

NOTE D'INFORMATION DU SEGMENT THEMATIQUE

**Que nous disent les données au
niveau régional et national,
sommes-nous à l'écoute et
comment pouvons-nous mieux
tirer parti de ces données et des
technologies connexes pour
atteindre nos objectifs de 2025
et 2030 ?**

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 5 |
| QUE NOUS DISENT LES DONNÉES ? SOMMES-NOUS A L'ECOUTE ? | 6 |
| COLLECTE ET EXPLOITATION DES DONNÉES AFIN D'INTENSIFIER LA COUVERTURE DES SERVICES ET D'AMÉLIORER LEUR QUALITÉ..... | 12 |
| COLLECTE ET EXPLOITATION DES DONNÉES SUR LES OBSTACLES JURIDIQUES ET POLITIQUES ET LES FACILITATEURS SOCIÉTAUX | 25 |
| SUIVI MONDIAL DES PROGRÈS RÉALISÉS EN VUE DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS POUR 2025 | 30 |
| PERSPECTIVES D'AVENIR..... | 32 |

DÉCLARATION DE NON-RESPONSABILITÉ

Les études de cas figurant dans les encadrés de cette note d'information ont été résumées mais sont présentées telles quelles. Elles n'expriment ni ne suggèrent, de manière implicite ou autre une relation avec l'ONUSIDA et son mandat et/ou l'un de ses Coparrainants, les États membres et la société civile, ni ne suggèrent un soutien de leur part. Le contenu des études de cas n'a pas été vérifié de manière indépendante. L'ONUSIDA ne fait aucune affirmation, promesse ou garantie quant à l'exhaustivité et à l'exactitude du contenu des études de cas et décline expressément toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans le contenu. Les appellations employées et la présentation des études de cas n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Le contenu des études de cas ne représente pas non plus nécessairement l'opinion des États membres, de la société civile, du Secrétariat de l'ONUSIDA ou des Coparrainants de l'ONUSIDA. Toutes les études de cas ont été compilées dans un document de séance (UNAIDS/PCB (49)/CRP2), qui est disponible sur le site web du CCP.

RÉSUMÉ

1. Cette note fournit des éléments d'information relatifs au segment thématique de la 49e réunion du Conseil de coordination du programme intitulé « Que nous disent les données au niveau régional et national, sommes-nous à l'écoute et comment pouvons-nous mieux tirer parti de ces données et des technologies connexes pour atteindre nos objectifs de 2025 et 2030 ? »
2. Au cours des deux dernières décennies, les données ont été le fondement des progrès réalisés dans la gestion de la pandémie de sida. Cependant, l'efficacité de la collecte et de l'utilisation des données relatives au VIH se sont avérées inégales.
3. Des systèmes nationaux durables et réguliers d'information sanitaire devraient constituer la base d'une utilisation efficace des données dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé. Ces systèmes compilent diverses données de haute qualité qui permettent d'obtenir les informations nécessaires pour comprendre l'épidémie et y répondre. Les ripostes au VIH et à la COVID-19 ont démontré la valeur des données granulaires et spécifiques aux maladies pour adapter les services de santé et différents services essentiels aux situations d'urgence ou à d'autres chocs.
4. Les groupes les plus touchés par le VIH sont souvent marginalisés et ne sont pas équitablement représentés dans les systèmes d'information nationaux, en grande partie à cause des effets de la stigmatisation et de la discrimination. Par conséquent, les systèmes nationaux d'information de routine doivent être complétés par des enquêtes spéciales et ciblées qui contribuent à combler les lacunes en matière de données. Ces enquêtes doivent également permettre la triangulation des données en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à atteindre les populations laissées pour compte.
5. Les données générées au niveau communautaire constituent un pilier supplémentaire des systèmes d'information de la riposte au VIH qui permettent de surveiller l'accessibilité financière, la disponibilité, l'acceptabilité et la qualité des services, en particulier pour les populations les plus marginalisées. La surveillance par les communautés aborde des questions potentiellement négligées par d'autres systèmes ou méthodes de données, comme la prévalence, la nature et l'impact des obstacles à l'utilisation des services liés aux droits humains. Elle peut également permettre de travailler avec des populations plus facilement atteintes par les efforts communautaires.
6. Les efforts inclusifs visant à fixer des objectifs nationaux pour les ripostes au VIH favorisent également la redevabilité et une large appropriation. Les objectifs convenus contribuent à rassembler les divers acteurs et parties prenantes dans le but d'atteindre une couverture élevée des services et de générer des impacts positifs pour toutes les populations.
7. L'appui de l'ONUSIDA au suivi et à l'établissement de rapports dans les pays est essentiel aux progrès et à la redevabilité au niveau mondial dans la riposte au VIH, ainsi que pour entretenir la dynamique en faveur des objectifs et engagements mondiaux dans le cadre de la prise en charge de l'infection. Ce soutien fait progresser la solidarité mondiale dans l'utilisation des données pour identifier et combattre les inégalités, mais aussi pour accélérer les progrès vers la fin de la pandémie de sida.

INTRODUCTION

8. Lors de sa 47e session virtuelle en décembre 2020, le Conseil de coordination du programme (CCP) a convenu que le segment thématique de la 49e réunion aurait pour thème « Que nous disent les données au niveau régional et national, sommes-nous à l'écoute et comment pouvons-nous mieux tirer parti de ces données et des technologies connexes pour atteindre nos objectifs de 2025 et 2030 ? » Cette note fournit des éléments d'information à propos de cette discussion thématique.
9. La riposte au VIH a donné naissance à l'un des systèmes de données les plus complets, les plus granulaires et les plus actualisés dans le domaine de la santé et du développement à l'échelle internationale. Des objectifs quantifiables et limités dans le temps ont permis de progresser et de renforcer la redevabilité ainsi que la transparence de la riposte au VIH. Des données complètes sur les programmes, les enquêtes, les modèles et les politiques ont contribué à l'amélioration continue des services liés au VIH.
10. Alors que les données ont servi de base à la riposte, l'efficacité de la collecte et de l'utilisation des données relatives au VIH s'est avérée inégale. Certains pays et programmes ont donné la priorité à la collecte et à l'utilisation de données diverses, désagrégées et détaillées pour élaborer les ripostes nationales et favoriser les progrès contre le sida. En revanche, d'autres ne possèdent pas les ressources, les systèmes ou l'expertise nécessaires pour recueillir et utiliser efficacement ces données. Certains pays ne collectent pas suffisamment d'informations sur les populations clés, ce qui laisse ces dernières dans l'ignorance des facteurs d'infection par le VIH et de décès liés au sida, ainsi que d'autres renseignements essentiels pour piloter une riposte efficace.¹ Ces défis soulignent l'importance d'impliquer les communautés en tant que partenaires incontournables dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des efforts en matière de données stratégiques.
11. L'analyse globale des données nationales communiquées à l'ONUSIDA montre que la riposte mondiale au sida a perdu de son élan ces dernières années, principalement en raison de la persistance des inégalités. Les efforts visant à réduire les inégalités liées au VIH sont guidés par la Déclaration politique de 2021 sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030² et par la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.³ La déclaration et la stratégie invitent les pays à améliorer la collecte et l'utilisation des données afin d'orienter la définition des objectifs nationaux, la planification, l'allocation des ressources, la prestation de services et la suppression des obstacles juridiques et politiques, conformément aux objectifs mondiaux pour 2025. Les deux documents renforcent les efforts déployés pour atteindre les objectifs nationaux dans le cadre d'au moins dix objectifs de développement durable⁴, notamment l'objectif consistant à mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 (cible 3.3). Ils créent également des synergies sur la collecte de données au sein de l'écosystème de la santé au sens large et du Programme commun de l'ONUSIDA.
12. Cette note d'information examine comment et pourquoi la collecte et l'utilisation des données seront essentielles pour suivre et stimuler les progrès vers les objectifs pour 2025, en accordant une attention particulière au rôle du Programme commun de l'ONUSIDA dans le renforcement des données liées à l'impact. La note aborde explicitement chacune des trois questions posées pour ce segment thématique.

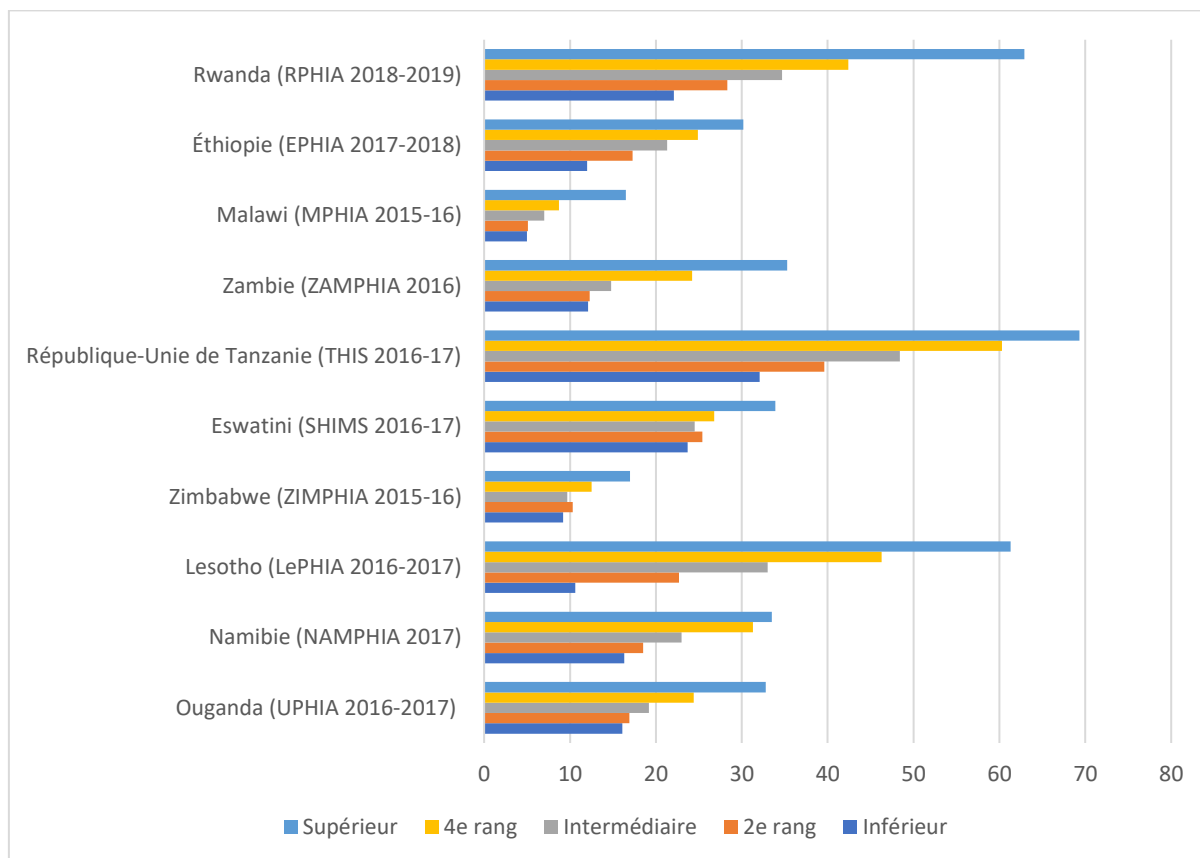
13. Pour répondre aux deux premières questions (Que nous disent les données ? Sommes-nous à l'écoute ?), la note résume les données disponibles concernant la riposte au VIH, décrit comment la collecte et l'utilisation stratégique de ces données ont produit des résultats décisifs et indique où notre incapacité à tenir compte des données a contribué aux lacunes et aux inégalités dans la riposte.
14. Les réflexions sur la troisième question (comment pouvons-nous mieux tirer parti de ces données et des technologies connexes pour atteindre nos objectifs de 2025 et 2030 ?) sont proposées dans des sections thématiques sur les sujets suivants : (i) définition d'objectifs, planification et allocation des ressources ; (ii) efforts visant à maximiser la couverture des services et à optimiser leurs résultats ; (iii) facilitateurs sociétaux, notamment la suppression des obstacles juridiques et politiques. Tout au long de ces sections, la note d'information présente des exemples issus de différents pays et régions de l'utilisation efficace des données en vue de stimuler le progrès.

QUE NOUS DISENT LES DONNÉES ? SOMMES-NOUS A L'ECOUTE ?

15. Les données nationales communiquées à l'ONUSIDA soulignent à la fois les succès historiques de la riposte au VIH ainsi que ses lacunes, ses inégalités et ses insuffisances persistantes. Ces données démontrent clairement qu'il est possible de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique : au moins 44 pays sont en passe de parvenir à une réduction d'au moins 90 % des décès liés au sida d'ici 2030 et 35 sont bien placés pour réduire les nouvelles infections par le VIH d'au moins 90 %.^{5 6} Huit pays ont atteint les objectifs 90-90-90,⁷ 19 ont atteint l'objectif 90-90-90 d'inhibition de la réplication virale chez au moins 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH, et le nombre de décès liés au sida dans le monde a diminué de 47 % depuis 2010 (et de 64 % depuis le pic de mortalité de 2004).⁸
16. Cependant, aucun des objectifs d'accélération de la riposte 2020 fixés par l'Assemblée générale des Nations unies en 2016⁹ n'a été atteint au niveau mondial, et aucune région n'a atteint l'objectif consistant à réduire d'au moins 75 % les nouvelles infections par le VIH. Entre 2010 et 2020, les infections annuelles par le VIH ont augmenté de 43 % en Europe de l'Est et en Asie centrale et de 7 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. En Amérique latine, aucun progrès n'a été réalisé au cours de la dernière décennie en matière de réduction des nouvelles infections annuelles.¹⁰ L'utilisation de la prévention combinée du VIH reste dans l'ensemble inadaptée. La couverture des services de prévention destinés aux populations clés varie considérablement d'un pays et d'une région à l'autre, et elle est insuffisante dans toutes les régions.
17. Les données issues d'enquêtes effectuées auprès des populations après 2015 suggèrent que l'utilisation du préservatif a diminué chez les jeunes dans plusieurs pays d'Afrique au sud du Sahara, tandis que seulement 44 % des districts prioritaires dans 19 pays de cette même région¹¹ disposaient de programmes dédiés aux jeunes femmes et à leurs partenaires masculins.¹² Le recours à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) est en augmentation, mais le nombre de personnes bénéficiant de la PrEP en décembre 2020 (845 000) était nettement inférieur à l'objectif d'accélération de la riposte fixé à 3 millions.¹³ Le nombre d'hommes dans 15 pays prioritaires ayant bénéficié d'une circoncision médicale volontaire en 2016-2020 (près de 18 millions) était inférieur de plus de 7 millions de circoncisions à l'objectif d'accélération de la riposte.¹⁴ Dans l'ensemble des régions, les services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues sont rarement proposés à une échelle significative.

18. Les obstacles sociaux et structurels continuent d'entraver l'utilisation des services et d'accroître la vulnérabilité au VIH. Dans 36 des 58 pays étudiés entre 2015 et 2020, plus de 50 % des adultes (âgés de 15 à 49 ans) indiquaient adopter des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH.¹⁵ Les lois et politiques qui criminalisent et discriminent les populations clés et les personnes vivant avec le VIH restent courantes, en dépit de preuves solides de leur impact négatif sur l'utilisation des services liés au VIH et les résultats sanitaires (voir section V). Dans 13 pays ayant fait l'objet d'enquêtes récentes, pas moins d'une personne sur cinq vivant avec le VIH déclare s'être vu refuser des services de santé en raison de sa séropositivité au cours des 12 derniers mois.¹⁶ La violence à l'égard des femmes est associée à un risque plus élevé d'infection par le VIH dans les milieux à forte prévalence du virus, de retards dans le démarrage du traitement du VIH et de traitements moins efficaces chez les femmes vivant avec le VIH.^{17 18} Seuls 7 des 43 pays ayant fourni des données ont atteint l'objectif fixé pour 2020, soit moins de 10 % des femmes déclarant avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 mois précédents, et la plupart des habitants de la planète ne bénéficient d'aucune protection sociale.

Illustration 1. Circoncision médicale autodéclarée chez les hommes âgés de 15 ans et plus, par richesse du ménage, pays prioritaires dont les données sont disponibles, 2015-2019



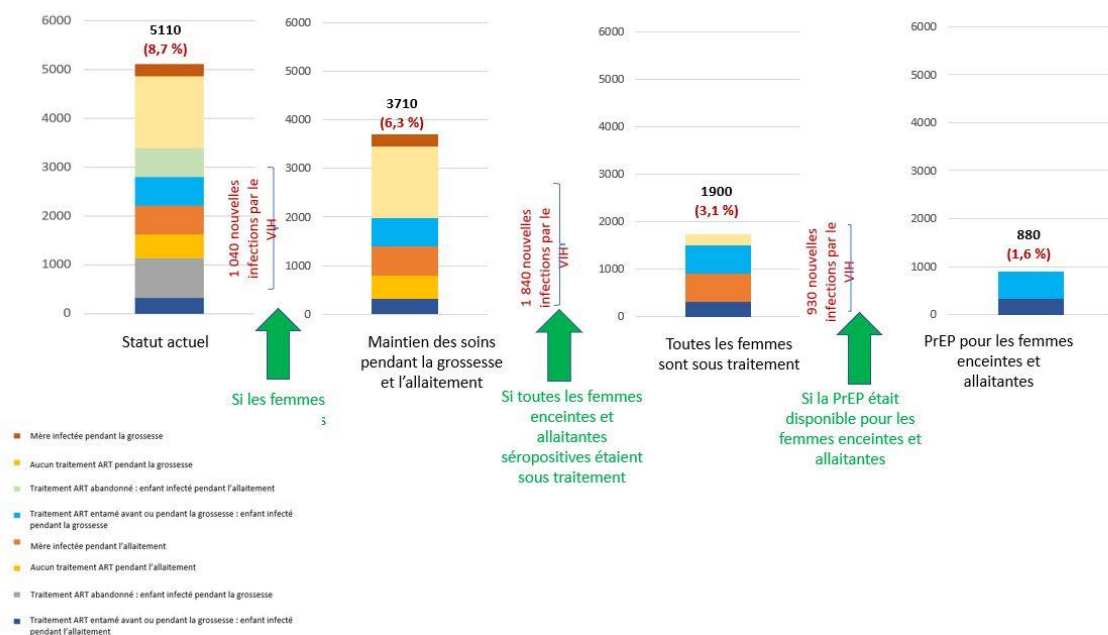
Source : Évaluations de l'impact du VIH en fonction des populations, 2015-2019

19. La pauvreté, le manque de scolarisation et la discrimination augmentent la vulnérabilité au VIH et entravent l'accès aux services de santé et de riposte au virus. Dans certains pays, la pauvreté est fortement associée à une augmentation de la prévalence du VIH. Par ailleurs, dans 11 des 12 pays disposant de données récentes, les hommes des quintiles de richesse inférieurs sont moins susceptibles que les hommes plus riches d'accéder aux services de circoncision médicale volontaire (illustration 1).¹⁹ Les femmes ont moins de chances de voir leur demande de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes si elles vivent dans des zones rurales, n'ont pas atteint un niveau d'éducation secondaire ou supérieur et/ou si elles font partie du quintile le plus bas de l'indice de richesse.²⁰ Aux États-Unis d'Amérique, les personnes noires sont huit fois plus susceptibles que les Blancs d'être diagnostiquées séropositives,²¹ mais la couverture de la PrEP en 2019 était près de huit fois supérieure chez les Blancs que chez les Noirs.²²
20. La reconnaissance croissante des nombreuses inégalités qui prolongent la pandémie a incité différentes parties prenantes à s'unir pour élaborer la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida pour 2021-2026, qui vise à mettre fin aux inégalités et à placer la riposte sur la bonne voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.²³

Exemples de progrès réalisés grâce aux données

21. Là où les pays et les programmes ont accordé une importance particulière aux données, la riposte a connu une amélioration rapide. Par exemple, les résultats des essais PopART, SEARCH et d'autres essais de dépistage et de traitement universels ont montré que le dépistage diversifié du VIH et la mise en place d'un traitement dès le diagnostic étaient réalisables et entraînaient une augmentation de l'inhibition de la réplication virale chez les personnes vivant avec le VIH.²⁴ Les directives de l'OMS relatives au dépistage et au traitement ainsi que de nombreux programmes nationaux de traitement reflètent les résultats de ces recherches.
22. Les innovations en matière de visualisation des données ont aidé les pays à saisir des opportunités d'intervention programmatique qui avaient été manquées par le passé.²⁵ C'est notamment le cas de la visualisation par histogramme à « barres empilées », qui permet aux pays de quantifier les raisons pour lesquelles les enfants continuent de contracter le VIH verticalement dans des milieux à forte couverture des traitements antirétroviraux chez les femmes adultes vivant avec le VIH. Le Zimbabwe s'est appuyé sur les résultats de l'analyse de ses barres empilées (illustration 2) pour élaborer un plan chiffré visant à augmenter la couverture du diagnostic précoce des nourrissons, à améliorer les efforts pour localiser les patients dont le suivi a été interrompu et les réengager dans les soins, et à renforcer la qualité des données utilisées pour la gestion du programme.
23. En Ouganda, l'histogramme à barres empilées représentant le nombre important de femmes infectées pendant la grossesse et l'allaitement a encouragé le pays à adopter la PrEP pour les femmes enceintes et allaitantes. L'analyse des barres empilées a également permis au pays de prioriser les interventions clés de son plan en vue d'éliminer la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.²⁶ Cependant, l'utilisation de ces données par certains pays n'est pas assez efficace pour se traduire par des progrès. Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants n'ont diminué que de 20 % dans le monde entre 2015 et 2020, ce qui est bien loin des récents objectifs d'élimination.²⁷

Illustration 2. Scénarios modélisés pour réduire la transmission verticale du VIH à l'aide de l'outil à « barres empilées », Zimbabwe, 2020



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2021

24. Les données relatives à l'impact disproportionné de l'épidémie sur les adolescentes et les jeunes femmes ont suscité une action accrue, notamment la création et le lancement de l'initiative DREAMS, financée par les États-Unis, et de l'initiative conjointe Education Plus des Nations Unies. Les données montrant que les hommes vivant avec le VIH obtiennent systématiquement de moins bons résultats que les femmes vivant avec le VIH dans le cadre du dépistage et du traitement du virus ont abouti à des efforts ciblés visant à impliquer plus efficacement les hommes dans les services de riposte au VIH. C'est notamment le cas de la coalition multipartite MenStar qui, depuis septembre 2021, utilise des initiatives axées sur les patients pour orienter près de 1,3 million d'hommes vers le démarrage d'un traitement du VIH et atteindre un niveau d'inhibition de la répllication virale de 91 %. Nous pouvons également mentionner l'exemple du modèle de soutien par les pairs Coach Mpilo en Afrique du Sud.^{28 29}
25. Les investissements de la riposte au VIH dans des systèmes qui génèrent des informations stratégiques et granulaires sur le virus ont également renforcé les systèmes d'information sanitaire au sens large, avec des avantages devenus particulièrement évidents pendant la pandémie de COVID-19. Le plus grand système au monde de gestion des informations sanitaires, DHIS2, largement financé par les investissements dans le domaine du VIH, collecte et analyse les données de santé de 2,4 milliards de personnes, permettant ainsi d'orienter la planification et l'amélioration de la prestation de services dans 73 pays pour la COVID-19 et d'autres questions sanitaires.³⁰ L'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont repensé le système mondial de surveillance de la lutte contre le sida afin de recueillir des données sur les perturbations des services de prise en charge du VIH causées par les efforts d'atténuation de la COVID-19.³¹ Le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) a indiqué que ses investissements dans les systèmes d'information sanitaire avaient aidé les pays à surveiller les cas de COVID-19, les décès et les vaccinations.³² Au cours des restrictions de déplacements et des confinements à grande échelle liés à la COVID-19, les pays et les communautés ont tenu compte des données relatives aux avantages de la distribution de traitements antirétroviraux pour plusieurs mois pour intensifier rapidement une approche recommandée par l'OMS depuis 2016.³³

Le fait de ne pas tenir compte des données entraîne des lacunes persistantes dans les ripostes au VIH

26. La réponse aux besoins des enfants en matière de traitement du VIH constitue un exemple de cas où de nombreuses ripostes au VIH ne tiennent pas compte des données. La couverture des traitements antirétroviraux chez les enfants vivant avec le VIH (54 % en 2020) reste nettement inférieure à celle des adultes (74 %),³⁴ en dépit d'améliorations notables dans notre compréhension de la population des enfants vivant avec le VIH. Par exemple, les estimations modélisées indiquent que deux tiers des enfants vivant avec le VIH mais ne bénéficiant pas de traitement antirétroviral ont plus de cinq ans, ce qui souligne autant la nécessité d'adapter et de cibler efficacement les programmes pour atteindre les enfants plus âgés que la valeur stratégique des données ventilées par âge. Ces données montrent qu'il est urgent d'adopter des approches de dépistage différenciées qui permettent de mieux faire bénéficier les enfants plus âgés des services de dépistage et de traitement, de redoubler d'efforts pour développer des protocoles et des formulations de traitement adaptés aux enfants, d'assurer un suivi plus rigoureux des paires mère-enfant et d'intégrer davantage le VIH dans les services de santé destinés aux enfants.³⁵

27. La prévention du VIH parmi les populations clés traduit également le manque d'attention accordé aux données disponibles. Bien que les populations clés ne représentent qu'une petite fraction de la population mondiale, elles (et leurs partenaires) comptaient pour 65 % des nouvelles infections par le VIH en 2020, et plus précisément la majorité dans toutes les régions à l'exception de l'Afrique orientale et australe.³⁶ Les tendances actuelles laissent penser que la transmission au sein des populations clés sera de plus en plus le moteur de l'épidémie en Afrique au sud du Sahara dans les années à venir.³⁷ Bien que les données aient permis d'intensifier l'attention accordée aux populations clés dans le discours général sur le VIH, cela ne s'est souvent pas traduit par un transfert suffisant de ressources vers des programmes axés sur ces populations.³⁸ Les données sur les dépenses liées au VIH communiquées par 61 pays à revenu faible et à revenu intermédiaire indiquent que seulement 2,6 % des dépenses totales liées au VIH dans ces pays sont consacrées à des programmes spécifiquement conçus pour les populations clés.³⁹
28. La nature multisectorielle des ripostes au VIH exige que le suivi des ressources aille au-delà des données sur le financement de la santé recueillies par les comptes nationaux de santé. Les évaluations des dépenses nationales liées au sida permettent de suivre les dépenses relatives à l'ensemble des activités associées au VIH, notamment dans des secteurs comme l'éducation, le développement social et le bien-être humain. Ce cadre d'évaluation fournit des informations sur les montants et les modèles de dépenses dans les pays, ce qui permet de prendre des décisions concernant la mobilisation et l'allocation des ressources.
29. Les données disponibles soulignent la nécessité de maintenir et de renforcer les investissements liés au VIH afin de remédier aux inégalités persistantes et de placer la riposte sur la bonne voie. Bien que les données mettent clairement en évidence les profonds avantages humains et économiques des investissements dans les programmes de riposte au VIH, les financements stagnent. Les ressources disponibles pour les ripostes au VIH dans les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire en 2020 étaient inférieures de 29 % (en dollars US constants) aux 26 milliards de dollars US que les différents pays se sont engagés à mobiliser annuellement pour soutenir le programme d'accélération.

Pays : République centrafricaine

Utiliser le suivi des ressources pour renforcer la riposte au VIH

Pour élaborer sa stratégie nationale de riposte au VIH pour 2021-2025, la République centrafricaine a entrepris un examen complet de son épidémie de VIH et de sa prise en charge. Avec une épidémie généralisée (3,6 % de prévalence nationale du VIH, et jusqu'à 11,9 % dans la province du Haut-Mbomou) et des résultats insuffisants dans la cascade de dépistage et de traitement du VIH (33 % des personnes vivant avec le VIH affichent une inhibition de la réplication virale), les partenaires nationaux ont été confrontés à un besoin urgent de renforcer et d'accélérer la réponse du pays au virus. À titre d'élément clé de cet examen complet, le pays a réalisé, avec le soutien de l'ONUSIDA, une évaluation nationale des dépenses liées au sida, la première depuis une décennie en raison de la persistance du conflit.

L'évaluation a montré que les traitements et les soins représentaient plus de la moitié des dépenses liées au VIH. Seulement environ 7 % des dépenses en 2016-2018 allaient à la prévention de l'infection (soit une diminution des dépenses de prévention de 25 % au cours de ces trois années) et seulement 6 % portaient sur les facilitateurs sociétaux. Parmi les dépenses de prévention, moins de 1 % soutenaient des programmes destinés aux populations

clés, bien que le pays ait considérablement augmenté ses dépenses pour les interventions de prévention destinées aux adolescentes et aux jeunes femmes. Le pays reste fortement dépendant de l'aide internationale, les financements des donateurs représentant bien plus de 90 % des dépenses liées au VIH. À lui seul, le Fonds Mondial contribue à environ 80 % de l'ensemble du financement de la riposte au VIH. Au total, les fonds disponibles en 2018 étaient inférieurs d'environ 80 % aux montants nécessaires pour financer intégralement le précédent plan stratégique national.

Le nouveau plan stratégique pour 2021-2025 a pris en compte ces lacunes et ces tendances. Les conclusions de l'évaluation ont été et sont utilisées pour plaider en faveur d'une augmentation du financement national de la riposte au VIH, en particulier pour les dépenses de prévention, les soins pédiatriques et le suivi budgétaire, d'une plus grande redevabilité et d'une mise en œuvre plus efficace des programmes. Les conclusions de l'évaluation des dépenses ont été mises à profit pour obtenir un financement près de trois fois supérieur de la part du Fonds Mondial.

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

COLLECTE ET EXPLOITATION DES DONNÉES AFIN D'INTENSIFIER LA COUVERTURE DES SERVICES ET D'AMÉLIORER LEUR QUALITÉ

Systèmes nationaux d'information sanitaire de routine et durable

30. Les systèmes de données durables qui s'appuient sur des données d'un programme collectées progressivement servent des objectifs multiples. Par exemple, les données relatives au dépistage du VIH constituent un élément essentiel pour les estimations modélisées des infections par le virus. Parallèlement, le suivi systématique de la charge virale améliore les résultats de la prise en charge médicale tout en générant des informations stratégiques sur l'efficacité des programmes de traitement du VIH.⁴⁰
31. L'OMS a piloté un changement progressif de l'orientation des systèmes de surveillance de la santé, en passant de la mesure des services (comme le nombre de dépistages effectués ou de personnes sous traitement) au positionnement des personnes et de leur accès aux services de santé et de prise en charge du VIH (prévention, dépistage, traitement et soins chroniques) au centre de la surveillance de la réponse du secteur de la santé au virus. Les recommandations de l'OMS en faveur d'un suivi des patients affectés par le VIH et d'une surveillance des cas centrés sur la personne font office de conseils aux pays sur la manière d'atteindre ces différents objectifs en reliant les principales sources de données afin de suivre les résultats tout au long des cascades de services, d'améliorer les soins aux patients et de produire des rapports sur les indicateurs spécifiques aux programmes ainsi que sur les indicateurs nationaux et mondiaux.⁴¹
32. Les dossiers médicaux électroniques qui permettent l'échange automatisé de données anonymisées entre les établissements de soins et les systèmes nationaux d'information sanitaire constituent un moyen de mieux exploiter les données pour améliorer les résultats en matière de santé des patients. Le PEPFAR, l'OMS et d'autres partenaires fournissent un soutien technique et financier pour la mise en œuvre de systèmes intégrés d'échange de données.⁴² Le Cameroun dispose d'un système électronique d'information sanitaire qui collecte des données cliniques et programmatiques. Il est régulièrement révisé et adapté pour répondre aux besoins des prestataires de services et des patients.⁴³ Haïti a mis en place une plateforme électronique afin d'améliorer la participation et le traitement des personnes vivant avec le VIH ainsi que de soutenir la communication régulière des données de surveillance du virus.⁴⁴

Pays : Nigeria

Référentiel national de données du Nigeria : exemple d'utilisation pour un suivi efficace des programmes et des patients

Le Référentiel national de données (National Data Repository, NDR) est un entrepôt de données centralisé qui collecte, stocke et gère des données anonymes sur les patients provenant des systèmes de dossiers médicaux électroniques (EMR) des sites de traitement du VIH au Nigeria. Les données sont collectées en fonction de la gestion des patients, des outils de suivi et des registres approuvés par le gouvernement du Nigeria. Actuellement, les 36+1 États que compte le pays communiquent régulièrement au NDR les données des programmes de prise en charge du VIH à partir de 1 658 établissements de santé. Le NDR est conçu pour recevoir des données relatives aux patients à partir de toute plateforme EMR répondant à ses exigences. À ce jour, les données de 80 % des établissements de traitement du VIH du pays, y compris les établissements soutenus par le PEPFAR (100 % des établissements soutenus par le PEPFAR) et ceux qui ne le sont pas, se trouvent dans le NDR. Ces données fournissent des variables importantes permettant de générer des indicateurs pour le suivi et l'évaluation des programmes.

Le NDR comprend des listes de lignes de rendez-vous pour les patients afin d'aider les équipes des établissements à envoyer des rappels et à améliorer le taux de présentation des patients. Il génère également des listes de patients ayant manqué des rendez-vous pour un suivi dans les 24 heures.

Lorsqu'un patient interrompt son traitement (illustration 3), le NDR alerte l'établissement. L'analyse de Kaplan-Meier sur la rétention des patients prédit le temps de perte de suivi et la répartition des interruptions de traitement dans le temps. Elle sert également à analyser les protocoles afin de suivre la transition vers un traitement au ténofovir, à la lamivudine et au dolutégravir, ainsi que pour optimiser les protocoles pédiatriques. Le NDR permet également d'analyser les traitements, de consulter des indicateurs de résultats financiers, de suivre la collecte d'échantillons et de contrôler la couverture et l'inhibition de la réplication virale. Les données sur les infections récentes par le VIH sont également disponibles, la surveillance de la récence étant en cours d'intensification.

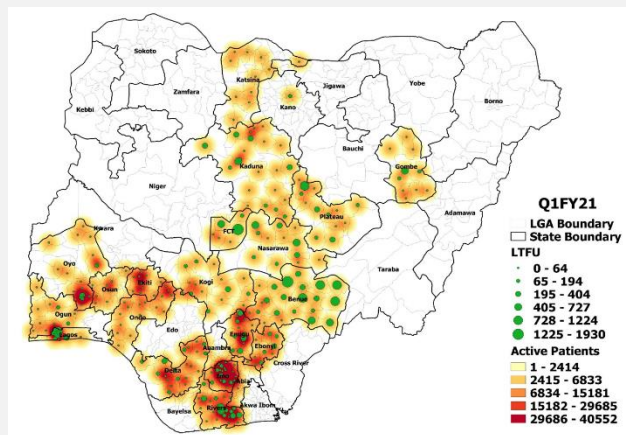


Illustration 3. Volume d'interruption du traitement par site dans les zones de gouvernements locaux, année fiscale 2020

Source : Référentiel national de données du Nigeria, 2021.

Le NDR est au cœur de l'intensification soutenue du programme de traitement antirétroviral ART SURGE dans 11 États nigériens afin d'augmenter rapidement le nombre de bénéficiaires d'un traitement contre le VIH. Les données programmatiques recueillies du 31 mars 2019 au 30 septembre 2020 sont utilisées pour rendre compte des progrès en matière de recherche de cas, de démarrage de traitement, de rétention des patients et de développement du programme ART Surge. Le nombre hebdomadaire déclaré de personnes vivant avec le VIH nouvellement identifiées et ayant entamé un traitement antirétroviral est passé de 587 à 5 329 en un peu plus de quatre mois. L'utilisation du NDR évolue pour couvrir l'intégration dans les activités de « data-to-care », soutenir la surveillance du VIH pour le suivi du contrôle de l'épidémie / de la surveillance des cas de VIH et de la mortalité, et elle s'étend à d'autres États dans le pays.

33. Il est essentiel de disposer de systèmes d'information sanitaire durables et intégrés qui recueillent différentes données sur la santé physique et mentale au profit des individus et de la gestion des systèmes de santé. En outre, la riposte au VIH ainsi qu'à la COVID-19 souligne l'importance d'indicateurs granulaires, spécifiques à chaque maladie, en plus des rapports plus généraux sur la santé.

Les enquêtes sur les ménages et les populations clés complètent les données de routine

34. Les enquêtes sur la population générale complètent les données collectées jour après jour grâce à l'obtention d'informations sur les principales lacunes ou à l'identification des incohérences qui justifient un examen plus ciblé. Les données des enquêtes sont également utilisées dans les modèles épidémiologiques qui produisent des estimations aidant les pays à suivre les tendances de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida (des indicateurs de niveau d'impact difficilement mesurables avec d'autres systèmes).
35. Les enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes sur les indicateurs du sida génèrent depuis plus de deux décennies des données biologiques et comportementales représentatives au niveau national. Les DHS recueillent des données comportementales et biologiques sur le VIH, respectivement depuis 1998 et 2001. Au cours des cinq dernières années, les DHS ont été élargies afin d'intégrer des services de dépistage mobiles aux côtés des enquêteurs dans le but de garantir que les personnes interrogées puissent connaître leur statut sérologique. Depuis 2018, les DHS comportent également des questions sur les expériences de stigmatisation et de discrimination chez les personnes vivant avec le VIH. Les MICS recueillent des données sur les connaissances et les comportements depuis 2004.
36. Depuis 2014, les études d'évaluation de l'impact du VIH sur les populations (PHIA) proposent des évaluations détaillées de l'état de l'épidémie de VIH et de la riposte dans 13 pays. Elles aident ainsi les gouvernements à surveiller l'efficacité des programmes et à orienter leurs stratégies et le ciblage de ces programmes.⁴⁵ Les enquêtes PHIA recueillent des données sociodémographiques, cliniques et comportementales, mesurent la prévalence du VIH, son incidence et la couverture du traitement antirétroviral ainsi que l'inhibition de la réplication virale en tant que résultats de la cascade de dépistage et de traitement. Elles génèrent également des données sur le taux de CD4 et la résistance du VIH aux médicaments. Tous les participants aux enquêtes PHIA dont le dépistage du VIH est positif reçoivent un formulaire d'orientation à utiliser pour bénéficier d'un traitement dans un établissement de santé. En servant de source supplémentaire de données stratégiques, au niveau national et infranational, mais aussi en complétant les données épidémiologiques et d'utilisation des programmes collectées régulièrement, les enquêtes permettent aux pays d'obtenir une compréhension plus granulaire et plus nuancée de leur épidémie et de leur riposte.
37. Dans la région de Copperbelt, en Zambie, par exemple, les divergences entre les résultats de l'enquête PHIA et les données collectées régulièrement ont entraîné des évaluations de la qualité des données programmatiques qui ont permis d'identifier des lacunes jusque-là inconnues dans les traitements et d'améliorer la gestion des programmes.⁴⁶ Les études PHIA ont également mis en évidence les obstacles au traitement rencontrés par les populations migrantes en Namibie ;⁴⁷ ont souligné la nécessité d'initiatives de dépistage pour les adolescents plus âgés en Afrique australe en soulignant des niveaux élevés d'infection par le VIH non diagnostiquée dans cette

catégorie d'âge ;⁴⁸ et ont validé des stratégies innovantes pour réussir à augmenter l'adhésion au traitement du VIH à Lusaka, la capitale du pays.⁴⁹ Les enquêtes PHIA ont également validé les estimations modélisées montrant le manque considérable de traitements pour les enfants vivant avec le VIH.⁵⁰

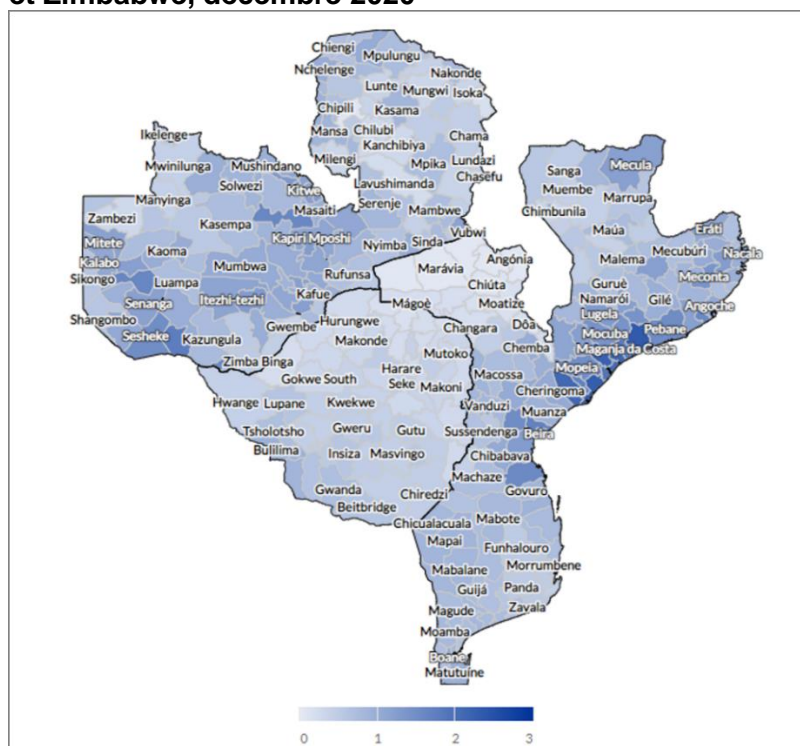
38. La collecte régulière de données comportementales auprès des populations clés pose certains problèmes : en effet, dans de nombreux milieux, les populations clés craignent de fournir ces informations en raison de la combinaison de la criminalisation, de la stigmatisation, de la discrimination et de la peur de la violence. Dans ces contextes, les enquêtes de surveillance biocomportementale (BBS) constituent une source importante de données représentatives au niveau local ou national.⁵¹ Pour pallier les lacunes des données stratégiques sur les populations clés, les enquêtes BBS s'appuient sur des méthodes innovantes comme l'échantillonnage déterminé selon les répondants et l'échantillonnage espace-temps des lieux clés.⁵²
39. En plus d'éclairer la planification stratégique, l'allocation des ressources et le ciblage des programmes, les enquêtes BBS augmentent la visibilité des populations clés, orientent le plaidoyer pour des actions visant à répondre à leurs besoins et renforcent les capacités institutionnelles au sein de ces communautés.⁵³ Dans les Caraïbes, les enquêtes BBS planifiées et mises en œuvre en collaboration avec des organisations communautaires ont contribué à estimer la taille et la prévalence du VIH dans les populations clés.⁵⁴ La participation des communautés à chaque étape de la conception et de la mise en œuvre de l'enquête garantit le recrutement d'un nombre suffisant de répondants, une analyse précise des données et le succès final des enquêtes BBS.⁵⁵ Ces enquêtes sont la source d'une grande partie des données de l'Atlas des populations clés de l'ONUSIDA.⁵⁶ Malheureusement, les résultats d'un grand nombre de ces enquêtes n'ont pas fait l'objet d'une publication ou d'une diffusion à grande échelle, ce qui réduit la capacité des parties prenantes à exploiter ces données pour orienter l'élaboration de politiques et de programmes.

Triangulation des données pour une fixation d'objectifs, une planification et une allocation de ressources efficaces

40. La triangulation de données variées, comparables et de bonne qualité alimente les dialogues nationaux sur l'état de la riposte au VIH et permet de fixer des objectifs, de planifier, de mobiliser et d'allouer des ressources ainsi que de suivre les performances de manière pertinente. La triangulation des données à l'aide de modèles mathématiques permet aux pays d'estimer les nouvelles infections par le VIH et les décès liés au sida, des indicateurs et objectifs importants qu'il est difficile de mesurer directement. En assurant un suivi et en rendant compte de manière transparente des progrès accomplis, les ripostes au VIH favorisent une large appropriation dans la lutte contre le VIH et la redevabilité en la matière.
41. L'Afrique du Sud fournit un exemple de la manière dont l'engagement d'un pays entier à utiliser les données peut renforcer la riposte nationale au VIH. La collecte et l'analyse des tendances infranationales ont permis à l'Afrique du Sud d'identifier 27 districts hautement prioritaires pour un soutien intensifié.⁵⁷ Des enquêtes transversales périodiques ont produit des données longitudinales et ventilées sur la prévalence, l'incidence, les comportements et les communications en matière de VIH, ce qui a permis de suivre les progrès de la riposte tout en identifiant les principales lacunes ou difficultés.⁵⁸ Les données relatives au risque extrêmement élevé de VIH auquel sont exposé(e)s les professionnel(le)s du sexe en Afrique du Sud ont contribué à l'instauration d'un dialogue national solide sur les stratégies multisectorielles visant à réduire le fardeau de l'épidémie dans cette population fortement touchée.⁵⁹

42. La triangulation des données aide également les ripostes nationales à s'assurer que les investissements dans des approches validées génèrent les effets escomptés. En Estonie, l'utilisation de la triangulation des données a montré qu'un élargissement des services de réduction des risques avait été associé à une diminution de 61 % des nouvelles infections par le VIH entre 2007 et 2016, notamment une baisse de 97 % chez les personnes qui s'injectent des drogues.⁶⁰ Des preuves solides de l'efficacité de la réduction des risques ont joué un rôle important dans les décisions prises par la Chine et le Viet Nam pour développer ces services.^{61 62}
43. La triangulation de différentes sources de données soutient également les efforts visant à mobiliser des ressources durables pour les ripostes nationales. Les cas d'investissement dans le domaine du VIH sont des exercices de modélisation multidimensionnels qui s'appuient sur une multitude de sources de données pour guider la planification nationale des priorités et de la durabilité. Des exercices similaires sont entrepris dans le cadre du soutien analytique étendu de l'ONUSIDA apporté aux pays pour l'élaboration de plans stratégiques nationaux. À titre d'exemple, la stratégie du Zimbabwe a utilisé des objectifs basés sur un soutien technique formatif de l'ONUSIDA et des cascades de prévention du VIH fondées sur des données aux niveaux national, provincial et des districts. Ces différentes activités basées sur les données ont abouti à l'attribution au Zimbabwe d'un montant total de 448,9 millions de dollars US par le Fonds Mondial pour la période 2021-2023. Elles ont également alimenté directement les exercices de planification du gouvernement, du PEPFAR et d'autres partenaires. Pour aider la Jamaïque à élaborer son dernier plan stratégique de riposte au VIH, des analyses d'équité assistées par l'ONUSIDA ont été menées auprès de populations, d'environnements et de catégories sociodémographiques. L'objectif était d'aider le pays à juger tous les aspects de la riposte à l'aune des inégalités.

Illustration 4. Estimations infranationales de l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans), Mozambique, Zambie et Zimbabwe, décembre 2020



Source : estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021

Les données infranationales orientent les services vers les territoires qui en ont le plus besoin

44. L'incidence et la prévalence du VIH varient souvent considérablement au sein des pays, des provinces et des districts. De plus en plus de pays collectent et analysent des données géolocalisées des programmes afin d'orienter l'allocation des ressources et la prestation de services. Dans le cycle 2021 des estimations épidémiologiques du VIH soutenues par l'ONUSIDA, 38 pays ont utilisé l'outil de modélisation Naomi pour générer des estimations infranationales du VIH (illustration 4). Le Fonds Mondial comme le PEPFAR s'appuient sur des estimations infranationales du VIH dans leurs processus de planification, ce qui incite à collecter et à utiliser des données spécifiques à un lieu.⁶³ À mesure que l'étendue des données infranationales sur le VIH augmente, les pays, les villes et leurs partenaires accentuent leur utilisation de ces données plus granulaires pour suivre les progrès infranationaux dans leurs ripostes au VIH.⁶⁴

Pays : Pakistan

Scénarios de riposte au VIH et analyse d'impact à l'appui de la nouvelle stratégie pakistanaise de prise en charge du VIH

Le Pakistan est l'un des pays de la région Asie-Pacifique où l'on observe une augmentation significative des infections par le VIH, notamment au sein des populations clés. L'intensification des services, l'introduction d'outils innovants et la redynamisation des programmes existants liés au VIH demeurent des défis qui nécessitent une stratégie nationale globale de lutte contre le sida assortie d'objectifs clairs. Le Centre de données de l'ONUSIDA sur le VIH et le sida pour l'Asie et le Pacifique (Data Hub)⁶⁵ est une entité régionale qui répond spécifiquement aux besoins en informations stratégiques des partenaires nationaux et régionaux, de la communauté et de la société civile par l'intermédiaire de son portail web et de son soutien technique direct. À travers une étroite collaboration avec les autorités nationales et provinciales chargées de la lutte contre le sida et les parties prenantes concernées, le Data Hub a apporté un soutien technique d'ampleur qui a été déterminant dans l'élaboration de la stratégie pakistanaise de lutte contre le sida 2021-2025 (PAS IV).

Le Data Hub a soutenu l'examen des estimations de la taille des populations clés ainsi que des analyses de la prévention, du dépistage et de la couverture des traitements en identifiant les questions essentielles à l'élaboration des objectifs nationaux et provinciaux pour 2025 alignés sur la stratégie de lutte contre le sida. Des analyses approfondies ont été réalisées au niveau infranational afin de mettre en évidence les inégalités dans la prestation de services. Cela a conduit non seulement à des objectifs ambitieux mais aussi à l'adoption de modèles de prestation de services à fort impact, notamment en matière de services de prévention du VIH adaptés aux différentes catégories d'âge pour les populations clés. La PAS IV s'est également appuyée sur des scénarios nationaux et provinciaux de riposte au sida et sur une analyse d'impact épidémiologique. Les résultats de l'analyse d'impact ont servi à définir le cadre de suivi des stratégies provinciales et nationales de lutte contre le sida, qui ont approuvé l'introduction et l'intensification d'interventions innovantes, comme l'autodépistage du VIH et la PrEP.

Les stratégies provinciales et nationales de riposte au sida ont été utilisées dans le cadre des efforts de mobilisation des ressources résultant de la subvention du Fonds Mondial, qui a alloué plus de 71 millions de dollars US pour une période de subvention de trois ans (2021-2023), ainsi que pour l'allocation de ressources nationales accrues. Dans l'ensemble, la PAS IV a grandement bénéficié de consultations approfondies et d'une approche ascendante inclusive qui s'est appuyée sur des données infranationales pour élaborer des scénarios, des

objectifs et des stratégies au niveau provincial, qui ont ensuite alimenté la stratégie nationale finale.

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

Le suivi communautaire, un complément essentiel aux systèmes de données de routine

45. Le suivi communautaire complète les systèmes d'information sanitaire de routine et apporte une base factuelle plus solide pour la prise de décision en matière de lutte contre le VIH en générant des données quantitatives et qualitatives qui identifient les lacunes des services et les obstacles aux services existants (comme les violations des droits humains), mais aussi en abordant des thématiques potentiellement négligées par d'autres systèmes ou méthodes de données.^{66 67}
46. Le Fonds Mondial, le PEPFAR et l'ONUSIDA soutiennent le suivi communautaire en tant que source essentielle de données et d'informations sur les programmes de prise en charge du VIH. En 2020, le Fonds Mondial a lancé une initiative stratégique de suivi communautaire afin de fournir un soutien durable à cinq pays ainsi qu'une subvention régionale en vue d'accélérer l'adoption du suivi communautaire pour le VIH, la tuberculose et le paludisme.⁶⁸
47. Le projet de suivi communautaire soutenu par le Fonds Mondial au Nigeria illustre le large éventail de données stratégiques pouvant être générées par les communautés. Au premier trimestre 2021, en pleine pandémie de COVID-19, le suivi communautaire a permis de générer des données sur les tendances de ruptures de stock de produits liés au VIH, d'identifier les obstacles les plus importants à l'accès aux services (notamment la distance par rapport aux services de santé et le temps excessif pour le traitement des tests de charge virale), et de documenter le rôle des frais d'utilisation et des préoccupations relatives à la confidentialité dans la dissuasion du recours aux services de santé.⁶⁹
48. Ritshidze, un système de suivi communautaire qui recueille des données dans 400 cliniques et établissements de santé communautaires en Afrique du Sud, montre comment le suivi d'un point de vue communautaire génère des informations stratégiquement essentielles sur les programmes de riposte au VIH.⁷⁰ Dans la province de Free State, Ritshidze a constaté entre avril et juin 2021 de fréquentes pénuries de personnel dans les établissements de santé, de longs temps d'attente (plus de cinq heures et demie en moyenne), de mauvaises conditions dans de nombreux établissements de santé ainsi que l'indisponibilité d'ordonnances de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois dans certains établissements. Il a également observé des mesures inadéquates dans de nombreux établissements pour fournir un consentement éclairé aux personnes vivant avec le VIH nouvellement diagnostiquées ou une protection contre la violence du partenaire intime lors de la réalisation de dépistages index.
49. Le suivi communautaire permet d'obtenir des données susceptibles de contribuer à des améliorations concrètes en matière de résultats et de prestation de services. Les données générées par l'Observatoire régional de traitement communautaire dans 11 pays d'Afrique occidentale ont contribué à réduire les ruptures de stock de produits, à améliorer l'accès aux services pour les populations clés, à accroître la demande de services et à renforcer les tests de charge virale ainsi que d'autres services de laboratoire.⁷¹ L'Observatoire a également participé au renforcement des systèmes de santé en encourageant l'élaboration de politiques relatives à la prestation de services

différenciés et à l'élargissement de l'offre de services gratuits en matière de VIH.⁷² En Ouganda, les fiches de résultats générées par les communautés sur les performances du personnel des établissements de santé ont permis d'améliorer considérablement, à court et à long terme, la prestation de soins et leurs résultats.⁷³

50. Soutenu par l'ONUSIDA et mis en œuvre en Chine, au Guatemala, en Inde, au Népal et en Sierra Leone par la Coalition internationale de préparation au traitement (ITPC, International Treatment Preparedness Coalition) et d'autres partenaires, le projet Five Cities a documenté les effets négatifs des vagues successives de COVID-19 sur les services de prise en charge du VIH, tout en identifiant et en diffusant des stratégies efficaces pour maintenir et améliorer les services pendant la pandémie, à l'image de l'utilisation d'outils numériques, de services différenciés, de la délivrance de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois et de la livraison à domicile du traitement contre le VIH. Le projet Five Cities a également mis en évidence la manière dont le suivi communautaire inspire un plaidoyer fondé sur des faits, à l'image du plaidoyer communautaire en temps réel pour répondre aux besoins en traitement du VIH des réfugiés du Myanmar bloqués à l'extérieur de leur pays d'origine pendant la pandémie.

Collecte et utilisation des données dans le respect de l'éthique

51. Les données de santé publique sont collectées afin d'améliorer la situation sanitaire des populations. Les lignes directrices unifiées 2017 de l'OMS sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne insistent sur les points suivants :
- L'utilisation de données personnelles des patients à des fins de santé publique doit toujours reposer sur des procédures et des protocoles stricts afin de garantir la sécurité des données et de protéger la confidentialité des patients. Toutes les personnes accédant aux services de prise en charge du VIH doivent avoir l'assurance que les informations relatives aux comportements à risque, aux comorbidités ou aux autres médicaments délivrés resteront confidentielles.
 - L'utilisation de données de santé à d'autres fins, comme l'application de la loi, mine la confiance dans les services et les systèmes de données et réduit la probabilité de recueillir des données exactes et exhaustives. Les informations individuelles relatives aux populations clés et aux comportements criminalisés ne doivent pas figurer dans les registres des services sur le VIH, ni être communiquées aux unités de gestion des données nationales ou infranationales.
 - Les bases de données nationales devraient généralement utiliser des identifiants uniques plutôt que des noms afin de renforcer la confidentialité et la sécurité des données.⁷⁴

Pays : Maroc

Codes d'identification uniques pour le suivi communautaire en temps réel des programmes de prévention

Les populations clés sont souvent cachées et mobiles en raison de la stigmatisation et de la discrimination, et elles éprouvent des difficultés à accéder aux services sanitaires et sociaux. La confidentialité est essentielle pour maintenir ces groupes dans le parcours de soins. Dans le cadre du développement des capacités des organisations non gouvernementales qui offrent des services de prévention combinés aux populations clés au Maroc, avec le soutien de l'ONUSIDA et du Fonds Mondial, le Programme national de lutte contre le sida a mis en place des codes d'identification uniques. Depuis 2014, le système de données introduit, composé d'un ensemble de modules utilisant la technologie web et des systèmes d'information

géographique, aide les acteurs communautaires et les décideurs à analyser les données en temps réel pour le suivi de la cascade de couverture des programmes de prévention combinés destinés aux populations clés. Les identifiants uniques permettent le suivi de tout bénéficiaire accédant à un service dans le cadre des services de prévention combinés proposés par 11 organisations non gouvernementales qui détiennent plus de 40 sections opérationnelles dans les différentes régions du Maroc ainsi que des unités mobiles, atteignant ainsi plus de 100 000 personnes.

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

52. L'ONUSIDA et l'OMS ont également publié des orientations détaillées sur les considérations éthiques relatives aux essais de prévention biomédicale du VIH, qui préconisent une consultation transparente et significative des communautés, de manière précoce et durable, pour la conception, l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et la distribution des résultats de ces essais.⁷⁵
53. Les réseaux mondiaux de personnes vivant avec le VIH et affectées par le virus ont exprimé leur préoccupation quant à la surveillance moléculaire du VIH menée dans des pays qui criminalisent activement la non-divulgation, l'exposition et/ou la transmission du VIH. Ces enquêtes permettent de séquencer génétiquement des échantillons de VIH provenant des personnes interrogées et de suivre les mutations génétiques du virus, révélant ainsi ses schémas de transmission. Le réseau HIV Justice Worldwide a appelé les chercheurs et les autres parties prenantes à respecter l'autonomie et l'intégrité corporelles des personnes vivant avec le VIH, à veiller à ce que ces enquêtes démontrent un bénéfice clair pour la santé publique supérieur aux risques potentiels et à s'assurer que tous les participants à l'étude donnent leur consentement éclairé. Il les a également appelés à faire en sorte que les participants puissent retirer leur consentement sans craindre de conséquences négatives pour leur traitement et leur prise en charge du VIH, à plaider publiquement contre les lois et politiques punitives ou coercitives visant les personnes vivant avec le VIH et à veiller à ce que la surveillance moléculaire du VIH ne soit jamais utilisée dans le cadre d'enquêtes ou de poursuites pénales, civiles ou en matière d'immigration.⁷⁶

Pays : Fédération de Russie

Registre national pour des soins ininterrompus aux personnes vivant avec le VIH en Russie

Depuis 2017, la Fédération de Russie, où tous les services de diagnostic, de suivi et de traitement du VIH relèvent de la responsabilité des gouvernements et sont entièrement financés par le budget national, utilise une ressource d'information protégée : le Registre fédéral des personnes infectées par le VIH, dont l'objectif consiste à recueillir des données sur le VIH au niveau national. Actuellement, le Registre fédéral rassemble un réseau de 965 organisations médicales dispensant des soins à des personnes vivant avec le VIH. Les organisations saisissent dans l'outil en ligne des données épidémiologiques, cliniques, de laboratoire et thérapeutiques pour les patients nouveaux comme existants. Cet outil rassemble les données les plus récentes, aux niveaux national et infranational, concernant plusieurs indicateurs : la morbidité liée au sida, les déplacements des populations de patients, les formes cliniques du VIH et les voies de transmission du virus, ce qui permet de suivre l'évolution des dynamiques et des tendances. Les informations relatives au traitement antirétroviral sont saisies dans le Registre fédéral afin d'éclairer la planification de l'achat, de la distribution et de la fourniture de médicaments de manière personnalisée, dans le but de garantir aux patients qu'ils ne subissent aucune interruption dans l'accès au traitement qui leur a été prescrit.

Les informations étant transférées entre les établissements de santé, l'approvisionnement ininterrompu en médicaments est garanti lorsque le patient change de lieu de résidence. L'adoption du Registre fédéral et ses multiples fonctionnalités ont aidé le gouvernement à remplir ses obligations en matière de riposte au VIH en Russie en permettant l'identification rapide des problèmes dans des régions et des territoires spécifiques. En outre, les données collectées sont régulièrement analysées afin de répondre à l'évolution de l'épidémie et, en fin de compte, pour guider la prise de décision en vue de parvenir à une réduction constante des infections par le VIH dans le pays.

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

Des données pour un impact : dépistage et traitement du VIH

54. Avant 2015, le suivi mondial du programme de traitement du VIH était principalement axé sur la couverture des traitements antirétroviraux. Bien que précieuse, cette mesure n'a permis d'obtenir que peu d'informations sur les facteurs affectant les résultats des patients et de l'épidémie (comme le manque de connaissance de la sérologie, le manque d'orientation vers les soins ou la discontinuité des soins). L'élaboration des objectifs 90-90-90 a accéléré les efforts d'analyse des résultats à chaque étape de la cascade de dépistage et de traitement afin de s'attaquer aux lacunes, aux goulots d'étranglement et aux inégalités spécifiques qui font obstacle à une inhibition durable de la réplication virale, à la prévention du VIH et à de bons résultats sanitaires pour les personnes vivant avec le virus.
55. En s'appuyant sur des données ventilées issues du suivi en cascade, le réseau CQUIN utilise des réseaux d'apprentissage pour accélérer la mise en place de services différenciés de dépistage et de traitement du VIH dans 19 pays d'Afrique au sud du Sahara.⁷⁷ En réponse aux données montrant une couverture insuffisante des services au sein des populations clés, le projet FIKIA en République-Unie de Tanzanie a aidé les communautés de populations clés à intensifier des services adaptés et différenciés pour le dépistage et le traitement du VIH.⁷⁸ Des données précises indiquant que le maintien dans les soins était un obstacle majeur à l'optimisation de l'inhibition de la réplication virale ont incité l'OMS à réviser ses directives sur les services liés au VIH afin de souligner l'importance de l'orientation vers les soins, du suivi continu des patients et du réengagement des personnes ayant abandonné les soins.⁷⁹
56. Des données diverses allant au-delà des résultats et de la couverture des services sont nécessaires en vue d'atteindre les objectifs de dépistage et de traitement du VIH. Le suivi des lois et des politiques relatives au dépistage et au traitement du VIH (comme l'adoption par les pays de l'approche de traitement universel recommandée par l'OMS ou la transition vers les protocoles de traitement recommandés pour les adultes et les enfants) a encouragé l'alignement rapide de la plupart des ripostes nationales sur les orientations internationales. Il a également mis en évidence les domaines dans lesquels un soutien technique accru est nécessaire pour apporter des changements importants aux programmes. Le suivi permanent des coûts des traitements antirétroviraux a facilité la baisse des coûts par patient, les pays utilisant des données stratégiques sur la tarification optimale dans le but de maximiser l'efficacité des programmes de prise en charge du VIH.⁸⁰ Le suivi des conditions du marché associées aux tests de charge virale a mis en lumière l'expansion continue de l'accès à cet outil de diagnostic essentiel.⁸¹
57. Les objectifs 95-95-95 définis dans la Déclaration politique de 2021 portent cette approche en cascade à un niveau supérieur. Outre une ambition accrue en matière de couverture globale et de résultats des services, ces objectifs 2025 soulignent la

nécessité de parvenir à une connaissance élevée de la sérologie, de la couverture des traitements et de l'inhibition de la réplication virale dans l'ensemble des milieux et sous-populations. Cette mise en lumière reflète l'hétérogénéité actuelle de la couverture du dépistage et des traitements. Par exemple, des études longitudinales ont montré comment de faibles niveaux de couverture du traitement et d'inhibition de la réplication virale chez les hommes dans les milieux à forte prévalence du VIH menaçaient leur propre santé, mais exposaient également les femmes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, à un risque accru d'infection par le VIH.^{82 83}

Des données pour un impact : circoncision médicale volontaire

58. Depuis le début de l'intensification de la circoncision médicale volontaire (VMMC) pour la prévention du VIH en 2008, près de 30 millions d'hommes et d'adolescents ont subi cette procédure dans 15 pays prioritaires.⁸⁴ L'adoption de la VMMC en tant que composante de la prévention combinée du VIH contribue à la réduction des nouvelles infections par le VIH dans les milieux fortement touchés.⁸⁵
59. La collecte et l'utilisation de données ventilées ont permis de stimuler l'adoption des services de VMMC et d'influencer les stratégies de prestation de services. Les estimations des besoins non satisfaits basées sur des données ont mis en évidence les facteurs susceptibles d'encourager ou d'empêcher les patients d'accéder au service et ont contribué à l'élaboration de différentes initiatives de création de demande.^{86 87 88} La surveillance a permis de documenter le faible taux d'événements indésirables associés à la VMMC, ce qui a participé à l'amélioration de la confiance dans cette procédure.^{89 90} La collecte de données ventilées par âge a révélé la forte concentration de procédures de VMMC chez les jeunes adolescents (au moins 30 % de ces procédures en Eswatini, au Lesotho, au Mozambique et au Zimbabwe concernaient des jeunes de moins de 15 ans en 2020), ce qui souligne l'importance d'accroître la prise en charge chez les adolescents plus âgés et les hommes adultes. Les données faisant état d'une plus grande utilisation de la VMMC chez les hommes ayant des revenus plus élevés ont mis en évidence la nécessité de concentrer les services et les efforts de création de demande sur les hommes de statut socio-économique inférieur, notamment ceux qui travaillent dans les secteurs informels.

Des données pour un impact : prophylaxie pré-exposition

60. L'utilisation stratégique des données pour accroître l'adoption et l'impact du traitement du VIH et de la circoncision médicale volontaire doit orienter les efforts visant à élargir l'accès à d'autres interventions prioritaires, à l'image de la PrEP. Les programmes de PrEP les plus réussis (comme ceux de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, et de San Francisco, aux États-Unis) s'appuient sur des données pour piloter la prestation de services et surveiller l'impact de l'intensification. Bien que le recours à la PrEP soit en hausse à l'échelle mondiale, elle reste fortement concentrée dans une série de pays (comme les États-Unis, le Kenya et l'Afrique du Sud), ce qui souligne la nécessité d'exploiter les données plus efficacement dans le but d'élargir l'accès aux services dans d'autres pays. Il est également nécessaire de surmonter les difficultés liées au développement de la PrEP pour les femmes et les adolescentes dans les milieux à forte prévalence. Bien que les tendances soient encourageantes, l'utilisation de la PrEP étant en hausse dans le monde de 43 % en 2020 par rapport à 2019, malgré la pandémie de COVID-19, le nombre total de personnes utilisant cette méthode de prévention en 2020 ne représentait que 8 % du nouvel objectif mondial pour 2025.⁹¹

Pays : Australie**Nouvelle-Galles du Sud : utilisation des données pour faciliter le géociblage des réponses de prévention**

La Nouvelle-Galles du Sud, l'État le plus peuplé d'Australie, connaît une épidémie de VIH qui concerne principalement les gays, les bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Pour éclairer la nouvelle stratégie de riposte au VIH de cet État (2021-2025),⁹² le Kirby Institute de l'université de Nouvelle-Galles du Sud a produit un rapport sur les tendances des diagnostics et des indicateurs de prévention du VIH au sein de cette population au cours de la stratégie précédente (2016-2020).⁹³ Les chercheurs du Kirby Institute et le ministère de la Santé de Nouvelle-Galles du Sud, aux côtés d'organisations cliniques et communautaires, ont mené un programme de recherche visant à mettre en place des indicateurs de prévention pour le suivi et l'évaluation pendant la stratégie 2016-2020.

Les résultats ont été publiés⁹⁴ et utilisés afin d'élaborer une nouvelle stratégie fondée sur les données, avec un objectif ambitieux d'une réduction de 90 % du taux d'infections par le VIH évitables, en se concentrant sur les sous-populations pour lesquelles la prévention du virus s'est avérée moins fructueuse. Le rapport a examiné la riposte très réussie en matière de prévention du VIH, mais a également mis en évidence des disparités en matière de notification du VIH ainsi qu'au niveau de l'adoption et de l'impact du dépistage du virus et de la PrEP parmi les sous-populations de gays, de bisexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Nouvelle-Galles du Sud. Il a ainsi permis de révéler des disparités précédemment non identifiées entre les régions concernant les notifications du VIH et les indicateurs de prévention, permettant de géocibler les actions de prévention. Les lacunes identifiées ont été traitées dans les objectifs et les priorités de la stratégie 2021-2025. La concentration du VIH dans les groupes plus marginalisés a incité à mettre l'accent sur la réduction de la stigmatisation dans la nouvelle stratégie. De nombreuses analyses de données du programme sont désormais intégrées à la surveillance de routine du VIH en Nouvelle-Galles du Sud.⁹⁵

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

Lacunes persistantes en matière de données et opportunités de les combler

61. L'optimisation de l'utilisation des données pour la fixation d'objectifs ainsi que pour la planification et l'allocation des ressources nécessite de prendre des mesures pour combler les principales lacunes relatives aux données. Par exemple, peu de pays collectent et utilisent régulièrement des données sur les facilitateurs sociétaux, les droits humains, la stigmatisation et la discrimination, ce qui entrave les efforts visant à résoudre les problèmes sociaux et structurels ou à contrôler l'efficacité des interventions destinées à améliorer ces facilitateurs. Dans certains pays, des efforts sont en cours pour tenter de combler ces lacunes en matière de données, notamment en Jamaïque, où les parties prenantes collaborent pour l'élaboration et le lancement d'un tableau de bord de données sur les objectifs 10-10-10.⁹⁶

Pays : Jamaïque**Générer des données stratégiques sur les facilitateurs sociétaux**

Par l'intermédiaire du ministère de la Santé et du Bien-être, le gouvernement jamaïcain a travaillé avec l'ONUSIDA afin d'entreprendre une série d'interventions visant à réduire la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les populations clés et vulnérables et à permettre un meilleur accès aux services de santé, dans le but de mettre fin à l'épidémie de sida dans le pays. Fondé sur la composante environnement favorable et droits humains du nouveau plan stratégique national pour le VIH,⁹⁷ un plan opérationnel quinquennal

a été élaboré en consultation avec des organisations de la société civile, le gouvernement et d'autres parties prenantes, à l'aide de l'évaluation de référence du Fonds Mondial et des orientations de l'ONUSIDA en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Une évaluation des capacités réalisée en novembre 2020 a souligné plusieurs lacunes en matière de financement, de communication, de recrutement, de suivi et d'évaluation. Il est pour cela nécessaire de soutenir le renforcement des organisations de la société civile œuvrant pour la riposte au VIH. Dans la lignée du plan opérationnel, des indicateurs de l'ONUSIDA sur les facilitateurs sociétaux et de l'évaluation de référence du Fonds Mondial, un tableau de bord présentant 138 interventions dans dix entités a été diffusé parmi les parties prenantes en vue d'assurer une meilleure coordination des activités.

Le partenariat jamaïcain pour l'action visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH vise à assurer la coordination, la cohérence et la responsabilité chez les parties prenantes afin de soutenir les efforts ayant pour but de mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH. Dans le cadre du processus consistant à garantir plus d'efficacité et une meilleure prise de décision en renforçant le suivi, l'évaluation et l'apprentissage, un tableau de bord en ligne sera lancé d'ici la fin de 2021. Le tableau de bord est aligné sur le plan opérationnel de la Jamaïque et permet aux parties prenantes d'utiliser une plateforme intuitive pour rendre compte des activités et obtenir des informations. Un certain nombre d'indicateurs pour le cadre de suivi, d'évaluation et d'apprentissage du plan opérationnel ont été élaborés à l'aide du cadre de suivi mondial du sida de l'ONUSIDA et des objectifs 10-10-10. En partenariat avec le ministère, les partenaires ont été formés à l'utilisation du tableau de bord et à la saisie des données à partir de janvier 2022.

Le partenariat a déjà apporté son soutien au mécanisme de coordination national de la Jamaïque pour organiser des consultations en vue du dialogue national du Fonds Mondial. Un guide et un outil de consultation ont été créés afin de faciliter les consultations concernant le plan opérationnel quinquennal ainsi que d'autres domaines de la riposte au VIH et de l'élaboration de la note conceptuelle du Fonds Mondial. En collaboration avec des ONG, 16 consultations ont été planifiées et plus de dix ont été menées à bien.

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

62. La granularité des objectifs 2025, qui exigent des progrès équitables au sein des milieux et des sous-populations, met en évidence des lacunes importantes dans de nombreux systèmes de données qu'il convient de combler. Pour planifier, mettre en œuvre et contrôler les services axés sur les personnes destinés aux populations clés, les pays et les communautés ont besoin d'estimations précises de la taille de ces populations. À l'heure actuelle, il n'existe pas de méthode de référence convenue pour estimer avec précision la taille des populations clés. Nous disposons en revanche de stratégies pour améliorer la qualité et la fiabilité de ces estimations nationales et infranationales, notamment en utilisant des méthodes empiriques comme l'observation ou la mesure scientifique et systématique, l'utilisation de plusieurs sources de données et de solides méthodes d'analyse des données statistiques.⁹⁸
63. Peu de ripostes nationales au VIH collectent des données significatives sur la couverture des services et les résultats sanitaires des populations clés, en particulier pour les prisonniers et les personnes transgenres, et très peu de données sur les populations clés sont ventilées par sexe ou par âge. Ces lacunes remettent en cause la capacité de planifier et de mettre en œuvre des initiatives adaptées et bien ciblées visant à répondre aux besoins des groupes qui, avec leurs partenaires sexuels, représentent près des deux tiers des nouvelles infections par le VIH dans le monde. Les tendances actuelles suggèrent que cette insuffisance de données pourrait bientôt s'aggraver du fait de la réduction du nombre d'enquêtes BBS prévues, alors qu'elles fournissent historiquement la majeure partie des données concernant les populations

clés. Au lieu des enquêtes BBS, les donateurs et les pays s'appuient davantage sur les données courantes des programmes. Cependant, cette approche ne tient pas compte des personnes qui ne bénéficient pas de soins. Elle ne peut donc pas servir de base à la planification des ressources et des services ou à l'identification des lacunes et des obstacles à la prestation de services. Pour combler ce manque, il est notamment possible de mettre en œuvre des enquêtes BBS moins exigeantes en ressources, permettant ainsi de réduire le délai d'obtention des données.

64. Les pays sont également confrontés à des difficultés dans la collecte et l'utilisation des données concernant les adolescentes et les jeunes femmes. Alors qu'elles ne comptent que pour 10 % de la population, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) représentaient 25 % des nouvelles infections par le VIH en Afrique au sud du Sahara en 2020.⁹⁹ Cependant, le risque et la vulnérabilité au VIH varient considérablement chez les adolescentes et les jeunes femmes vivant dans des milieux à forte prévalence du virus. Il est essentiel d'identifier les personnes les plus exposées pour cibler efficacement les services de prévention et de traitement. Des progrès ont été réalisés pour surmonter ce problème, à l'image d'une méthodologie élaborée par l'ONUSIDA en vue de produire des estimations solides et localisées des adolescentes et des jeunes femmes à haut risque, à utiliser pour l'élaboration des subventions du Fonds Mondial.
65. Les données ventilées par sexe contribuent à différencier les besoins individuels et les obstacles aux services rencontrés par les femmes (notamment les adolescentes et les jeunes femmes), les hommes, les personnes transgenres et non binaires. Les données ventilées par âge montrent le poids élevé du VIH chez les personnes âgées ainsi que les lacunes dans la connaissance du statut sérologique chez les jeunes et dans la couverture du traitement pour les enfants. Ces données liées à l'âge et au sexe sont souvent disponibles mais ne sont pas utilisées pour résumer ou interpréter les informations.
66. Bien que des données soient disponibles séparément sur le VIH et les habitudes de mobilité, il existe peu de renseignements sur les liens entre ces deux éléments. Alors que les pays s'efforcent de progresser vers une couverture sanitaire universelle, le manque de données fiables sur l'accès aux soins de toutes les catégories de migrants pour orienter la prise de décision reste un défi majeur, étant donné l'ampleur et la complexité des flux migratoires.¹⁰⁰ Les données en matière de VIH ne sont pas systématiquement collectées au sein des populations mobiles, ce qui rend souvent ces groupes invisibles pour les ripostes au virus dans les pays de transit et de destination.
67. L'absence de données fiables et actualisées sur les coûts unitaires des services entrave la budgétisation et la planification financière de la prise en charge du VIH.¹⁰¹ Il est clairement nécessaire d'investir davantage dans les études de coûts liés au VIH, y compris pour les facilitateurs sociétaux, afin de réaliser la budgétisation et la planification sur des fondements fiables.

COLLECTE ET EXPLOITATION DES DONNÉES SUR LES OBSTACLES JURIDIQUES ET POLITIQUES ET LES FACILITATEURS SOCIÉTAUX

68. Les données démontrent que les environnements juridiques et politiques ont un effet majeur sur les progrès globaux de la riposte au VIH ainsi que sur la persistance des inégalités et des disparités liées au virus. Les politiques peuvent avoir des effets très divergents. Certaines faciliteront l'accès, par exemple en supprimant l'obligation de consentement parental pour bénéficier des services ou en veillant à ce que les services liés au VIH soient abordables et fournis à tous ceux qui en ont besoin, sans

discrimination. D'autres, en revanche, bloqueront l'accès aux services en privant les femmes et les jeunes filles de leur autonomie, en criminalisant les populations clés ou en limitant la capacité des communautés à fournir des services de prise en charge du VIH.

Criminalisation des populations clés

69. Les données montrent clairement que les lois qui discriminent ou criminalisent les populations clés augmentent la vulnérabilité de ces populations au VIH, les dissuadent de rechercher des services et empêchent les pays de répondre efficacement au virus. Elles démontrent également que la suppression de ces lois discriminatoires renforce considérablement les ripostes nationales et prévient les nouvelles infections par le VIH.
70. Il a été constaté que des contrôles agressifs dans le domaine du travail du sexe étaient associés à une hausse de 87 % du risque de contracter le VIH et des infections sexuellement transmissibles chez les professionnel(le)s du sexe, ainsi qu'à un quasi-triplement du risque de violence sexuelle ou physique.¹⁰² Une modélisation fondée sur des données probantes indique que la dépénalisation de tous les aspects du travail du sexe permettrait d'éviter entre 33 et 46 % des nouvelles infections par le VIH chez les professionnelles du sexe et leurs clients sur une période de dix ans.¹⁰³
71. Selon une analyse des données de 75 pays, l'existence de lois anti-LGBTI est associée à un recours nettement plus faible aux services de dépistage du VIH.¹⁰⁴ Les gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant dans dix pays d'Afrique au sud du Sahara qui criminalisent les relations entre personnes de même sexe ont 2,2 fois plus de risques de contracter le VIH que ceux qui vivent dans des pays de cette même zone qui ne subissent pas ces restrictions.¹⁰⁵ Dans les pays où les sanctions pénales sont particulièrement sévères, le risque comparatif de contracter le VIH est 4,7 fois plus élevé.¹⁰⁶
72. Un examen systématique des données a montré que plus de 80 % des études pertinentes établissaient un lien entre la criminalisation des consommateurs de drogues et un risque accru de VIH.¹⁰⁷ La répression de la consommation de drogues est liée à un risque accru d'infection par le VIH, de partage d'aiguilles et d'échappement aux programmes de réduction des risques.¹⁰⁸
73. Les éléments toujours plus nombreux qui établissent un lien entre la criminalisation des populations clés et l'augmentation du risque d'infection par le VIH ainsi que la détérioration des résultats sanitaires ont conduit l'OMS à recommander officiellement la dépénalisation comme un élément clé de l'efficacité de la prévention, du traitement et de la prise en charge du VIH.¹⁰⁹

Étude de cas : Portugal

Le modèle portugais : l'impact de la dépénalisation de la consommation de drogues

La loi portugaise 30/2000 définit « le cadre juridique applicable à la consommation de stupéfiants et de substances psychotropes... » et fait partie d'un ensemble de politiques et de mesures caractérisant le « modèle portugais », qui privilégie une approche sociale et de santé publique des comportements addictifs et des dépendances. La loi dépénalise l'utilisation et la possession de quantités allant jusqu'à la limite considérée comme nécessaire pour la consommation individuelle moyenne pendant une période de dix jours (quantités définies pour chaque substance). Après sa mise en œuvre, la recherche d'un accès aux soins et d'informations sur les pratiques sûres a cessé d'être un problème chez les consommateurs de drogues et les familles se sentent plus en sécurité pour aider et être aidées.

Avant l'adoption de la nouvelle loi de dépénalisation, les données disponibles faisaient état d'une situation critique en matière d'infections par le VIH chez les consommateurs de drogues, ce qui a conforté la décision d'adopter des mesures nationales de traitement et de réduction des risques.¹¹⁰ Le paradigme de la politique portugaise en matière de drogues ne repose pas uniquement sur la dépénalisation de la consommation. Il est fondé sur le souci de considérer les citoyens consommateurs de drogues comme des patients et non comme des criminels. Les tendances positives observées sur tous les indicateurs disponibles concernant la consommation de drogues et la comorbidité du sida dans le pays sont imputables à la multiplication des réponses accessibles aux citoyens consommateurs de drogues et à un ensemble de mesures cohérentes et homogènes intégrées dans le cadre juridique de la dépénalisation.

La collecte et l'utilisation des données sont au cœur de l'élaboration et de la mise en œuvre du modèle. Grâce au système d'information national portugais, géré par la Direction générale d'intervention sur les comportements addictifs et les dépendances (SICAD), des données de qualité sur la consommation de drogues et d'autres problématiques, notamment les maladies infectieuses, sont collectées auprès de différentes sources, dont le Programme national pour le VIH/sida et l'Institut national de la santé. L'analyse des données du SICAD permet de hiérarchiser les lignes de recherche, d'élaborer des processus favorisant des décisions fondées sur des données probantes et, enfin, de partager des bonnes pratiques.

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

Inégalités socio-économiques

74. Les données contribuent à faire évoluer les politiques pour lutter contre les inégalités socio-économiques qui accentuent la vulnérabilité au VIH et réduisent l'accès aux services. Une analyse documentaire de l'impact des frais d'utilisation sur l'accès et le recours aux services de santé, commandée par l'ONUSIDA, a joué un rôle dans la décision du Cameroun de modifier sa politique nationale sur les frais d'utilisation des services de prise en charge du VIH.
75. Des données substantielles montrent que l'autonomisation des jeunes (en particulier des adolescentes et des jeunes femmes) peut non seulement réduire leur risque de contracter le VIH, mais aussi leur conférer de multiples avantages sanitaires et sociaux tout au long de leur vie. L'éducation, en particulier, réduit la vulnérabilité au VIH tout en contribuant à construire des sociétés fortes et résilientes. Cela souligne l'importance des investissements nationaux dans les systèmes éducatifs en général et dans les mesures visant à maintenir les filles à l'école en particulier. Les données de plusieurs pays d'Afrique au sud du Sahara montrent clairement que le fait de rester plus longtemps à l'école réduit le risque d'infection par le VIH.^{111 112 113} L'augmentation du niveau d'éducation des femmes est également liée au contrôle accru qu'elles exercent sur leurs droits et leur santé sexuelle et reproductive.

Pays : Eswatini

Maintenir les adolescentes et les jeunes femmes à l'école pour réduire les risques et la vulnérabilité face au VIH

Les résultats d'un important essai ont montré que le fait de maintenir les adolescentes et les jeunes femmes dans une quelconque forme d'éducation réduisait considérablement l'incidence du VIH, dans une mesure comparable aux interventions biomédicales. En 2015-2016, en collaboration avec la Banque mondiale et des partenaires de tout le pays, ainsi qu'avec le soutien du Fonds Mondial, de UK AID, du gouvernement du Royaume d'Eswatini et

de l'ONUSIDA, l'Évaluation d'impact Sitakhela Likusasa, un essai de contrôle randomisé de trois ans impliquant près de 4 400 adolescentes, a étudié l'impact sur l'incidence du VIH de deux types d'incitations financières conditionnelles versées aux jeunes filles.¹¹⁴ Les résultats sont sans appel : les filles qui ont bénéficié d'incitations financières à l'éducation avaient 23 % de risques en moins de contracter le VIH, tandis que les filles qui ont bénéficié des deux incitations avaient 37 % moins de risques d'être infectées par le virus. Depuis, ces résultats ont eu un impact sur la planification, et ils ont conduit à d'autres travaux analytiques en Eswatini et dans d'autres pays de la région afin de renforcer la compréhension et d'améliorer les systèmes de données. Ils ont également encouragé des projets de suivi dans le but d'améliorer les résultats dans des domaines qui se sont avérés essentiels pour renforcer la résilience des adolescentes et des jeunes femmes.^{115 116}

(UNAIDS/PCB (49)/CRP2)

76. Les programmes de transfert d'argent, notamment ceux qui conditionnent l'aide financière à des résultats spécifiques (comme le fait de rester à l'école), réduisent la pauvreté, encouragent l'assiduité à l'école, améliorent les résultats scolaires, la santé et la nutrition (en particulier pour les enfants), augmentent l'utilisation des services de santé, retardent les premiers rapports sexuels, réduisent les mariages et les grossesses précoces, encouragent des comportements sexuels plus sûrs et réduisent le risque de contracter le VIH.^{117 118}
77. Les lois et politiques restrictives peuvent réduire la capacité des adolescentes à accéder aux services dont elles ont besoin. L'abaissement de l'âge du consentement pour les services de prise en charge du VIH en dessous de 16 ans est associé à un taux de dépistage du virus 74 % plus élevé que dans les pays où le consentement parental demeure obligatoire.¹¹⁹ La suppression des lois exigeant le consentement parental pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive ainsi que de prévention, de dépistage et de traitement du VIH renforce l'autonomie des adolescentes, les incite à adopter des comportements vertueux pour leur santé et renforce les efforts de prévention des nouvelles infections par le VIH.

Stigmatisation et discrimination

78. Les données soulignent clairement les effets persistants et pernicieux de la stigmatisation et de la discrimination sur la capacité des individus à protéger leur santé et leur bien-être et à accéder aux services dont ils ont besoin. Parallèlement, c'est sur les données que reposent les efforts déployés pour éliminer la stigmatisation et la discrimination.
79. L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est une enquête nationale menée par des personnes vivant avec le virus en vue de suivre les expériences de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. Depuis 2008, plus de 100 enquêtes sur l'indice de stigmatisation ont permis d'interroger plus de 100 000 personnes vivant avec le VIH. Dans les pays où plusieurs enquêtes sur l'indice de stigmatisation ont été réalisées, celles-ci offrent un aperçu des tendances de l'incidence de la stigmatisation et de la discrimination.
80. En 2009, l'indice de stigmatisation a mis en lumière un phénomène généralisé en Thaïlande¹²⁰ et a incité le gouvernement à intensifier systématiquement la réponse à la stigmatisation et à la discrimination dans le cadre de la riposte nationale au VIH, en se concentrant sur un ensemble de mesures de réduction de la stigmatisation dans les établissements de santé. Les résultats de deux séries d'enquêtes menées en Thaïlande (en 2014-2015 et 2017) indiquent que des progrès ont été réalisés pour réduire la

stigmatisation et la discrimination liées au VIH dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH dans les établissements de santé.¹²¹

81. En 2020, une méthodologie standardisée « 2.0 » a été déployée pour les enquêtes sur l'indice de stigmatisation. La nouvelle méthodologie vise à garantir la comparabilité dans le temps et entre les différents milieux afin de mieux évaluer les principales tendances ainsi que l'efficacité des efforts déployés pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination. Elle vise également à permettre l'inclusion des populations clés vivant avec le VIH dans les processus de l'indice de stigmatisation en vue de générer des informations stratégiques sur la stigmatisation intersectionnelle vécue par les personnes vivant avec le VIH, à l'image de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des femmes vivant avec le virus.
82. Les données générées par l'indice de stigmatisation ont conduit à des actions visant à lutter contre les pratiques discriminatoires. En Afrique du Sud, les conclusions de l'étude sur l'indice de stigmatisation mentionnant des cas de stérilisation forcée de femmes vivant avec le VIH, ainsi que d'autres documents, ont entraîné le lancement d'une enquête nationale.¹²²

Rassembler des preuves pour créer un environnement favorable

83. À mesure que les données probantes sur les facilitateurs sociétaux se multiplient, les défenseurs des droits de l'homme s'appuient sur ces éléments pour influencer les lois et les politiques. Dans le cadre du litige qui a finalement abouti à l'invalidation de la loi du Botswana criminalisant les relations homosexuelles, l'organisation de la société civile LeGaBiBo est intervenue en tant qu'amie de la cour (*amicus curiae*) dans un mémoire citant des données de l'enquête BBS du pays ainsi que des données de l'ONUSIDA sur l'impact disproportionné du VIH parmi les gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.¹²³
84. La Commission mondiale sur le VIH et le droit (Global Commission on HIV and the Law), un groupe mondial de haut niveau convoqué par le PNUD pour le compte du Programme commun de l'ONUSIDA, a interrogé plus de 700 informateurs clés et a examiné les données disponibles afin d'élaborer des recommandations concrètes pour promouvoir un environnement juridique et politique favorable à une riposte solide au VIH.^{124 125} Une évaluation externe a montré que la Commission avait influencé d'autres processus mondiaux, fait progresser les discussions de fond relatives au VIH et au droit, et encouragé l'apprentissage et l'action en collaboration pour un environnement favorable.¹²⁶ Dans sa décision d'invalidation de la loi du pays qui pénalise depuis longtemps les relations homosexuelles, la Cour suprême indienne a cité les conclusions de la Global Commission on HIV and the Law ainsi que les statistiques de l'ONUSIDA sur le risque disproportionné de contracter le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.¹²⁷
85. Les preuves scientifiques selon lesquelles le traitement antirétroviral bloque efficacement la transmission du VIH viennent soutenir le plaidoyer et les litiges stratégiques visant à faire reculer les lois pénalisant l'exposition au VIH, sa transmission ou sa non-divulgation. L'Initiative pour la justice en matière de VIH soutient les efforts mondiaux visant à mettre fin à la criminalisation du VIH en servant de référentiel et de diffuseur de preuves stratégiques que les défenseurs des droits humains peuvent utiliser pour encourager des changements juridiques et politiques.¹²⁸ Aux États-Unis d'Amérique, le Williams Institute de l'université de Californie à Los Angeles a entrepris des recherches approfondies qui ont démontré le manque de fondement scientifique de 800 affaires relevant du droit pénal de l'État spécifique au VIH, ce qui a finalement

conduit le législateur à adopter une nouvelle loi interdisant les condamnations pénales de personnes vivant avec le VIH pour exposition potentielle au virus ou pour sollicitation de rapports sexuels avec autrui.¹²⁹ Pour soutenir le travail de plaidoyer juridique visant à empêcher le recours à des poursuites discriminatoires et infondées à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, le Réseau juridique VIH/sida du Canada a constitué un kit d'études et de déclarations de consensus scientifique.¹³⁰

SUIVI MONDIAL DES PROGRÈS RÉALISÉS EN VUE DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS POUR 2025

86. Le Programme commun de l'ONUSIDA joue un rôle essentiel dans la production et l'utilisation de données en vue d'atteindre les objectifs 2025 et 2030. Il sert de référentiel pour les informations stratégiques les plus complètes et les plus récentes sur l'épidémie et la riposte, renforce les capacités nationales de collecte et d'utilisation des données et exploite les données afin d'élaborer des orientations normatives visant à renforcer les réponses nationales.

Renforcement des capacités nationales en matière de collecte, de communication et d'utilisation des données

87. Le Programme commun de l'ONUSIDA fournit une assistance technique élargie et adaptée aux pays afin de garantir la production et l'utilisation rapides et précises de données de programmes nationaux et infranationaux ainsi que d'estimations épidémiologiques modélisées du VIH. Ces estimations fournissent des données annuelles sur les progrès accomplis dans le cadre des objectifs en matière de dépistage et de traitement. Elles permettent également de comprendre les tendances des nouvelles infections par le VIH et de la mortalité liée au sida (des données difficilement disponibles à partir de sources directement mesurées). Les estimations épidémiologiques permettent aux pays de mesurer l'impact de leur riposte au VIH et de produire des scénarios d'impact potentiel en partant du principe d'une intensification différente des programmes.
88. Les pays sont aidés pour associer ces modèles à des informations sur les coûts afin de créer des scénarios modélisés visant à optimiser l'efficacité des ripostes nationales au VIH. Le processus d'élaboration et de validation de ces estimations par les pays garantit que les autorités nationales et les partenaires du développement s'accordent sur un ensemble de données pour décrire l'épidémie et s'approprient ces résultats. Grâce à une utilisation élargie de l'outil Naomi soutenu par l'ONUSIDA, davantage de pays produisent désormais des estimations infranationales du VIH. Ces estimations aident les provinces, les districts et les villes à adapter les programmes de prise en charge du virus aux besoins locaux et à garantir la redevabilité locale concernant les résultats. Le processus dirigé par l'ONUSIDA garantit également de disposer d'un ensemble solide de données comparables aux niveaux mondial et régional en vue de mesurer le succès de la riposte au VIH et d'identifier les pays et les régions qui prennent du retard.
89. Les pays rendent compte chaque année à l'ONUSIDA des progrès de leur riposte au VIH à l'aide d'un ensemble standard d'indicateurs par le biais de la plateforme mondiale de surveillance de la lutte contre le sida. Ces données et les estimations nationales et infranationales du VIH sont mises à la disposition du public sur le site Internet AIDSinfo (<https://aidsinfo.unaids.org/>). Des analyses approfondies et des recommandations sont présentées au monde entier dans le rapport annuel du Secrétaire général des Nations Unies à l'Assemblée générale et dans le rapport annuel de l'ONUSIDA sur le sida dans le monde.

90. Pour aider à combler les lacunes en matière de données concernant les populations clés, l'ONUSIDA tient à jour l'Atlas des populations clés et propose un plaidoyer ainsi qu'une assistance technique pour collecter des données concernant le risque et la vulnérabilité au VIH, l'accès aux services et les résultats en matière de VIH pour les populations clés. L'ONUSIDA pilote actuellement l'utilisation de méthodes BBS moins exigeantes en ressources en Géorgie et en Ouganda dans le but d'obtenir des informations stratégiques sur les populations clés. Le Programme commun contribue également à combler les lacunes en matière de données concernant les adolescentes et les jeunes femmes grâce à l'élaboration d'une nouvelle méthodologie permettant d'estimer le nombre et la répartition géographique des adolescentes et des jeunes femmes exposées à un risque élevé de contracter le VIH. Le suivi communautaire est soutenu par l'ONUSIDA à travers le projet Five Cities et le déploiement de l'indice de stigmatisation 2.0.

Renforcer les capacités d'analyse pour utiliser les données afin de maximiser l'impact des ripostes au VIH

91. En plus d'aider les pays et les communautés à collecter et à communiquer des données, l'ONUSIDA accompagne les partenaires nationaux dans l'utilisation efficace de ces données afin d'améliorer la portée et l'impact des efforts. Le Programme commun soutient en particulier les capacités d'analyse nationales à utiliser les données collectées régulièrement, notamment grâce à la triangulation des données.
92. L'une des fonctions essentielles du Programme commun consiste à aider les pays à élaborer des plans de riposte au VIH multisectoriels et fondés sur des données probantes, et comprenant par ailleurs des objectifs et des budgets clairs. En plus d'orienter et d'harmoniser les efforts de prise en charge du VIH, ces plans stratégiques nationaux (NSP) sont de plus en plus utilisés pour mobiliser des ressources. En 2019-2020, l'ONUSIDA a soutenu 11 demandes adaptées aux NSP auprès du Fonds Mondial.
93. Des méthodes innovantes de visualisation des données aident les décideurs nationaux à cibler plus stratégiquement les ressources et à adapter les réponses à des populations, des milieux et des lacunes programmatiques spécifiques. La Health Situation Room (salle de situation sanitaire) est une plateforme numérique qui propose un affichage visuel des données afin de soutenir la prise de décision dans les pays. Au Malawi, par exemple, la Situation Room a permis de surmonter les frustrations liées à la prolifération des systèmes d'informations de gestion en produisant une source de données accessible et harmonisée pour le plaidoyer, l'amélioration des performances, la mobilisation des ressources, la budgétisation et la collaboration avec les partenaires.¹³¹

Exploiter les données pour créer un environnement favorable

94. Par le biais de la composante Engagements nationaux et instruments politiques de la plateforme de surveillance de la pandémie de sida, l'ONUSIDA collecte des données sur l'établissement et la mise en œuvre de lois et de politiques facilitatrices. Le portail web Laws and Policies Analytics (analyse des lois et politiques, <https://lawsandpolicies.unaids.org>) permet aux pays, aux communautés et aux autres parties prenantes de suivre les tendances politiques aux niveaux mondial et national. Le site web Laws and Policies Analytics suit un large éventail d'indicateurs politiques, comme l'alignement des politiques nationales sur les recommandations internationales (mise en œuvre de l'approche de traitement universel recommandée ou de la transition

vers les protocoles de traitement recommandés), l'alignement des lois et politiques nationales sur les principes des droits humains et de l'égalité des genres (par ex., lois discriminatoires concernant les populations clés, politiques de prévention et d'atténuation de la violence sexiste), l'approbation nationale des technologies et approches recommandées (par ex, autodépistage du VIH et PrEP), la prévalence des cadres juridiques nationaux qui entravent l'accès aux services essentiels (par ex, restrictions d'accès à la réduction des risques, consentement parental, politiques relatives à l'accès aux services dans les prisons), et les politiques visant à soutenir et à permettre les ripostes communautaires.

95. Le Programme commun rassemble et déploie des preuves en vue de soutenir les efforts de plaidoyer d'autres acteurs afin de créer un environnement favorable. Dans certains cas, cela nécessite de soutenir les litiges stratégiques afin d'éliminer les obstacles sociaux et structurels à une réponse solide fondée sur les droits humains. L'ONUSIDA est intervenu en qualité d'amicus curiae dans une affaire qui a abouti à la fin de la stérilisation forcée des femmes vivant avec le VIH au Chili.¹³² L'ONUSIDA est également intervenu dans une affaire portée devant la Cour constitutionnelle de Colombie, qui a jugé que la criminalisation du VIH était inadmissible, en grande partie parce qu'elle ne repose pas sur des bases scientifiques solides.
96. Les évaluations ciblées menées par le Programme commun sur des aspects majeurs des ripostes nationales, comme l'équité, l'égalité des genres et la protection sociale, fournissent des informations basées sur des données à partir desquelles les décideurs nationaux peuvent adapter et améliorer leur riposte au VIH. Au Cambodge, en 2020, une évaluation de la protection sociale a permis de constater des améliorations dans l'accès à la protection sociale des personnes vivant avec le VIH et des populations clés. Elle a toutefois également mis en évidence la nécessité de supprimer les obstacles auxquels les groupes vulnérables sont confrontés pour s'inscrire aux programmes nationaux de protection sociale.

Suivi du financement de la riposte au VIH

97. La stratégie mondiale de lutte contre le sida reconnaît que des financements supplémentaires et plus durables seront nécessaires pour combler les lacunes de la riposte, s'attaquer aux inégalités et relancer la dynamique. Le suivi des indicateurs de dépenses liées au VIH dans 118 pays à revenu faible ou intermédiaire constitue l'un des rôles propres au Programme commun. Il trace le contour du paysage des investissements afin d'aider les donateurs et les autres parties prenantes à combler les principales lacunes. Les données sur le financement de la riposte au VIH communiquées par le suivi mondial de la lutte contre le sida et d'autres sources sont rendues publiques dans le tableau de bord financier de l'ONUSIDA sur le VIH afin de fournir des informations stratégiques sur les ressources pour le virus aux décideurs politiques, aux directeurs de programmes et aux chercheurs.
98. L'ONUSIDA a lancé une étude dans 25 pays représentant 80 % de l'ensemble des personnes recevant un traitement contre le VIH afin d'évaluer l'impact de la COVID-19 sur les dépenses liées aux traitements antirétroviraux dans le but de comprendre et d'atténuer les coupes éventuelles dans le financement national de la riposte au VIH.

PERSPECTIVES D'AVENIR

99. La riposte au VIH a donné naissance à l'un des systèmes de données les plus complets, les plus granulaires et les plus actualisés dans le domaine de la santé et du développement à l'échelle internationale. Cependant, l'efficacité de la collecte et de

l'utilisation des données relatives au VIH se sont avérées inégales. Certains pays et programmes ont donné la priorité à la collecte et à l'utilisation de données diverses, désagrégées et détaillées pour élaborer les ripostes nationales et favoriser les progrès contre le sida. En revanche, d'autres ne possèdent pas les ressources, les systèmes ou l'expertise nécessaires pour recueillir et utiliser efficacement ces données.

100. La Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2021 contient différents objectifs détaillés pour 2025 qui visent à lutter contre les inégalités persistantes qui empêchent de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. La Déclaration comprend un engagement invitant les pays à améliorer la collecte et l'utilisation des données afin d'orienter la définition des objectifs nationaux, la planification, l'allocation des ressources, la prestation de services et la suppression des obstacles juridiques et politiques, conformément aux objectifs mondiaux. Pour respecter cet engagement, tous les pays doivent :

- a) mettre en place des systèmes nationaux modernes de suivi des patients et de surveillance des cas qui placent les personnes et leur accès aux services de santé et de prise en charge du VIH au centre du suivi de la riposte au virus afin d'orienter les programmes de manière plus précise et durable, d'améliorer les résultats sanitaires et de rendre compte sur les indicateurs spécifiques aux programmes ainsi que sur les indicateurs nationaux et mondiaux normalisés au fil du temps ;
- b) mener périodiquement des enquêtes qui complètent les données collectées de manière régulière en identifiant les lacunes et les incohérences qui justifient un examen plus ciblé. Dans les milieux à forte prévalence du VIH, les enquêtes démographiques comme les DHS et les PHIA permettent de contrôler l'efficacité des programmes et d'orienter la planification stratégique, la définition des objectifs et la gestion des programmes. Les enquêtes biocomportementales sur les populations clés fournissent des informations essentielles pour l'élaboration et la gestion des programmes visant à faire bénéficier ces populations prioritaires des services sanitaires et de prise en charge du VIH. D'autres enquêtes peuvent également fournir des informations spécifiques sur d'autres groupes d'intérêt, comme les personnes handicapées, les migrants ou les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays.
- c) veiller à ce que les enquêtes et les systèmes de données de routine collectent des données géolocalisées et incluant l'âge, le sexe et d'autres indicateurs pertinents, dans le but de produire des analyses qui identifient les lacunes des services en fonction du lieu et de la population, tout en veillant à préserver la confidentialité des données des patients, des comportements à risque et d'autres informations privées grâce à l'utilisation d'identifiants uniques et d'autres moyens ;
- d) collaborer avec les communautés touchées, renforcer leurs capacités et consacrer des ressources financières suffisantes à un suivi solide, piloté par les communautés, de l'accessibilité financière, de la disponibilité, de l'acceptabilité et de la qualité des services, en accordant une attention particulière aux résultats obtenus par les populations marginalisées et fortement touchées, et veiller à l'utilisation de ces données complémentaires dans la planification, la gestion et l'évaluation des programmes nationaux et infranationaux ;
- e) élaborer et mettre en œuvre des plans de collecte de données sur les facilitateurs sociétaux permettant de mieux comprendre, au niveau national, les obstacles juridiques, politiques et sociaux auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et les autres personnes ayant besoin de services liés au VIH, orienter les efforts visant à supprimer ces obstacles, et créer des environnements juridiques et politiques favorables à des services liés au VIH fondés sur les droits qui s'attaquent aux inégalités bien ancrées ;

- f) veiller à ce que les plans nationaux de riposte au VIH comprennent des objectifs nationaux clairs et fondés sur des données probantes pour 2025, qui reflètent l'éventail et la granularité des objectifs mondiaux pour 2025 de la Déclaration politique de 2021 et de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida en ce qui concerne la couverture des services liés au VIH, les facilitateurs sociétaux, l'intégration, le financement et l'impact ;
- g) élaborer des dossiers d'investissement pour la riposte au VIH qui tiennent compte des circonstances propres à chaque pays, et s'appuyer sur plusieurs sources et types de données pour aider les pays à déterminer la meilleure façon d'allouer des ressources limitées afin de maximiser l'impact, d'optimiser l'efficacité des ripostes nationales et d'identifier des stratégies de financement de ripostes nationales durables ;
- h) s'assurer que l'ONUSIDA dispose de capacités suffisantes pour aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des systèmes solides de suivi et d'évaluation des ripostes nationales au VIH, notamment des estimations épidémiologiques, et collecter régulièrement des données auprès des pays, mettre ces données à la disposition des parties prenantes et produire des rapports détaillés destinés à la communauté internationale sur les progrès mondiaux vers les objectifs 2025 et 2030 ;
- i) rendre compte annuellement à l'ONUSIDA de tous les indicateurs pertinents du système mondial de surveillance de la lutte contre le sida, conformément à la Déclaration politique de 2021.

[Références à suivre]

RÉFÉRENCES

- ¹ Les populations clés représentent les groupes les plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre et dont la participation est indispensable à une riposte réussie. Dans tous les pays, les populations clés comportent des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des environnements, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les usagers de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe ainsi que leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Cependant, chaque pays doit définir les populations spécifiques les plus concernées par l'épidémie et la riposte contre celle-ci en fonction du contexte épidémiologique et social.
- ² Déclaration politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_fr.pdf, consulté le 29 septembre 2021).
- ³ Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. 2021 ; Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf, consulté le 29 septembre 2021).
- ⁴ Les dix objectifs de développement durable explicitement liés à cette stratégie sont les suivants : ODD 1 : Pas de pauvreté ; ODD 2 : Faim « zéro » ; ODD 3 : Bonne santé et bien-être ; ODD 4 : Éducation de qualité ; ODD 5 : Égalité entre les sexes ; ODD 8 : Travail décent et croissance économique ; ODD 10 : Inégalités réduites ; ODD 11 : Villes et communautés durables ; ODD 16 : Paix, justice et institutions efficaces ; ODD 17 : Partenariats pour la réalisation des objectifs.
- ⁵ L'ONUSIDA considère que les pays sont sur la bonne voie pour atteindre ces objectifs pour 2030 s'ils sont parvenus à des diminutions d'au moins 49,5 % en décembre 2020.
- ⁶ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ⁷ D'ici 2020, 90 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes diagnostiquées séropositives reçoivent un traitement antirétroviral et 90 % de toutes les personnes recevant un traitement antirétroviral parviennent à une inhibition de la réplication virale du VIH. La réalisation des objectifs 90-90-90 signifie qu'au moins 73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH connaissent une inhibition de la réplication virale.
- ⁸ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ⁹ Déclaration politique sur le VIH et le sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2016.
- ¹⁰ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ¹¹ L'Angola, le Botswana, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, l'Eswatini, l'Éthiopie, le Ghana, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, l'Afrique du Sud, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.
- ¹² ONUSIDA, suivi mondial de la lutte contre le sida 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ¹³ ONUSIDA, suivi mondial de la lutte contre le sida 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ¹⁴ ONUSIDA, suivi mondial de la lutte contre le sida 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ¹⁵ Enquêtes effectuées auprès des populations, 2015–2020.
- ¹⁶ Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 13 pays, 2013-2018.
- ¹⁷ Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève : OMS ; 2013.
- ¹⁸ 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.
- ¹⁹ Évaluations de l'impact du VIH en fonction des populations, 2015-2019.
- ²⁰ Enquêtes démographiques et de santé, 2015-2020.
- ²¹ Rapport de surveillance du VIH 2019, Vol. 32. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention ; 2021
- ²² Rapports 2019 du système national de surveillance du VIH, CDC, 2021 (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-2018-updated-vol-32.pdf> consulté le 1er octobre 2021).
- ²³ Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. 2021 ; Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2021

(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_fr.pdf, consulté le 29 septembre 2021).

²⁴ <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/07/UTT-discussion-slides.pdf>.

²⁵ Start Free, Stay Free, AIDS Free : Final report on 2020 targets. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2021

(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_start-free-stay-free-aids-free-final-report-on-2020-targets_en.pdf, consulté le 30 septembre 2020).

²⁶ Plan national pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B, 2020, Kampala : ministère ougandais de la Santé.

²⁷ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

²⁸ À propos de MenStar, <https://menstarcoalition.org/about-menstar/> (consulté le 1er octobre 2021).

²⁹ Malone ST, Hlongwa M, Little K, Levy M, Clutton L et al. Coach Mpilo: a peer-support intervention to improve men's ART linkage & retention. Résumé 756. Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 6-10 mars 2021 [virtuel].

³⁰ DHIS2, <https://dhis2.org>, Oslo : Université d'Oslo (consulté le 29 septembre 2021).

³¹ Outil de suivi des services liés au VIH, <https://hivservicestracking.unaids.org/>, Genève : ONUSIDA (consulté le 1er novembre 2021).

³² Achrekar A. Our global plan to fight HIV has been a strategic weapon against COVID. The Hill, 20 septembre 2021 (<https://thehill.com/opinion/healthcare/573056-our-global-plan-to-fight-hiv-has-been-a-strategic-weapon-against-covid>, consulté le 29 septembre 2021).

³³ L'homme au cœur de la lutte contre les pandémies. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_fr.pdf, consulté le 30 septembre 2020).

³⁴ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

³⁵ Start Free, Stay Free, AIDS Free : Final report on 2020 targets. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2021

(https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_start-free-stay-free-aids-free-final-report-on-2020-targets_en.pdf, consulté le 30 septembre 2020).

³⁶ Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2021 (voir l'annexe sur les méthodes du rapport de l'ONUSIDA sur le sida dans le monde 2021, lutte contre les inégalités).

³⁷ Barr D, Garnett GP, Mayer KH, Morrison M, Key populations are the future of the African HIV/AIDS pandemic, J Int AIDS Soc 2021;24(Supp. 3):e25750.

³⁸ Jones A, Honermann B, Lankiewicz E, Sherwood J, Millett G, Current allocations and target apportionment for HIV testing and treatment services for marginalized populations: characterizing PEPFAR investment and strategy, J Int AIDS Soc 2021;24(Supp. 3):e25750.

³⁹ Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2021

(<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

⁴⁰ El-Sadr WM, Rabkin M, Nkengasong J, Bix DL. Realizing the potential of routine viral load testing in sub-Saharan Africa. J Int AIDS Soc. 2017;20(Supp. 7):e20510.

⁴¹ Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017.

⁴² Health informatics, data management and statistics: Automated PEPFAR and Ministry of Health indicators. Atlanta : US Centers for Disease Control (<https://www.cdc.gov/globalhivtb/who-we-are/resources/keyareafactsheets/health-informatics-data-management-and-statistics-automating-pepfar-and-ministry-of-health-indicators.pdf>, consulté le 4 octobre 2021).

⁴³ OpenMRS Cameroun, Le Cap : Jembi (<https://www.jembi.org/Project/OpenMRS-Cameroonhttps://www.cdc.gov/globalhivtb/who-we-are/resources/keyareafactsheets/health-informatics-data-management-and-statistics-automating-pepfar-and-ministry-of-health-indicators.pdf>, consulté le 4 octobre 2021).

⁴⁴ PEPFAR, HIV Case-Based Surveillance System with Biometric Code and Patient Linkage and Retention Tool, 2019 (<https://www.pepfarsolutions.org/resourcesandtools-2/2019/8/5/hiv-case-based-surveillance-system-with-biometric-code-and-patient-linkage-and-retention-tool>, consulté le 28 octobre 2021).

⁴⁵ What is the PHIA Project? New York : ICAP at Columbia University, <https://phia.icap.columbia.edu/about/> (consulté le 1er octobre 2020).

-
- ⁴⁶ PEPFAR 2018 Country Operational Plan Guidance for Standard Process Countries (https://na.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/132/PEPFAR-COP18-Guidance_FINAL-1.pdf, consulté le 1er octobre 2021).
- ⁴⁷ Low A, Sachathep K, Rutherford G, Nitschke A, Wolkon A, Banda K et al. Migration in Namibia and its association with HIV acquisition and treatment outcome. *PLoS ONE*. 2021;16:e0256865.
- ⁴⁸ Low A, Teasdale C, Brown K, Barradas DT, Mugurungi O, Sachathep K et al. Human Immunodeficiency Virus Infection in Adolescents and Mode of Transmission in Southern Africa: A Multinational Analysis of Population-Based Survey Data. *Clin Infect Dis*. 2021;73:594-604.
- ⁴⁹ Boyd MA, Shah M, Barradas DT, Hecce M, Kulenga LB, Lumpa M et al. Increase in antiretroviral therapy enrollment among persons with HIV infection during the Lusaka HIV treatment surge—Lusaka Province, Zambia, January 2018 –June 2019. *MMWR* 2020;69:1039-1043.
- ⁵⁰ Saito S et al. Pediatric HIV treatment gaps in 7 East and Southern African countries: examination of modeled, survey, and routine program data. *J Acquired Immune Def Syndr*. 2018;78:S134-S141.
- ⁵¹ Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV, 2017. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>, consulté le 1er octobre 2021).
- ⁵² Okal J, Raymond HF, Tun W, Musyoki H, Dadabhai S, Broz D et al. Lessons learned from respondent-driven sampling recruitment in Nairobi: experiences from the field. *BMC Res Notes*. 2016;9:158.
- ⁵³ Baltazar CS, Boothe M, Langa DC, Sathane I, Horth R et al. Recognizing the hidden: strengthening the HIV surveillance system among key and priority populations in Mozambique. *BMC Pub Health*. 2021;21:91.
- ⁵⁴ Volkman T, Chase M, Lockard AM, Henningham D, Albalak R. Lessons learned from the implementation of biological-behavioural surveys of key populations in the Caribbean. *AIDS Educ Prev*. 2019;30:528–541.
- ⁵⁵ Davis SLM. *The uncounted: Politics of data in global health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020.
- ⁵⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>.
- ⁵⁷ Plan stratégique national de l’Afrique du Sud pour le VIH, la tuberculose et les IST 2017-2022. Pretoria : Conseil national sud-africain de lutte contre le sida, 2017 (https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201705/nsp-hiv-tb-stia.pdf, consulté le 1er octobre 2021).
- ⁵⁸ South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2017, Pretoria : Human Sciences Research Council ; 2019 (http://www.hsrc.ac.za/en/departments/hsc/National_HIV_Survey, consulté le 1er octobre 2021).
- ⁵⁹ Plan national sud-africain de lutte contre le VIH pour les professionnel(le)s du sexe 2016-2019, 2016. Pretoria : Conseil national sud-africain de lutte contre le sida (<https://southafrica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/South%20African%20National%20Sex%20Worker%20HIV%20Plan%202016%20-%202019%20FINAL%20Launch%20Copy...%20%282%29%20%281%29.pdf>, consulté le 1er octobre 2021).
- ⁶⁰ Marty L, Lemsalu L, Kivite-Urtāne, Costagliola D, Kaupe R, Linina I et al. Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation *AIDS*. 2021;35:675–680.
- ⁶¹ Hammett TM, Wu Z, Duc TT, Stephens D, Sullivan S, Liu W et al. "Social evils" and harm reduction: the evolving policy environment for human immunodeficiency virus prevention among injection drug users in China and Vietnam. *Addiction*. 2008;103:137-145.
- ⁶² Li J, Ha, TH, Zhang C, Liu H. The Chinese government’s response to drug use and HIV/AIDS: A review of policies and programs. *Harm Reduction Journal*. 2010;7:4.
- ⁶³ PEPFAR 2021 Country and Regional Operational Plan (COP/ROP) Guidance for all PEPFAR Countries, Washington D.C.: Département d’État américain (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/12/PEPFAR-COP21-Guidance-Final.pdf>, consulté le 2 octobre 2021).
- ⁶⁴ Van Schalkwyk C, Dorrington RE, Seatlhodi T, Velasquez C, Feizadeh A, Johnson LF, Modelling of HIV prevention and treatment progress in five South African metropolitan districts, *Scientific Reports* 2021;11:5652.
- ⁶⁵ HIV and AIDS Data Hub for Asia and the Pacific: Evidence to Action. <https://www.aidsdatahub.org/country-profiles/pakistan> (consulté le 27 octobre 2021).

-
- ⁶⁶ Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W, Community-led monitoring: When community data drives implementation strategies, *Curr HIV/AIDS Rep* 2020;17:415-421.
- ⁶⁷ PEPFAR, Community-led Monitoring, 2020, Washington D.C.: Département d'État américain (https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/07/PEPFAR_Community-Led-Monitoring_Fact-Sheet_2020.pdf, consulté le 3 octobre 2021).
- ⁶⁸ Rapport 2021 sur les résultats, Genève : Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (https://www.theglobalfund.org/media/11304/corporate_2021resultsreport_report_en.pdf, consulté le 3 octobre 2021).
- ⁶⁹ Initiative de suivi communautaire (CLM) sur la COVID-19 et le VIH au Nigeria, rapport de la première phase.
- ⁷⁰ Ritshidze, Free State of Health, 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>, consulté le 3 octobre 2021).
- ⁷¹ "They Keep Us on Our Toes": How the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring, 2020, International Treatment Preparedness Coalition (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>, consulté le 3 octobre 2020).
- ⁷² "They Keep Us on Our Toes": How the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring, 2020, International Treatment Preparedness Coalition (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>, consulté le 3 octobre 2020).
- ⁷³ Nyqvist MB, de Walque D, Svensson J. Information is power: experimental evidence on the long-run impact of community-based monitoring. Washington D.C. : Banque mondiale ; 2014 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/739811468318587268/pdf/WPS7015.pdf>, consulté le 3 octobre 2021).
- ⁷⁴ Lignes directrices unifiées sur le suivi des patients infectés par le VIH et la surveillance des cas selon une approche centrée sur la personne. Genève : Organisation mondiale de la Santé, juin 2017.
- ⁷⁵ Considérations éthiques relatives aux essais de méthodes biomédicales de prévention du VIH [Élément d'orientation supplémentaire ajouté en 2012]. Document d'orientation ONUSIDA/OMS. (https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/jc1399_ethical_considerations_fr.pdf).
- ⁷⁶ Trejo A, McClelland A. Molecular HIV surveillance: a global review of human rights implication. *HIV Justice Worldwide*, octobre 2021 (<https://www.hivjusticeworldwide.org/wp-content/uploads/2021/10/HJWW-MHS-Paper-English-Final.pdf>).
- ⁷⁷ Réseau d'apprentissage CQUIN : Shaping the future of HIV service delivery, New York: ICAP at Columbia University (<https://cquin.icap.columbia.edu>, consulté le 3 octobre 2021).
- ⁷⁸ Maruyama H, Franks J, Laki D, Msumi O, Makyao N, Rwabiyago OE et al., Bringing HIV services to key populations and their communities in Tanzania: from pilot to scal. *J Int AIDS Soc*. 2021;24:e25718.
- ⁷⁹ Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Genève : Organisation mondiale de la santé : 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>, consulté le 3 octobre 2021).
- ⁸⁰ HIV Market Report: The state of HIV treatment, testing, and prevention in low- and middle-income countries. Clinton Health Access Initiative; 2020 (<https://3cdmh310dov3470e6x160esb-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/09/2020-CHAI-HIV-Market-Report.pdf>, consulté le 3 octobre 2020).
- ⁸¹ HIV Market Report: The state of HIV treatment, testing, and prevention in low- and middle-income countries, 2020, Clinton Health Access Initiative (<https://3cdmh310dov3470e6x160esb-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2020/09/2020-CHAI-HIV-Market-Report.pdf>, consulté le 3 octobre 2020).
- ⁸² Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10:5482.
- ⁸³ Nakigozi G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC et al. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes (CROI), 8-11 mars 2020. Résumé 150.
- ⁸⁴ ONUSIDA, suivi mondial de la lutte contre le sida 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

-
- ⁸⁵ Vandormael A, Akullian A, Siedner M, de Oliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nature Communications*. 2019;10:5482.
- ⁸⁶ Njeuhmeli E, Forsythe S, Reed J, Opuni M, Bollinger L, Heard N et al. Voluntary medical male circumcision: modeling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *PLoS Med*. 2011;8:e1001132.
- ⁸⁷ Cork MA, Wilson KF, Perkins S, Collison ML, Deshpande A, Eaton JW, Earl L et al., Mapping male circumcision for HIV prevention efforts in sub-Saharan Africa, *BMC Med* 2020;18:189.
- ⁸⁸ Ensor S, Davies B, Rai T, Ward H, The effectiveness of demand creation interventions for voluntary male medical circumcision for HIV prevention in sub-Saharan Africa: a mixed methods systematic review. *J. Int AIDS Soc*. 2019;22:e25299.
- ⁸⁹ Hellar A, Plotkin M, Lija, G, Mwanamsangu A, Mkungume S, Christensen A et al., Adverse events in a large-scale VMMC programme in Tanzania: findings from a case series analysis. *J Int AIDS Soc*. 2019;22:e25369.
- ⁹⁰ La surveillance des effets indésirables a généré des retombées positives au-delà de la prévention du VIH, puisque l'identification de cas de tétanos parmi des personnes ayant subi une circoncision médicale volontaire a mis en évidence des lacunes dans le recours à la vaccination antitétanique. Voir : Dalasi S, Samuelson J, Reed J, Yakubu A, Ncube B, Baggaley R. Tetanus disease and deaths in men reveal need for vaccination. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 2016;94:613-621.
- ⁹¹ ONUSIDA, suivi mondial de la lutte contre le sida 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ⁹² Stratégie de riposte au VIH de la Nouvelle-Galles du Sud 2021-2025. Sydney : Ministère de la santé de Nouvelle-Galles du Sud, 2021 (<https://www.health.nsw.gov.au/endinghiv/Publications/nsw-hiv-strategy-2021-2025.pdf>).
- ⁹³ Stratégie de riposte au VIH de la Nouvelle-Galles du Sud 2016-2020. Sydney : Ministère de la santé de Nouvelle-Galles du Sud, 2016 (<https://www.health.nsw.gov.au/endinghiv/Publications/nsw-hiv-strategy-2016-2020.pdf>).
- ⁹⁴ Grulich AE, Nigro S, Chan C, Patel P, Bavinton BR, Holt M et al pour le compte du Projet de partenariat pour la prévention du VIH en Nouvelle-Galles du Sud. Tendances des indicateurs du VIH et de prévention du VIH chez les gays, les bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Nouvelle-Galles du Sud, 2015-2019 : implications pour les nouvelles interventions et pour le suivi et l'évaluation dans une nouvelle stratégie de riposte au VIH en Nouvelle-Galles du Sud. Sydney : Kirby Institute, 2020 (<https://kirby.unsw.edu.au/report/trends-in-hiv-in-nsw-2015-2019>).
- ⁹⁵ Rapports de surveillance annuels et trimestriels sur la stratégie de riposte au VIH de la Nouvelle-Galles du Sud (<https://www.health.nsw.gov.au/endinghiv/Pages/tools-and-data.aspx>).
- ⁹⁶ Les objectifs 10-10-10 pour 2025 prévoient que : moins de 10 % des pays appliquent des lois et des politiques punitives, moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de stigmatisation et de discrimination, moins de 10 % des femmes, des jeunes filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de violence et d'inégalités liées au genre.
- ⁹⁷ Vers un environnement social, politique et juridique favorable à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH : Plan opérationnel pour le plan stratégique national, 2020.
- ⁹⁸ Neal JJ, Prybylski D, Sanchez T, Hladick W. Population size estimation methods: searching for the Holy Grail. *JMIR Pub Health Surveill*. 2020;6:e25076.
- ⁹⁹ Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
- ¹⁰⁰ Migration health 2020 impact overview. Genève : Organisation internationale pour les migrations, 2021.
- ¹⁰¹ Meyer-Rath G, van Rensburg C, Chiu C, Leuner R, Jamieson L, Cohen S. The per-patient costs of HIV services in South Africa: Systematic review and application in the South African HIV Investment Case. *PLoS ONE*. 2019;14:e0210497.
- ¹⁰² 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.
- ¹⁰³ 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.

-
- ¹⁰⁴ 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.
- ¹⁰⁵ Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalence HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa, 23rd International AIDS Conference. Résumé OAF0403, 2020.
- ¹⁰⁶ Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalence HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa, 23rd International AIDS Conference. Résumé OAF0403, 2020.
- ¹⁰⁷ DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott 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.
- ¹⁰⁸ Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee SA et al. Policing practices and risk of HIV infection among people who inject drugs. *Epidemiologic Reviews*. 2020;42:27-40.
- ¹⁰⁹ Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, 2016, Genève : Organisation mondiale de la santé, 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>, consulté le 4 octobre 2021).
- ¹¹⁰ Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção VIH e SIDA em Portugal – 2020. Lisboa: DGS/INSA; 2020.
- ¹¹¹ Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *Soc Sci Med*. 2015;127:108-115.
- ¹¹² Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1266-1273.
- ¹¹³ Santelli JS, Mathur S, Song Z, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school and enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994-2013. *Global Soc Welfare*. 2015;2:87–103.
- ¹¹⁴ Gorgens M, Ketende S, Tsododo V, Heard W, Mabuza M, Longosz A et al. Sitakhela Likusasa Impact Evaluation: results of a cluster randomized control trial (cRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini. Conférence de l'International AIDS Society, 2019. Résumé n° TUAC0205LB (<https://programme.ias2019.org/Abstract/Abstract/4943>, consulté le 5 octobre 2021).
- ¹¹⁵ Health system strengthening for human capital development in Eswatini – P168564. Washington DC : Banque mondiale, 2019 (<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P168564>, consulté le 27 octobre 2021).
- ¹¹⁶ Strengthening early childhood development and basic education systems to support human capital development in Eswatini – P173151. Washington DC : Banque mondiale, 2019 (<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P173151>, consulté le 27 octobre 2021).
- ¹¹⁷ Bastagli F, Hagen-Zanker J, Surge G, Cash transfers: what does the evidence say? Londres : Overseas Development Institute, 2016 (<https://odi.org/en/publications/cash-transfers-what-does-the-evidence-say-a-rigorous-review-of-impacts-and-the-role-of-design-and-implementation-features/>, consulté le 4 octobre 2021).
- ¹¹⁸ Owusu-Addo E, Cross R. The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Public Health*. 2014;59:609-618.
- ¹¹⁹ McKinnon B, Vander Morris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-scored matched study. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. 2019;97:42-50.
- ¹²⁰ Réseau thaïlandais des personnes vivant avec le VIH/sida. Index of stigma and discrimination against people living with HIV/AIDS in Thailand. Bangkok, Thaïlande : ONUSIDA, université Ubon Ratchathani, 2009.
- ¹²¹ Stigma and discrimination among health care providers and people living with HIV in health-care setting in Thailand: Comparison of findings from 2014–2015 and 2017. Bangkok : Département de contrôle des maladies, ministère de la Santé publique, 2018 (https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/S_D/2_UNAIDS_Final_S_D_Final_Health_care_settings_Comparison_a5.pdf, consulté le 1er novembre 2021).
- ¹²² Investigation report of the forced sterilisation of women with HIV/AIDS in South Africa. Johannesburg : Commission sur l'égalité des genres, 2021 (<http://cge.org.za/wp->

[content/uploads/2021/01/forced-sterilisation-of-women-living-with-hiv-and-aids-in-south-africa.pdf](https://www.hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2021/01/forced-sterilisation-of-women-living-with-hiv-and-aids-in-south-africa.pdf), consulté le 5 octobre 2021).

¹²³ LM v ATTORNEY GENERAL OF BOTSWANA: Challenging Criminalisation of Same-sex Sexual Relationships Fact Sheet (<https://www.southernafricalitigationcentre.org/wp-content/uploads/2018/05/Fact-Sheet-1.pdf>).

¹²⁴ Global Commission HIV and the Law. Risks, Rights & Health, 2012. New York : Programme des Nations Unies pour le développement, 2012 (<https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2017/06/FinalReport-RisksRightsHealth-EN.pdf>, consulté le 5 octobre 2021).

¹²⁵ Global Commission HIV and the Law. Risks, Rights & Health, Supplement. New York : Programme des Nations Unies pour le développement, 2018 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf, consulté le 5 octobre 2021).

¹²⁶ Evaluation of the Global Commission on HIV and the Law. Los Angeles : Program on Global Health & Human Rights, University of Southern California; 2021 (<https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2021/06/Final-Report-Independent-Evaluation-Global-Commission-HIV-and-the-Law.pdf>, consulté le 5 octobre 2021).

¹²⁷ Johar v. Union of India, Cour suprême indienne, 2018 (<https://www.thehindu.com/news/national/article24880700.ece/binary/Sec377judgment.pdf>, consulté le 5 octobre 2021).

¹²⁸ HIV Justice Institute, Advancing Justice 3: Growing the global movement against HIV criminalization, 2019 (<https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2019/05/AHJ3-Full-Report-English-Final.pdf>, consulté le 5 octobre 2021).

¹²⁹ HIV Justice Institute, Advancing Justice 3: Growing the global movement against HIV criminalization, 2019 (<https://www.hivjustice.net/wp-content/uploads/2019/05/AHJ3-Full-Report-English-Final.pdf>, consulté le 5 octobre 2021).

¹³⁰ Ressources pour avocats et militants, 2020, Réseau juridique VIH/sida du Canada (<https://www.hivlegalnetwork.ca/site/responding-to-the-criminalization-of-hiv-transmission-or-exposure-resources-for-lawyers-and-advocates-2/?lang=fr>, consulté le 5 octobre 2021).

¹³¹ Health Situation Room Evaluation, 2020, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HSR%20Evaluation.pdf, consulté le 5 octobre 2021).

¹³² Chile Agrees to End Forced Sterilization Practices and Provide Reparations in Case at the IACHR, (août 2021, Center for Reproductive Rights, <https://reproductiverights.org/case-iachr-chile-forced-sterilization-francisca/>, consulté le 5 octobre 2021).

[Fin du document]