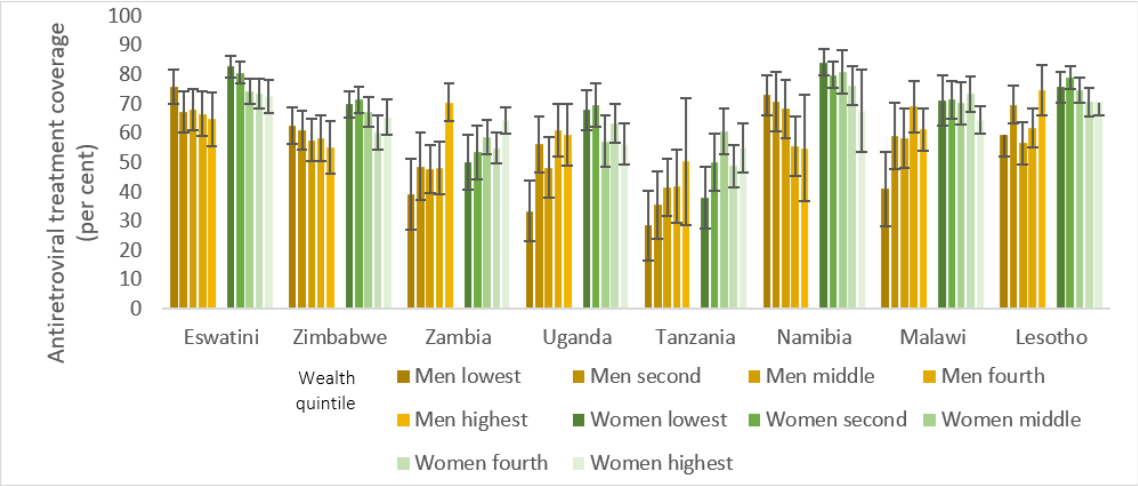
Source : Simbayi LC, Zuma K, Zungu N, Moyo S, Marinda E, Jooste S et al. South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2017. Cape Town: HSRC Press; 2019 (http://www.hsrc.ac.za/uploads/pageContent/10779/SABSSM%20V.pdf).

Les inégalités en termes de richesse et le VIH

Les liens entre la pauvreté et le VIH sont complexes. Au cours des premières années de l'épidémie, les personnes fortunées étaient souvent plus exposées au risque de contracter le VIH. Au fil du temps, toutefois, le fardeau du VIH pour les ménages à faibles revenus a augmenté, en partie parce que les riches sont plus susceptibles que les pauvres d'obtenir les informations et les services dont ils ont besoin. En Afrique subsaharienne, les femmes pauvres sont systématiquement moins susceptibles de posséder une connaissance précise et complète du VIH que les femmes plus riches *(6).* L'accès insuffisant à une alimentation nutritive a également été associé à une augmentation des comportements à risque pour le VIH chez les femmes, à une observation plus laxiste du traitement et à des taux plus élevés de mortalité liée au sida *(7-9).*

Toutefois, le lien entre un revenu plus faible et une plus grande vulnérabilité au VIH n'existe pas dans tous les milieux. Par exemple, si les personnes vivant dans des ménages pauvres sont moins susceptibles de bénéficier d'un traitement contre le VIH dans certains pays d'Afrique orientale et australe, tel n'est pas le cas dans d'autres pays comme Eswatini, la Namibie et le Zimbabwe (Figure 8). Les programmes et les politiques peuvent être conçus pour servir spécifiquement les plus vulnérables et aider à surmonter les inégalités.

Figure 8. Couverture des traitements antirétroviraux par quintile de richesse, par sexe, dans certains pays d'Afrique subsaharienne, 2019

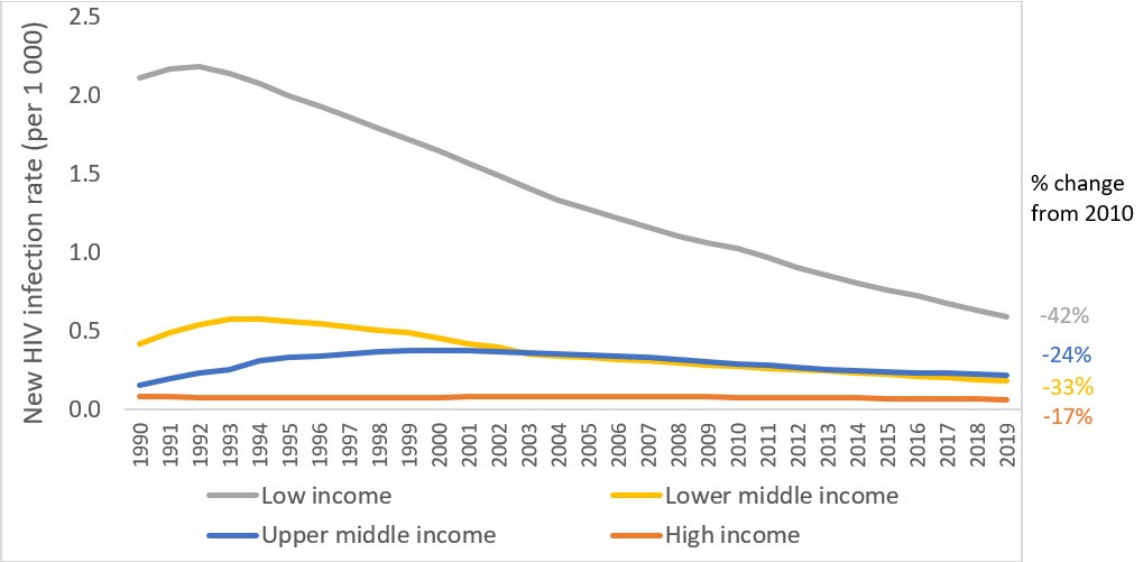


Source : Enquêtes de population sur l'évaluation de l'impact sur la santé, 2016-2019 (https://phia-data.icap.columbia.edu/visualization).

Les ressources nationales et les ripostes au VIH

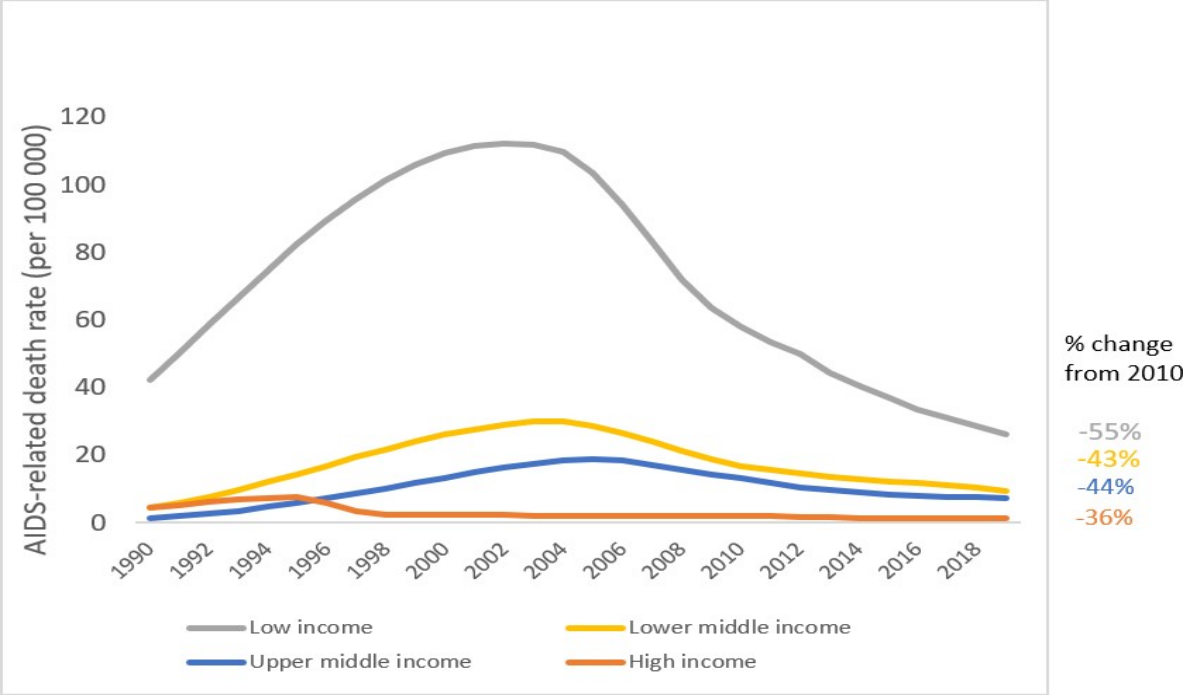
La relation entre les niveaux de revenus et les résultats en termes de VIH est également constatée au niveau macro. Les pays à faible revenu ont tendance à afficher des taux plus élevés de nouvelles infections par le VIH et une morbidité et une mortalité liées au sida plus élevées que les pays à revenu moyen et élevé. Toutefois, à mesure que la couverture des services de lutte contre le VIH s'est accrue dans les pays à faible revenu, cet écart s'est réduit de manière spectaculaire. Depuis 2010, la baisse des nouvelles infections par le VIH a été nettement plus marquée dans les pays à faible revenu que dans les pays appartenant à d'autres catégories de revenus (Figure 9). On observe un schéma similaire pour la mortalité liée au sida, les pays à faible revenu connaissant un déclin plus marqué que les pays plus riches. À titre d'exemple, le taux de mortalité lié au sida en Haïti, un pays à faible revenu, a diminué de 52 % entre 2010 et 2019 et est désormais inférieur à celui de la Jamaïque, un pays à revenu intermédiaire supérieur où la mortalité liée au sida a augmenté de 7 % au cours de la même période.

Figure 9. Taux de nouvelles infections par le VIH par 1000 personnes, par niveau de revenu des pays, au niveau mondial, 1990-2019



Source : Estimations de l'ONUSIDA, 2019 ; Groupes de pays et de prêts de la Banque mondiale. Dans : La Banque mondiale [Internet] (https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519, consulté le 10/06/2020).

Figure 10. Taux de décès liés au sida par 1 000 000 de personnes, par niveau de revenu des pays, 1990-2019

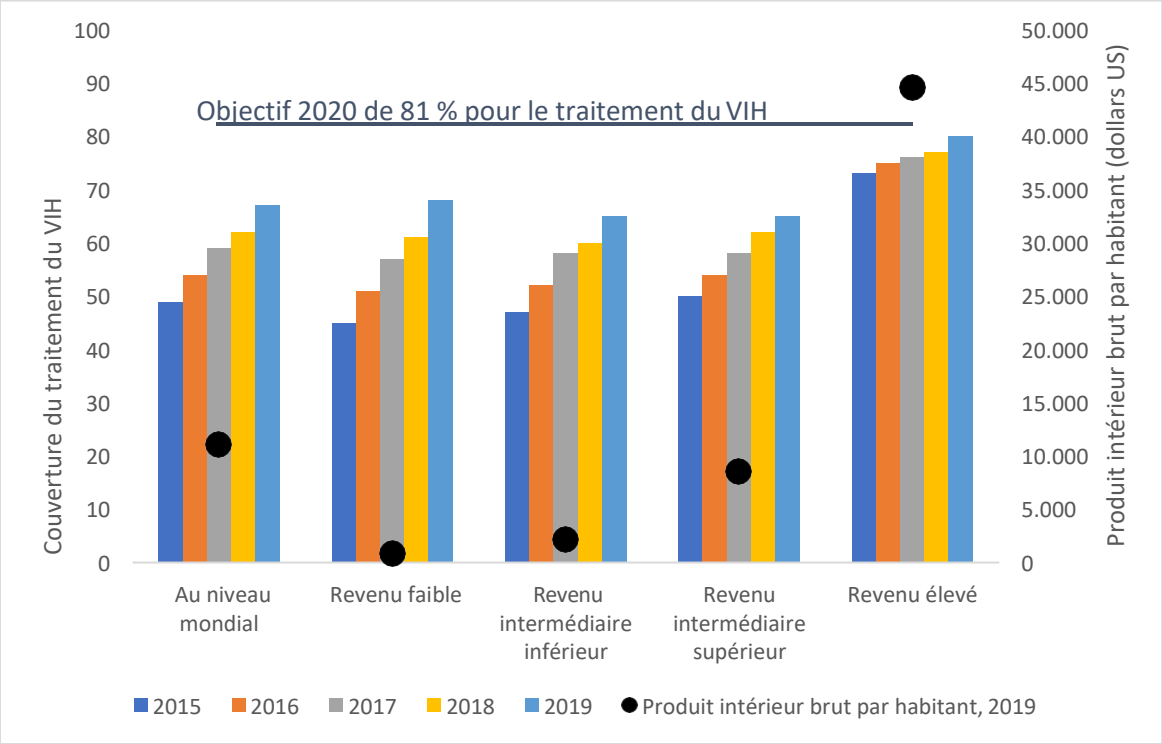


Source : Estimations de l'ONUSIDA, 2019 ; Groupes de pays et de prêts de la Banque mondiale. Dans : La Banque mondiale [Internet] (https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519, consulté le 10/06/2020).

En Afrique orientale et australe notamment, plusieurs pays à faible revenu obtiennent de meilleurs résultats que de nombreux pays à revenu intermédiaire supérieur et à revenu élevé dans la cascade du traitement du VIH. Dans l'ensemble, la couverture des traitements a augmenté plus rapidement dans les pays à faible revenu que dans les pays à revenu intermédiaire supérieur, bien que le paysage soit diversifié (Figure 11).

Les pays BRIC (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) revêtent une importance capitale dans la lutte mondiale contre le VIH. En 2019, ces cinq pays représentaient 33 % de toutes les nouvelles infections et 35 % de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde (Figures 12 et 13).[ii] Il est à noter que l'augmentation des ressources nationales n'est pas toujours corrélée à une couverture plus élevée du traitement du VIH ou à un nombre plus faible de nouvelles infections par le VIH. Des données plus complètes et accessibles au public permettraient de mieux reconnaître les progrès réalisés au fil du temps.

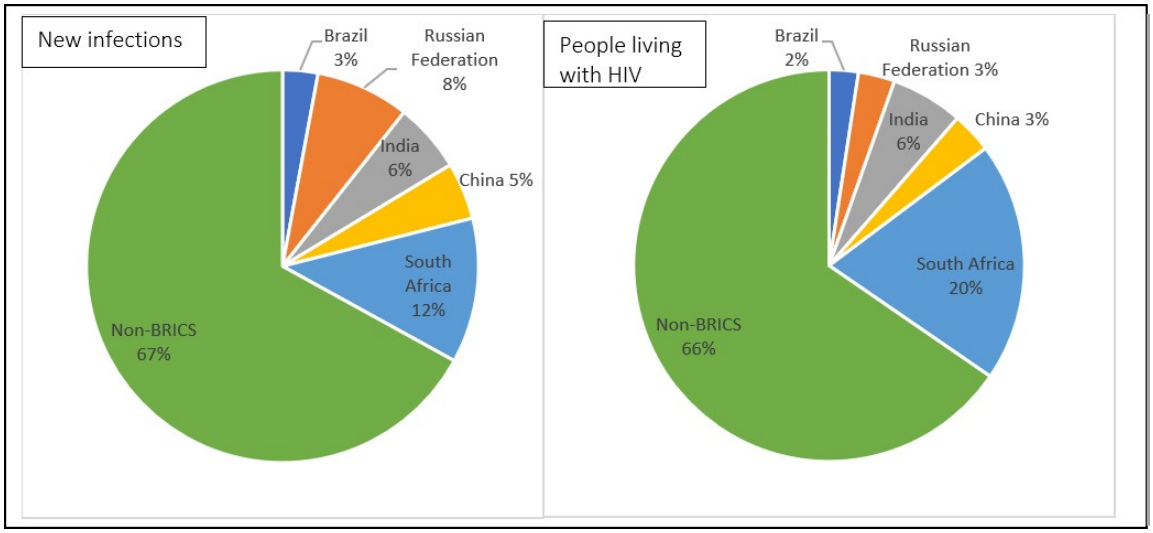
Figure 11. Niveaux de couverture du traitement du VIH selon la classification du groupe de revenu de la Banque mondiale et par produit intérieur brut par habitant, 2015-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/). Produit intérieur brut par habitant : Banque mondiale, extrait de la Banque de la Réserve fédérale de Saint-Louis (FRED) [base de données]. St. Louis (MO) : Federal Reserve Bank of St. Louis (https://fred.stlouisfed.org, consulté le 30 juillet 2020).

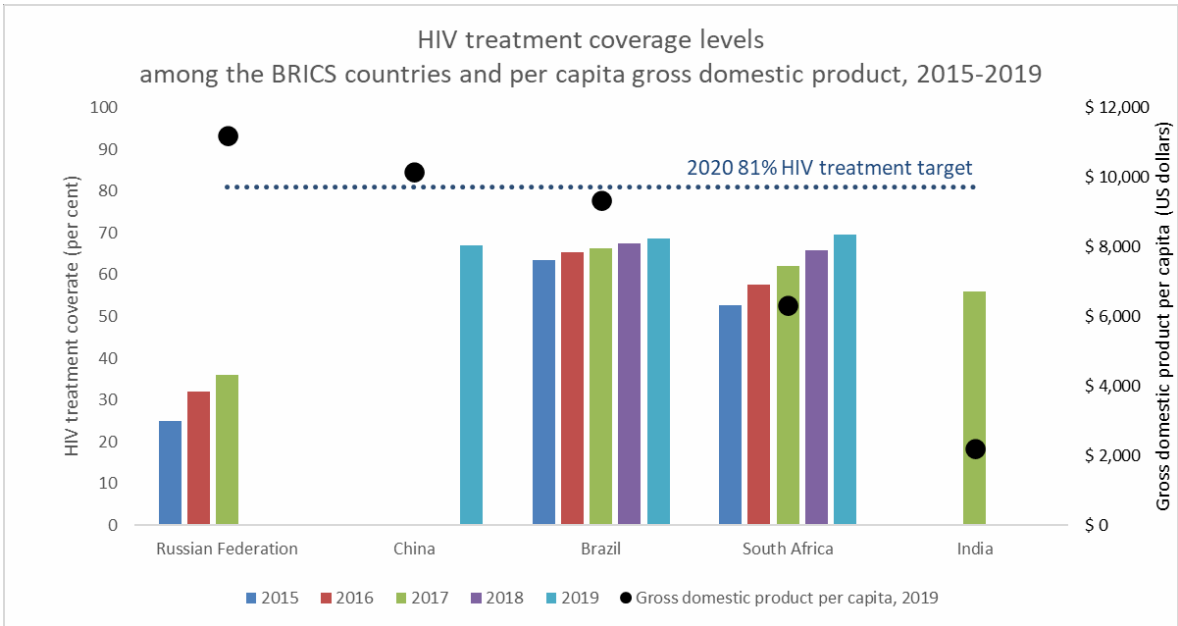
[ii] Ces données proviennent des estimations de l'ONUSIDA. Des interprétations sont faites sur la base de ces estimations. Le travail est en cours avec la Fédération de Russie pour valider.

Figure 12. Répartition des nouvelles infections et des personnes vivant avec le VIH dans les pays BRIC et les pays non BRIC, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/).
Note : Ces données proviennent des estimations de l'ONUSIDA. Des interprétations sont faites sur la base de ces estimations. Le travail est en cours avec la Fédération de Russie pour valider.

Figure 13. Niveaux de couverture du traitement du VIH dans les pays BRIC et produit intérieur brut par habitant, 2015-2019



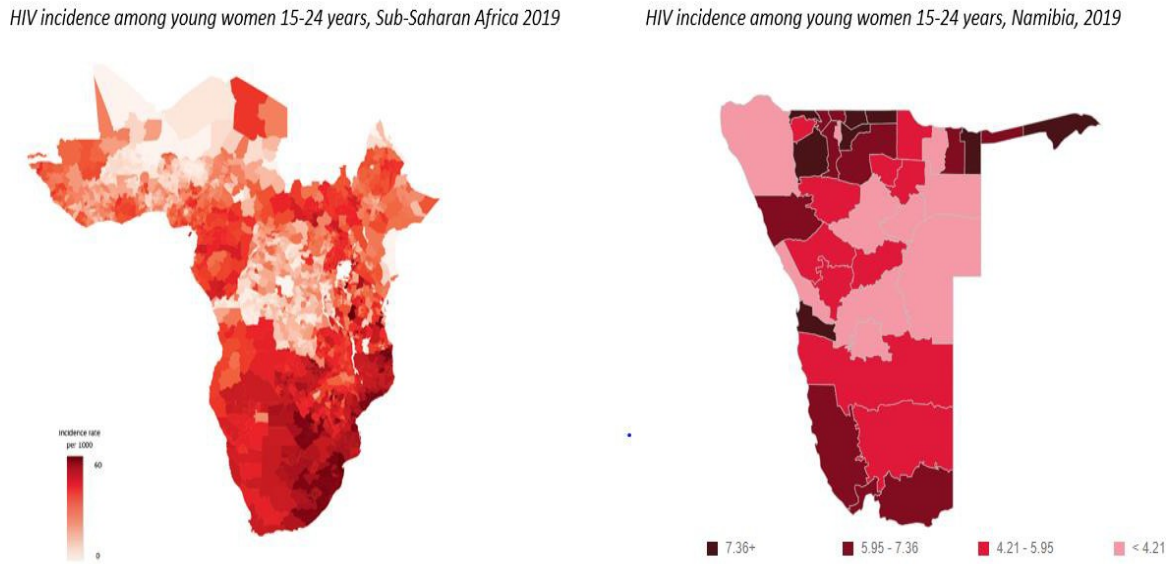
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (Brésil et Afrique du Sud) ; estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2018 (Fédération de Russie et Inde) ; Rapport national d'estimation du VIH et suivi mondial du sida en Chine, 2019 (pour la Chine) ; Base de données des Perspectives de l'économie mondiale [base de données], avril 2019.
Note : Ces données proviennent des estimations de l'ONUSIDA. Des interprétations sont faites sur la base de ces estimations. Le travail est en cours avec la Fédération de Russie pour valider.

Géographie et VIH

Une analyse plus approfondie révèle également les pièges de la comparaison des grandes tendances nationales ou régionales. Par exemple, si l'incidence du VIH est depuis longtemps plus élevée en Afrique subsaharienne que dans d'autres régions, l'accent mis sur les tendances régionales ou nationales masque la mesure dans laquelle la charge et les tendances du VIH

varient également au sein des pays et des régions (Figure 14). Tel est le cas en Namibie, par exemple, où l'incidence du VIH chez les jeunes femmes varie considérablement d'une région à l'autre.

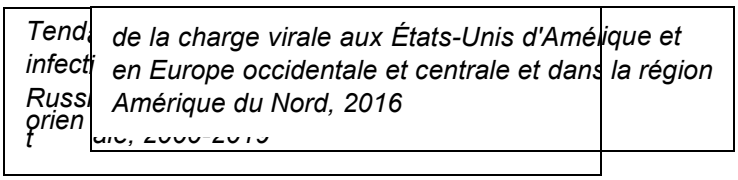
Figure 14. Incidence du VIH chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, Afrique subsaharienne et Namibie, 2019



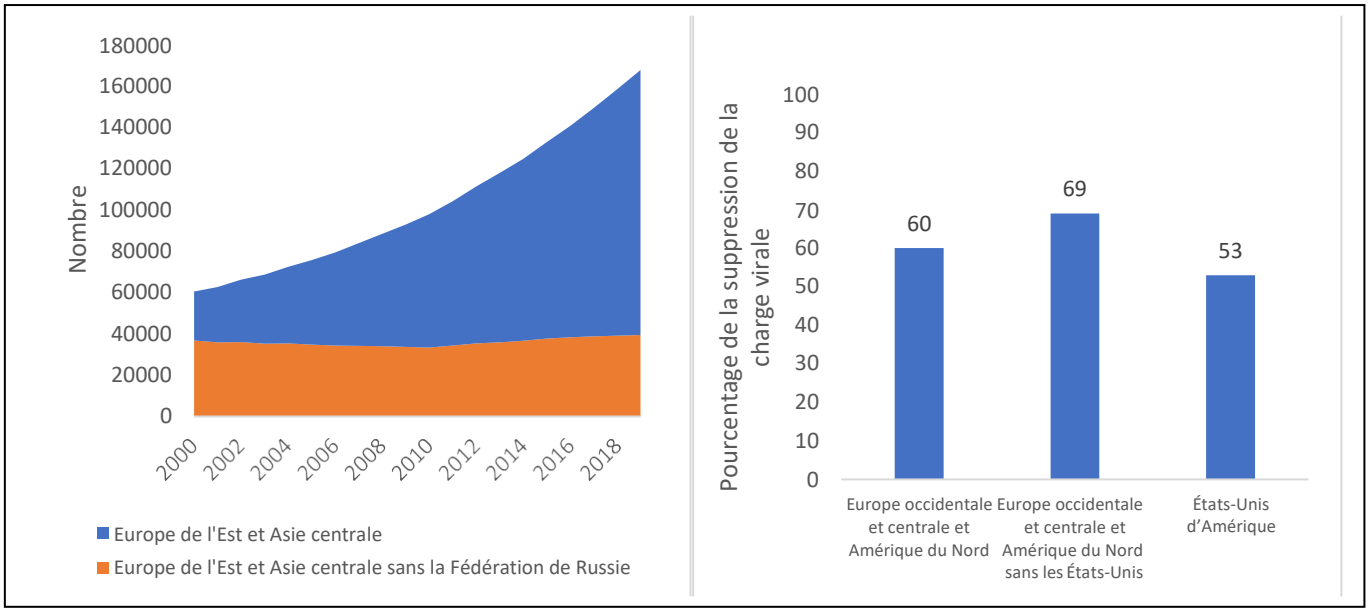
Source : Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

De même, les comparaisons des résultats régionaux peuvent masquer les résultats obtenus dans des pays spécifiques. Par exemple, l'ensemble de l'Afrique orientale et australe se rapproche progressivement des objectifs 90-90-90, ce qui se traduit par une baisse de 49 % des décès liés au sida depuis 2010. Cependant, l'extension de la TAR au Mozambique affiche un retard substantiel sur la tendance régionale, et la mortalité n'a baissé que de 20 %. L'influence démesurée d'un ou deux grands pays peut également fausser le tableau pour une région considérée dans son ensemble. Par exemple, en Europe de l'Est et en Asie centrale, les nouvelles infections par le VIH seraient stables s'il ne fallait déplorer la forte augmentation en Fédération de Russie. De même, les niveaux de suppression de la charge virale aux États-Unis d'Amérique étaient beaucoup plus faibles que dans le reste de l'Europe occidentale et centrale et dans la région de l'Amérique du Nord en 2016, dernière année pour laquelle des données sur la suppression de la charge virale étaient disponibles aux États-Unis (Figure 15).

Figure 15. Exemples de distorsion des chiffres régionaux de grandes épidémies



Suppression



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/).
Note : Ces données proviennent des estimations de l'ONUSIDA. Des interprétations sont faites sur la base de ces estimations. Le travail est en cours avec la Fédération de Russie pour valider.

La pandémie COVID-19 amplifie les profondes inégalités qui façonnent la santé, le bien-être et les perspectives de vie des personnes. Les efforts visant à contrôler la propagation de la COVID-19 peuvent pénaliser les plus vulnérables de la société, et les pauvres et les marginalisés sont également moins susceptibles d'avoir accès aux services. Cette nouvelle pandémie rappelle au monde les nombreux facteurs qui sapent la lutte contre le VIH et les efforts déployés pour garantir le droit à la santé. Relever ces défis est essentiel pour les efforts mondiaux visant à éradiquer le sida et à atteindre les objectifs de développement durable (SDG) à l'horizon 2030.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***Quelles sont les principales caractéristiques des politiques et des programmes qui contribuent à surmonter les inégalités afin d'améliorer les résultats en matière de VIH ?***

- ***Comment surmonter les généralités, les sagesses conventionnelles et les hypothèses parfois dépassées afin de pouvoir mener des interventions spécifiques permettant de surmonter les inégalités actuelles ou persistantes qui sont à l'origine des mauvais résultats en matière de VIH ?***

- ***Quel est le rôle potentiel de l'innovation, y compris de l'intelligence artificielle, pour promouvoir la flexibilité et le perfectionnement des programmes afin demieux servir les gens et d'atteindre en permanence ceux qui sont laissés pour compte ?***

  Quelles sont l'éthique et les protections qui doivent être mises en place pour garantir que les nouvelles technologies et approches qui incluent l'intelligence artificielle soient appliquées dans le respect des droits et ne peuvent être utilisées à mauvais escient pour marginaliser davantage les populations vulnérables ?

- ***Comment mieux mobiliser le leadership politique et les investissements financiers dans les pays à revenu moyen et élevé pour accélérer la lutte contre l'épidémie de VIH ?***

  Comment ces investissements actuels sont-ils ciblés sur les populations les plus exposées et les interventions dont elles ont besoin ?

- ***Comment la lutte contre les diverses inégalités peut-elle également contribuer aux progrès dans le sens des ODD ?***

- ***Comment garantir la poursuite des progrès dans la réduction des inégalités transversales, telles que celles liées au sexe, à la race, aux revenus et à l'accès à la santé et à la justice ?***

Sauver des vies, empêcher la transmission : Dépistage et traitement du VIH

La maximisation des bénéfices de la TAR demeure essentielle dans les espoirs d'éradication de l'épidémie de VIH.

- Engagement 1 de la Réunion de haut niveau. 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.
- Domaine Stratégique de Résultat 1 : Enfants, adolescents et adultes atteints du VIH ont accès au dépistage, connaissent leurs statuts et bénéficient immédiatement d'un traitement prolongé, abordable et de qualité.

Rapport sur la situation

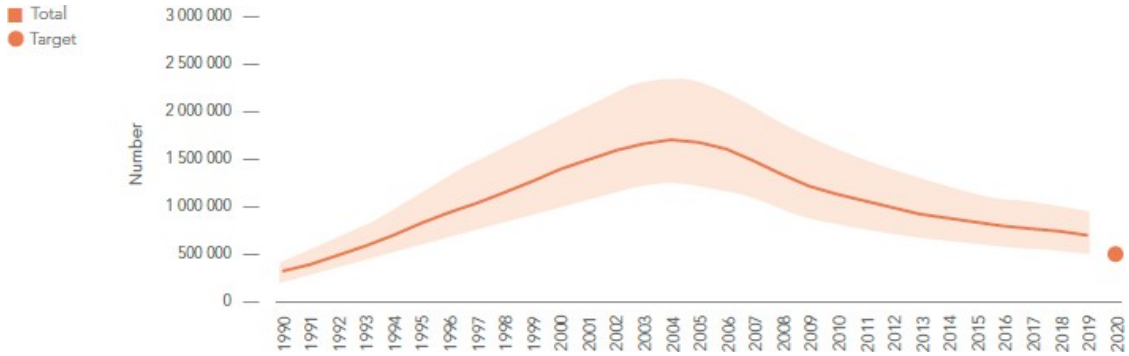
L'élargissement de l'accès au traitement du VIH et l'amélioration des résultats des traitements continuent de générer des avantages historiques en matière de santé, les décès liés au sida ayant diminué de 39 % entre 2010 et 2019. Près de 700 000 personnes meurent encore du sida chaque année. La mortalité liée au sida continue de diminuer, mais à un rythme insuffisant pour atteindre l'objectif de la procédure accélérée de réduction des décès à moins de 500 000 à l'horizon 2020.

La baisse de la mortalité liée au sida depuis 2010 a été nettement plus marquée chez les femmes et les filles (46 %) que chez les hommes et les garçons (32 %) (Figure 17). Toutefois, le sida demeure une des principales causes de mortalité chez les femmes en âge de procréer. La réduction des décès liés au sida est plus prononcée en Afrique orientale et australe (49 %) que dans les autres régions ; les décès liés au sida ont augmenté de 24 % en Europe orientale et en Asie centrale depuis 2010. Ces tendances en matière de mortalité découlent en grande partie des différences de couverture du traitement du VIH, qui s'élevait à 72 % en Afrique orientale et australe en 2019 (une augmentation de 25 % en 2010), contre 44 % en Europe orientale et en Asie centrale.

Le traitement du VIH contribue également à la réduction des nouvelles infections par le VIH. En 2018-2019, les résultats de quatre grands essais cliniques ont démontré qu'une approche universelle de dépistage et de traitement permettait de réduire rapidement de 20 à 30 % l'incidence du VIH au niveau de la population *(10-13).*

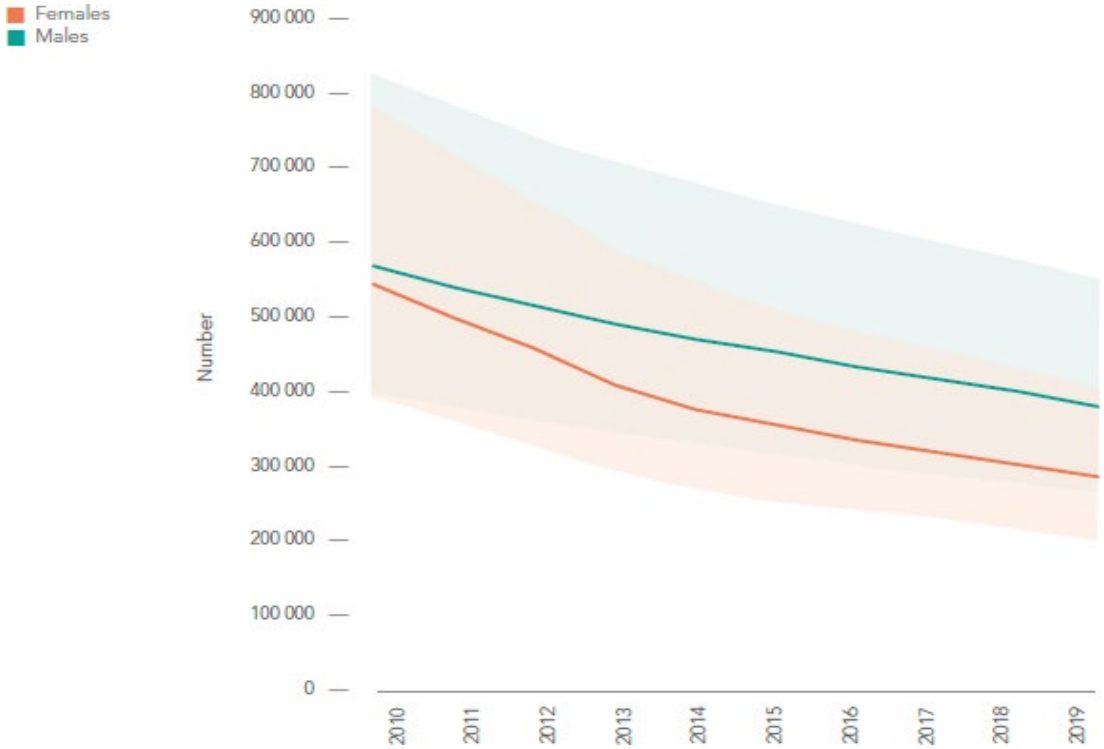
Le monde continue de progresser vers les objectifs 90-90-90. Au mois de décembre 2019, 81 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, 82 % des personnes diagnostiquées séropositives bénéficiaient d'une TAR et 88 % des personnes sous TAR affichaient une suppression virale.

Figure 16. Nombre de décès liés au sida, au niveau mondial, 1990-2019



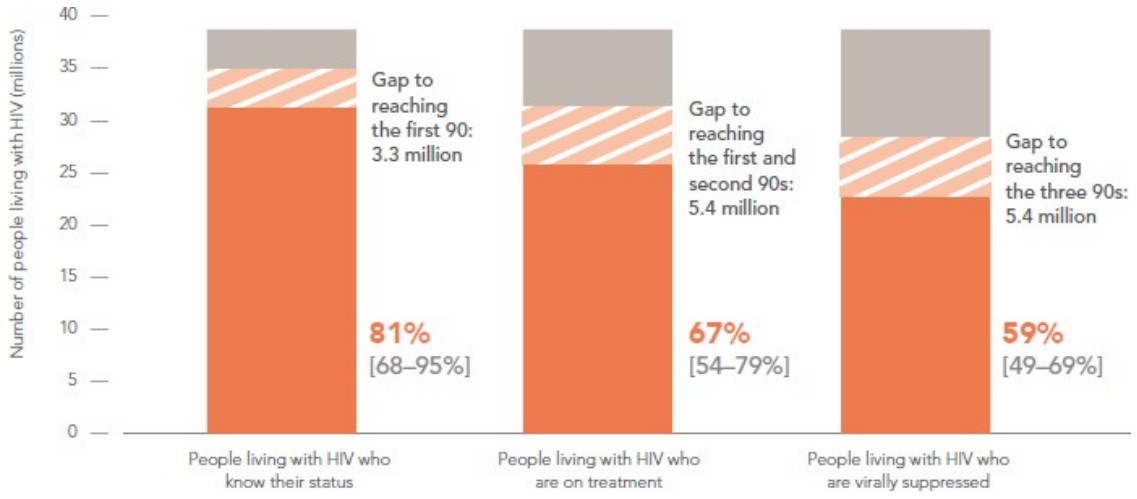
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/).

Figure 17. 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/).

Figure 18. Cascade du dépistage et du traitement du VIH, au niveau mondial, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

La concrétisation des trois 90 générerait 73%, au moins, des personnes vivant avec le VIH et affichant une suppression durable de la charge virale. En dépit de progrès majeurs, il est peu probable que le monde atteigne l'objectif de 73 % d'ici le mois de décembre 2020. Parmi les quelque 38 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde à la fin de 2019, 67 % étaient sous traitement et 59 % affichaient une suppression de leur charge virale (Figure 18). L'écart pour atteindre le premier 90 s'élevait à 3,3 millions de personnes, l'écart pour atteindre le premier et le second 90 était de 5,4 millions de personnes, et l'écart pour atteindre les trois 90 était de 5,4 millions de personnes.

Un nombre croissant de pays, par région et par niveau de revenu, sont parvenus à atteindre les objectifs 90-90-90. En 2019, 13 pays dans le monde avaient atteint l'objectif de 73 % de suppression virale. Eswatini a déjà atteint l'objectif de 86% de suppression virale fixé pour 2030. Cinq autres pays ont atteint une suppression virale d'au moins 68 % parmi les personnes vivant avec le VIH. Toutefois, la plupart des pays sont encore loin d'atteindre les objectifs 90-90-90, y compris 28 pays où moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH affichaient une suppression de leur charge virale en 2019.

Tableau 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

	People living with HIV who know their status	People living with HIV who know their status and are on treatment	People on treatment who are virally suppressed		Viral load suppression among people living with HIV
ACHIEVED 2030 TARGET (95%)	***Eswatini*** **Namibia**	Burundi Cambodia Denmark ***Eswatini*** Haiti Rwanda Senegal **Switzerland** **Zambia**	**Australia** Botswana Cambodia ***Eswatini*** Germany Ireland Japan Myanmar **Netherlands** **Switzerland** Thailand Viet Nam	ACHIEVED 2030 TARGET (86%)	***Eswatini*** **Switzerland**
ACHIEVED 2020 TARGET (90%)	**Australia** Botswana Chile Guyana Ireland Kenya Malawi **Netherlands** South Africa **Switzerland** **Zambia** Zimbabwe	**Australia** Burkina Faso Ethiopia Germany Morocco **Namibia** **Netherlands** Singapore Spain Uganda United Republic of Tanzania Zimbabwe	Brazil Chile Kenya Malawi Morocco **Namibia** Rwanda Singapore South Africa Spain Trinidad and Tobago Uganda United Republic of Tanzania **Zambia**	ACHIEVED 2020 TARGET (73%)	**Australia** Botswana Cambodia Ireland **Namibia** **Netherlands** Rwanda Spain Thailand Uganda **Zambia** Zimbabwe
NEARLY ACHIEVED 2020 TARGET (85–89%)	Brazil Burundi Cuba Italy Romania Rwanda Spain Uganda United States of America	Algeria Botswana Cuba Ireland Italy Luxembourg Malawi Peru Portugal Slovakia	Ethiopia Guyana Italy Luxembourg Portugal Zimbabwe	NEARLY ACHIEVED 2020 TARGET (68–72%)	Italy Kenya Malawi Myanmar United Republic of Tanzania

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

Note : 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). De plus, 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 fixés pour 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 fixés pour 2020.

Le fait d'atteindre l'objectif de suppression virale de 73 % en 2020 à la fin de la cascade de dépistage et de traitement souligne de bonnes performances dans tous les piliers des objectifs 90-90-90, et démontre que les personnes bénéficient pleinement de ce traitement. En général, les pays qui affichent de bons résultats obtiennent d'excellents résultats parmi les hommes et les femmes, alors qu'à l'échelle mondiale, les femmes obtiennent systématiquement de meilleurs résultats que les hommes dans la cascade du dépistage et du traitement du VIH. L'augmentation de la couverture du traitement parmi les femmes résulte partiellement de leur

recours plus régulier aux services de santé, qui incluent un dépistage de routine, tel que les soins prénataux. La collecte et la communication de données désagrégées sur les résultats du dépistage et du traitement devront devenir une pratique courante afin d'autoriser un suivi plus précis des tendances des résultats dans la cascade des traitements du VIH par âge, sexe, populations clés et autres variables pertinentes.

L'expérience d'Eswatini offre des enseignements utiles pour accélérer les progrès en matière de lutte contre le VIH. Eswatini déploie des efforts intensifs pour atteindre et faire participer les hommes aux services de dépistage et de traitement, fournit des soins et des traitements gratuits pour tous, utilise stratégiquement les données pour cibler et adapter les stratégies de dépistage, et a recours à des stratégies innovantes de fourniture de traitements, notamment l'initiation du traitement le jour même et la fourniture de services différenciés.

Tableau 2. Lente progression vers les objectifs 90-90-90, par pays, 2019

	People living with HIV who know their status	People living with HIV who know their status and are on treatment	People on treatment who are virally suppressed		Viral load suppression among people living with HIV
OFF-TRACK (50–69%)	Angola Chad Colombia Congo Democratic Republic of the Congo Equatorial Guinea Fiji Georgia Ghana Guatemala Guinea Guinea-Bissau Honduras Kyrgyzstan Liberia Mauritius Montenegro Niger Republic of Moldova Sri Lanka Suriname Tajikistan Ukraine Venezuela	Albania Barbados Bulgaria Central African Republic Dominican Republic Equatorial Guinea Gabon Gambia Iran (Islamic Republic of) Kazakhstan Kyrgyzstan Liberia Malaysia Nicaragua Pakistan Philippines South Sudan Sudan Venezuela	Cape Verde Ghana Mauritius	OFF-TRACK (40–50%)	Azerbaijan Barbados Belarus Benin Bolivia Bulgaria Côte d'Ivoire Dominican Republic Ecuador Honduras Kazakhstan Montenegro Mozambique Niger Suriname
POOR PERFORMING (LESS THAN 50%)	Afghanistan Gambia Iran (Islamic Republic of) Madagascar Mali Mongolia Pakistan Sierra Leone South Sudan Sudan Tunisia	Afghanistan Angola Congo Lithuania Mauritius		POOR PERFORMING (LESS THAN 40%)	Albania Fiji Ghana Iran (Islamic Republic of) Jamaica Kyrgyzstan Lithuania Mauritius Mongolia Republic of Moldova Somalia South Sudan Tajikistan

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

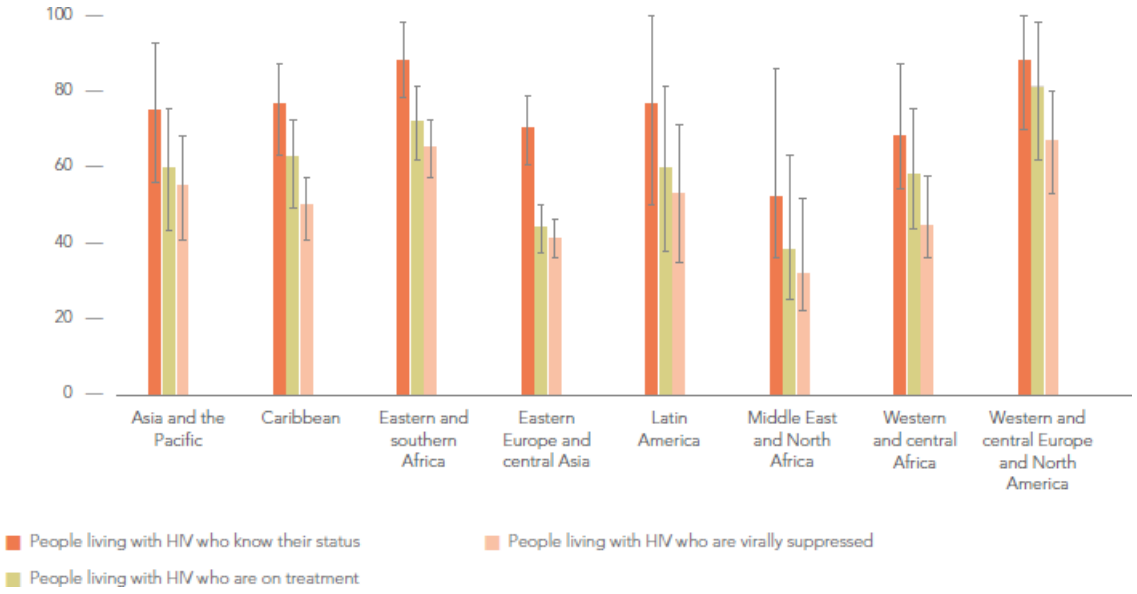
Les progrès réalisés dans le sens des objectifs 90-90-90 varient considérablement d'une région à l'autre et au sein même des régions (Figure 19). Dans l'ensemble, l'Afrique orientale et australe, où vivent plus de 54 % de toutes les personnes séropositives, est en voie d'atteindre

les objectifs 90-90-90, avec des résultats de la cascade des traitements comparables à ceux rapportés en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord. En Afrique orientale et australe, sept pays (Botswana, Eswatini, Namibie, Rwanda, Ouganda, Zambie et Zimbabwe) ont atteint les objectifs 90-90-90, et trois autres pays (Kenya, Malawi et République Unie de Tanzanie) les concrétiseront sous peu. Eswatini a déjà atteint l'objectif 95-95-95 fixé pour 2030. Toutefois, la couverture des traitements et les taux de suppression virale sont nettement inférieurs dans certains autres pays de la région, notamment au Mozambique. De même, le progrès global mondial masque une absence de progrès au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ainsi qu'en Europe de l'Est et en Asie centrale.

Dans la cascade de dépistage et de traitement du VIH, les obstacles qui limitent les taux de suppression virale varient d'une région à l'autre et au sein même des régions. En Afrique occidentale et centrale ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, la faible connaissance de la séropositivité constitue le principal obstacle aux résultats du traitement, tandis qu'en Europe orientale et en Asie centrale, les faibles taux d'initiation du traitement sont les principaux obstacles. Le fait de ne pas offrir aux personnes diagnostiquées séropositives un accès immédiat et sans entrave à la mise en route d'un traitement contre le VIH entraîne des disparités en matière de santé, compromet les progrès réalisés pour garantir que les programmes soient fondés sur les droits de l'homme et axés sur le client, et augmente les coûts (en exigeant des dépistages répétés, des actions de sensibilisation et des efforts d'adhésion intenses).

Des différences dans les obstacles à l'accès au traitement sont également apparentes au sein des régions. En Afrique orientale et australe, par exemple, des lacunes importantes sont constatées dans la connaissance du statut VIH à Madagascar et au Sud-Soudan, tandis qu'en Angola et à Maurice, une grande partie des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, mais n'ont pas accès aux services de traitement. Sur les 57 pays ayant rapporté sur les trois volets de l'objectif 90-90-90, on constate des variations substantielles relatives à l'étape spécifique de la cascade de traitement du VIH, qui représente l'écart le plus important. Des stratégies de relance peuvent être nécessaires pour que les pays et régions peu performants rattrapent rapidement leur retard et visent des objectifs futurs.

Figure 19. Cascade du dépistage et du traitement du VIH, par région, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

Le nombre de décès dus à la tuberculose (TB) chez les personnes séropositives diminue, mais pas assez rapidement. Cela est principalement dû au fait que les cas de tuberculose active n'ont pas été identifiés et traités, et à la lente expansion de la thérapie préventive contre la

tuberculose. La tuberculose a coûté la vie à environ 250 000 personnes vivant avec le VIH en 2018, soit environ un tiers de tous les décès liés au sida *(14)*. La tuberculose demeure la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH.

Les efforts de traitement et de prévention ont permis de réduire de 52 % le nombre de décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH entre 2010 et 2018, un résultat important, mais qui reste en-deçà de l'objectif de 75 % fixé pour 2020. Les lacunes dans le traitement de la tuberculose ralentissent les progrès vers les objectifs mondiaux et contribuent à une mortalité substantielle évitable parmi les personnes vivant avec le VIH. Parmi les 135 pays qui ont communiqué ces données en 2019, moins de la moitié (48 %) des 862 000 personnes vivant avec le VIH et ayant développé la tuberculose (cas incidents) ont reçu un traitement à la fois contre le VIH et la tuberculose. Le taux de réussite du traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH était de 75 % en 2018, alors que le taux de réussite du traitement de la tuberculose dans le monde est de 85 %.

Les raisons expliquant ces résultats comparativement médiocres parmi les personnes séropositives sous traitement antituberculeux incluent la détection tardive de la tuberculose associée au VIH et les retards dans le démarrage d'une TAR ou contre la TB ou d'une prophylaxie au cotrimoxazole. En 2020, seuls cinq des 30 pays où le fardeau de la tuberculose est le plus lourd ont proposé le modèle de « guichet unique » recommandé par l'OMS pour les services intégrés de lutte contre le VIH et la tuberculose. L'accès au traitement préventif contre la tuberculose est en augmentation : en 2018, 65 pays ont déclaré avoir mis en place un traitement préventif contre la tuberculose pour 1,8 million de personnes vivant avec le VIH, contre un peu moins d'un million en 2017.

COVID-19 et dépistage et traitement du VIH

La COVID-19 pèse sur les systèmes de santé et les confinements limitent les déplacements des personnes et mettent les économies à rude épreuve. Cela peut entraîner des perturbations potentiellement mortelles des services VIH et autres services de santé pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes à haut risque d'infection par le VIH. Ces perturbations pourraient inverser une partie des progrès réalisés dans le sens de la concrétisation des objectifs 2020.

Une modélisation récente a estimé qu'une interruption complète de six mois de la TAR 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 *(15).* Une interruption de la TAR pendant six mois entraînerait, pour 20 % des personnes vivant avec le VIH, plus de 110 000 décès supplémentaires liés au sida *(16).* Les nouveaux défis logistiques liés à la garantie d'un approvisionnement stable en médicaments contre le VIH et autres produits essentiels, nécessiteront une mobilisation et une résolution permanentes des problèmes.

Les approches différenciées de prestation de services, développées par les communautés afin de répondre à leurs besoins et circonstances spécifiques, sont désormais largement adoptées, la crise du COVID-19 donnant un élan supplémentaire au déploiement accéléré. La distribution plurimestrielle de médicaments antirétroviraux (ARV) en est un exemple. Elle peut prévenir les interruptions des régimes de traitement et réduire la charge qui pèse sur les établissements de santé encombrés.

Dans toutes les régions, à l'exception de l'Amérique latine, une majorité de pays avaient mis en place, en 2019, des politiques de distribution plurimestrielle de médicaments antirétroviraux (ARV), mais peu d'entre eux appliquaient ces politiques à grande échelle *(17).* Cela a changé au cours des premiers mois de la pandémie de COVID-19. Au mois de mai 2020, 80 % des personnes sous traitement contre le VIH au Zimbabwe recevaient un approvisionnement en médicaments pour trois mois, réduisant ainsi de 30 % les visites dans les cliniques et augmentant la résilience systémique face à l'impact de la COVID-19. En réponse à la COVID-19, le Malawi a également assoupli ses restrictions antérieures concernant l'éligibilité aux prescriptions plurimestrielles, et la Thaïlande et le Vietnam ont accéléré leur déploiement de la distribution plurimestrielle de médicaments ARV *(17).* D'autres pays, dont le Belarus, la

République dominicaine, l'Éthiopie, le Mozambique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et l'Afrique du Sud, ont adopté des politiques de prescription plus libérales pour les médicaments contre le VIH *(17).*

La distribution plurimestrielle renforce également les communautés et les personnes vivant avec le VIH, et encourage et soutient les soins auto-administrés en conférant le pouvoir aux personnes elles-mêmes pour qu'elles poursuivent le traitement et les soins, ce qui rend la poursuite du traitement et des soins plus facile et moins lourde pour les personnes, les familles et les communautés. Dans le même temps, les approches de prestation de services communautaires, telles que la distribution communautaire d'ARV et les clubs d'adhésion dirigés par des pairs, rapprochent les services de traitement du VIH des personnes qui en ont besoin et facilitent l'adaptation des services aux besoins individuels et communautaires.

Ce qui fonctionne et doit être maintenu

L'élan important vers les objectifs 90-90-90 dans la plupart des régions doit être maintenu. Au niveau mondial, des progrès historiques ont été réalisés dans l'extension du traitement du VIH et l'amélioration des résultats du traitement (Figure 20). En 2019, 67 % des personnes vivant avec le VIH bénéficiaient d'un traitement antirétroviral, ce qui représente une nette amélioration par rapport à 2010 (25 % de couverture) et 2015 (49 %). Une dynamique similaire a été constatée dans de nombreuses régions.

Des mesures importantes ont été prises pour optimiser les approches en matière de dépistage et de traitement du VIH. Au lieu d'approches standardisées qui attendent des individus qu'ils s'adaptent à des approches et des plates-formes de services prédéterminées, la riposte au VIH est de plus en plus axée sur l'adéquation des approches de services aux besoins et aux circonstances des clients et des communautés. Au lieu de la dépendance de longue date au dépistage généralisé en établissement, on insiste de plus en plus sur la nécessité de modèles de dépistage différenciés, incluant diverses approches en établissement et au niveau de la communauté, qui peuvent être ciblées sur les communautés les plus à risque et adaptées aux besoins individuels et communautaires.

Les modèles de soins différenciés, y compris les modèles de soins communautaires, aident le système de santé local à gérer un nombre toujours croissant de patients. De même, les pays optimisent les programmes de traitement du VIH et améliorent les résultats en assurant la transition vers des programmes à base de Dolutegravir pour le traitement de première ligne du VIH, conformément aux recommandations de l'OMS. Au Malawi, la mise à disposition de traitements à base de Dolutegravir s'est accompagnée, en 2019, d'une augmentation des taux de suppression virale chez les hommes et les femmes et chez les enfants vivant avec le VIH *(18).* À mesure que la pandémie de COVID-19 se développe, les systèmes de santé centrés sur les personnes et qui utilisent des approches différenciées, s'avèrent plus adaptables et plus réactifs.

Les innovations en matière de prestation de services améliorent l'efficacité et l'efficience des services de traitement. Les modèles de soins différenciés et centrés sur les personnes, y compris les modèles de soins communautaires, rendent les systèmes de santé plus adaptables et plus réactifs, réduisent la pression sur les établissements de santé standard, libèrent des ressources pour d'autres priorités et permettent aux systèmes de santé locaux de servir un nombre croissant de patients. Par exemple, la distribution plurimestrielle supprime la nécessité de visites fréquentes, coûteuses et longues dans les cliniques qui sont strictement destinées à la collecte des médicaments ARV et réduit la charge de travail des établissements de santé. L'auto-dépistage du VIH et les technologies de point de service pour les tests virologiques et autres diagnostics améliorent l'accès à ces services et permettent aux clients d'obtenir des résultats plus rapidement.

Figure 20. Progrès vers les objectifs 90-90-90 et suppression de la charge virale, 2015-2019

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

La recherche scientifique continue de générer d'importantes avancées biomédicales. Les options de traitement du VIH s'améliorent sans cesse. Les récents essais ATLAS et FLAIR ont démontré que l'injection mensuelle ou bimensuelle des médicaments Cabotegravir et Rilpivirine est aussi efficace que la thérapie orale quotidienne standard *(19, 20).* Ces options à action prolongée peuvent rendre la prévention et le traitement du VIH plus simples et plus pratiques que la prise quotidienne par voie orale. La science de la mise en œuvre contribue également à favoriser les progrès vers les objectifs 90-90-90, les essais de dépistage et de traitement universels mentionnés précédemment identifiant des stratégies innovantes pour améliorer rapidement les résultats de la cascade de dépistage et de traitement et pour améliorer les résultats pour les hommes et les jeunes vivant avec le VIH. Une innovation permanente sera nécessaire pour générer des options de traitement nouvelles et améliorées, d'autant plus que la demande de traitements de deuxième et troisième ligne augmente au fil du temps.

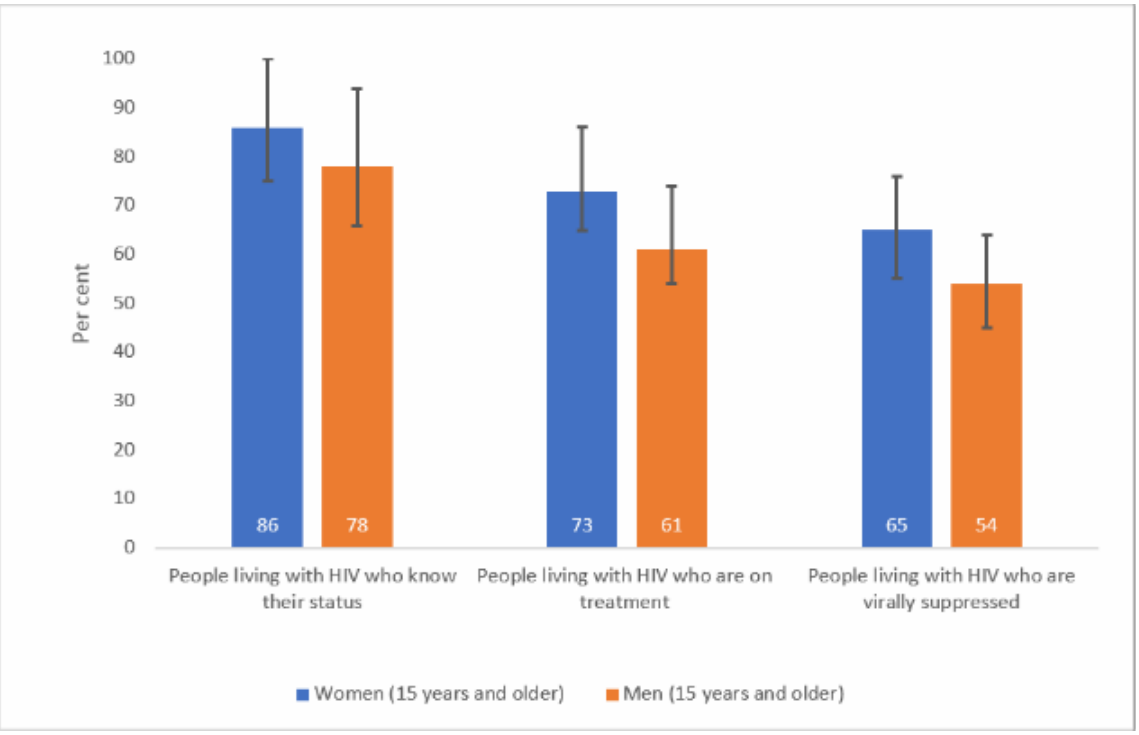
*La prestation de services intégrés de lutte contre la tuberculose et le VIH améliore les résultats du traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et réduit le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH.*Les programmes de lutte contre la tuberculose qui utilisent des approches intégrées sont particulièrement fructueux afin de garantir que les patients tuberculeux connaissent leur statut VIH et que les patients tuberculeux séropositifs reçoivent un traitement antirétroviral *(14)*.

Lorsque la réponse est insuffisante

En dépit des progrès, les programmes de dépistage et de traitement laissent de nombreuses personnes laissées pour compte. Toutes les personnes vivant avec le VIH ne bénéficient pas de la même manière des progrès globaux réalisés au niveau mondial dans le sens des objectifs 90-90-90. À l'échelle mondiale et dans les différentes régions, les femmes obtiennent des résultats nettement supérieurs à ceux des hommes dans la cascade de dépistage et de

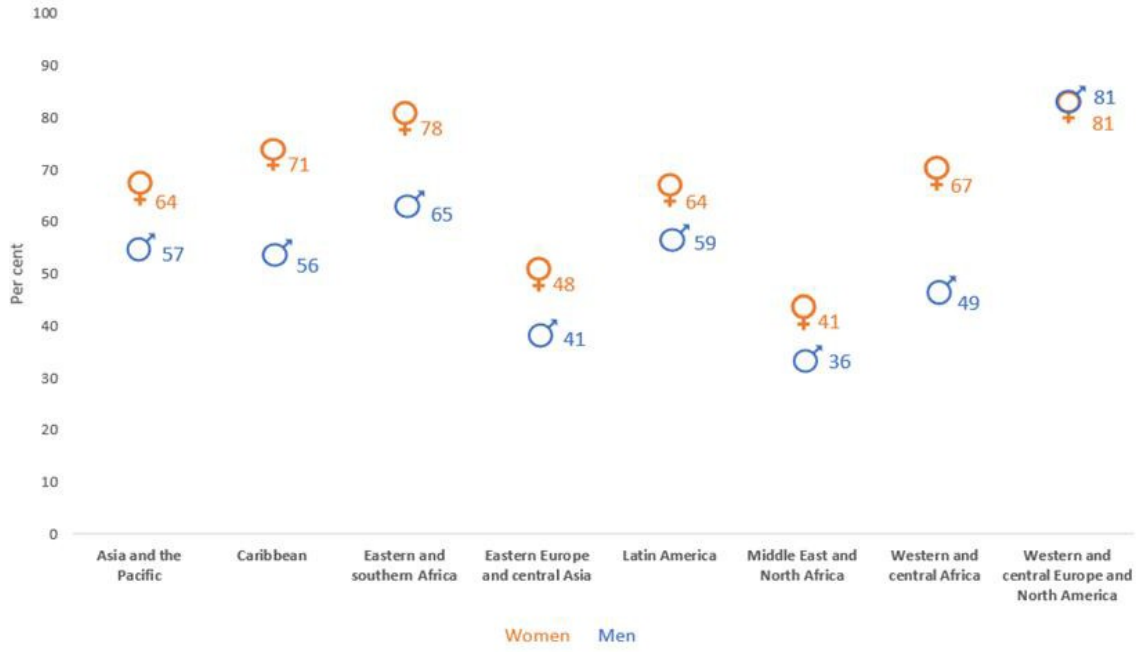
traitement (Figures 21 et 22). Au niveau mondial, on estime que 54 % des hommes vivant avec le VIH affichaient une suppression de leur charge virale en 2019, contre 65 % des femmes vivant avec le VIH. Les jeunes vivant avec le VIH sont moins susceptibles que les adultes plus âgés de connaître leur statut sérologique et d'accéder à un traitement (Figure 23). Les normes discriminatoires en matière de genre, les violences basées sur le genre et la perte d'autonomie constituent des obstacles importants à l'accès aux services de lutte contre le VIH pour de nombreuses femmes, en particulier celles qui appartiennent à des populations clés.

Figure 21. Cascade de dépistage et de traitement du VIH parmi les adultes (âgés de 15 ans et plus), par sexe, au niveau mondial, 2019



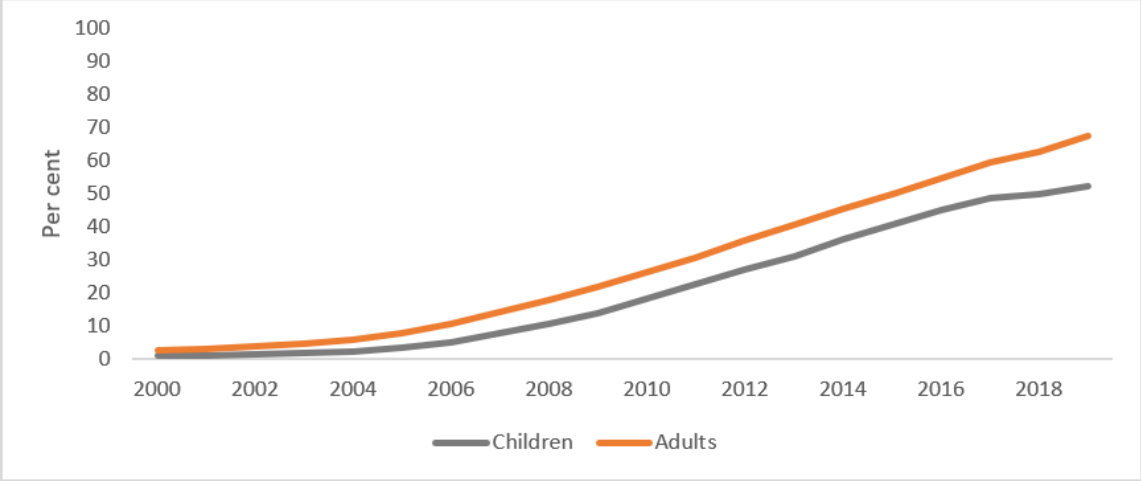
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

Figure 22. Couverture de la thérapie antirétrovirale par sexe, hommes et femmes (âgés de 15 ans et plus), par région, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

Figure 23. Couverture du traitement du VIH chez les adultes et les enfants, au niveau mondial, 2000-2018



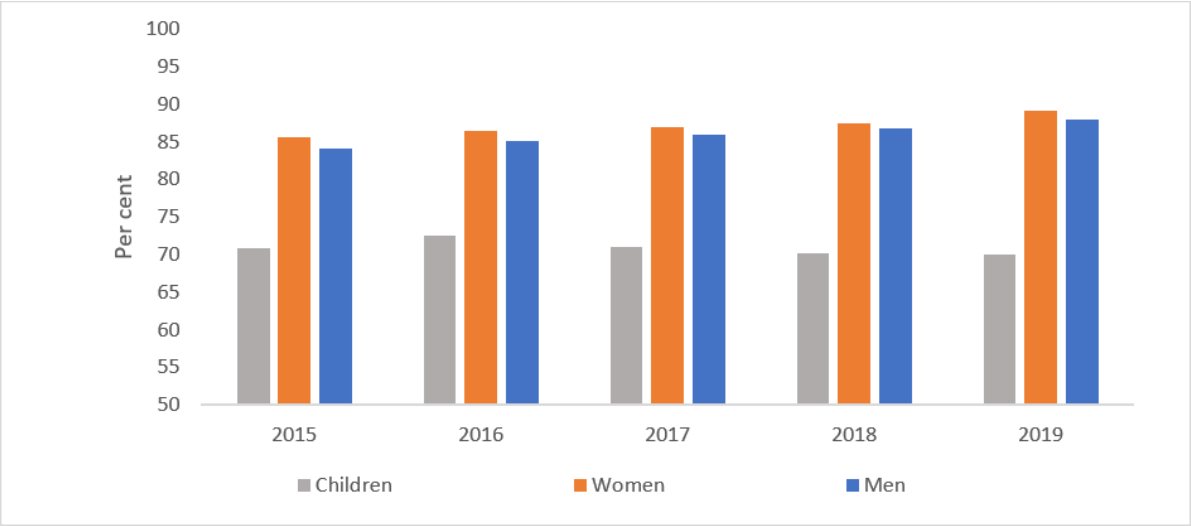
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

Les enfants vivant avec le VIH sont encore moins bien lotis. La couverture du traitement parmi les enfants (0-14 ans) était de 53 % en 2019, contre 68 % parmi les adultes vivant avec le VIH, les taux de suppression de la charge virale chez les enfants vivant avec le VIH s'étant améliorés très lentement ces dernières années (Figure 24). La section suivante de ce rapport examine plus en détail les défis auxquels sont confrontés les enfants vivant avec le VIH.

Les données démontrent que les populations clés éprouvent souvent des difficultés à bénéficier des services de dépistage et de traitement. Au Malawi, par exemple, seules 40 % des professionnelles du sexe vivant avec le VIH ont affiché une suppression de leur charge virale en 2018 *(21).* Parmi les pays ayant communiqué des données spécifiques relatives à leur population en 2016-2019, le taux moyen de dépistage avec sensibilisation (positive ou négative) parmi les populations clés oscillait entre 62 % parmi les personnes qui s'injectent des drogues

et 67 % parmi les professionnel(les) du sexe *(22).* Bien qu'elle ne soit pas directement comparable, l'estimation mondiale de la connaissance de la séropositivité chez les personnes vivant avec le VIH s'élevait à 81 % en 2019. L'absence d'estimations solides et cohérentes de la taille de la population et de données sur les résultats d'utilisation du dépistage et du traitement du VIH pour les populations clés, entrave les efforts visant à améliorer l'accès aux services pour ces sous-populations marginalisées. Les populations confrontées à la stigmatisation et à la discrimination sont doublement désavantagées, car les préoccupations relatives à la sécurité des clients peuvent compliquer un suivi étroit de la couverture des services liés au VIH dans ces populations.

Figure 24. Proportion de la suppression de la charge virale chez les personnes sous traitement contre le VIH, par âge et par sexe, au niveau mondial, 2015-2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

Bien que ces lacunes générales soient très préoccupantes et exigent une action immédiate, de nombreux programmes ont démontré qu'il est possible de bénéficier d'un accès solide et de résultats équitables pour les groupes marginalisés. Les modèles de services centrés sur la communauté et les maladies multiples, tels que SEARCH et PopART, ont réussi à réduire rapidement les écarts de services chez les hommes et les jeunes en utilisant une approche basée sur les données afin d'identifier les écarts de services et d'élaborer des remèdes *(23).* Au Zimbabwe, un programme à grande échelle destiné aux professionnelles du sexe a rapidement permis d'améliorer la connaissance de la séropositivité (de 48 % à 78 %) et la couverture TAR (de 29 % à 67 %) entre 2011 et 2016 *(24).*

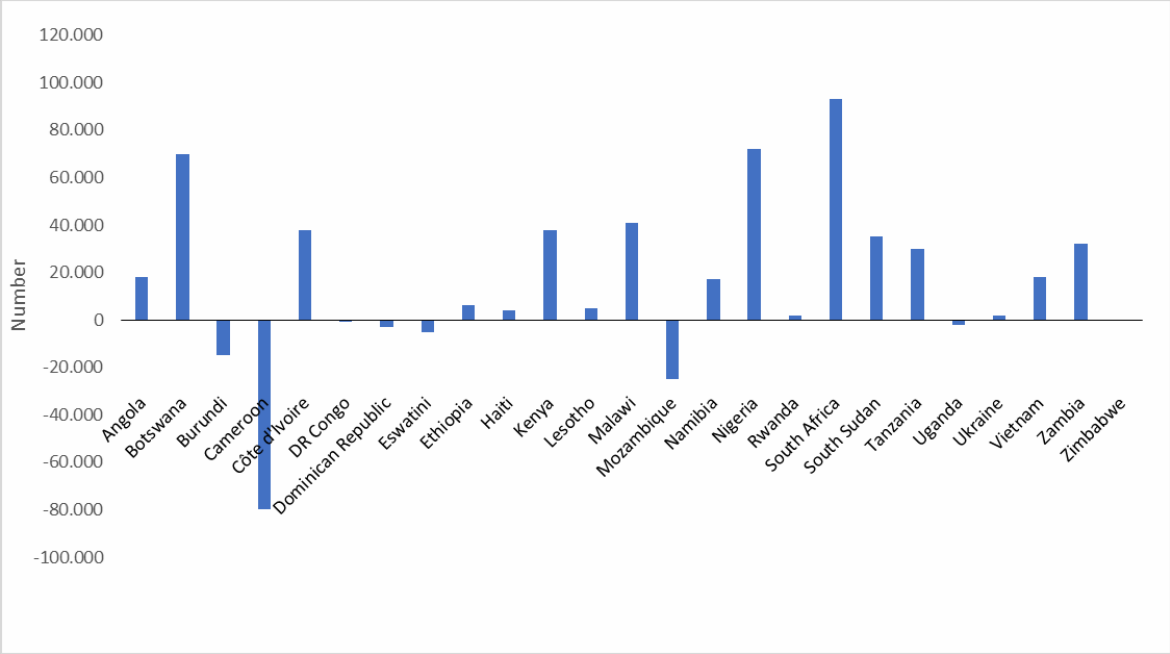
La prévention et le traitement des pertes de suivi améliorent considérablement les résultats pour les personnes vivant avec le VIH et renforcent les progrès dans le sens des objectifs nationaux et infranationaux. Alors que l'écrasante majorité des personnes qui continuent à suivre une TAR obtiennent d'excellents résultats, de nombreuses personnes vivant avec le VIH luttent pour poursuivre les soins. La faible rétention dans traitement du VIH entraîne une augmentation de la mortalité et de la morbidité, ainsi qu'une augmentation de la transmission du VIH, et elle compromet les progrès vers les objectifs 90-90-90. Une méta-analyse des programmes de traitement du VIH en Afrique subsaharienne a révélé que 22 % des patients « perdus » dans le cadre du suivi, étaient décédés *(25)*.

Dans certains programmes et pays, l'attrition représente le plus grand écart dans la cascade de dépistage et de traitement. Parmi les programmes du PEPFAR, la perte de suivi en pourcentage des clients sous traitement du VIH est particulièrement élevée en Côte d'Ivoire, au Malawi, au Nigeria et au Sud Soudan *(26).* Si les services ne sont pas fournis afin de répondre

aux besoins des personnes en termes d'adhésion tout au long de la vie, les bénéfices du traitement sont perdus et les programmes perdent en efficacité.

Comme en atteste l'expérience des pays à faible revenu et à revenu élevé, l'adhésion active et d'autres formes de soutien, le suivi des pertes de suivi par la communauté et les prestataires et les stratégies de réengagement spécifiques au contexte et centrées sur les personnes, peuvent réduire l'attrition du programme et accélérer les progrès vers des niveaux élevés de suppression virale *(27-30).* Les initiatives visant à réduire l'attrition et à réengager les personnes qui ont abandonné les soins doivent s'attaquer aux facteurs sociaux et individuels pertinents, notamment la pauvreté, la mauvaise santé, les longues distances à parcourir pour se rendre aux établissements de santé, la perception du bien-être, la connaissance du VIH au sein de la communauté, la stigmatisation, le manque de soutien social, les exigences concurrentes en matière de travail ou de garde d'enfants, et les faiblesses du système de santé qui contribuent à la discontinuité des soins.

Figure 25. Nombre absolu de personnes ayant cessé de suivre leur traitement, octobre-décembre 2019



Source : Présentation du PEPFAR Réunion de la PON

Des lacunes politiques subsistent. Bien que des dizaines de pays aient pris des mesures pour aligner leurs programmes de dépistage et de traitement sur les directives internationales, beaucoup d'autres ne l'ont pas fait, ce qui compromet leur progression vers les objectifs 90-90-90. Au début de 2020, au moins 32 pays n'avaient pas encore recommandé de programmes thérapeutiques à base de Dolutegravir comme traitement de première intention, et 20 pays exigeaient que les prescriptions de TAR soient renouvelées chaque mois *(22, 31).* Au cours des six premiers mois de 2020, le nombre de pays ayant mis en place des politiques d'auto-dépistage du VIH est passé de 77 à 87.

D'importantes lacunes subsistent dans la mise en œuvre. Dans de nombreux cas, l'adoption des politiques recommandées n'a pas conduit à la mise en œuvre et à l'extension efficaces des approches fondées sur des données probantes. Par exemple, bien que la quasi-totalité des pays (184 sur 193) aient adopté l'approche « treat-all », seuls 69 pays ont mis en œuvre cette

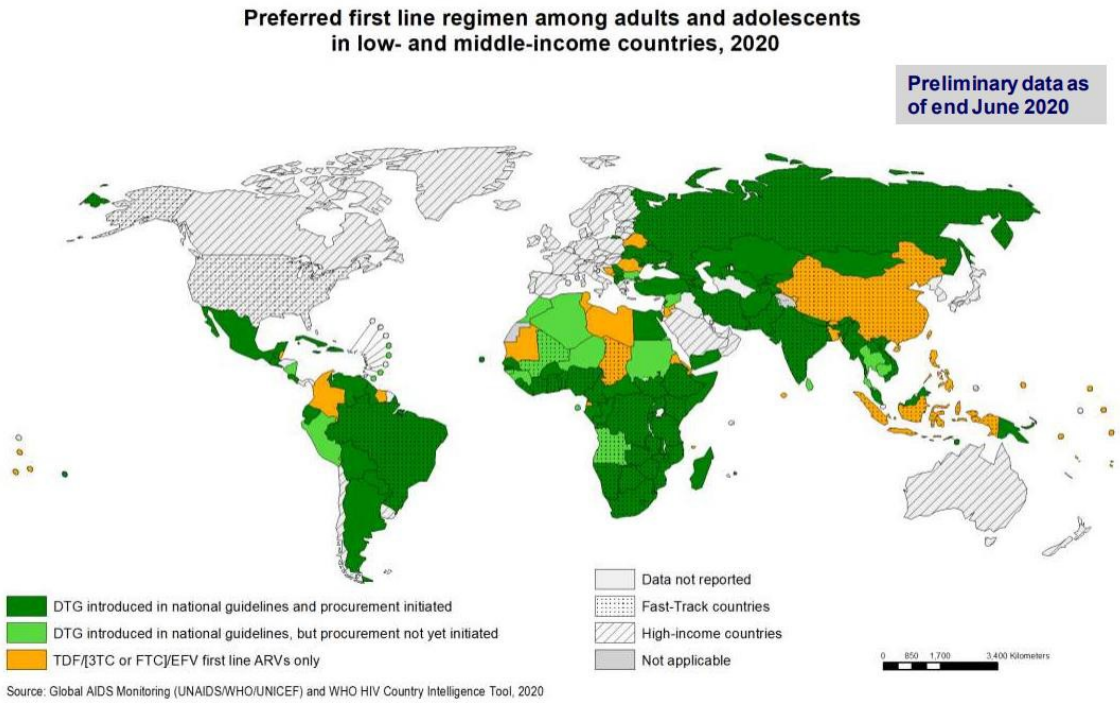
politique dans au moins 95 % des sites de traitement. Au milieu de l'année 2020, 20 pays avaient approuvé les programmes à base de Dolutegravir dans leurs directives nationales, mais n'avaient pas encore acheté ces protocoles. Alors que, en 2020, 87 pays avaient formalisé des politiques d'auto-dépistage du VIH, le déploiement effectif de l'auto-dépistage n'avait commencé que dans 43 pays.

Les lacunes dans la mise en œuvre sont particulièrement évidentes pour les services intégrés de lutte contre le VIH et la tuberculose. Moins de la moitié des cas estimés de tuberculose incidente chez les personnes vivant avec le VIH sont actuellement diagnostiqués et traités de manière appropriée *(14).* Le renforcement des tests de diagnostic moléculaire de première ligne est insuffisante, tout comme l'utilisation du test d'urine LAM qui est recommandé pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants vivant avec le VIH et les adultes séropositifs gravement malades *(22, 32-34).*

Les pays doivent adapter leurs stratégies pour atteindre les personnes qui sont laissées pour compte. Même les pays les plus performants semblent éprouver des difficultés à « franchir la dernière étape » pour atteindre les objectifs 95-95-95. Les mêmes stratégies qui mènent les pays à deux doigts du succès sont souvent inadéquates pour atteindre les personnes les plus vulnérables ou marginalisées.

Les audits des programmes nationaux de traitement en Afrique orientale et australe ont identifié des facteurs pouvant expliquer les ralentissements en cours, notamment les difficultés à atteindre et à retenir les hommes et les jeunes, l'absence d'adoption solide d'approches novatrices en matière de dépistage et de traitement, l'initiation inappropriée du traitement, la perte substantielle de suivi et la faible adhésion au traitement. Les pays doivent adapter leurs approches et mettre en œuvre des stratégies adaptées pour atteindre les personnes qui ne sont pas efficacement impliquées par les systèmes et les approches de services traditionnels.

Figure 26. Progrès dans le déploiement du Dolutegravir comme traitement du VIH, 137 pays à revenu faible et moyen, 2020

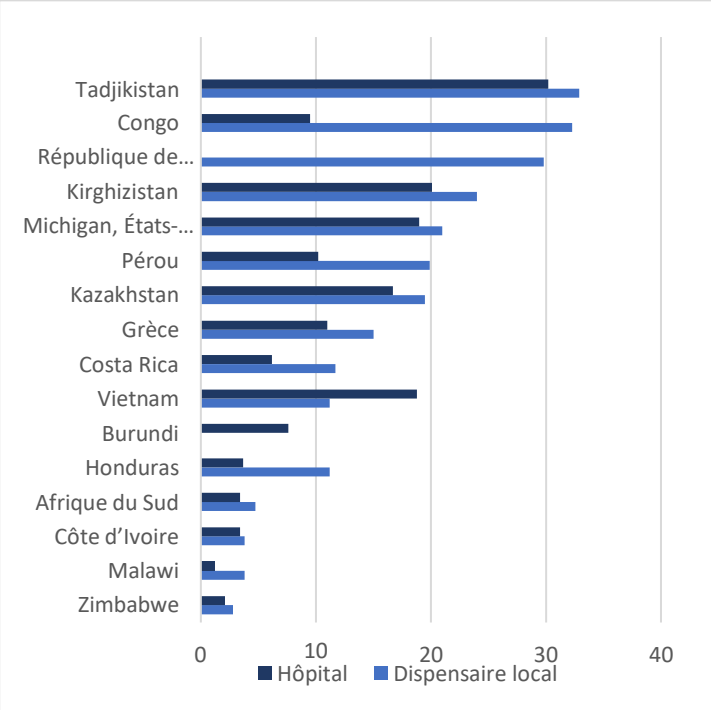


Les pays où les progrès vers les objectifs 90-90-90 accusent du retard doivent de toute urgence redynamiser les efforts nationaux de dépistage et de traitement et tirer profit des enseignements tirés des programmes très performants. En dépit du nombre croissant de « success stories » 90-90-90, la plupart des pays sont loin d'atteindre ces objectifs. Dans 13 pays (Albanie, Fidji, Ghana, République islamique d'Iran, Jamaïque, Kirghizstan, Lituanie, Maurice, Mongolie, République de Moldavie, Somalie, Soudan du Sud et Tadjikistan), moins de 40 % des personnes vivant avec le VIH ont affiché une suppression de leur charge virale. Les lacunes en matière de dépistage sont particulièrement importantes à Madagascar et au Sud-Soudan, tandis qu'en Angola et à Maurice, un grand pourcentage de personnes qui se savent séropositives n'ont pas accès à un traitement. Il est essentiel de ventiler davantage les données sur le VIH par âge, population et lieu afin d'orienter les stratégies de dépistage, de traitement, de soins et de soutien différenciés pour atteindre les personnes laissées pour compte. En Afrique occidentale et centrale (45 % des personnes vivant avec le VIH ont affiché une suppression virale en 2019), dans les Caraïbes (50 %), en Europe orientale et en Asie centrale (41 %) et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (32 %), les niveaux de suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH sont nettement inférieurs à la moyenne mondiale (59 %).

Si l'information stratégique s'est améliorée à certains égards, le manque de données solides, en particulier parmi les populations clés, nuit à la capacité de suivre les progrès accomplis dans la concrétisation des objectifs 90-90-90 et dans la garantie d'un accès équitable. Un nombre surprenant de pays n'ont pas encore communiqué d'estimations sur l'ensemble de la cascade de dépistage et de traitement, souvent parce qu'ils ne disposent pas de systèmes d'information sanitaire pour le faire. Alors que les pays d'Afrique orientale et australe ont amélioré leurs capacités à surveiller la suppression virale, les systèmes de données en Afrique occidentale et centrale sont comparativement plus faibles. De même, les pays ne disposent souvent pas d'estimations fiables sur les résultats de la cascade au niveau national pour les populations clés. Des estimations fiables concernant les enfants non diagnostiqués vivant avec le VIH ne sont pas disponibles dans la plupart des cas. Outre les estimations nationales de la cascade, des analyses infranationales sont nécessaires pour identifier les endroits spécifiques où des interventions sont nécessaires. Des données ventilées (notamment par sexe, âge et sous-population) peuvent contribuer à améliorer l'efficacité des programmes de traitement, mais ces données sont trop rarement disponibles ou utilisées efficacement. Par exemple, les informations disponibles suggèrent que le plus grand écart de diagnostic se situe chez les hommes âgés de 35 *à* 49 ans, un aperçu qui devrait éclairer les décisions concernant le ciblage des programmes et l'allocation des ressources *(17)*. Les programmes doivent investir d'urgence dans des systèmes d'information stratégiques qui peuvent orienter des approches plus efficaces pour identifier et atteindre des sous-populations spécifiques.

Les facteurs sociaux et structurels qui influent sur la prise en charge et les résultats des traitements ne sont pas suffisamment pris en compte. Le VIH reste très stigmatisant. Les attitudes négatives des prestataires de soins de santé, y compris les actes de discrimination manifestes, dissuadent de nombreuses personnes vivant avec le VIH de recourir aux services de dépistage et de traitement. Selon les résultats des enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, des pourcentages importants de personnes vivant avec le VIH (plus de 30 % au Congo et au Tadjikistan, par exemple) déclarent éviter les services de santé en raison de leur séropositivité.

Figure 27. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont évité de se rendre dans un dispensaire ou un hôpital local lorsqu'elles en avaient besoin au cours des 12 derniers mois en raison de leur séropositivité, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2013-2018



Il est de plus en plus évident que des stratégies appropriées peuvent réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé *(35).* Par exemple, les programmes qui complètent le transfert de connaissances par des possibilités de rencontre et d'écoute des personnes vivant avec le VIH semblent plus efficaces pour modifier les attitudes et les compétences culturelles des professionnels de la santé que les formations seules *(36).*

Les disparités dans l'accès aux traitements et dans les résultats résultent également de lois et de politiques qui violent les droits de l'homme internationaux et sont en contradiction avec les normes d'égalité des sexes. L'intensification des traitements et l'obtention de résultats optimaux en matière de VIH sont incompatibles avec les lois et les politiques qui criminalisent les personnes à haut risque d'infection par le VIH, telles que les professionnel(les) du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapport sexuels avec des hommes. Les normes inégales entre les sexes, la stigmatisation, la discrimination et les lois punitives empêchent ou dissuadent de nombreuses personnes vivant avec le VIH de rechercher les services de dépistage et de traitement dont elles ont besoin.
Certains pays ont agi ces dernières années pour supprimer les lois et les politiques discriminatoires et scientifiquement non fondées à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés (voir la section sur la stigmatisation, la discrimination et la justice).

L'impact négatif des lois et politiques punitives sur les efforts visant à maximiser l'accès au dépistage et au traitement du VIH est particulièrement évident en ce qui concerne les personnes qui s'injectent des drogues. En Ouganda, par exemple, les protocoles de dépistage obligatoire des drogues dissuadent les gens d'avoir accès à la TAR, tandis qu'au Kazakhstan et au Kirghizstan, les exigences d'enregistrement des personnes consommant des stupéfiants découragent beaucoup d'entre elles de recourir aux services de santé *(37).* De même, au Nigeria et en Afrique du Sud, les programmes de traitement de la tuberculose mettent l'accent sur l'abstinence de la consommation de narcotiques, ce qui décourage la prise de médicaments *(38, 39).*

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***Comment obtenir un soutien politique solide et durable et prendre des mesures stratégiques spécifiques pour combler les lacunes en matière de dépistage et de traitement pour :***
  - *Les hommes ?*
  - *Les membres des populations clés*
    - *Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?*
    - *Les transgenres ?*
    - *Les professionnel(le)s du sexe ?*
    - *Les personnes qui s'injectent des drogues ?*
    - *Les personnes vivant en milieu carcéral ou dans d'autres milieux fermés ?*
  - *Les adolescents et jeunes ?*
  - *Les personnes atteintes de tuberculose ?*
  - *Les personnes handicapées ?*
  - *Les migrants ?*

  Que faut-il pour susciter la volonté politique de s'occuper spécifiquement des laissés pour compte et d'intensifier les actions en leur faveur (et non pas de les traiter de manière uniforme) ?

- ***Alors que de nombreuses personnes diagnostiquées séropositives ne reçoivent pas de traitement contre le VIH, quelles stratégies devraient être rapidement adoptées pour combler l'écart ?***

  En quoi ces stratégies diffèrent-elles de celles qui sont nécessaires pour optimiser l'initiation rapide du traitement pour les personnes récemment diagnostiquées avec le VIH ?

- ***Quelles stratégies et quels investissements sont nécessaires pour réduire fortement les pertes de suivi et l'interruption de service ?***

  Quel est le coût de l'absence d'action immédiate ayant pour objet de réduire ces pertes ?

- ***Dans les milieux et parmi les populations où la connaissance de la séropositivité est un obstacle majeur, quelles sont les stratégies nécessaires ?***

  Comment les programmes devraient-ils investir dans différentes combinaisons d'approches en matière de dépistage, en fonction desquelles les populations ne sont pas diagnostiquées de manière disproportionnée ? Quel devrait être le rôle des stratégies universelles de dépistage et de connexion ?

- ***Comment susciter un engagement politique et catalyser une action significative pour éliminer les facteurs financiers, sociaux et structurels qui entravent l'accès aux services et les résultats optimaux des services de dépistage et de traitement ?***

- ***Comment garantir que les données stratégiques soient collectées, ventilées, analysées et utilisées efficacement pour atteindre les objectifs en matière de dépistage et de traitement ?***

  Quelles sont les approches de support technique nécessaires pour aider les pays ?

  - *développer et utiliser efficacement les cascades de dépistage et de traitement ?*
  - *développer des cascades désagrégées qui se concentrent sur les résultats pour les populations clés ?*
  - *mieux comprendre les cascades de traitement et développer des interventions ciblées ?*
  - *développer et utiliser efficacement des cascades de traitement désagrégées et spécifiques à la population pour informer les efforts spécifiques à la population afin de combler les lacunes de la cascade ?*

Quels sont les obstacles politiques aux services différenciés (c'est-à-dire les ensembles de services modifiés ou intensifiés pour les personnes qui ne sont pas atteintes efficacement) et comment les surmonter ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour donner la priorité aux innovations et aux avancées biomédicales et les utiliser largement ?***

  Comment assurer la flexibilité des programmes nationaux de dépistage et de traitement et des responsables de la mise en œuvre des programmes afin d'accélérer l'adoption des innovations biomédicales et des innovations en matière de prestation de services ?

  Quels sont les investissements, les incitants ou les actions nécessaires pour garantir une solide filière de recherche et de développement de nouvelles options de traitement du VIH, y compris des protocoles thérapeutiques à longue durée d'action ?

  Quel est le rôle de la connaissance du VIH dans la communauté pour assurer la préparation aux futurs vaccins contre le VIH ?

Éliminer la transmission verticale du VIH et assurer un traitement efficace du VIH chez les enfants

Il est peu probable que le monde atteigne l'objectif accéléré d'éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants en 2020. Il doit redoubler d'efforts pour respecter ses engagements et répondre aux besoins des enfants et des jeunes en matière de VIH :

- Objectif RHN 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.
- Domaine Stratégique de Résultat 1 : Enfants, adolescents et adultes atteints du VIH ont accès au dépistage, connaissent leurs statuts et bénéficient immédiatement d'un traitement prolongé, abordable et de qualité.
- Domaine stratégique de résultat 2 : Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants sont éliminées et la santé et le bien-être de leurs mères sont soutenus.

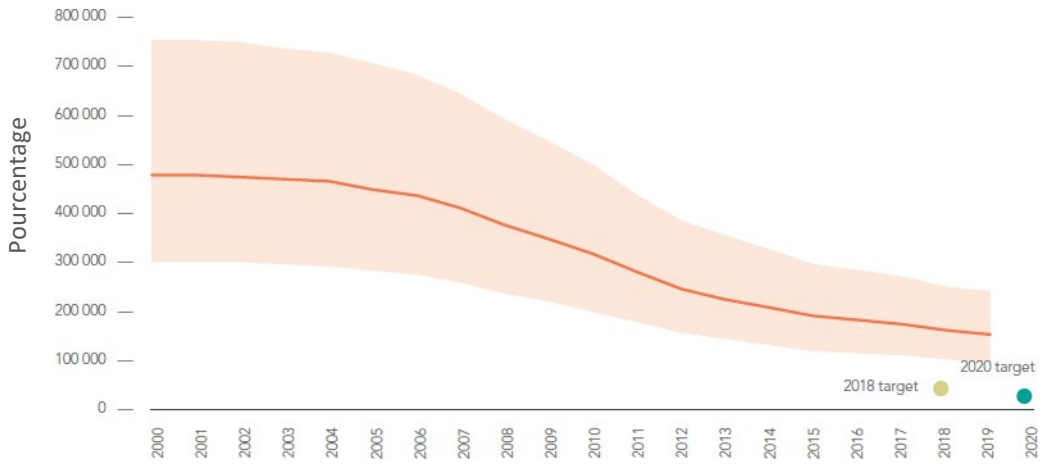
Prévenir la transmission verticale

Rapport sur la situation

Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont diminué de plus de 50% entre 2010 et 2019, mais les progrès en matière de prévention de l'infection des enfants ont ralenti depuis 2016 (Figure 28). Trois pays (le Mozambique, le Nigeria et l'Afrique du Sud) représentent un tiers des 150 000 enfants qui ont contracté le VIH en 2019. Des progrès considérables ont été réalisés dans la prévention des nouvelles infections chez les enfants au Mozambique et en Afrique du Sud. Mais au Nigeria, le nombre d'enfants nouvellement infectés a augmenté depuis 2016, principalement en raison d'une diminution de la proportion de femmes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une TAR.

En dehors de l'Afrique subsaharienne, les données sur la transmission verticale sont moins fiables. Les données disponibles suggèrent que la proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH et appartenant aux populations clés ou sont partenaires de populations clés est plus importante qu'en Afrique subsaharienne.

Figure 28. Nombre de nouvelles infections infantiles par le VIH, au niveau mondial, 2000–2019



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

Depuis 2002, les Nations Unies et leurs partenaires ont appelé à une intensification de l'action dans quatre domaines, qui ont été à nouveau mis en avant dans le *plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici 2015 et à maintenir leurs mères en vie*, et qui restent essentiels pour atteindre l'objectif d'élimination :

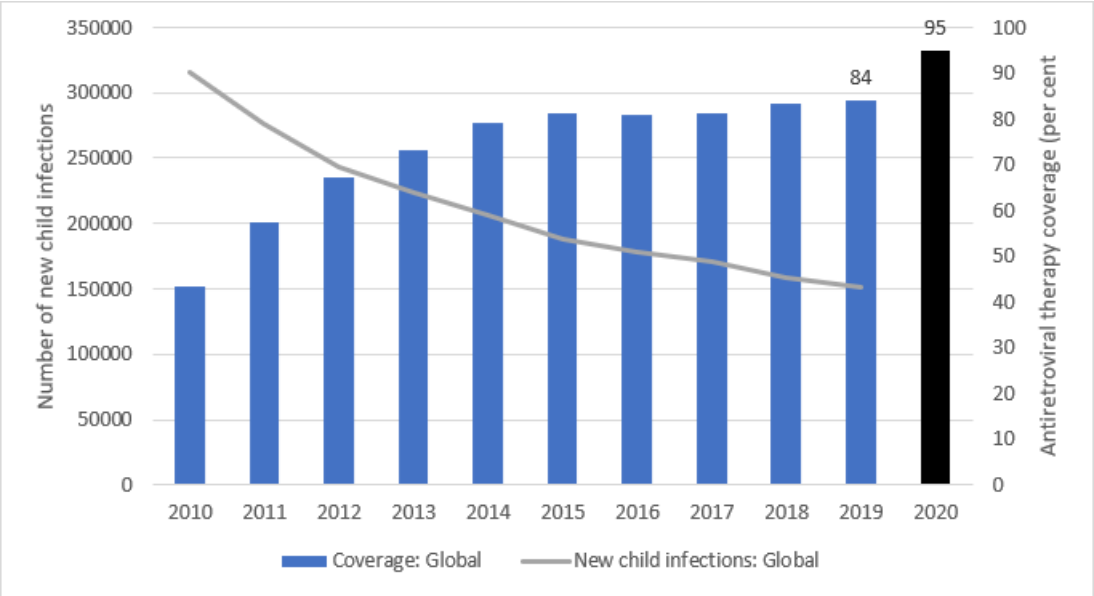
1. Prévenir le VIH chez les femmes en âge de procréer ;
2. Fournir des conseils et un soutien appropriés, ainsi que des contraceptifs, aux femmes vivant avec le VIH afin de répondre à leurs besoins non satisfaits en matière de planning familiale et d'espacement des naissances, et d'optimiser les résultats pour la santé de ces femmes et de leurs enfants ;
3. Pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, assurer le dépistage du VIH et le conseil et l'accès aux médicaments ARV nécessaires pour empêcher la transmission de l'infection par le VIH à leur bébé pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement ; et
4. Fournir des soins, un traitement et un support en matière de VIH aux femmes et enfants vivant avec le VIH et leurs familles *(40)*.

Ce qui fonctionne et doit être maintenu

Certains pays ont atteint une couverture relativement élevée de TAR chez les femmes enceintes vivant avec le VIH. En 2019, 84 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont eu accès à une TAR, ce qui est inférieur à l'objectif mondial de 95 %, mais constitue néanmoins un accomplissement important (Figure 29). En Afrique orientale et australe, 60 % des femmes séropositives suivaient déjà un traitement contre le VIH quand elles sont tombées enceintes. Grâce à cette couverture élevée, 2,2 millions d'infections par le VIH chez les enfants ont été évitées dans le monde entre 2000 et 2019.

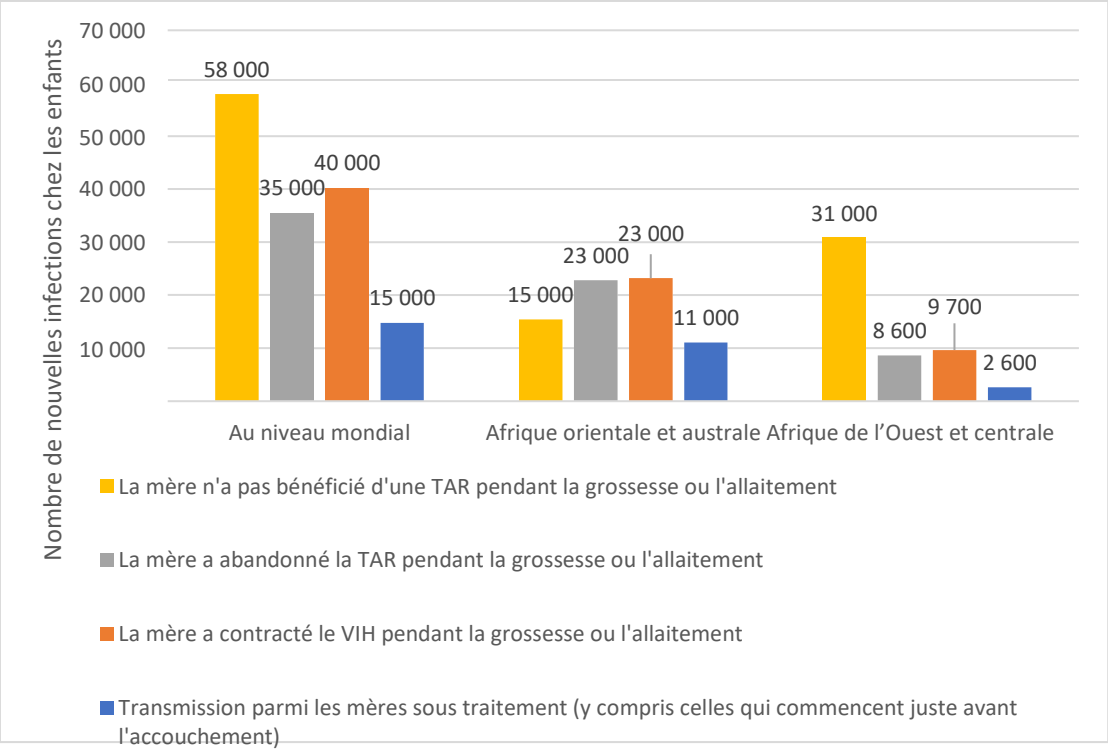
Malheureusement, la couverture du traitement du VIH chez les femmes enceintes séropositives n'a que légèrement augmenté depuis 2015. Bien que l'intensification du traitement du VIH chez les femmes enceintes soit au cœur des espoirs d'éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants, une couverture élevée est insuffisante en soi, car un nombre important d'enfants continuent de contracter le VIH. Cela est principalement dû au fait que les femmes vivant avec le VIH ne sont pas maintenues dans le traitement pendant toute la durée de la grossesse et de l'allaitement, ainsi qu'à l'acquisition importante de nouvelles infections par le VIH chez les femmes pendant la grossesse ou l'allaitement (Figure 30).

Figure 29. Couverture des femmes enceintes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale (et objectif mondial pour 2020) et nouvelles infections par le VIH chez les enfants, au niveau mondial, 2010-2019



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

Figure 30. Estimation des nouvelles infections par le VIH chez les enfants, par occasion manquée de prévenir la transmission verticale, dans le monde et en Afrique subsaharienne, 2019



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

*L'attention mondiale portée au programme d'élimination s'est poursuivie, bien que les dividendes semblent avoir diminué.*En 2016, l'ONUSIDA, le PEPFAR et d'autres partenaires ont lancé le Start Free Stay Free AIDS Free Framework, qui a identifié une série d'objectifs de Super Fast-Track pour accélérer les progrès vers l'objectif d'élimination *(41)*. La campagne « Free to Shine » de l'Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le VIH/sida, qui a pour objet d'éradiquer le sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes, a attiré l'attention sur les efforts déployés pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants.

Le processus de validation mondiale de l'élimination de la transmission mère-enfant célèbre les succès de la prévention et encourage l'accélération des progrès. Lancé par l'OMS en 2012, le processus a validé l'élimination dans huit pays et cinq territoires (Cuba, Thaïlande, Belarus, Arménie*, Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bermudes, îles Caïmans, Montserrat, Saint*-Christophe-et-Nevis, Malaisie, Maldives et Sri Lanka). Ces pays représentent une petite fraction des nouvelles infections chez les enfants dans le monde (0,2 % en 2014), mais le processus de validation est novateur et comprend des exigences en matière de droits de l'homme, d'égalité des sexes et d'engagement communautaire *(42).* Dans de nombreux pays, le processus de validation a permis de maintenir le VIH à l'ordre du jour, ce qui a bénéficié à d'autres aspects de la lutte, notamment l'attention portée aux besoins des populations clés. La validation telle que définie par le processus est impossible pour les pays où la prévalence du VIH est de 5 % ou plus, car ils devraient garantir l'instauration d'un traitement universel avant la conception afin d'atteindre l'objectif d'élimination de moins de 50 transmissions pour 100 000 naissances. Une autre voie vers l'élimination a été développée pour célébrer les pays qui franchissent des étapes clés dans la prévention de nouvelles infections par le VIH chez les enfants.

Lorsque la réponse est insuffisante

Même si la couverture mondiale reste relativement élevée, de nombreuses femmes enceintes et allaitantes ne bénéficient pas d'une TAR. Quatre-vingt-quinze pour cent des femmes enceintes séropositives en Afrique orientale et australe ont bénéficié d'une TAR en 2019. Une couverture élevée a été atteinte dans des pays tels que le Malawi, la Namibie et l'Afrique du Sud, où le VIH a été intégré dans les soins prénataux et où des progrès ont été réalisés dans la réduction de la stigmatisation liée au VIH. En revanche, la couverture du traitement chez les femmes enceintes n'était que de 58% en Afrique occidentale et centrale, avec une couverture très faible en République démocratique du Congo et au Nigeria, en raison, partiellement, de la faible couverture des soins prénataux en général. Lorsque les femmes enceintes et allaitantes n'ont pas accès à un traitement contre le VIH, les méthodes de dépistage du VIH recommandées pour les femmes (telles que le dépistage familial ou par indice) n'ont pas été mises à l'échelle et intégrées efficacement à d'autres initiatives de dépistage (par exemple, VIH, tuberculose, COVID-19, paludisme, planning familial) dans les points chauds.

Il existe une série de moyens efficaces d'améliorer l'utilisation de la TAR chez les femmes enceintes, notamment la participation des hommes, des horaires de service plus pratiques et des stratégies de recherche de cas améliorées, mais ces moyens n'ont pas été suffisamment étendus dans les zones à faible couverture. Dans certains milieux, l'inscription aux services de soins prénataux intervient à un stade tardif de la grossesse, au moment de l'accouchement ou après la naissance à domicile. De nombreuses femmes sont confrontées à des obstacles considérables pour accéder aux soins prénataux, notamment les frais d'utilisation, les coûts de transport, la perte de revenus, le manque de services de garde d'enfants, la stigmatisation, la discrimination et les attitudes désagréables de certains travailleurs de la santé. Les femmes des populations clés et les jeunes mères sont particulièrement touchées.

Les femmes dont le test de dépistage du VIH est négatif lors de leur première visite prénatale devraient recevoir des conseils pour demeurer séronégatives et avoir accès à une combinaison appropriée d'interventions de prévention du VIH, notamment en encourageant le dépistage du partenaire. La prophylaxie pré-exposition (PPrE) doit être envisagée pour les femmes à haut

risque d'infection par le VIH. Les femmes séronégatives doivent également se voir proposer de refaire un test de dépistage du VIH tout au long de la grossesse et de l'allaitement et de commencer un traitement antirétroviral le plus tôt possible après la séroconversion. Des défis spécifiques existent dans les pays à faible prévalence. Les femmes issues de populations clés ou qui sont partenaires de membres de populations clés sont rarement engagées explicitement dans des contextes prénataux, le dépistage du VIH n'est pas proposé de manière systématique et les méthodes de dépistage ne sont pas disponibles pour identifier les femmes enceintes qui ont besoin de services de dépistage et de traitement du VIH.

Tableau 3. Estimation du maintien sous thérapie antirétrovirale chez les femmes séropositives qui allaitent (ajustée aux autres cliniques), combinée avec les régions de l'Afrique subsaharienne, de l'Amérique latine et des Caraïbes, 2014-2019

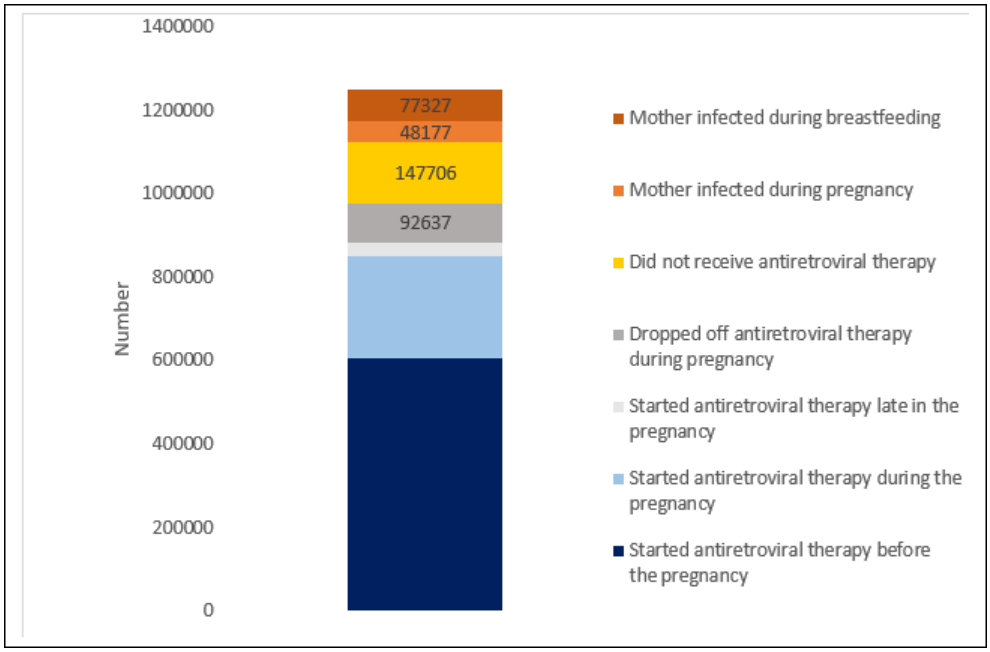
Période	Accouchement	1–6 mois	7–12 mois	13–24 mois
Rétention (%, 95% CI)	80% (72–87%)	81% (75–87%)	83% (75–90%)	70% (57–83%)

Source: 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. Méthodologie de : Doi SAR, Barendregt JJ, Khan S, Thalib L, Williams GM. Advances in the meta-analysis of heterogeneous clinical trials II: the quality effects model. Contempt Clin Trials. 2015;45(Pt A):123-9; MetaXL, Version 5.3. Dans : epigear.com [Internet]. EpiGear International; c2016 (http://www.epigear.com/index_files/metaxl.html),

Note : La rétention post-partum est rapportée pour les femmes qui bénéficiaient de soins au moment de l'accouchement.

Un trop grand nombre de femmes ne sont pas maintenues sous traitement et leur charge virale n'est pas surveillée tout au long de la grossesse et de l'allaitement. Le taux de rétention des femmes enceintes dans les services de traitement du VIH est variable, un taux de rétention élevé étant signalé au Kenya et au Rwanda, mais un taux de rétention beaucoup plus faible étant signalé en Ouganda, par exemple *(43).* Il a été démontré que le mentorat par les pairs (y compris le mentorat de mère à mère) et la participation du partenaire favorisent le maintien des femmes enceintes séropositives, mais ces approches n'ont pas été étendues à tous les contextes *(44), 45)*. Parmi les obstacles interdisant une rétention solide, on peut citer l'intégration insuffisante du dépistage du VIH dans les services des droits et de santé sexuelle et reproductive. Les obstacles à la mise en œuvre sont notamment les dispositions peu pratiques et longues à prendre dans les cliniques, comme l'obligation pour les mères de fréquenter des établissements distincts pour leurs nouveau-nés ou autres enfants. Ces défis touchent particulièrement les mères qui sont les soutiens de famille de leur foyer. Il n'est pas précisé si des dépistages plus fréquents de la charge virale sont justifiés pendant la grossesse et l'allaitement. Actuellement, il n'existe pas de directives spécifiques à ce sujet. Le traitement inadéquat du VIH et le faible niveau de connaissance du VIH chez les mères et les femmes en âge de procréer en général peuvent également entraver la rétention. Les obstacles liés au sexe - notamment les responsabilités en matière de soins non rémunérés, la dépendance économique vis-à-vis du partenaire ou du ménage, la stigmatisation et la discrimination fondées sur le sexe - limitent l'accès et le maintien des femmes et des filles dans les services de transmission verticale.

Figure 31. Nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH et lacunes dans la prévention de la transmission verticale, 21 pays cibles, 2019



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

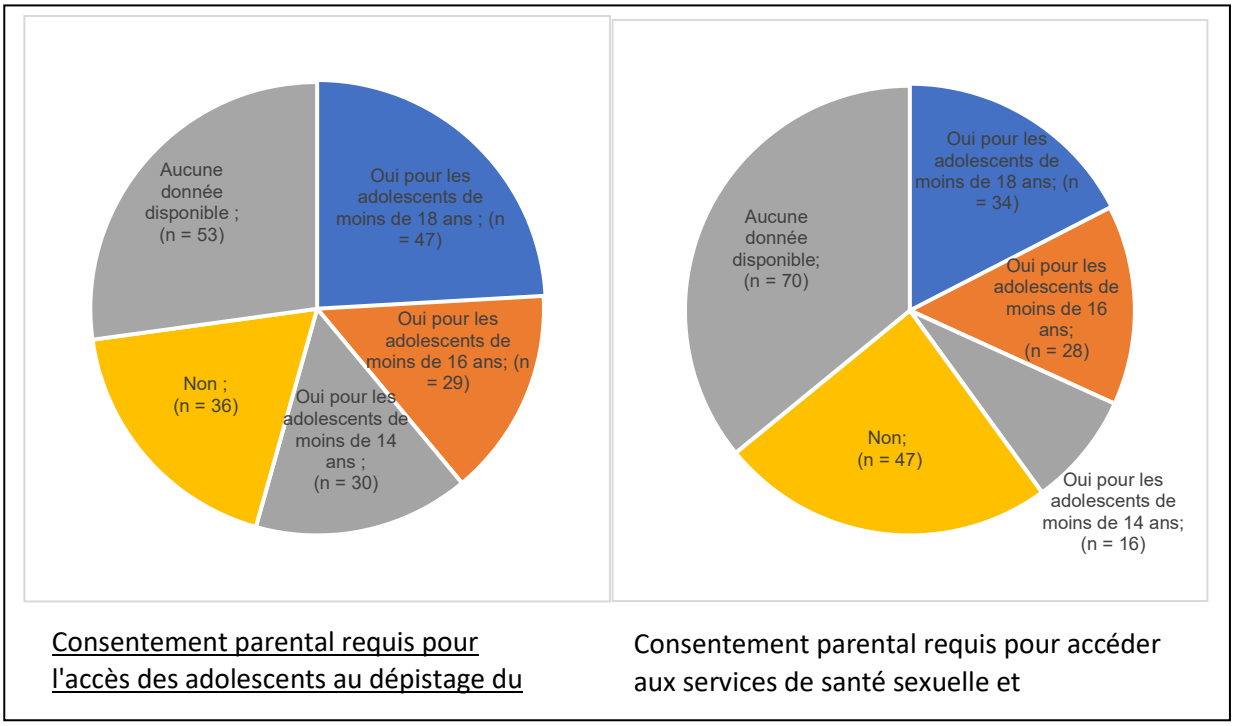
Note : Les 21 pays ciblés sont les suivants : Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigeria, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

L'incidence toujours élevée du VIH chez les femmes enceintes et allaitantes contribue aux nouvelles infections par le VIH chez les enfants. Le nombre important de nouvelles infections par le VIH chez les femmes enceintes et les mères allaitantes souligne la nécessité de comprendre quelles sont les femmes enceintes les plus exposées au risque d'infection et d'intensifier les services de prévention dans le cadre des soins prénatals et postnatals (Figure 31). Parmi les séroconversions survenues chez les femmes enceintes et allaitantes dans les 21 pays étudiés en 2019, 43 % concernaient des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Ces infections accidentelles chez les jeunes femmes ont généré quelque 30 000 nouvelles infections chez les enfants. La plupart des nouvelles infections par le VIH chez les enfants résultant de la séroconversion de la mère pendant la grossesse et l'allaitement sont répertoriées en Afrique orientale et australe.

Il est essentiel d'améliorer l'accès des jeunes femmes à la prévention combinée du VIH afin de les protéger contre l'infection et de réduire le nombre de nouvelles infections chez les enfants (voir la section sur la prévention combinée du VIH : une attention particulière est accordée aux adolescentes et aux jeunes femmes, aux jeunes et aux populations clés). Pour réduire le risque de contamination des jeunes femmes par le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement, le Kenya met en place des services de PPrE pour cette population. Parmi les autres stratégies de prévention dont l'efficacité a été démontrée pour les jeunes femmes, on peut citer les services de prévention combinée qui ciblent les femmes à haut risque et les milieux à forte incidence. L'auto-dépistage du VIH est potentiellement utile pour accroître le diagnostic opportun du VIH chez les jeunes femmes pendant la grossesse ou l'allaitement.

Les relations de pouvoir inégales entre les sexes peuvent accroître le risque de contracter le VIH chez les femmes et surtout les jeunes femmes. En plus de se concentrer spécifiquement sur la réduction des risques de VIH chez les jeunes femmes enceintes et allaitantes, des efforts accrus sont plus largement nécessaires afin d'accroître l'accès à la prévention combinée et de réduire les inégalités entre les sexes pour toutes les femmes en âge de procréer. Les lois sur l'âge du consentement qui entravent l'accès des jeunes femmes au dépistage du VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive devraient être modifiées (Figure 32).

Figure 32. Pays appliquant des lois exigeant le consentement parental pour que les adolescents aient accès à des services de santé sexuelle et reproductive, parmi 197 pays, 2018



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2019 (voir https://aidsinfo.unaids.org/).
Note : n = nombre de pays déclarants.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***Que faut-il faire pour surmonter les obstacles qui empêchent les femmes vivant avec le VIH d'accéder à un traitement contre le VIH pendant la grossesse et l'allaitement ?***

  Dans les contextes où le recours aux services de soins prénatals est faible ou en déclin, quels modèles de services peuvent être plus efficaces pour atteindre les femmes ? Quels sont les services ou interventions nécessaires pour garantir que les femmes membres des populations clés soient accueillies et soutenues dans ces services ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour accroître la couverture de la TAR chez les femmes enceintes dans les régions où cette couverture est faible ?***

  Quelles sont les actions spécifiques nécessaires pour augmenter rapidement la couverture en République démocratique du Congo, au Nigeria et dans d'autres parties de l'Afrique occidentale et centrale où la couverture est faible ? Quelles sont les actions spécifiques nécessaires pour garantir que les établissements de soins prénatals dans les zones à faible prévalence utilisent des protocoles de dépistage comportemental et de dépistage du VIH pour identifier et répondre aux besoins des femmes enceintes qui appartiennent à des populations clés ou qui sont les partenaires de membres de ces populations clés ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour aider les femmes enceintes et allaitantes à rester engagées dans les services de traitement du VIH pendant et après ces périodes ?***
- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour réduire les nouvelles infections par le VIH chez les femmes pendant la grossesse et l'allaitement ?***

- ***Comment pouvons-nous convertir au mieux les expressions de l'engagement politique sur le programme d'élimination en actions et investissements efficaces nécessaires pour prévenir la transmission verticale ?***
- ***Comment pouvons-nous garantir l'accès des femmes qui appartiennent à des populations clés aux services et au soutien complets dont elles ont besoin pour prévenir la transmission verticale et protéger leur propre santé ?***

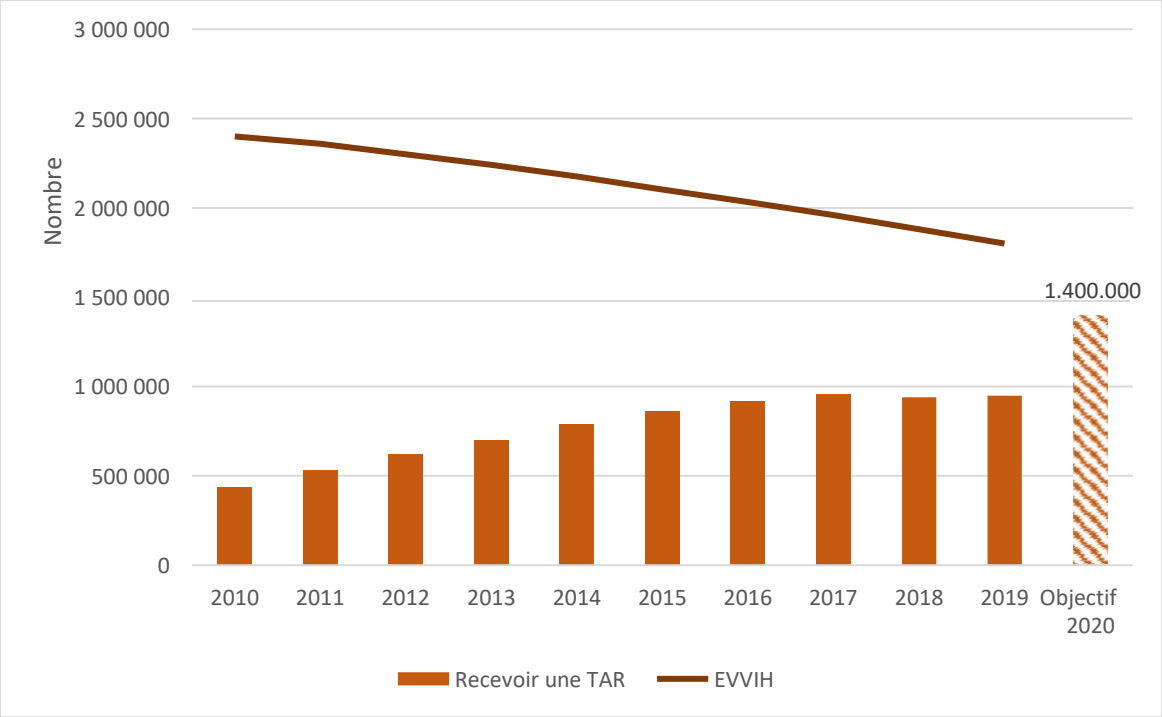
Traitement pédiatrique

Rapport sur la situation

La couverture du traitement du VIH chez les enfants vivant avec le VIH (53 % en 2019) s'est stabilisée à un niveau bien inférieur à la couverture des adultes (68 %). Les 950 000 enfants qui accédaient à la TAR en 2019 étaient bien en deçà de l'objectif de 1,4 million en procédure accélérée pour 2020 (Figure 33). On estime que 850 000 enfants vivant avec le VIH ne bénéficiaient pas de la TAR en 2019. Les cinq pays qui comptent le plus grand nombre d'enfants vivant avec le VIH ne bénéficiant pas de la TAR sont (par ordre de grandeur) l'Afrique du Sud, le Nigeria, le Mozambique, la République démocratique du Congo et le Kenya.

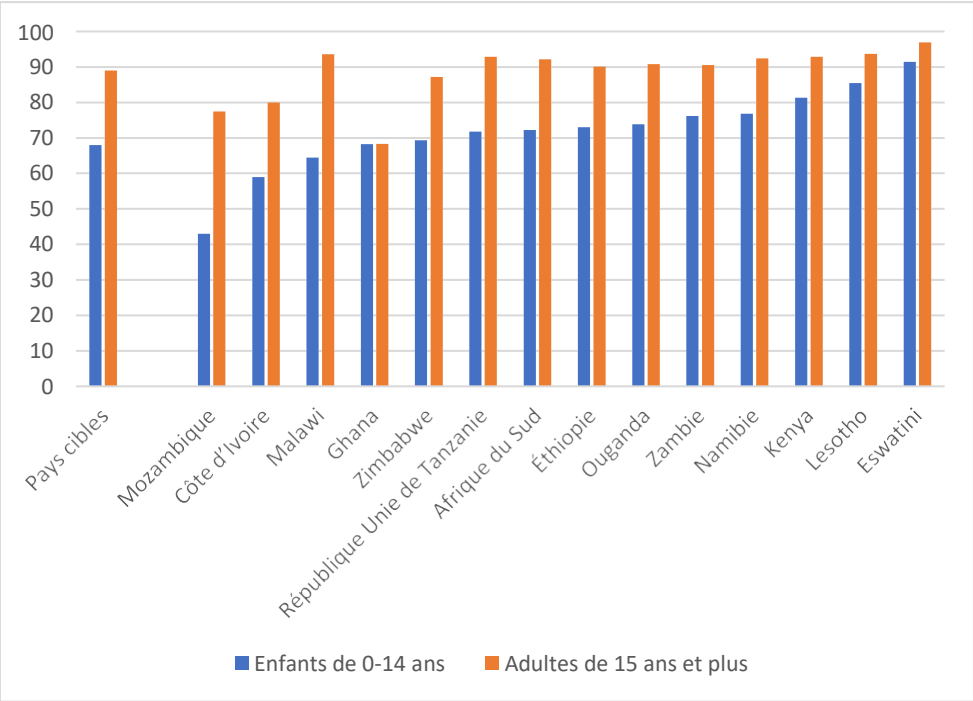
Les méthodes de dépistage actuelles ne tiennent pas compte de nombreux enfants, y compris ceux qui contractent le VIH pendant l'allaitement. Parmi les enfants qui reçoivent un traitement contre le VIH, les résultats sont souvent pires que ceux des adultes dans le même pays (Figure 34). Bien que les enfants représentent 5 % des personnes vivant avec le VIH en 2019, ils représentent 14 % de tous les décès liés au sida, la plupart de ces décès survenant au cours des quatre premières années de la vie. Par conséquent, plus des deux tiers (69 %) des enfants vivant avec le VIH qui ne recevaient pas de traitement sont âgés de 5 à 14 ans (Figure 35).

Figure 33. Nombre d'enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH (EVVIH) et recevant une thérapie antirétrovirale (et objectif 2020), au niveau mondial, 2010-2019



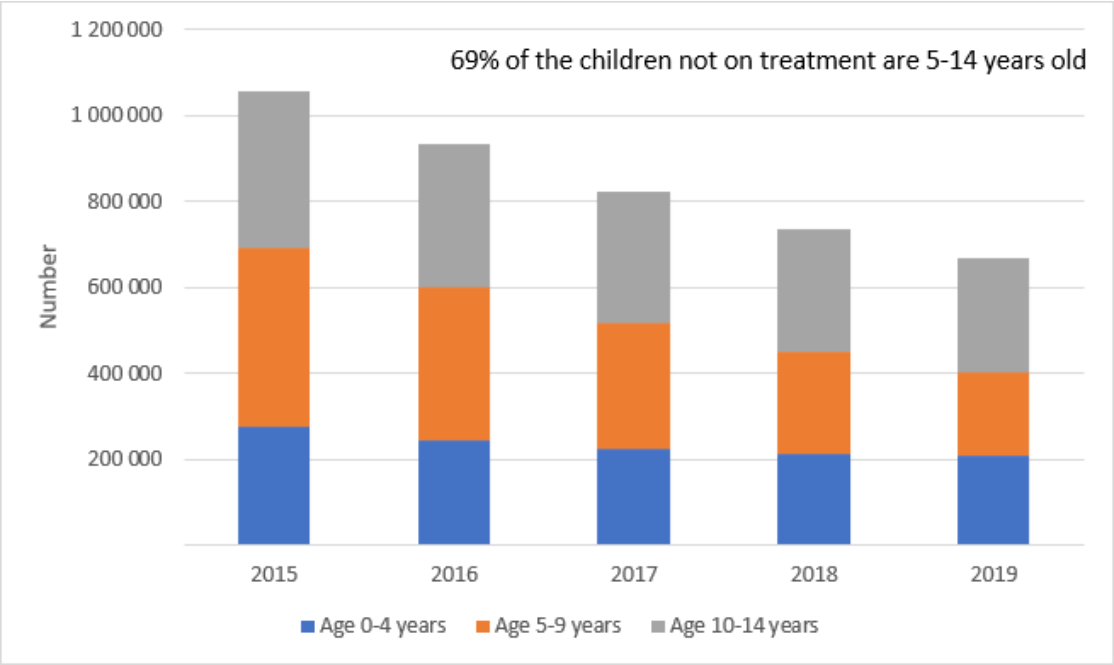
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/).

Figure 34. Suppression de la charge virale chez les adultes (15 ans et plus) et les enfants (0-14 ans), certains pays cibles, 2019



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

Figure 35. Nombre d'enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH et ne suivant pas de thérapie antirétrovirale, 21 pays cibles, 2015-2019



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

Ce qui fonctionne et doit être maintenu

Le programme de traitement pédiatrique a attiré l'attention politique. Le Vatican a organisé une série de réunions entre les principales parties prenantes, notamment des cliniciens, des sociétés pharmaceutiques et des agences humanitaires, afin d'élaborer des stratégies d'action susceptibles de combler les lacunes en matière de traitement pédiatrique. Le troisième volet de l'initiative « Start Free Stay Free AIDS Free » a fixé un objectif ambitieux, à savoir offrir un traitement à 1,6 million d'enfants vivant avec le VIH en 2018. Si ces initiatives ont réussi à rehausser le profil politique du programme de traitement pédiatrique du VIH, elles n'ont pas conduit aux actions de transformation nécessaires pour combler le fossé en matière de traitement des enfants.

La base de preuves pour le dépistage pédiatrique du VIH s'est renforcée. Il est désormais clair que le dépistage familial est un moyen très efficace d'identifier les enfants qui vivent avec le VIH, mais ne reçoivent pas de traitement contre le VIH *(46).* Parmi les programmes soutenus par le PEPFAR, une augmentation modeste (de 9 % à 12 %) de la proportion de tests familiaux parmi l'ensemble des dépistages du VIH chez les enfants en 2018-2019, a généré une augmentation marquée de la proportion des dépistages du VIH récemment diagnostiqués et identifiés par un dépistage d'indice (de 17 % à 28 %), soulignant le potentiel des dépistages familiaux pour combler les lacunes dans la connaissance du statut VIH chez les enfants *(47).* L'UNICEF et l'ONUSIDA ont élaboré des orientations sur l'extension du dépistage familial en Afrique occidentale et centrale.

Des progrès ont été réalisés dans l'optimisation des protocoles pédiatriques. Sous l'égide du groupe d'optimisation des médicaments antirétroviraux pédiatriques, l'OMS a réuni diverses parties prenantes afin d'élaborer des stratégies visant à élargir l'éventail des formulations d'ARV destinées aux enfants et à améliorer l'efficacité et la durabilité des protocoles pédiatriques. Des protocoles « quatre en un » adaptés ont été mis à la disposition des enfants, et le Dolutegravir a récemment été approuvé pour les nourrissons et les enfants âgés de plus de quatre semaines et pesant plus de 3 kg *(48)*.

Lorsque la réponse est insuffisante

Les méthodes de dépistage actuelles n'atteignent pas de nombreux enfants séropositifs. Le nombre excessif d'enfants vivant avec le VIH, mais ne recevant pas de traitement est principalement dû à deux lacunes dans les dépistages : (1) la faible couverture des services de diagnostic précoce des nourrissons (DPN) ; et (2) le manque d'options de dépistage pour les enfants plus âgés qui ne sont pas pris en compte par les efforts de DPN, en particulier les enfants qui contractent le VIH pendant l'allaitement. Si le DPN avait été disponible à grande échelle en 2019, 75 000 enfants supplémentaires (soit environ 10 % de ceux qui vivent avec le VIH, mais ne reçoivent pas de traitement) auraient été diagnostiqués *(49).* En Namibie, qui a donné la priorité au déploiement précoce du DPN, la couverture des traitements chez les enfants est similaire à celle des adultes.

Des mesures immédiates sont nécessaires pour garantir l'accès universel aux services du DPN. Comme l'a révélé l'expérience du DPN au point de service dans huit pays d'Afrique subsaharienne, ces plates-formes peuvent réduire le délai d'obtention des résultats des dépistages, à partir d'une moyenne de 55 jours (pour le DPN traditionnel) à moins d'un jour *(50).* Il est nécessaire d'accélérer la mise en place du DPN au point de service. En 2020, cinq pays à forte charge de morbidité (Afrique du Sud, Botswana, Burundi, Namibie et Nigeria) n'avaient aucune politique en place pour le DPN au point de service.

Les stratégies de dépistage familial doivent être utilisées plus largement pour identifier les enfants plus âgés vivant avec le VIH. À l'heure actuelle, l'approche est surtout utilisée au Mozambique, en République Unie de Tanzanie et en Zambie. Les pays affichant d'importantes lacunes dans le traitement des enfants, comme la République démocratique du Congo et le Nigeria, devraient appliquer ces stratégies.

Les options de traitement sous-optimales pour les enfants contribuent aux mauvais résultats pédiatriques en matière de VIH. De nombreux pays n'ont pas encore donné la priorité à la transition vers des protocoles thérapeutiques optimisés et continuent à utiliser des protocoles à base de Névirapine qui sont associés à des taux élevés de perte de suivi chez les enfants séropositifs. Il est urgent d'introduire et d'étendre rapidement les nouveaux traitements à base de Dolutegravir, qui ont été approuvés. Parmi les enfants infectés pendant l'allaitement, n'ayant pas bénéficié du DPN et qui ont ensuite été diagnostiqués séropositifs, la rétention dans les soins est médiocre, en raison, partiellement, de la dépendance continue, dans de nombreux contextes, à des protocoles sous-optimaux à base de Lopinavir *(51)*.

La stigmatisation, la discrimination et les difficultés rencontrées par les soignants nuisent à la forte utilisation des traitements pédiatriques contre le VIH et au maintien dans les soins. Les soignants et les familles ont besoin d'un soutien psychosocial et pratique renforcé, ainsi que de connaissances adéquates sur les traitements pédiatriques. Les enfants vivant avec le VIH doivent vivre de multiples transitions, notamment le passage des soins pédiatriques aux soins pour adolescents, puis des services pour adolescents aux services pour adultes. Il est nécessaire d'innover et de centrer le soutien sur l'enfant pour faciliter des transitions en douceur, assurer la continuité des soins et adapter le soutien à mesure que les enfants grandissent et se développent.

Tableau 4. Politiques en matière de traitement pédiatrique, pays cibles, 2019

Pays	Dolutegravir comme traitement de première ligne pour les enfants ≥ 20 kg	Lopinavir comme traitement de première ligne pour les enfants < 20 kg	Distribution plurimestrielle, 3 ou 6 mois	Politique de diagnostic précoce des nourrissons au point de service	Test de dépistage virologique à neuf mois
Angola	√	√	√	√	√
Botswana	√	√	[a]	x	Partial
Burundi	√	[a]	√	x	[a]
Cameroon	√	√	>2 years	√	√
Chad	√	√	[a]	√	Partial
Côte d'Ivoire	√	√	√	√	Partial
Democratic Republic of the Congo	√	√	√	√	√
Eswatini	√	√	>2 years	√	√
Ethiopia	√	√	√	√	√
Ghana	√	√	[a]	√	√
Kenya	√	√	√	√	√
Lesotho	√	√	√	√	√
Malawi	√	√	√	√	√
Mozambique	√	√	>2 years	√	√
Namibia	√	√	√	x	√
Nigeria	√	√	[a]	x	√
South Africa	√	√	>5 years	x	√
United Republic of Tanzania	√	√	>5 years	√	√
Uganda	√	√	[a]	√	√
Zambia	√	√	>2 years	√	√
Zimbabwe	√	√	√	√	√

[a] indisponible

Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2020 (voir http://lawsandpolicies.unaids.org/) et complété par les données communiquées à l'Organisation mondiale de la santé.

De nombreux obstacles interdisent aux adolescents (10-19 ans) vivant avec le VIH d'accéder à un traitement de qualité et de bons résultats en matière de VIH. Il est difficile de quantifier la couverture et les lacunes en matière de traitement des adolescents vivant avec le VIH en raison du manque de données pour cette tranche d'âge. Toutefois, étant donné qu'il a démontré que les enfants (de 0 à 14 ans) et les jeunes (de 15 à 24 ans) bénéficient d'une couverture de traitement du VIH inférieure à celle des adultes, il est évident qu'il faut faire davantage pour garantir que les adolescents vivant avec le VIH (y compris ceux qui ont contracté le VIH avant la naissance et les jeunes qui ont contracté le VIH pendant leur jeunesse) aient un accès solide et équitable au traitement du VIH et aux services de soutien. Parmi les obstacles au dépistage et au traitement rencontrés par les adolescents vivant avec le VIH, on peut citer les

comportements de santé comparativement moins fréquents chez les jeunes, le manque de sensibilisation au risque du VIH et la peur de la divulgation. Pour les adolescents qui bénéficient de services de traitement, la pénurie de services de traitement adaptés aux jeunes, ainsi que les transitions de la vie pendant la jeunesse, peuvent réduire la rétention dans les soins et aggraver les résultats pour la santé. Les groupes de soutien par les pairs et l'inclusion systématique des adolescents et des jeunes vivant avec le VIH dans la prise de décision sur la prestation de services communautaires peuvent améliorer la rétention, l'adhésion et la suppression virale, mais ces approches ne sont pas suffisamment utilisées *(52)*.

La volonté politique demeure insuffisante. Les efforts visant à mettre en avant le programme pédiatrique de lutte contre le VIH perdent de leur élan, en partie à cause de l'hypothèse erronée selon laquelle les gains en matière de prévention de la transmission verticale entraîneraient automatiquement des gains en matière de satisfaction des besoins des enfants liés au VIH. Compte tenu de l'ampleur du déficit de traitement pédiatrique du VIH et de la nécessité de prendre des mesures urgentes pour le combler, il est essentiel de rétablir et de maintenir l'engagement politique en faveur des besoins des enfants vivant avec le VIH.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour que le traitement pédiatrique du VIH figure en bonne place à l'ordre du jour politique ?***

  En dépit du leadership des Premières Dames africaines et des principales organisations internationales pour susciter une action plus forte de la part des décideurs, nous constatons des résultats insuffisants. Qui d'autre peut aider à débloquer l'engagement politique sur le traitement pédiatrique du VIH ? Quels arguments - humanitaires, économiques, sanitaires, de développement - seraient les plus convaincants pour attirer davantage l'attention sur le traitement pédiatrique du VIH, et quelles données et approches de plaidoyer seront nécessaires pour rendre ces arguments convaincants ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour combler les lacunes en matière de dépistage pédiatrique du VIH ?***

  Comment accélérer la mise en place du DPN au point de service ? Dans les contextes où le DPN au point de service n'est pas disponible, comment peut-on améliorer le délai d'exécution du DPN centralisé pour garantir que les résultats soient renvoyés à la paire mère-bébé aux fins d'une action dans les jours plutôt que dans les semaines ou les mois qui suivent ? Quelles sont les actions nécessaires pour catalyser l'extension rapide du dépistage familial, en particulier dans des contextes où les lacunes en matière de traitement sont importantes, comme en République démocratique du Congo et au Nigeria ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour élargir la transition vers de meilleurs protocoles et formulations adaptés aux enfants et pour optimiser les options de traitement du VIH chez les enfants ?***

  Comment peut-on mettre en place rapidement des protocoles à base de Dolutegravir ? Quelles sont les actions nécessaires pour encourager les investissements dans le développement de meilleurs protocoles et formulations pour les enfants vivant avec le VIH ?

- ***Quelles actions stratégiques sont nécessaires pour garantir que les soignants et les familles reçoivent le soutien psychosocial et les connaissances en matière de traitement dont ils ont besoin pour favoriser les meilleurs résultats possibles pour les enfants en matière de VIH ?***

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour augmenter la couverture du traitement du VIH et garantir de bons résultats aux adolescents vivant avec le VIH ?***

Prévention combinée du VIH : une attention particulière accordée aux adolescentes et aux jeunes femmes, aux jeunes et aux populations clés

La combinaison et la superposition stratégique de différentes approches de prévention permettront d'éviter un plus grand nombre de nouvelles infections par le VIH et de concevoir des programmes adaptés aux besoins des individus et des communautés. L'incapacité à utiliser des approches de prévention efficaces à une échelle suffisamment large a interdit au monde de concrétiser les objectifs de prévention pour 2020 et freine les progrès vers la fin de l'épidémie de sida.

- Objectif 2 RHN : Garantir l'accès aux options de la prévention combinée, y compris la prophylaxie pré-exposition, la circoncision médicale volontaire masculine, 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 transgenres, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.
- Domaine de résultat stratégique 3 : Les jeunes, et en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, ont accès aux services de prévention combinée et sont informés afin de se protéger contre le VIH.
- Domaine de Résultat Stratégique 4 : Les services adaptés de prévention combinée du VIH sont accessibles aux populations clés, y compris les professionnel(les) du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les transgenres, les détenus ainsi que les migrants.

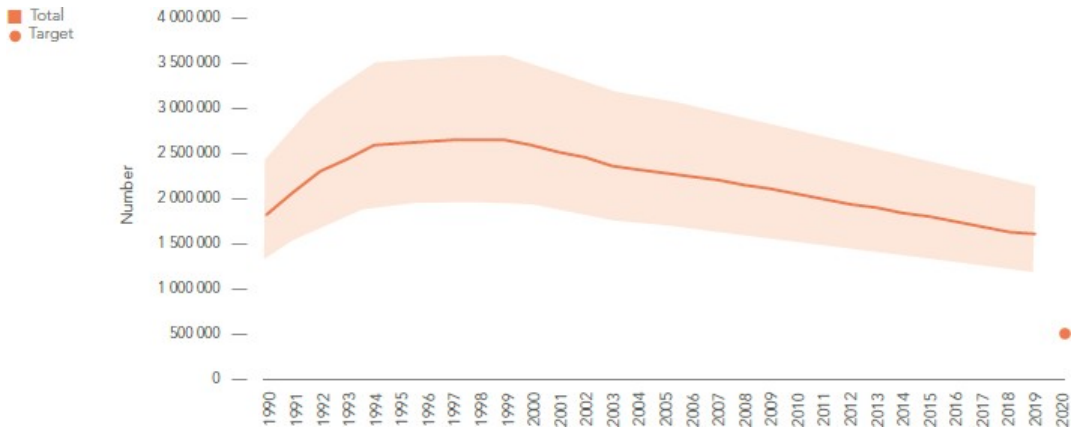
Rapport sur la situation

On estime que 1,7 million [1,2 million - 2,2 millions] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en 2019 - une baisse de 23 % par rapport à 2010, mais plus de trois fois supérieure à l'objectif mondial de moins de 500 000 nouvelles infections en 2020 (Figure 36).

Les progrès en matière de prévention des nouvelles infections varient selon les régions. Le nombre de nouvelles infections a diminué de 38 % en Afrique orientale et australe de 2010 à 2019, mais de 25 % en Afrique occidentale et centrale, et de 29 % dans les Caraïbes, de 12 % en Asie et dans le Pacifique, et de 15 % en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord. Ailleurs, les nouvelles infections ont augmenté depuis 2010 : 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.

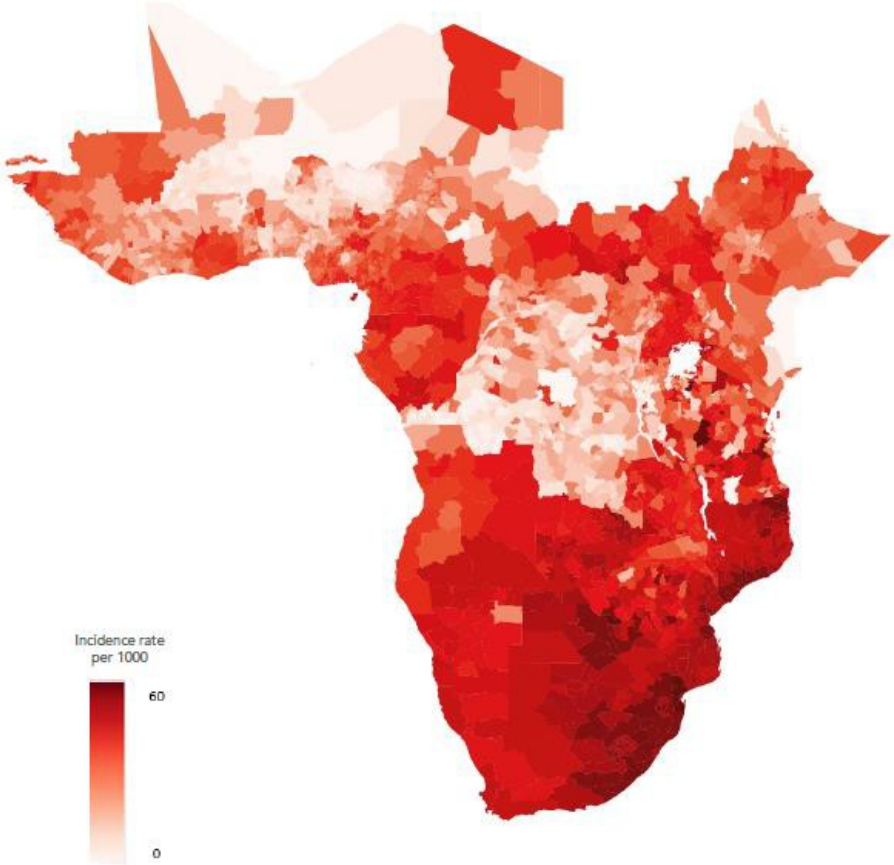
Les femmes et les filles représentaient 48 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde en 2019 et 59 % des nouvelles infections en Afrique subsaharienne. Le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les femmes a diminué de 23 % au niveau mondial entre 2010 et 2019 et de 30 % en Afrique subsaharienne.

Figure 36. Nombre de nouvelles infections infantiles au VIH, au niveau mondial, 1990– 2019



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

Figure 37. Incidence du VIH parmi 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/). Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

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

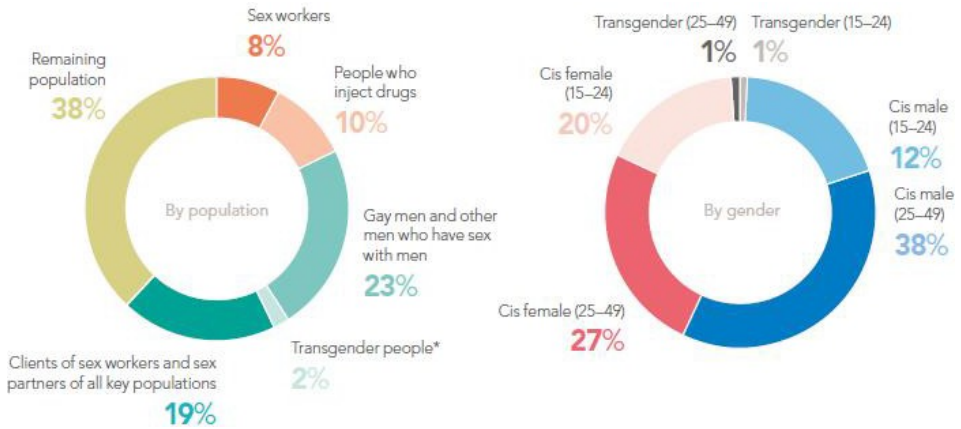
Pays : Pour certains pays d'Afrique subsaharienne qui disposaient des données nécessaires pour produire des estimations infranationales sur le VIH.

Le nombre de jeunes femmes (15-24 ans) nouvellement infectées par le VIH en 2019 est estimé à 280 000, soit une baisse de 34 % depuis 2010, mais ce nombre est presque trois fois supérieur à l'objectif de moins de 100 000 par an en 2020. Dans toute l'Afrique subsaharienne, les taux d'incidence du VIH ont tendance à être les plus élevés chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans. Dans certains milieux, en particulier ceux où l'incidence du VIH est extrêmement élevée, les adolescentes de 15 à 19 ans connaissent déjà une incidence très élevée, et l'incidence du VIH reste également élevée chez les femmes de 25 à 29 ans (Figure 37). Les adolescentes et les jeunes femmes jusqu'à l'âge de 29 ans doivent être prioritaires dans les programmes de prévention du VIH dans ces contextes épidémiques.

Le fardeau disproportionné de l'épidémie parmi les populations clés (y compris les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(les) du sexe, les transgenres et les prisonniers) continue de s'alourdir (Figure 38). En 2019, ces populations et leurs partenaires sexuels représentaient, selon les estimations, 62 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde. Par rapport à la population générale, le risque de contracter le VIH est en moyenne quelque 26 fois plus élevé pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 29 fois plus élevé pour les personnes qui s'injectent des drogues, 30 fois plus élevé pour les professionnel(les) du sexe et 13 fois plus élevé pour les transgenres, que pour les adultes du grand public.

À l'échelle mondiale, l'incidence du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe et les transgenres est demeurée élevée, mais est relativement stable depuis 2010. Les nouvelles infections sont en augmentation chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, qui représentaient 23 % des nouvelles infections dans le monde en 2019, dont 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 augmentations notables des nouvelles infections parmi les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont été signalées au Brésil, au Mexique, au Pakistan et aux Philippines.

Figure 38. Répartition des nouvelles infections par le VIH par sexe et par population, au niveau mondial, 2019

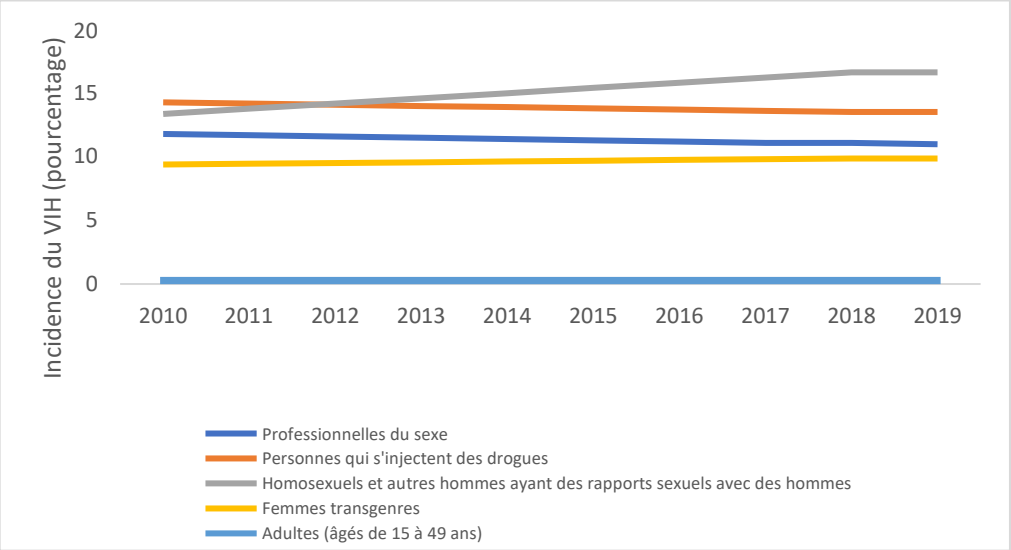


*Les données ne concernent que l'Asie et le Pacifique, les Caraïbes, l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, l'Amérique latine, l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord.

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

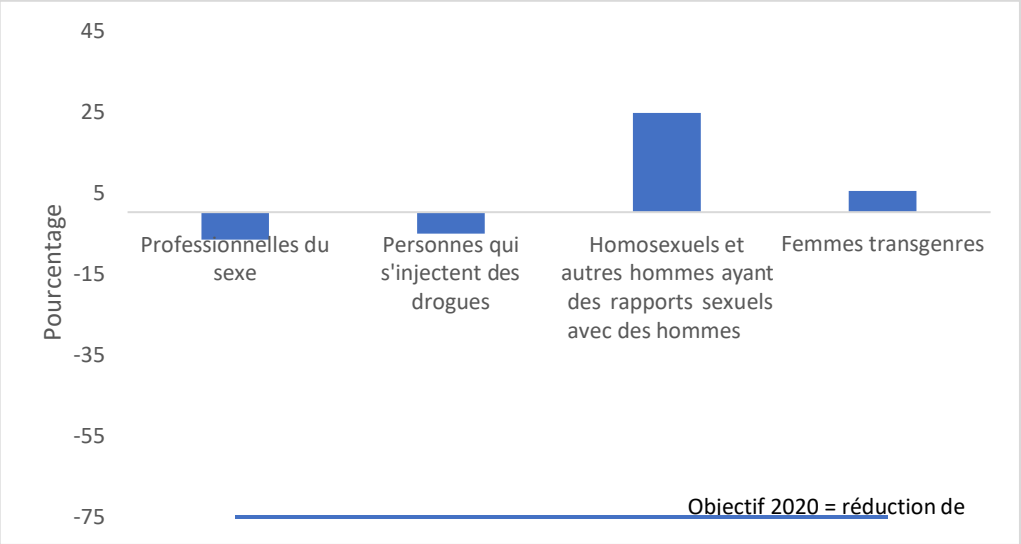
Note : Les données épidémiologiques sur les populations transgenres sont essentiellement disponibles dans les régions de l'Asie et du Pacifique, des Caraïbes et de l'Amérique latine. Moins de données sont disponibles pour la région Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord. Des données limitées sur les programmes sont disponibles pour l'Afrique occidentale et centrale et pour l'Afrique orientale et australe. De plus, les données concernent principalement les femmes transgenres et tendent à concerner les femmes transgenres qui vendent des services sexuels. Seuls quelques points de données étaient disponibles pour les hommes transgenres.

Figure 39. Incidence du VIH parmi les populations clés, au niveau mondial, 2010-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020.

Figure 40. Évolutions de l'incidence du VIH parmi les populations clés, 2010-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020.

COVID-19 et prévention du VIH

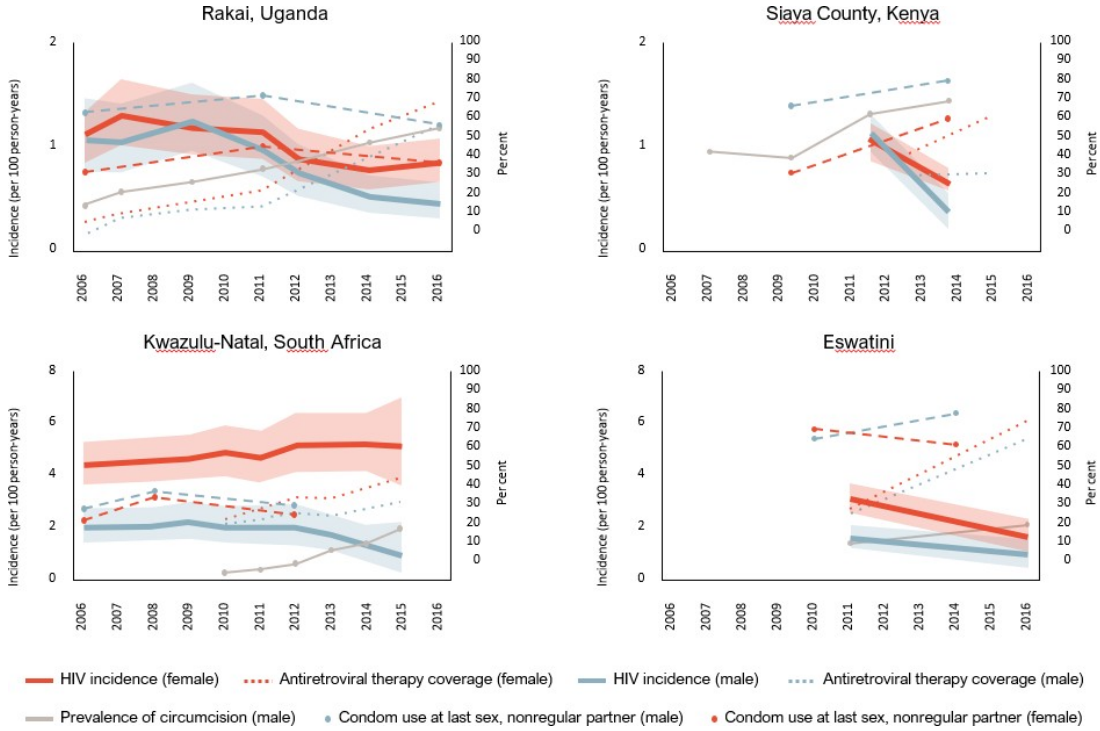
Les perturbations sans précédent causées par la COVID-19 affectent de multiples services de prévention du VIH, notamment la circoncision médicale volontaire masculine, la production et la distribution de préservatifs et l'accès à la PPrE et au traitement du VIH. Les confinements et les exigences de distanciation 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 utilisent de plus en plus les réseaux sociaux et les applications de messagerie pour communiquer des informations et des services de prévention combinée du VIH.

Ce qui fonctionne et doit être maintenu

Nous disposons des outils nécessaires pour réduire substantiellement le nombre de nouvelles infections par le VIH, car il est clairement démontré que la prévention combinée fonctionne. Les résultats des essais cliniques et de la mise en œuvre concrète de la prévention combinée démontrent l'efficacité des diverses stratégies et approches stratifiées de la prévention du VIH. Des études de cas dans des pays à forte charge de morbidité qui ont fortement réduit l'incidence du VIH soulignent l'importance de modifier les comportements sexuels à risque et les avantages supplémentaires d'une couverture élargie de la TAR en termes de prévention.
Des études menées au Kenya et en Afrique du Sud indiquent que la prévention et le traitement génèrent de meilleurs résultats quand ils sont combinés simultanément (Figure 41) *(53-56)*.

Des exercices de modélisation ont permis de quantifier le nombre d'infections évitées pour les principales interventions de prévention. On estime que la circoncision médicale volontaire masculine a permis d'éviter quelque 250 000 nouvelles infections par le VIH en 2018 et pourrait permettre d'éviter 1,6 million de nouvelles infections à l'horizon 2030, tout en prévenant d'autres infections sexuellement transmissibles *(57).* On estime que l'utilisation du préservatif a permis d'éviter près de 50 millions d'infections au VIH depuis le début de la lutte contre le VIH *(58).*

Figure 41. Couverture des services liés au VIH et incidence du VIH, par sexe, dans quatre régions d'Afrique orientale et australe, 2006-2017



Sources : 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;377:2154-66; Uganda Demographic and Health Surveys, 2006, 2011, 2016; Vandormael A, Akullian AN, Dobra A, de Oliveira T, Tanser F. Sharp decline in male HIV incidence in a rural South African population (2004–2015). Résumé 46. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4–7 Mars 2018 ; Communication personnelle avec A. Vandormael, Mai 2018 ; South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2005, 2008 ; South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012 ; Nkambule R, Nuwagaba- Biribonwoha H, Mnisi Z, Ao TT, Ginindza C, Duong YT et al. Substantial progress in confronting the HIV epidemic in Swaziland: first evidence of national impact. Conférence de l'International AIDS Society, Paris, 23-26 juillet 2017. Résumé MOAX0204LB ; Swaziland HIV Incidence Measurement Survey, descriptive data tables, 2014 ; Justman J, Reed JB, Bicego G, Donnell D, Li K, Bock N et al. Swaziland HIV Incidence Measurement Survey (SHIMS) : a prospective national cohort study. Lancet HIV. 2017 Feb;4(2):e83-92; Swaziland HIV Incidence Measurement Surveys, 2016, preliminary findings; Multiple Indicator Cluster Survey, 2010, 2014; 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) : e241-9; Kenya Demographic and Health Survey, 2008–2009 et 2014 ; National AIDS Control Council, Kenya HIV country profiles, 2016 ; Spectrum 2018.

La prévention combinée du VIH implique un large éventail d'interventions biomédicales, comportementales et structurelles. Des études ont démontré que plusieurs interventions - notamment la TAR, la PPrE, les préservatifs et le matériel d'injection stérile - affichent un niveau d'efficacité très élevé (80 à 100 %) si elles sont utilisées de manière systématique. Il a également été démontré que la circoncision médicale volontaire masculine est une procédure unique efficace qui réduit de 38 à 66 % le risque de transmission du VIH des partenaires féminines aux hommes *(59).* Le traitement de substitution aux opiacés peut réduire le risque de contracter le VIH jusqu'à 54 % pour les personnes qui s'injectent des drogues et présente toute une série d'avantages sanitaires et sociaux supplémentaires *(60)*.

Il a été démontré qu'une éducation sexuelle complète améliore les connaissances sur le VIH et encourage des comportements sexuels plus sûrs. Elle est également relativement peu coûteuse : une évaluation multipays a révélé qu'une éducation sexuelle complète ne doit éviter que 4 % des infections au VIH prévues pour être rentable *(61)*. D'autres interventions comportementales ont également des résultats positifs dans des contextes spécifiques. Des campagnes de prévention du VIH à court terme dans les écoles se sont avérées efficaces pour réduire les relations sexuelles avec des partenaires plus âgés et à haut risque, ainsi que les grossesses chez les adolescentes *(62).* Les interventions comportementales et

structurelles combinées utilisant des approches de prévention du VIH sexospécifiques sont efficaces pour modifier les comportements sexuels et prévenir le VIH dans certains contextes *(63, 64).*

Deux études ont démontré que l'anneau vaginal de Dapivirine réduisait de plus de 25% le risque de contracter le VIH chez les femmes *(65, 66).* L'Agence européenne des médicaments a publié un avis positif sur l'anneau et le Partenariat international sur les microbicides tentera d'obtenir une autorisation réglementaire en Afrique subsaharienne, où les femmes sont exposées de manière disproportionnée au risque d'infection par le VIH. Les résultats d'essais récents ont démontré que le Cabotegravir injectable est supérieur à la PPrE orale chez les hommes et les femmes transgenres ayant des rapports sexuels avec des hommes, des résultats qui pourraient susciter une plus grande adhésion à la PPrE *(67)*. Les résultats d'une étude similaire impliquant des femmes africaines cisgenres sont attendus.

L'efficacité de diverses approches structurelles est également évidente, notamment les réformes des lois qui criminalisent la consommation de drogues. Il a été démontré que la criminalisation compromet la prévention et le traitement du VIH *(68).* On estime que la décriminalisation du travail du sexe réduirait de 33 à 46 % les nouvelles infections par le VIH en dix ans *(69).* Les transferts d'argent liquide se sont avérés efficaces dans certains contextes pour réduire les risques de VIH chez les jeunes femmes *(70, 71)*.

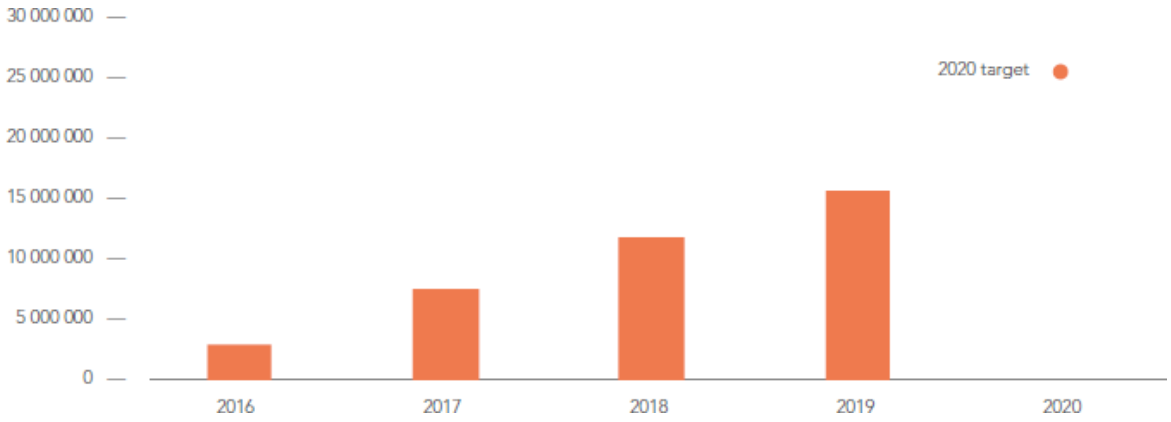
Les programmes de prévention se développent et plusieurs approches de prévention très efficaces sont de plus en plus appliquées. Le nombre de personnes ayant bénéficié de la PPrE au moins une fois au cours de l'année précédente a augmenté, passant de moins de 2000 en 2016 à plus de 590 000 en 2019. Dans les endroits où la PPrE a été renforcée, par exemple L'Australie, le Brésil et de nombreux pays d'Europe occidentale et centrale et d'Amérique du Nord - l'incidence du VIH chez les hommes homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, a diminué. Les nouvelles données de l'essai SEARCH indiquent que l'extension de la PPrE, parallèlement à l'intensification des services de santé, a permis de réduire de 74 % les infections par le VIH dans 16 communautés au Kenya et en Ouganda *(72)*.

De même, la mise en œuvre d'une réduction efficace des risques a amélioré les résultats de la prévention en Ukraine, où les participants aux activités de proximité menées par les pairs sont désormais plus susceptibles d'utiliser du matériel d'injection stérile, des préservatifs et des traitements de substitution aux opiacés et obtiennent de meilleurs résultats à tous les stades de la cascade de traitement du VIH *(73)*.

Une forte demande subsiste pour la circoncision médicale volontaire masculine, plus de 15 millions d'hommes et de garçons dans 15 pays prioritaires ayant subi cette procédure depuis le début de 2016 (Figure 42).

Au Zimbabwe, le déploiement du programme national Sisters, qui propose des services cliniques et un engagement communautaire, a été associé à une réduction des nouvelles infections par le VIH chez les professionnelles du sexe, mais pas dans toutes les tranches d'âge *(74).*

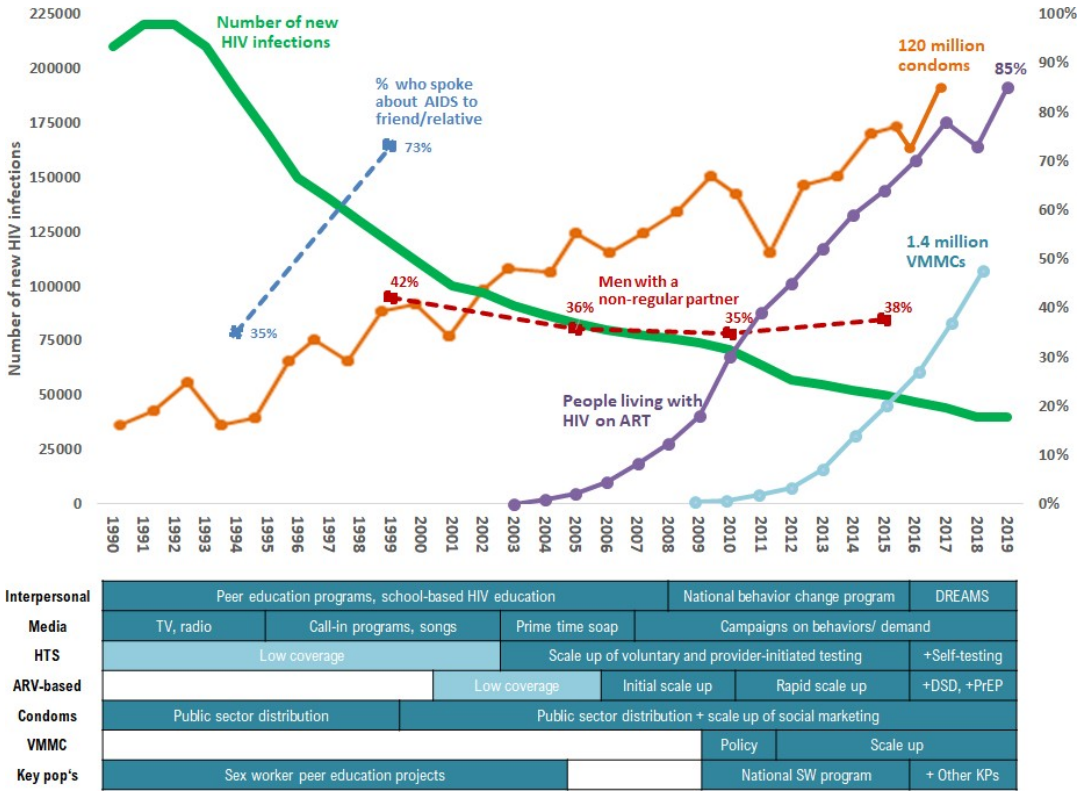
Figure 42. Nombre cumulé d'hommes ayant subi une circoncision médicale volontaire dans 15 pays prioritaires, 2016-2019



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.

Figure 43. Effet cumulatif de l'intensification de la prévention combinée du VIH, Zimbabwe, 1990-2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (voir https://aidsinfo.unaids.org/) ; Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir https://aidsinfo.unaids.org/) ; Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019-2020 (voir http://lawsandpolicies.unaids.org/) ; Circoncision médicale volontaire masculine. Synthèse des progrès réalisés. Genève : ONUSIDA, OMS ; 2019 ; STATcompiler [base de données]. Le programme DHS (www.statcompiler.com, consulté le 29 juillet 2020) ; Halperin DT, Mugurungi O, Hallett TB, Muchini B, Campbell B, Magure T et al. A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? PLoS Med. 2011;8(2):e1000414.

Les progrès sont encourageants dans l'offre d'une éducation sexuelle complète, 80 % des pays interrogés signalant l'existence de politiques ou de stratégies de soutien. La plupart des pays d'Asie et du Pacifique (21 sur 25) appliquent des stratégies nationales de lutte contre le VIH, qui font référence au rôle de l'éducation, tandis que la plupart des pays d'Asie occidentale et centrale appliquent des politiques officielles d'éducation sexuelle sur le VIH fondées sur les compétences nécessaires à la vie courante. Les ministres de la Santé d'Amérique latine et des Caraïbes se sont engagés à mettre en place un programme scolaire national sur la sexualité et le VIH *(75).* Bien que les politiques d'éducation sexuelle globale soient de plus en plus alignées sur les normes nationales, la traduction de ces politiques en programmes concrets accuse un retard dans de nombreux milieux, ce qui accroît la vulnérabilité des jeunes au VIH.

Plusieurs pays ont obtenu des résultats remarquables en matière de réduction de l'incidence du VIH grâce au soutien de programmes de prévention combinée à grande échelle. Au Cambodge, la combinaison d'un leadership politique fort, d'un travail de proximité auprès des populations clés, d'une programmation solide en matière de préservatifs et d'une suppression élevée de la charge virale, a permis de réduire de 95 % les nouvelles infections par le VIH en vingt ans *(76).* De même, l'intensification de la prévention combinée au Zimbabwe a été associée à une réduction des nouvelles infections par le VIH de 80 % au moins en 25 ans *(Figure 43) (77).* En Afrique du Sud, où les nouvelles infections par le VIH ont diminué de 53 % depuis 2010, les réductions de l'incidence du VIH entre 2000 et 2008 ont été partiellement attribuées à l'utilisation accrue des préservatifs *(78).* Depuis 2010, l'Afrique du Sud a enregistré une des plus fortes baisses de l'incidence du VIH dans la région, un exploit que l'on attribue à l'expansion simultanée de la TAR et de la circoncision médicale volontaire masculine dans le pays *(79).*

Un nouvel élan est donné au renforcement des efforts de prévention du 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. Bien que la Coalition n'ait pas encore réussi à catalyser le changement radical qui s'impose de toute urgence en matière d'accès à la prévention, les 28 pays ciblés ont tous défini des objectifs nationaux de prévention conformément à la feuille de route de la Coalition, et ils ont agi pour revitaliser leurs structures de prévention et de leadership. Les pays cibles indiquent que la coalition a renforcé la responsabilité grâce à l'utilisation de tableaux de bord de la prévention, de rapports réguliers et d'examens annuels conjoints parmi les parties prenantes.

Lorsque la réponse est insuffisante

La volonté politique en matière de prévention du VIH fait toujours défaut. En dépit de l'élan que la Coalition mondiale pour la prévention du VIH a donné à la prévention du VIH, l'engagement politique en faveur d'une action renforcée demeure insuffisant. Cela est particulièrement vrai pour ce qui concerne la combinaison des programmes de prévention et de réduction des risques pour les populations clés, qui reste fortement dépendante du soutien financier et technique extérieur. De nombreux pays restent réticents à soutenir ou à mettre en œuvre des stratégies de prévention éprouvées pour les populations clés, telles que les traitements de substitution aux opiacés et d'autres composantes de la réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues. Parmi les 14 pays ayant communiqué des données pertinentes pour la période 2015-2019, la couverture du traitement de substitution aux opiacés était inférieure à 40 % dans chaque pays, sauf chez les hommes à Maurice et en Malaisie.
Dans dix pays, la couverture était inférieure à 20 %, tant pour les hommes que pour les femmes.

Le défaut d'engagement politique a également entraîné un sous-financement chronique des efforts de prévention. Le soutien de l'aide internationale au développement pour la prévention du VIH a diminué de 44 % entre 2012 et 2017 *(80).* Les investissements nationaux dans la prévention du VIH, en particulier pour les populations clés, demeurent insuffisants. Bien que

l'attention portée à la prévention du VIH ait augmenté dans les propositions soumises au Fonds mondial au cours du premier semestre de 2020, de nombreux pays sont confrontés à des priorités concurrentes et les allocations du Fonds mondial à elles seules resteront insuffisantes pour combler les lacunes en matière de couverture, ce qui laisse à penser qu'il conviendra de combiner l'augmentation des investissements nationaux, l'établissement de priorités et l'efficacité.

Les stratégies de prévention essentielles n'ont pas encore été mises à l'échelle. Bien que l'élargissement de l'accès à certaines interventions de prévention soit encourageant, l'accès aux composantes essentielles de la prévention combinée varie considérablement d'un contexte à l'autre. Les éléments clés de la prévention combinée doivent encore être renforcés et certains signes indiquent que l'accès à certaines options de prévention diminue dans certains pays. Ces lacunes reflètent probablement des défis du côté de l'offre (c'est-à-dire le financement et le soutien à la mise en œuvre d'interventions spécifiques) et de la demande (c'est-à-dire la demande de la communauté pour des services de prévention spécifiques). Les lacunes en matière d'accès à la prévention sapent la prévention combinée, qui est plus efficace lorsque de multiples efforts de prévention et de traitement sont simultanément mis à l'échelle et rendus accessibles.

Tableau 5. Principales lacunes par rapport aux objectifs de couverture de la prévention du VIH (28 pays de la Coalition mondiale pour la prévention, sauf indication contraire), 2018-2019

Pilier	Indicateur (date de l'évaluation)	Dernière couverture	Objectif 2020
Prévention du VIH parmi les jeunes femmes et les adolescentes	% de lieux à forte incidence couverts **(2018)**	**31%**	**90%**
Les populations clés	**Pourcentage des populations clés** *ayant déclaré avoir bénéficié de deux services de prévention au moins au cours des trois derniers mois* **(2018)**	PS : **47%** HSH : **33%** PCDI : **32%**	**90%**
Préservatifs	% Besoins de distribution de préservatifs satisfait **(2018)**	**55%**	**90%**
CMVM	% de l'objectif CMVM atteint **(2018)**	**15 millions** CMVM	**25 millions** CMVM
PPrE	Nombre de personnes sous PPrE (données mondiales) **(2019)**	**590,000**	**3 millions**

Source : Analyse spéciale du Suivi mondial du Sida 2019 et 2020 de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH (voir https://aidsinfo.unaids.org/).

La suppression du financement des programmes de marketing social des préservatifs a entraîné une baisse des ventes et de l'utilisation des préservatifs masculins en Afrique subsaharienne. Dans plusieurs pays à forte charge de morbidité, le taux d'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels a diminué, ce qui implique que le monde est loin d'atteindre l'objectif de 90% d'utilisation du préservatif fixé par la procédure accélérée. Bien que le recours à la PPrE augmente, le nombre de personnes qui en bénéficient actuellement (590 000 en 2019) est bien inférieur à l'objectif mondial de 3 millions de personnes bénéficiant de la PPrE d'ici la fin de 2020. De même, les tendances actuelles indiquent que le monde n'atteindra pas son objectif afférent à la circoncision médicale volontaire masculine, à savoir 25 millions de personnes d'ici 2020.

La couverture de la prévention est notamment limitée pour les populations clés. Dans six des

13 pays ayant mené des enquêtes depuis 2016 et communiqué ces données à l'ONUSIDA, moins de la moitié des femmes transgenres ont déclaré avoir pu accéder à deux services de prévention du VIH au moins au cours des trois mois précédents, à l'instar de proportions similaires de professionnelles du sexe (dans 16 pays sur 30), d'homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (dans 26 pays sur 38) et d'hommes qui s'injectent des drogues (dans 10 pays sur 14).

Souvent, les pays n'utilisent pas suffisamment les données pour étendre les programmes de prévention et assurer la qualité des programmes. Les pays ne parviennent pas à mettre en œuvre des interventions de prévention efficaces comme ils le souhaiteraient. De nombreux programmes nationaux de lutte contre le VIH ne sont pas assez souples pour identifier et répondre aux dynamiques épidémiques émergentes, telles que le fardeau croissant des infections parmi les populations clés ou la baisse inégale de l'incidence du VIH chez les hommes et les femmes dans certaines régions d'Afrique australe à la suite à l'intensification des programmes de prévention combinée. Bien que l'importance de cibler des lieux spécifiques soit de plus en plus reconnue, la programmation n'est souvent pas suffisamment différenciée en fonction du lieu. Par exemple, si la transmission du VIH et de l'hépatite virale par l'utilisation de drogues injectables se concentre principalement dans un ou deux endroits, il conviendrait de donner la priorité aux services de réduction des risques dans ces endroits plutôt qu'au niveau national. À la lumière des estimations de l'ONUSIDA selon lesquelles 20 % des districts d'Afrique subsaharienne représentent environ deux tiers des nouvelles infections par le VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes, un ciblage précis est essentiel pour maximiser l'impact de la prévention et l'efficacité des programmes. L'innovation a joué un rôle particulièrement important dans l'amélioration de l'utilisation et des résultats des services de traitement, mais la même volonté d'utiliser les données pour favoriser la résolution innovante des problèmes et combler les lacunes, n'est pas toujours évidente dans les programmes de prévention.

Tableau 6. Nouvelles infections par le VIH chez les jeunes femmes (15-24 ans), par lieu, 39 pays d'Afrique subsaharienne, 2019

	Population (15-24 ans)	Nombre de nouvelles infections par le VIH	% de nouvelles infections par le VIH
Districts à incidence extrêmement élevée (> 2,0%)	646 826	16 142	7%
Districts à très forte incidence (1,0 - 2,0%)	5 830 753	73 356	30%
Districts à forte incidence (0,3 - 1,0%)	13 723 551	72 700	30%
Districts à incidence moyenne (0,1 - 0,3%)	34 542 472	57 597	24%
Districts à faible incidence (< 0,1%)	45 183 607	20 747	9%

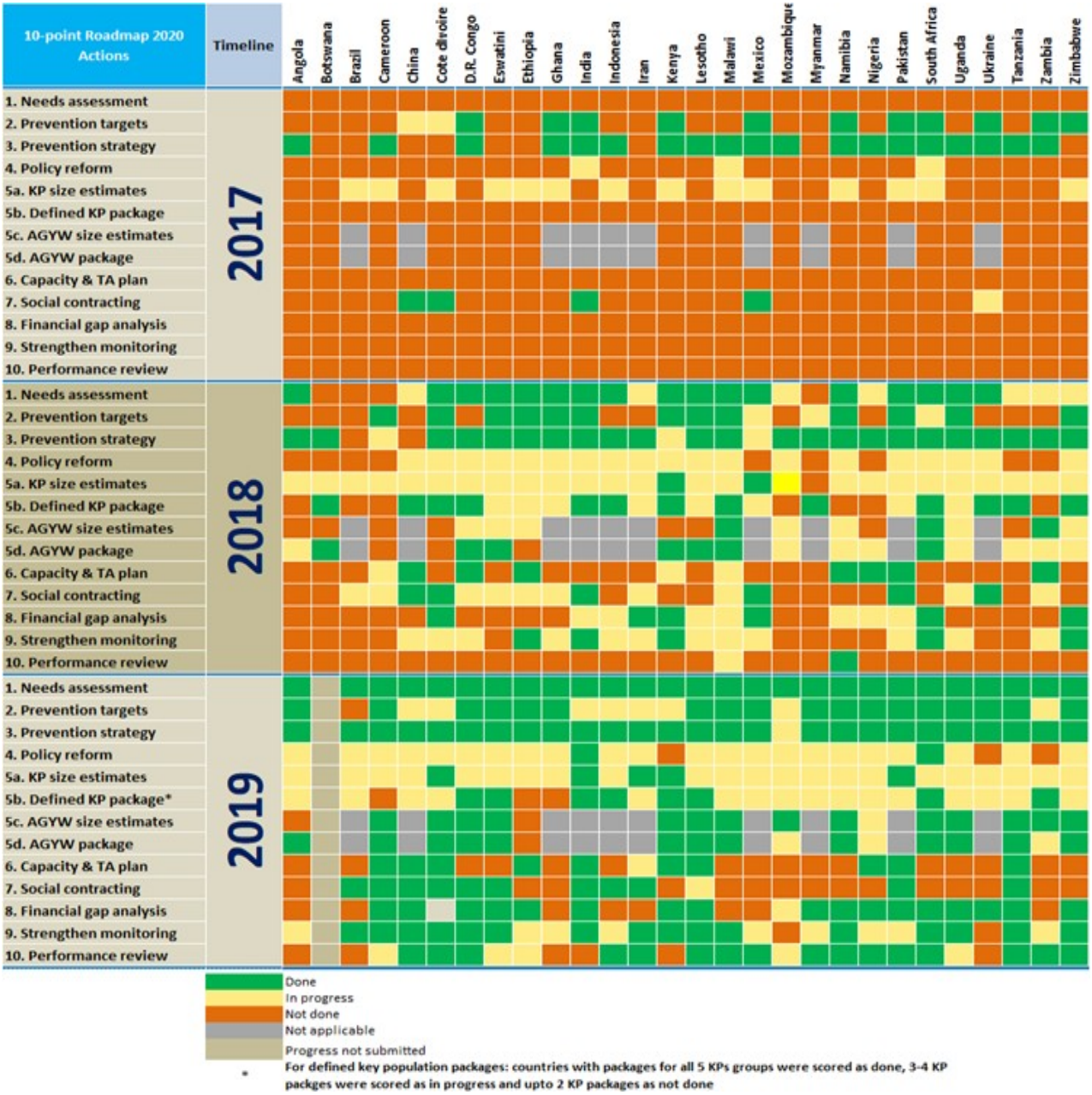
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/) ; Analyse spéciale de l'ONUSIDA. Pour la méthodologie, cf. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).

Les pays participant à la Coalition mondiale pour la prévention ont enregistré des progrès notables pour les dix engagements de la feuille de route pour la prévention en 2020, mais certaines lacunes subsistent, notamment en ce qui concerne la programmation des populations clés et les contrats sociaux (Tableau 7).

Pour plusieurs populations prioritaires, les données permettant d'orienter une action efficace sont limitées, et de graves lacunes subsistent pour les populations clés. Une mise en œuvre efficace - y compris l'assurance et l'amélioration de la qualité, la capacité d'évolution rapide en réponse aux besoins émergents, la localisation granulaire et le ciblage de la population et un engagement en faveur de l'innovation - nécessite la collecte fiable de données détaillées, ainsi qu'une capacité analytique adéquate pour interpréter et utiliser les données. Toutefois, les systèmes de données pertinents pour la programmation de la prévention sont souvent faibles et/ou mal utilisés. De nombreux pays ne disposent pas d'estimations solides sur l'ampleur ou la prévalence du VIH pour les populations clés. Même si des estimations sont disponibles, les méthodologies peuvent être peu fiables. Les lois et politiques nationales qui criminalisent les populations clés rendent souvent difficile, voire impossible, la collecte de données précises pour orienter les programmes de prévention. Si les analyses de la cascade de services ont joué un rôle important dans l'augmentation de l'utilisation et l'amélioration des résultats du traitement du VIH et de la prévention de la transmission verticale, elles sont plus rarement utilisées pour guider et catalyser la mise en œuvre des services de prévention primaire.

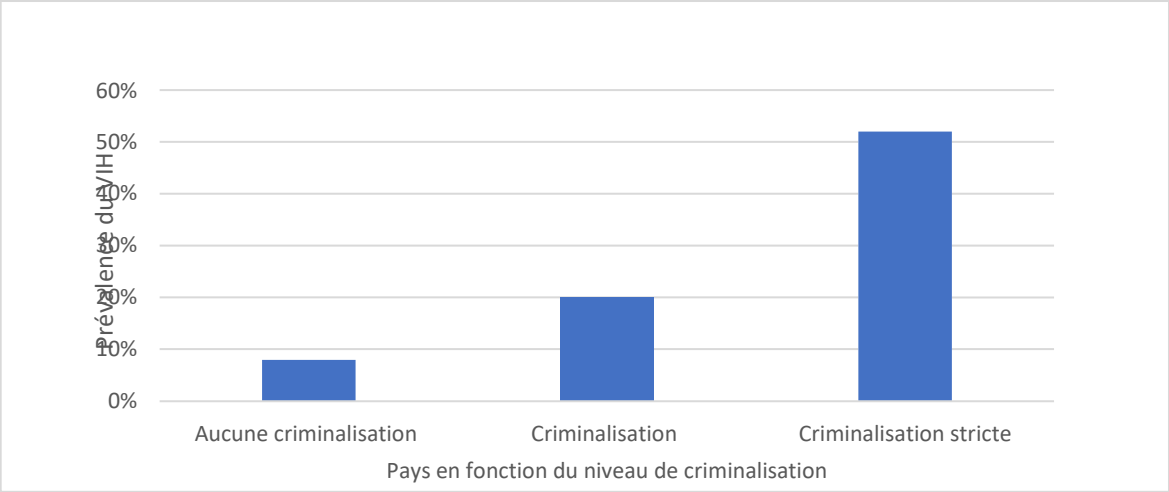
Les pays doivent de toute urgence intensifier leurs efforts pour éliminer la stigmatisation et la discrimination, qui continuent à saper les efforts de prévention du VIH. Cela vaut en général, mais cela est particulièrement vrai pour les populations clés. Des études systématiques et des méta-analyses récentes ont démontré que les pays africains dotés de lois anti-LGBT oppressives affichent un faible niveau de dépistage du VIH et de sensibilisation des homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et que les estimations de la taille de ces populations sont soit absentes, soit irréalistes *(81, 82)*. Les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui vivent dans des pays qui criminalisent les relations homosexuelles, sont plus de deux fois susceptibles de contracter le VIH que leurs pairs vivant dans des pays qui n'appliquent pas de telles sanctions pénales (Figure 44). Les personnes vivant dans des pays où la criminalisation est stricte, sont presque cinq fois plus susceptibles de contracter le VIH que celles qui vivent dans des pays où ces sanctions pénales ne sont pas appliquées (*83)*.

Tableau 7. Progrès enregistrés pour les 10 actions de la feuille de route dans 28 pays de la Coalition mondiale pour la prévention, 2017-2019



Source : Analyse spéciale de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH.

Figure 44. Prévalence du VIH parmi les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par niveau de criminalisation des relations homosexuelles dans 10 pays d'Afrique subsaharienne, 2011-2018



Source : Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23e Conférence internationale sur le SIDA, 6–10 juillet 2020. Résumé OAF0403.

Note : Les 10 pays sont le Burkina Faso, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la Gambie, la Guinée-Bissau, le Nigeria, le Sénégal, Eswatini, le Rwanda et le Togo.

Les efforts de prévention du VIH doivent s'articuler avec d'autres secteurs. Pour s'attaquer aux nombreux facteurs qui contribuent à la vulnérabilité au VIH, les programmes de prévention combinée devraient être intégrés, multisectoriels et intersectoriels dans leur approche. Une base de données beaucoup plus solide est nécessaire pour guider les efforts coordonnés dans les domaines biomédical, comportemental, social et structurel, qui affectent le risque et la vulnérabilité. L'initiative DREAMS, menée par le PEFPAR et à laquelle participent plusieurs partenaires, utilise une approche multisectorielle pour prévenir les nouvelles infections parmi les adolescentes et les jeunes femmes. En dépit de résultats prometteurs, cette approche n'a pas encore été mise en œuvre à grande échelle dans la plupart des milieux prioritaires. Selon le contexte, une plus grande attention aux efforts de prévention est nécessaire pour ce qui concerne des questions telles que la pauvreté, la race, l'origine ethnique et les communautés indigènes. Compte tenu du ralentissement du financement de la lutte contre le VIH, il conviendra de trouver des moyens d'encourager d'autres secteurs à consentir les investissements nécessaires dans les approches structurelles.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***Comment renforcer et pérenniser l'engagement politique en faveur de la prévention du VIH ?***

  Comment la dynamique en faveur d'un soutien politique accru à la prévention du VIH peut- elle se traduire par une action significative au niveau des pays, notamment par une augmentation des allocations nationales pour les piliers de la prévention combinée, le démantèlement des obstacles juridiques et politiques et la mise en œuvre de programmes fondés sur les faits et les droits pour les populations clés ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour surmonter les lacunes spécifiques en matière de disponibilité, d'accès et de demande pour :***

  - *La programmation du préservatif ?*
  - *La PPrE (y compris le déploiement de la PPrE injectable) ?*

- *La circoncision médicale volontaire masculine ?*
- *La réduction des risques ?*
- *Les programmes de prévention combinée pour les professionnel(le)s du sexe ? Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ? Les personnes qui s'injectent des drogues ? Les transgenres ? Les personnes incarcérées ?*
- *Les programmes de prévention combinée pour les adolescentes et les jeunes femmes (y compris les jeunes femmes adultes âgées de 20 à 34 ans) ?*

- ***Quelles actions stratégiques devons-nous entreprendre pour traiter les questions sociales et structurelles pertinentes ?***

  Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour renforcer la base de données probantes afin d'informer et d'orienter les actions sociales/structurelles ? Comment persuader les secteurs autres que la santé de consentir les investissements sociaux/structurels nécessaires (par exemple, dans l'éducation des filles) ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour renforcer la capacité des communautés à mener la prévention du VIH et à stimuler la demande de services et d'innovation ?***

  Quel soutien financier et technique est nécessaire pour renforcer la capacité des communautés à fournir des services de prévention essentiels ? Dans le cas des communautés marginalisées plus spécifiquement, quelles actions sont nécessaires pour éviter que leur travail ne soit entravé par les autorités gouvernementales (par exemple, les forces de l'ordre) ou par des attitudes sociales négatives ? Comment les communautés peuvent-elles contribuer au mieux à la création d'une demande de services de prévention ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour garantir que les pays collectent et utilisent efficacement les données afin de stimuler la mise en œuvre et d'améliorer la qualité des programmes de prévention ?***

  Les structures nationales de lutte contre le sida doivent-elles être réactivées ou renforcées afin de superviser et d'accélérer la mise en œuvre de la prévention combinée ? Comment pouvons-nous apporter dans le domaine de la prévention le même engagement en matière d'orientation, de qualité, d'échelle et d'innovation que celui qui a été pris dans les programmes de dépistage et de traitement ? Comment pouvons-nous combler les principales lacunes en matière de données ? Quelles sont les actions nécessaires pour renforcer les capacités analytiques et programmatiques aux niveaux national et infranational afin de cibler plus efficacement les ressources et d'améliorer les performances et l'impact des efforts de prévention ?

Égalité des genres

Il est essentiel de veiller à ce que les ripostes au VIH soient efficaces pour les femmes et les filles afin de garantir leur santé et leur bien-être et d'éradiquer l'épidémie de sida.

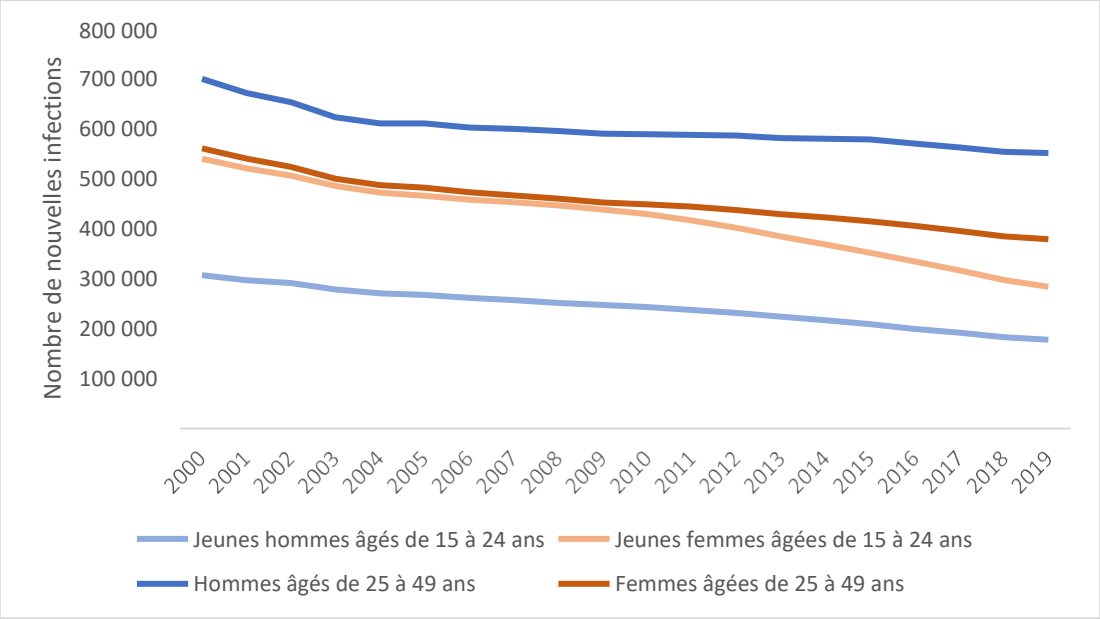
- Objectif 4 RHN : Éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination à l'égard des femmes et des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés à l'horizon 2020.
- Domaine de résultat stratégique 5 : Les femmes et les hommes pratiquent et favorisent des normes saines de genre et collaborent afin de mettre fin aux violences se fondant sur le genre, sexuelles et conjugales, pour atténuer les risques et l'impact du VIH.

Rapport sur la situation

L'épidémie continue d'avoir de graves répercussions sur les femmes et les filles qui, en 2019, représentaient 48 % des nouvelles infections par le VIH dans le monde et 59 % des nouvelles infections en Afrique subsaharienne. Bien que des progrès importants aient été réalisés dans l'établissement de liens entre les femmes et les services de traitement du VIH, le sida demeure une cause majeure de décès chez les femmes en âge de procréer *(84).*

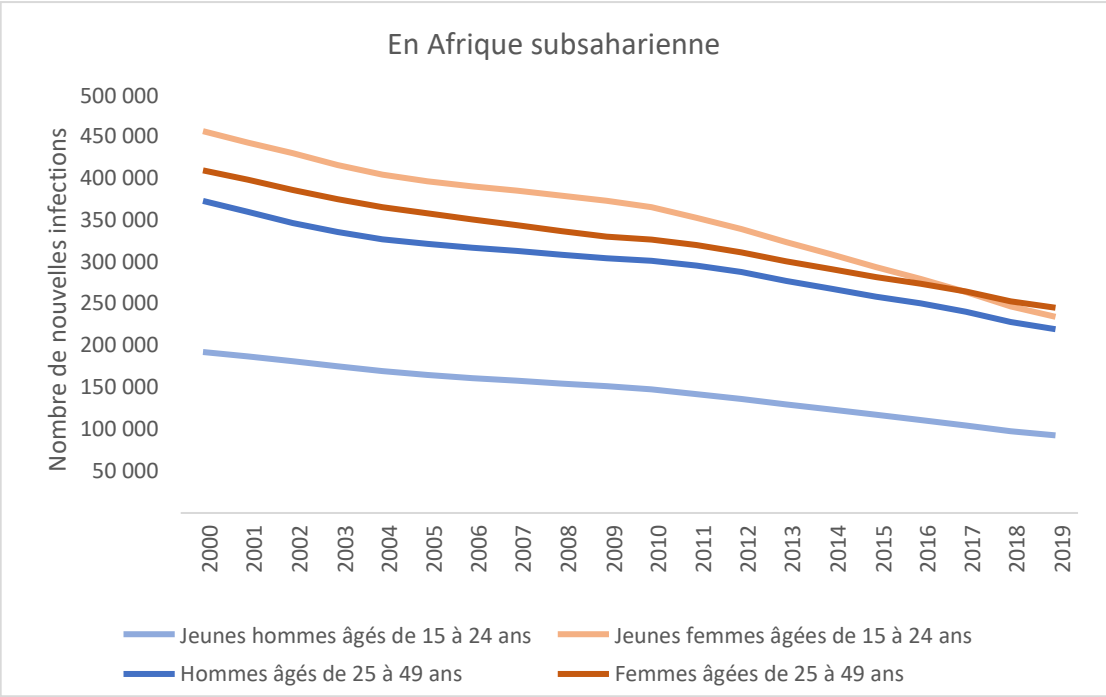
Les risques liés au VIH sont particulièrement élevés pour les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans) en Afrique subsaharienne. Bien que les jeunes femmes ne représentent que 10 % de la population de l'Afrique subsaharienne, elles constituent 24 % des personnes de la région qui ont été nouvellement infectées en 2019. Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes qui ont contracté le VIH en 2019 (280 000) était près de trois fois plus élevé que l'objectif mondial de moins de 100 000 nouvelles infections en 2020. Les adolescentes (15-19 ans) d'Afrique subsaharienne sont 4,5 fois plus susceptibles de contracter le VIH que leurs homologues masculins (Figures 45, 46).

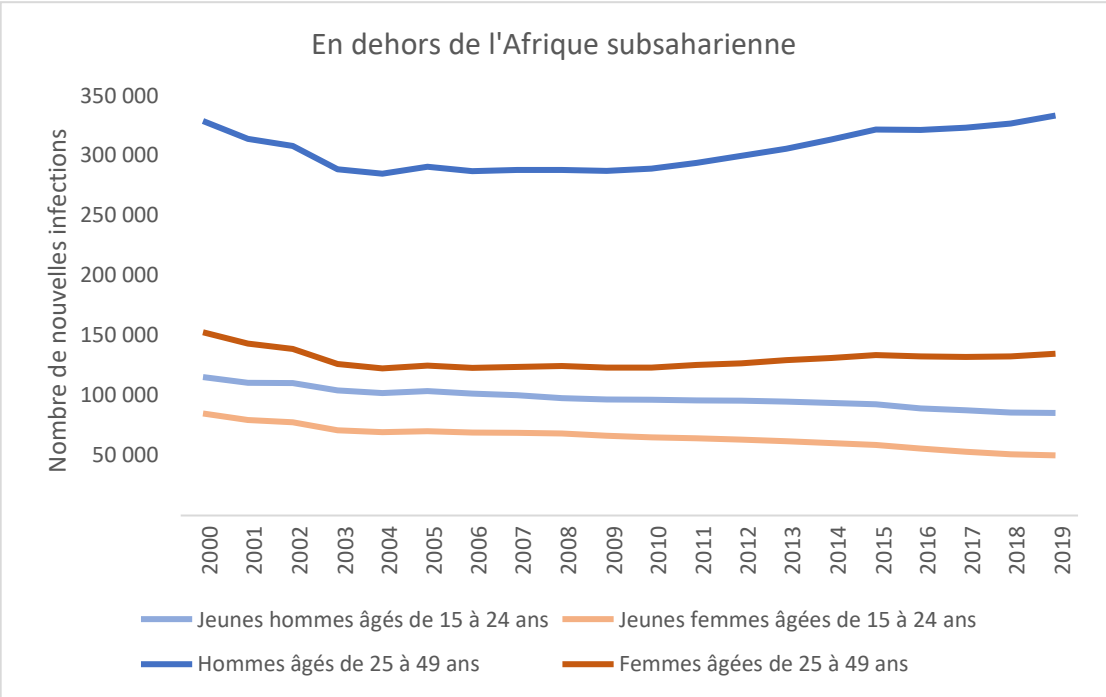
Figure 45. Tendances dans les nouvelles infections par le VIH, par âge et par sexe, au niveau mondial, 2000-2019



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

Figure 46. Tendances dans les nouvelles infections par âge et par sexe, en Afrique subsaharienne et ailleurs, 2000-2019





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

Les femmes qui appartiennent à des populations clés, et les femmes qui sont partenaires de membres de populations clés, sont également exposées à un risque très élevé d'infection par le VIH et n'ont pas suffisamment accès aux services. Les professionnelles du sexe sont 30 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les femmes de la population générale. Dans certains milieux, jusqu'à 40 % des femmes transgenres vivent avec le VIH. Les femmes qui s'injectent des drogues affichent souvent des taux de VIH plus élevés que les hommes qui

s'injectent des drogues en raison du double risque lié aux pratiques d'injection dangereuses et aux rapports sexuels non protégés *(85).*

Les femmes et les filles peuvent être confrontées à de multiples formes de stigmatisation, de discrimination et de criminalisation, qui se recoupent. Les dynamiques de pouvoir inégales entre les sexes, les normes de genre et les masculinités néfastes et la violence faite aux femmes et aux filles augmentent leur risque de contracter le VIH et diminuent leur capacité à accéder aux services et à prendre des décisions qui préservent leur santé et leur bien-être. Les masculinités nuisibles ont également un effet négatif sur les comportements des hommes en matière de santé et de prise de risques, exacerbant les risques pour les hommes et les femmes.

COVID-19 et égalité des sexes

La pandémie COVID-19 menace bon nombre des progrès réalisés dans l'élargissement de l'accès aux services pour les femmes et les filles. 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. L'expérience de la crise Ebola a 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. Les confinements associés à la COVID-19 augmentent également la charge disproportionnée des tâches ménagères assumées par les femmes et les filles.

Ce qui fonctionne et doit être maintenu

L'accès des femmes et des filles à la prévention et au traitement du VIH a connu des avancées importantes. De 2010 à 2019, le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les femmes a diminué de 23 % au niveau mondial, dont une baisse de 13 % depuis 2015. Les baisses les plus notables ont été enregistrées parmi les jeunes femmes. Toutefois, les nouvelles infections par le VIH chez les femmes sont en augmentation en Europe de l'Est et en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Amérique latine. L'accès des femmes au traitement du VIH s'est amélioré, 73 % des femmes vivant avec le VIH bénéficiant d'une TAR en 2019. La baisse de la mortalité liée au sida depuis 2010 est plus importante pour les femmes que pour les hommes.

Un large éventail de stratégies éprouvées pour autonomiser les femmes et les filles et répondre à leurs besoins liés au VIH, est disponible. 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. Une prévention combinée efficace pour les femmes et les jeunes filles consiste à permettre aux filles de rester plus longtemps à l'école, à les inciter à retarder leur activité sexuelle et leur grossesse, à mettre en place des services complets intégrant le VIH et la santé sexuelle et reproductive, à prévenir la violence sexospécifique, à renforcer la participation économique des femmes et leur juste rémunération pour leur travail, à inciter les hommes et les femmes à s'attaquer aux normes sexospécifiques néfastes et à améliorer l'éventail des options de prévention du VIH disponibles, notamment en élargissant l'accès à la PPrE. L'initiative DREAMS, menée par le PEPFAR et à laquelle participent plusieurs partenaires, vise à réduire les nouvelles infections par le VIH parmi les adolescentes et les jeunes femmes dans les zones à forte incidence de l'Afrique subsaharienne. Elle utilise une approche multisectorielle qui comprend des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux

jeunes, des subventions à l'éducation, une protection sociale, des programmes d'éducation parentale et des services de lutte contre le VIH.

La base factuelle des approches multisectorielles pour les femmes et les filles est solide et en expansion. Plusieurs études, dont celle de Sitakhela Likusasa à Eswatini, qui a documenté une baisse de l'infection par le VIH allant jusqu'à 25 % chez les participants, ont démontré que les transferts d'argent liquide peuvent être une méthode efficace pour permettre aux jeunes, en particulier aux filles, de rester à l'école, d'améliorer leurs résultats scolaires, d'accroître leur utilisation des services de santé, de retarder leurs premiers rapports sexuels, de réduire les mariages précoces et les grossesses d'adolescentes et de promouvoir des comportements sexuels plus sûrs *(71, 86).* 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 *(87).* 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. Des études menées en Afrique du Sud, au Botswana, au Cameroun, au Kenya, au Malawi, en Ouganda, en République Unie de Tanzanie et aux États-Unis d'Amérique, ont démontré que l'intégration des services de lutte contre le VIH et des services de santé sexuelle et reproductive est associée à un recours accru au dépistage du VIH et à d'autres services *(88).* En Afrique du Sud, l'intégration de la PPrE dans les services de planning familial de routine a permis d'atteindre un taux de rétention de la PPrE de 92 % chez les femmes *(89).* L'engagement des chefs religieux dans des approches sexospécifiques en République démocratique du Congo et celui des hommes dans la santé reproductive et maternelle au Rwanda, ont été associés à une réduction de la violence sexuelle, à une meilleure utilisation des contraceptifs, à une amélioration de la santé prénatale des femmes et à une répartition plus équitable des tâches au sein des ménages *(45, 90).*

Des investissements importants, bien qu'encore insuffisants, ont été réalisés pour autonomiser, mobiliser et renforcer les capacités de leadership des femmes et des filles. Parmi ceux-ci, il convient de noter les contributions du PEPFAR et du Fonds mondial, ainsi que les efforts déployés par ONU Femmes pour soutenir l'engagement significatif des femmes vivant avec le VIH et des adolescentes et jeunes femmes, dans la conception, la mise en œuvre et le suivi des ripostes nationales au VIH *(91)*. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, les preuves des liens entre la violence sexospécifique et le VIH ont encouragé à mettre davantage l'accent sur la participation et l'autonomisation des femmes, dans toute leur diversité, dans les programmes nationaux. Un certain nombre de réformes politiques et juridiques ont été introduites au cours de la dernière décennie pour défendre les droits humains des femmes, conformément à la

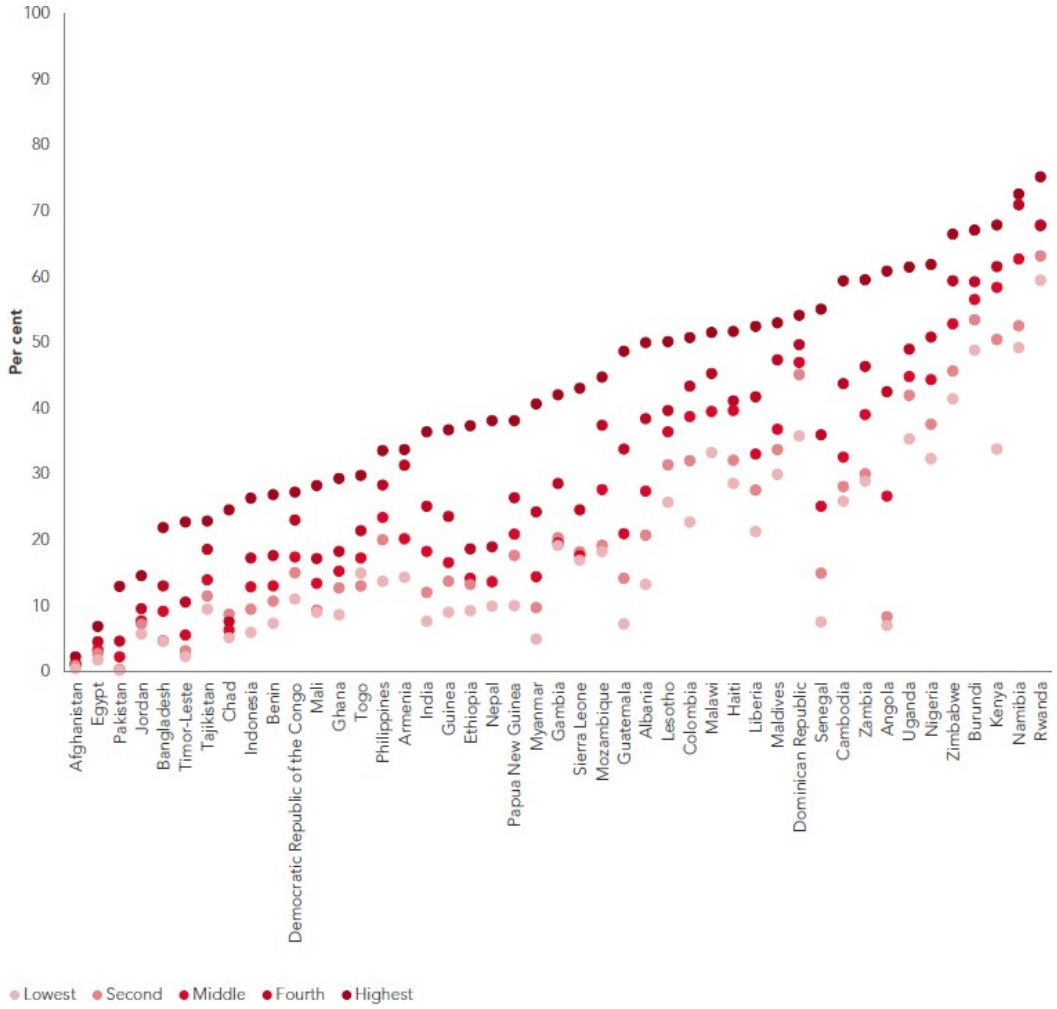
Plate-forme de Pékin pour l'Action et à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Cent cinquante-cinq pays ont renforcé leur législation pour lutter contre les violences faites aux femmes et aux filles, et un plus grand nombre de pays ont intégré le VIH dans leurs plans d'action nationaux de prévention des violences faites aux femmes *(84)*. Toutefois, le soutien aux réponses de la base reste insuffisant, les organisations féministes, qui sont les principaux leaders dans la catalyse des approches sexospécifiques, ne recevant qu'une très faible part des fonds des donateurs.

Lorsque la réponse est insuffisante

Une volonté politique plus forte est nécessaire pour satisfaire aux droits humains et répondre aux besoins des femmes et des filles. Le fardeau continu de l'épidémie sur les femmes et les filles et la persistance de normes et de pratiques inégales entre les sexes reflètent une absence inquiétante d'engagement politique pour répondre aux besoins des femmes et des filles. Seuls 57 des 97 pays disposant d'une stratégie ou d'une politique nationale guidant leur lutte contre le sida en 2019, ont indiqué que cette politique comprenait des interventions visant à atteindre l'égalité des sexes, et seuls 37 pays disposaient d'un budget consacré à

ces activités *(92).* En dépit des engagements pris dans le cadre de la Plate-forme de Pékin pour l'Action en faveur de la promotion des droits de la femme, les progrès par rapport aux indicateurs clés ont pris du retard. Au cours des vingt dernières années, les progrès en matière d'accès des femmes au travail rémunéré ont ralenti, moins des deux tiers des femmes âgées de 25 à 54 ans étant actives sur le marché du travail. Les femmes continuent à assumer la majeure partie des tâches non rémunérées et du travail domestique. Les hommes occupent toujours environ les trois quarts des sièges parlementaires. Deux fois plus de filles que de garçons âgés de 15 à 19 ans ne sont pas scolarisées ou ne travaillent pas. Au niveau mondial, environ 132 millions de filles n'étaient pas scolarisées avant la pandémie de COVID-19, dont 34,3 millions de filles en âge de fréquenter l'école primaire, 30 millions en âge de fréquenter le premier cycle de l'enseignement secondaire et 67,4 millions en âge de fréquenter le deuxième cycle de l'enseignement secondaire *(93)*. La COVID-19 a aggravé ces tendances.

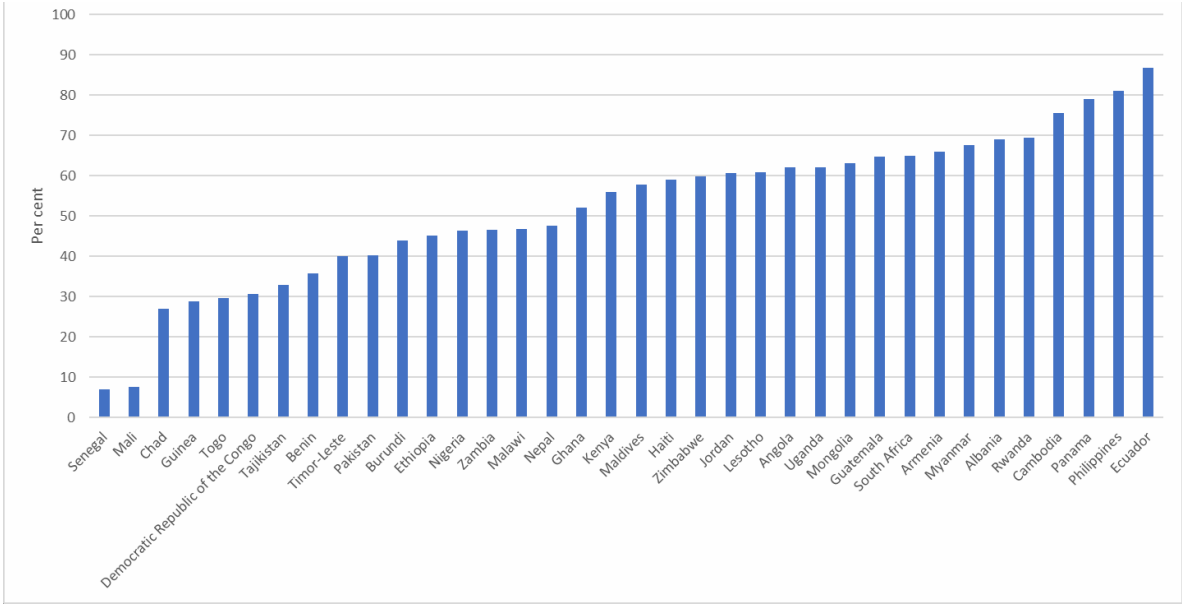
Figure 47. Pourcentage de femmes (âgées de 15 à 49 ans) ayant une connaissance complète et correcte du VIH, par quintile de richesse, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2013-2018



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

Bien qu'une poignée de pays aient mené une analyse de genre pour comprendre les causes profondes de l'épidémie de VIH chez les femmes et les filles, cette analyse se traduit rarement par des actions et des allocations budgétaires appropriées. Un examen de 18 plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH en Afrique subsaharienne a démontré que les objectifs ventilés par sexe étaient limités et que l'accent était mis sur la prévention de la violence sexospécifique et l'accès des femmes au planning familial. En revanche, les stratégies visant à intégrer les programmes de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH, à améliorer les droits ou l'accès des femmes et des filles aux ressources et à accroître l'accès et la fréquentation scolaires des adolescentes et des jeunes femmes, ont été identifiées dans moins de 6 des 18 plans stratégiques analysés *(92)*. Les données sur l'évaluation des coûts et le financement des interventions sexospécifiques dans les réponses nationales au VIH, restent rares. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour intégrer des actions et des indicateurs sexospécifiques dans les programmes, les stratégies et les plans nationaux de lutte contre le VIH et pour garantir que ces actions sont chiffrées et dotées de ressources suffisantes. De plus, afin de garantir des dépenses adéquates et des résultats efficaces en matière de genre, il convient d'institutionnaliser un engagement significatif des femmes vivant avec le VIH et des adolescentes et jeunes femmes, dans toute leur diversité, dans la conception, la mise en œuvre et le suivi de la réponse au VIH.

Figure 48. Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement mariées ou en couple, qui utilisent des contraceptifs et 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, 2014–2018.

Les connaissances sur la prévention du VIH parmi les jeunes femmes sont alarmantes, un tiers seulement des jeunes femmes d'Afrique subsaharienne ayant des connaissances approfondies sur le VIH *(94)*. Entre 2000-2004 et 2014-2018, plusieurs pays ont engregistré des progrès encourageants dans l'amélioration des connaissances des jeunes femmes sur le VIH, avec une augmentation des connaissances précises et complètes en Ouganda (de 28,5 % à 45,7 %), au Rwanda (de 23,4 % à 42,6 %), au Nigeria (de 14,5 % à 42,6 %), au Kenya (de 33,8 % à 54,2 %), au Cameroun (de 27,4 % à 40,6 %) et en Arménie (de 9,3 % à 20,2 %) *(94)*.

Des études indiquent qu'une éducation sexuelle complète, qui met l'accent sur les relations entre les sexes et les droits des femmes, peut réduire les taux d'infections sexuellement transmissibles et de grossesses non désirées, ainsi que la violence sexospécifique et la violence entre partenaires intimes. Elle peut également soutenir l'efficacité et la confiance en soi des jeunes femmes et aider les jeunes à développer des relations plus solides et plus saines.

En Estonie, où un programme obligatoire d'éducation sexuelle complète a été mis en œuvre, il a été constaté que ce programme ne devrait permettre d'éviter que 4 % des nouvelles infections pour être rentable *(61)*.

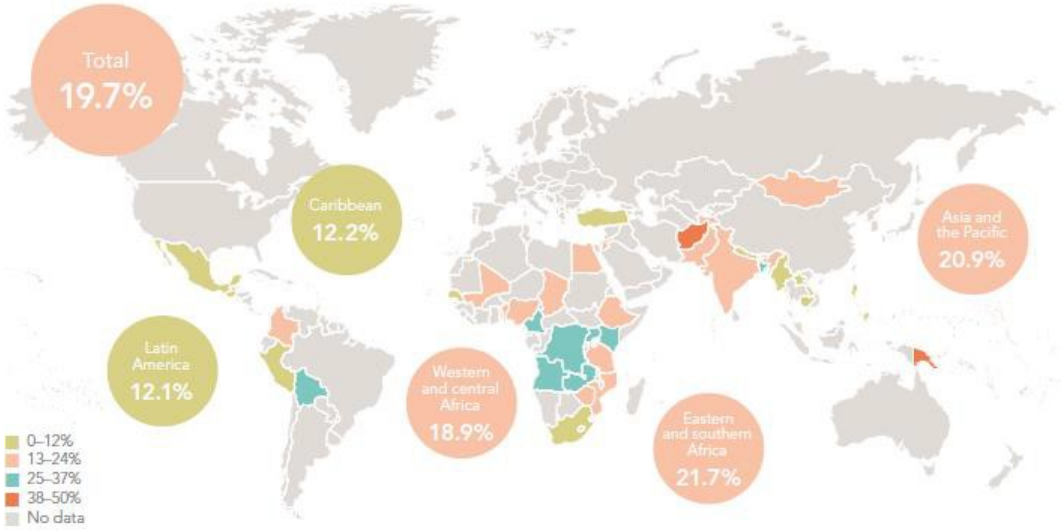
La santé sexuelle et reproductive et les droits ne sont pas respectés. La santé sexuelle et reproductive et les droits sont essentiels à l'autonomisation des femmes et des adolescentes, à la réalisation de leurs droits fondamentaux, à la garantie de leur santé et de leur bien-être, à la création de sociétés et d'économies égalitaires entre les sexes et à la prévention des infections par le VIH. Dans 57 pays, seules 55 % des femmes mariées ou en couple (âgées de 15 à 49 ans), qui utilisent actuellement une méthode contraceptive, sont en mesure de prendre leurs propres décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive, y compris de refuser des rapports sexuels non désirés *(95)*. De plus, on note peu de signes d'amélioration dans la capacité d'action des femmes (Figure 48) *(96)*.

Le manque de liberté et d'autonomie des femmes pour prendre des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive entraîne une utilisation inadéquate des interventions et des outils essentiels. Plus de la moitié des quelque 38 millions d'adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) sexuellement actives dans les régions en développement en 2016, qui avaient besoin de contraceptifs, car elles étaient mariées ou célibataires et sexuellement actives et ne voulaient pas d'enfant pendant au moins deux ans, n'utilisaient pas de contraceptifs modernes. Chaque année, 21 millions d'adolescentes tombent enceintes et quelque 12 millions d'adolescentes accouchent, dont 777 000 filles de moins de 15 ans *(97, 98)*. 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 santé au cours des 12 derniers mois (par exemple, il lui a été conseillé de ne pas avoir d'enfants, une TAR lui a été proposée à condition qu'elle utilise certaines formes de contraception, ou des services de santé sexuelle et reproductive lui ont été refusés) *(99)*.

Les obstacles politiques sapent les ripostes au VIH pour les adolescentes. Les lois et les politiques empêchent de nombreuses adolescentes de prendre des décisions concernant leur propre santé sexuelle et reproductive ou d'accéder à des services de santé essentiels, notamment pour la contraception et les services liés au VIH. En 2019, 105 des 142 pays pour lesquels des données sont disponibles exigeaient que les adolescents disposent du consentement parental ou de leurs tuteurs pour accéder au dépistage du VIH. Dans 86 des 138 pays ayant répondu, ils avaient besoin d'un consentement similaire pour accéder au traitement et aux soins du VIH. Une étude récente portant sur plusieurs pays d'Afrique subsaharienne a révélé que les lois permettant aux jeunes de moins de 16 ans d'accéder au dépistage du VIH sans le consentement parental étaient associées à une probabilité accrue de 74 % de recours au dépistage du VIH chez les adolescents *(100)*. Les lois de criminalisation discriminatoires liées au VIH peuvent toucher les femmes de manière disproportionnée, car elles sont plus susceptibles que les hommes de connaître leur statut VIH grâce au dépistage systématique du VIH dans le cadre des soins prénatals.

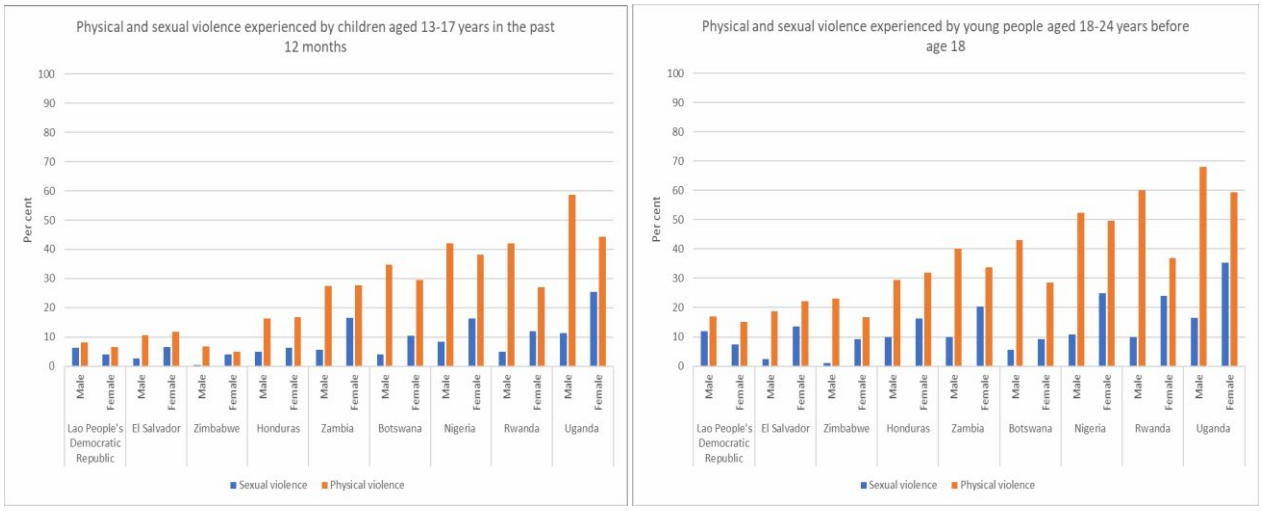
*Les violences faites aux femmes et aux filles augmentent leur vulnérabilité au VIH et entravent une riposte efficace au VIH.*Dans le monde, près d'une femme sur trois a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, d'un non-partenaire, ou des deux, au cours de sa vie (Figure 49) *(101)*. Des rapports indiquent que les confinements dus à la COVID-19 pourraient augmenter les risques des femmes de subir des violences domestiques. Au niveau mondial, une fille sur cinq est mariée ou en couple avant d'atteindre l'âge de 18 ans *(102)*.

Figure 49. 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 et des agrégats régionaux étaient disponibles, 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 menées 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 n'étaient disponibles que pour quelques pays pour la période 2014-2018.

Figure 50. Enfants (âgés de 13-17 ans) et jeunes (âgés de 18-24 ans) ayant subi un ou plusieurs types de violence dans l'enfance, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2017



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

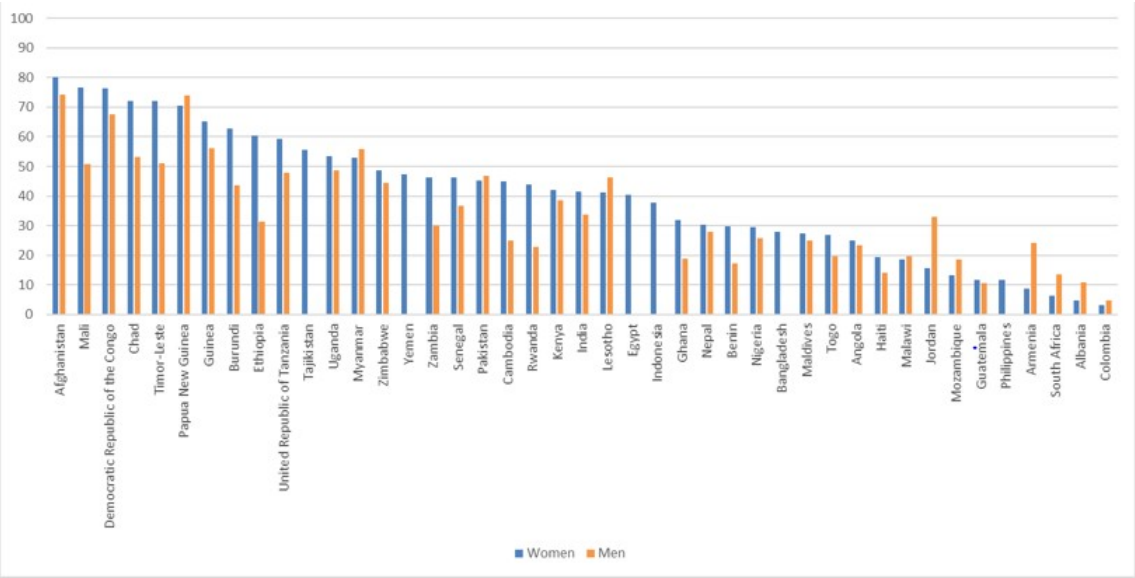
Les femmes et les filles qui se déplacent, y compris les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et celles qui sont touchées par un conflit ou d'autres crises humanitaires, sont particulièrement exposées à la violence et sont souvent moins en mesure d'accéder aux services appropriés *(103)*. Bien que la prévalence de la violence parmi les femmes soit intolérablement élevée, certains pays ont réussi à réduire la prévalence de la violence exercée par un partenaire intime, notamment l'Ouganda (de 43 % en 2006 à 30 % en 2016), la Zambie (de 42 % en 2007 à 25 % en 2018), le Mozambique (de 28 % en 2011 à 16 % en 2015) et la
République démocratique du Congo (de 59 % en 2007 à 37 % en 2013-2014) *(104)*.

Pour de nombreuses femmes et filles, l'expérience de la violence commence dès le plus jeune âge. Dans neuf pays, une proportion importante de jeunes femmes et de jeunes hommes (âgés de 18 à 24 ans) ont déclaré avoir subi des violences physiques, sexuelles et/ou émotionnelles pendant leur enfance (figure 50) *(105)*. Quelque 120 millions de filles ont subi une forme quelconque de contact sexuel forcé avant l'âge de 20 ans *(106)*. La violence dans les écoles est également très préoccupante. Une expérience précoce de la violence augmente les probabilités que les femmes subissent des violences plus tard dans leur vie. Pour les hommes, cela augmente également la probabilité qu'ils commettent eux-mêmes des actes de violence *(45)*.

En plus d'affecter la santé physique et mentale des survivants, la violence est étroitement liée à la vulnérabilité au VIH. L'expérience de la violence exercée par un partenaire intime dans les milieux à forte prévalence augmente le risque des femmes de contracter le VIH *(101)*. Les violences faites aux femmes vivant avec le VIH sont associées à un accès et une adhésion réduits au traitement, à un taux de CD4 plus faible et à une charge virale plus élevée *(107)*.

Le cycle des violences faites aux femmes et aux filles est ancré dans des dynamiques et des normes de pouvoir inégales entre les sexes. Pour les femmes et les filles vivant avec le VIH, leur statut VIH peut également être un déclencheur de violence physique et/ou émotionnelle, y compris de la part de leurs partenaires, dans la communauté et même dans les établissements de santé. La stérilisation involontaire et forcée et l'avortement forcé chez les femmes séropositives ont été rapportés dans au moins 14 pays du monde *(108)*. 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) *(109)*. 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, réduisent la violence et améliorent toute une série de résultats en matière de santé et de comportement liés au sexe *(110)*. Toutefois, les investissements dans les approches sexospécifiques sont limités, une étude récente ayant révélé que seuls 8 % des programmes engageant les hommes et les garçons dans la santé et les droits sexuels et reproductifs comportaient des éléments sexospécifiques *(111)*.

Figure 51. Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans qui estiment qu'un mari peut frapper ou battre sa femme pour au moins une raison spécifique, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2018



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

Les femmes qui font partie des populations clés sont particulièrement exposées au risque de subir des violences. Les femmes qui consomment des drogues sont jusqu'à cinq fois plus susceptibles de subir des violences que les femmes non toxicomanes. On estime que 45 à 75
% des professionnelles du sexe 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, soient souvent bloqués en raison de la criminalisation du travail du sexe *(112)*. Les femmes appartenant à des minorités ethniques et autres, les femmes transgenres et les femmes handicapées sont davantage exposées à la violence *(103)*.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***En dépit des engagements répétés à haut niveau, la volonté politique de faire respecter les droits humains et de répondre aux besoins des femmes et des filles dans le contexte du VIH, n'est pas encore assez forte. Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour mettre en place et soutenir des actions nationales puissantes visant à chiffrer, financer, mettre en œuvre et suivre des approches sexospécifiques transformatrices qui s'attaquent à la discrimination sexuelle et profitent aux femmes et aux filles dans toute leur diversité ?***

Comment pouvons-nous mettre en place des collaborations et des coalitions multisectorielles solides afin de susciter des changements dans les normes et les pratiques en matière de genre, à l'échelle nécessaire ? Comment pouvons-nous augmenter de manière substantielle le financement des réseaux de femmes vivant avec le VIH et des organisations d'adolescentes et de jeunes femmes, afin de soutenir leur travail de sensibilisation et la réponse au niveau communautaire ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour répondre aux vulnérabilités et aux besoins des femmes et des filles marginalisées ?***

Comment pouvons-nous adopter et mettre en œuvre efficacement une approche intersectionnelle, avec des indicateurs quantifiables, pour répondre aux besoins de ceux qui sont laissés pour compte ?Comment les femmes qui ont le plus besoin d'un ensemble complet de mesures peuvent-elles être

prioritaires et atteintes ? Quels arguments, analyses, approches de plaidoyer sont nécessaires pour faire respecter les droits des femmes, y compris pour faire reculer les lois punitives visant les femmes, qui appartiennent à des populations clés ou qui sont partenaires de membres de populations clés ?Comment reproduire dans plusieurs pays les succès obtenus dans l'élimination des lois et des obstacles liés à l'âge du consentement ?Que faut-il faire pour que les femmes et les filles marginalisées disposent d'espaces sûrs où elles peuvent rechercher et fournir un soutien mutuel et obtenir les services nécessaires ?

- ***Comment pouvons-nous systématiquement engager, responsabiliser et répondre aux besoins des diverses identités/expressions de genre, orientations sexuelles et ainsi traiter également la violence sexospécifique dirigée contre les personnes LGBTI ?***

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour faire progresser les programmes visant à répondre aux besoins des femmes et des filles ?***

Comment pouvons-nous renforcer davantage l'expertise en matière de genre au sein des organes nationaux de coordination de la lutte contre le sida afin de procéder à une analyse de genre et d'élaborer des stratégies, des plans et des programmes de lutte contre le VIH tenant compte de la dimension de genre ? Comment galvaniser une véritable intégration à grande échelle d'approches holistiques et multisectorielles pour relever les défis liés au VIH, à la santé et aux droits sexuels et reproductifs et à la violence sexospécifique ? Comment identifier et utiliser efficacement les enseignements tirés de contextes où la prévalence de la violence sexospécifique ou des grossesses d'adolescentes a diminué ou où la connaissance du VIH a augmenté parmi les jeunes femmes ? Quelles sont les mesures nécessaires afin d'éviter tout retour en arrière pour ce qui concerne les femmes et les filles en ces temps de pandémie de COVID-19 ? Quelles sont les mesures nécessaires pour utiliser les expériences des femmes et les réponses communautaires au VIH, qui ont été efficaces pour transformer les normes et les pratiques sexospécifiques néfastes et améliorer les services de lutte contre le VIH pour les femmes et les filles ? Comment accélérer l'abrogation des lois et pratiques discriminatoires qui affectent la capacité des femmes et des filles à prévenir le VIH ou à vivre dignement avec le VIH ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour catalyser la participation, l'autonomisation et le leadership des femmes dans toute leur diversité - en particulier dans les ripostes nationales au VIH, mais également dans les efforts plus larges visant à améliorer la santé, le bien-être, l'équité et la justice pour les femmes et les filles ?***

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour développer des approches sexotransformatrices qui engagent les hommes et les garçons à affronter les masculinités nuisibles et à devenir des agents du changement, et qui délestent les femmes de la responsabilité de la contraception, du dépistage et du traitement du VIH ?***

Comment pouvons-nous garantir une approche de la santé sexuelle et reproductive et des droits fondée sur le parcours de vie, qui inclut les hommes lors de l'accouchement et des soins, la santé et le soutien de la famille et qui s'attaque aux masculinités et féminités nuisibles ? Quelles sont les mesures nécessaires pour identifier et répondre aux inégalités et dynamiques de genre au sein des communautés LGBTI ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour améliorer les données en vue de stratégies efficaces pour les femmes et les filles ?***

Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour améliorer la capacité à effectuer une analyse de genre et à l'utiliser pour orienter les actions, les mesures et les allocations budgétaires ?

- ***Comment pouvons-nous mieux intégrer les éléments clés de la promotion de l'égalité des sexes et de l'élimination de la violence sexospécifique dans les autres orientations stratégiques de la prochaine stratégie de l'ONUSIDA, afin d'accroître la responsabilité de la riposte au VIH en matière d'égalité des sexes et d'autonomisation de toutes les femmes et les filles ?***

Comment améliorer la mesure des progrès réalisés dans le cadre de la stratégie de l'ONUSIDA en matière de promotion de l'égalité des sexes et de lutte contre la violence sexospécifique ? Comment renforcer la responsabilité du suivi financier des allocations et des dépenses en faveur de l'égalité des sexes et de l'élimination de la violence sexospécifique dans la prochaine stratégie de l'ONUSIDA ?

Stigmatisation, discrimination et lois punitives : vers des environnements sociaux et juridiques favorables

Depuis ses débuts, l'épidémie de VIH s'est accompagnée d'une "épidémie sociale" de stigmatisation, de discrimination et d'exclusion sociale, qui est souvent ancrée dans des lois et politiques nuisibles, punitives, contre-productives et scientifiquement infondées. L'éradication du SIDA nécessite des progrès dans le domaine biomédical et l'élimination de nombreuses formes de stigmatisation et de discrimination, qui privent les gens de leurs droits et de leur dignité et qui sapent les ripostes au VIH et les systèmes nationaux de protection sociale et de l'enfance.

- Engagement 9 RHN : 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'accéder aux services juridiques et légaux afin de prévenir et de combattre les violations des droits de l'homme.
- Engagement 6 RHN : 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.
- Domaine stratégique de résultat 6 : Les lois, politiques et pratiques punitives, la stigmatisation et la discrimination qui entravent les ripostes efficaces au VIH, sont supprimées.
- Domaine stratégique de résultat 8 : Des services de santé et liés au VIH axés sur les patients sont intégrés dans le contexte de systèmes de santé plus solides.

Rapport sur la situation

*Bien que la stigmatisation liée au VIH, telle que mesurée par les enquêtes de population, semble avoir diminué dans certains pays, elle demeure extrêmement élevée dans beaucoup d'autres.*Dans 25 des 36 pays disposant de données d'enquête récentes sur un indice composite des attitudes discriminatoires, plus de 50 % des personnes âgées de 15 à 49 ans ont fait preuve d'attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH *(104)*. La discrimination liée au VIH persiste dans les établissements de soins de santé. Parmi les 13 pays ayant communiqué ces données, jusqu'à 21 % des personnes interrogées vivant avec le VIH au Pérou et au Tadjikistan ont déclaré qu'elles n'ont pu bénéficier de services de santé au moins une fois au cours des 12 mois précédents *(113)*.

Les lois punitives restent monnaie courante. Presque tous les pays criminalisent ou sanctionnent autrement un aspect du travail du sexe, et tous les pays, à l'exception d'une poignée, criminalisent ou sanctionnent autrement la consommation ou la possession de drogues (Figure 52). Une majorité des 92 pays qui communiquent ces données à l'ONUSIDA criminalisent la transmission du VIH, la non-divulgation ou l'exposition. Soixante-neuf pays criminalisent les relations homosexuelles, et au moins 32 pays criminalisent officiellement ou ont poursuivi les personnes transgenres en raison de leur identité et/ou expression sexuelle.

Les populations clés sont confrontées à des attitudes stigmatisantes et à la violence. Dans 8 des 36 pays disposant de données récentes, au moins la moitié des professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir subi des violences physiques (Figure 53). De même, dans 4 des 17 pays pour lesquels des données récentes sont disponibles, plus de 20% des homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ont déclaré avoir subi des violences sexuelles. Des taux élevés de violence contre les transgenres et les personnes

qui s'injectent des drogues ont également été signalés dans le nombre limité de pays disposant de données pertinentes *(114)*.

Figure 52. Pays appliquant des lois discriminatoires et punitives, au niveau mondial, 2019

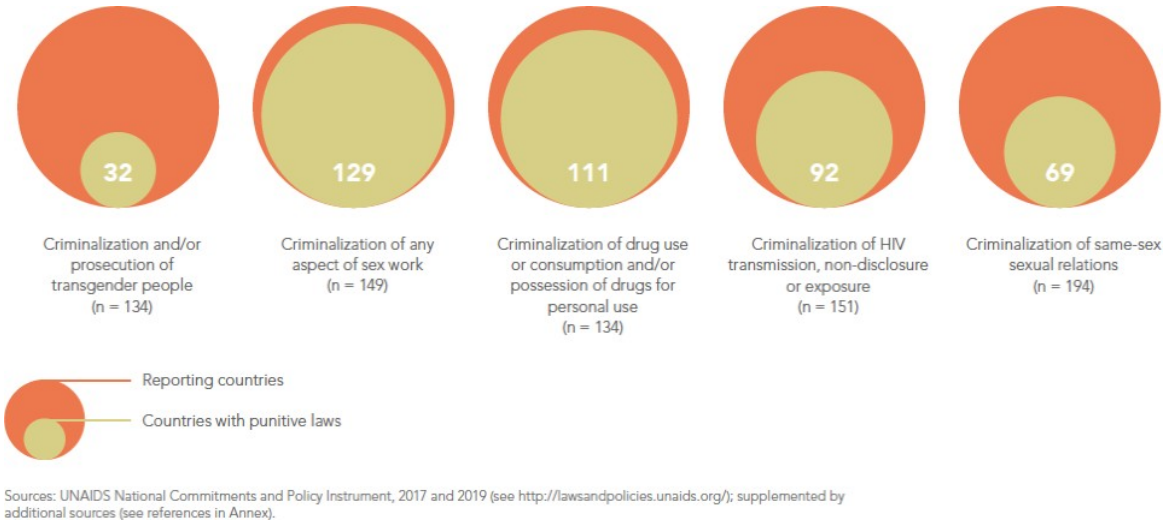
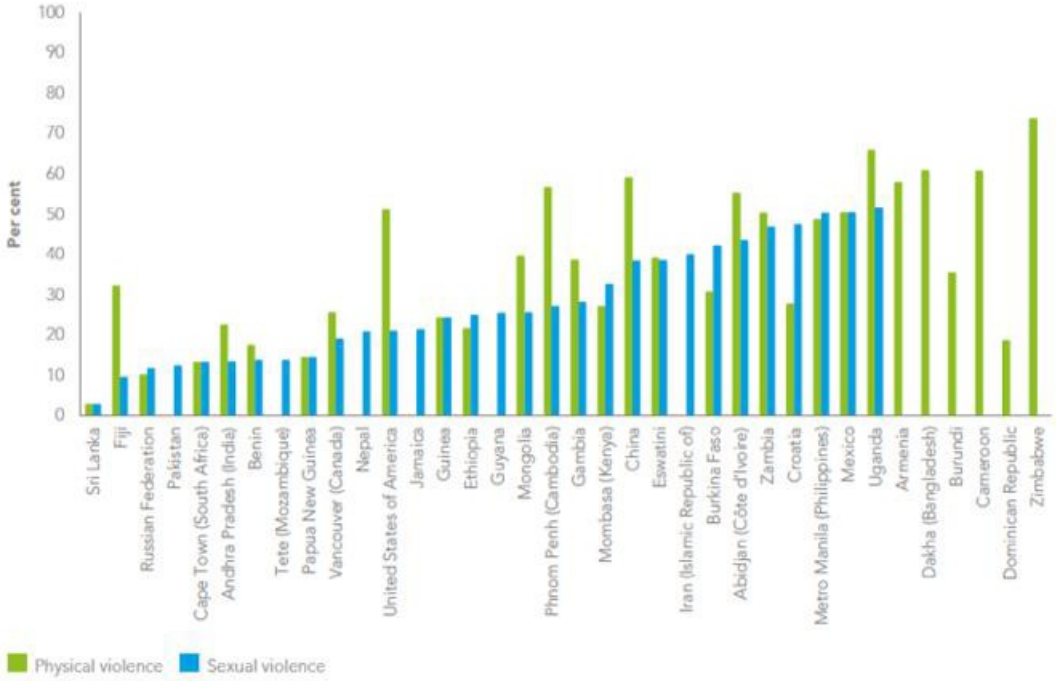


Figure 53. Pourcentage de professionnel(le)s du sexe ayant déclaré avoir subi des violences physiques et sexuelles, pays sélectionnés, 2014-2018

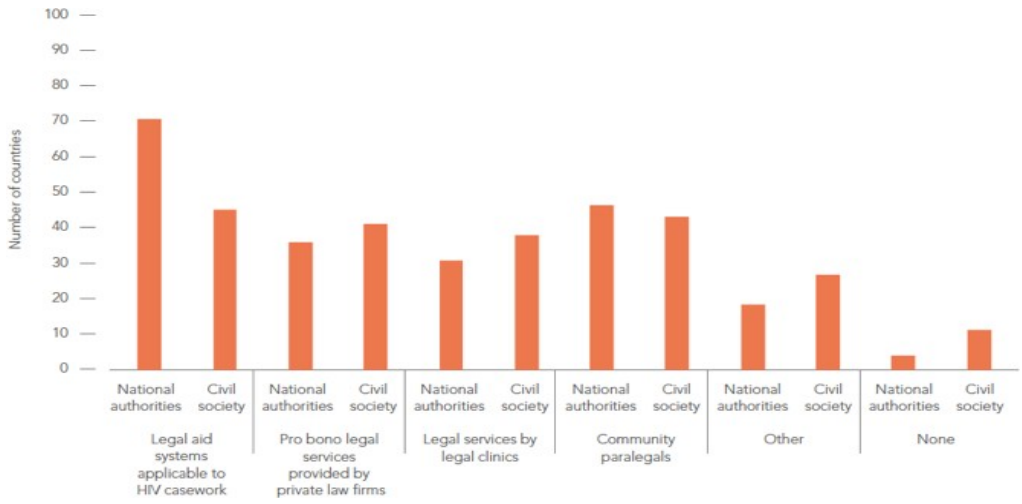


Source : Revue de la littérature par l'ONUSIDA et le Programme des populations clés du Centre pour la santé publique et les droits de l'homme, Université Johns Hopkins. La liste complète des références est disponible sur demande.

Les lois punitives sapent les ripostes au VIH et augmentent la vulnérabilité des populations marginalisées. Les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui vivent dans des pays qui criminalisent les relations homosexuelles, sont plus de deux fois susceptibles de contracter le VIH que leurs pairs vivant dans des pays qui n'appliquent pas de telles restrictions légales (Figure 2.2). Des sanctions pénales sévères pour les relations homosexuelles sont associées à un risque 4,7 fois plus élevé d'infection par le VIH, par rapport aux milieux où de telles sanctions n'existent pas *(83)*. Selon une analyse portant sur 75 pays, l'existence de lois anti-LGBT est également associée à un recours nettement plus faible aux services de dépistage du VIH *(81)*. Une modélisation fondée sur des données probantes indique que la décriminalisation de tous les aspects du commerce du sexe pourrait éviter 33 à 46 % des nouvelles infections par le VIH chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sur une période de dix ans *(69)*. Une autre méta-analyse a révélé que la répression policière du commerce du sexe augmentait de 87% la prévalence du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles et multipliait par près de trois le risque de violence sexuelle ou physique *(115)*. Une étude de 2020 portant sur 10 pays d'Afrique subsaharienne a établi un lien entre les lois de plus en plus répressives concernant le commerce du sexe et l'augmentation de la prévalence de l'infection par le VIH *(116)*. Selon une revue systématique de 2017, plus de 80 % des études pertinentes ont établi une corrélation entre la criminalisation de la consommation de drogue et un risque accru de VIH *(68)*, tandis qu'une analyse distincte a révélé que la répression de la consommation de drogue est associée à l'infection par le VIH, au partage des aiguilles et à l'évitement des programmes de réduction des risques *(117)*. Dans certains pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, les lois obligent les personnes qui sollicitent des services de réduction des risques à s'inscrire auprès des autorités, une démarche qui, à son tour, rend l'individu inéligible à un permis de conduire. Bien que les études prouvant l'impact des lois punitives sur les transgenres soient rares, les dommages associés à la répression policière des transgenres sont bien documentés. Environ 40 % des détenus transgenres ont subi des violences sexuelles au cours des 12 derniers mois, contre 4 % de la population carcérale générale *(118)*.

L'accès à la justice reste limité pour de nombreuses personnes vivant avec le VIH et pour les membres des populations clés. La plupart des pays (69 sur 90) ont signalé l'existence de systèmes d'aide juridique capables de traiter les affaires liées au VIH (Figure 54). Toutefois, les services juridiques accessibles (sous la forme de cliniques d'aide juridique ou de services bénévoles fournis par des cabinets d'avocats privés) sont beaucoup plus rares. La plupart des pays indiquent avoir mis en place des initiatives de formation ou de renforcement des capacités pour aider les personnes vivant avec le VIH et les populations clés à comprendre et à exercer leurs droits dans le contexte du VIH, bien que ces initiatives soient menées à petite échelle dans de nombreux contextes. La plupart des pays rapportent qu'ils n'ont pas prévu une formation sur les droits légaux liés au VIH pour les acteurs clés du système judiciaire, notamment les agents de la force publique, le pouvoir judiciaire et les législateurs.

Figure 54. 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.

Tableau 8. 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 of the total population covered by at least one social protection benefit (SDG 1.3.1)	Has an approved social protection strategy, policy or framework	Refers to HIV	Recognizes people living with HIV as key beneficiaries	Recognizes key populations as key beneficiaries	Recognizes adolescent girls and young women as key beneficiaries	Recognizes children affected by HIV as key beneficiaries	Recognizes families affected by HIV as key beneficiaries	Addresses the issue of unpaid care work in the context of HIV
Angola	9.9	*	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Botswana	15.4	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
Brazil	74.9	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes
Cameroon	8.7	No	No	No	No	No	No	No	No
Chad	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available
China	63	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes
Côte d'Ivoire	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available
Democratic Republic of the Congo	14.1	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available
Eswatini	Data not available	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	No
Ethiopia	11.6	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Ghana	18.3	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Haiti	Data not available	*	No	No	No	No	No	No	No
India	22	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Indonesia	54	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No
Iran (Islamic Republic of)	Data not available	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Jamaica	Data not available	Yes	Yes	No	No	Yes	No	No	No
Kenya	10.4	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No
Lesotho	9.2	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No
Malawi	21.3	*	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	No
Mali	Data not available	Yes	No	No	No	No	No	No	No
Mozambique	10.9	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Myanmar	1.6	Yes	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes
Namibia	Data not available	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
Nigeria	11	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Data not available	Data not available	Data not available
Pakistan	8	*	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available	Data not available
South Africa	47.8	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No
South Sudan	Data not available	*	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Uganda	2.9	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
Ukraine	73	Yes	No	No	No	No	Yes	No	No
United Republic of Tanzania	4	Yes	No	No	No	Yes	No	No	No
Viet Nam	37.9	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Data not available
Zambia	15.3	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes
Zimbabwe	Data not available	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	No	No
Russian Federation	90.4	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
United States of America	76.1	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Data not available	No

Yes
No
Data not available

Source: UNAIDS National Commitments and Policy Instrument, 2019 and 2020 (see http://lawsandpolicies.unaids.org/); SDG Indicators Global Database [Internet]. New York: United Nations Statistics Division; c2020 (https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/, accessed 17 April 2020).
*Social protection strategy is not being implemented.

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.

L'accès des femmes à la propriété et aux droits de succession peut être vital pour prévenir l'infection par le VIH ou en atténuer les effets. Pourtant, 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 *(119)*. Les femmes vivant avec et affectées par le VIH n'ont souvent pas les moyens économiques d'accéder à l'aide juridique et de bénéficier d'une justice adéquate.

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 nationale de protection sociale actuellement mise en œuvre *(120)*. Dans les 25 pays à forte charge de VIH et ayant communiqué des données, la proportion de la population couverte par une prestation de protection sociale au moins oscillait entre 1,6 % au Myanmar à 90 % en Fédération de Russie, avec une médiane de 15 %. 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 *(121).*

COVID-19 et les obstacles et facilitateurs sociaux et juridiques

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 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.

La pandémie COVID-19 a également renforcé l'importance absolue d'une protection sociale forte et complète, ainsi que la manière dont de nombreuses personnes vivent actuellement sans en bénéficier. Durant la pandémie de COVID-19, les personnes vivant avec le VIH, à risque et infectées par le VIH, y compris les populations clés, les jeunes, les femmes et les filles, les personnes handicapées, les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants, sont particulièrement vulnérables aux inégalités économiques, spatiales et sociales et aux perturbations dans la fourniture de services essentiels et d'assistance sociale et l'accès adéquat à ces derniers. Nombreux sont ceux qui vivent dans un état d'insécurité alimentaire et de malnutrition. La perte de revenus a également signifié dans certains cas la perte de leur maison, tandis que l'absence d'assurance-maladie ou d'accès aux soins de santé a créé des obstacles inhérents au bénéfice des soins liés à la COVID-19.

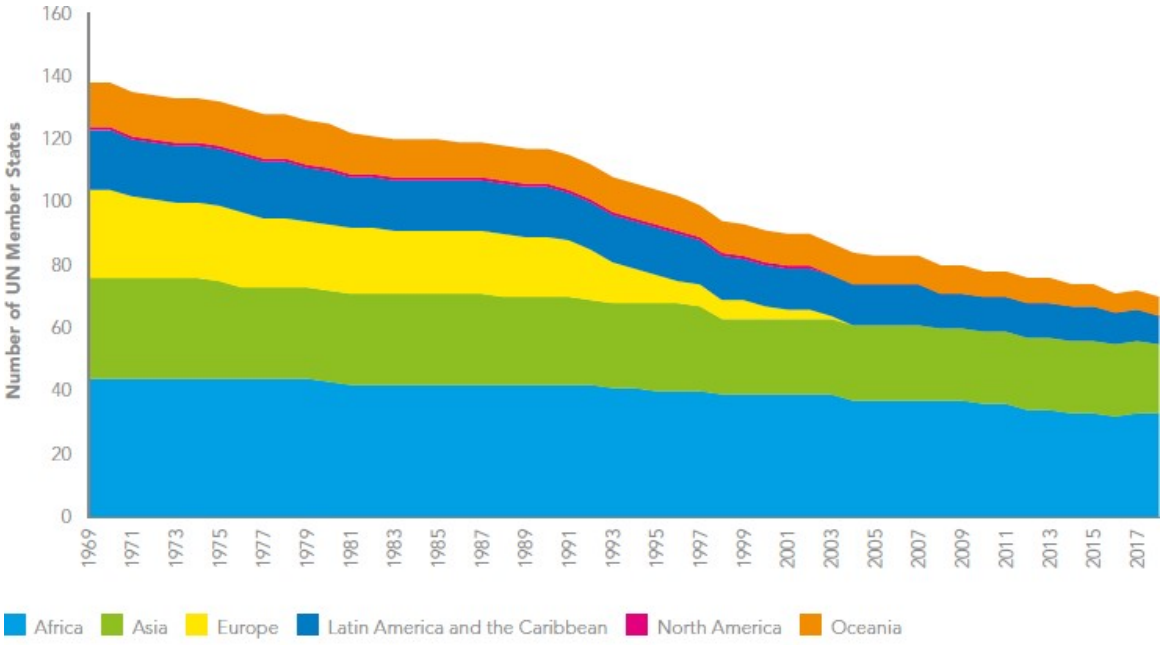
Ce qui fonctionne et doit être maintenu

Les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH ont diminué dans certains pays. Dans 19 pays où des personnes ont été interrogées sur leurs attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH, les attitudes stigmatisantes ont diminué depuis le début des années 2000 *(96)*. Des progrès fulgurants ont été enregistrés dans la réduction des comportements stigmatisants en Afrique orientale et australe. Toutefois, la stigmatisation et la discrimination demeurent des obstacles de taille aux services de lutte contre le VIH. Dans les pays à forte charge de morbidité, les personnes qui perçoivent des niveaux comparativement plus élevés de stigmatisation liée au VIH sont deux fois plus susceptibles de présenter une infection tardive par le VIH que les personnes qui perçoivent une faible stigmatisation *(122)*.

Il existe des exemples encourageants de pays qui ont réduit leurs lois et politiques punitives. Depuis 2016, le Chili, le Pakistan et l'Uruguay ont fait preuve de leadership en reconnaissant officiellement l'identité de genre et en introduisant des protections juridiques pour les personnes transgenres. La Cour de justice des Caraïbes a invalidé une loi interdisant le

travestissement en public, et plusieurs pays (par exemple, la Belgique, le Chili, la France, la Grèce, l'Islande, le Luxembourg, le Portugal et l'Uruguay) ont établi des voies de recours pour modifier légalement les marqueurs de genre et les noms, bien que certains exigent encore une intervention chirurgicale avant de permettre aux gens de changer leurs marqueurs de genre. Au niveau mondial, le nombre de pays et de territoires qui ont mis en place des restrictions d'entrée, de séjour ou de résidence liées au VIH, est passé à 48 en 2019 *(123)*. Depuis 2016, la Cour constitutionnelle de Colombie a supprimé certaines restrictions à la consommation personnelle de drogues ; des tribunaux en Afrique du Sud et au Mexique ont jugé que les lois criminalisant la possession ou la culture de marijuana étaient inconstitutionnelles ; les organes législatifs d'Antigua et Barbuda, du Belize et de certains États des États-Unis, ont dépénalisé la possession de marijuana. Plusieurs pays ont supprimé la peine de mort en tant qu'option obligatoire ou discrétionnaire pour certaines (mais pas toutes) infractions liées à la drogue (notamment la République islamique d'Iran, la Malaisie, la Thaïlande, Singapour et le Vietnam). Au Malawi, la Haute Cour a estimé que les lois qui criminalisent le fait de tirer profit du commerce du sexe n'étaient pas destinées à cibler les professionnel(le)s du sexe. Le nombre de pays qui criminalisent les relations homosexuelles a encore diminué au cours de ces dernières années (Figure 55), le Botswana et l'Inde ayant supprimé des interdictions de longue date. Depuis 2016, la Colombie et le Mexique ont supprimé leurs lois sur la criminalisation du VIH, tandis que le Belarus, le Canada et la République démocratique du Congo ont réduit les situations dans lesquelles les personnes vivant avec le VIH peuvent être poursuivies ou condamnées, et le Malawi a choisi de ne pas inclure de dispositions sur la criminalisation dans ses nouvelles lois sur le VIH.

Figure 55. Nombre de pays qui criminalisent les relations sexuelles consensuelles entre personnes du même sexe, au niveau mondial, 1969-2018



Source: Yang D. Global trends on the decriminalisation of consensual same-sex sexual acts (1969–2019). In: Mendos LR. State-sponsored homophobia 2019. Geneva: ILGA; March 2019.

Ces exemples sont des preuves encourageantes que les lois et politiques punitives et contre-productives peuvent être modifiées ou supprimées. Toutefois, les cadres juridiques et politiques punitifs et discriminatoires restent la norme dans une grande partie du monde, et ils freinent les ripostes au VIH.

La base de preuves pour la suppression des lois et politiques punitives s'est élargie. De nombreuses études et méta-analyses sur l'impact des lois punitives sur les ripostes au VIH (résumées dans le rapport de situation ci-dessus) fournissent des preuves, qui renforcent les efforts des défenseurs et des experts de la santé publique pour supprimer ces lois contre-productives. La publication d'une déclaration de consensus sur la science du VIH dans le contexte du droit pénal a renforcé les arguments des défenseurs et des avocats selon lesquels les lois de criminalisation du VIH ne sont pas fondées sur la science *(124)*. La publication en 2018 d'un supplément au précédent rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit a souligné le consensus des experts de la santé publique selon lequel les lois punitives sapent les ripostes au VIH, causent des souffrances inutiles et devraient être supprimées *(125)*.

Des initiatives encourageantes ont permis d'accroître le soutien à la programmation en matière de droits de l'homme. L'initiative « Breaking Down Barriers » du Fonds mondial a alloué plus de 78 millions de dollars US en 2017-2019 pour soutenir les efforts déployés dans 20 pays afin de réduire les obstacles liés aux droits de l'homme en matière de services liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme *(126)*. Ces pays ont réalisé des évaluations de base sur les droits de l'homme, et 8 d'entre eux ont adopté (en juin 2020) des plans stratégiques nationaux visant à réduire les obstacles aux services liés aux droits de l'homme.

L'ONUSIDA, ONU Femmes, le PNUD et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) sont les coorganisateurs du Partenariat mondial pour l'action en faveur de l'élimination de toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH afin d'accélérer la réalisation du programme « Zéro discrimination ». Seize pays ont rejoint le partenariat, s'engageant à lutter contre la stigmatisation liée au VIH dans six domaines : les soins de santé, l'éducation, le lieu de travail, la justice, les individus et les communautés et les situations d'urgence et humanitaires.

Au cours des cinq dernières années, l'ONUSIDA et ses partenaires ont mobilisé un soutien politique plus fort en faveur d'une protection sociale tenant compte du VIH. Le plaidoyer du programme commun et les données sur la protection sociale et le VIH ont, à l'instar de l'impact des transferts d'argent liquide, été particulièrement importants, reflétant le travail de l'équipe de travail interinstitutions de l'ONUSIDA sur le VIH et la protection sociale, hébergée par l'ONUSIDA, co-dirigée par l'UNICEF et la Banque mondiale, et comprenant l'OIT, le PNUD, l'OMS et le PAM. La Task Force a dirigé la production de preuves et a fait connaître l'impact de la protection sociale (y compris les transferts d'argent) sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien en matière de VIH. La Task Force comprend des gouvernements, la société civile et des universitaires travaillant sur le VIH, la tuberculose et la protection sociale.

Les évaluations de la protection sociale menées par les gouvernements de 16 pays ont permis de développer une plate-forme ayant pour objet d'établir et de renforcer les liens entre les gouvernements, les donateurs et les communautés de personnes vivant avec le VIH. Ces liens ont favorisé l'inclusion des personnes vivant avec le VIH dans les programmes de protection sociale existants. Les évaluations servent de base à l'élaboration d'une nouvelle politique de protection sociale en République Unie de Tanzanie et à l'inclusion d'éléments de protection sociale dans les propositions du Fonds mondial au Liberia, en Namibie, en Sierra Leone et en Zambie.

L'UNICEF, le PAM, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et leurs partenaires ont collaboré dans le cadre de programmes de transferts de liquidités, notamment l'approche « Cash Plus » pour les adolescents des pays d'Afrique orientale et australe, et l'Association villageoise de prêts

d'épargne au Cameroun (qui touche près de 1000 personnes vivant avec le VIH). ONU Femmes a touché plus de 30 000 femmes vulnérables au VIH et 6500 femmes vivant avec le VIH en leur offrant une aide à la création de revenus dans 14 pays. Le PNUD a aidé 38 pays à mettre en place une protection sociale adaptée au VIH. À la suite d'une étude soutenue par le PNUD au Soudan, l'assistance technique fournie au gouvernement et à la société civile a permis d'accroître les mesures de protection sociale et a permis à plus de 4000 personnes vivant avec le VIH d'obtenir une carte d'assurance maladie.

Lorsque la réponse est insuffisante

Si les attitudes discriminatoires ont diminué dans certains milieux, elles demeurent monnaie courante et continuent de constituer un obstacle majeur à une riposte efficace. Au niveau régional, la prévalence des attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH oscille entre 32 % en Afrique orientale et australe et 66 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord *(127)*. Dans 34 des 36 pays ayant répondu, plus de 25 % des personnes (âgées de 15 à 49 ans) ont fait état d'attitudes discriminatoires et ces attitudes sont de plus en plus courantes dans certains pays.

En dépit des progrès enregistrés dans certains pays, les lois et les politiques punitives demeurent monnaie courante, et l'environnement juridique et politique s'est récemment détérioré dans certains milieux. Des lois et des politiques punitives, scientifiquement infondées et nuisibles, demeurent la norme au niveau mondial pour ce qui concerne la plupart des populations clés. La capacité des personnes vivant avec le VIH à voyager reste limitée ou totalement exclue dans 48 pays et territoires. Alors que quelques pays ont évolué vers la dépénalisation de la consommation/possession personnelle de drogues, les changements s'appliquent principalement à la seule consommation de marijuana. Pour le travail du sexe, la tendance est à une criminalisation accrue. Depuis 2016, la situation juridique des populations clés s'est détériorée à plusieurs égards. Plusieurs pays, dont la France et l'Islande, ont introduit des lois pénales relatives à la demande finale ou à l'utilisateur final pour le travail du sexe.

Alors que l'invalidation judiciaire de la loi indienne criminalisant les relations homosexuelles a réduit la proportion de la population mondiale couverte par ces lois, au moins 69 pays conservent des lois qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe. Au moins deux pays, le Tchad et le Gabon, ont récemment criminalisé les relations consensuelles entre personnes du même sexe, bien que le Gabon ait supprimé la loi en 2020, et que des efforts de haut niveau aient été entrepris au Brunei et au Liberia pour faire de même. Certains pays, y compris en Europe de l'Est, ont introduit ou tenté d'introduire des lois « anti- propagande » qui étouffent les communautés LGBTI et leurs organisations et, dans certains cas, empêchent la diffusion d'informations sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive et sur la transmission du VIH sous prétexte de « protéger les mineurs ». En 2020, la Pologne a introduit des peines plus sévères pour l'exposition au VIH et sa transmission, tandis que la Hongrie a adopté une législation qui empêcherait les personnes transgenres de pouvoir changer légalement de marqueur de genre, tandis qu'Oman a intensifié les peines pour le « travestissement ».

Le manque de données compromet notre capacité à comprendre, à évaluer et à réagir efficacement aux situations des droits de l'homme. Des efforts accrus sont nécessaires pour collecter et utiliser pleinement des données supplémentaires et nouvelles, par exemple en incluant des modules sur la stigmatisation, la honte et le harcèlement dans les enquêtes sur les biocomportements, en collectant des données sur les questions relatives aux droits de l'homme (ce que le Fonds mondial exige désormais) et en soutenant le suivi du VIH mené par les communautés. Des données beaucoup plus solides sur les expériences des populations clés sont nécessaires, et les données pertinentes devraient être ventilées par âge, race et sexe. Les informations sur la discrimination dans les établissements de soins de santé doivent être systématiquement enregistrées. Les systèmes de données existants fournissent peu d'informations sur le harcèlement. L'impact des lois punitives sur les

personnes transsexuelles devrait être étudié de manière plus méthodique.

Il est essentiel de relier les mécanismes importants de surveillance des droits des femmes, tels que la CEDAW, à la lutte contre le VIH pour surveiller, identifier et traiter les violations spécifiques des droits humains des femmes vivant avec le VIH ou infectées par le VIH. Dans le même temps, les nouvelles technologies numériques de surveillance et de prestation de services peuvent présenter des risques en matière de droits de l'homme pour les populations stigmatisées et criminalisées.

Le rythme, l'ampleur et les investissements dans les efforts déployés pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, demeurent insuffisants. Bien que l'inclusion de l'objectif de discrimination zéro dans la stratégie de l'ONUSIDA ait attiré l'attention sur les obstacles persistants associés à la stigmatisation et à la discrimination, les ressources et les efforts programmatiques nécessaires pour s'attaquer aux obstacles sociaux et juridiques ne se sont pas encore matérialisés. Il faut redoubler d'efforts pour s'attaquer aux causes profondes et aux conséquences de la stigmatisation, de la discrimination, de l'inégalité entre les sexes, des violences faites aux femmes et d'autres dynamiques sociales et structurelles.

Cinquante-cinq pour cent de la population mondiale ne bénéficie pas d'une protection sociale. Dans de nombreux pays, les programmes de protection sociale n'incluent pas explicitement les personnes vivant avec le VIH et certains pays excluent des programmes de protection sociale les professionnel(le)s du sexe ou les personnes qui consomment des drogues. Seuls deux pays rapportent que tous les éléments sensibles au VIH sont pris en compte dans leurs stratégies de protection sociale.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***Vu le succès limité actuel dans le « déplacement du curseur » sur la réforme ou la suppression des lois punitives et discriminatoires et la création d'environnements juridiques favorables, quels sont les éléments clés d'une nouvelle stratégie visant à accélérer les progrès en matière de droits de l'homme dans la lutte contre le VIH ?***

Par exemple, devons-nous poursuivre des objectifs différents ? Comment utiliser les mécanismes et les acteurs internationaux pour favoriser le changement ? Quels types d'investissements et d'incitants seraient utiles ?

- ***Comment pouvons-nous mieux partager les enseignements et les stratégies entre les pays afin d'apporter les changements souhaités dans les politiques et les lois ?***

Est-il possible de tirer et d'utiliser efficacement les leçons des efforts fructueux pour accélérer le changement social ? Des connaissances plus approfondies sont-elles nécessaires pour identifier les leçons à tirer de la réussite des changements de lois ou de politiques (par exemple, les études longitudinales en Argentine et au Portugal sur le processus de changement des lois sur le genre et la politique en matière de drogues, respectivement) ?

- ***Reconnaissant que la décriminalisation est un résultat clé d'un processus de changement social, la prochaine stratégie de l'ONUSIDA doit-elle comporter un ensemble plus large d'objectifs en matière de stigmatisation, de discrimination et de lois punitives ?***

Des objectifs supplémentaires sont-ils nécessaires pour suivre les précurseurs importants des changements législatifs et politiques ? Des mesures doivent-elles être prises pour améliorer les synergies entre les droits de l'homme et les objectifs essentiels de facilitation ?

- ***Comment utiliser les preuves disponibles pour susciter le changement ? Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour combler les lacunes qui subsistent en matière de données dans la riposte des droits de l'homme au VIH ?***

Comment utiliser les développements importants en matière de données et les mécanismes de surveillance (par exemple, les enquêtes sur le biocomportement, les mandats du Fonds mondial pour l'établissement de rapports, le suivi mené par les communautés) pour recueillir les preuves qui peuvent aider à mener des actions contre la stigmatisation, la discrimination et les lois punitives ? Comment aidons-nous les pays et les communautés à s'approprier leurs processus de collecte de données et à mieux saisir les expériences des populations clés et des femmes et des filles, à documenter la discrimination en matière de soins de santé, à surveiller le harcèlement policier, à améliorer la ventilation des données au sein des populations et à documenter efficacement l'impact des politiques punitives (y compris sur les personnes transgenres) ? Comment pouvons-nous engager davantage de chercheurs du Sud dans la recherche sur les populations clés ?

- ***Reconnaissant que les preuves seules ne suffisent pas à persuader les décideurs de supprimer les lois punitives, quels changements dans les approches de plaidoyer sont nécessaires pour accélérer les progrès ?***

Devrions-nous nous concentrer davantage sur les principes des droits de l'homme, de l'égalité et de la non-discrimination plutôt que sur l'amour et l'affection lorsque nous plaidons pour la suppression des lois punitives qui ciblent les minorités sexuelles ? Est-il possible de tirer parti des changements sociétaux importants (par exemple, la préoccupation croissante concernant les brutalités policières) pour susciter des changements dans les pratiques d'application de la loi et les cadres juridiques/politiques ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour tirer le meilleur parti du Partenariat mondial pour l'action en vue d'éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH afin de promouvoir une action plus énergique contre la stigmatisation, la discrimination et les lois punitives ?***

Comment impliquer et persuader efficacement les principaux acteurs (par exemple, la police, le système judiciaire, le secteur de l'éducation, le lieu de travail) à faire progresser les questions relatives aux droits de l'homme ? Comment pouvons-nous contribuer davantage à la sensibilisation des prestataires de soins de santé ? Devrions-nous étendre notre attention sur la stigmatisation et la discrimination à des domaines autres que le VIH ? Comment construire la politique pour une action forte dans les pays qui ont rejoint le partenariat ? Comment utiliser d'autres processus, tels que le programme « Fast-Track Cities », pour contourner les obstacles nationaux ou le manque de progrès des politiques et programmes locaux ? Comment pouvons-nous institutionnaliser le financement des droits de l'homme en tant qu'élément essentiel du travail sur le VIH et la santé, en capitalisant sur les investissements du Fonds mondial tout en passant à une diversité de bailleurs de fonds pour les droits de l'homme aux niveaux international et national ? Comment pouvons-nous lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination dans les six principaux cadres du partenariat ? Comment les nouvelles technologies numériques s'inscrivent-elles dans ce contexte ?

- ***Comment la lutte mondiale contre le VIH peut-elle contribuer à renforcer le fonctionnement de base des programmes de protection sociale afin de mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, à risque ou infectées par le VIH ?***

Comment collaborer efficacement avec les pays pour relier et hiérarchiser leurs programmes ? Comment faire en sorte que les adolescentes et les jeunes femmes puissent bénéficier pleinement des régimes de protection sociale pour parvenir à l'égalité des sexes et réduire les taux d'infection par le VIH ? Comment la riposte mondiale au VIH peut-elle renforcer l'engagement actif des organisations de la société civile sur le VIH et la protection sociale pour atteindre les populations qui sont laissées pour compte ? Comment la riposte au VIH peut-elle donner la priorité aux pays, zones géographiques et population afin d'améliorer l'accès au VIH et aux prestations de protection sociale.

Les communautés et la riposte au VIH

Les communautés sont la conscience et le moteur de la riposte au VIH.

- Objectif 7 RHN : S'assurer que 30 % au moins des prestations de services soient dirigées par la communauté à l'horizon 2020.
- Domaine stratégique de résultat 7 : La riposte au SIDA est entièrement financée et efficacement mise en œuvre et fondée sur des informations stratégiques fiables.

Rapport sur la situation

Les ripostes menées par les communautés vivant avec le VIH et infectées par le VIH ont constitué l'épine dorsale de la lutte contre le VIH depuis le début de l'épidémie. Depuis 2016, les communautés ont étendu leurs activités et leurs partenariats pour devenir des acteurs essentiels des ripostes au VIH et des systèmes de santé dans de nombreuses régions du monde. Bien que les preuves du rôle central et croissant des communautés dans la riposte au VIH soient accablantes, mesurer l'évolution des ripostes menées par les communautés, s'est avéré difficile, en raison, partiellement, du manque de mesures convenues dans la stratégie actuelle de l'ONUSIDA. Pour traiter cette question, la société civile et les gouvernements collaborent 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.

COVID-19, communautés et la riposte au VIH

En 2020, alors que la pandémie de COVID-19 perturbait l'accès aux soins de santé primaires dans le monde entier, l'importance de la prestation de services par les communautés est devenue plus évidente que jamais, les systèmes communautaires fournissant des bouées de sauvetage aux personnes vulnérables. Les communautés ont pris l'initiative de diriger les réponses locales à la COVID-19, de contester la désinformation et la stigmatisation, de fournir des services essentiels et d'organiser des systèmes de soutien locaux. Mais ces efforts communautaires sont également menacés par la pandémie. Elles sont confrontées à une grave incertitude financière, tandis que le confinement et les autres restrictions de mouvement et d'interaction sociale font qu'il leur est difficile d'atteindre et de servir leurs communautés. 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, près des trois quarts (72 %) des organisations axées sur le VIH s'emploient déjà à sensibiliser la population générale au COVID-19, même si peu ou pas de fonds ont été dégagés pour ce travail *(128)*. Entre-temps, une autre évaluation récente a démontré que la participation formelle de la société civile à la gouvernance nationale de la réponse au Coronavirus a été largement absente *(129)*.

Ce qui fonctionne et doit être maintenu

Les communautés ont accru la rigueur, la profondeur et l'étendue des données collectées pour la riposte au VIH ainsi que pour la tuberculose, la violence sexospécifique et l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive. Un questionnaire actualisé sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (indice de stigmatisation 2.0) a été lancé au

mois de janvier 2018. Douze pays ont achevé le processus de l'Indice de stigmatisation 2.0 et 35 autres mettent actuellement l'enquête en œuvre. Une méthodologie plus rigoureuse, conçue pour collecter des données comparables entre les pays, a été expérimentée en 2020. À l'instar de son prédécesseur, l'indice de stigmatisation 2.0 est mis en œuvre par des réseaux nationaux de personnes vivant avec le VIH, avec le soutien du partenariat international de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (composé du GNP+, de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et de l'ONUSIDA). Un suivi systématique des ripostes au VIH, mené par la communauté, a été mis en place dans diverses régions.

L'International Treatment Preparedness Coalition a mis en place un observatoire communautaire régional des traitements pour les objectifs 90-90-90 dans 11 pays d'Afrique occidentale et centrale. Il documente l'accès aux services (y compris les obstacles) et leur qualité pour les femmes enceintes, les jeunes, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe *(130)*. Le projet Ritshidze, développé par des personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires militants, vise à tenir le PEPFAR et le gouvernement sud-africain responsables de l'amélioration des services de lutte contre le VIH et la tuberculose, grâce à un suivi de routine de plus de 400 cliniques à forte charge de morbidité en Afrique du Sud *(131)*.

L'approche de suivi communautaire développée par REAct, le tout premier système de suivi, d'enregistrement et d'aide aux réponses aux problèmes de droits de l'homme rencontrés par les populations clés, a été utilisée par des organisations communautaires dans plus de 22 pays d'Asie et du Pacifique, d'Afrique subsaharienne et du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord *(132)*.L'AVAC, le réseau ATHENA et le Salamander Trust ont documenté les obstacles et les facilitateurs liés au genre pour l'accès des femmes au traitement et l'observance du traitement, en utilisant les conseils d'un groupe de référence mondial de femmes vivant avec le VIH dans 11 pays. Les résultats ont été publiés dans le *Journal de la santé et des droits de l'homme (133)*.

Les principaux décideurs ont accru leur utilisation des données stratégiques générées par la surveillance communautaire. Le suivi communautaire a influencé l'élaboration des plans opérationnels nationaux du PEPFAR, notamment en Côte d'Ivoire (où les communautés ont fourni des données sur l'étendue et l'impact des dépenses directes pour les services de santé) et en Afrique du Sud (où le suivi communautaire a documenté la nécessité d'étendre les services de proximité et les services dirigés par les communautés pour surmonter les obstacles aux services). Le Fonds mondial inclut désormais des questions de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans sa liste d'indicateurs de base sur le VIH. Répondant à l'appel de la société civile et des organisations des Nations Unies, le CCP de l'ONUSIDA a examiné les données disponibles sur les effets de la discrimination dans les établissements de soins de santé. Cela a débouché sur la création du Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. La participation des femmes vivant avec le VIH à l'élaboration des demandes de financement du Zimbabwe au Fonds mondial pour 2018-2020 et 2021-2023, a mené à la définition de priorités et à la budgétisation de programmes visant à répondre aux besoins des adolescentes et des jeunes femmes, y compris le soutien au suivi par la communauté des prestations de services dans quatre districts prioritaires.

Grâce au leadership communautaire, la profondeur et l'étendue des informations disponibles sur les principales lacunes de la réponse ont augmenté. *Le rapport sur la situation mondiale de la réduction des risques*, publié depuis 2006, est le seul projet indépendant, mené par la société civile, qui suit les ripostes mondiales aux épidémies de VIH et d'hépatite C parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Son édition 2018 a reflété le travail de plus de 100 praticiens, universitaires, défenseurs et activistes de la réduction des risques à travers le monde et a servi de référence faisant autorité sur la disponibilité et l'accessibilité des services de réduction des risques *(37)*. La présentation des résultats de l'indice de stigmatisation des

personnes vivant avec le VIH au Kazakhstan en 2015-2016 a conduit à l'adoption d'un plan national contre la stigmatisation et la discrimination et au suivi de sa mise en œuvre par la communauté. #uproot, un outil d'audit et de responsabilisation développé par PACT, une coalition de plus de 80 organisations de jeunesse, utilise des fiches de résultats pour collecter et résumer les informations quantitatives et qualitatives sur les principaux aspects des réponses apportées aux jeunes, y compris les engagements mondiaux sur le VIH *(134)*. Dans toute l'Asie et le Pacifique, les fiches de résultats établies par les jeunes ont galvanisé les plans d'action et les activités stratégiques dans toute la région.

La surveillance et la défense des droits par la communauté dans les espaces de définition des normes, tels que les organes du traité des Nations Unies, ont également engendré des changements fondés sur les droits de l'homme. Un rapport alternatif de la CEDAW rédigé par des femmes vivant avec le VIH au Kazakhstan a induit la participation de la communauté au deuxième plan national de mise en œuvre de la CEDAW, qui donne la priorité aux mesures visant à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination à l'encontre des femmes vivant avec le VIH et à améliorer leur accès à la santé et aux services sexuels et reproductifs *(135)*. Un rapport alternatif similaire de la CEDAW en Ukraine a résumé les résultats d'une enquête menée auprès de 4000 femmes vivant avec le VIH et a conduit à des appels formels pour accélérer la prévention du VIH chez les femmes et les filles et améliorer l'accès aux services de lutte contre la violence sexospécifique *(136)*. En 2017, l'Association eurasienne de réduction des risques et le réseau estonien des personnes qui consomment des drogues (LUNEST) ont soumis un rapport alternatif au Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, basé sur les résultats d'une étude menée par la communauté sur les violations des droits des femmes qui consomment des drogues en Estonie. Le rapport a incité le Comité des Nations Unies à recommander des actions susceptibles de réduire la stigmatisation sociale des personnes qui consomment des drogues, à enquêter et à agir sur les cas d'abus et de harcèlement policiers, ainsi que sur la privation des droits parentaux des personnes qui consomment des drogues .

L'influence de la communauté sur la gouvernance et la prise de décision en matière de santé s'est accrue dans certains milieux. En plus d'apporter aux forums de prise de décision les perspectives des personnes vivant avec le VIH et infectées par le VIH, l'engagement communautaire dans les commissions nationales du sida, les mécanismes de coordination nationaux et les organes directeurs multilatéraux, elle permet également d'identifier des questions et des lacunes importantes qui pourraient être ignorées autrement *(137)*. En 2018-2019, 10 000 femmes vivant avec le VIH dans 30 pays ont renforcé leurs compétences en matière de leadership et de plaidoyer, ont accru leur participation dans les espaces de décision liés au VIH et ont amélioré l'accès aux services liés au VIH, avec le soutien d'ONU Femmes. Le Conseil national sud-africain de lutte contre le sida a facilité la participation des femmes vivant avec le VIH grâce à son secteur dédié aux femmes, tandis que le Conseil national ukrainien de lutte contre le sida et la tuberculose a réservé un siège à une femme vivant avec le VIH. En Ouganda, un programme de mentorat dirigé par la communauté pour les adolescentes et les jeunes femmes vivant avec le VIH renforce la capacité de leadership d'une nouvelle génération de femmes vivant avec le VIH. L'EANASSO, un réseau régional de réseaux nationaux d'organisations de la société civile et d'organisations communautaires dans sept pays d'Afrique orientale, a permis aux organisations et réseaux communautaires d'accéder à l'assistance technique pour les subventions du Fonds mondial. Les femmes vivant avec le VIH ont influencé les conférences internationales sur le sida, en catalysant la création de zones de réseautage pour les femmes, qui encouragent les échanges entre les membres de la communauté, les chercheurs, les donateurs et les décideurs politiques.

Les communautés ont élargi la portée, l'échelle, la qualité et l'innovation des services de santé. La Déclaration d'Astana 2018 a réaffirmé la Déclaration d'Alma-Ata de 1978, en notant l'importance cruciale de l'implication des individus, des familles, de la communauté et de la société civile dans le développement et la mise en œuvre des politiques et des plans liés à la santé *(138)*.

Les cliniques et les programmes de proximité dirigés par la communauté ont accéléré le recours à la prévention du VIH, au traitement et au soutien à l'observance, ainsi que l'intégration du VIH, de la tuberculose et des services de santé sexuelle et reproductive. Les organisations communautaires ont traduit leur expérience en programmes plus efficaces qui répondent aux besoins des communautés selon leurs conditions, comme dans le cas de HOYMAS, une clinique par et pour les professionnel(le)s du sexe au Kenya, ou l'émergence des campagnes communautaires « U=U » et « You Can't Pass It On ». En 2017, des réseaux de femmes vivant avec le VIH ont collaboré avec l'OMS pour élaborer les premières directives consolidées sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes vivant avec le VIH, qui promeuvent une approche centrée sur la femme et fondée sur les droits humains et l'égalité des sexes *(139)*.

Les ripostes menées par la communauté se sont avérées essentielles pour garantir la préservation et la continuité des services de lutte contre le VIH dans les situations de conflit, d'aide humanitaire ou d'autres conditions difficiles. En République centrafricaine, le réseau de personnes vivant avec le VIH fournit une TAR dans les zones touchées par le conflit, tandis que SOS Sida a fourni des services de soins aux personnes victimes de violences sexospécifiques en République démocratique du Congo. Les confinements liés à la COVID-19 ont induit une plus grande utilisation de la distribution plurimestrielle et de la prestation de services à la communauté. Dans les pays d'Asie et d'autres régions, les personnes vivant avec le VIH ont bénéficié de la fourniture de médicaments par la communauté *(140)*. En Europe de l'Est et en Asie centrale, 330 personnes vivant avec le VIH ont conservé leur accès à la thérapie antirétrovirale grâce aux efforts conjoints de trois initiatives communautaires *(141)*.

Les partenariats communautaires avec les systèmes de santé et les chercheurs biomédicaux ont permis d'obtenir des résultats transformateurs. Au Kirghizstan, les consultants pairs font partie intégrante d'équipes de soins multidisciplinaires, aidant les personnes vivant avec le VIH à rester engagées dans les soins et à respecter les protocoles prescrits. Au Burkina Faso, au Cameroun, au Mali et au Togo, l'implication des communautés dans la recherche opérationnelle liée à la PPrE contribue à garantir que les projets respectent l'éthique de la recherche tout en favorisant l'adoption de la PPrE.

Les communautés ont fait preuve d'expertise et ont réussi à lutter contre les violations des droits de l'homme et les facteurs structurels du VIH, et à accroître la justice et l'équité sociales. Les organisations communautaires sont souvent les premières à prendre conscience des violations et ont joué un rôle crucial dans l'élargissement de la protection des droits de l'homme pour les plus vulnérables. En partenariat avec les organisations de défense des droits de l'homme, les communautés ont nettement amélioré les connaissances juridiques et ont galvanisé des efforts beaucoup plus importants pour faire reculer la criminalisation, notamment par la formation et le placement de parajuristes de rue et de cliniques « Connaissez vos droits » et par la constitution de larges coalitions pour la décriminalisation et les litiges stratégiques.

« Support. Don't Punish », une initiative mondiale centrée sur la base et promouvant des politiques de réduction des risques et de lutte contre la drogue qui donnent la priorité à la santé publique et aux droits de l'homme, s'est mobilisée dans au moins 200 villes de 86 pays en 2020, même pendant la pandémie de COVID-19 *(142)*. Des coalitions régionales innovantes ont été créées pour partager les compétences et les informations et coordonner les activités et les financements. Il s'agit notamment de l'Institut de la société civile pour le VIH et la santé en Afrique occidentale et centrale (qui regroupe 80 organisations et pays), du Réseau eurasien des femmes pour le sida (qui regroupe des femmes vivant avec le VIH et des femmes appartenant à des populations clés dans 12 pays d'Europe orientale et d'Asie centrale), de MENA Rosa (le premier réseau régional consacré aux femmes touchées par le VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord) et de la Coalition MENA H (qui regroupe huit réseaux régionaux thématiques) dirigée par des populations clés.

Au mois de décembre 2017, en réponse à l'appel de la délégation des ONG du CCP et des organisations des Nations Unies, le Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH a été formé par GNP+, la délégation des ONG du CCP, l'ONUSIDA, ONU Femmes et le PNUD. Tout au long de l'année 2019, GNP+ et la délégation des ONG du CCP ont organisé des réunions de planification communautaire mondiales et nationales, formant des groupes de travail techniques conjoints ONU-société civile et facilitant l'engagement des communautés VIH dans ces processus. En 2020, le Partenariat mondial a débuté la mise en œuvre dans les pays, en partenariat avec les gouvernements et les communautés au niveau national, pour prendre des mesures fondées sur des données probantes contre la stigmatisation et la discrimination dans des contextes clés.

Les communautés collaborent pour faire en sorte que les ripostes soient inclusives et centrées sur les personnes. En tant qu'organisations régies explicitement par et pour les personnes vivant avec le VIH et infectées par le VIH et/ou la tuberculose, GNP+ et les personnes TB ont uni leurs forces pour établir une relation plus collaborative et plus formalisée afin de promouvoir des réponses de plaidoyer plus fortes et plus unifiées au niveau mondial et régional, dirigées par la communauté impliquée dans la lutte contre la tuberculose et le VIH *(143)*. L'équipe Teenergizer de la campagne #StaySafe se concentre sur le soutien psychologique aux adolescents d'Europe de l'Est et d'Asie centrale pendant la crise COVID-19 *(144)*. L'ONUSIDA, le PNUD et le Fonds mondial soutiennent des processus consultatifs sur la contractualisation sociale dans les ripostes au VIH, à la tuberculose et au paludisme, et effectueront des analyses et documenteront des exemples de meilleures pratiques de systèmes et de réponses communautaires durables.

Les organisations confessionnelles ont également intensifié leur engagement dans la riposte au VIH. Cinquante organisations se sont réunies dans le cadre d'un atelier organisé lors de la Conférence internationale de 2019 sur le sida et les IST en Afrique pour renforcer leur collaboration sur le VIH et la migration. Des groupes confessionnels se sont également réunis pour un événement satellite afin d'explorer les moyens par lesquels ils pourraient soutenir la prestation de services de dépistage du VIH pour les populations vulnérables. Dans diverses régions, les organisations confessionnelles continuent de jouer un rôle clé dans la lutte contre la stigmatisation liée au VIH *(145)*.

Lorsque la réponse est insuffisante

Le financement des ripostes communautaires doit être rapidement augmenté. Bien que des données fiables et actualisées sur le financement des organisations communautaires fassent défaut, certains éléments indiquent que le financement des ripostes communautaires est insuffisant. Les bailleurs de fonds continuent d'allouer la majeure partie des fonds destinés à la lutte contre le VIH aux gouvernements et aux ONG internationales, avec des « retombées » limitées pour les groupes communautaires. Le manque de financement est particulièrement aigu pour les réseaux et organisations dirigés par des populations clés, notamment ceux qui s'intéressent aux femmes et aux jeunes issus de ces populations. Dans de nombreux cas, la diminution du financement a incité les organisations communautaires à fermer leurs portes ou à réduire leur personnel. Par exemple, ECOM, le seul réseau régional d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transsexuels en Europe de l'Est et en Asie centrale, a réduit son personnel de moitié en 2020 en raison d'une forte diminution du soutien financier. La décision du Fonds mondial de mettre fin au financement de projets régionaux en Afrique occidentale et centrale, y compris pour le suivi mené par les communautés, a eu de graves conséquences sur la viabilité des interventions menées par les communautés dans cette région. Les déficits de financement des ripostes menées par les communautés surviennent au moment même où le financement global de la lutte contre le VIH s'est stabilisé et où les programmes destinés aux populations clés demeurent nettement secondaires dans la riposte plus large (les programmes destinés aux populations clés ne représentant que 12 % des dépenses philanthropiques globales pour le VIH en 2018) *(146)*.

L'impact de la crise de la COVID-19 sur le financement des donateurs et les priorités budgétaires des gouvernements risque de réduire encore davantage le financement des ripostes communautaires.

Même lorsque des fonds sont disponibles pour des actions communautaires, les mécanismes de financement sont souvent complexes et les organisations communautaires éprouvent des difficultés à y accéder. Il s'agit d'un problème de longue date, en dépit des efforts de sensibilisation visant à simplifier et à rationaliser les processus de financement de la société civile. Les organisations communautaires n'ont souvent pas accès à un financement de base, la plupart des subventions étant axées sur la mise en œuvre de projets plutôt que sur le renforcement organisationnel.[iii] Les préjugés structurels profondément ancrés dans l'inégalité des sexes impliquent que le financement des organisations de femmes est particulièrement rare. Les organisations communautaires et les travailleurs individuels des organisations sont souvent censés faire du bénévolat ou travailler pour une faible rémunération. Le travail de sensibilisation, qui est essentiel pour créer des environnements favorables, est souvent non rémunéré. Ces pratiques sont injustes et irrespectueuses, et elles entravent les ripostes apportées par la communauté.

Les contrats sociaux, par lesquels les gouvernements se procurent des services auprès de la société civile, sont une option potentiellement puissante pour soutenir et pérenniser les ripostes communautaires. Toutefois, si le soutien aux services communautaires est essentiel, il est tout aussi important de veiller à ce que les organisations communautaires préservent leur capacité à fonctionner comme des défenseurs indépendants et des "chiens de garde" de la responsabilité. L'abandon de la défense des droits au profit de la prestation de services pourrait compromettre cette fonction, avec des conséquences importantes pour les activités liées aux populations clés.

Les efforts déployés pour combler les lacunes en matière de financement des interventions communautaires sont compromis par le manque de données fiables et actualisées sur le financement, la couverture et la demande d'interventions communautaires. Les défis méthodologiques compliquent les efforts pour obtenir des estimations de taille solides pour les populations clés et entravent les efforts pour évaluer et promouvoir la demande de services parmi les populations clés.

Les données recueillies par les communautés doivent être systématiquement intégrées dans la planification de la riposte au VIH. Les données recueillies par les communautés par le biais d'un suivi et d'une recherche participative menés par la communauté sont rarement incluses dans les systèmes de données nationaux ou locaux, ce qui prive les décideurs d'informations importantes. Lorsque les décideurs disposent de données de suivi gérées par la communauté, des progrès importants s'ensuivent souvent. Par exemple, dans le plan opérationnel national du PEPFAR 2019 en Côte d'Ivoire, lorsque les données de suivi menées par la communauté ont mis en évidence la manière dont les dépenses personnelles bloquaient l'utilisation des services liés au VIH, le gouvernement s'est engagé à supprimer les frais d'utilisation des services de santé *(147)*.

Les ripostes communautaires devraient être intégrées plus efficacement dans les systèmes de santé locaux et nationaux. Étant donné le rôle central que les organisations communautaires et leur personnel jouent dans la prestation de services liée au VIH, en particulier pendant la crise

[iii] Les subventions accordées par le Fonds Robert Carr et quelques donateurs privés constituent des exceptions notables.

de la COVID-19, les organisations communautaires devraient être considérées comme des composantes à part entière des systèmes modernes de santé, et elles devraient recevoir des financements et être incluses dans la planification de la coordination. Dans certains cas, cela nécessite une révision des politiques ou des réglementations nationales qui empêchent les communautés de fournir certains services de santé et de proximité - tels que, par exemple, la prestation de services différenciée pour la prévention, le dépistage, la fourniture de la TAR et d'autres médicaments, et le soutien nutritionnel, social et à l'observance. Pour certaines activités, des processus nationaux d'accréditation, de formation et de financement sont nécessaires.

L'espace de la société civile se rétrécit dans de nombreux pays et doit être protégé. Dans le cadre de la transition du financement du VIH par les donateurs au financement national en cours dans de nombreux pays, les communautés de personnes vivant avec le VIH ou infectées par le VIH perdent leur présence et leur influence dans les plates-formes de gouvernance et d'allocation des ressources en matière de VIH. Les instances de coordination nationale du Fonds mondial ont servi de plate-forme essentielle pour permettre aux communautés d'influencer les ripostes au VIH. Toutefois, le retrait du soutien du Fonds mondial dans plusieurs pays a réduit les possibilités institutionnelles pour les communautés de façonner et d'orienter les efforts nationaux de lutte contre le VIH *(148)*. Au Mexique, le retrait du soutien du Fonds mondial a initialement conduit le gouvernement à mettre en œuvre des approches de contractualisation sociale qui ont servi de bouée de sauvetage aux organisations de la société civile. Toutefois, une décision ultérieure du gouvernement de mettre fin à ce financement a perturbé les ripostes communautaires et a mis en évidence la forte dépendance de ces dernières à l'égard de l'aide extérieure *(149)*. Dans de nombreux pays, la capacité des communautés à participer pleinement à la lutte contre le VIH est également minée par un conservatisme croissant, des restrictions à la liberté d'expression et d'organisation, et des lois et politiques qui limitent la capacité des groupes communautaires à accepter un soutien extérieur (Dans certains pays limitant le montant du financement étranger qu'une ONG peut accepter, ou limitant ou d'imposer des exigences administratives supplémentaires aux organisations qui reçoivent soutien étranger). Dans de nombreux pays, les lois et les procédures compliquent la tâche des organisations communautaires et des autres groupes de la société civile lorsqu'ils souhaitent s'enregistrer, accéder au financement public, fournir des services clés (en particulier les interventions biomédicales) et rester compétitifs par rapport au secteur privé. La pandémie de COVID-19 aggrave ces tendances. Les décrets d'urgence (par exemple, les restrictions sur les rassemblements en Indonésie ou la fermeture de bars où des services clés étaient fournis aux Philippines) ont restreint la capacité des organisations de la société civile à fonctionner. La criminalisation des populations clés entrave considérablement le travail et la survie des organisations de ces populations, et la sous-priorisation persistante de l'engagement et de la participation des jeunes sape le droit de ces derniers à participer aux décisions liées au VIH. L'absence d'indicateurs universels permettant de mesurer l'engagement significatif des personnes vivant avec le VIH met en évidence la nécessité d'améliorer la collecte de données et les outils de suivi pour les actions menées par les communautés.

*Des réformes sociales, juridiques et politiques sont nécessaires pour réduire la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation et la violence qui entravent les ripostes menées par les communautés.*En 2020, par exemple, en Afrique occidentale et centrale, des personnes LGBTI ont été arrêtées en Mauritanie, des violences communautaires ont visé un réseau LGBTI fournissant des services de prévention du VIH au Burkina Faso, la police a fait une descente dans un réseau LGBTI fournissant des services de lutte contre le VIH au Cameroun, et des professionnel(le)s du sexe ont été confrontés à des abus policiers en République démocratique du Congo. De plus, les pays ignorent souvent les droits sociaux et économiques des communautés vivant avec le VIH ou infectées par le VIH, notamment les droits à l'emploi, à une alimentation adéquate et à l'accès à la protection sociale.

Les nouveaux défis exigent des réponses communautaires bien planifiées et dotées de ressources suffisantes. Alors que le nombre de personnes touchées par les crises humanitaires continue d'augmenter, les communautés de migrants, de réfugiés et d'autres personnes déplacées se composent de plus en plus de personnes vivant avec le VIH et de populations clés. Dans le contexte de la pandémie COVID-19 et de la crise climatique actuelle, ces tendances vont probablement s'intensifier. Les communautés auront besoin d'un financement et d'un soutien accrus pour développer des stratégies créatives et adaptables afin de fournir des soins et des services aux personnes déplacées. À l'heure actuelle, le financement et le soutien de la planification d'urgence pour les communautés sont insuffisants afin de répondre à ces situations humanitaires. Un exemple fructueux de coordination entre mouvements et de création de coalitions réside dans le travail du PNUD et de l'OMS avec la Fondation Stanley et le Wellcome Trust pour réunir des jeunes leaders et des représentants de la société civile travaillant sur le VIH, l'environnement et le climat, afin de renforcer la cohérence des efforts et la promotion conjointe des investissements.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***La prochaine stratégie de l'ONUSIDA devrait-elle inclure un pilier pour les ripostes menées par la communauté ? Comment pouvons-nous garantir que les approches et l'activisme communautaires soient prioritaires dans tous les piliers de la nouvelle stratégie ?***

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour garantir que les communautés et les ripostes menées par les communautés disposent de ressources suffisantes ?***

Comment améliorer les données sur le financement des ripostes communautaires afin d'informer et d'orienter la prise de décision sur le financement des activités communautaires ? Quelles sont les actions nécessaires pour diversifier le financement des ripostes communautaires et éviter que le financement ne dicte la structure et l'orientation des ripostes communautaires ?

- ***Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour préserver et renforcer les systèmes communautaires et l'activisme que la riposte au VIH a galvanisés ?***

Quelles sont les mesures nécessaires pour éviter l'affaiblissement des ripostes menées par les communautés (en particulier en ce qui concerne les populations clés) lorsque les ripostes passent du financement par les donateurs au financement national ? Plus généralement, quelles actions sont nécessaires pour éviter que les résultats et la dynamique de la lutte contre le VIH ne soient perdus dans un programme mondial de santé et de développement de plus en plus chargé et compliqué ?

- ***Quelles sont les responsabilités des gouvernements, des donateurs, de l'ONU et des autres acteurs pour garantir que les communautés disposent des moyens de contribuer pleinement à l'éradication de l'épidémie de sida ?***

De quels cadres, capacités et compétences les principaux acteurs et parties prenantes ont-ils besoin pour mieux soutenir les communautés et les ripostes de ces dernières ?

- ***Comment peut-on inverser la détérioration du climat des droits de l'homme et le rétrécissement de l'espace pour la société civile, et quel rôle peut jouer la riposte au VIH ?***
- ***Comment encourager les gouvernements et les systèmes de santé nationaux à inclure les ripostes communautaires en tant que partenaires à part entière dans la lutte contre le VIH et les réponses sanitaires plus larges, tout en conservant leur nécessaire autonomie ?***

Financement, efficacité et intégration

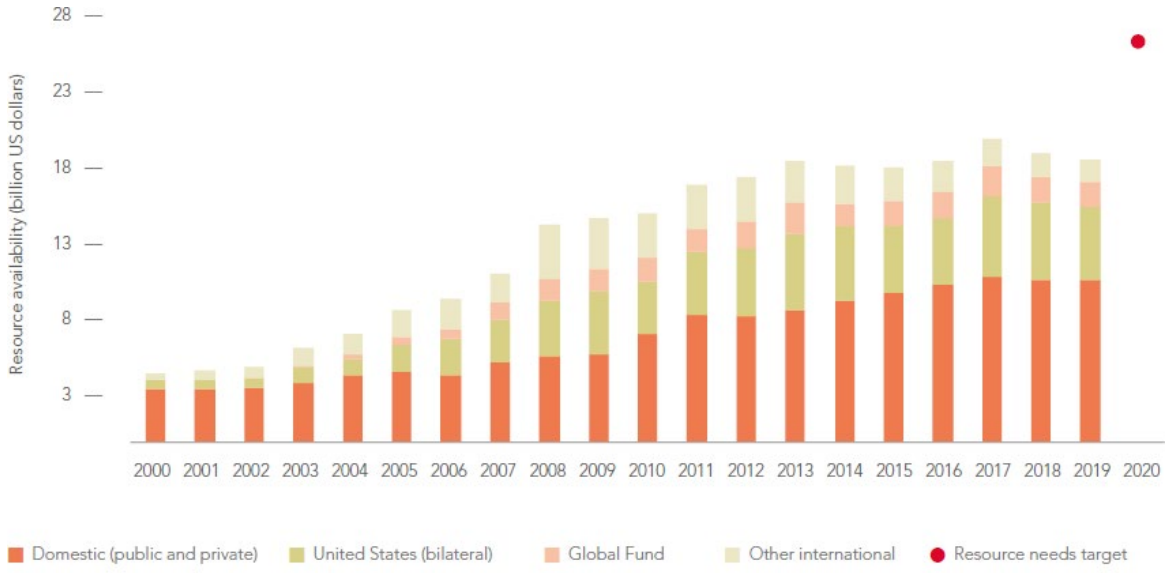
Dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement, la lutte mondiale contre le VIH a bénéficié d'une augmentation importante du financement de la santé. Des ressources financières supplémentaires substantielles seront nécessaires pour éradiquer l'épidémie de sida :

- Objectif 8 RHN : 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.
- Objectif 10 RHN : 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 TB, du cancer du col de l'utérus et des hépatites B et C.
- Domaine stratégique de résultat 7 : La riposte au SIDA est entièrement financée et efficacement mise en œuvre et fondée sur des informations stratégiques fiables.
- Domaine stratégique de résultat 8 : Des services de santé et liés au VIH axés sur les patients sont intégrés dans le contexte de systèmes de santé plus solides et mis en œuvre dans des programmes de couverture de santé universelle intégrant le VIH.

Rapport sur la situation

Les estimations financières de l'ONUSIDA montrent que le financement des ripostes au VIH dans les pays à faible et moyen revenu est bien inférieur aux montants nécessaires pour accélérer la riposte. Les déficits de financement pour la lutte contre le VIH se sont accrus avant même la pandémie de COVID-19.

Figure 56. 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

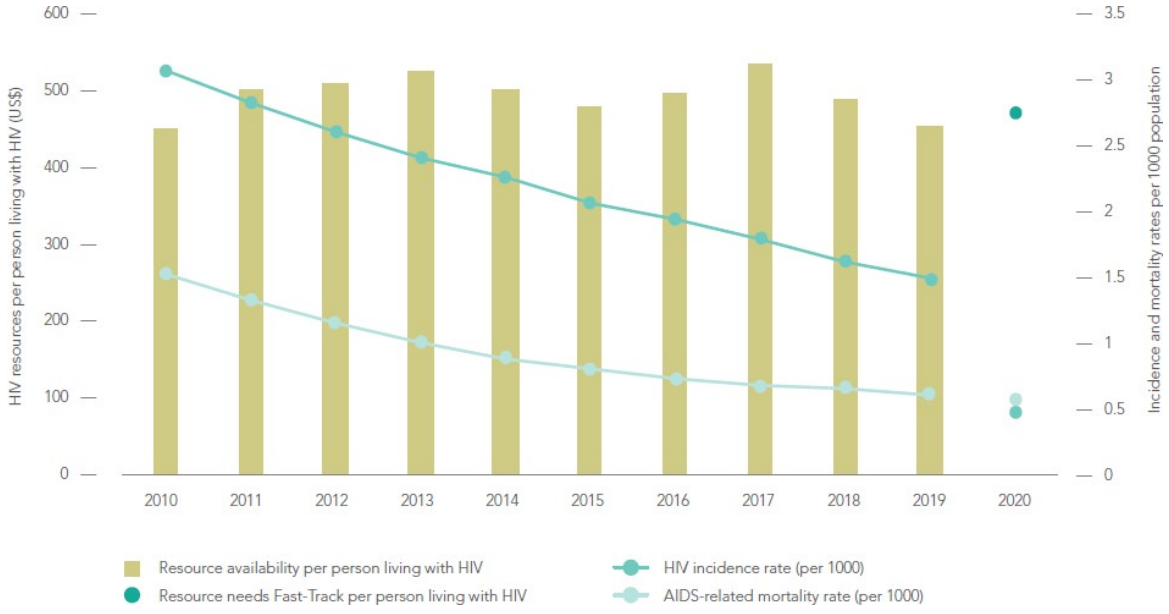


Source: UNAIDS financial estimates, July 2020 (see http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html).
Note: Constant 2016 US dollars.

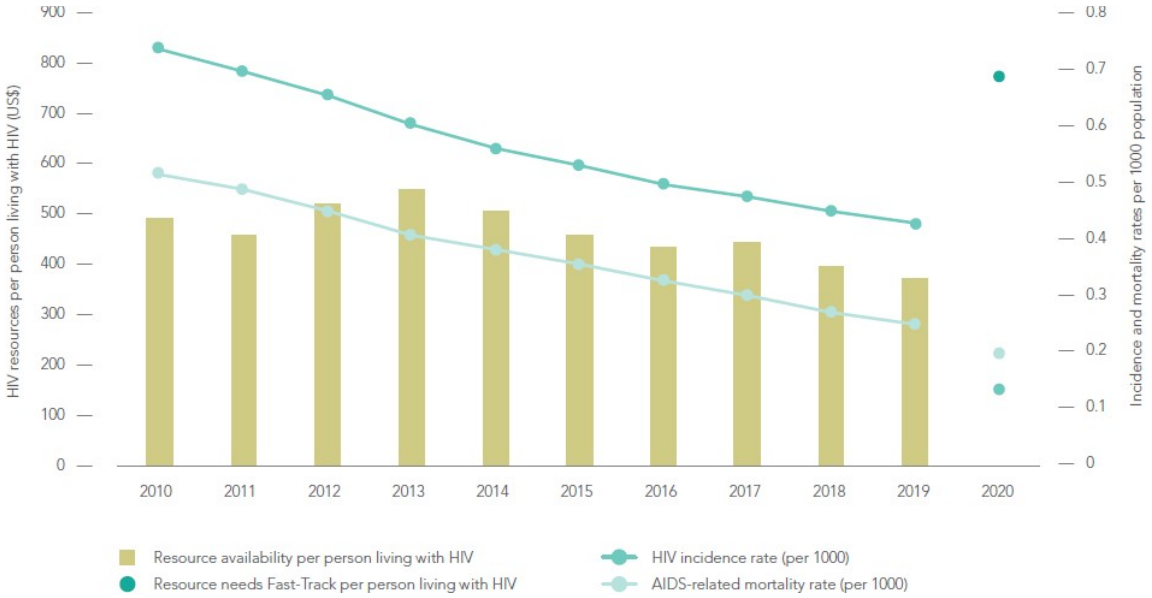
Les ressources totales consacrées au VIH ont augmenté de 20 % entre 2010 et 2015, mais de 3 % seulement entre 2015 et 2019. Des lacunes importantes sont évidentes en Afrique occidentale et centrale et dans plusieurs régions où les épidémies sont concentrées (par exemple, en Asie et dans le Pacifique, en Europe orientale et en Asie centrale, dans les Caraïbes et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord). Les écarts de ressources sont beaucoup plus faibles en Afrique orientale et australe et en Amérique latine.

Figure 57. 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, par région, objectif 2010-2019 et 2020

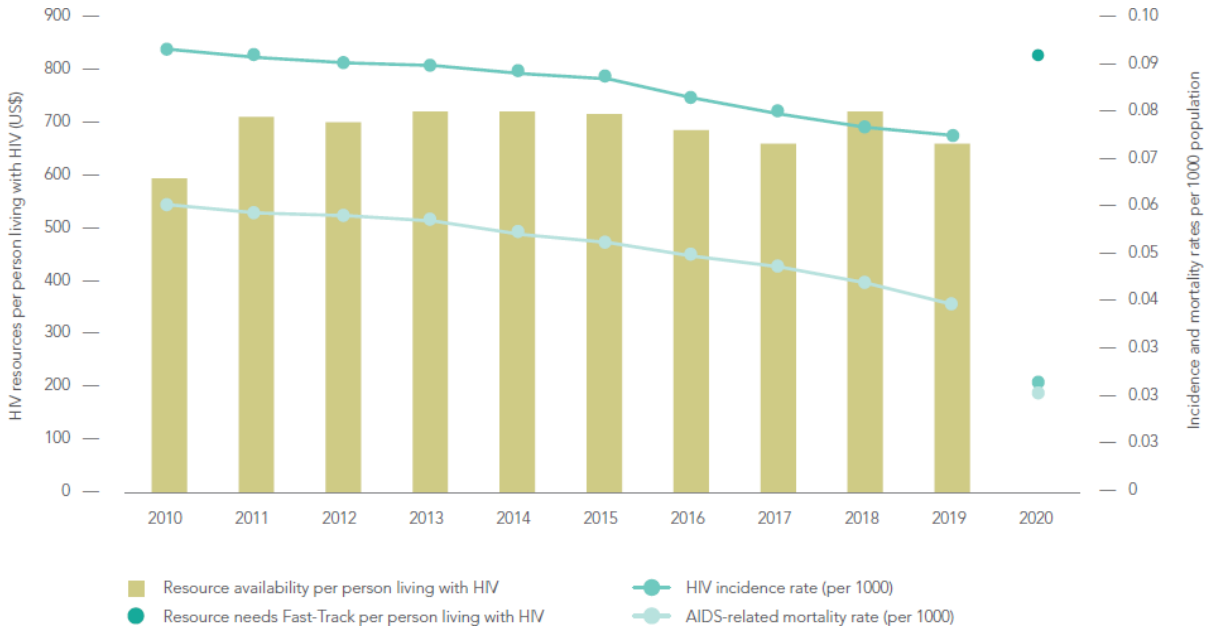
Afrique orientale et australe



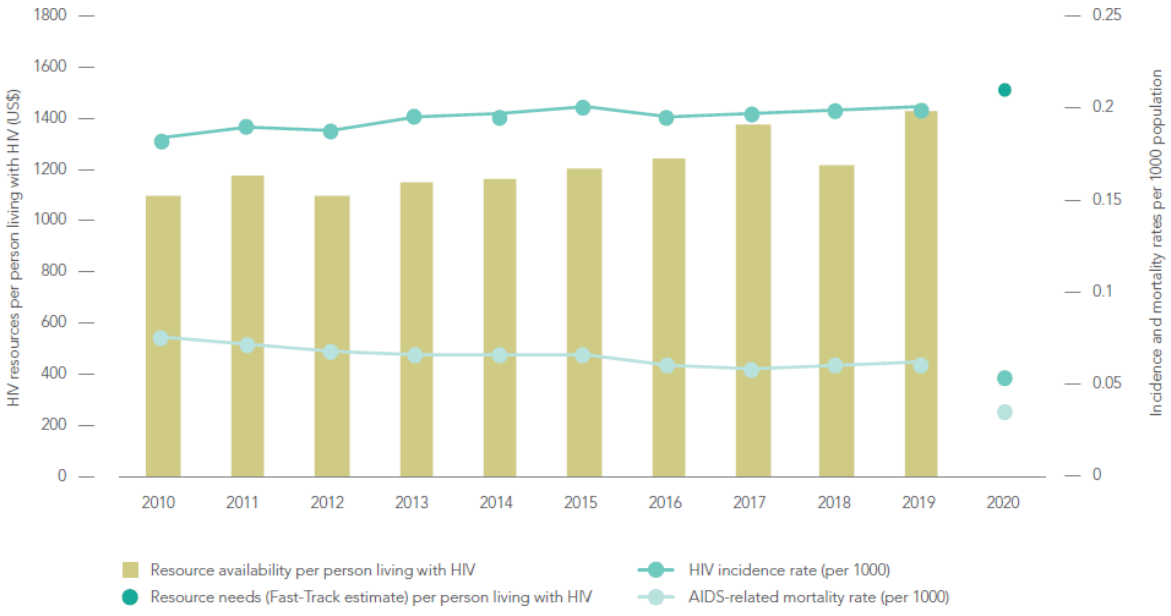
Afrique occidentale et centrale



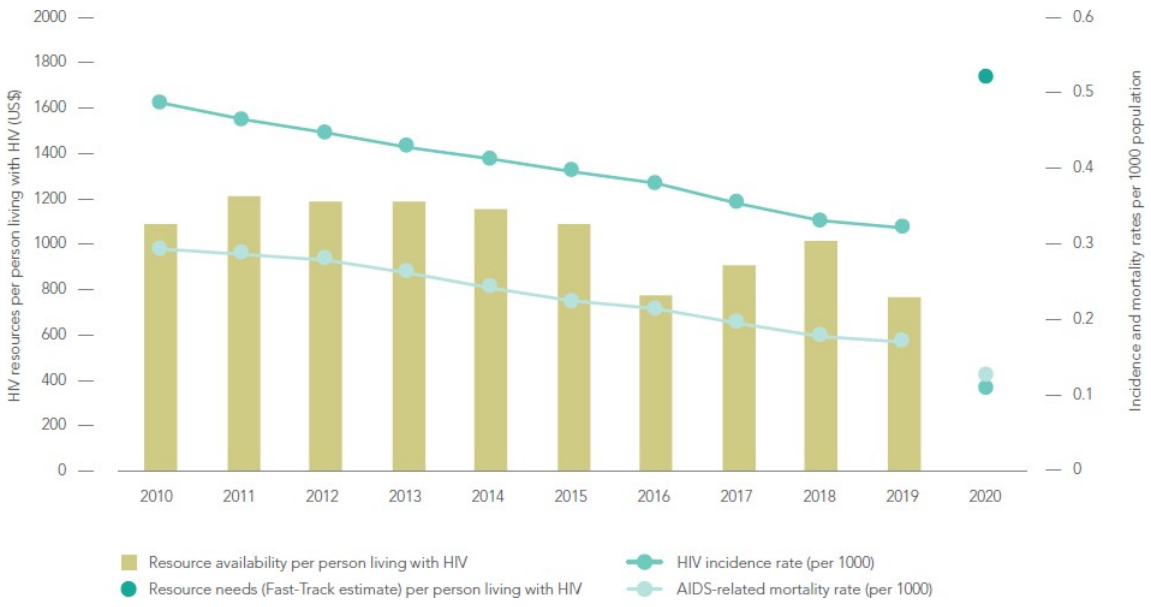
Asie et Pacifique



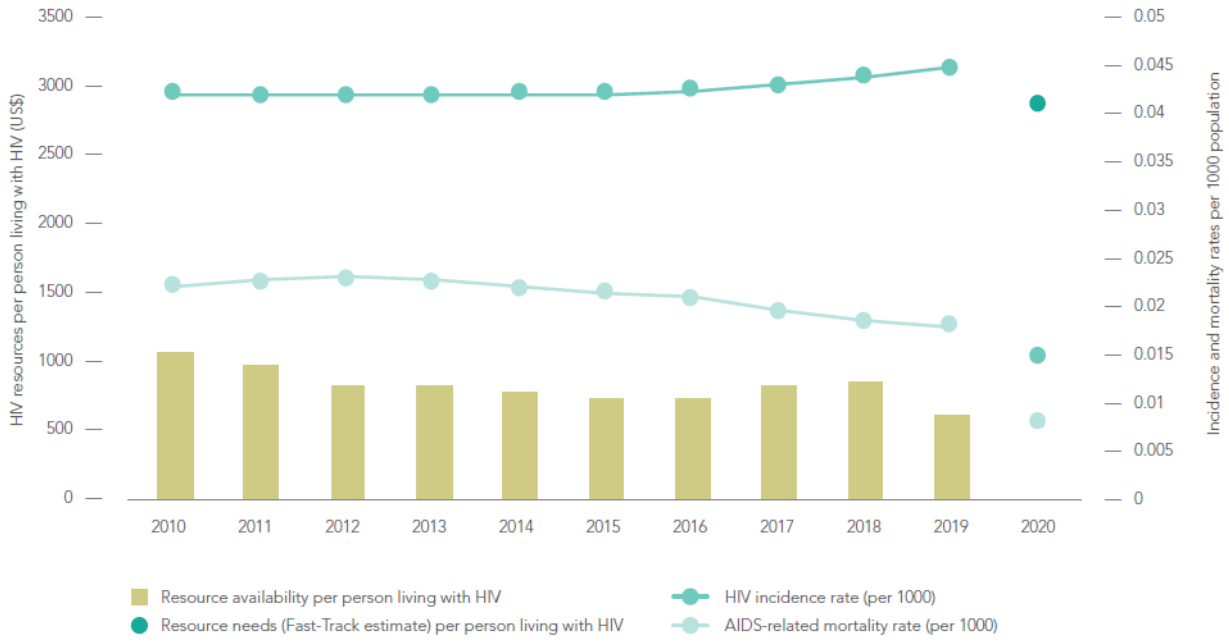
Amérique latine



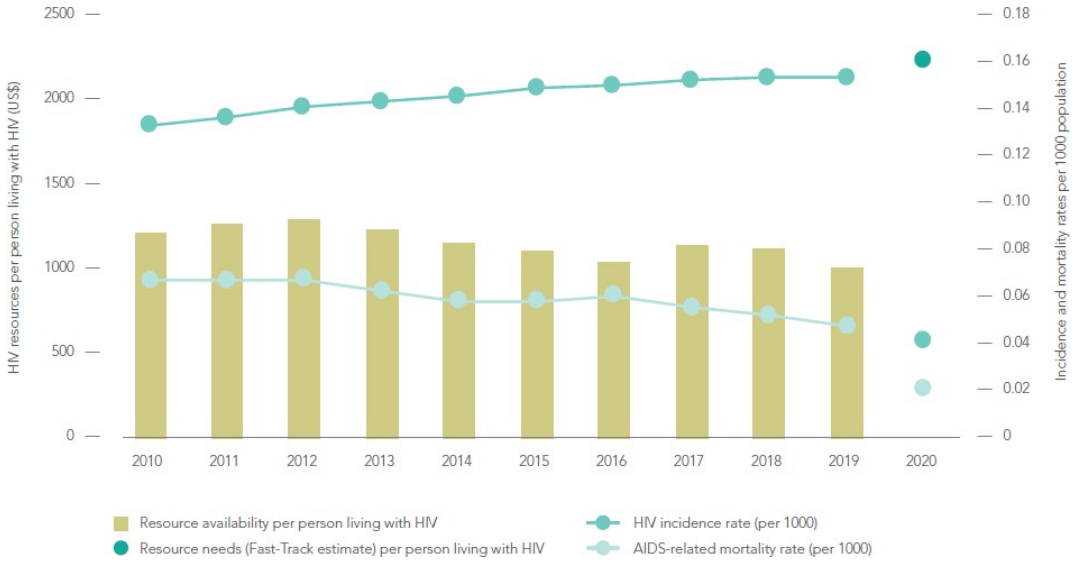
Caraïbes



Moyen-Orient et Afrique du Nord



Europe de l'Est et Asie centrale



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 en dollars américains constants de 2016.

Le manque de financement a des effets négatifs démontrables sur les ripostes au VIH. Cela est particulièrement notable en Afrique occidentale et centrale, où l'écart important entre les ressources disponibles et les besoins réels est associé à une légère baisse de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida. En revanche, des actions mieux financées en Afrique orientale et australe ont généré des améliorations constantes des principaux indicateurs du VIH au cours de ces dernières années. Une analyse préliminaire indique également que le coût des produits de base pour le VIH en Afrique occidentale et centrale est plus élevé qu'en Afrique orientale et australe, ce qui indique la possibilité de réduire les coûts unitaires de service.

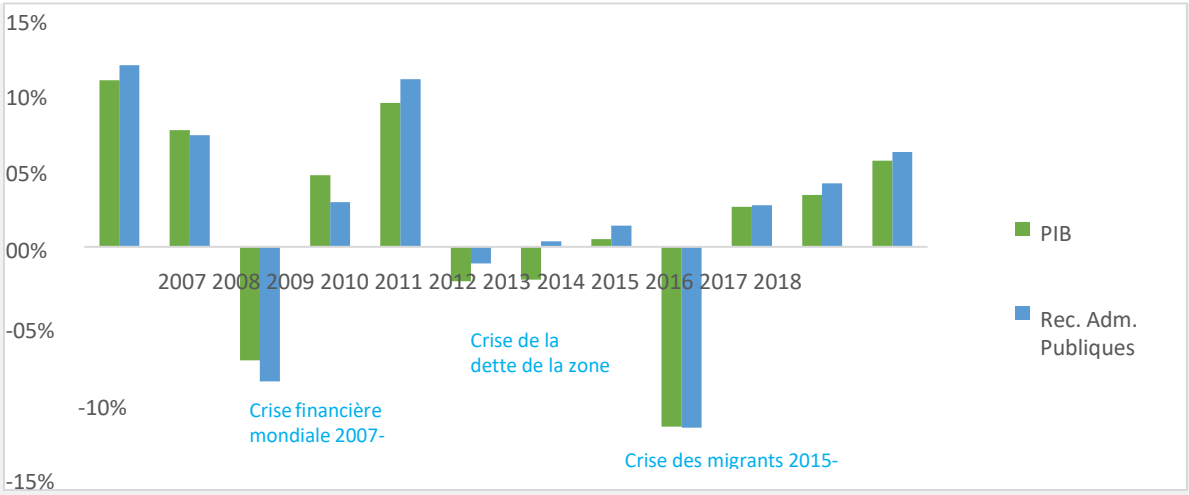
L'évolution des dépenses régionales est souvent fortement influencée par un ou deux pays. Par exemple, en Amérique latine, les investissements relativement importants du Brésil dans les programmes de lutte contre le VIH masquent le sous-investissement dans certains autres pays de la région. Dans le même temps, l'expérience du Brésil montre également que des investissements plus importants ne se traduisent pas toujours par une programmation réussie et des résultats optimaux en matière de santé. Les nouvelles infections par le VIH au Brésil ont augmenté depuis 2010, passant de 41 000 [19 000-60 000] à 48 000 [23 000-71 000] en 2019, selon les estimations. Entre-temps, la mortalité liée au sida est restée relativement stable (passant de 15 000 [6700-23 000] en 2010 à 14 000 [6300-21 000] en 2019. La dépendance continue à l'égard des dépenses directes, par exemple via les frais d'utilisation des services de santé, est un obstacle majeur à l'accès équitable aux services de lutte contre le VIH, en particulier en Afrique occidentale et centrale *(150-153)*.

Les efforts déployés pour intégrer plus étroitement le VIH à d'autres programmes de santé et de développement présentent un tableau contrasté. Comme décrit plus en détail ci-dessous, plusieurs pays ont pris des mesures pour améliorer l'efficacité technique et allocative de leur lutte contre le VIH, bien que ces approches n'aient pas encore été intégrées de manière exhaustive dans tous les pays.

COVID-19 et l'avenir du financement du VIH

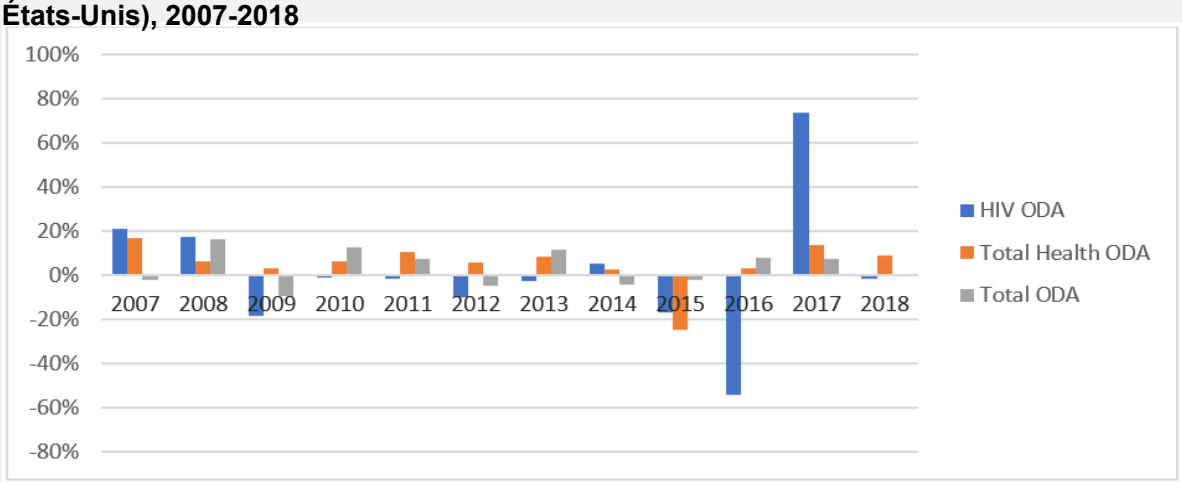
Bien qu'il soit trop tôt pour quantifier avec précision l'effet total de la pandémie COVID-19 sur le financement du VIH, il est probable qu'il soit considérable. On peut prévoir que les chocs multidimensionnels associés à la pandémie de COVID-19 aient des effets négatifs sur la mobilisation des ressources pour le VIH, d'autant plus que les crises mondiales précédentes (par exemple, la crise financière mondiale de 2007-2009, la crise de la dette de la zone euro de 2012-2013 et la réponse à la migration en Europe de 2013-2014) ont entraîné une réduction du financement du VIH dans de nombreux pays (Figures 58, 59) *(154)*. La pandémie induira probablement une série d'effets sur la disponibilité des fonds pour le VIH dans les années à venir.

Figure 58. Variation en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) et des recettes des administrations publiques (tous les donateurs, à l'exception des États-Unis), 2007-2018



Source : Perspectives de l'économie mondiale : le grand confinement. Washington (DC) : FMI ;2020.

Figure 59. Évolution en pourcentage du total de l'aide publique au développement (APD), de l'APD totale pour la santé et de l'APD pour le VIH (tous les donateurs, à l'exception des États-Unis), 2007-2018



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA ; Système de notification des pays créanciers de l'OCDE [base de données]. OCDE ; c2020 (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1, consulté au mois de juin 2020).

Une analyse récente a indiqué que le déclin de la croissance économique associé à la pandémie de COVID-19 dans les pays appartenant à la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) est probablement comparable au déclin causé par la crise financière de 2007-2009 *(155)*. Pour la plupart des pays à faible et moyen revenu, les dépenses nationales consacrées à la santé et au VIH devraient diminuer sensiblement, et les contributions des pays donateurs devraient également diminuer. Toutefois, la gravité et la durée du choc varieront probablement d'un pays à l'autre. Si certains pays peuvent être en mesure de revenir à un financement national plus solide dans un délai d'un à cinq ans, les actions menées dans les pays à faible revenu où le fardeau du VIH est élevé et où la dépendance à l'égard du financement des donateurs est forte, pourraient être retardées de cinq à dix ans, car les ressources consacrées au VIH seront réaffectées à d'autres besoins en matière de santé et de développement social. Dans le pire des cas, la COVID-19 pourrait entraîner un réajustement permanent et structurel des recettes fiscales et des allocations de dépenses, au détriment à long terme de la lutte contre le VIH et des dépenses sanitaires et sociales, en général.

Dans les pays qui ont le potentiel de revenir aux niveaux de dépenses antérieurs à la mise en place du programme COVID dans un délai d'un à cinq ans, le programme commun et

d'autres partenaires devront collaborer avec les gouvernements pour augmenter la proportion des dépenses publiques consacrées à la santé, afin de raccourcir la période de reprise. Dans les pays où une reprise peut être raisonnablement espérée dans un délai de cinq ans, l'ONUSIDA devra Collaborer avec les gouvernements pour se concentrer sur la protection de la santé et les dépenses liées au VIH dans le cadre d'un effort de rééquilibrage fiscal plus structurel et sur la promotion de l'équité dans l'accès aux services liés au VIH dans les résultats obtenus.

Tous les pays sont susceptibles de connaître de graves perturbations économiques et budgétaires en raison de la pandémie de COVID-19. L'ONUSIDA devrait donner la priorité aux efforts visant à garantir que les ménages les plus pauvres bénéficient d'une aide financière inconditionnelle pour leur permettre de couvrir les coûts indirects de l'accès aux services. L'ONUSIDA et d'autres entités mondiales devraient s'opposer aux efforts visant à transférer les coûts des services de santé et de lutte contre le VIH sur les ménages comme mesure d'équilibre budgétaire contre-productive. Elle devrait intensifier son plaidoyer pour augmenter la part des budgets nationaux consacrée à la santé et au VIH, associée à un programme de réforme agressif visant à maximiser l'efficience et l'efficacité des dépenses en matière de santé et de VIH. Au niveau mondial, la communauté internationale devrait s'efforcer de maintenir l'aide publique au développement pour la santé et le VIH au niveau le plus élevé possible et veiller à ce que l'aide soit ciblée sur les pays qui sont le moins susceptibles d'absorber les chocs fiscaux liés à la COVID-19.

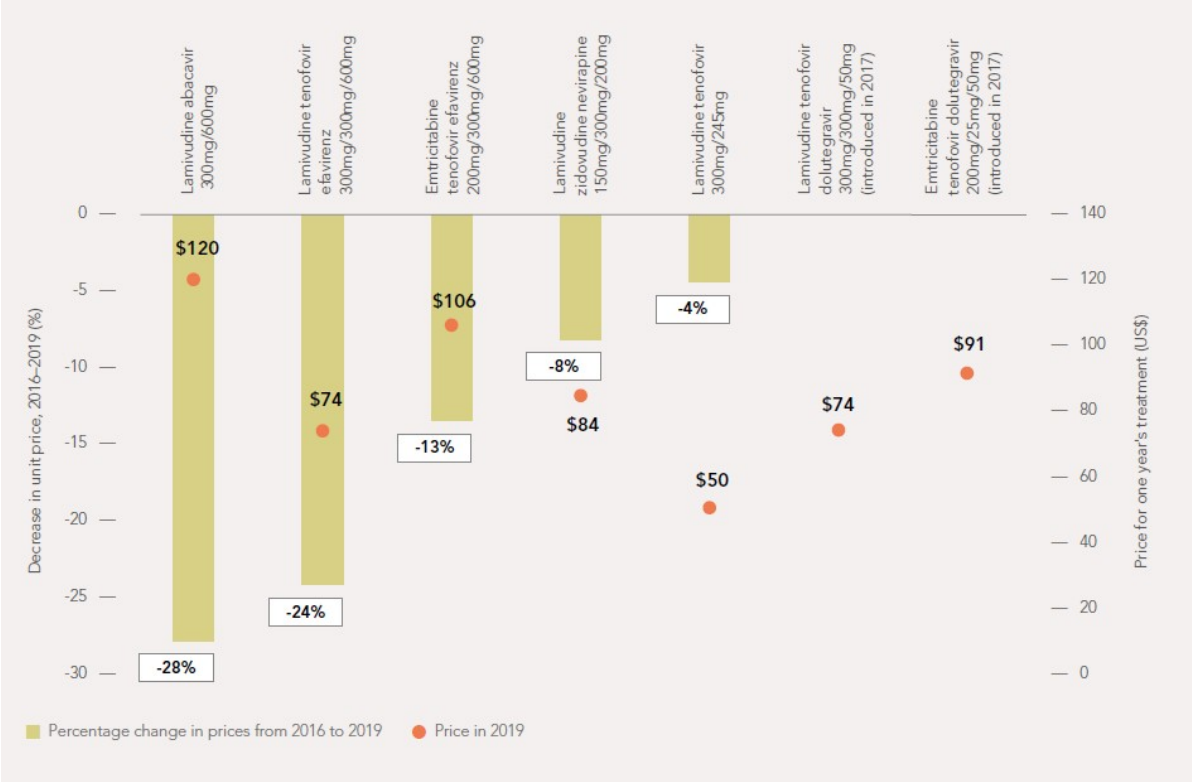
Ce qui fonctionne et doit être maintenu

Certains pays ont augmenté leurs investissements nationaux dans la lutte contre le VIH, bien que les augmentations antérieures du financement national de la lutte contre le VIH n'aient pas été soutenues au cours de ces dernières années. En 2015-2019, plusieurs pays ont augmenté leurs investissements nationaux dans la lutte contre le VIH, la part des dépenses publiques nationales dans le total des investissements consacrés au VIH ayant augmenté de 231 % en Inde, de 225 % aux Philippines, de 127 % au Sud-Soudan, de 34 % en Colombie et en Indonésie, de 32 % au Costa Rica et de 25 % au Nigeria. Dans le même temps, plusieurs pays ont réduit leurs investissements publics nationaux dans le VIH, les dépenses ayant chuté de 88
% en Ouzbékistan, 78 % au Malawi, 72 % au Cambodge, 53 % en Malaisie, 27 % au Burkina Faso et au Kenya, et 16 % au Brésil. Au niveau régional, les investissements intérieurs ont diminué ces dernières années en Afrique orientale et australe, ainsi qu'en Afrique occidentale et centrale, mais le financement national a globalement augmenté en Asie et dans le Pacifique ainsi qu'en Amérique latine.

Le Nigeria, où vivent 6,2 % des personnes nouvellement infectées par le VIH en 2019, a augmenté ses dépenses nationales de 79,5 millions de dollars US en 2016 à 91,5 millions de dollars US en 2018. La part du financement national est passée de 15 à 17 % au cours de cette période. Le gouvernement national a mis en œuvre une initiative nationale visant à augmenter les revenus des services de santé, notamment ceux liés au VIH, avec le soutien de 16 gouvernements d'États. L'État de Lagos s'est engagé à assumer le financement de contrepartie d'une subvention du Fonds mondial, ce qui permettra à 50 000 personnes supplémentaires de commencer un traitement contre le VIH.

Dans plusieurs pays, le contrat social est apparu comme un moyen de préserver, de maintenir et de renforcer la prestation de services efficace par la communauté. Par exemple, dans quatre provinces du Vietnam, les services de proximité soutenus par des contrats sociaux ont permis d'éviter près de deux fois le nombre d'années de vie corrigées du handicap par rapport aux services en établissement *(156)*.

Figure 60. Évolution des prix des principaux médicaments antirétroviraux, 2016-2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA (détails disponibles sur demande).

*Les principaux piliers du financement international de la lutte contre le VIH ont fait preuve d'une résilience encourageante.*Les investissements dans le PEPFAR restent robustes, les décaissements liés au PEPFAR passant de 3,7 milliards de dollars en 2010 à 5,0 milliards de dollars en 2015 et 5,7 milliards de dollars en 2019 *(157)*. Le succès de la reconstitution des ressources du Fonds mondial en 2019 reflète également un investissement prometteur et continu dans cette source clé de financement de la lutte contre le VIH.

L'ONUSIDA a apporté un soutien important pour optimiser l'impact des investissements des donateurs. Soutenant le partenariat du Fonds mondial, l'ONUSIDA a fourni une assistance technique à plus de 40 pays pour élaborer des demandes de financement techniquement solides et a servi de bénéficiaire principal dans au moins 20 pays pendant la période d'examen. Au Malawi, par exemple, l'ONUSIDA a fourni une assistance complète pour mettre en œuvre les investissements du Fonds mondial et garantir l'attention portée aux questions clés, notamment le renforcement des systèmes communautaires et l'élargissement de la prestation de services différenciés *(158, 159)*. Dans des pays tels que le Kenya, l'Ouganda et la République Unie de Tanzanie, l'ONUSIDA a soutenu les investissements du PEPFAR en réunissant des partenaires communautaires.

La base de données permettant de saisir les gains d'efficacité a augmenté et plusieurs pays ont pris des mesures importantes pour améliorer l'efficacité technique et l'allocation des ressources. Depuis 2015, au moins 54 pays ont mené des enquêtes sur les investissements dans la lutte contre le VIH afin d'identifier les moyens de maximiser l'efficacité de leurs ripostes nationales et le retour sur leurs investissements dans la lutte contre le VIH. Au moins 20 de ces pays ont mené plus d'un cycle d'investissements. En termes d'impact, une étude documentaire portant sur 13 cadres d'investissement en Afrique orientale et australe a conclu que les processus d'optimisation et de large consensus des parties prenantes ont éclairé les plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, la préparation des notes conceptuelles du

Fonds mondial qui servent de base aux demandes de financement des pays, et les plans opérationnels nationaux du PEPFAR *(160)*. Au Belarus, une analyse de l'efficacité de l'allocation des ressources pour le VIH a permis d'améliorer l'allocation des ressources pour la prévention du VIH en 2016-2020. Le Guyana a agi pour améliorer l'efficacité en finançant des organisations de la société civile pour atteindre les populations clés avec des services de prévention et de dépistage et en réduisant les coûts des médicaments ARV grâce à l'utilisation de mécanismes d'achat internationaux mis en commun. Sur la base d'une analyse de cas d'investissement, le Botswana a rapidement réduit les prix des médicaments ARV en passant aux médicaments génériques, ce qui a ouvert la voie à une transition réussie vers des protocoles à base de Dolutegravir et à l'adoption d'une politique nationale permettant l'accès au traitement aux non-citoyens. En Ouganda, l'initiative « One dollar » invite le secteur privé à mobiliser des investissements supplémentaires pour lutter contre le VIH.

Plusieurs tendances ont contribué à améliorer l'efficacité des ripostes nationales. Le passage à des protocoles thérapeutiques à base de Dolutegravir et le recours accru à des stratégies d'approvisionnement optimisées dans de nombreux pays, ont permis de réduire le coût des médicaments par personne vivant avec le VIH. Dans le même temps, de nombreux pays ont entrepris de mettre en place une prestation de services différenciée, la transition étant achevée dans la plupart des pays soutenu par le PEPFAR. En particulier dans les programmes PEPFAR, un meilleur ciblage des programmes de dépistage a permis d'augmenter le rendement des diagnostics et peut-être d'améliorer l'efficacité des programmes, bien que les preuves de l'impact sur le coût total des tests fassent défaut. Des gains d'efficacité substantiels ont probablement résulté d'un meilleur ciblage des interventions clés (par exemple, la mobilisation communautaire, la promotion des préservatifs, la circoncision médicale volontaire masculine, la PPrE, les programmes pour les jeunes), en particulier dans les programmes soutenus par le PEPFAR.

Certains pays ont pris des mesures pour améliorer la portée, l'impact et l'efficacité des dépenses liées au VIH grâce à une meilleure intégration des services. Au Zimbabwe, les efforts déployés pour intégrer les services de lutte contre le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive ont permis de réduire les coûts de prestation des services, d'accroître l'utilisation des services de lutte contre le VIH et des services de santé sexuelle et reproductive et d'atteindre des niveaux plus élevés de satisfaction des clients tout en maintenant la qualité des services *(161)*.

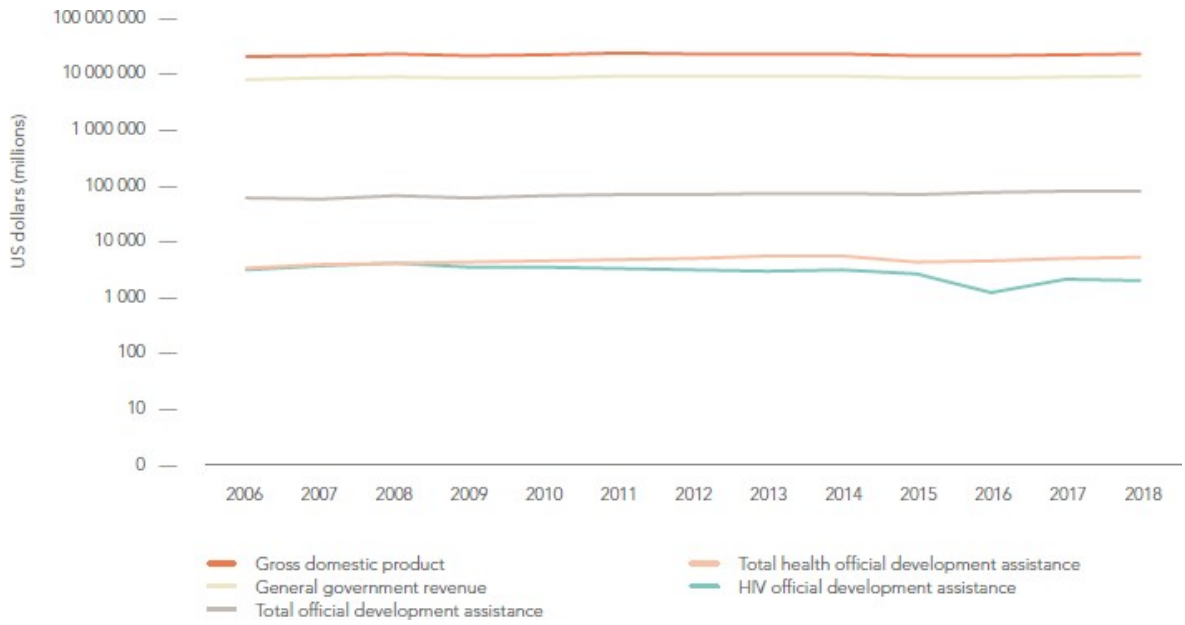
Les efforts se sont concentrés sur la constitution d'une base de données probantes pour le cofinancement d'approches sociales et structurelles intégrant le VIH. En 2018-2019, le PNUD et le consortium de recherche STRIVE, soutenu par la London School of Hygiene and Tropical Medicine, ont aidé quatre pays à modéliser, chiffrer et planifier des approches de cofinancement intersectoriel pour le VIH et les ODD. L'Afrique du Sud a inclus son modèle d'expansion de l'aide financière et des soins aux adolescentes du KwaZulu-Natal dans sa demande au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Lorsque la réponse est insuffisante

Des efforts concertés sont nécessaires pour maintenir ou augmenter le financement national face aux multiples défis. Les perspectives de générer des investissements nationaux accrus pour le VIH sont incertaines. Outre l'impact prévu de la pandémie de COVID-19, l'augmentation de la dette publique dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (en particulier dans les pays dits « à revenu intermédiaire risqué ») risque de limiter la capacité des pays à allouer un financement national supplémentaire aux activités liées au VIH. L'insuffisance des investissements nationaux accroît la dépendance vis-à-vis des donateurs extérieurs. Au Lesotho et au Zimbabwe, par exemple, les interventions en faveur des populations clés et des adolescentes et jeunes femmes sont presque entièrement financées par des donateurs.

Les versements des donateurs pour le VIH ont diminué en 2019 et restent fortement dépendants des investissements continus des États-Unis. Bien que la stratégie accélérée ait prévu une augmentation de 30 % du financement des donateurs pour le VIH, le soutien des donateurs s'est à nouveau stabilisé après une augmentation d'un an en 2017. Les États-Unis demeurent le pilier du financement international de la lutte contre le VIH, fournissant près de 73 % de l'ensemble de l'aide officielle des gouvernements donateurs pour le VIH en 2019. Surtout depuis 2014-2015, de nombreux donateurs européens ont réduit l'aide publique au développement liée au VIH (même s'ils ont maintenu ou, dans certains cas, augmenté, le total global de l'aide publique au développement et du financement de la santé) (Figure 61). La pandémie de COVID-19 risque de restreindre la marge de manœuvre budgétaire de nombreux pays donateurs, ce qui pourrait encourager de nouvelles réductions de l'aide à la lutte contre le VIH. En 2010-2019, d'importantes réaffectations de fonds vers les régions ayant les plus grands besoins et le plus faible revenu par habitant, ont entraîné une réduction de l'aide à la lutte contre le VIH, tant de la part du canal bilatéral des États-Unis que du Fonds mondial, dans plusieurs régions, en particulier celles où l'épidémie de VIH est concentrée.

Figure 61. Évolution de l'aide publique au développement et des variables macroéconomiques des pays donateurs (à l'exclusion des États-Unis), 2006-2018



Source : Système de notification des pays créanciers de l'OCDE [base de données]. OCDE ; c2020 (https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1, consulté au mois de mai 2020) ; Perspectives de l'économie mondiale : le grand confinement. Washington (DC) : FMI ; 2020 ; Données publiques de la Banque mondiale [base de données]. Washington (DC) : Banque mondiale ; c2020 (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. 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 90 millions de dollars US.

Les pays doivent s'attaquer aux inefficacités persistantes qui diminuent le rendement des investissements dans la lutte contre le VIH. Bien que l'adoption d'interventions visant à améliorer l'efficacité et d'innovations en matière de prestation de services soit encourageante, d'importants écarts d'efficacité subsistent. De nombreux milieux doivent encore passer à des protocoles optimaux à base de Dolutegravir ou mettre pleinement en œuvre des stratégies de prestation de services différenciée (voir la section sur le dépistage et

le traitement). Des approches indifférenciées et mal ciblées du dépistage du VIH persistent dans de nombreux pays. Si certains pays ont réduit le coût des produits de base grâce à des achats plus intelligents, des systèmes parallèles de gestion des achats et des approvisionnements subsistent dans de nombreux contextes. Les prix des médicaments ARV restent élevés dans de nombreux pays, notamment en Europe de l'Est et en Asie centrale, en Amérique latine et dans les Caraïbes. Au Mexique, l'interruption des mécanismes de contractualisation sociale a sapé les efforts visant à conserver le caractère essentiel des services communautaires et à maximiser l'efficacité des dépenses liées au VIH. Les changements apportés aux pratiques d'achat des ARV ont également accru le risque de rupture de stock au Mexique, qui minimisait auparavant ces complications *(149)*.

De nombreux pays n'ont pas réussi à réaliser des gains d'efficacité clés en matière d'allocation. Les programmes de prévention primaire souffrent d'un sous-financement chronique, et les fonds de prévention limités sont souvent alloués à des approches de prévention moins rentables que les cinq piliers de prévention identifiés dans la feuille de route de la prévention 2020 *(162)*. Par exemple, le Zimbabwe consacre une part importante de son budget consacré au VIH à des approches comparativement moins rentables, telles que les campagnes dans les médias. D'importantes interventions visant à promouvoir l'efficacité, telles que les thérapies de substitution aux opiacés et les transferts d'argent, doivent encore être mises en œuvre à grande échelle.

Des données stratégiques inappropriées compromettent notre capacité à surveiller et à influencer les flux de financement et l'affectation des dépenses. Les pays procèdent plus rarement qu'avant à des évaluations nationales des dépenses liées au sida et beaucoup utilisent des méthodes qui comportent des « raccourcis » compromettant le suivi des investissements. Cela compromet la production systématique d'intrants pour l'efficacité, la durabilité et d'autres fonctions de contrôle. Les outils et les cadres des systèmes de santé existants n'ont pas permis de proposer d'autres méthodes pour surveiller de manière adéquate les dépenses liées au VIH, d'identifier des stratégies de financement durable ou de contrôler l'efficacité des programmes. Le manque de données fiables sur les coûts unitaires complique l'évaluation des gains d'efficacité des services pour les populations clés. Les efforts visant à inclure et à chiffrer les interventions tenant compte de la dimension de genre dans les modèles d'efficacité devraient être encore renforcés et étendus.

La fragmentation des prestations de services réduit l'impact et l'efficacité des dépenses de santé, les systèmes de santé qui fonctionnent mal étant à l'origine d'environ 8,6 millions de décès évitables, dont 300 000 parmi les personnes vivant avec le VIH *(163)*. Bien que l'intégration des services soit courante pour le VIH et la santé maternelle et infantile, d'autres gains d'efficacité possibles grâce à l'intégration des services n'ont pas été réalisés de manière efficace. Seuls 4 des 35 pays disposant de données pertinentes ont pleinement intégré le dépistage du VIH et du cancer du col de l'utérus ; 10 % des programmes dans les pays à faible et moyen revenu ont pleinement intégré les services de lutte contre le VIH et la vaccination contre le papillomavirus humain ; 2 des 14 pays ont atteint les objectifs d'intégration pour le VIH et la réduction des risques ; et la couverture des services de réduction des risques en milieu carcéral reste extrêmement faible.

Orientations stratégiques futures : questions clés à examiner

- ***Quelles actions stratégiques permettraient d'accroître l'efficacité des dépenses liées au VIH ?***

Quelles sont les actions nécessaires pour assurer la mise en œuvre effective des mesures d'amélioration de l'efficacité qui sont identifiées dans les cas d'investissement dans le domaine du VIH ? Comment persuader ou encourager les pays à augmenter les dépenses consacrées aux cinq piliers de la prévention combinée, à utiliser les meilleures méthodes d'achat possibles ou à aligner les programmes nationaux sur les directives de l'OMS pour des protocoles thérapeutiques optimisés et une prestation de services différenciée ? Quelles sont les actions stratégiques nécessaires pour inciter les pays et les responsables de la mise en œuvre des programmes à intégrer les services lorsque l'intégration est appropriée ? Quelles sont les mesures nécessaires pour accroître la base de données probantes permettant de décider quand et comment l'intégration des services est appropriée et favorise l'efficacité ? Comment pouvons-nous renforcer la collaboration avec d'autres composantes des systèmes de santé pour encourager l'intégration ?

- ***Comment générer un soutien politique pour les gouvernements nationaux et infranationaux afin d'accroître les investissements nationaux dans les domaines du VIH, de la santé et des outils sociaux ?***

Comment renforcer (ou, dans certains cas, reconstruire) le soutien politique aux investissements dans la lutte contre le VIH ? Comment pouvons-nous renforcer la mobilisation des ressources nationales pour les facilitateurs sociaux ? Quel est l'avenir de l'approche des cas d'investissement dans le domaine du VIH ? Pouvons-nous présenter des arguments plus convaincants (y compris aux ministères des Finances) en faveur des avantages fiscaux, économiques, de développement et de santé des dépenses liées au VIH ? Est-il possible de naviguer plus efficacement dans l'économie politique du financement de la lutte contre le VIH (en gérant et en équilibrant efficacement le soutien politique/de plaidoyer et technique) ? Existe-t-il des sources d'influence potentielles aux niveaux national et infranational qui n'ont pas été exploitées efficacement pour encourager l'augmentation des investissements nationaux ? Comment pouvons-nous utiliser les leçons tirées des pays qui ont augmenté leurs investissements nationaux (par exemple, l'Inde, le Nigeria, le Sud-Soudan) pour encourager des actions similaires dans d'autres pays ? Quelle est la part équitable des investissements nationaux dans la lutte contre le VIH ? Comment pouvons-nous financer pleinement les ripostes au VIH dans des contextes de pénurie de ressources où il faut répondre à de multiples besoins concurrents ? Comment pouvons-nous garantir le financement intégral des droits de l'homme et d'autres services pour les populations clés dans des environnements politiques instables ? Quelles sont les stratégies disponibles pour faire face aux limites de la marge de manœuvre budgétaire associées à la charge de la dette nationale ?

- ***Quelles actions ou réformes macroéconomiques sont nécessaires pour élargir la marge de manœuvre budgétaire nationale dans les différents contextes nationaux ?***

Quelles sont les politiques qui permettraient de générer des revenus pour accroître les investissements dans les domaines de la santé, du VIH et des outils sociaux ?

- ***Comment renforcer la volonté politique et prendre les mesures stratégiques nécessaires pour minimiser les perturbations du financement de la lutte contre le VIH associées à la pandémie COVID-19 et éviter les pires scénarios d'une réduction permanente des investissements dans la lutte contre le VIH ?***

Comment l'ONUSIDA peut-il travailler de manière proactive avec les gouvernements pour encourager des investissements ciblés dans le domaine de la santé et du VIH afin de raccourcir la période de reprise ? Comment l'ONUSIDA peut-il contribuer à ce que les transferts d'argent liquide soient proposés pour aider les ménages les plus pauvres à

protéger leur bien-être et leur santé ? Quelles sont les mesures nécessaires pour prévenir ou minimiser l'impact sur les ménages vulnérables en remplaçant éventuellement les dépenses personnelles par des investissements du secteur public national ? Le Fonds mondial devrait-il être encouragé à allouer des ressources supplémentaires au soutien des moyens de subsistance en réponse aux bouleversements économiques associés à la COVID-19 ?

- ***Comment relancer et maintenir les investissements des donateurs dans la lutte contre le VIH ?***

Est-il possible d'augmenter la base de données probantes pour le plaidoyer en faveur du maintien aux niveaux actuels de l'aide publique au développement pour la santé et le VIH ? Quelles sont les possibilités de réengager les gouvernements donateurs qui ont réduit les investissements dans le domaine du VIH tout en augmentant les investissements dans la santé ? Comment gérer et surmonter les changements politiques qui peuvent conduire à l'abandon du financement des programmes de lutte contre le VIH tout en augmentant les investissements dans d'autres domaines ? Quelle serait une « part équitable » de l'aide des gouvernements donateurs aux pays pour le VIH et d'autres priorités, de santé ou autres ? Quelles sont les mesures nécessaires pour diversifier les donateurs de la lutte contre le VIH ? Comment l'ONUSIDA pourrait-il renforcer son soutien au PEPFAR et au Fonds mondial pour « faire travailler l'argent » ?

- ***Quel est le rôle des méthodes de financement innovantes pour combler le déficit de ressources en matière de VIH ?***

Quelles sont les actions nécessaires pour traduire le travail accompli par l'ONUSIDA et ses partenaires en progrès concrets dans la mise au point de mécanismes de financement innovants ? Est-il possible d'exploiter le marché croissant des investissements à impact social ? Quel est le potentiel des obligations nationales ou régionales de lutte contre le sida pour aider à combler le manque de ressources ? Est-il possible (et conseillé) de mobiliser des ressources substantielles pour la santé et le VIH par le biais de fonds de placement privés ? Quelles sont les mesures nécessaires pour renforcer les contrats sociaux afin de soutenir les réponses apportées par la communauté ? Quels sont les mécanismes nécessaires pour évaluer l'impact potentiel et équitable des taxes sur les produits nocifs pour la santé en tant que source de financement supplémentaire pour les programmes de lutte contre le VIH et d'autres programmes de santé ?

- ***Quelles sont les mesures nécessaires pour renforcer l'information stratégique afin de surveiller les dépenses liées au VIH et d'orienter les décisions d'investissement ?***

Une assistance technique concertée et coordonnée doit permettre de déployer les bons outils pour les bonnes questions politiques. Quel est l'outil approprié pour chaque question de politique programmatique et pour le fonctionnement harmonieux au sein du système de santé ou d'autres secteurs de développement social ? Quel doit être le niveau de détail du suivi de la mise en œuvre des programmes ? Comment institutionnaliser l'application des évaluations de suivi des ressources régulières ? Comment les innovations dans la gestion des données financières et d'autres systèmes d'information de logistique et de gestion peuvent-elles être utilisées pour générer des données pour l'action ? Quelles sont les données qui devraient être produites régulièrement pour alimenter le développement des analyses d'efficacité ? Quelles données sur le financement des programmes sont nécessaires pour les plans stratégiques nationaux ou les plans de durabilité ?

- ***Comment l'ONUSIDA et la lutte contre le VIH, au sens large, peuvent-ils être les mieux placés pour tirer parti des progrès accomplis dans le sens de la couverture médicale universelle afin d'inclure les services de lutte contre le VIH ?***

Quels sont les services liés au VIH qui doivent être intégrés aux autres services de santé ? Quels principes et lignes directrices devraient guider la sélection des meilleurs ensembles de services intégrés ? Quelles sont les pratiques les mieux adaptées pour planifier et financer

l'intégration des services VIH dans le système de santé au sens large ? Comment intégrer le plus efficacement possible les éléments non sanitaires dans la lutte contre le VIH ? Comment pouvons-nous garantir que le système, le service et les outils sociaux sont correctement pris en compte pour optimiser l'efficacité ? Comment faire en sorte que les éléments essentiels de l'ensemble des services de santé soient inclus dans l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, y compris les services appropriés pour les populations clés et les réponses apportées par les communautés ? Passons-nous à côté de possibilités permettant d'améliorer la durabilité et l'efficacité des réponses au VIH ?

- ***Comment renforcer les facilitateurs sociaux (notamment l'amélioration de l'environnement juridique et de l'accès à la justice sociale, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination et l'égalité des sexes) même si les analyses coût-efficacité ne sont pas nécessairement applicables à ces activités ?***

Quels sont les meilleurs moyens de réaliser des actions communes et coordonnées avec d'autres composantes sociales des ODD (par exemple, l'inégalité, la pauvreté, l'éducation, le logement et l'alimentation) ? Comment pouvons-nous coordonner la riposte avec d'autres programmes et acteurs qui prennent le lead dans la mise en œuvre des actions sociales, mais sans perdre de vue la pertinence dans le domaine du VIH et dans chacune des autres priorités ?

- ***À quoi ressemblerait une réponse durable au VIH en 2030 : (i) un pays à faible revenu avec une forte prévalence du VIH ; (ii) un pays à faible revenu avec une faible prévalence du VIH ; (iii) un pays à revenu intermédiaire avec une forte prévalence du VIH ; et (iv) un pays à revenu intermédiaire avec une faible prévalence du VIH ?***

Références

1. Saisir l'occasion : s'attaquer aux inégalités profondément enracinées pour éradiquer l'épidémie. Genève : ONUSIDA ; 2020 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf).
2. United Nations System Chief Executives Board for Coordination. Leaving no one behind: equality and non-discrimination at the heart of sustainable development: a shared United Nations System framework for action. New York : Nations Unies ; 2017.
3. OMS, Banque Mondiale. Rapport mondial sur le handicap. Genève : OMS ; 2011.
4. Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Humanité et inclusion ; Fédération des personnes handicapées d'Afrique de l'Ouest. Une population oubliée: résultats des études biocomportementales [A forgotten population: results from the bio-behavioural studies]. Présentation. 2019.
5. HIV among African Americans. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention; 2019 (https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/factsheets/cdc-hiv-aa-508.pdf, accessed on 28 July 2020).
6. Analyse par l'ONUSIDA des données provenant d'enquêtes de population.
7. Byron E, Gillespie SR, Hamazakaza P. Local perceptions of risk and HIV prevention in southern Zambia. Document de travail RENEWAL. Institut international de recherche sur les politiques alimentaires ; 2016.
8. Chop E, Duggaraju A, Malley A, Burke V, Caldas S, Yeh PT et al. Food insecurity, sexual risk behavior, and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. Health Care Women Int. 2017;38(9):927-44.
9. Probst C, Parry CD, Rehm J. Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa. Trop Med Int Health. 2016;21(7):846-55.
10. Havlir D, Balzer LB, Charlebois ED, Clark TD, Kwarisiima D, Ayieko J et al. HIV testing and treatment with the use of a community health approach in rural Africa. New Eng J Med. 2019;381:219-29.
11. Hayes R, Donnell D, Floyd S, Mandla N, Bwalya J, Sabapathy K et al. Effect of universal testing and treatment on HIV incidence — HPTN 071 (PopART). New Eng J Med. 2019;381:207-18.
12. Iwuji C, Orne-Gliemann J, Larmarange J, Balestre E, Theibaut R, Tanser F et al. Universal test and treat and the HIV epidemic in rural South Africa: a phase 4, community cluster randomized trial. Lancet HIV. 2018;5:e116-e125.
13. Makhema J, Wirth KE, Pretorius Holme M, Gaolathe T, Mmalane M, Kadima E et al. Universal testing, expanded treatment, and incidence of HIV infection in Botswana. New Eng J Med. 2019;381:230-42.
14. Rapport sur la tuberculose dans le monde 2019. Genève, OMS ; 2019 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1).
15. Jewell B, Mudimu E, Stover J, Kelly SL, Phillips A, 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).
16. Projection produite par : 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.
17. Données internes de l'ONUSIDA, 2020.
18. Communication personnelle avec Mme Tadala Hamisi, pharmacienne, Département du VIH et du sida, ministère de la Santé, Malawi, 23 juin 2020.
19. 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.
20. Orkin C, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovksy V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine after oral induction for HIV-1 infection. New Eng J Med. 2020;382:1124-35.
21. Rapport PLACE : Malawi. 2018 (https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages- malawi-place-report.pdf).
22. Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (voir https://aidsinfo.unaids.org/).

23. 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.

24. Cowan FM, Chabata ST, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Ndori-Mharadze T et al. Strengthening the scale-up and uptake of effective interventions for sex workers for population impact in Zimbabwe. J Int AIDS Soc. 2019;22(Supp. 4):e25320.

25. Chammartin F, Zürcher K, Keiser O, Weigel R, Chu K, Kiragga AN et al. Outcomes of patients with HIV lost to follow-up in sub-Saharan Africa. Clin Infect Dis. 2018;67:1634-52.

26. Données du programme PEPFAR, 2020.

27. Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009: systematic review. Trop Med Int Health. 2010;15(Supp. 1):1-5.

28. Zürcher K, Mooser A, Anderegg N, Tymejczyk O, Couvillon MJ, Nash D et al. Outcomes of HIV-positive patients lost to follow up in African treatment programmes. Trop Med Int Health. 2017;22:375-87.

29. Fuente-Soro L, López-Varela E, Augusto O, Bernardo EL, Sacoor C, Nhacolo A et al. Loss to follow-up and opportunities for reengagement in HIV care in rural Mozambique: a prospective cohort study. Medicine. 2020;99:e20236.

30. Hickety MD, Omollo D, Salmen CR, Mattah B, Blat C, Ouma GB et al. Movement between facilities for HIV care among a mobile population in Kenya: transfer, loss to follow-up, and re-engagement. AIDS Care. 2016;28:1386-93.

31. Outil de renseignement national de l'OMS sur le VIH, 2020.

32. 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, au niveau mondial, Données les plus récentes. Dans : lawsandpolicies.unaids.org [Internet]. Genève : ONUSIDA ; c2018 (http://lawsandpolicies.unaids.org/topicresult?i=846).

33. Statut d'intégration des services VIH/TB : Diagnostic moléculaire rapide recommandé par l'OMS, au niveau mondial, Données les plus récentes. Dans : lawsandpolicies.unaids.org [Internet]. Genève : ONUSIDA ; c2018 (http://lawsandpolicies.unaids.org/topicresult?i=846).

34. Test de lipoarabinomannane urinaire à flux latéral (LF-LAM) pour le diagnostic de la tuberculose active chez les personnes vivant avec le VIH. Mise à jour politique 2019. Genève, OMS ; 2019 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1).

35. Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH Genève : ONUSIDA ; 2020.

36. Yiu JW, Mak WWS, Ho WS, Chui YY. Effectiveness of a knowledge-contact program in improving nursing students' attitudes and emotional competence in serving people living with HIV/AIDS. Soc Sci Med. 2010;71:38-44.

37. Stone K, Shirley-Beavan S. The global state of harm reduction, 2018. Harm Reduction International; 2018 (https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf).

38. Scheibe A, Shelly-Beavan S, MacDonnell J. Global state of harm reduction, 2018 survey response.

39. Ogunrombi A. Global state of harm reduction, 2018 survey response.

40. Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. Genève : ONUSIDA ; 2011 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110609_JC2137_Global- Plan-Elimination-HIV-Children_en_1.pdf).

41. Start Free Stay Free AIDS Free : un cadre d'accélération accrue pour mettre fin au sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes à l'horizon 2020. Genève : ONUSIDA, PEPFAR, UNICEF, OMS, EGPAF ; 2016 (https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/ThreeFrees.pdf).

42. Orientation sur les procédures et critères mondiaux pour la validation de l'élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant. Genève : OMS ; 2017.

43. 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.

44. 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.

45. Doyle K, Levtov RG, Barker G, Bastian GG, Bingenheimer JB, Kazimbaya S et al. Gender-transformative Bandebereho 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.

46. Essajee S, Putta N, Brusamento S, Penazzato, M, Kean S, Mark D. Family-based index case testing to identify children living with HIV. Genève ; OMS ; 2018 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327145/WHO-CDS-HIV- 19.24-eng.pdf?ua=1).

47. Wolf HT. Improving pediatric index testing: data from 12 PEPFAR-supported countries in sub-Saharan Africa. 23rd International AIDS Conference (virtual), July 6–10 2020. Résumé AB0703.

48. La FDA approuve un médicament pour traiter les nourrissons et les enfants atteints du VIH. Dans : U.S. Food & Drug Administration [Internet]. 12 juin 2020. FDA ; c2020 (https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda- approves-drug-treat-infants-and-children-hiv, consulté le 18 août 2020).

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

50. 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.

51. Birx D. HIV targets and beyond: an assessment of progress towards global commitments. 23rd International AIDS Conference, 9 July 2020. Présentation plénière.

52. Génération Z sans sida : un appel à l'action pour améliorer les programmes destinés aux jeunes. Washington (DC): Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation; 2020 (https://www.pedaids.org/wp-content/uploads/2020/07/2020YouthReport_0706.pdf).

53. 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):e241-9.

54. Enquête sur la démographie et la santé au Kenya, 2008-2009 et 2014.

55. Profils nationaux du Kenya sur le VIH en 2016. Nairobi : Programme national de lutte contre le sida et les IST (Kenya) ; 2016.

56. Spectre 2018.

57. Avenir Santé. Infections par le VIH évitées par les programmes des CMVM dans les pays prioritaires de 2008 à 2018. Juin 2019.

58. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. 2019. Manuscrit avant publication.

59. Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. Cochrane Database Syst Rev. 2009;2:CD003362.

60. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J et al. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2012;345:e5945.

61. L'éducation sexuelle en milieu scolaire : une étude de coût et de rentabilité dans six pays. Paris : UNESCO ; 2011 (http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/CostingStudy.pdf).

62. Angrist N, Mogomotsi SM, Gabaitiri L, Anabwani G. Revealing a safer sex option to reduce HIV risk: a cluster-randomized trial in Botswana. BMC Public Health. 2019;19:610.

63. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. BMC Med. 2014;12:122.

64. Wagman JA, Gray RH, Campbell JC, Thoma M, Ndyanabo A, Ssekasanvu J et al. Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. Lancet Glob Health. 2015;3(1):e23-e33.

65. Nel A, van Niekerk N, Kapiga S, Bekker L-G, Gama C, Gill K et al. Safety and efficacy of a dapivirine vaginal ring for HIV prevention in women. N Engl J Med. 2016;375(22):2133-43.

66. Baeten JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V et al. Use of a vaginal ring containing dapivirine for HIV-1 prevention in women. N Engl J Med. 2016;375(22):2121-32.

67. Landovitz RJ et al. HPTN083 interim results: pre-exposure prophylaxis (PrEP) containing long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) is safe and highly effective for cisgender men and transgender women who have sex with men. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Résumé OAXLB0101.

68. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliot R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. Lancet HIV. 2017;4:e357-e374.

69. 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. Lancet. 2015;385:55-71.

70. Cluver L, Boyes M, Orkin M, Pantelic M, Molwena T, Sherr L. Child-focused state cash transfer and adolescent risk of HIV infection in South Africa: a propensity score-matched case-control study. Lancet Glob Health. 2013;1(6):e362- e370.

71. 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. 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, 21–24 July 2019. Résumé TUAC0205LB.

72. Koss C. Lower than expected HIV incidence among men and women at elevated HIV risk in a population-based PrEP study in rural Kenya and Uganda: interim results from the SEARCH study. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Résumé 875.

73. Trickey A. Are harm reduction projects for people who inject drugs in the Ukraine improving HIV prevention and treatment outcomes ? 23e Conférence Internationale sur le SIDA, 6–10 juillet 2020. Résumé AOC0304.

74. 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.

75. Rapport de l'UNESCO sur les pays. Paris : UNESCO ; 2020 (non publié).

76. Vun MC, Fujita M, Rathavy T, Eang MT, Sopheap S, Sovannarith S et al. Achieving universal access and moving towards elimination of new HIV infections in Cambodia. J Int AIDS Soc. 2014;17:18905.

77. Halperin DT, Mugurungi O, Hallett TB, Muchini B, Campbell B, Magure T et al. A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? PLoS Med. 2011;8(2):e1000414.

78. Johnson LF, Hallett TB, Rehle TM, Dorrington RE. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. J R Soc Interface. 2012;9(72):1544-54.

79. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, de Oliveira T, Bärnighausen T, Tanswer F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. Nat Commun. 2019;10:5482.

80. Jones C, Miller NN, Mann C, Smith B, Gesuale S. Report #2: donor funding landscape for condom programming. Mann Global Health; 2019 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2019/06/MGH-Rpt-2- Donor-Trends_Condom-Landscape-Analysis_Final.pdf).

81. 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. Lancet HIV. 2019;6:e769-e787.

82. Davis SLM, Goedel WC, Emerson J, Skartvedt Guven B. Punitive laws, key population size estimates, and the Global AIDS Response Progress Reports: an ecological study of 154 countries. J Int AIDS Soc. 2017;20:21386.

83. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23e Conférence Internationale sur le SIDA, 6– 10 juillet 2020. Résumé OAF0403.

84. Nous avons le pouvoir : les femmes, les adolescentes et l'épidémie de VIH. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf, consulté le 28 juillet 2020).

85. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. Int J Drug Policy. 2015;26 Suppl 1(0 1):S16-S21.

86. 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.

87. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary school and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. Lancet. 2015;3:e470-e477.

88. Kangudie DM, Guidigbi H, Mensah S, Bala AA, Delate R. Effective integration of sexual reproductive health and HIV prevention, treatment, and care services across sub-Saharan Africa: where is the evidence for program implementation? Reprod Health. 2019;16(Suppl 1):56.

89. 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:e25381.

90. 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. WhatWorks; 2019 (https://www.whatworks.co.za/documents/publications/357-social-norms-briefweb-28092019/file).

91. Championing gender equality and women's leadership in the HIV response: the experience of five programme countries. New York : ONU Femmes ; 2015 (https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/4/championing-gender-equality-in-the-hiv-response-the-experiences-of-five-programme- countries#view).

92. Sherwood J, Sharp A, Cooper B, Roose-Snyder B, Blumenthal S. HIV/AIDS national strategic plans of sub-Saharan African countries: an analysis for gender equality and sex-disaggregated HIV targets. Health Policy Plan. 2017;32:1361-7.

93. L'éducation des filles : l'égalité des sexes dans l'éducation profite à tous les enfants. New York : UNICEF ; 2019 (https://www.unicef.org/education/girls-education#:~:text=Around%20the%20world%2C%20132%20million,of%20upper%2Dsecondary%20school%20age).

94. Données des études démographiques et de santé.

95. Assurer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits reproductifs : mesurer l'objectif 5.6 des ODD. New York : FNUAP ; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined- v4.15.pdf). Basé sur les données d'une enquête de population pour la période 2007-2018.

96. Données provenant d'enquêtes de population.

97. Darroch J, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York : Institut Guttmacher ; 2016.

98. Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy. New York : FNUAP, 2015.

99. Études sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

100. McKinnon B, Vandermorrish A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. Bull World Health Organ. 2018;97:42-50.

101. 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.

102. État de la population mondiale en 2020. New York : United Nations Population Fund ; 2020.

103. RESPECTEZ les femmes : prévenir les violences faites aux femmes. Genève : OMS ; 2019 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1).

104. Enquêtes de population, 2000–2019.

105. Enquêtes sur les violences faites aux enfants, 2013-2017.

106. Caché à la vue de tous : une analyse statistique de la violence contre les enfants. New York : UNICEF ; 2014.

107. 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.

108. Le rapport sur les écarts. Genève : ONUSIDA ; 2014.

109. Données des études démographiques et de santé, 2014-2018.

110. Kaufman MR, Pulerwitz J. When sex is power: gender roles in sex and their consequences. Dans : Agnew CR, éditeur. Le pouvoir dans les relations intimes. Cambridge (Royaume-Uni) : Cambridge University Press ; 2019. pp. 173-91.

111. INSPIRE : sept stratégies pour mettre fin à la violence contre les enfants. Genève : OMS ; 2016 (https://www.who.int/publications/i/item/inspire-seven-strategies-for-ending-violence-against-children).

112. 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.

113. Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2013–2018.

114. Revue de la littérature par l'ONUSIDA et le Programme des populations clés du Centre pour la santé publique et les droits de l'homme, Université Johns Hopkins.

115. 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:e1002680.

116. 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 sex workers. Nat Commun. 2020;11:773.

117. Baker P, Beletsky L. Policing practices and HIV risk among people who inject drugs — a systematic literature review. Lancet. 2019 (pre-print) (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3401985).

118. Bacak V, Bright K, Wilson L. Gender-affirmative housing in jails and prisons. Lancet Pub Health. 2020;5:e373.

119. Making the law work for women and girls in the context of HIV. New York : PNUD ; 2020.

120. Engagements nationaux et instrument politique, 2019-2020.

121. Indicateurs ODD [base de données]. New York : Division des statistiques des Nations Unies ; c2020 (https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/, accessed 17 April 2020).

122. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Woldie Kerie M, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12:e0173928.

123. Toujours pas le bienvenu. Genève : OMS ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/infographic_hiv-related- travel-restrictions_en.pdf).

124. Barré-Sinoussi F, Abdool Karim SA, Albert J, Bekker L-G, Beyrer C, Cahn P et al. Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law. J Int AIDS Soc. 2018;21:e25161.

125. Commission mondiale sur le VIH et le droit. Risques, droits & health. Supplement. New York: UNDP;2018 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf).

126. Questions & Réponses Breaking Down Barriers to access : vise à élargir les programmes de suppression des obstacles liés aux droits de l'homme dans les services de santé de 20 pays et plus. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; [mis à jour le 8 juin 2020] (https://www.theglobalfund.org/media/1213/crg_breakingdownbarriers_qa_en.pdf, consulté le 26 juillet 2020).

127. Enquêtes de population, 2014–2019.

128. Résultats disponibles auprès de l'Institut de la société civile pour la santé en Afrique occidentale et centrale, avril 2020.

129. Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M et al. Governance of the Covid-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. BMJ Glob Health. 2020;5:e002655.

130. Les observatoires communautaires de traitement. Dans : ITPCglobal.org [Internet]. ITPC ; c2020 (https://itpcglobal.org/monitoring/ctos/, consulté le 27 juillet 2020).

131. Une nouvelle initiative, le projet Ritshidze, permettra de contrôler la qualité des services de lutte contre le VIH dans 400 cliniques d'Afrique du Sud. Dans : Health Gap Global Access Project [Internet]. 2 décembre 2019. New York : Health Global Access ; c2020 (https://healthgap.org/press/a-new-initiative-the-ritshidze-project/, consulté le 27 juillet 2020).

132. Droits - Preuves - Action (REACT). Dans : Frontline AIDS [Internet]. Hove (Royaume-Uni) : Frontline AIDS ; c2020 (https://frontlineaids.org/our-work-includes/react/, consulté le 27 juillet 2020).

133. Orza L, Bass E, Bell E, Crone ET, Damji N, Dilmitis S et al. In women's eyes: key barriers to women's access to HIV treatment and a rights-based approach to their sustained well-being. Health Hum Rights. 2017;19:155-68.

134. #uproot. Dans : Le PACT [Internet]. Le Pact ; c2018 (https://www.theyouthpact.org/uproot.html, consulté le 27 juillet 2020).

135. Kazakhstan Union of People Living with HIV; Public Foundation for Women Living with HIV in Kazakhstan; Answer [Public Foundation]; My Home [Public Association]; Amelia [Public Association] et al. Rapport alternatif des organisations de la société civile sur la discrimination et les violences faites aux femmes qui consomment des drogues, aux femmes vivant avec le VIH, aux professionnel(le)s du sexe et aux femmes incarcérées au Kazakhstan. 2018 (https://www.ecoi.net/en/file/local/1439277/1930_1532610624_int-cedaw-ico-kaz-31511-e.pdf, consulté le 27 juillet 2020).

136. Human rights of women living with HIV in Ukraine : findings of community-based research through the lens of

CEDAW. Kiev : ONU Femmes ; 2017 (http://www.un.org.ua/images/documents/4484/HIV%20through%20CEDAW%20lensengcompressed.pdf) (consulté le 27 juillet 2020).

137. Franchir d'abord la dernière étape : déclaration de position sur la couverture maladie universelle. Amsterdam : GNP+ ; 2019 (https://www.gnpplus.net/assets/GNP-UHC-Position-Paper-April-2019.pdf, consulté le 27 juillet 2020).

138. Déclaration d'Astana. Dans : Conférence mondiale sur les soins de santé primaires. 25-26 octobre 2018 (https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf?ua=1, consulté le 27 juillet 2020).

139. Ligne directrice consolidée sur la santé sexuelle et reproductive et les droits des femmes vivant avec le VIH. Genève : OMS ; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254885/9789241549998-eng.pdf?sequence=1, consulté le 27 juillet 2020).

140. Informations fournies par le projet USAID/PEPFAR LINKAGES Indonésie, dirigé par FHI 360, mai 2020.

141. Communication personnelle, International Treatment Preparedness Campaign Russia, 29 avril 2020.

142. Soutien. Don't Punish [Internet]. International Drugs Policy Consortium ; c2018 (https://supportdontpunish.org/about/campaign/, consulté le 27 juillet 2020).

143. Communiqué de presse : 24 mars, Journée mondiale de la tuberculose 2019. It's Time : le PNB+ et les personnes atteintes de la tuberculose unissent leurs forces pour mettre fin à la tuberculose et à la TB/VIH. Dans : tbpeople.org [Internet]. 24 mars 2019 (https://www.tbpeople.org.uk/gnp-and-tbpeople).

144. Teenergizer! [Internet]. Kiev : Teenergizer; c2014–2020 (https://teenergizer.org, consulté le 27 juillet 2020).

145. Une vision commune : des partenariats basés sur la foi pour soutenir les progrès contre le VIH. Genève : ONUSIDA ; 2019.

146. Soutien philanthropique pour la riposte au VIH/sida en 2018. Washington (DC) : Funders Concerned About AIDS ; 2020 (https://www.fcaaids.org/wp-content/uploads/2020/03/ULTIMATE-2018-FCAA-RT-Report.pdf, consulté le 28 juillet 2020).

147. La Côte d'Ivoire fait preuve d'une volonté renouvelée de s'attaquer au problème des frais d'utilisation des services liés au VIH. Dans : unaids.org [Internet]. 16 avril 2019. Genève : ONUSIDA ; c2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/april/20190416_cotedivoire#:~:text=charge d%20for%20acc-,The%20Government%20of%20C%C3%B4te%20d'Ivoire%20has%20signalé%20its%20engagement,asked%20to%20pa y%20user%20fees).

148. Enseignements tirés sur le terrain - financement de la santé et gouvernance : un rapport sur le modèle de mécanisme de coordination nationale. Genève : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (https://www.theglobalfund.org/media/5488/ccm_lessonslearnedinthefieldhealthfinancingandgovernance_report_en.pdf?u=637278311810000000, consulté le 27 juillet 2020).

149. L'expérience mexicaine : investir dans le contrat social pour renforcer la riposte au VIH. Grand Georgetown (GY) : PANCAP ; 2019 (https://pancap.org/pancap-documents/the-mexican-experience-investing-in-social-contracting-for- strengthening-the-hiv-response-2/, consulté le 27 juillet 2020).

150. Phillips M. Financial barriers to access health and HIV care. Présentation à l'International AIDS Society, Paris, 2017.

151. Pourquoi il est logique de supprimer les frais d'utilisation. Genève : ONUSIDA ; 2020.

152. Frais d'utilisation et accès aux services de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun. Genève : ONUSIDA ; 2020.

153. Hors sujet : comment des millions de personnes en Afrique occidentale et centrale sont laissées pour compte dans la lutte mondiale contre le VIH. Genève : Médecins Sans Frontières ; 2016.

154. Données et analyses de suivi financier de l'ONUSIDA.

155. Un environnement sanitaire et économique modifié : implications de la Covid-19 pour un financement durable de la santé et du VIH et progression vers une couverture sanitaire universelle dans les États membres de la SADC. Gaborone (BW): Southern African Development Community ; 2020.

156. Thai HP. Social contracting with civil society organizations: an effective approach for sustainable HIV/AIDS response, 23e Conférence Internationale sur le SIDA (virtuelle), 6–10 juillet 2020. Résumé PEE1370 (poster).

157. Kates J, Wexler A, Lief E. Donor government funding for HIV in low- and middle-income countries in 2019. Washington (DC) : Henry J Kaiser Family Foundation, UNAIDS ; 2019 (http://files.kff.org/attachment/Donor-

Government-Funding-for-HIV-in-Low-and-Middle-Income-Countries-in-2019.pdf, consulté le 27 juillet 2020).

158. Évaluation indépendante du partenariat entre l'ONUSIDA et le Fonds Mondial. Genève : ONUSIDA ; 2017.

159. L'ONUSIDA au Malawi : élaborer un programme accéléré pour mettre fin au sida. Lilongwe (MW) : ONUSIDA ; 2017.

160. Ripostes efficaces et durables au VIH : analyse de cas d'investissement sélectionnés dans la région de l'Afrique orientale et australe. Johannesburg : ONUSIDA ; 2017.

161. Estimation des gains d'efficacité réalisés grâce à l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive au Zimbabwe. Washington, DC: Banque mondiale ; 2018.

162. Rapport d'avancement annuel sur la prévention du VIH 2020 ONUSIDA / CCP (45)/19.26 rév. 1. Genève : ONUSIDA ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/25112019_UNAIDS_PCB45_Annual-progress-report-on-prevention_EN.pdf).

163. Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths. Lancet. 2018;392:2203-12.

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.

Crédit : ONUSIDA

ENGAGEMENT
POUR ACCÉLÉRER LA RIPOSTE

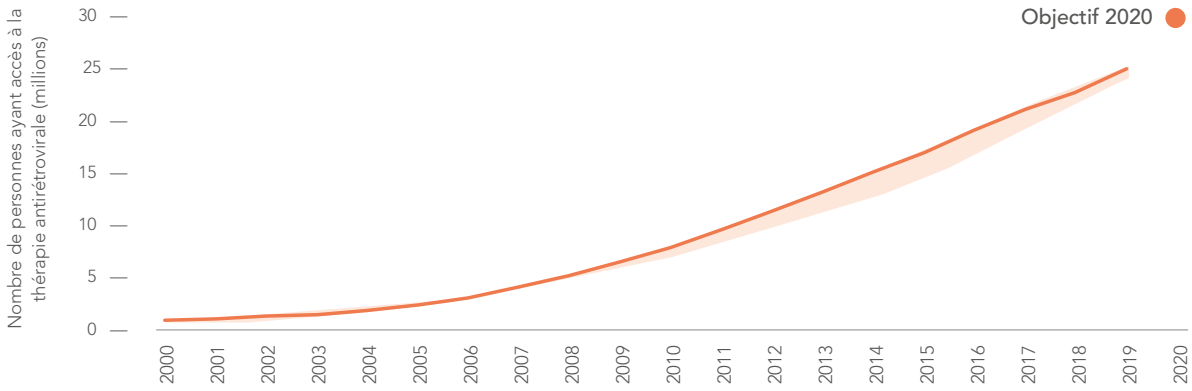
1

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.

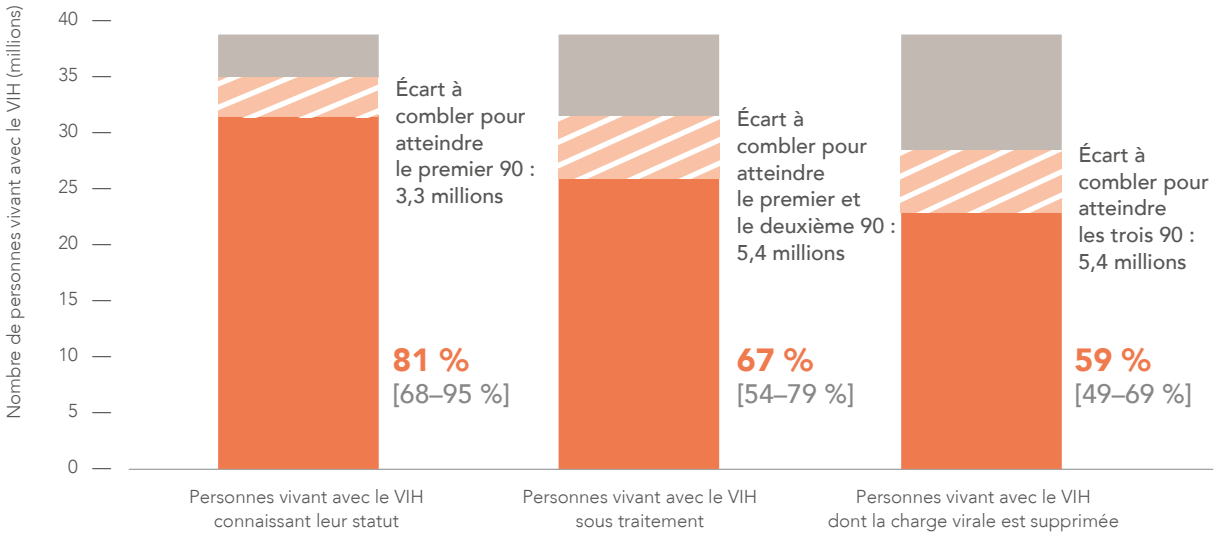
Des progrès ont été enregistrés dans la cascade du dépistage et du traitement VIH. À la fin de 2019, 81 % [68-95 %] des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, plus des deux tiers (67 % [54-79 %]) étaient sous traitement et près de 59 % [49-69 %] avaient supprimé leur charge 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 réflètent 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'améliorations 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

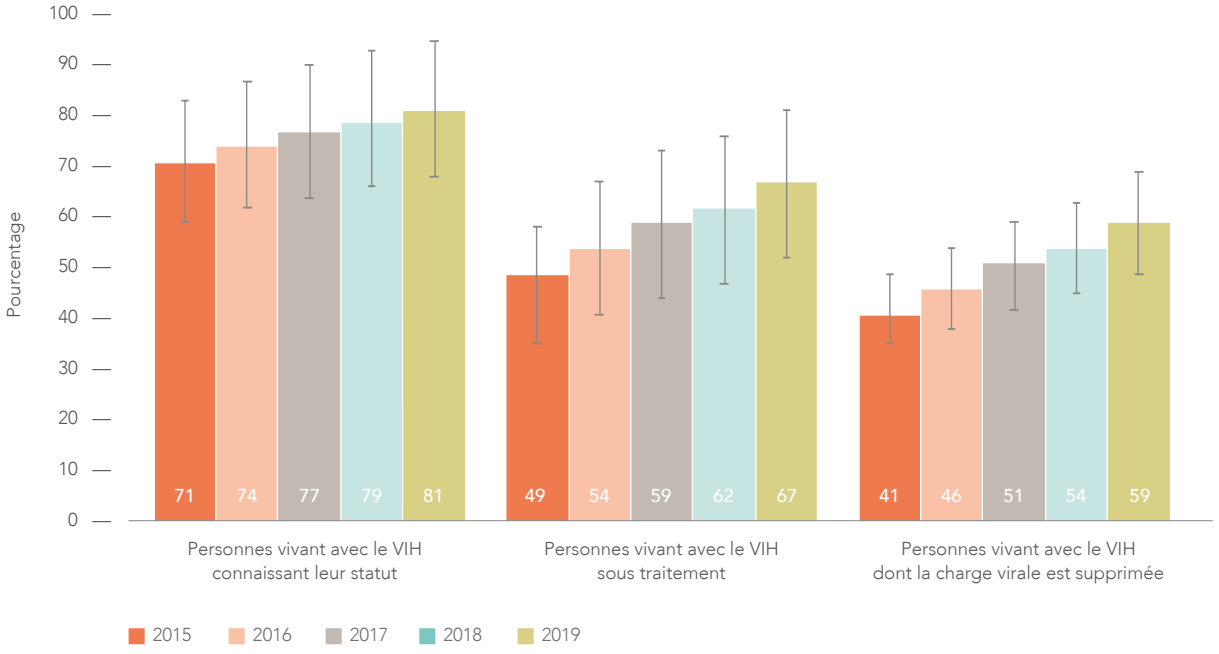
Cascade du dépistage et du traitement du VIH, au niveau mondial, 2019



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

FIGURE 2.3

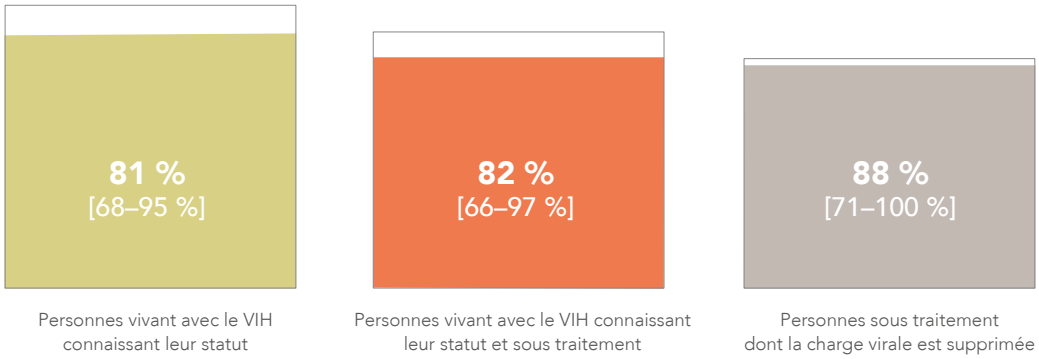
Cascade du dépistage et du traitement du VIH, au niveau mondial, 2015-2019



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

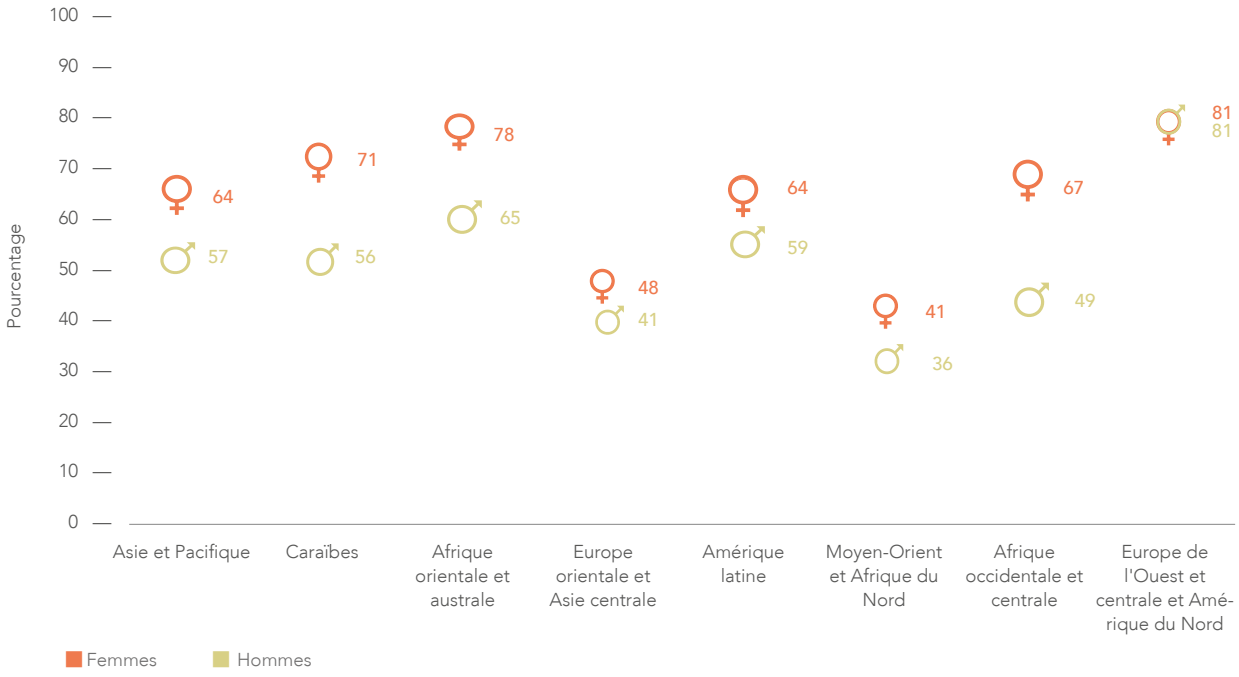


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 (cf. annexe sur les méthodes).

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



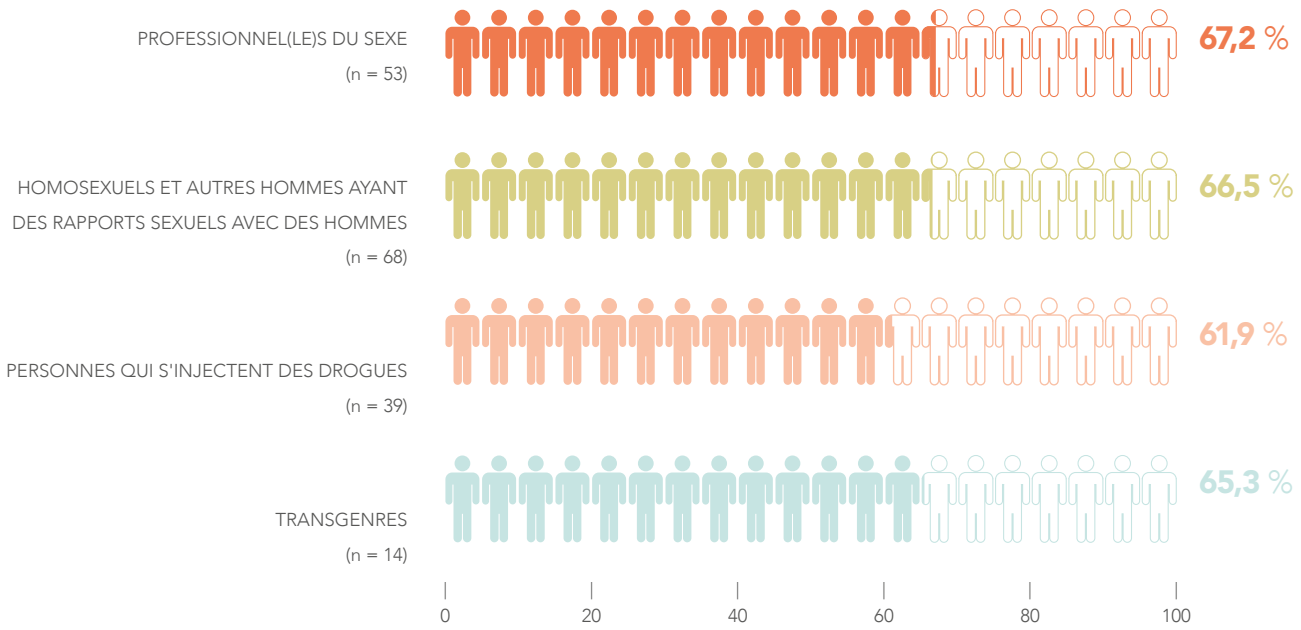
Source : Estimations épidémiologiques ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/) ; Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2020 (cf. https://aidsinfo.unaids.org/).

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.[1] 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/).

1 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

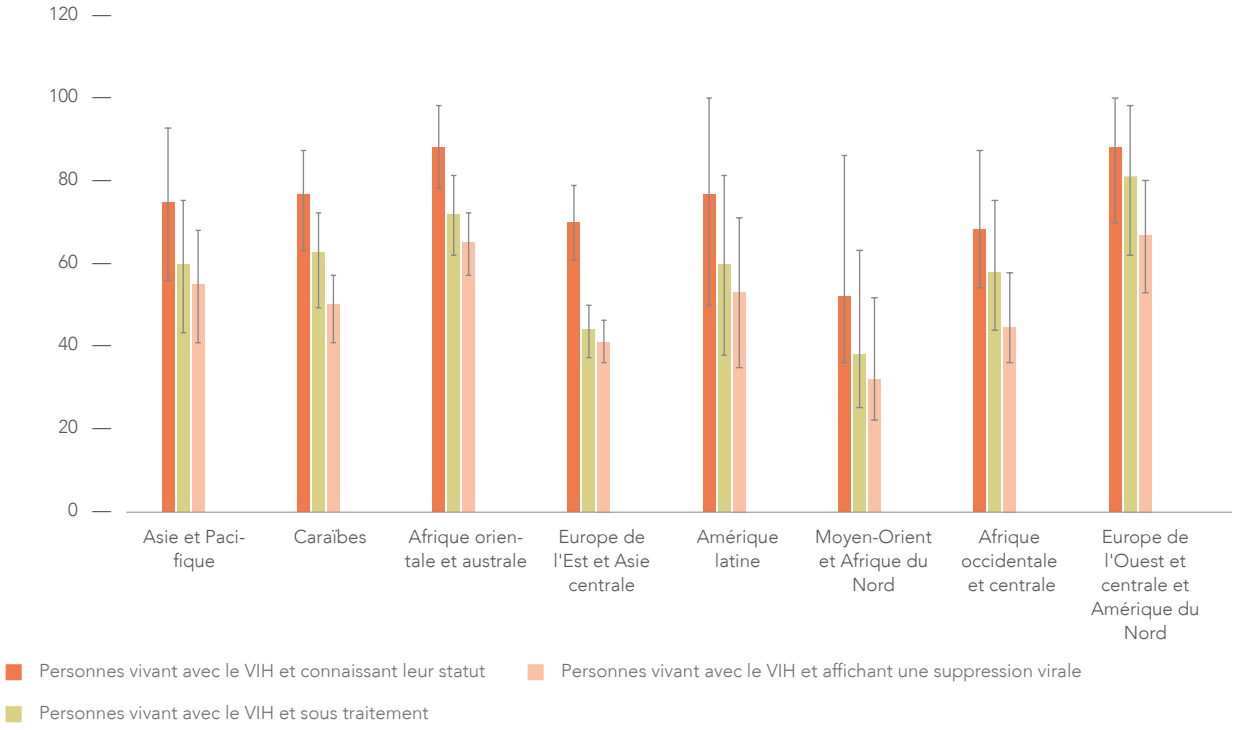
Les progrès dans la cascade du dépistage et du traitement du VIH varient selon les régions. L'Afrique orientale et australe a fait des progrès remarquables suivi de l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord (figure 2.7). Pendant ce temps, plusieurs régions sont nettement à la traîne. Il 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 ppersonnes 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.

Crédit : ONUSIDA

FIGURE 2.7

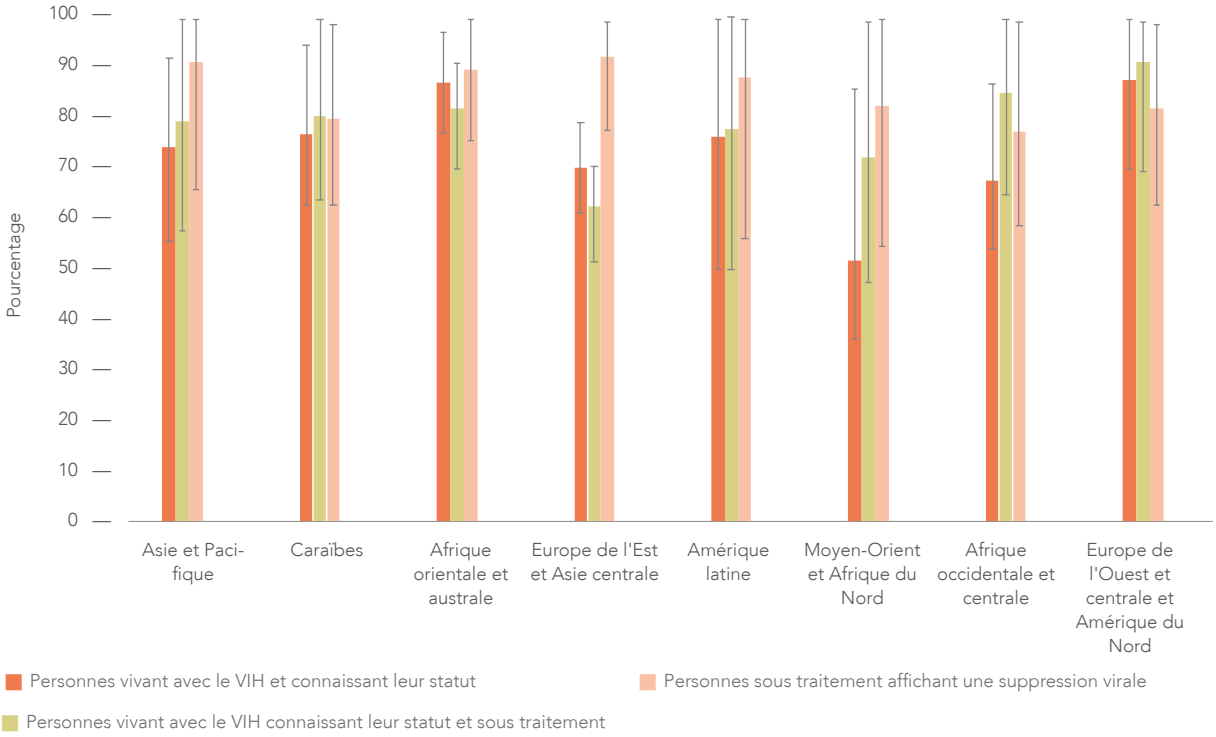
Cascade du dépistage et du traitement du VIH, par région, 2019



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
OBJECTIF 2030 ATTEINT (95 %)	***Eswatini*** **Namibie**	Burundi Cambodge Danemark ***Eswatini*** Haïti Rwanda Sénégal **Suisse** **Zambie**	**Australie** Botswana Cambodge ***Eswatini*** Allemagne Irlande Japon Myanmar **Pays-Bas** **Suisse** Thaïlande Vietnam	**OBJECTIF 2030 ATTEINT (86 %)**	***Eswatini*** **Suisse**
OBJECTIF 2020 ATTEINT (90 %)	**Australie** Botswana Chili Guyane Irlande Kenya Malawi **Pays-Bas** Afrique du Sud **Suisse** **Zambie** Zimbabwe	**Australie** Burkina Faso Éthiopie Allemagne Maroc **Namibie** **Pays-Bas** Singapour Espagne Ouganda République-Unie de Tanzanie Zimbabwe	Brésil Chili Kenya Malawi Maroc **Namibie** Rwanda Singapour Afrique du Sud Espagne Trinité-et-Tobago Ouganda République-Unie de Tanzanie **Zambie**	**OBJECTIF 2020 ATTEINT (73 %)**	**Australie** Botswana Cambodge Irlande **Namibie** **Pays-Bas** Rwanda Espagne Thaïlande Ouganda **Zambie** Zimbabwe
OBJECTIF 2020 PRESQUE ATTEINT (85–89 %)	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	**OBJECTIF 2020 PRESQUE ATTEINT (68–72 %)**	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, Slovénie, 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.

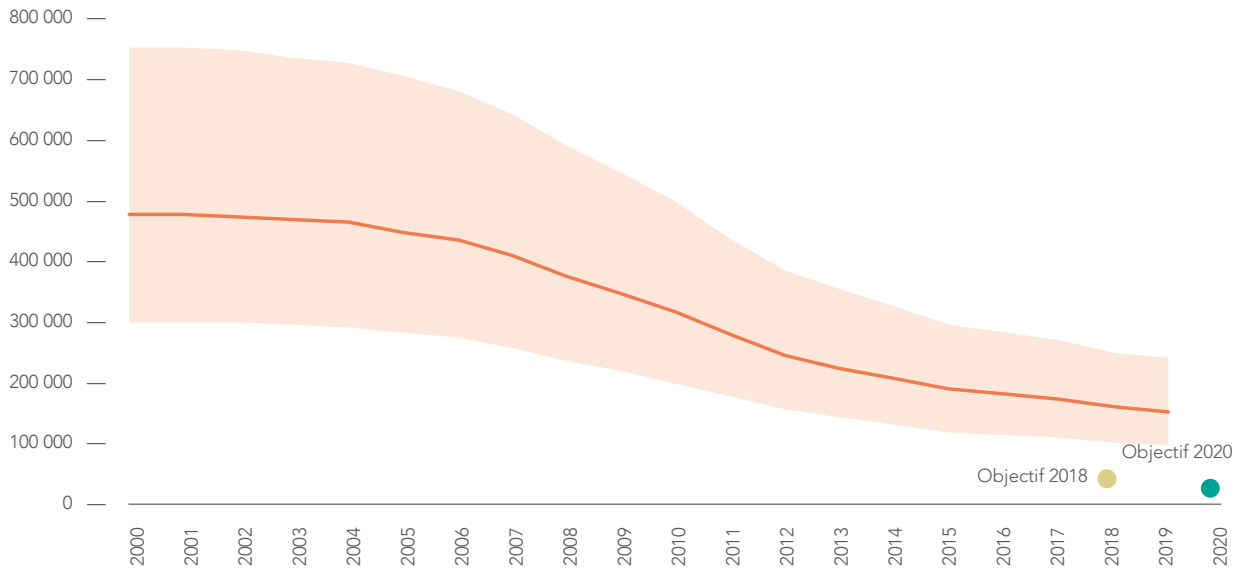
Le nombre de nouvelles infections chez les enfants résultant de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant a diminué de plus de 50 % en moins de vingt ans, à savoir des progrès résultant essentiellement des efforts concertés ayant pour objet d'augmenter la fourniture de la thérapie antirétrovirale 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

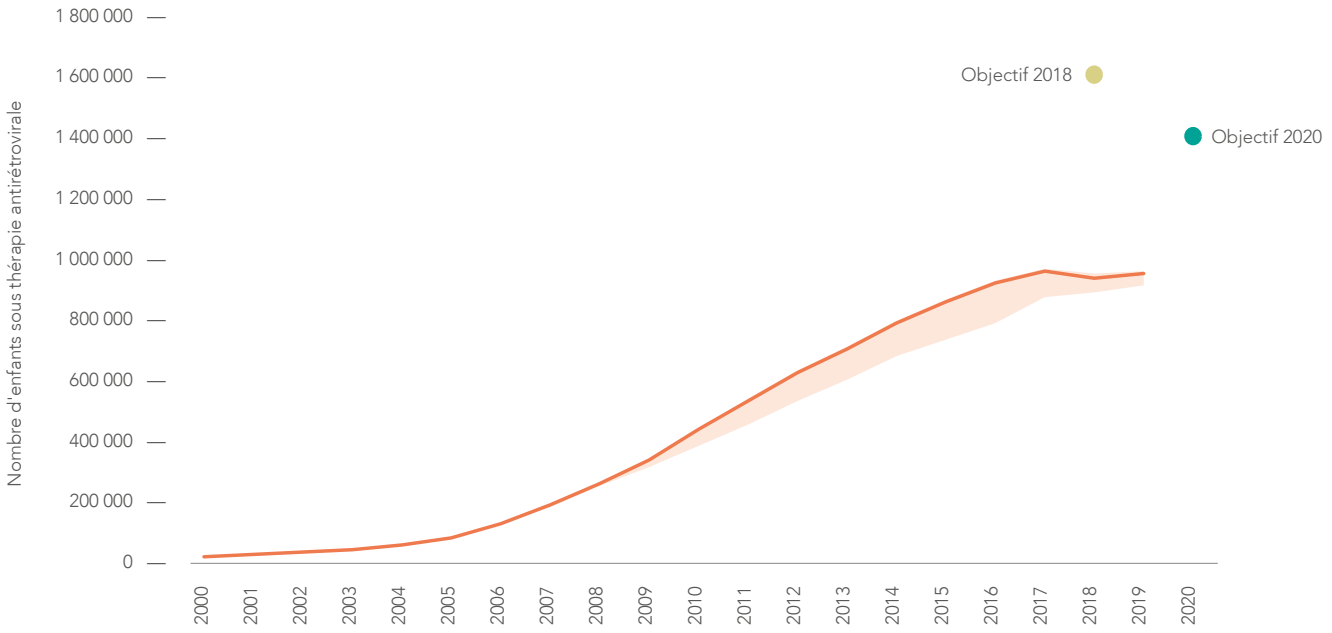
Nombre de nouvelles infantiles, au niveau mondial, 2000–2019



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/).

Crédit : ONUSIDA

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(LE)S DU SEXE ET LEURS CLIENTS, LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES ET LES PRISONNIERS.

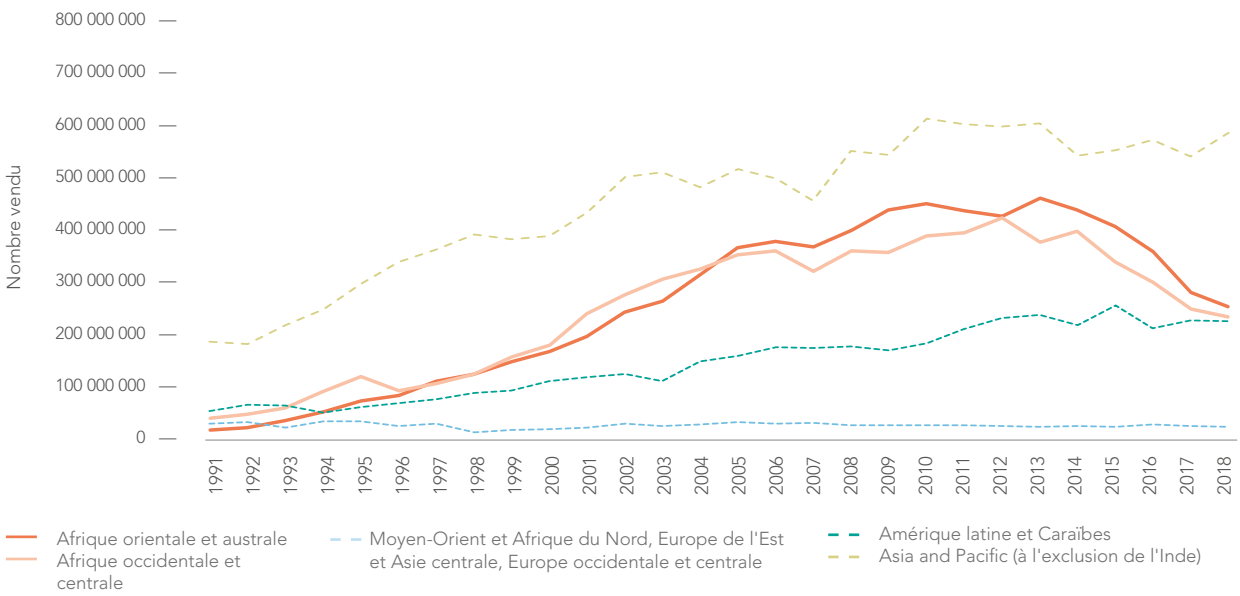
Une approche combinée de la prévention du VIH incluant des approches comportementales, biomédicales et structurelles et taillée à la mesure de ceux ayant les besoins les plus urgents, peut induire des réductions substantielles des infections au VIH. Lors du démarrage de la Coalition mondiale pour la 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 défaillante 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

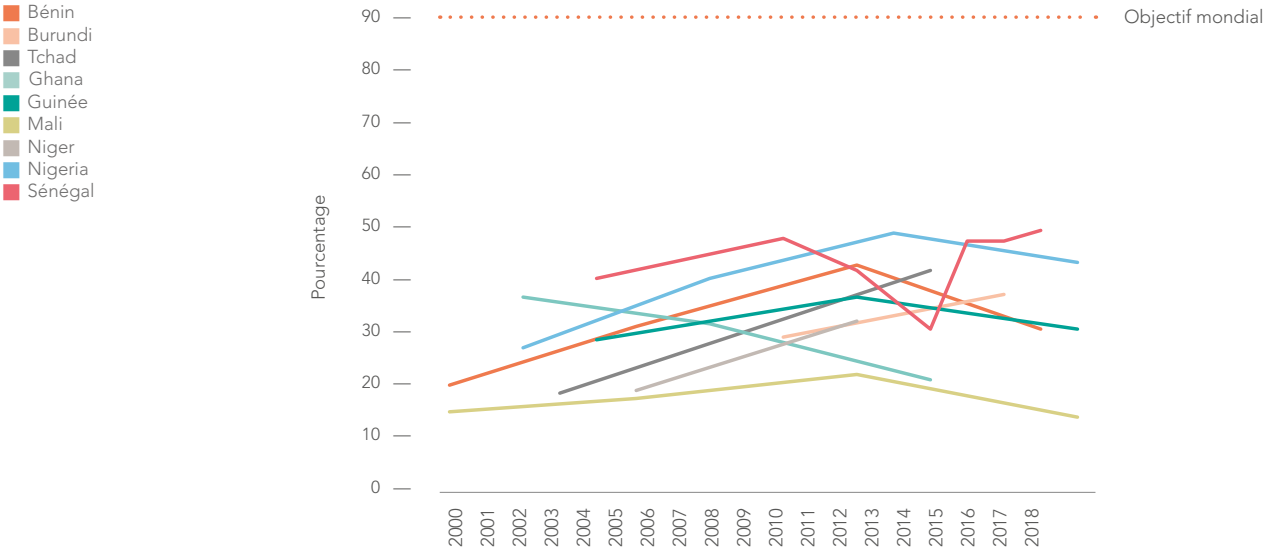


Source : Statistiques sur le marketing social des contraceptifs, 1991-aujourd'hui. Dans : DKT International [Internet]. Washington (DC) : DKT International ; c2020 (https://www.dktinternational.org/contraceptive-social-marketing-statistics/, consulté le 2 mai 2020).

FIGURE 2.12

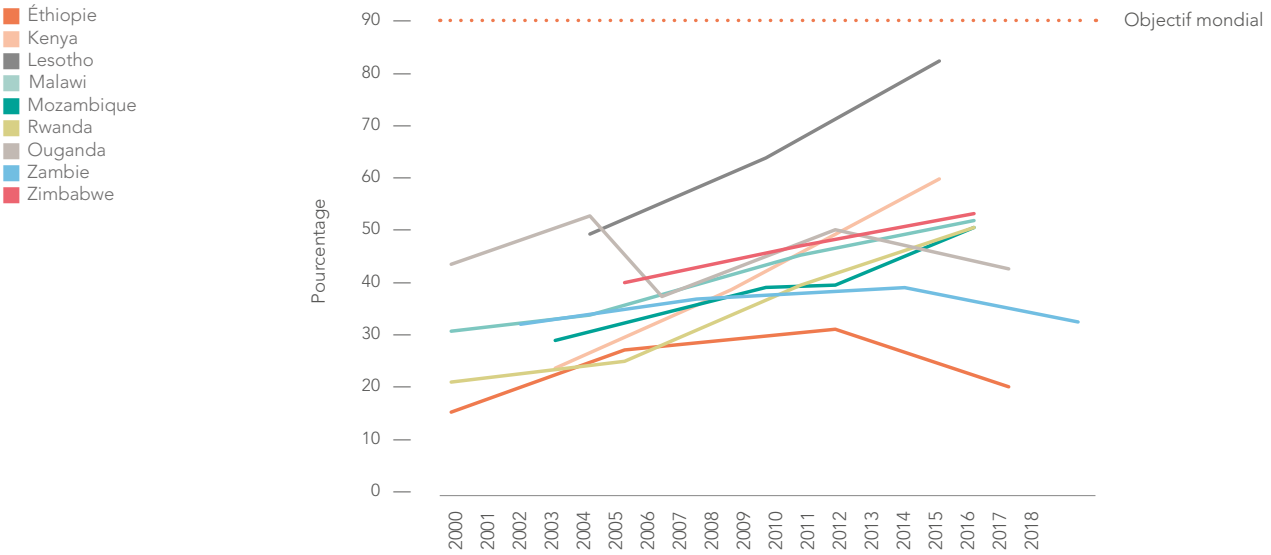
Utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à risque, femmes (15-24 ans), par région, 2000-2018

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



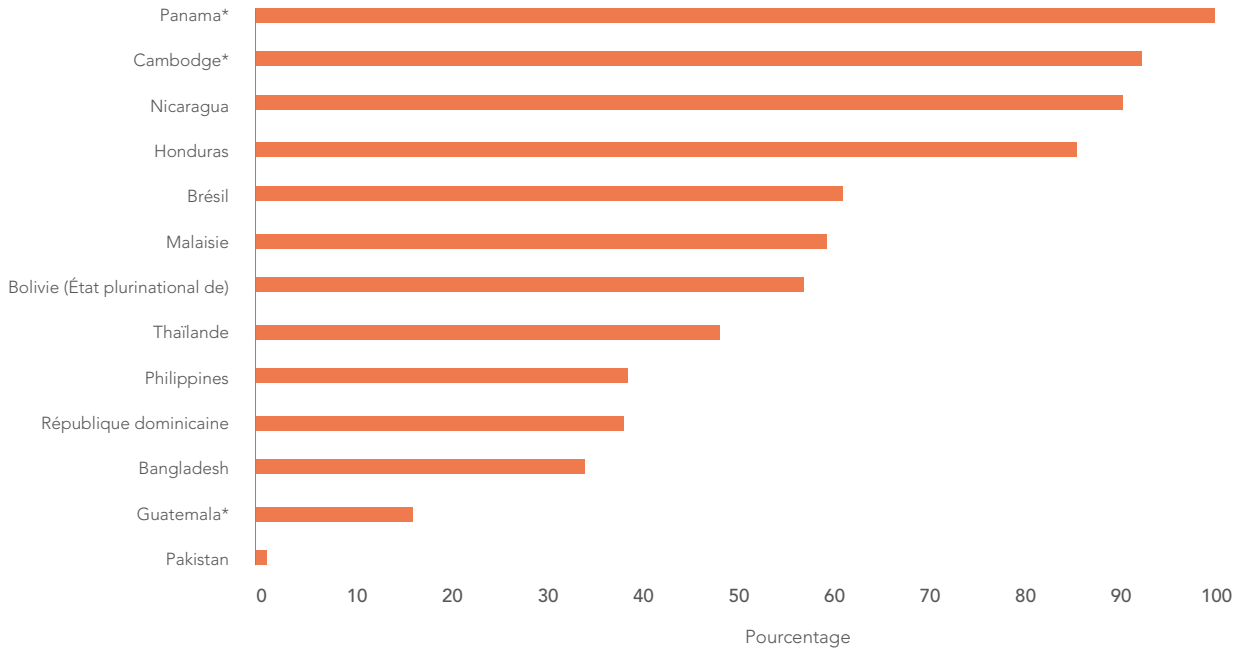
Source : Enquêtes de population, 2000–2018.

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

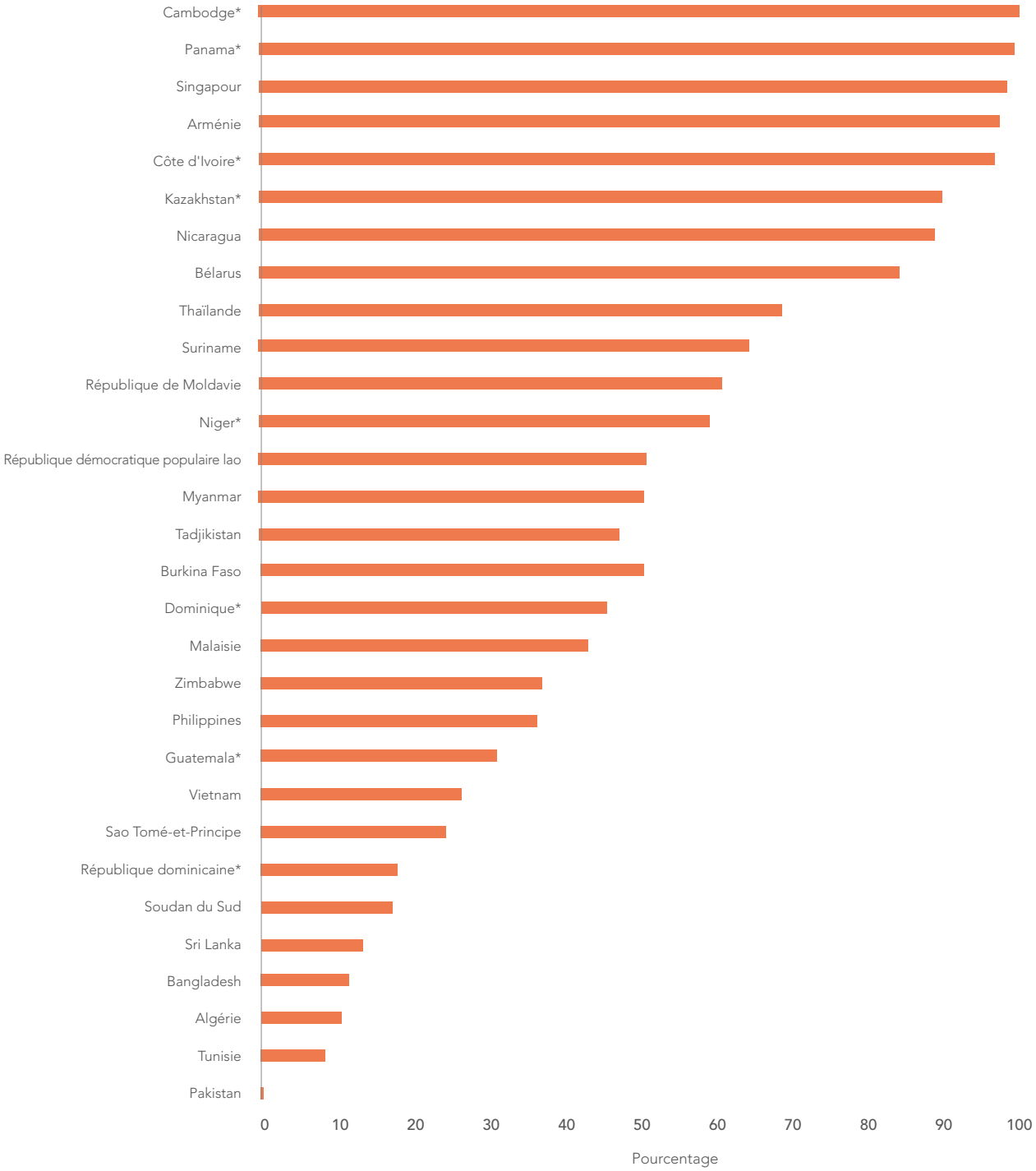
Femmes transgenres ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019



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

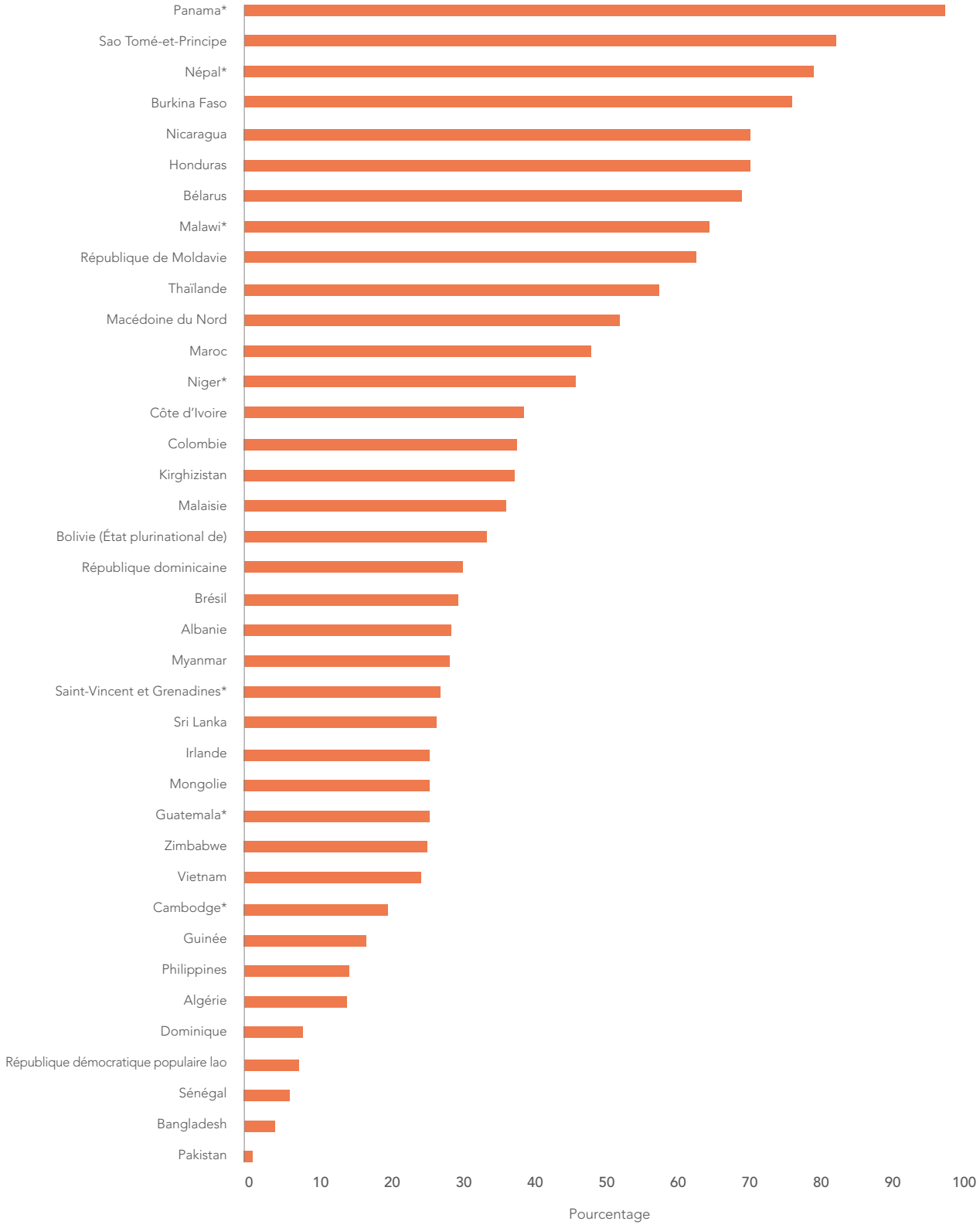
Professionnelles du sexe ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019



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

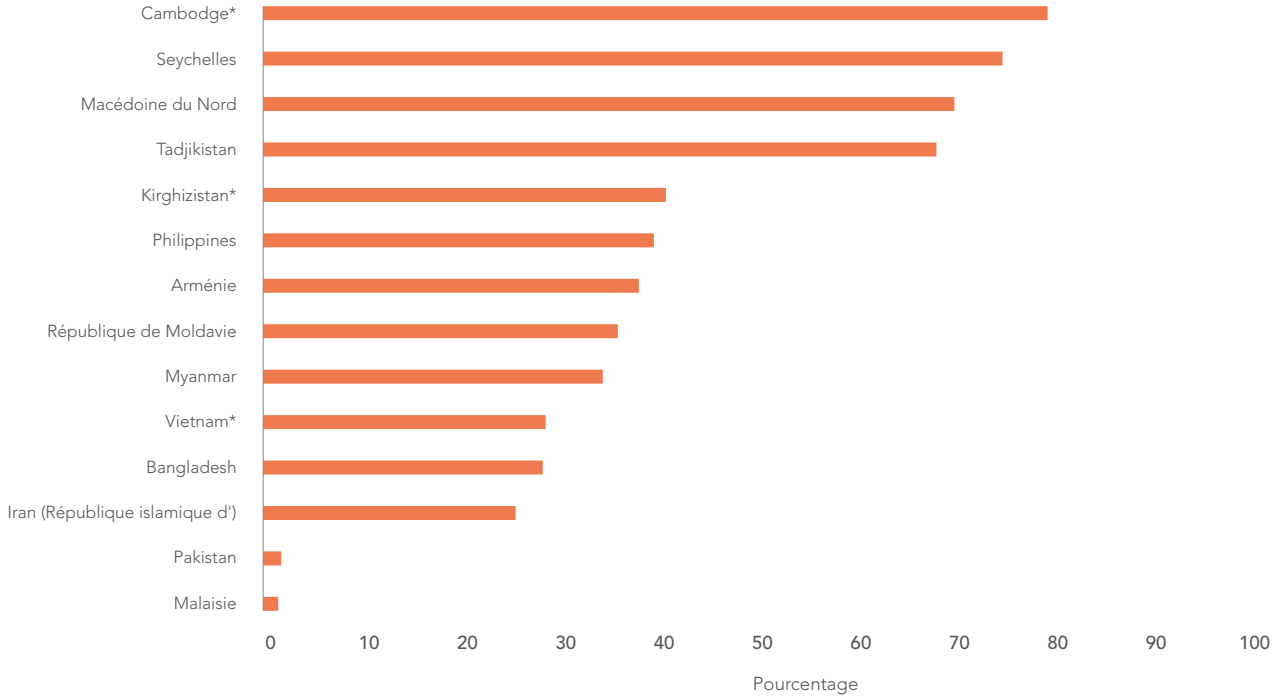
Homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ayant déclaré avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2019



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.

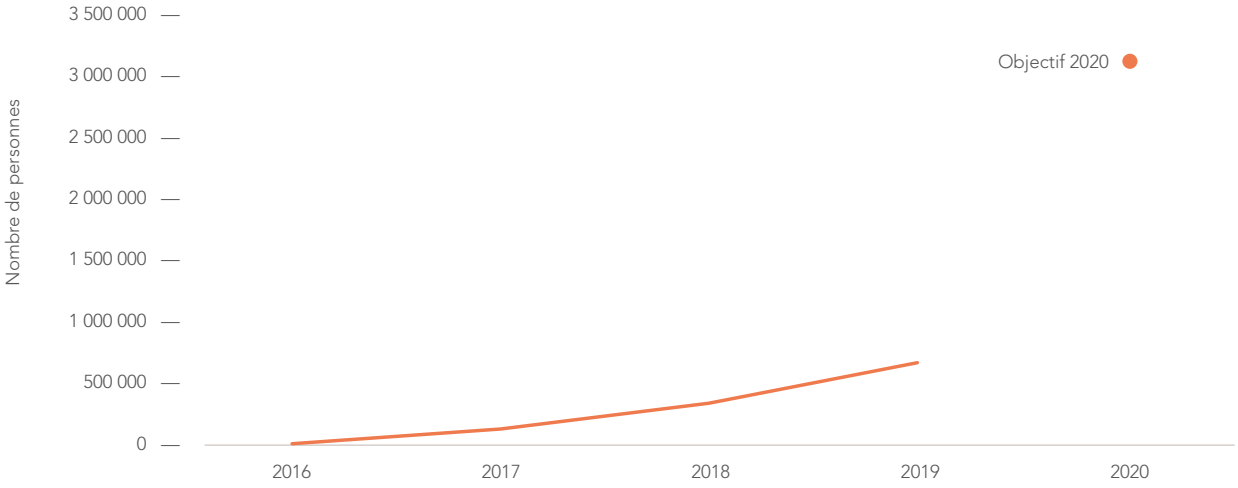
Crédit : ONUSIDA

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); 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

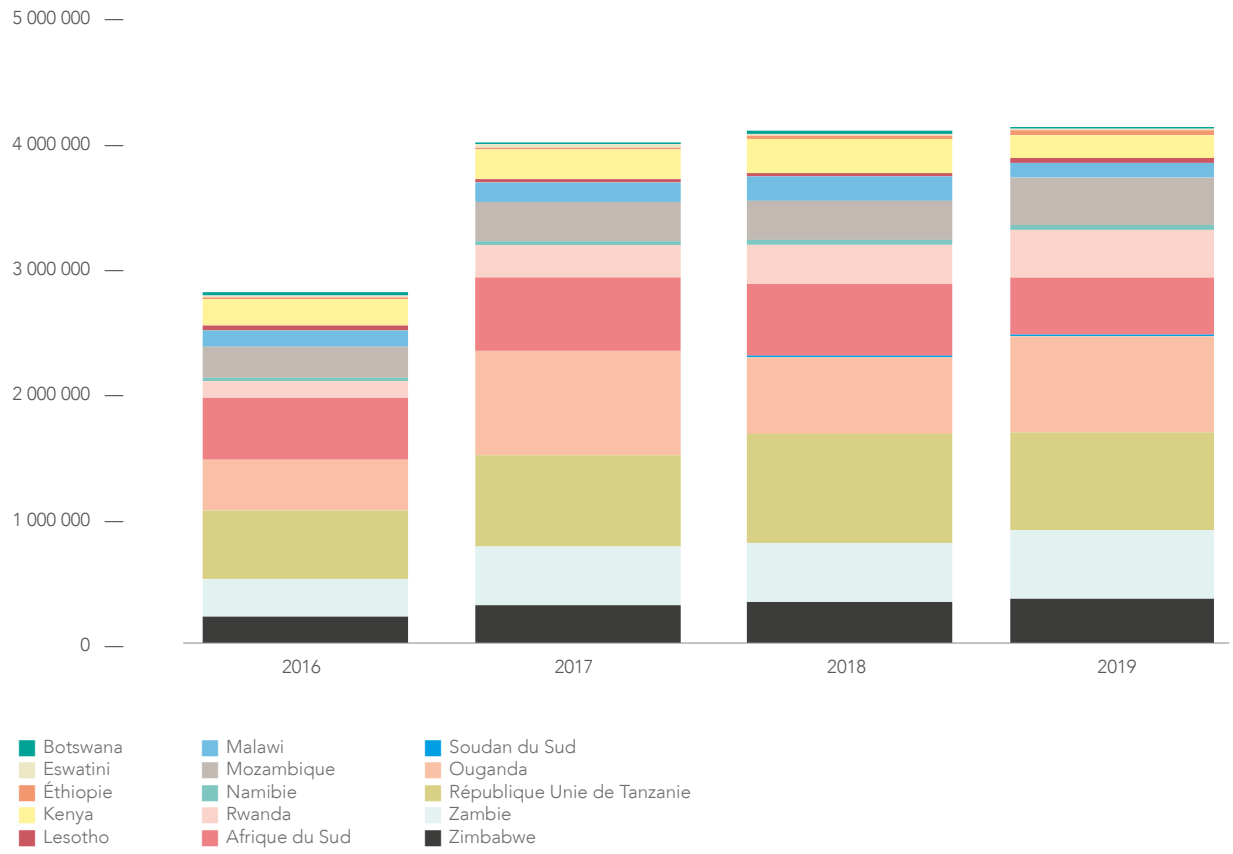
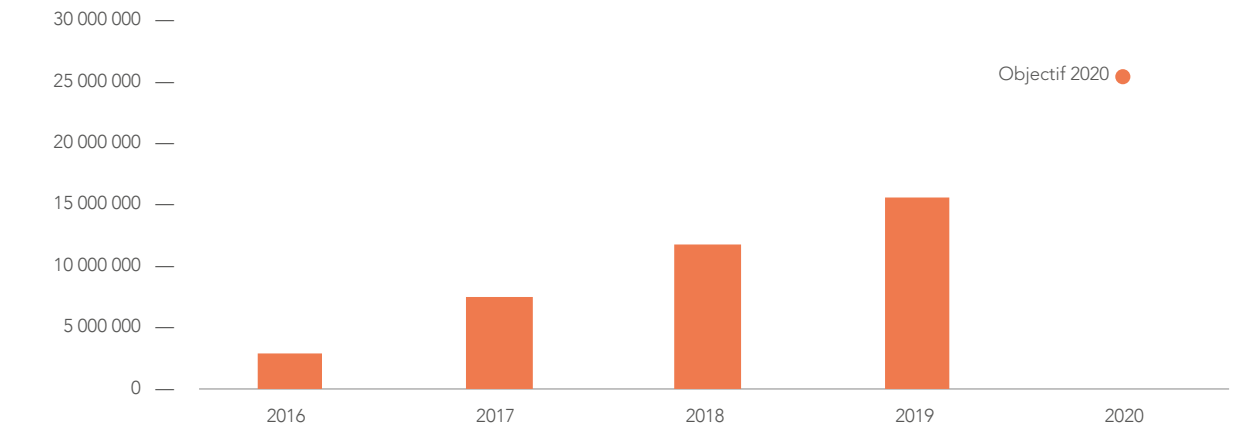


FIGURE 2.19

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.

Crédit : ONUSIDA

ENGAGEMENT
POUR UNE ACCÉLÉRATION DE LA RIPOSTE

4

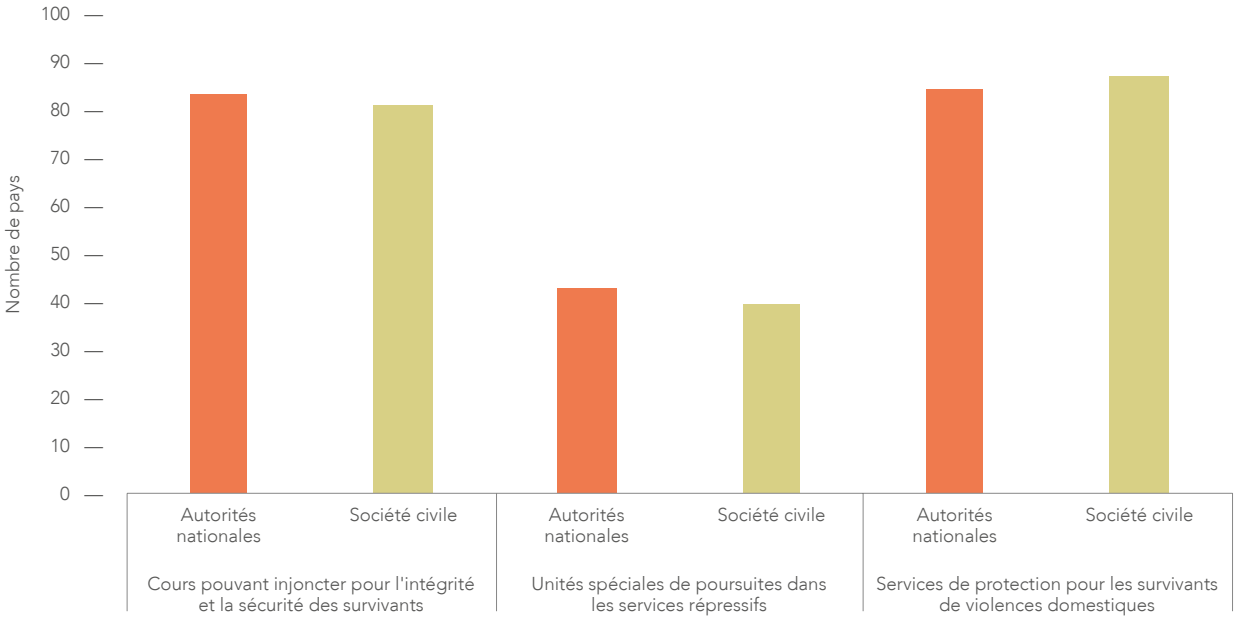
ÉLIMINER LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES ET À METTRE FIN À TOUTES LES FORMES DE VIOLENCE ET DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES ET DES FILLES, DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DES POPULATIONS-CLÉS À L'HORIZON 2020.

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

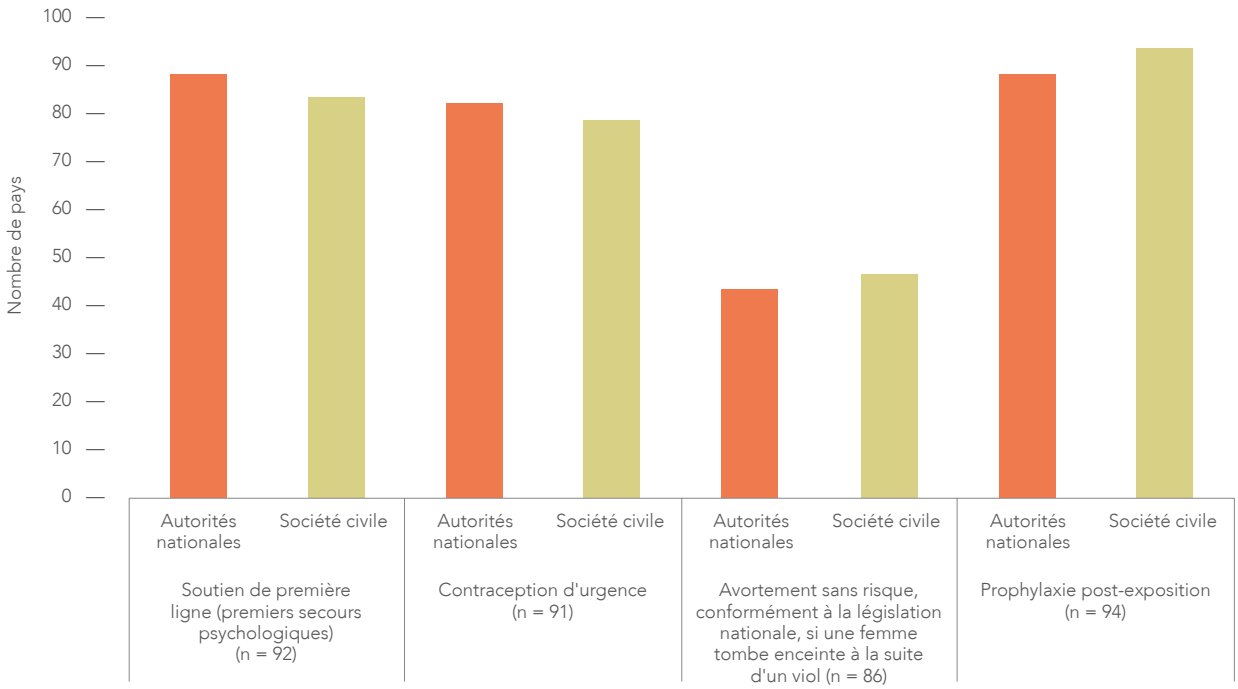
Pays possédant des dispositions relatives aux violences domestiques, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2019



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

FIGURE 2.21

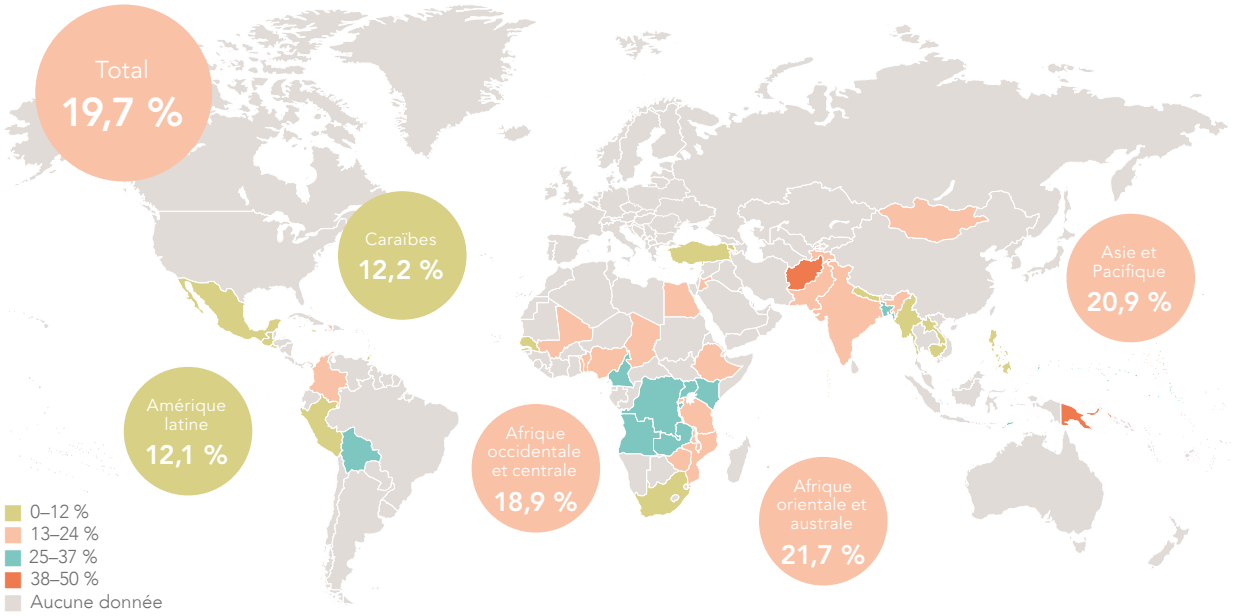
Les pays disposant de points de prestation de services fournissant des services médicaux et psychologiques appropriés et un soutien aux femmes et aux hommes ayant subi des violences sexuelles, pays pour lesquels des données étaient disponibles, 2019



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 PARMI LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES À MOINS DE 100 000.

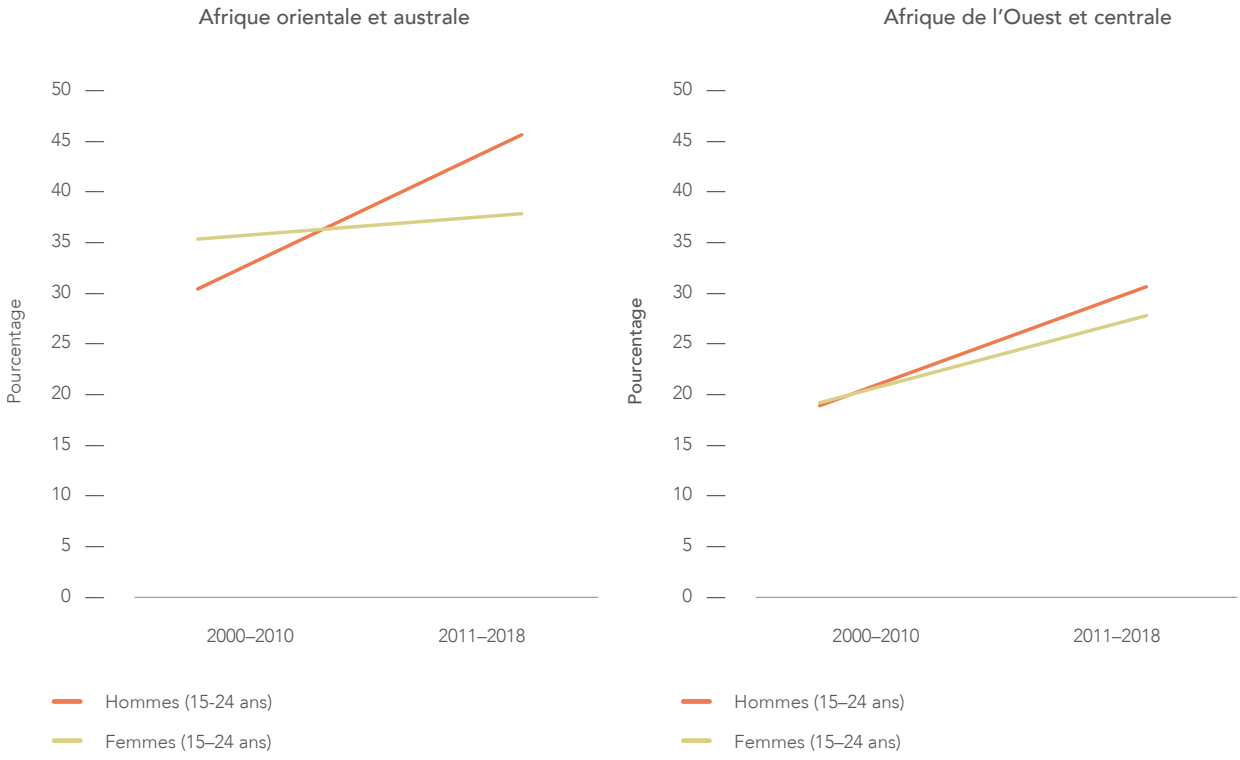
Un élément essentiel des ripostes au VIH est de veiller à ce que les jeunes sachent comment éviter les infections au VIH et où ils peuvent accéder en toute sécurité aux services de prévention du VIH et de santé sexuelle et reproductive.

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 progressée 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	Reconnaît les personnes vivant avec le VIH comme des bénéficiaires clés	Reconnaît les populations clés comme des bénéficiaires essentiels	Reconnaît les adolescentes et les jeunes femmes comme des bénéficiaires essentiels	Reconnaît les enfants touchés par le VIH comme des bénéficiaires clés	Reconnaît 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

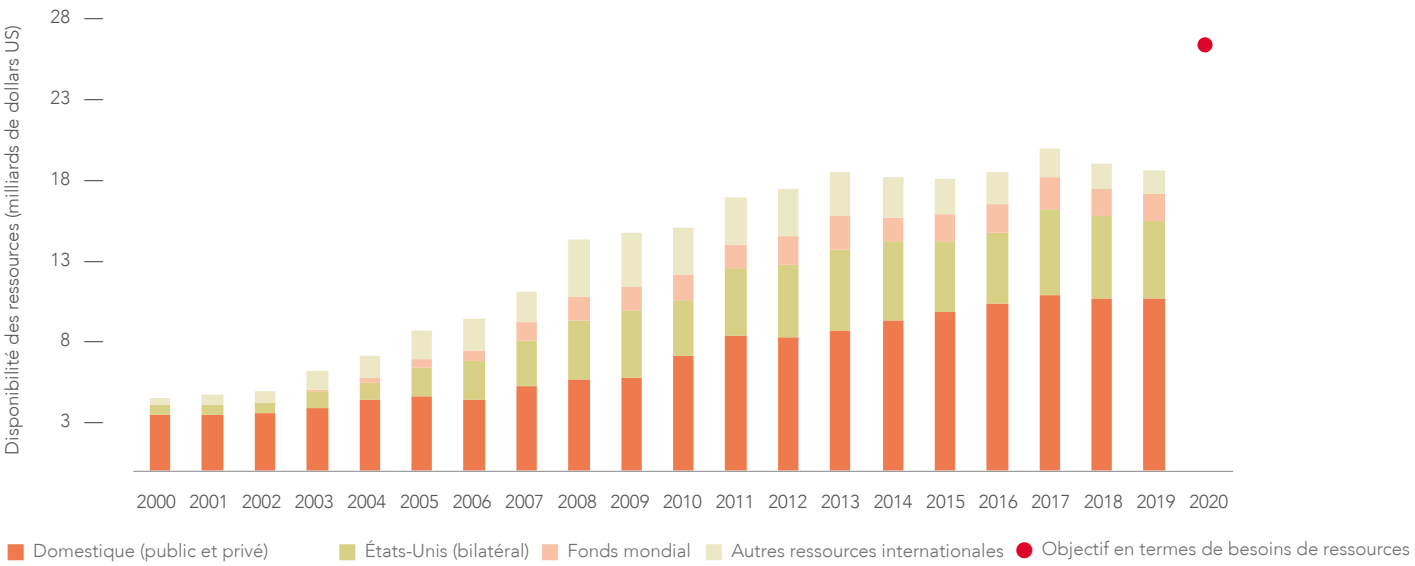
VEILLER À CE QUE LES INVESTISSEMENTS DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH ATTEIGNENT 26 MILLIARDS DE DOLLARS D'ICI 2020, DONT UN QUART POUR LA PRÉVENTION DU VIH ET 6 % POUR LES FACILITATEURS SOCIAUX.

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).[2] 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).[3] 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.

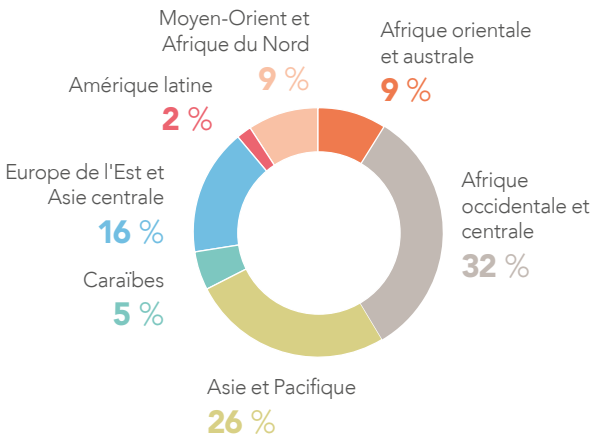
Une analyse plus approfondie des données relatives aux ressources financières démontre que la combinaison des sources de financement consacrées aux ripostes au VIH dans les pays à faible et moyen revenu a considérablement évolué depuis 2010. La part des ressources nationales est passée de 47 % du financement 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 02.25

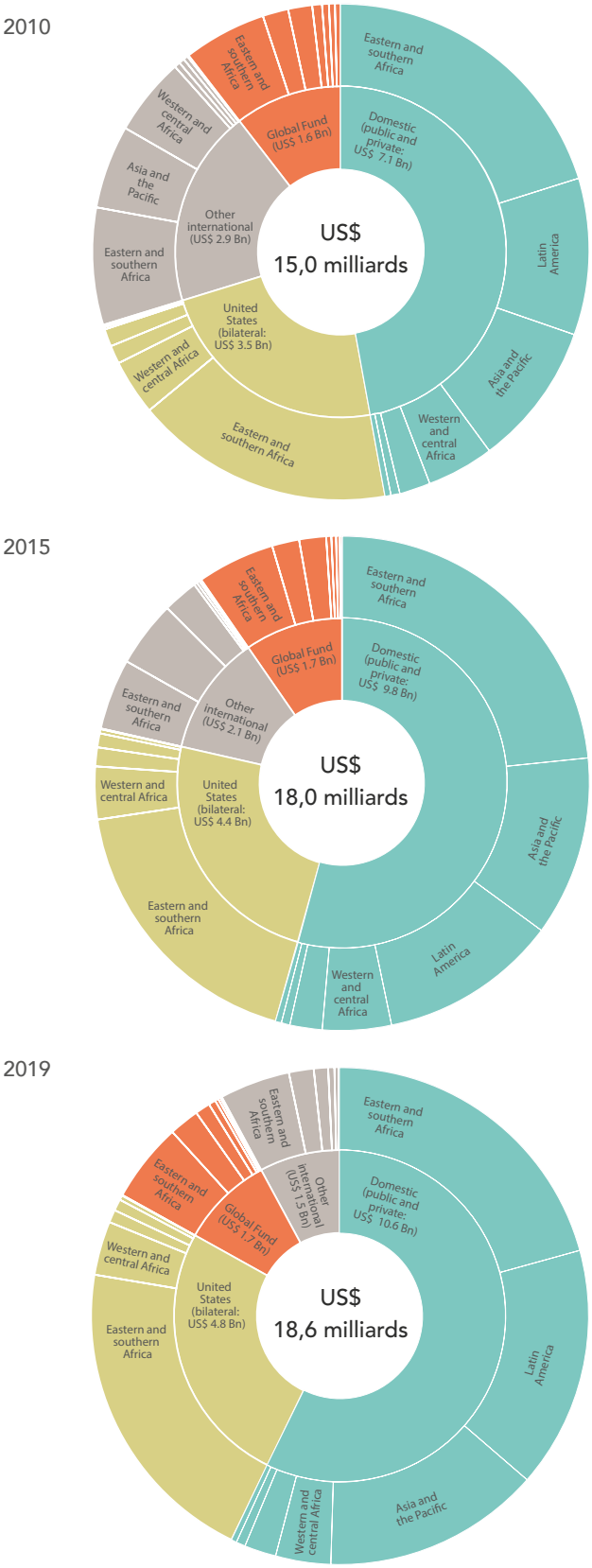
Déficit de financement entre les ressources de 2019 et les besoins estimés, 2020, par région



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

FIGURE 2.26

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



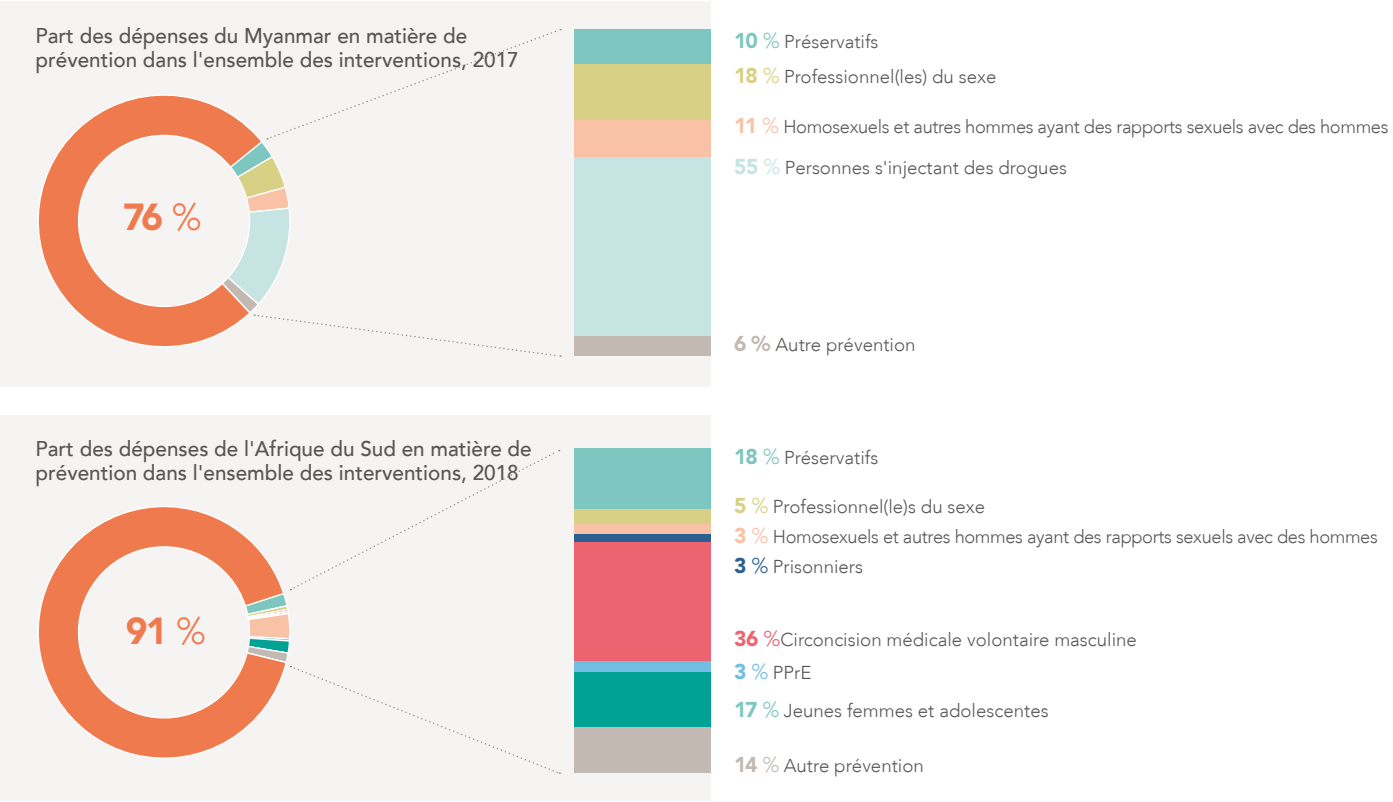
Note : Toutes les unités en dollars américains constants de 2016.
Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (cf. http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html).

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. [4] 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.

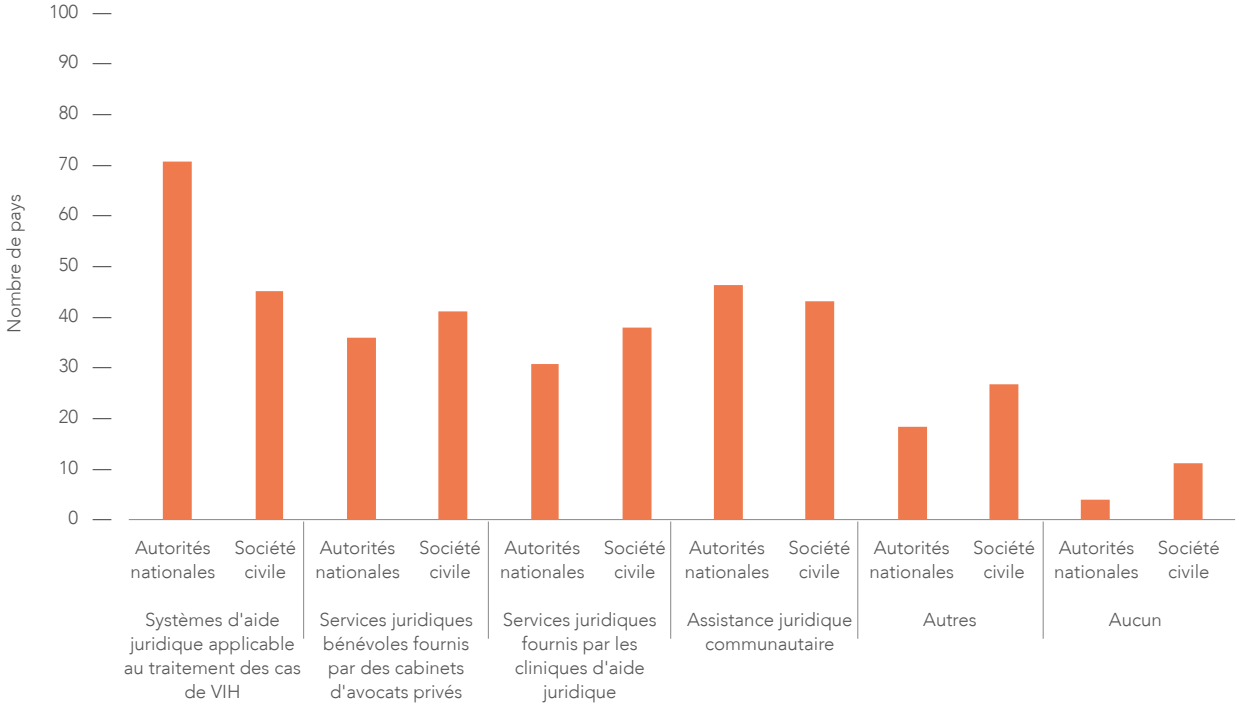
Pour être efficaces, les ripostes au VIH doivent s'appuyer sur des environnements juridiques, politiques et sociaux qui permettent aux personnes vivant avec le VIH, à celles qui sont plus exposées à un risque élevé d'infection au VIH et aux autres personnes touchées par l'épidémie, de faire valoir leurs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

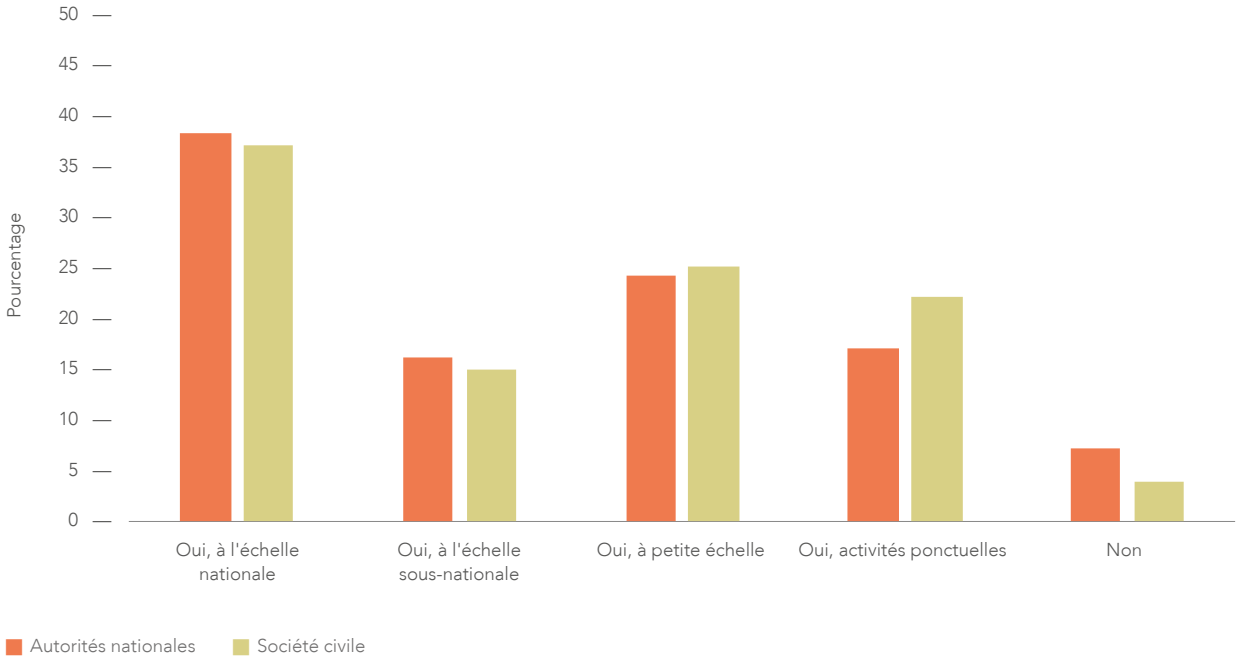
Pays possédant des mécanismes ayant pour objet de promouvoir l'accès à des services juridiques abordables, 2019



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



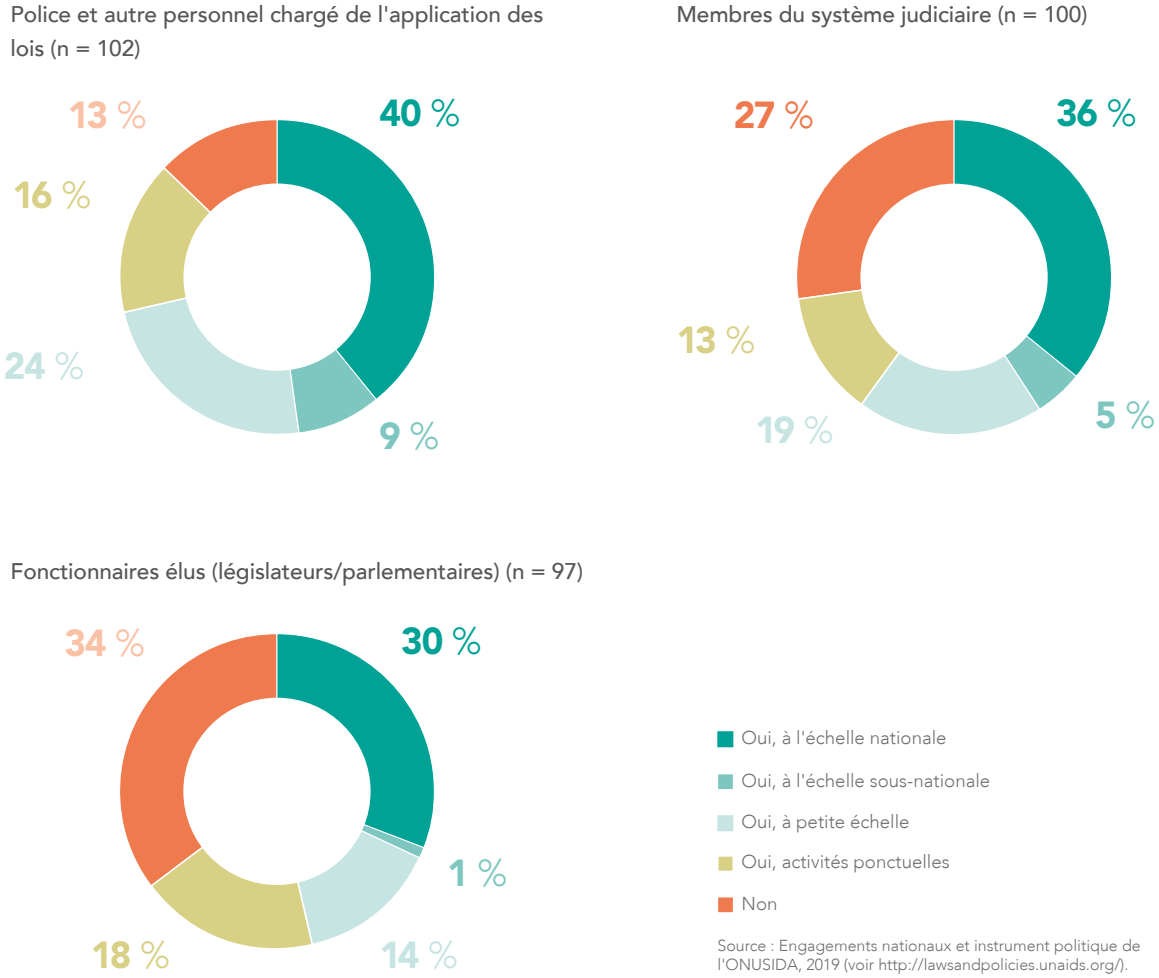
Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir http://lawsandpolicies.unaids.org/).

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

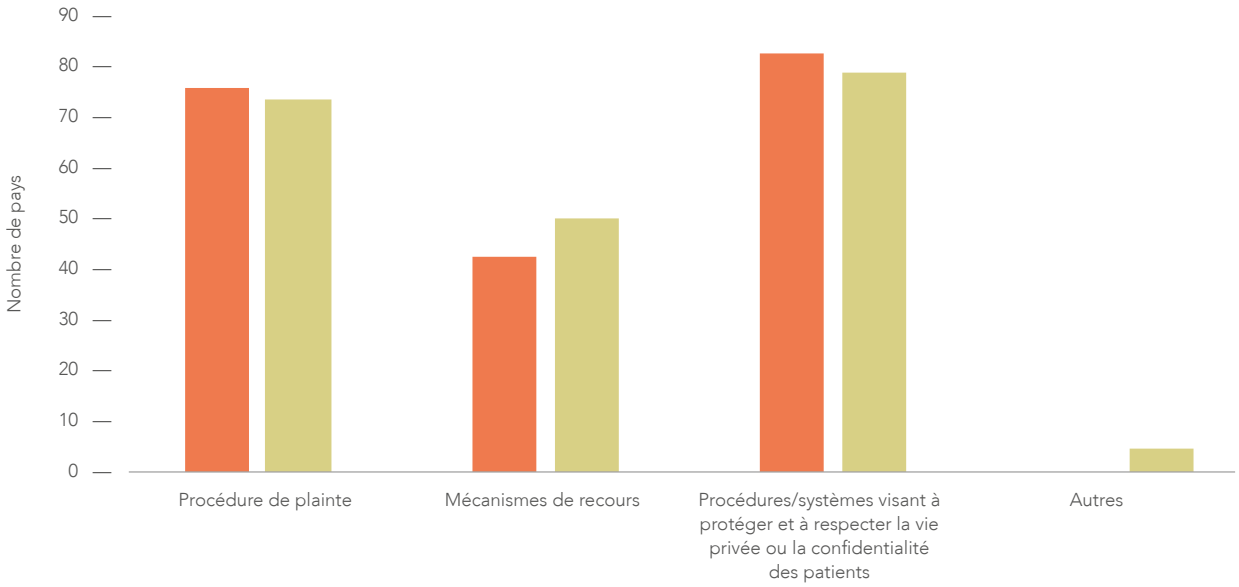


Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir http://lawsandpolicies.unaids.org/).

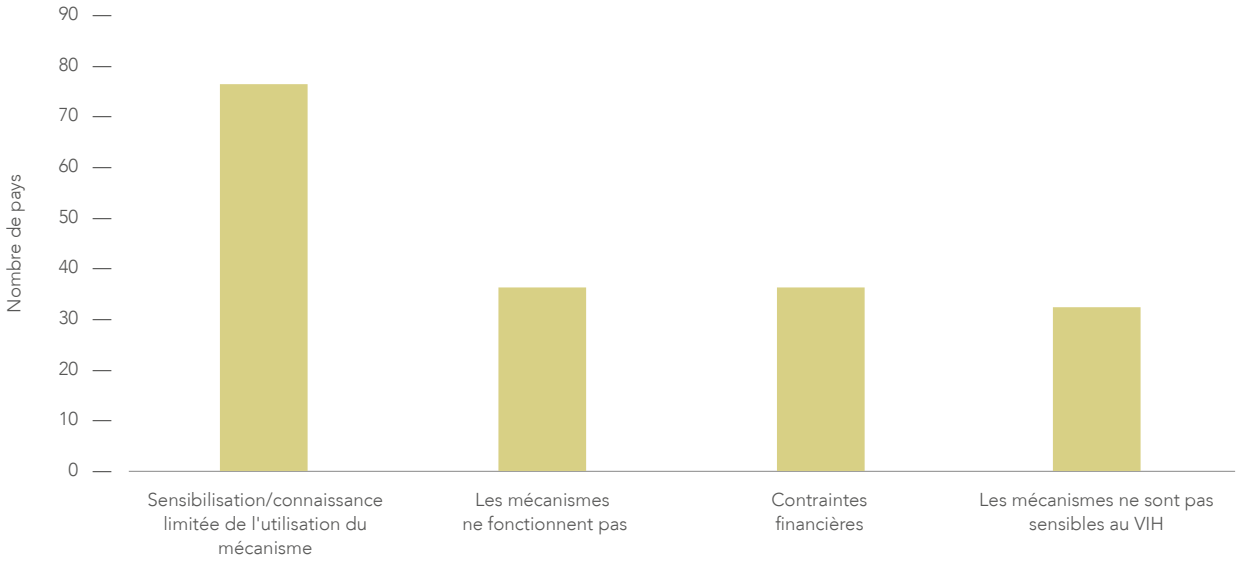
FIGURE 2.31

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.

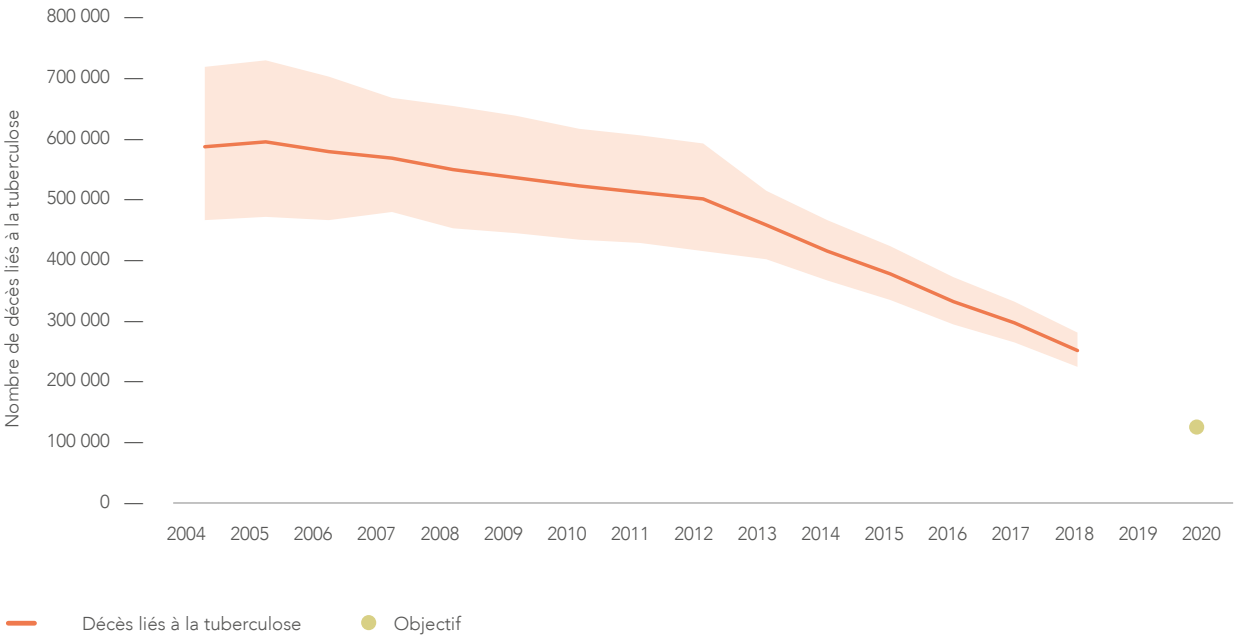
Le risque de développer la tuberculose est 19 fois plus élevé (fourchette, 15-22) pour une personne vivant avec le VIH que pour le reste de la population mondiale. Et la tuberculose reste la principale cause de décès prématuré chez les personnes vivant avec le VIH *(6)*.

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.

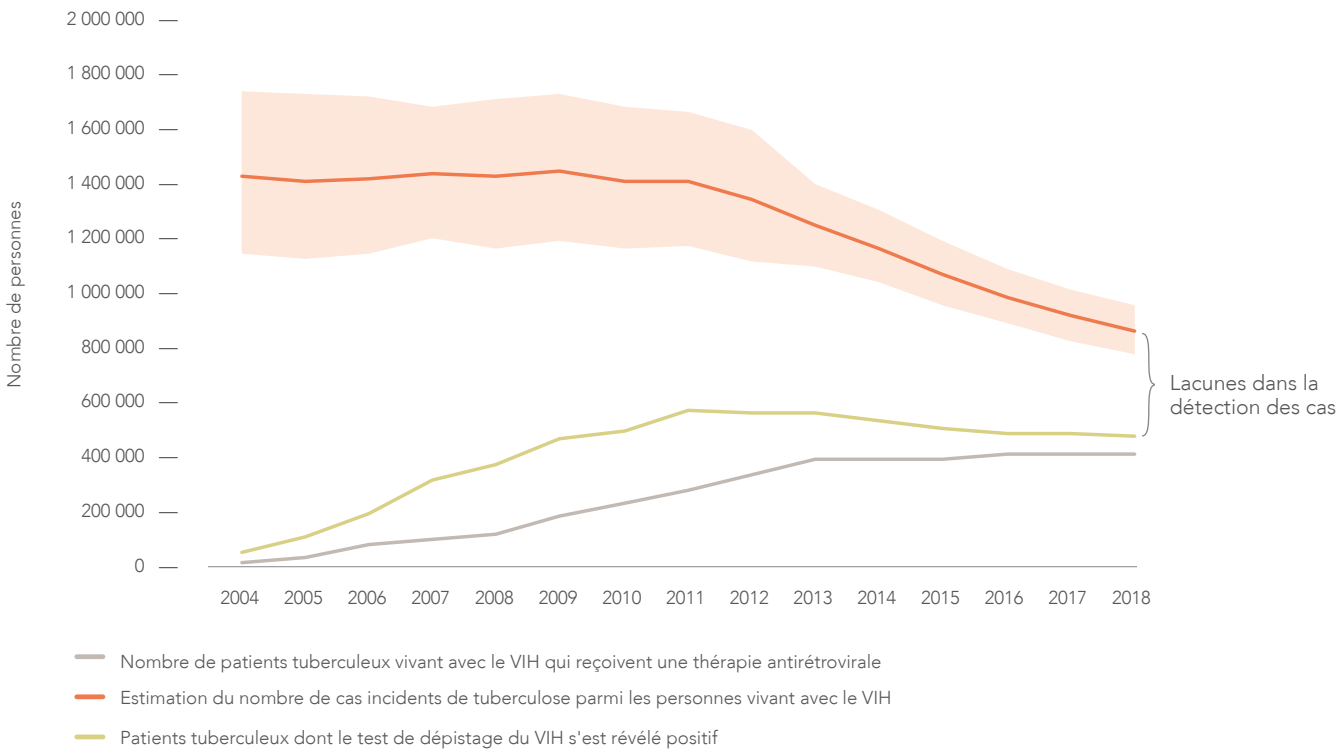
La co-infection par le VIH et l'hépatite C est signalée dans toutes les populations clés à haut risque de VIH, en particulier parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Cela s'explique par la facilité avec laquelle les deux virus se propagent via le partage de matériel de préparation et d'injection 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

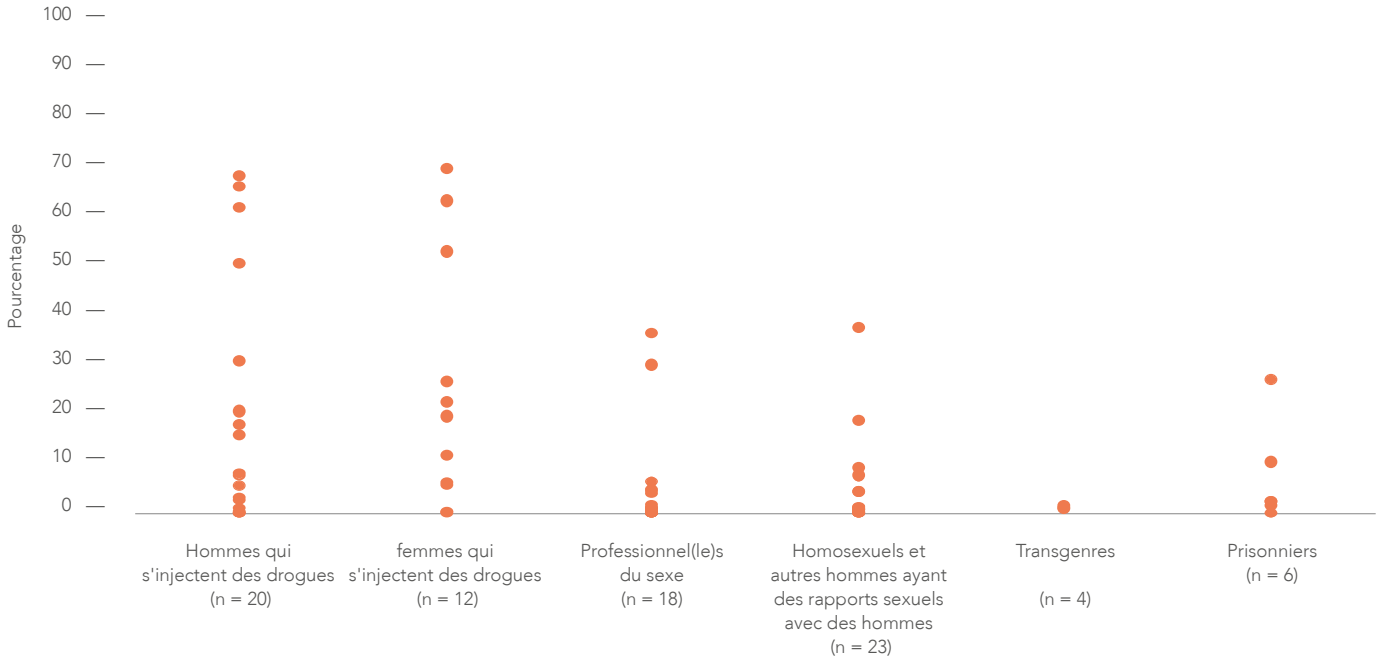
Nombre de nouveaux cas de tuberculose notifiés et de rechutes connus comme étant séropositifs, nombre de patients tuberculeux séropositifs recevant une thérapie antirétrovirale et nombre estimé de cas de tuberculose incidents parmi les personnes vivant avec le VIH, 2004-2018



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2019 (voir https://aidsinfo.unaids.org/) ; Rapport mondial sur la tuberculose. Genève : OMS ; 2019.

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[1]
	Afrique du Sud	Dépistage opportuniste	Frottis PAP
10–50 %	Burkina Faso	Dépistage organisé au sein de la population	Inspection visuelle[1]
	Côte d'Ivoire	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle[1]
	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[1]
	Sénégal	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle[1]
<10 %	Éthiopie	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle[1]
	Guinée	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle[1]
	Madagascar	Dépistage opportuniste	Inspection visuelle[1]

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-(-), consulté le 2 juin 2020).
1 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.

ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org