

Prévenir les infections à VIH en temps de nouvelle pandémie

Rapport de synthèse sur les perturbations et les adaptations du programme pendant la pandémie de COVID-19 en 2020

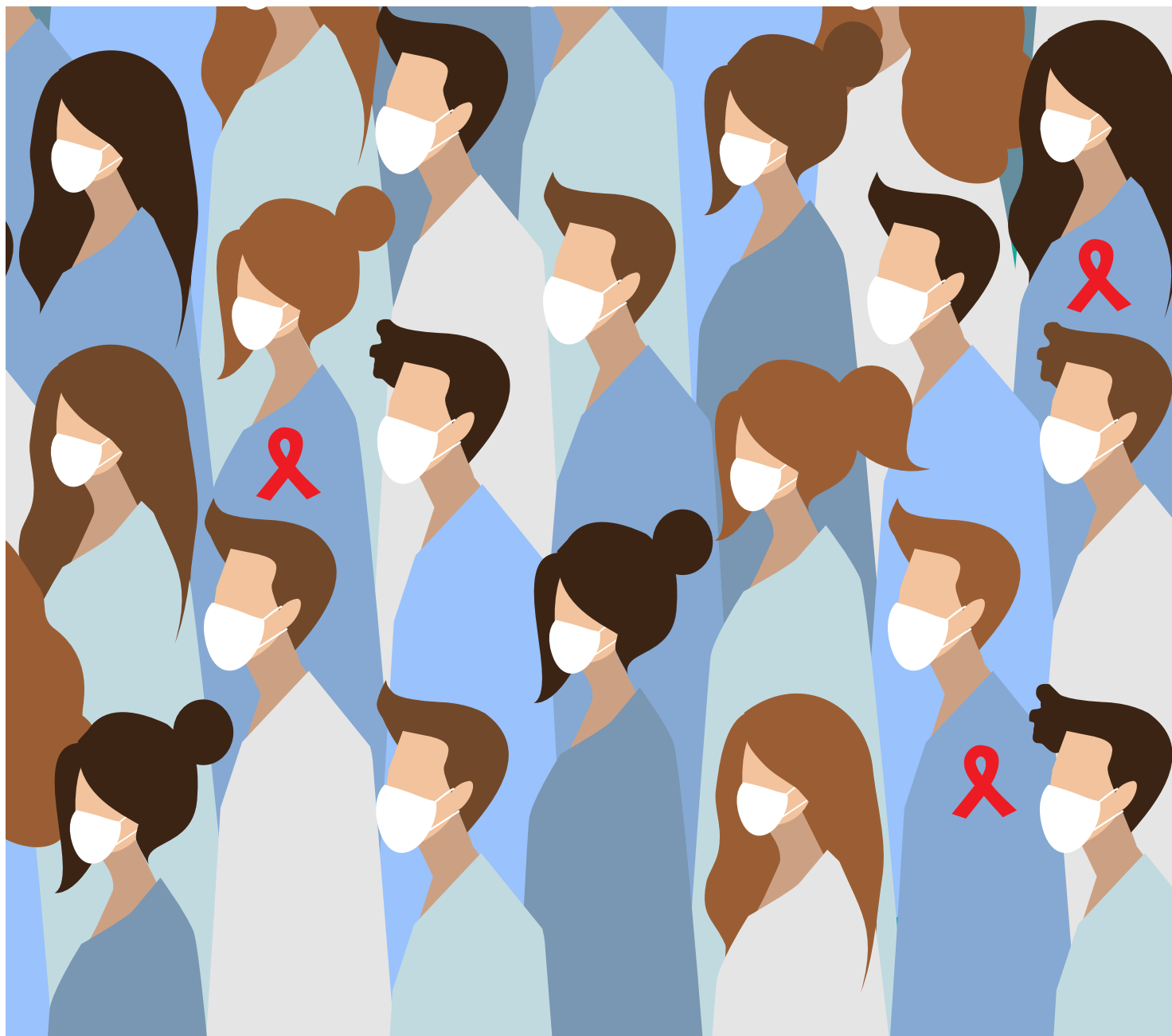


Table des matières

Résumé analytique	3
Contexte.....	6
But et objectifs	7
Sources de données.....	9
Une nouvelle pandémie dévastatrice	11
Effet sur la vulnérabilité à l'infection à VIH.....	12
Effet sur le risque de contracter le VIH.....	14
Adaptations et innovations au niveau des pays	16
Actions nationales pour aborder les intersections de la COVID-19 et du sida	17
Les communautés au centre des interventions d'urgence	18
Protéger et promouvoir les droits.....	19
Reconfiguration des modèles de fourniture de services	21
Modélisation de la façon dont la COVID-19 affecte le risque d'infection à VIH.....	26
Perturbations de la fourniture des services liés au VIH et effet sur l'accès et la couverture	29
Vue d'ensemble	29
Services de dépistage du VIH.....	30
Programmes à destination des populations clés.....	32
Programmes à destination des adolescentes, des jeunes femmes et de leurs partenaires masculins.....	36
Services aux enfants et prévention de la transmission mère-enfant.....	37
Promotion et distribution de préservatifs	39
Circoncision médicale masculine volontaire	41
Prophylaxie pré-exposition	41
Conclusions	42
Propositions pour aller de l'avant.....	44
Références.....	46



Cette crise est un coup de semonce appelant à faire les choses différemment. Il nous faut une reprise basée sur la justice économique et sociale, car les lacunes dans la riposte aux pandémies, qu'il s'agisse du VIH ou de la COVID-19, se situent sur les lignes de failles des inégalités.

António Guterres
Secrétaire général des Nations Unies

Résumé analytique

Durant toute l'année 2020, la pandémie de COVID-19 a balayé le monde, menaçant des décennies de développement durablement acquis et de progrès en matière de santé publique. Les initiatives mondiales et nationales visant à contrôler l'épidémie de sida font face à des menaces sans précédent. Les résultats durablement acquis en matière de prévention du VIH, avec un nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en baisse de 23 % depuis 2010, risquent d'être annulés par la pandémie de COVID-19 — et les populations déjà laissées pour compte risquent de prendre encore plus de retard.

La pandémie et les mesures mises en place pour contenir sa propagation ont déclenché une forte récession économique, qui a des effets généralisés et dévastateurs sur les économies nationales et les moyens de subsistance des populations. Des millions de personnes sont poussées dans l'extrême pauvreté et la précarité, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud étant les plus durablement touchées. Les preuves indiquent que la convergence de la COVID-19 et du VIH aggrave les inégalités et accentue les vulnérabilités reconnues depuis longtemps comme les moteurs structurels de la transmission du VIH. L'amélioration des moyens de subsistance, l'interruption de l'accès à l'éducation, l'aggravation des inégalités de genre, l'augmentation de la violence à l'égard des femmes et l'érosion des droits de l'homme, avec une vague de mesures juridiques et politiques punitives dans de nombreux contextes, sont susceptibles d'augmenter le risque de VIH dans les années à venir.

Les tensions sur les systèmes de santé ont été lourdes, les établissements et le personnel de santé ont été mobilisés pour contribuer à la riposte à la pandémie et ont recentré leur énergie sur le besoin urgent d'assumer les responsabilités connexes en matière de prévention, de dépistage, de traçage et de soins de la COVID-19. Les exigences imposées aux agents de santé et autres mesures de confinement et d'atténuation (y compris les confinements et les injonctions de

distanciation physique) ont rendu difficile, voire impossible, le maintien des rencontres de santé en face à face qui ont longtemps été la base des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

Inévitablement, les services de prévention du VIH ont été perturbés et les chaînes d'approvisionnement des principaux produits de prévention, notamment les préservatifs, les lubrifiants et les médicaments antirétroviraux et autres, se sont retrouvées en tension. Cela se reflète dans les baisses précoces observées dans le nombre mensuel de personnes desservies par les principales interventions de prévention, y compris celles à haut risque de VIH (comme les professionnel(le)s du sexe) et les groupes prioritaires tels que les adolescents et les femmes enceintes.

Dans le même temps, alors qu'elle a clairement exposé et élargi les inégalités profondes en matière de santé, la COVID-19 a également indiqué des moyens de rendre les systèmes de santé et autres institutions publiques plus justes, plus inclusifs et mieux à même de relever les défis de la fin de l'épidémie de sida dans les années à venir. Les prestataires de services de santé et les organisations communautaires ont réagi à la crise en modifiant leurs modes de fourniture des services de prévention du VIH afin de minimiser l'interruption des services les plus essentiels.

La riposte à la pandémie s'appuie sur des décennies d'expérience dans la lutte contre le sida, et les experts et les communautés concernés par le VIH se sont souvent mobilisés au pire de la crise. De nombreux pays du monde entier ont pris des mesures précoces et décisives pour s'attaquer aux vulnérabilités critiques, maintenir les services de santé et créer une synergie entre les approches de lutte contre la COVID-19 et le sida. Celles-ci soulignent comment ces mesures peuvent se compléter et se soutenir mutuellement, dans une approche cohérente et globale pour faire face à la fois aux menaces de la COVID-19 et du VIH.

Bon nombre des changements apportés se sont inspirés des modèles de services

Les progrès durablement acquis en matière de prévention du VIH, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH diminuant de **23 % depuis 2010, risquent d'être renversés par la pandémie de la COVID-19 - et les populations déjà laissées pour compte risquent de prendre encore plus de retard**

Les pandémies de VIH et de COVID-19 ainsi que leurs ripostes ont exposé les dangers d'investissements insuffisants dans la capacité de riposte à une pandémie aux niveaux national et mondial

communautaires mis au point au fil des ans dans la riposte au VIH. Ces modèles se caractérisent par leur forte orientation client, leur réactivité, leur flexibilité et leur attention aux réalités plus vastes des communautés dans lesquelles ils sont intégrés. Au cours de l'année écoulée, les communautés les plus touchées par le VIH se sont mobilisées pour défendre les acquis de la riposte au sida, pour protéger les personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes vulnérables et essentiels ainsi que pour repousser le coronavirus. Ces communautés ont pris des mesures audacieuses, face à l'adversité considérable et avec une aide financière limitée, pour assurer la continuité des services de prévention du VIH aux membres de la communauté, mais aussi pour soutenir les mesures visant à prévenir la COVID-19 et à en gérer les conséquences. Pour surmonter les contraintes imposées par les restrictions liées à la pandémie, elles ont fait campagne pour la dispensation multi-mois de médicaments et de fournitures, organisé leur livraison et négocié un soutien financier, de la nourriture et un abri aux groupes marginalisés exposés à un risque plus élevé. Elles ont innové avec l'utilisation de plateformes virtuelles pour continuer à répondre aux multiples besoins et préoccupations des bénéficiaires. Les expériences au niveau des pays documentées dans ce rapport démontrent comment la COVID-19 a catalysé la mise en œuvre accélérée d'innovations antérieures à la pandémie, mais qui ont déjà du mal à obtenir une traction. Dans la plupart des contextes, ces mesures ont réussi à compenser la rupture des services de santé formels et à permettre une reprise rapide de la fourniture de services essentiels aux personnes dans le besoin. Dans certains cas, elles ont même conduit à une augmentation de la couverture des services par rapport à la situation pré-COVID.

La capacité des programmes de lutte contre le VIH à s'adapter à la COVID-19 met en évidence leur résilience et leur flexibilité, en particulier dans les contextes dotés de systèmes communautaires solides et dans lesquels des liens solides ont été établis avec le système de santé formel. Un aperçu des données sur les tendances actuellement disponibles concernant l'interruption réelle de fourniture de services au niveau des pays suggère que l'interruption des efforts en matière de traitement du VIH peut ne pas être grave comme on le craignait et que l'incidence sur la mortalité liée au sida pourrait être inférieure à celui prévu au début par les modèles mathématiques. Le tableau qui se

dégage des services de prévention du VIH se révèle toutefois plus contrasté, avec des degrés d'interruption variables entre les services et au fil du temps. Les rapports des pays donnent l'impression que les programmes ont du mal à maintenir leur couverture en des temps difficiles. Ils présentent également des pays qui reconnaissent et répondent rapidement aux défis les plus graves. Ces changements ont de nombreuses facettes, de par leur conception et leur mise en œuvre multisectorielle, aussi bien par les programmes gouvernementaux que par la société civile. Le niveau d'interruption des services est jusqu'à présent inférieur à ce que beaucoup craignaient, ce qui permet d'éviter les pires effets prédits par les modèles mathématiques.

Une analyse plus détaillée et contextualisée permettrait d'évaluer comment la couverture des différents types de services de prévention du VIH a été affectée et pourquoi. Des analyses supplémentaires sont également nécessaires pour comprendre comment les vulnérabilités pourraient se traduire maintenant et à l'avenir par des changements dans les comportements sexuels ou autres à risque et l'effet possible sur le nombre de personnes contractant le VIH. Des preuves de tout changement d'incidence au moment de la COVID-19 devraient être disponibles au cours de l'année à venir, car les pays estiment le nombre de nouvelles infections à VIH au sein de leur population à l'aide des approches standard. Des données supplémentaires peuvent également être disponibles à partir de cohortes bien définies dans des contextes à forte charge d'infection à VIH. Il conviendra de procéder à un examen attentif des tendances observées pour évaluer dans quelle mesure elles peuvent être associées à des vulnérabilités accrues à la COVID-19, à des changements de comportement à risque et/ou à l'interruption des services de prévention ou de traitement du VIH.

Les pandémies de VIH et de COVID-19 ainsi que leurs ripostes ont exposé les dangers d'investissements insuffisants dans la capacité de riposte à une pandémie aux niveaux national et mondial. Elles ont aussi souligné l'importance d'accroître la résilience des sociétés et des systèmes de santé et l'importance de s'attaquer aux inégalités sous-jacentes. Dans le même temps, elles ont stimulé l'accélération d'approches axées sur les personnes en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses — approches réclamées depuis

longtemps par les personnes vivant avec le VIH et d'autres militants de la société civile. Des efforts collectifs mondiaux qui donnent la priorité aux personnes peuvent transformer la crise de la COVID-19 en une opportunité d'accélérer à la fois la riposte au VIH et les efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Alors que les pays se mobilisent contre la COVID-19, les enseignements tirés des décennies de lutte contre le sida doivent continuer à informer la riposte à cette pandémie récente, et les programmes de lutte contre le VIH doivent être renforcés pour empêcher le monde de prendre davantage de retard sur ses engagements de mettre fin au sida d'ici 2030.

La COVID-19 et les ripostes au VIH doivent créer une synergie visant à s'assurer qu'elle s'attaquent – sans les aggraver – aux inégalités et aux vulnérabilités qui augmentent le risque d'infection et de maladie, entravent l'accès aux services et réduisent l'impact des programmes. Les restrictions visant à protéger la santé publique doivent être adaptées au contexte, limitées dans le temps, proportionnées, nécessaires et fondées sur des données probantes. Les systèmes éducatifs, en particulier, doivent être protégés, compte tenu des avantages considérables, y compris pour la santé, qu'ils apportent aux générations futures, et des effets durables de toute interruption, en particulier pour les filles et les femmes. Il est également temps de répondre aux appels précédents de la communauté VIH visant à renforcer la protection sociale de ceux qui en ont le plus besoin, pour combattre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination, pour soutenir et protéger le personnel de santé et pour garantir un accès gratuit et abordable aux outils diagnostiques, préventifs et thérapeutiques, avec une attention particulière aux besoins des plus vulnérables et des plus difficiles à atteindre. Dans les pays où le fardeau du VIH est élevé, il est recommandé de sensibiliser les régimes de protection sociale aux besoins des personnes vivant avec le VIH, de celles plus exposées au risque d'infection par le VIH et des autres personnes touchées par l'épidémie. Des investissements adéquats doivent enfin être faits dans les systèmes communautaires, qui ont été essentiels pour assurer la résilience et la durabilité du système de santé dans le contexte de la propagation de la COVID-19 et seront nécessaires pour terminer le travail, en préconisant et en soutenant la distribution des vaccins, lorsqu'ils

sont disponibles. Le financement national doit être orienté vers le renforcement des mécanismes tels que les contrats sociaux pour soutenir et maintenir la fourniture de services dirigés par la communauté.

Dans l'intervalle, la reprogrammation des efforts de prévention du VIH doit se poursuivre si nécessaire afin d'obtenir des améliorations, d'accroître la couverture et de renforcer l'efficacité. Les stratégies et technologies existantes devraient être mises en avant, telles que la dispensation multi-mois, la fourniture de services différenciés et les approches d'auto-dépistage, ainsi que des innovations, telles que l'utilisation de plateformes en ligne pour atteindre les personnes les plus à risque et les jeunes que les méthodes classiques de fourniture de programmes manquent souvent. Ces changements doivent être intensifiés, soutenus et institutionnalisés. Une attention particulière doit être accordée au renforcement des capacités, des liens et à assurer la sécurité des travailleurs de première ligne (par exemple en leur fournissant des équipements de protection individuelle et des technologies mobiles le cas échéant). Les systèmes d'approvisionnement et de fourniture nécessitent également une attention urgente afin de corriger les défaillances provoquées par la crise de la COVID-19. Pour terminer, des plateformes d'informations stratégiques doivent être développées pour surveiller la manière dont la COVID-19 affecte les programmes et apporter des corrections de trajectoire basées sur les données. La triangulation et l'analyse des données sur le VIH et la COVID-19 sont nécessaires car les pays réagissent rapidement aux deux pandémies. Des orientations ont été élaborées pour faire progresser les adaptations et innovations clés de la fourniture de services, dont des exemples figurent dans le rapport.

À plus long terme, des efforts spécifiques seront nécessaires pour garantir que le passage à la couverture sanitaire universelle reflète les principaux attributs de la riposte au VIH (y compris l'engagement communautaire, la gouvernance inclusive, la responsabilisation des résultats et un engagement en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes), que tous les services fournis sont exempts de stigmatisation et de discrimination et ces ensembles de services comprennent des services essentiels de diagnostic, de traitement et de prévention du VIH. Personne ne doit être laissé pour compte.

La COVID-19 et les ripostes au VIH doivent créer une synergie visant à s'assurer qu'elle s'attaquent – sans les aggraver – aux inégalités et aux vulnérabilités qui augmentent le risque d'infection et de maladie, entravent l'accès aux services et réduisent l'impact des programmes

Contexte

Les personnes vivant avec le VIH et les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH sont confrontées à des défis immédiats et potentiellement mortels pour accéder aux services de santé et de lutte contre le VIH dont elles ont besoin

La pandémie de COVID-19 a balayé le monde tout au long de l'année 2020, entraînant des pics de surmortalité et des souffrances indicibles (1). Alors que la propagation du SARS-CoV-19 perturbe les systèmes de santé et que les confinements et autres mesures similaires restreignent les déplacements, menacent les moyens de subsistance et mettent à rude épreuve les économies, les programmes de lutte contre le sida sont confrontés à des menaces sans précédent.

Les personnes vivant avec le VIH et les personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH sont confrontées à des défis immédiats et potentiellement mortels pour accéder aux services de santé et de lutte contre le VIH dont elles ont besoin. Le dépistage et le traitement du VIH, la circoncision médicale masculine volontaire, l'achat et la distribution de préservatifs, les programmes de thérapie de substitution aux seringues et aux opioïdes, la prophylaxie pré-exposition et d'autres programmes ont tous été affectés négativement (2). La modélisation menée pour le compte de l'ONUSIDA et de l'Organisation mondiale de la santé a montré qu'une interruption de six mois des services

de thérapie antirétrovirale à elle seule pourrait ajouter 500 000 décès supplémentaires de causes liées au sida en Afrique subsaharienne d'ici la fin 2021 (3). L'accès aux services de santé et de lutte contre le VIH n'est cependant pas la seule préoccupation. Nombre de populations clés et prioritaires sont également confrontées à une vulnérabilité et à des risques accrus en raison de l'amélioration des moyens de subsistance, de l'interruption de l'accès à l'éducation, de l'augmentation des niveaux de violence basée sur le genre et, dans certains cas, d'une recrudescence des mesures juridiques et politiques punitives. Les résultats durement acquis en matière de prévention du VIH, avec une baisse de 23 % depuis 2010, risquent d'être annulés par la pandémie de COVID-19 — et les populations déjà laissées pour compte risquent de prendre encore plus de retard.

Ce rapport examine l'état des programmes de prévention du VIH en temps de COVID-19 et les efforts déployés au niveau national pour procéder aux adaptations de services nécessaires et créer une synergie avec les ripostes à la COVID-19.



Test en laboratoire, Kirghizistan. Photo : Alexei Sokolov, AIDSInfoShare, ONUSIDA

But et objectifs

L'objectif est de fournir une synthèse de l'état des programmes de prévention du VIH en temps de COVID-19, par un recensement des vulnérabilités et des risques clés, des interruptions de service majeures et la documentation des ripostes dans divers contextes. La priorité a été mise sur la collecte d'informations relatives aux innovations des programmes au niveau communautaire.

Les objectifs spécifiques sont :

- Analyser les informations sur la manière dont la COVID-19 affecte les nouveaux modèles d'infection à VIH, en tenant compte des changements dans les vulnérabilités et les risques.
- Résumer les informations disponibles sur l'interruption de la fourniture des services de prévention du VIH au sein des établissements de santé et des communautés.
- Documenter les réponses en matière de prévention du VIH, y compris les innovations et les bonnes pratiques, mais aussi les lacunes critiques.
- Sur la base des résultats, élaborer des propositions pour la prévention du VIH dans la nouvelle normalité.

Ce rapport s'adresse en premier lieu aux principaux partenaires et décideurs de la riposte mondiale au VIH et à la COVID-19. Il s'agit notamment des partenaires techniques et financiers et des décideurs, planificateurs et responsables de programmes au niveau des pays. Les autres publics sont le personnel de l'ONUSIDA, les consultants et les experts techniques ainsi que les membres de la société civile et des organisations communautaires. Les enseignements tirés des ripostes réussies au VIH dans les pays et les communautés sont recensés et partagés dans le but de promouvoir et de soutenir les stratégies

de résilience et les améliorations des programmes, même dans les circonstances requises pour empêcher la transmission continue du SARS-CoV-2 et faire face à ses conséquences. Le rapport devrait servir de base à la prise de décision au cours des deux prochaines années, alors que les pays intensifieront leurs efforts pour lutter contre les deux épidémies.

Cette synthèse se concentre sur la manière dont le déroulement de la pandémie de COVID-19 a affecté les efforts de prévention primaire de l'infection à VIH chez les adultes, les nourrissons et les enfants. À cette fin, la prévention primaire englobe « un réseau de stratégies tactiquement et nécessairement combinées » pour anticiper et prévenir les nouvelles infections à VIH et contenir l'épidémie de sida (4). Ces stratégies incluent des changements sociaux et structurels, ne se limitent pas aux produits et services biomédicaux et partent du principe que les gens disposent des ressources dont ils ont besoin pour anticiper et faire face aux défis critiques. Cela implique que les pays prendront des mesures concrètes pour éliminer les principaux obstacles politiques et juridiques et créer un environnement propice à la réussite des programmes de prévention. Cet important principe à l'esprit, la Coalition mondiale pour la prévention du VIH a recommandé que les réponses en matière de prévention du VIH s'articulent autour de cinq piliers, selon le contexte du pays (5) :

- Programmes destinés aux populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les prisonniers, les consommateurs de drogues injectables et les personnes transgenres.
- Programmes à destination des adolescentes, des jeunes femmes et de leurs partenaires masculins dans les milieux à forte incidence du VIH.

Cette synthèse se concentre sur la manière dont le déroulement de la pandémie de COVID-19 a affecté les efforts de prévention primaire de l'infection à VIH chez les adultes, les nourrissons et les enfants

Des informations ont donc été rassemblées et synthétisées sur la manière dont la COVID-19 a affecté la programmation liée aux cinq piliers et pour garantir un environnement propice à la prévention du VIH

- Promotion et distribution de préservatifs.
- Circoncision médicale masculine volontaire.
- Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Des informations ont donc été rassemblées et synthétisées sur la manière dont la COVID-19 a affecté la programmation liée aux cinq piliers et pour garantir un environnement propice à la prévention du VIH. Un accent particulier a été mis sur les efforts de prévention menés par la communauté. Des informations ont également été recueillies sur l'état des programmes de prévention du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants par le biais de programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Enfin, une attention a été accordée aux services de

dépistage du VIH, compte tenu de leur rôle dans les programmes complets destinés aux populations clés et autres populations prioritaires, y compris mais pas seulement en ce qui concerne l'entrée dans la circoncision médicale masculine volontaire, la PrEP et les services de prévention de la transmission mère-enfant.

Les exemples d'expériences pertinentes de tous les pays du sud desservis par l'ONUSIDA ont été prises en compte, le cas échéant. La recherche d'informations a été opportuniste dans la mesure où les efforts pour collecter des données de manière exhaustive et systématique sur ce sujet n'ont pas encore été mis en place. Une tentative a cependant été faite pour inclure les expériences nationales dans toutes les régions et tous les principaux types d'épidémies de VIH.



Visite aux professionnel(le)s du sexe, Cotonou, Bénin. Photo : Yanick Folly / ONUSIDA | Bénin

Sources de données

Pour définir le contexte, des informations provenant de sources faisant autorité sur l'impact social et économique de la COVID-19 et comment elle affecte les systèmes de santé et d'autres secteurs clés tels que l'éducation ont été recensées. L'objectif principal de l'exercice était toutefois la recherche et la synthèse d'informations sur les réponses en matière de prévention du VIH au niveau des pays.

Les principales sources de données étaient les suivantes :

- Littérature (y compris la littérature grise) trouvée grâce à une approche de recherche structurée mais non exhaustive.
- Rapports nationaux, organisationnels et thématiques, tels que ceux du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Plan présidentiel d'aide d'urgence des États-Unis à la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Secrétariat de l'ONUSIDA et les coparrainants, y compris l'UNICEF, le FNUAP, l'ONUSDC, le PNUD et la Banque mondiale.
- Le portail ONUSIDA COVID-19 et la base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF de suivi de l'interruption des services liés au VIH.
- Rapports d'enquêtes menées par diverses organisations intéressées.
- Les résultats des exercices de modélisation d'impact de la COVID-19.

Diverses méthodes ont été utilisées pour analyser les données rassemblées pour cette enquête. Deux effets potentiels de la COVID-19 sur la prévention du VIH sont préoccupants : l'interruption des services dans le cadre des programmes de prévention du VIH et les activités connexes au niveau

national et la manière dont cette interruption des services affecte le risque de contracter le VIH dans des sous-populations spécifiques. Le premier a été évalué principalement en interrogeant la base de données de suivi de l'interruption des services liés au VIH de l'ONUSIDA/OMS/UNICEF et/ou le portail ONUSIDA COVID-19. Plus précisément, les tendances des statistiques de services au niveau des pays du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020 ont été examinées afin de détecter les principales interruptions des services et d'identifier les tendances multi-pays et individuelles des principaux services de prévention et le nombre de clients servis au cours des neuf premiers mois de l'année. Les données sur les tendances étaient quelque peu limitées et les rapports des pays variaient selon l'indicateur communiqué : de bonnes données pour les tendances sur plusieurs mois sur un aspect des efforts de prévention du VIH d'un pays n'étaient pas souvent accompagnées de données sur les tendances similaires pour d'autres aspects de son programme. De plus, toute analyse de ces données est compromise par le manque de moyens adéquats pour mesurer l'interruption et la reprise des services. L'arrivée soudaine de la pandémie a empêché une approche systématique de l'élaboration d'un système de suivi complet avec des indicateurs normalisés. En conséquence, les données existantes sont souvent incomplètes, manquent de contexte important et ne révèlent pas de tendances.

Cette analyse de premier niveau a été compliquée par le timing différent de l'arrivée de la COVID-19, tant dans la riposte que dans l'intensité de ces ripostes. Des informations contextuelles permettant de mieux comprendre les tendances émergentes ont été recherchées dans les rapports qualitatifs accompagnant ces données. Comme pour les données quantitatives, l'existence d'informations de haute qualité n'était ni uniforme ni cohérente.

Deux effets potentiels de la COVID-19 sur la prévention du VIH sont préoccupants : l'interruption des services dans le cadre des programmes de prévention du VIH et les activités connexes au niveau national et la manière dont cette interruption des services affecte le risque de contracter le VIH dans des sous-populations spécifiques

Le rapport examine comment le déroulement de la pandémie de COVID-19 a conduit à une vulnérabilité et un risque accru au VIH, à travers l'interruption des services de santé, et les répercussions économiques et sociales des réponses d'endiguement de la pandémie

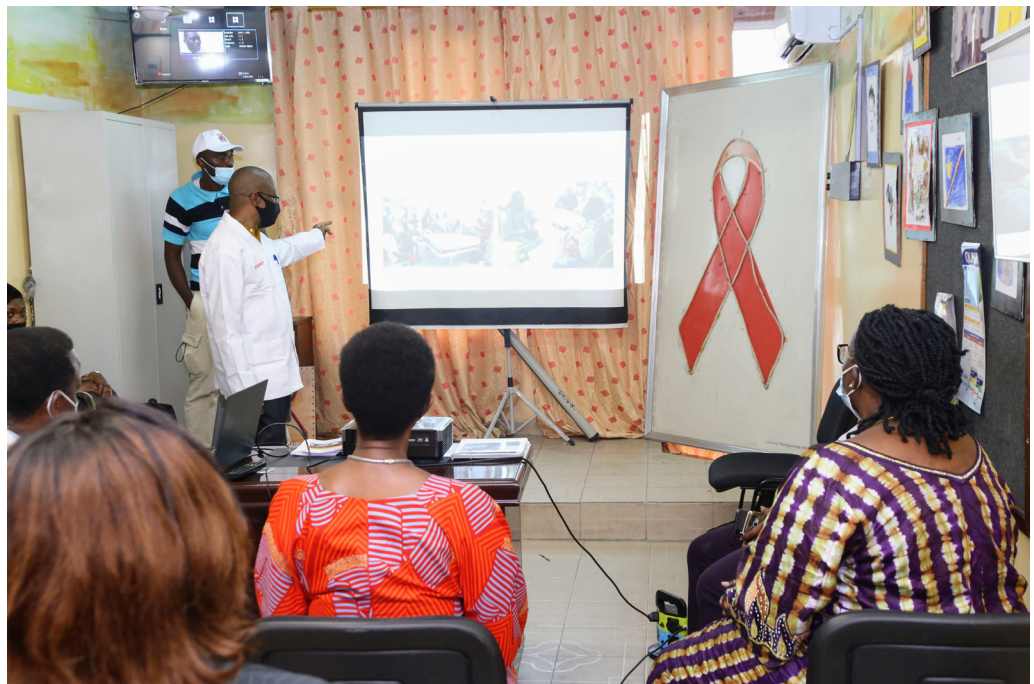
En plus des données du portail, d'autres sources ont été recherchées et utilisées pour fournir le contexte lorsque cela était possible. Des données provenant d'enquêtes en ligne et d'autres organisations telles que le Fonds mondial et de la littérature publiée et grise ont également été recherchées pour inclusion. Les réponses aux nombreuses enquêtes qui ont été menées, principalement la collecte de données en ligne, ont été examinées en vue de détecter les effets sur les comportements signalés qui pourraient suggérer de quelle manière la COVID-19 affecte les comportements à risque des personnes les plus à risque.

Le deuxième impact, la façon dont la COVID-19 affecte le risque de contracter le VIH, est plus difficile à évaluer à ce stade. Plusieurs modèles mathématiques élaborés à l'origine pour suivre l'épidémie de sida ont été utilisés pour évaluer l'impact potentiel de la COVID-19 sur la trajectoire épidémique. La plupart de ces modèles se sont concentrés sur le traitement et la mortalité due au sida, mais moins sur la prévention et le nombre de personnes contractant le VIH.

En conséquence, ces modèles sont plus limités quant à la manière dont la COVID-19 affecte la prévention du VIH.

Du matériel supplémentaire a été obtenu principalement à partir de rapports narratifs et des résultats d'études primaires fondées sur des entretiens, et l'analyse était donc largement qualitative, se concentrant sur les principaux thèmes émergents et fournissant des descriptions d'exemples d'études de cas.

Le rapport examine d'abord comment le déroulement de la pandémie de COVID-19 a conduit à une vulnérabilité et un risque accru au VIH, à travers l'interruption des services de santé, et les répercussions économiques et sociales des réponses d'endiguement de la pandémie. Il examine ensuite l'ampleur et l'effet potentiel de l'interruption des services de lutte contre le VIH, tels que prédits par les premiers efforts de modélisation et documentés au niveau des pays. Il suit avec des exemples d'adaptations et d'innovations au niveau des pays. Enfin, le rapport présente des propositions pour aller de l'avant.



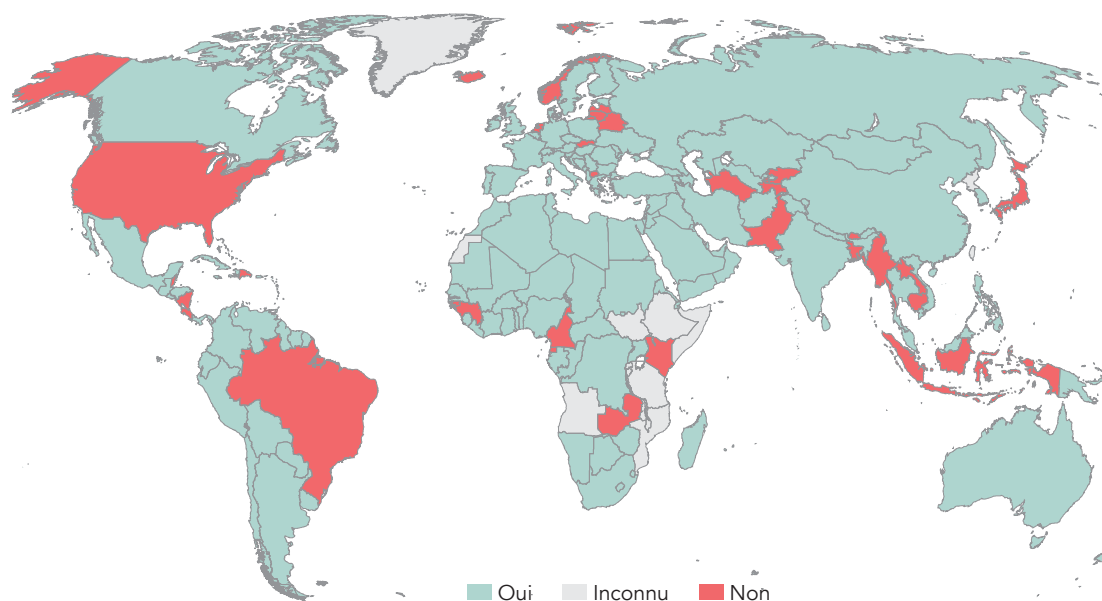
Visite à l'Unité VIH pédiatrique de Kalemelembe par la Première Dame de RDC et d'autres fonctionnaires. Photo : Photothèque ONUSIDA

Une nouvelle pandémie dévastatrice

Perturbant des milliards de vies ainsi que les moyens de subsistance, la pandémie de COVID-19 menace des décennies de développement et de progrès durement acquis en matière de santé publique. À la fin décembre 2020, le nombre de nouveaux cas signalés dans le monde augmentait et tous les pays étaient touchés d'une manière ou d'une autre. La pandémie remet en question les systèmes de santé mondiaux et a déclenché une profonde récession économique mondiale, dont les issues sont incertaines (6). La récession des économies avancées frappe durement les pays à revenu faible et intermédiaire et fait des ravages énormes sur les personnes pauvres et vulnérables. La Banque mondiale prévient que des millions de personnes tomberont dans l'extrême pauvreté et que des millions de personnes pauvres vivront encore plus de privations — la première augmentation de la pauvreté dans le monde depuis 1998 (6). La pandémie aggrave les inégalités sociales et économiques dans la plupart des pays touchés. Dans les situations de fragilité et de conflit, elle aggrave les sources de fragilité existantes et exacerbe l'instabilité.

En 2020, l'on estime que 168 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire et font face à une situation bien pire en raison de la pandémie de COVID-19 (7). Dans un large éventail de contextes, des confinements et d'autres mesures similaires ont été adoptés pour freiner la propagation du virus (figure 1). Ces mesures peuvent restreindre les possibilités de moyens de subsistance et l'accès à toute une gamme de services sociaux, éducatifs et de santé. Dans certains contextes, des inquiétudes ont été soulevées au sujet de mesures telles que les couvre-feux, l'interdiction de manifestation, l'application par la police ou la violence militaire, la restriction des médias et les ripostes bénéficiant à certains groupes ou régions au détriment d'autres, qui peuvent être perçues comme restreignant les libertés civiles et politiques et exacerber les failles sociétales existantes ou en créer de nouvelles (telles que celles fondées sur l'identité, l'appartenance politique ou les disparités régionales) (8). Ces menaces nécessitent une vigilance particulière pour ne laisser personne de côté dans la riposte à la pandémie de COVID-19.

Figure 1. Mesures de confinement nationales mises en œuvre en raison de la COVID-19, aperçu global



Sources : Suivi rapide de la situation de l'UNICEF pour le projet sur les impacts socio-économiques et les capacités d'évaluation de la COVID-19 (ACAPS).

Effet sur la vulnérabilité à l'infection à VIH

La crise de la COVID-19 amplifie les profondes inégalités et vulnérabilités qui alimentent structurellement l'épidémie de VIH (9). Dans les deux cas, les personnes pauvres, marginalisées et criminalisées sont les plus exposées à l'infection et à la mort et les moins capables de faire face aux effets plus larges de l'épidémie. Dans certains contextes, les efforts visant à contrôler la propagation de la COVID-19 pénalisent les personnes déjà en marge de la société.

Bien que les données disponibles suggèrent que les hommes connaissent des taux de décès plus élevés liés à la COVID-19 (10), les femmes et les filles dans toute leur diversité supportent un fardeau disproportionné des effets plus larges de la pandémie et des ripostes d'urgence, étant donné les disparités sociales et économiques fondées sur le genre enracinées, le rôle des femmes dans l'économie informelle et leur charge de travail domestique non rémunérée (11–14). En particulier, les efforts visant à réduire la transmission de la COVID-19, y compris les restrictions de mobilité, les confinements géographiques et les couvre-feux — aggravés par les tensions liées à la pandémie — ont entraîné une forte augmentation des violences signalées contre les femmes et les filles (15, 16). L'Inde a signalé le double du nombre habituel de cas de violence domestique au cours de la première semaine de restrictions de mouvement à l'échelle nationale, selon la Commission nationale pour les femmes du pays (17), et la police sud-africaine a signalé 87 000 appels relatifs à de la violence basée sur le genre au cours de la première semaine de confinement du pays (18).

Fin mars 2020, environ 89 % des élèves du monde entier n'ont pas fréquenté l'école en raison des fermetures dues à la COVID-19. Cela représente 1,54 milliard d'enfants et de jeunes inscrits à l'école ou à l'université, dont près de 743 millions de filles (19). L'incidence de cette période d'éducation perturbée sera considérable pour les filles et les garçons et elle frappera probablement le plus durement

les filles marginalisées (20). L'éducation des filles est depuis longtemps reconnue comme un outil essentiel pour faire progresser l'égalité des genres et améliorer la santé et le bien-être des familles et des communautés (21).

Toutes les populations clés, y compris les professionnel(le)s du sexe, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les personnes qui s'injectent des drogues, ainsi que les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les populations vivant dans des situations humanitaires, sont davantage exposés aux risques de COVID-19 et à diverses retombées socioéconomiques négatives qui augmentent leur vulnérabilité au VIH et, par conséquent, le risque de contracter le VIH (22). La situation est très préoccupante — bien qu'ils ne représentent qu'une petite proportion de la population générale, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient plus de 60 % des adultes infectés par le VIH en 2019 (23). La stigmatisation et la discrimination, les lois et pratiques répressives, le manque d'infrastructures, de médicaments et d'autres produits de santé ainsi que le manque d'informations et de services adaptés posent des difficultés récurrentes, qui se chevauchent et sont souvent enracinées pour répondre à leurs besoins fondamentaux. Ces populations sont difficiles à atteindre par le biais des structures formelles des établissements de santé. Ils ont également tendance à avoir des possibilités de moyens de subsistance limitées. Actuellement, on estime que plus de la moitié de la population mondiale n'a pas de couverture de protection sociale (23). Cela s'applique à de nombreuses populations les plus gravement touchées par le VIH et le sida, qui peuvent également être exclues des programmes d'assistance face à la pandémie de COVID-19. En outre, l'application agressive des restrictions créées pour contenir la pandémie a ciblé les communautés marginalisées dans certains pays, amplifiant leur vulnérabilité et sapant les objectifs de santé publique (24).

La crise de la COVID-19 amplifie les profondes inégalités et vulnérabilités qui alimentent structurellement l'épidémie de VIH. Les personnes pauvres, marginalisées et criminalisées sont les plus exposées à l'infection et à la mort et les moins capables de faire face aux effets plus larges de l'épidémie

Les professionnel(le)s du sexe du monde entier sont confronté(e)s à une discrimination et à un harcèlement accrus, avec des informations faisant état de mesures répressives contre les professionnel(le)s du sexe entraînant des descentes à domicile, des tests COVID-19 obligatoires, des arrestations et des épisodes d'extorsion et des menaces d'expulsion de professionnel(le)s du sexe migrant(e)s (25, 26). Leurs moyens d'existence sont menacés (27). Par exemple, lorsque la Thaïlande a fermé 23 000 lieux de divertissement dans le cadre de son confinement, des dizaines de milliers de professionnel(le)s du sexe se sont instantanément retrouvé(e)s au chômage et sans source de revenus (28). Une évaluation rapide menée par la communauté et gérée par les Service Workers in Groups (SWING), une organisation dirigée par des professionnel(le)s du sexe thaïlandais(es), a montré que de nombreux(ses) professionnel(le)s du sexe étaient incapables de payer les dépenses quotidiennes, le logement et les médicaments (29). Dans les contextes où tout aspect du travail du sexe est criminalisé, les professionnel(le)s du sexe n'ont aucune protection juridique contre la violence, la discrimination et les abus et sont exclu(e)s des protections du travail et des avantages qui pourraient être offerts aux travailleurs du secteur formel (30). Les exemples similaires ne manquent pas. Les demandes de distanciation sociale, les couvre-feux et les restrictions à la circulation ont tous contribué à réduire les revenus provenant d'un moyen de subsistance de plus en plus difficile à atteindre.

Les homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les personnes de diverses identités de genre qui cherchent des soins de santé, échappent à des situations violentes ou travaillent pour survivre peuvent être pris dans des poursuites pénales pour violation des restrictions de mouvement. De nombreux pays ont fait état de harcèlement à la suite des restrictions liées à la riposte à la COVID-19 (31–33). Dans certains contextes, les personnes transgenres ne peuvent pas quitter leur domicile sans être victimes de harcèlement ou de répression en vertu des mesures de quarantaine sexospécifiques qui ont été appliquées dans une poignée de pays. Par exemple, une professionnelle de santé transgenre au Panama a été arrêtée par la police pour être sortie le « mauvais jour » (34). Les personnes qui consomment de la drogue ont également signalé des risques accrus de harcèlement policier et de violence pendant la COVID-19 (35).

Les personnes incarcérées et dans d'autres environnements fermés sont confrontées à des risques particulièrement élevés de contracter des infections, notamment la COVID-19, le VIH, l'hépatite C et la tuberculose, car elles sont fréquemment détenues dans des espaces surpeuplés, confinés et mal ventilés et sont exposées à des niveaux élevés de violence, y compris la violence sexuelle (36, 37). Les populations carcérales ont déjà un profil de santé plus faible que la communauté en général, et de nombreuses prisons ne fournissent pas de soins de santé adéquats, y compris l'accès aux préservatifs, aux lubrifiants, à la PrEP et aux services de réduction des risques (38). La crise de la COVID-19 révèle une fois de plus et aggrave ces inégalités flagrantes.

Parmi les 272 millions de migrants et de réfugiés internationaux dans le monde, certains ont vu leur vulnérabilité exacerbée par la pandémie de COVID-19 en raison de l'absence d'une assurance maladie appropriée, d'un revenu insuffisant et de la stigmatisation relative à l'image des migrants comme étant des porteurs d'infection et de maladie (39, 40). Selon l'Organisation internationale pour les migrations, au moins 2,75 millions de migrants ont été bloqués dans le monde par des restrictions de voyage imposées pour contenir la propagation de la pandémie de COVID-19 et font face à des niveaux encore plus élevés que jamais d'abus, d'exploitation et de négligence qui amplifient la vulnérabilité sous-jacente à l'infection à VIH (40, 41).

Parmi les 272 millions de migrants et de réfugiés internationaux dans le monde, certains ont vu leur vulnérabilité exacerbée par la pandémie de COVID-19 en raison de l'absence d'une assurance maladie appropriée, d'un revenu insuffisant et de la stigmatisation relative à l'image des migrants comme étant des porteurs d'infection et de maladie



Les sans-abri et les chômeurs font la queue pour recevoir de la nourriture pendant le confinement national à titre préventif contre la COVID-19, Mumbai (Inde).
Photo : Shutterstock

Effet sur le risque de contracter le VIH

Par des mécanismes multiples, la pandémie de COVID-19 a clairement exacerbé la vulnérabilité préexistante de la plupart des populations clés et prioritaires. Néanmoins, l'on ne comprend pas comment cette vulnérabilité pourrait se traduire maintenant et à l'avenir par des changements de comportement sexuel ou autre à haut risque et comment cela pourrait affecter le nombre de personnes infectées.

Les niveaux accrus de violence et la peur de la violence, associés à la COVID-19, créent des difficultés particulières pour les femmes lorsqu'elles décident si elles vont avoir des relations sexuelles (et avec qui) et négocient des rapports sexuels protégés (42). La violence, ou son potentiel, décourage de nombreuses femmes vivant avec le VIH à divulguer leur séropositivité à leurs partenaires, familles et prestataires de soins, ce qui rend difficile pour les femmes et les filles de continuer à suivre un traitement anti-VIH. (43). Cela peut entraîner de graves problèmes de santé pour elles, mais réduit également les avantages de prévention du dépistage et du traitement du VIH.

L'éducation des filles, en particulier l'enseignement secondaire, protège contre le VIH (44–46). Cette protection constituera une perte énorme et durable à la suite des perturbations scolaires dues à la COVID-19. Les enseignements tirés de la crise d'Ebola montrent que les fermetures d'écoles peuvent entraîner une augmentation de la violence basée sur le genre, des grossesses d'adolescentes, des mariages d'enfants, de l'exploitation et d'autres formes de maltraitance contre les adolescentes (y compris l'exploitation et la prédation sexuelle en ligne) (47).

Les crises passées ont montré que les adolescentes sont plus susceptibles d'abandonner leurs études après la fermeture des écoles, ce qui renforce encore les écarts entre les genres dans l'éducation et conduit à une augmentation des taux de mariages précoces et forcés, de grossesses précoces, d'activités sexuelles non planifiées ou forcées, de risques d'abus physiques et sexuels par des pairs et des hommes plus âgés et des rapports sexuels monnayés pour couvrir les besoins de

base (11). Tous ces facteurs sont associés à un risque accru de contracter le VIH. Les fermetures d'écoles peuvent être particulièrement dévastatrices pour les filles les plus vulnérables, telles que les réfugiées, les personnes déplacées à l'intérieur du pays, les rapatriées et les filles handicapées (48), qui font face à des risques élevés de contracter le VIH par le biais de violences sexuelles dans de nombreux contextes.

En outre, dans de nombreux contextes, les femmes et les filles se heurtent à des obstacles majeurs pour accéder aux services nécessaires, notamment aux services sur la santé sexuelle et reproductive — points clés pour la fourniture de services liés au VIH essentiels aux femmes et aux filles, y compris le dépistage du VIH, les conseils de prévention et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant (49). L'incidence de la COVID-19 sur l'accès des femmes aux contraceptifs modernes pourrait entraîner une baisse de 6 % (de 77 % à 71 %) de la proportion de femmes en 2020 dont le besoin de planification familiale est satisfait, soit environ 60 millions d'utilisatrices de contraception moderne en moins dans le monde en un an (50). Dans les régions qui dépendent moins des méthodes contraceptives à action prolongée, comme l'Afrique subsaharienne, l'incidence potentielle peut être encore plus grande. L'augmentation des grossesses non planifiées peut considérablement affecter le besoin potentiel de services pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, services qui ont eux-mêmes été affectés, en particulier si les perturbations se poursuivent sur une période prolongée. Même lorsque les pays ont identifié les soins de santé sexuelle et reproductive comme étant essentiels, des obstacles tels que la charge accrue des soins et des transports et les interdictions de mobilité ont entravé les comportements de recherche de santé.

Les expériences du Kenya suggèrent que les changements dans les modèles de commerce du sexe résultant de la COVID-19 peuvent conduire à des situations et à des comportements qui augmentent le risque de transmission du VIH (51). Un programme de longue date fournissant des services de santé sexuelle aux professionnel(le)s du sexe au Kenya a collecté des informations sur les effets de l'interruption des

L'incidence de la COVID-19 sur l'accès des femmes aux contraceptifs modernes pourrait entraîner une baisse de 6 % (de 77 % à 71 %) de la proportion de femmes en 2020 dont le besoin de planification familiale est satisfait, soit environ 60 millions d'utilisatrices de contraception moderne en moins dans le monde en un an

services par le biais de discussions virtuelles en ligne (11). L'interruption des services a forcé les professionnel(le)s du sexe à s'adapter de manière souvent risquée. Certain(e)s professionnel(le)s du sexe ont tenté d'amener des clients chez eux/elles pour éviter les couvre-feux, mais ont rencontré des problèmes de confidentialité et de surveillance des voisins qui les ont réprimandé(e)s pour avoir enfreint les règles de distanciation physique et exposer leurs communautés à un risque supplémentaire de COVID-19. Des professionnel(le)s du sexe ont également essayé de se rendre au domicile des clients, ce qui est risqué, car ils/elles ont moins le contrôle sur leur environnement et ne bénéficient pas de la protection habituelle des autres professionnel(le)s du sexe, barmans et vendeurs, ce qui les rend plus vulnérables à la violence physique et sexuelle et à ne pas être payé(e)s comme convenu. Certains clients masculins les ont gardé(e)s au-delà des heures de couvre-feu, les forçant de fait à passer la nuit, puis à déduire des frais d'hébergement et de nourriture du coût convenu pour le sexe. Les désaccords et la violence ne sont pas rares ou, si les professionnel(le)s du sexe rompent le couvre-feu pour éviter cette situation, les rencontres avec la police et le harcèlement potentiel et la détention dans des centres de quarantaine. Dans ce dernier cas, certain(e)s professionnel(le)s du sexe ont déclaré avoir assuré leur liberté grâce à des rapports sexuels non protégés avec des agents des forces de l'ordre. Outre ces sévices et de nombreux autres risques auxquels ils/elles sont confronté(e)s, les professionnel(le)s du sexe ont également subi d'importantes pertes de revenus. Étant donné que le travail du sexe au Kenya est à la fois criminalisé et fortement stigmatisé, il est difficile, voire impossible, d'accéder à un soutien social et financier par le biais des régimes de protection sociale du gouvernement. Tous ces facteurs suggèrent que le travail du sexe est peut-être devenu beaucoup plus risqué en temps de COVID-19.

Le Réseau de projets sur le commerce du sexe a interrogé ses membres dans 55 pays et constaté que les restrictions dues à la COVID-19 entraînaient de nombreuses difficultés, exposant les professionnel(le)s du sexe à de graves pertes de revenus, à une augmentation de la discrimination et du harcèlement, à la faim et à un accès réduit aux préservatifs et lubrifiants et autres services liés au VIH, tels que le dépistage du VIH et la réduction des risques (50, 52-54). Ces situations sont autant de preuves de difficultés considérables, qui n'augurent nullement d'efforts visant à réduire la transmission sexuelle dans les milieux du commerce du sexe.

Très peu d'informations sont disponibles sur les comportements à risque dans d'autres populations clés et prioritaires. Une enquête menée au Royaume-Uni, où les restrictions dues à la COVID-19 découragent les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel, a montré que, parmi les 1386 hommes gays et bisexuels interrogés entre le 17 avril et le 8 mai, la plupart ont déclaré s'être abstenus de relations sexuelles occasionnelles lors du confinement, 57 % d'entre eux prévoyant qu'ils éviteraient toutes relations sexuelles occasionnelles pendant au moins six mois (55). Ce rapport peut être indicateur d'une baisse éventuelle des taux de transmission du VIH en 2020. Cependant, des preuves indiquent également que les gens se livrent à des comportements sexuels à haut risque alors qu'ils cherchent à soulager la solitude et le stress pendant la pandémie. Parmi les hommes interrogés, 24 % ont déclaré avoir eu des relations sexuelles occasionnelles pendant le confinement, et 5 % ont déclaré avoir eu plus de cinq partenaires occasionnels. De même, une enquête mondiale en ligne menée en mai 2020 dans 50 pays auprès de plus de 200 personnes qui consomment des drogues a mis en évidence de graves perturbations de leur vie en lien avec la COVID et de nombreux obstacles à l'accès aux services (35). Des rapports anecdotiques de consommation de drogues multiples pour pallier aux pénuries de drogues et les décès associés à une overdose suggèrent que la COVID-19 est susceptible d'avoir des effets graves sur la santé des personnes qui consomment des drogues. L'incidence sur le fait que ces personnes contractent ou transmettent le VIH reste cependant incertaine.

Pour avoir un aperçu plus précis de la manière dont la pandémie affecte les comportements sexuels et autres à haut risque, des études complémentaires sont nécessaires dans les contextes à prévalence à la fois élevée et faible du VIH. Des preuves de tout changement d'incidence au moment de la COVID-19 devraient être disponibles au cours de l'année à venir, car les pays estiment le nombre de personnes qui contractent le VIH au sein de leur population à l'aide des approches standard. Des données supplémentaires peuvent également être disponibles à partir de cohortes bien définies dans des contextes à forte charge d'infection à VIH. Tout changement doit être soigneusement analysé pour évaluer dans quelle mesure il peut être associé à une vulnérabilité accrue à la COVID-19, à des changements de comportement à haut risque et/ou à l'interruption des services de prévention ou de traitement du VIH.

Le Réseau de projets sur le commerce du sexe a interrogé ses membres dans 55 pays et constaté que les restrictions dues à la COVID-19 entraînaient de nombreuses difficultés, exposant les professionnel(le)s du sexe à de graves pertes de revenus, à une augmentation de la discrimination et du harcèlement, à la faim et à un accès réduit aux préservatifs et lubrifiants et autres services liés au VIH, tels que le dépistage du VIH et la réduction des risques

Adaptations et innovations au niveau des pays

Les pays et les communautés ont réagi à la manière dont la propagation de la COVID-19 menace les efforts de prévention du VIH de diverses manières, ainsi que décrit ci-après et résumé dans le tableau 1. Les exemples au niveau des pays montrent comment ces mesures peuvent se compléter et se soutenir mutuellement, dans une approche cohérente et globale pour faire face à la fois aux menaces de la COVID-19 et du VIH.

Tableau 1. Adaptations et innovations pour renforcer les efforts de prévention du VIH en temps de COVID-19

	Mesures prises
Renforcer la planification et les mesures politiques nationales et infranationales	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la convergence des efforts de prévention de la COVID-19 et du VIH • Renforcer la coordination et établir des liens entre les stratégies de lutte contre la COVID-19 et le sida • Élaborer des plans d'urgence contre le VIH, reprogrammer les activités de lutte contre le VIH au besoin et obtenir un financement • Envisager de retarder temporairement ou de réorienter certaines interventions (comme la circoncision médicale masculine volontaire) • Renforcer l'engagement de la société civile dans la planification et la mise en œuvre de la lutte contre la COVID-19 et le sida • Autoriser des exemptions aux restrictions liées à la COVID-19 pour permettre la poursuite de la fourniture de services liés au VIH • Supprimer ou suspendre temporairement les frais d'utilisation liés aux soins de santé • Fournir un soutien technique et financier et des fournitures aux organisations communautaires pour permettre la poursuite de la fourniture de services liés au VIH au niveau communautaire • Renforcer les mesures de protection sociale pour les groupes vulnérables • Minimiser les fermetures et les perturbations des écoles
Protéger et promouvoir les droits	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller et signaler les cas de violence et autres violations des droits humains parmi les populations clés et les personnes vivant avec le VIH pendant la pandémie • Élargir les services pour prévenir la violence à l'égard des femmes et soutenir les survivantes • Promouvoir et protéger les droits et services sexuels et reproductifs • Renforcer les systèmes judiciaires pour donner la priorité aux cas de violence contre les femmes et autres groupes vulnérables • Réduire au minimum la détention provisoire et l'incarcération pour les crimes non violents conformément aux directives internationales • Réduire les inégalités dans la fourniture de services de santé aux populations incarcérées • Assurer la fourniture de services de santé, d'éducation et sociaux aux populations mobiles et migrantes
Reconfigurer les modèles de fourniture de services	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des évaluations rapides pour identifier les besoins et les opportunités en évolution • Protéger la santé et la sécurité des exécutants et des bénéficiaires contre la COVID-19 • Faciliter l'accès aux services, biens et produits essentiels • Décentraliser les services vers les points d'accès préférés des populations clés et prioritaires • Grouper les services au point de fourniture de services • Optimiser les options de fourniture de services en ligne et à distance • Soutenir la continuité de la chaîne d'approvisionnement • Renforcer les systèmes pour suivre les services fournis et la couverture de la population

Actions nationales pour aborder les intersections de la COVID-19 et du sida

De nombreux pays du monde entier ont pris des mesures précoces et décisives pour s'attaquer aux vulnérabilités critiques, maintenir les services de santé et créer une synergie entre les approches de lutte contre la COVID-19 et le sida. Dans certains pays, les dirigeants nationaux sur le VIH ont été mobilisés pour mener les ripostes nationales à la COVID-19 (56). En Afrique du Sud par exemple, un leader mondial de la recherche sur la prévention du VIH a été nommé à la tête du comité consultatif médical pour la riposte à la COVID-19, et le directeur de l'organe national de coordination sur le sida a aidé à coordonner une instance consultative multisectorielle pour la riposte. Les directeurs nationaux de lutte contre le sida dans des pays comme l'Angola, le Brésil, la Chine, la République démocratique du Congo, le Guatemala, la Guinée, le Kenya, le Malawi, le Mexique, le Nigéria, la République islamique d'Iran et la Zambie sont membres des organes de planification et de prise de décision nationaux pour les ripostes nationales à la COVID-19. Dans d'autres pays, tels que l'Eswatini, le Ghana, l'Indonésie, le Malawi, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie, les données de l'ONUSIDA montrent que les organisations de la société civile axées sur le VIH participent à la planification de la riposte nationale à la COVID-19 et aux efforts de planification d'urgence en matière de VIH. Au Kenya, selon les données de l'ONUSIDA, le gouvernement renforce également les structures d'engagement communautaire dans la riposte à la COVID-19 et atténue son impact sur les programmes de lutte contre le VIH au niveau infranational. Ces liens sont importants pour s'assurer que les enseignements tirés dans la lutte contre le VIH sont appliqués à l'action contre la COVID-19, pour soutenir les liens entre la COVID-19 et d'autres programmes de lutte contre la maladie et pour mobiliser des fonds supplémentaires afin de relever les défis communs.

Les autorités sanitaires de nombreux pays ont agi rapidement pour anticiper les perturbations du système de santé. Plusieurs pays ont profité du soutien du Fonds mondial pour protéger la continuité des programmes de prophylaxie, renforcer les systèmes critiques pour la santé et lutter contre la COVID-19. Début mars 2020, le Fonds mondial a permis aux pays d'utiliser jusqu'à 500 millions de dollars É.-U. en flexibilité de subventions pour adapter rapidement les programmes existants et acheter des équipements de protection, des diagnostics et des fournitures médicales (57). En avril, le Fonds mondial a franchi une nouvelle étape en lançant le mécanisme de riposte à la COVID-19 avec une capacité initiale de 500 millions de dollars É.-U. supplémentaires. À titre d'exemple, le Sénégal a profité de la flexibilité des subventions pour soutenir les agents de santé fournissant des services essentiels aux populations clés telles que les personnes qui s'injectent des drogues en équipant le personnel des cliniques de méthadone en équipements de protection individuelle et en adaptant les services pour permettre les contrôles de température, le lavage des mains et les masques pour tous les clients (57). D'autres changements positifs pendant la pandémie ont inclus la suppression ou la suspension des frais d'utilisation des soins de santé dans au moins quatre pays d'Afrique subsaharienne (58).

Le soutien des autorités sanitaires a été essentiel pour lever les obstacles à la fourniture de services communautaires. Au Kenya par exemple, le ministère de la Santé a offert rapidement des conseils et un soutien politique aux organisations communautaires pour la poursuite de la fourniture de services dans le cadre de mesures strictes visant à prévenir la propagation du SARS-CoV-2 (y compris un couvre-feu du crépuscule à l'aube et des restrictions de mobilité) (33). Selon les données de l'ONUSIDA, au Myanmar, le gouvernement a accordé une autorisation spéciale pour permettre la libre circulation

Le soutien des autorités sanitaires a été essentiel pour lever les obstacles à la fourniture de services communautaires

des pairs et des membres de la communauté qui font office d'agents sanitaires bénévoles. Avec l'équipement de protection individuelle COVID-19 et les mesures de réduction des risques, ils sont en mesure de continuer à fournir des services de prévention du VIH, y compris le dépistage du VIH et les produits. Un engagement auprès des organisations de services communautaires et des efforts de renforcement des capacités ont également été signalés dans d'autres pays, comme l'Angola et le Botswana. L'organisation virtuelle de la société civile et des plateformes d'organisations communautaires ont été mises en place pour faciliter la collaboration et l'intégration des programmes au Botswana et au Cameroun.

Certains pays ont reconsidéré leurs priorités et ont par conséquent prévu un retard temporaire et une réorientation de certaines interventions de prévention du VIH pour lesquelles une interruption du programme n'entraînerait pas une augmentation immédiate du risque. Par exemple, les programmes de circoncision médicale masculine volontaire ont été suspendus dans plusieurs pays au cours du premier semestre 2020 pour permettre aux prestataires de soins d'être réaffectés pour lutter contre la COVID-19 et réduire les risques de transmission associés aux congrégations de jeunes. En Afrique du Sud, au Botswana, au Lesotho, et au Zimbabwe, par exemple, le nombre d'interventions a chuté — dans le cas du Zimbabwe d'environ 24 000 en février 2020 à quelques centaines par mois après avril 2020. Le Kenya a également connu une baisse, bien que les services aient rapidement repris après mai 2020 (parmi les hommes et les garçons de plus de 15 ans) (figure 16).

D'autres pays ont pris des mesures audacieuses pour renforcer les mesures de protection sociale afin de limiter les retombées humaines et économiques de la pandémie de COVID-19, avec un accent particulier sur les populations vulnérables. Le ministère des Affaires sociales indonésien a, par exemple, mis en place un filet de sécurité sociale pour les ménages à faible revenu, comme l'aide alimentaire et les transferts monétaires conditionnels, et les organisations de la société civile travaillant sur le VIH ont travaillé activement pour aider les bénéficiaires clés de la population locale (59). Le Gouvernement thaïlandais versera aux chômeurs jusqu'à 50 % de leur allocation pendant six mois au maximum et a affecté 45 milliards de bahts

à des dons en espèces pour soutenir les travailleurs informels qui ne bénéficient pas de la sécurité sociale (59, 60). Le Brésil a mis en place un transfert en espèces d'urgence de 115 dollars É.-U. par mois (soit 60 % du salaire minimum) pour les adultes des ménages pauvres sans emploi formel et ne bénéficiant d'aucune autre aide financière. Les mères célibataires reçoivent une prestation doublée. Plusieurs autres pays ont également introduit des mesures fiscales et économiques pour soutenir les femmes dans l'économie (61).

Dans l'ensemble, cependant, un nombre insuffisant de pays ont suffisamment renforcé et étendu leurs systèmes de protection sociale et d'autres mesures politiques essentielles pour atténuer les répercussions socioéconomiques de la COVID-19. Et encore moins de pays ont mis en œuvre des mesures sexospécifiques en réponse à la COVID-19, compte tenu des effets démesurés de la pandémie sur les femmes, qu'il s'agisse de la flambée de violence contre les femmes et les filles, de l'augmentation sans précédent de la charge de travail domestique non rémunérée et de la perte à grande échelle des moyens de subsistance, en particulier dans le secteur informel, où les femmes sont surreprésentées (61).

Les communautés au centre des interventions d'urgence

Les efforts visant à maintenir les services de santé durant les confinements dus à la COVID-19 ont souligné une fois de plus le rôle critique joué par les organisations communautaires, qui répondent aux besoins, aux priorités et aux droits des populations vulnérables. Les organisations qui sont au centre de la riposte au VIH se sont engagées à mener des actions locales de lutte contre la COVID-19 et le VIH, en remettant en question la désinformation et la stigmatisation, en fournissant des fournitures essentielles à ceux qui en ont besoin et en organisant des systèmes de soutien locaux. Selon une enquête menée auprès de 160 organisations de la société civile par l'Institut de la société civile pour le VIH et la santé en Afrique occidentale et centrale, en mai 2020, la plupart (72 %) des organisations axées sur le VIH s'efforçaient déjà d'accroître la sensibilisation du grand public à la COVID-19 au sein de leur communauté (56). Bien que certaines organisations communautaires aient

D'autres pays ont pris des mesures audacieuses pour renforcer les mesures de protection sociale afin de limiter les retombées humaines et économiques de la pandémie de COVID-19, avec un accent particulier sur les populations vulnérables

réussi à mobiliser des ressources financières pour les efforts liés à la COVID-19, d'autres ont déclaré avoir du mal à assumer des responsabilités supplémentaires. Beaucoup ont également signalé des difficultés à obtenir de l'équipement de protection individuelle en quantité suffisante pour leur personnel.

Au Burkina Faso par exemple, les organisations communautaires de lutte contre le VIH sont engagées dans la riposte à la COVID-19, en utilisant elles informent et mobilisent les communautés, suivent les contacts des personnes diagnostiquées positives à la COVID-19 et réintègrent les individus qui se sont perdus dans le processus de suivi. En Afrique du Sud, un large groupe d'organisations de la société civile a formé une coalition avec le Conseil national du développement économique et du travail, qui représente les organisations gouvernementales, syndicales, commerciales et communautaires. Ce groupe a maintenant lancé une campagne visant à promouvoir des conseils sur la prévention de la COVID-19 tout en identifiant, en encourageant et en répondant aux besoins sous-jacents essentiels des populations vulnérables, y compris pour la nourriture et l'eau, le logement et les opportunités de revenus. Swasthi, une organisation non gouvernementale communautaire en Inde, distribue du riz, des lentilles, de l'huile de cuisine et de petites sommes d'argent aux personnes transgenres et aux femmes vivant avec le VIH à Madurai pendant la pandémie, car la majorité de ces personnes ont du mal à travailler et à gagner de l'argent (49). Selon les données de l'ONUSIDA, en Thaïlande, des organisations communautaires, le Département de contrôle des maladies, le Fonds mondial et des agences des Nations Unies se sont associés pour fournir un dispositif de soutien aux professionnel(le)s du sexe, y compris de la nourriture, des articles d'hygiène personnelle et des produits de prévention contre la COVID-19 et le VIH (masques, désinfectants pour les mains, préservatifs et lubrifiants). Au Brésil, un collectif de professionnel(le)s du sexe de l'État de Pará (GEMPAC) a inscrit des femmes du centre-ville de Belem pour qu'elles reçoivent des paniers de nourriture et travaille avec des fonctionnaires afin de veiller à ce que l'aide promise par l'État parvienne aux professionnel(le)s du sexe. Un canal virtuel a également été ouvert afin de faciliter la communication avec les professionnel(le)s du sexe à propos de la COVID-19 ainsi qu'une collecte de nourriture pour les professionnel(le)s du sexe et leur famille (62).

Protéger et promouvoir les droits

La prévention et la réponse aux violations des droits de l'homme et à la violence sont déjà reconnues comme essentielles pour améliorer la couverture et l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH. Les vulnérabilités et les risques croissants auxquels sont confrontées les populations clés et prioritaires pendant la pandémie de COVID-19 exigent une intensification de ces efforts (63). Plusieurs organisations de la société civile, avec le soutien de partenaires, prennent des mesures pour relever les défis des droits de l'homme liés à la pandémie.

Par exemple, les réseaux de la société civile en Thaïlande travaillent avec des partenaires pour surveiller et signaler les cas de violence et autres violations des droits de l'homme parmi les populations clés et les personnes vivant avec le VIH pendant la pandémie (49). À l'aide d'un outil en ligne, les membres de la communauté peuvent signaler, à une équipe d'intervention en cas de crise, les violations des droits de l'homme et d'autres formes de discrimination, y compris la violence physique, la divulgation de leur statut sérologique VIH, le dépistage du VIH sans consentement et la discrimination sur les lieux de travail et à l'école. L'équipe se compose d'un groupe multidisciplinaire de personnes telles que des agents de santé communautaires, des prestataires de soins, des travailleurs sociaux, des avocats et des agents de police et peut fournir une assistance immédiate, y compris un soutien social et sanitaire, négocier avec la direction sur les lieux de travail et les instituts d'enseignement et prévoir des avocats bénévoles pour soutenir les survivants devant les tribunaux.

Plusieurs pays ont pris des mesures supplémentaires pour prévenir la violence à l'égard des femmes et soutenir les survivantes de ces violences, notamment en mettant en place des lignes d'assistance téléphonique, des refuges et des centres d'accueil pour les survivantes et en accélérant les procédures judiciaires liées à cette forme de violence (58, 61). Au Pakistan par exemple, une ligne d'assistance nationale pour la cyberviolence a été améliorée avec des outils innovants, tels qu'une application mobile avec un bouton de panique silencieux et un message texte, WhatsApp et une assistance en ligne pour un meilleur accès pendant la crise de COVID-19. Dans l'État plurinational de

Plusieurs pays ont pris des mesures supplémentaires pour prévenir la violence à l'égard des femmes et soutenir les survivantes de ces violences, notamment en mettant en place des lignes d'assistance téléphonique, des refuges et des centres d'accueil pour les survivantes et en accélérant les procédures judiciaires liées à cette forme de violence

Bolivie, au Chili et en Colombie, les femmes peuvent signaler la violence et demander de l'aide dans les pharmacies, généralement en utilisant un mot-clé qui alerte le personnel de la pharmacie de la situation. En Afrique du Sud, pour le niveau 4 du confinement, les tribunaux ont donné la priorité aux affaires de corruption, d'infractions sexuelles, de violence basée sur le genre et de félicide, de crimes violents graves, de vol, de meurtre et de violation de la réglementation COVID-19. Les services de prévention et de riposte à la violence à l'égard des femmes ont été intégrés dans les plans nationaux de réponse à la COVID-19 dans plusieurs pays cibles de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH, tels que l'Afrique du Sud, la Côte d'Ivoire, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, et le Zimbabwe.

Les réseaux de femmes vivant avec le VIH ont obtenu des ressources, documenté les violations des droits et se sont mobilisés pour aider les femmes, y compris celles des populations clés, à accéder aux médicaments, à la nourriture et à d'autres fournitures essentielles. L'Association Tunisienne de Prévention Positive, la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida au Costa Rica, au Mexique et au Zimbabwe, la Fédération nationale des femmes vivant avec le VIH et le sida au Népal, Positive Women Ukraine et le Réseau vietnamien des femmes vivant avec le VIH distribuent des colis et des vivres aux femmes les plus vulnérables, y compris les professionnel(le)s du sexe et les femmes des régions en conflit. La Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida en Afrique orientale plaide pour que la santé et les droits sexuels et reproductifs soient considérés comme des services essentiels dans le contexte de la COVID-19 (49). Le réseau a réussi à faire pression sur le Gouvernement ougandais pour qu'il exempte les femmes enceintes du confinement afin qu'elles puissent se rendre dans les établissements de santé (49).

Crown the Woman – Soudan du Sud, une organisation de base dirigée par des femmes, qui protège et défend les droits des femmes dans le pays, s'emploie à atteindre les femmes et les filles pendant le confinement — y compris les fermetures d'écoles et les restrictions de mouvement (23). Elle utilise les réseaux sociaux pour réagir à la désinformation sur la COVID-19 et mène des activités de sensibilisation pour fournir du savon, des gants et des informations sur la COVID-19. Préoccupée

par l'augmentation des signalements de mariages d'enfants et de violence à l'égard des femmes, l'organisation sensibilise également à la violence basée sur le genre et utilise un système d'assistance téléphonique national que les femmes et les filles peuvent appeler pour signaler les abus et être en contact avec le soutien. Au Kenya, FIDA-Kenya, une organisation de défense des droits des femmes, a lancé un système d'assistance téléphonique pour fournir gratuitement des conseils et des services d'aide juridique aux personnes victimes de violences sexuelles et basées sur le genre pendant la pandémie (64).

Pour faire face de toute urgence aux effets démesurés que la COVID-19 et les injonctions de rester à domicile auraient sur les adolescentes et les jeunes femmes, l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a adapté sa campagne « Let's Talk » (Parlons-en) (49). Cette campagne a été créée à l'origine avec l'UNFPA, SAfAIDS et Save the Children Suède dans 21 pays d'Afrique orientale et australe pour prévenir et traiter les grossesses précoces et non désirées et pour que les filles poursuivent leurs études. Sur les réseaux sociaux, la campagne adaptée crée le dialogue et donne des informations sur la manière de garantir que les femmes et les filles sont en sécurité à la maison, savent où elles peuvent demander de l'aide au sein de leur communauté et reçoivent du soutien pour retourner à l'école une fois en sécurité, le tout accompagné des messages de la campagne de base sur l'éducation, la santé et les droits.

De plus en plus d'appels sont lancés pour mettre fin à l'incarcération de personnes pour des délits mineurs ou pour des délits non conformes au droit international et pour fermer tous les centres de détention et de réadaptation obligatoires dans lesquels sont détenues des personnes soupçonnées de consommer de la drogue ou de se livrer au commerce du sexe (65, 66). Dans le but de limiter la propagation de la COVID-19 dans les lieux d'incarcération exigus et surpeuplés, plusieurs pays envisagent ou appliquent des réformes pratiques, notamment en utilisant la détention en dernier recours, en évitant la détention provisoire et en permettant la libération anticipée ou la détention à domicile des personnes reconnues coupables de crimes non violents (67). L'Afghanistan, l'Afrique du Sud, le Chili, l'Inde, l'Indonésie, le Myanmar, la République islamique d'Iran et la Thaïlande ont récemment libéré de prison un grand nombre de personnes condamnées pour des infractions non

violentes, et de nombreux autres pays libèrent des personnes en détention provisoire (68). Par exemple, selon les données de l'ONUSIDA, chaque année au Myanmar, le Président amnistie des prisonniers sélectionnés dans le cadre des célébrations nationales pour le Nouvel An. En 2020, un nombre inhabituellement élevé de prisonniers ont été libérés — environ 25 000 prisonniers de 18 prisons à travers le pays.

Des mesures audacieuses ont également été mises en place pour atteindre les migrants et les réfugiés, qui sont déjà confrontés à d'énormes défis en raison de la précarité des moyens de subsistance et du faible accès à un logement décent, à l'éducation et aux ressources sanitaires. Par exemple, la pandémie a stimulé des innovations dans l'éducation des enfants et des jeunes (49). L'Égypte s'est engagée à garantir l'accès à l'éducation des enfants réfugiés dans le cadre du système éducatif national. Devant la flambée de COVID-19, l'Égypte a expérimenté des salles de classe virtuelles et utilisé une plateforme de diffusion en continu et des chaînes de télévision pour diffuser les programmes scolaires. Et dans l'État plurinational de Bolivie, le HCR et des organisations partenaires organisent des salles de classe mobiles pour les enfants vénézuéliens réfugiés et migrants qui n'ont pas eu accès à des activités éducatives formelles, à distance ou de loisirs depuis le confinement. Cela a permis à la fois à identifier les risques de violence basée sur le genre au sein des familles pendant le confinement et à développer un centre de jour mobile pour les femmes qui a été testé en parallèle avec la salle de classe. Aux frontières de la République bolivarienne du Venezuela, où les gens rentrent en raison de la COVID-19, l'UNFPA et l'ONUSIDA proposent aux femmes des méthodes contraceptives de quarantaine obligatoires (injections d'acétate de médroxyprogestérone et préservatifs) et le dépistage volontaire du VIH. Les femmes reçoivent également des trousseaux d'hygiène, qui contiennent des articles d'hygiène personnelle et des documents d'information sur la violence basée sur le genre et le VIH.

La crise a également suscité des appels au renforcement des approches de couverture sanitaire universelle de manière à donner la priorité aux populations marginalisées les plus exposées à la COVID-19 et au VIH. Par exemple, la propagation de la COVID-19 a souligné l'obligation de tous les États en vertu

du droit international des droits de l'homme de protéger la santé des personnes restant dans les prisons et les centres de détention (69). Dans un autre exemple, la communauté mondiale des consommateurs de drogues a demandé que les services de réduction des risques soient inclus dans l'ensemble des avantages des systèmes de couverture sanitaire universelle, faisant valoir que les principes de la couverture sanitaire universelle exigent que les besoins des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables — y compris les personnes qui s'injectent des drogues — soient traités en premier (49).

Reconfiguration des modèles de fourniture de services

Les prestataires de services de santé et les organisations communautaires ont réagi à la crise en modifiant leurs modes de fourniture des services de prévention du VIH afin de minimiser l'interruption des services les plus essentiels. De nombreux pays ont dû réaffecter du personnel affecté aux maladies non transmissibles pour couvrir les besoins engendrés par la COVID-19 (70). Les adaptations ont inclus le transfert des tâches avec la participation accrue des pairs et des prestataires non professionnels, le déploiement des tests d'auto-dépistage, la fourniture étendue de médicaments et de fournitures (y compris les préservatifs, les aiguilles et seringues et les médicaments antirétroviraux) et les services à distance (56). Ces mesures servent à décongestionner les établissements de santé débordés et à rapprocher les services des personnes qui en ont besoin, tout en augmentant le contrôle qui est investi entre les mains des individus et des communautés.

Bon nombre des changements apportés se sont inspirés des modèles de services communautaires mis au point au fil des ans dans la riposte au VIH. Ces modèles se caractérisent par leur forte orientation client, leur réactivité, leur flexibilité et leur attention aux réalités plus vastes des communautés dans lesquelles ils sont intégrés (56). Les innovations dans le contexte de la COVID-19 ont poussé ces modèles encore plus loin pour relever les défis auxquels sont confrontés les personnes les plus exposées au risque d'infection à la COVID-19 et au VIH et à la vulnérabilité accrue à laquelle elles sont confrontées à la suite de la pandémie.

Les pays cibles de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH ont rendu compte des mesures prises pour maintenir les services essentiels

Les prestataires de services de santé et les organisations communautaires ont réagi à la crise en modifiant leurs modes de fourniture des services de prévention du VIH afin de minimiser l'interruption des services les plus essentiels

de prévention du VIH dans le cadre de leur mécanisme de rapport annuel. Les données publiées en octobre 2020 montrent que, dans l'ensemble, environ les deux tiers des pays ciblés par la Coalition avaient pris des mesures pour maintenir des services de proximité sûrs pour les jeunes femmes et les populations clés et qu'environ la moitié des pays ciblés de la Coalition dispensent des services de conseil en ligne aux populations clés (tableau 2) (58).

Presque tous les pays ciblés de la Coalition ont déclaré fournir plusieurs mois de distribution de préservatifs, et plus des deux tiers ont fait de même pour la PrEP. Huit pays ciblés par la Coalition ont adopté la distribution sur plusieurs mois d'aiguilles et de seringues pour les personnes qui s'injectent des drogues, et sept pays fournissent des doses à emporter de traitements de substitution aux opioïdes.

Tableau 2. Modifications apportées à la fourniture des services de prévention dans les pays ciblés de la Coalition, 2020

	Jeunes femmes		Populations clés		Préservatifs		PrEP		Traitement du VIH		Réduction des risques	
	Poursuite de la sensibilisation en toute sécurité	Conseil en ligne	Poursuite de la sensibilisation en toute sécurité	Conseil en ligne	Distribution de plusieurs mois adoptée	Accès alternatif	Distribution de plusieurs mois adoptée	Accès alternatif	Distribution de plusieurs mois adoptée	Accès alternatif	Aiguilles et seringues — distribution de grandes quantités	Traitement de substitution aux opioïdes — doses à emporter
Région africaine												
Angola												
Botswana												
Cameroun												
Côte d'Ivoire												
République démocratique du Congo												
Eswatini												
Éthiopie												
Ghana												
Kenya												
Lesotho												
Malawi												
Mozambique												
Namibie												
Nigéria												
Afrique du Sud												
Ouganda												
République-Unie de Tanzanie												
Zambie												
Zimbabwe												
Autres régions												
Brésil												
Chine												
Inde												
Indonésie												
Iran (République islamique d')												
Mexique												
Myanmar												
Pakistan												
Ukraine												

Source : Rapports COVID-19 sur le portail de l'ONUSIDA.

Remarque : Les données de ce tableau sont fournies par les bureaux de pays de l'ONUSIDA. La couleur orange signifie que l'adaptation n'avait pas été adoptée au moment du rapport. La couleur verte signifie que des adaptations ont été effectuées, mais ne veut pas dire que des adaptations ont déjà été mises en œuvre sur tous les sites ou dans tous les programmes du pays. Les zones grises indiquent les pays où les jeunes femmes ne sont pas au centre des programmes de prévention du VIH.

Des exemples de changements dans la fourniture de services de prévention du VIH pour les populations clés et prioritaires en 2020 sont fournis ci-dessous. Ceux-ci illustrent comment les programmes dans différents contextes ont fonctionné sur plusieurs fronts, combinant des approches pour combler les lacunes critiques de la fourniture de services. Ils montrent également comment les opportunités ont été saisies pour regrouper une gamme de services essentiels, dans le but de renforcer la résilience des communautés et du système de santé face aux stress liés à la COVID-19.

L'auto-dépistage du VIH, qui permet aux personnes de choisir elles-mêmes les circonstances dans lesquelles elles passent un test de dépistage du VIH, a l'avantage de décongestionner les établissements de santé et d'améliorer l'accès au dépistage du VIH pour les populations les plus exposées au risque d'infection à VIH. Selon les données de l'ONUSIDA, le Burundi, l'Eswatini, le Guatemala et le Myanmar font partie des pays qui ont signalé l'expansion de l'auto-dépistage du VIH pendant la pandémie de COVID-19. Lorsqu'elles sont mises en œuvre avec les liens nécessaires avec les soins, ces mesures peuvent accroître la portée et la couverture du dépistage du VIH et l'accès au traitement parmi les populations qui en ont le plus besoin. Par exemple, au Kenya, trois organisations communautaires travaillant avec des homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont pris des mesures pour adapter les services liés au VIH dans le contexte de la COVID-19 avec le soutien des autorités sanitaires du comté (33). Ils sont passés à des plateformes virtuelles et à des stratégies de sensibilisation et des services mobiles pour la fourniture de préservatifs et de kits d'auto-dépistage du VIH. Ils ont également levé des fonds pour fournir une aide alimentaire et ont travaillé avec les autorités locales pour s'assurer que les membres les plus pauvres de leur communauté aient accès à un soutien de protection sociale spécifique à la COVID-19. Le programme a obtenu des résultats encourageants en termes d'augmentation progressive des tests de dépistage du VIH effectués après la baisse initiale.

Divers mécanismes ont été élaborés dans d'autres contextes pour atteindre les populations dans le besoin et fournir des services dans des points de service décentralisés ou à domicile. En République islamique d'Iran, les unités mobiles qui servent normalement à fournir des services aux personnes à haut risque d'infection par le VIH ont été adaptées

et équipées d'équipements de protection individuelle, notamment des gants, des masques, des désinfectants pour les mains, du savon et des tampons d'alcool (23). Les unités ont ensuite été envoyées dans les zones sensibles du pays, où elles ont distribué du matériel pédagogique sur la COVID-19, des équipements de protection individuelle et des colis alimentaires aux femmes vulnérables et aux personnes qui s'injectent des drogues. Elles effectuent également un dépistage du SARS-CoV-2 et adressent les cas d'infection présumée aux centres médicaux. Selon les données de l'ONUSIDA, les autorités ont également autorisé les cliniques privées de traitement d'entretien à la méthadone (il y en a plus de 6 000 dans le pays) à verser de la méthadone à emporter jusqu'à un mois et les cliniques publiques de traitement d'entretien à la méthadone jusqu'à une semaine. D'autres articles, tels que le soutien des paniers alimentaires, étaient soit fournis par des équipes de sensibilisation, soit disponibles à la porte des centres de réduction des risques selon un calendrier prédéterminé pour éviter les rassemblements et une affluence trop importante.

Ashodaya Samiti, une organisation de professionnel(le)s du sexe, a lancé un programme d'assistance pendant le confinement strict de l'Inde. Face à la perte soudaine de moyens de subsistance, de soins de santé et de protection sociale, Ashodaya a adapté son programme de sensibilisation au VIH pour former un système alternatif de traitement antirétroviral dirigé par la communauté dans des sites privés discrets. La messagerie WhatsApp a été utilisée pour diffuser des informations sur l'accès aux avantages sociaux du gouvernement mis à disposition en réponse à la pandémie de COVID-19. Une autre assistance consistait en des messages consultatifs publiés dans des groupes WhatsApp pour sensibiliser, dissiper les mythes et atténuer la violence, et des enregistrements téléphoniques réguliers et discrets pour suivre le bien-être des membres. La mise en place de ce système alternatif impliquait l'obtention de l'autorisation nécessaire au niveau du district et la sécurisation des ressources nécessaires (y compris les stocks de médicaments antirétroviraux), la collecte des informations disponibles sur les membres vivant avec le VIH et recevant un TAR, la géocartographie des sites de distribution discrets qui garantit la confidentialité de ces endroits et la mobilisation des navigateurs des soins de santé communautaires existants qui servent de liens entre le système de santé officiel et les membres de la communauté (72).

Campagne multisectorielle menée par la communauté pour la protection sociale des populations clés

Introduction - C'est l'histoire d'un partenariat multisectoriel mené par la communauté entre les populations clés du VIH, la société civile, le Gouvernement indien, l'ONUSIDA, le Mécanisme de coordination nationale indien et le Fonds mondial, pour garantir l'accès à l'aide COVID pour les vivres d'urgence, les abris et les services médicaux pour les populations clés en Inde.

Le problème - Les populations clés concernées par le VIH, en particulier les professionnel(le)s du sexe femmes et transgenres, les toxicomanes, les orphelins et les enfants vulnérables, sont affectées de manière disproportionnée par la pandémie en cours. Ils n'ont pas accès aux vivres d'urgence et aux transferts monétaires gouvernementaux en raison d'un accès limité aux documents d'identité nécessaires, ce qui constitue en soi une conséquence de leur extrême marginalisation et/ou de leur criminalisation. Les institutions multilatérales telles que la Banque mondiale et le Fonds mondial ont largement limité leur soutien au renforcement des systèmes de santé – équipement de test COVID, EPI pour les agents de santé et livraison de TAR à domicile. Le manque de sécurité alimentaire de base et d'abris sûrs a exacerbé la vulnérabilité des professionnel(le)s du sexe et des toxicomanes au VIH, à la tuberculose et à la COVID, ainsi qu'à l'isolement social, à la discrimination et à la violence.

Approche - Sept réseaux nationaux de professionnel(le)s du sexe, de transgenres et de HSH, de consommateurs de drogues et de PVS ont lancé une campagne de sensibilisation avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour inclure des mesures de protection sociale d'urgence pour les populations clés extrêmement vulnérables dans le cadre de leur programme d'aide COVID en Inde. Le Fonds mondial a invité les réseaux à soumettre une proposition de 10 millions de dollars É.-U., et le gouvernement a apporté un soutien inconditionnel à une application communautaire. À l'aide de consultations communautaires nationales, les réseaux ont finalisé le nombre de bénéficiaires, les critères d'inclusion, les demandes critiques et les mécanismes de mise en œuvre, et l'ONUSIDA a fourni un appui technique pour élaborer la proposition. Le Mécanisme de coordination nationale indien a ratifié la proposition à l'unanimité et soumis la demande au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme qui a été approuvée par le Mécanisme de coordination nationale et approuvée par le Conseil du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.



À Chennai, en Inde, le Tamil Nadu's Drug Users Forum (TNDUF), un réseau communautaire de consommateurs de drogues, et la Hopers Foundation, une organisation communautaire qui fournit des services de réduction des risques aux consommateurs de drogues injectables, se sont associés pour mener les sans-abri vers une thérapie de substitution aux opioïdes fournie par la Tamil Nadu State AIDS Control Society. Les autorités nationales ont accepté d'autoriser la fourniture de doses à emporter de thérapie de substitution aux opioïdes, et les membres de TNDUF ont été formés en ligne pour agir en tant que premiers intervenants (23, 73). Le TNDUF a également obtenu la permission des autorités ferroviaires pour que les gens utilisent des drogues pour dormir sur les quais ferroviaires et avoir accès aux toilettes des chemins de fer et à l'eau potable, une mesure essentielle pour empêcher la propagation du SARS-CoV-2.

Pour assurer un soutien continu aux mères et aux femmes enceintes vivant avec le VIH et prévenir la transmission du VIH à leurs bébés, l'Ouganda a pris des dispositions pour la fourniture à domicile de TAR et d'autres services de santé (57). L'Eswatini et le Kenya ont prévu la fourniture de préservatifs, de lubrifiants et de kits d'auto-dépistage du VIH aux principaux points de distribution communautaires favorables à la population (58). En Ukraine, les prestataires de services et le ministère de la Santé ont veillé à ce que presque toutes les personnes recevant un traitement de substitution aux opioïdes reçoivent des stocks de 10 jours plutôt que d'avoir à se rendre dans des établissements quotidiennement (58, 75).

Selon les données de l'ONUSIDA, au Pakistan, un défi initial était de s'assurer que le flux de médicaments antirétroviraux d'Islamabad (centre) vers les provinces puis vers les centres de TAR de district et ensuite vers les bénéficiaires ne soit pas interrompu pendant le confinement en utilisant le bureau postal du Gouvernement pour envoyer des médicaments vers la province, puis travailler avec les membres locaux de l'Association des personnes vivant avec le VIH pour aider la province à les amener aux portes des bénéficiaires. La Khawaja Sira Society travaille avec les gouvernements provinciaux pour s'assurer que les personnes vivant avec le VIH peuvent recevoir des recharges de plusieurs mois de

médicaments antirétroviraux livrés à leur domicile et s'adresse aux personnes transgenres pour promouvoir leurs connaissances sur la COVID-19 et la prévention du VIH (49).

Le recours à des plateformes en ligne pour atteindre les populations clés fait depuis longtemps partie des programmes de lutte contre le VIH, même dans des contextes à connectivité limitée (76). Il est devenu essentiel pour maintenir les services liés au VIH de base et soutenir la sensibilisation pendant la COVID-19 lors des périodes de distanciation physique et de restrictions de voyage. Les plateformes en ligne peuvent aider à maintenir le contact avec les bénéficiaires et à atteindre de nouveaux clients à l'aide des réseaux sociaux et des applications de messagerie ; fournir des informations sur la sécurité et l'approvisionnement des services ; soutenir les personnes sous TAR ou PrEP grâce à une gestion et un soutien virtuels des cas ; prendre des rendez-vous ; et fournir des conseils et une assistance technique aux partenaires cliniques et communautaires (77).

À Rabat, au Maroc, l'Association marocaine de planification familiale a travaillé tout au long du confinement pour garantir un accès continu aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH pour les personnes les plus vulnérables. Les services sont rapidement passés aux consultations virtuelles et un dépistage de la violence basée sur le genre, des références et, si nécessaire, des services à domicile. L'une des principales préoccupations pendant cette période a été de veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH aient toujours accès aux médicaments antirétroviraux et que les femmes enceintes vivant avec le VIH puissent accoucher en toute sécurité sans risque pour leur propre santé (y compris l'exposition au SARS-CoV-2) et sans risque de transmission verticale du VIH (23).

Le Ministère de la santé du Lesotho et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), par l'intermédiaire de son partenaire d'exécution Help Lesotho, fournissent des conseils de santé à distance, des informations sur la COVID-19 et un soutien psychosocial par le biais de consultations virtuelles pour les hommes et les adolescentes et femmes enceintes ou allaitantes de 15 à 24 ans et leurs enfants, participant au programme 2gether 4 SDSR (49). Les consultations se font par le

biais de messages individuels et d'appels téléphoniques qui traitent des problèmes liés à la continuité et à l'accès aux soins maternels et infantiles, à la prévention de la transmission verticale, à la santé sexuelle et reproductive, à la prévention et au dépistage du VIH, à la santé mentale, à l'enregistrement des naissances et à la prévention de la violence sexuelle et basée sur le genre.

Au Brésil, un programme de santé sexuelle incluant la PrEP parmi les populations clés adolescentes a introduit des adaptations spécifiques visant à observer les mesures de confinement et d'atténuation de la COVID-19 recommandées (78). Le recrutement repose désormais exclusivement sur les activités des pairs éducateurs sur les plateformes de réseaux sociaux et les applications de rencontres, et la plupart des consultations et services de soutien en matière de PrEP et d'autres services de santé sexuelle sont désormais en ligne. Les fournitures telles que les préservatifs, les lubrifiants et les médicaments sont livrés par livraison rapide ou par courrier.

L'Union eurasiatique des adolescents et des jeunes — Teenergizer (79) a non seulement maintenu son soutien aux adolescentes et aux jeunes femmes touchées par le VIH, mais également élargi ses services pendant les confinements dus à la COVID-19 en Europe de l'est et en Asie centrale. Teenergizer a fait la transition vers la fourniture de services en ligne, notamment en favorisant des groupes de soutien confidentiels pour les adolescents vivant avec le VIH, des stages pour les adolescents séronégatifs et des formations pour les établissements d'enseignement. Les demandes de renseignements sur le site Web pour des conseils en ligne entre pairs sur teenergizer.com ont quadruplé depuis le début des confinements. Grâce à une série de retransmissions en direct, de vidéos et d'articles sur les réseaux sociaux, des milliers d'adolescents et de jeunes de la région ont pu suivre la campagne #StaySafe, ont reçu des informations fiables sur où trouver un soutien psychologique et ont aidé à s'adapter aux ordres de mise en quarantaine et aux mesures de sécurité pendant la pandémie et ont reçu une éducation sexuelle et des informations sur le VIH (49).

Modélisation de la façon dont la COVID-19 affecte le risque d'infection à VIH

Les études de modélisation menées une fois que la pandémie de COVID-19 a commencé à se propager ont utilisé des modèles existants développés pour suivre et projeter les évolutions de l'épidémie de VIH. La plupart de ces modèles se concentraient sur la mortalité, évaluant comment l'interruption des services de TAR affecterait les modèles de mortalité liée au sida. Certains modèles ont également permis d'évaluer l'impact éventuel des réductions des services de prévention.

L'un de ces modèles a permis d'estimer les effets de l'interruption de trois et six mois de la circoncision masculine, des programmes de changement de comportement et de la distribution de préservatifs (80). Ce modèle a été appliqué aux données de 12 pays africains, trois d'Afrique occidentale (Cameroun, Côte d'Ivoire et Nigéria) et le reste d'Afrique orientale et australe. Il suggérait qu'un effet négatif de ces brèves interruptions, l'augmentation de la transmission du VIH, serait probablement plus que compensé par une réduction des relations sexuelles à des fins commerciales et multi-partenaires. Un autre exercice de modélisation a tiré des conclusions similaires en utilisant les données relatives aux homosexuels et aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes aux États-Unis. (81). Le modèle n'inclut pas d'autres effets négatifs, en particulier la vulnérabilité ou, plus spécifiquement, des facteurs tels que la perte de revenu pour les professionnel(le)s du sexe et ne peut donc pas traiter ces effets. Cette incapacité à prendre en compte une vulnérabilité accrue rend l'utilité de ce modèle et d'autres quelque peu limitée.

Une mise à jour de ce modèle, utilisant des données jusqu'en novembre 2020, a ajouté une interruption potentielle de deux ans aux scénarios de trois et six mois et a calculé le nombre de personnes contractant le VIH résultant de chacune (2). Ces estimations vont de 123 000 pour une interruption de trois mois à 293 000 pour une interruption de deux ans. Le nombre supplémentaire de personnes décédées de causes liées au sida passe de 69 000 à 148 000 dans les trois scénarios. Ce même modèle estimait que le nombre d'enfants de 0 à 14 ans

infectés par le VIH pourrait doubler si les interruptions des services devaient toucher 100 % de la population sur une période de six mois entre avril et septembre 2020 (82).

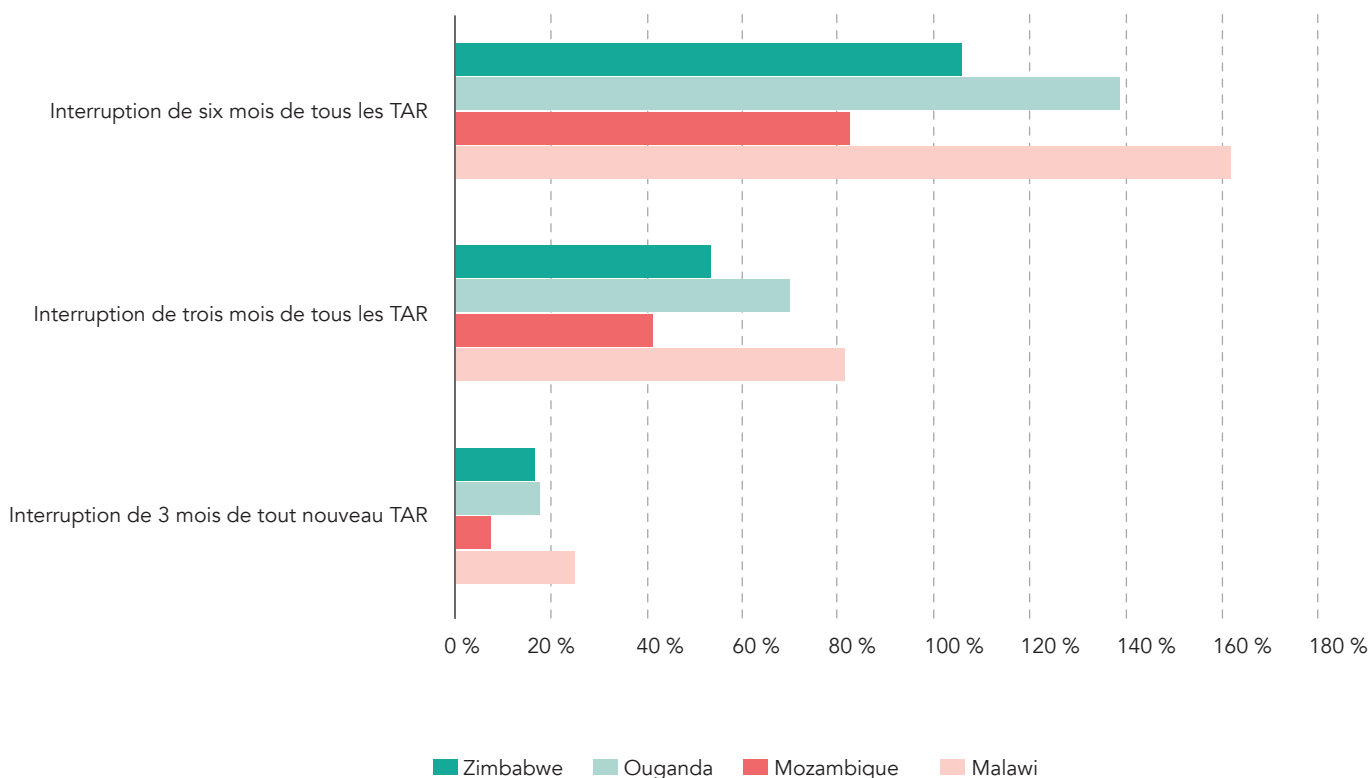
Ce modèle a également prédit que les restrictions de la COVID-19 pourraient profondément affecter les services de traitement, doublant voire triplant le nombre de personnes qui décèderaient de causes liées au sida. Cependant, les données des pays qui font rapport à l'ONUSIDA via le portail ONUSIDA COVID-19 et qui partagent leurs données sur les interruptions de service VIH suggèrent que les interruptions de service ont été plus temporaires, revenant plus près de la normale, sans entraîner de changements drastiques dans le nombre de personnes décédées de causes liées au sida.

Le modèle a également abordé l'incidence éventuelle de l'interruption des programmes de prévention de la transmission mère-

enfant. Il a calculé que la suppression complète des programmes de prévention de la transmission mère-enfant pourrait entraîner une augmentation significative du nombre d'enfants infectés par le VIH en 2020. La figure 2 montre le pourcentage accru d'enfants contractant le VIH calculé pour différentes durées d'interruption de tous les TAR et des TAR pour les nouvelles personnes vivant avec le VIH dans quatre pays (49).

La couverture actuelle des programmes de prévention de la transmission mère-enfant est élevée dans la plupart des pays, ce qui fait que peu d'enfants contractent le VIH. Toute interruption des services de prévention de la transmission mère-enfant pourrait entraîner des augmentations importantes, d'environ 10 % pour l'interruption à destination des nouveaux bénéficiaires uniquement, à 100 % ou plus pour une interruption de six mois de tous les services de prévention de la

Figure 2. Nombre d'enfants contractant le VIH suite à l'interruption de la fourniture de TAR pendant trois et six mois dans quatre pays



Source : Stover J, Chagoma N, Taramusi I, Teng Y, Glaubius R, Mahiane G. Estimation of the potential impact of COVID-19 responses on the HIV epidemic: analysis using the goals model. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090399v1>, consulté le 24 mars 2021).

transmission mère-enfant. Le modèle ne tenait pas compte de l'interruption des services de planification familiale en raison des restrictions de la COVID-19, qui devraient également être importantes. L'effet pourrait encore s'en trouver aggravé en augmentant les grossesses non planifiées pour toutes les femmes, y compris celles vivant avec le VIH., et accroître le besoin de services de prévention de la transmission mère-enfant. Un autre modèle estimait à la fois l'effet direct de l'interruption des services de santé maternelle et infantile, au-delà des services de planification familiale, ainsi que l'accès réduit à la nourriture (83). Au-delà de l'interruption des services de prévention de la transmission mère-enfant et de la planification familiale uniquement, ce modèle projetait des augmentations aux effets dévastateurs quand au nombre de décès de mères et d'enfants.

Une autre étude de modélisation s'est appuyée sur cinq modèles bien décrits de l'épidémie de VIH pour étudier les répercussions éventuelles d'interruptions allant de six mois à un an affectant 20 %, 50 % et 100 % de la population. (3). Les interruptions potentielles comprenaient les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, et les effets indésirables potentiels comprenaient une transmission accrue et une augmentation des décès. Aucun modèle ne prévoyait une augmentation de la mortalité par VIH due à l'interruption des services de prévention, à l'exception d'une très légère augmentation résultant d'une interruption de 100 % des services de prévention de la transmission mère-enfant dans le modèle GOALS.

Aucun modèle ne prévoyait une augmentation de l'incidence du VIH en raison de l'interruption des services de circoncision médicale masculine volontaire. Tous les modèles prévoyaient de petites augmentations résultant d'une interruption de 20 % de la disponibilité des préservatifs, les perturbations augmentant en fonction du niveau et de la durée de l'interruption. Deux modèles (GOALS et Optima HIV) projetaient également de légères augmentations de la transmission mère-enfant à tous les niveaux d'interruption (les autres modèles n'incluaient pas les programmes de prévention de la transmission mère-enfant). Tous les modèles projetaient de petites augmentations de la transmission du VIH résultant de l'interruption des TAR, allant

de 7 % à 32 %, un modèle estimant une augmentation de nouvelles infections à VIH plus que triplée suite à l'interruption complète des TAR. Plus précisément, les modèles estimaient ce qui suit.

- L'interruption des programmes de circoncision médicale masculine volontaire n'aurait qu'un faible effet sur l'incidence du VIH.
- L'interruption des programmes de sensibilisation et de distribution de préservatifs pour 50 % des personnes peut entraîner une augmentation de 19 % du nombre de personnes infectées par le VIH sur un an, mais si la distanciation physique entraîne une réduction des rapports sexuels avec des partenaires non réguliers, le nombre de personnes nouvellement infectées peut en fait diminuer.
- Une interruption de six mois affectant 50 % des personnes participant aux programmes PrEP, qui sont actuellement de petite taille dans la plupart des contextes, pourrait augmenter le nombre de personnes contractant le VIH, mais seulement légèrement.

De la même manière, un modèle mathématique estimant dans quelle mesure les interruptions de programmes dues à la COVID-19 de trois, quatre et six mois affecteraient les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Chine a été élaboré (84). En utilisant des données régionales qui montraient une réduction de 59 % du nombre d'homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes bénéficiant de tests en clinique, une réduction de 34 % de l'initiation du TAR, une réduction de 62 % du nombre de partenaires sexuels et une réduction de 25 % de réduction de l'utilisation systématique des préservatifs, le modèle prédisait que les réductions observées dans l'utilisation des préservatifs augmenteraient le nombre de personnes infectées à VIH de 5 à 14 %. À l'instar des modèles précédents, cette augmentation pourrait être compensée par une réduction du nombre de partenaires sexuels.

Perturbations de la fourniture des services liés au VIH et effet sur l'accès et la couverture

Vue d'ensemble

Bien que les projections des modèles mathématiques présentent une image qui donne à réfléchir des répercussions éventuelles de la pandémie de COVID-19 sur la riposte au sida, des données empiriques provenant des pays sont nécessaires pour évaluer ce qui s'est réellement passé. Cette section présente des données pertinentes pour notre évaluation des services de prévention du VIH en temps de COVID-19. Elle s'appuie principalement sur le travail de plusieurs organisations, dont le Fonds mondial, le PEPFAR et l'ONUSIDA, qui suivent activement l'interruption des services de lutte contre le VIH à la suite de la pandémie.

Le Fonds mondial, par exemple, a mis en place un mécanisme visant à recenser les risques potentiels et les interruptions dans les 106 pays bénéficiant de son soutien et publie des mises à jour régulières (85) L'ONUSIDA a également suivi l'impact au niveau des pays de l'interruption liées à la COVID-19 dans les services essentiels de lutte contre le VIH via son portail COVID-19. Cet ensemble de données évolutif est dérivé des rapports mensuels soumis par les bureaux de pays de l'ONUSIDA. Il n'est nullement exhaustif, mais plusieurs pays ont soumis suffisamment de données sur les tendances pour permettre des observations préliminaires pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2020.

En général, les données sur les tendances actuellement disponibles suggèrent que les interruptions dans les efforts de traitement du VIH peuvent ne pas être aussi graves qu'on le craint et que leur incidence sur la mortalité liée au sida peut être inférieure à celle que suggèrent les modèles mathématiques. Lorsque le traitement a connu une interruption substantielle qui semble avoir été résolue rapidement, les rapports nationaux, donnent l'impression que les systèmes de traitement mis en place sont effectivement résilients. L'expansion de ces programmes de traitement

a été ralentie mais, dans l'ensemble, la perte de personnes sous traitement a été limitée. L'Afrique du Sud constitue une exception notable, où environ 300 000 personnes sous traitement ont peut-être été perdues, bien que cela ne représente encore que moins de 5 % du nombre total de personnes recevant un TAR dans le pays. Maintenir autant de personnes sous traitement en situation de pandémie est tout à l'honneur du programme sud-africain.

Le tableau qui se dégage des services de prévention du VIH se révèle toutefois plus contrasté, avec des degrés d'interruption variables entre les services et au fil du temps. Comme le montrent les données du Fonds mondial documentant les interruptions généralisées du travail lié au VIH, la tuberculose et au paludisme à la suite de la COVID-19, la plupart des programmes ont été affectés. Le dernier rapport du Fonds mondial (85) montre qu'au 15 décembre, la plupart des pays déclarants connaissaient une interruption modérée, de haut niveau ou de très haut niveau des programmes de lutte contre le VIH (72 %), la tuberculose (74 %) et le paludisme (53 %). Concernant le VIH, l'enquête recensait une interruption significative des programmes de prévention, qui dépendent souvent d'interventions communautaires et en face à face rendues impossibles pendant les confinements et autres restrictions (86). La pandémie a également entraîné des perturbations dans la chaîne d'approvisionnement des principaux médicaments anti-VIH et des fournitures de prévention destinés à certaines populations parmi les plus vulnérables et les plus à risque. Les chaînes d'approvisionnement des médicaments antirétroviraux, des médicaments pour la prophylaxie pré-exposition et pour la thérapie de substitution aux opioïdes ont toutes été menacées.

L'interruption des services de prévention pour les populations clés a été observée dans divers pays (9). L'interruption des services de

Comme le montrent les données du Fonds mondial documentant les interruptions généralisées du travail lié au VIH, la tuberculose et au paludisme à la suite de la COVID-19, la plupart des programmes ont été affectés

prévention du VIH de manière plus générale a également été détectée. Dans certains pays, l'effet de ces interruptions a été net et profond. Au Zimbabwe, par exemple, la riposte à la COVID-19 (y compris le confinement) a contribué à une forte baisse du nombre de personnes vivant avec le VIH recevant des services pour la période d'avril à juin 2020, y compris une diminution de 59 % du nombre de personnes recevant les tests de dépistage du VIH, une réduction de 15 % de la distribution de kits d'auto-dépistage et une réduction de 49 % des personnes atteintes d'infections sexuellement transmissibles testées pour la syphilis (87). Cependant, sur la base des pays sélectionnés qui ont communiqué des données sur les tendances, de nombreuses perturbations des programmes de prévention du VIH rencontrées au cours des premiers mois de la pandémie de COVID-19 semblent se résoudre, comme le montrent les résultats plus détaillés ci-après.

Les données présentent des défis d'interprétation, étant donné le recours à des mesures ad hoc pour saisir un nouveau défi en développement rapide. Cependant, ces données et les rapports des pays donnent l'impression que les programmes ont du mal à maintenir leur couverture en des temps difficiles. Ils présentent également des pays qui reconnaissent et répondent rapidement aux défis les plus visibles. Ces changements ont de nombreuses facettes, étant conçus et mis en œuvre dans tous les secteurs par des programmes gouvernementaux ainsi que par la société civile, qui peut bénéficier d'une plus grande liberté de mouvement que les fonctionnaires et a peut-être été plus rapide à s'adapter aux nouvelles circonstances. Les interruptions des services sont moindres que beaucoup le craignaient, permettant ainsi d'éviter les pires effets prédits par les modèles mathématiques. Plus important encore, ils suggèrent où se trouvent les véritables menaces pour l'avenir et la manière dont une riposte plus efficace peut être organisée.

Les données suivies par des mécanismes tels que le portail COVID-19 de l'ONUSIDA fournissent au mieux une image partielle de ce qui s'est passé dans les pays à la suite de la pandémie. Une analyse plus détaillée et contextualisée permettrait d'évaluer comment la couverture des différents types de services de prévention du VIH a été affectée et pourquoi. Il peut être difficile de déduire l'effet de diverses

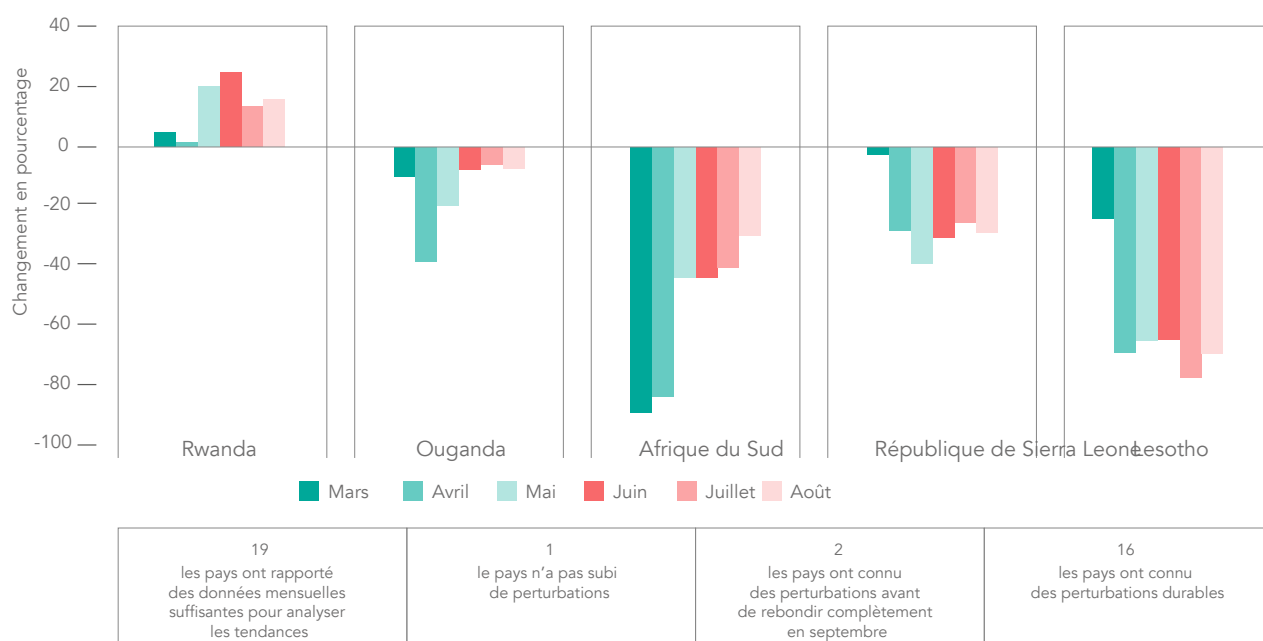
ripostes à la COVID-19, car divers degrés de restrictions à la mobilité ont été imposés dans différents contextes, de la réduction des déplacements à des confinements stricts, et la situation reste très dynamique.

Ce qui n'apparaît pas dans ces données sur les tendances, c'est comment la COVID-19 a affecté la vulnérabilité et le risque. Les données sur les tendances de l'ONUSIDA, en particulier, comparent les mois suivants au niveau de service ou de couverture en janvier 2020. Comme le suggèrent les preuves présentées ci-dessus, la vulnérabilité augmente, en particulier pour les femmes et les jeunes filles et les populations clés telles que les professionnel(le)s du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui consomment des drogues et les personnes en milieu fermé. Tout changement de comportement à risque reste incertain. Une vulnérabilité accrue peut contrebalancer les progrès accomplis dans les droits de ces groupes les plus marginalisés au cours des dernières décennies et conduire à un risque accru d'infection à VIH. Si la vulnérabilité et le risque ont augmenté à la suite de la COVID-19, la comparaison des services de prévention à un point de référence de janvier 2020 peut sous-estimer les besoins futurs de ces services — car la fourniture de services au niveau de janvier 2020 peut ne pas être suffisante pour répondre au nouveau niveau de besoin affecté par la COVID-19.

Services de dépistage du VIH

Les preuves indiquent que les restrictions relatives à la COVID-19 ont affecté les services de dépistage du VIH. En tant que porte d'entrée vers d'autres services de prévention du VIH tels que la prévention de la transmission mère-enfant, la prophylaxie pré-exposition et la circoncision médicale masculine volontaire, la réduction du dépistage du VIH résonne avec le déclin d'autres services de prévention pour lesquels la connaissance du statut sérologique est essentielle et pour l'initiation du traitement. Dans de nombreux pays, les niveaux d'activité de dépistage ne sont pas encore revenus à ceux d'avant la pandémie, en particulier en Amérique latine et dans les Caraïbes ainsi qu'en Asie et

Figure 3. Variation du nombre de tests VIH et de résultats renvoyés par mois par rapport au niveau de référence pour certains pays, 2020



Source : Outil de suivi des services VIH ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020.

Remarque : La base de référence est la moyenne des rapports de janvier et février.

Remarque : Les pays sélectionnés remplissaient les critères suivants : a) avoir fourni des données pour janvier et février 2020 ; b) avoir signalé au moins 50 personnes ayant reçu des services en janvier ; c) avoir au moins 50 % des établissements déclarants au cours du mois ; et d) disposer d'au moins six mois de données.

Source : Base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF sur le suivi de l'interruption des services liés au VIH, novembre 2020.

dans le Pacifique. La figure 3 montre l'incidence sur les services de test signalés à l'ONUSIDA par cinq pays africains.

Des onnées rapportées par le PEPFAR montrent également la diminution des services de test (88). La comparaison de deux pays, l'Afrique du Sud, qui a connu un confinement strict en réponse à une pandémie en expansion, et la République-Unie de Tanzanie, qui a été

apparemment moins gravement touchée par la COVID-19 et a moins confiné en réponse, donne des informations supplémentaires (tableau 3). Les restrictions plus strictes en Afrique du Sud semblent contribuer à ce que l'Afrique du Sud n'atteigne pas ses objectifs de performance pour 2020; la République-Unie de Tanzanie, en revanche, semble avoir été moins durement touchée.

Tableau 3. Détecter l'impact de la COVID-19 sur les services de dépistage du VIH : comparaison des progrès vers les objectifs dans deux pays du PEPFAR avec des réponses différentes

	Afrique du Sud		République-Unie de Tanzanie	
	Nombre ciblé pour recevoir des tests et des conseils	Pourcentage de l'objectif atteint	Nombre ciblé pour recevoir des tests et des conseils	Pourcentage de l'objectif atteint
2018	10 100 524	137 %	8 274 790	162 %
2019	13 058 216	126 %	8 998 331	93 %
2020 ^a	10 078 668	74 %	3 643 484	81 %
	Cible de nouveaux séropositifs testés		Cible de nouveaux séropositifs testés	
2018	982 904	96 %	393 020	82 %
2019	1 214 629	73 %	318 728	105 %
2020 ^a	1 088 371	42 %	256 445	87 %

^aTrois premiers trimestres.

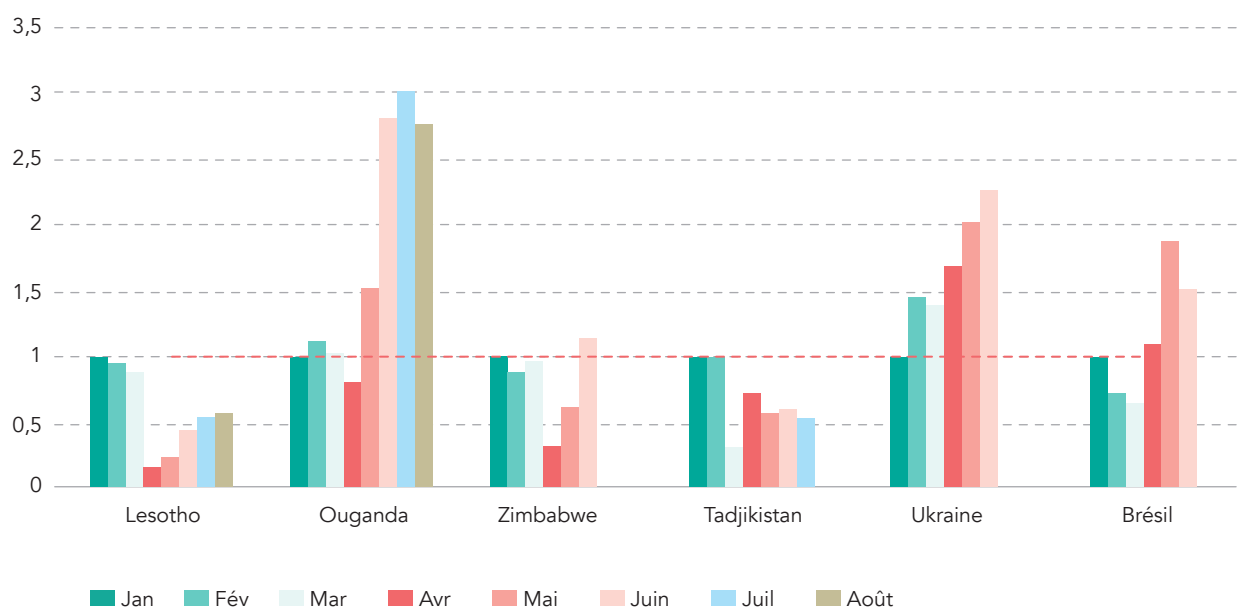
La diminution des tests en clinique a été en partie compensée par une augmentation du recours à l'auto-dépistage dans certains pays. Le Brésil, l'Ouganda et l'Ukraine ont intensifié l'auto-dépistage pendant la période d'accès restreint aux tests en établissement, et le Zimbabwe a augmenté ces derniers mois sa fourniture de tests d'auto-dépistage aux niveaux pré-COVID-19 (figure 4). Dans d'autres pays, cependant, l'accès à l'auto-dépistage semble avoir diminué parallèlement à l'accès aux tests en établissement.

Programmes à destination des populations clés

Les interruptions des services de santé et de lutte contre le VIH résultant de la crise de COVID-19 aggravent les difficultés auxquelles sont confrontées les populations clés et prioritaires les plus exposées au VIH. Les services liés au VIH pour les professionnel(le)s du sexe semblent avoir été affectés de manière particulièrement grave par les restrictions de mobilité et le besoin de distanciation physique et d'interactions sûres. Une enquête mondiale sur les professionnel(le)s du sexe dans les pays d'Asie et du Pacifique, menée en ligne par le Network of Sex Work Projects, a révélé que la plupart des professionnel(le)s du sexe ont signalé un accès réduit aux préservatifs et aux lubrifiants et aux

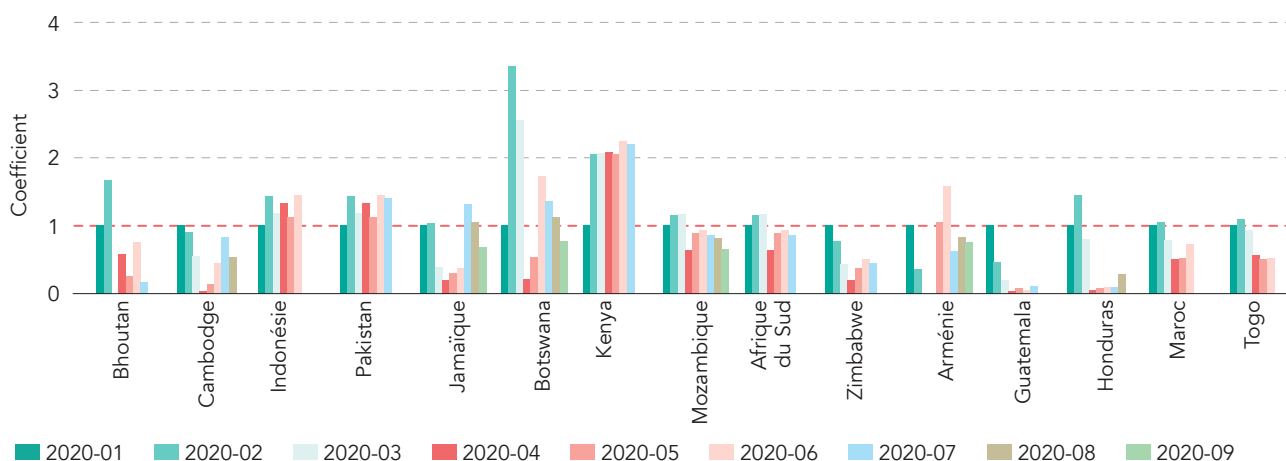
services de dépistage et de traitement des infections sexuellement transmissibles (52). Par le biais du portail ONUSIDA COVID-19, 15 pays communiquent des données sur les tendances du nombre de professionnel(le)s du sexe qui bénéficient des services de prévention (figure 5). Treize d'entre eux ont connu des baisses en avril ou peu de temps après. Parmi ceux-ci, seuls deux ont retrouvé les niveaux observés en janvier. Cependant, deux autres pays n'ont connu aucune diminution du nombre de professionnel(le)s du sexe touchés au pire de la crise de COVID-19. Les données qualitatives issues d'enquêtes en ligne sur les professionnel(le)s du sexe, associées aux données de suivi et aux rapports au Fonds mondial des pays recevant le soutien du Fonds mondial (non présentées ici) suggèrent fortement que l'Asie et le Pacifique et, dans une moindre mesure, l'Amérique latine et les Caraïbes ont subi des répercussions plus importantes que les pays principalement africains figurant dans la figure 5. Couplé aux nombreux rapports faisant état d'une vulnérabilité accrue des professionnel(le)s du sexe, y compris, de manière importante, l'incidence directe sur les revenus et les moyens de subsistance, l'image qui émerge de l'incidence de la COVID-19 sur les professionnel(le)s du sexe et les services à destination des professionnel(le)s du sexe est troublante.

Figure 4. Tendances des tests d'auto-dépistage VIH distribués exprimés sous forme de coefficient par rapport à janvier 2020



Source : Portail ONUSIDA COVID-19.

Figure 5. Interventions à destination des professionnel(le)s du sexe des pays sélectionnés, janvier-septembre 2020



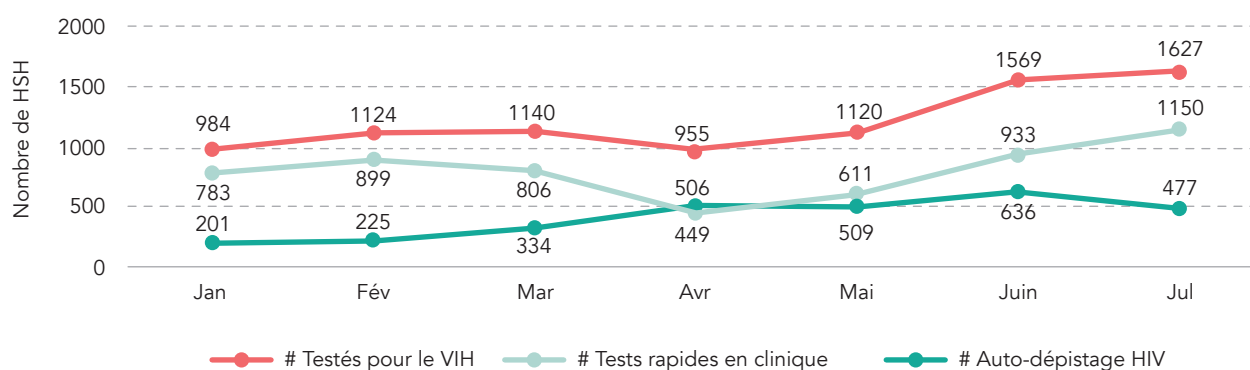
Source : Portail ONUSIDA COVID-19.

Les services destinés aux homosexuels et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont également connu des effets négatifs. Dans une enquête en ligne sur les disparités liées à la COVID-19 mises en œuvre par l'application de réseau social gay Hornet, plus de 10 000 homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de 20 pays ont répondu aux questions sur la rigueur de la riposte d'un pays à la COVID-19 et les interruptions perçues dans les services de prévention du VIH proposés (89). À l'aide de l'indice de rigueur d'Oxford Government Response Tracker, qui suit et note les mesures prises par les pays selon neuf indicateurs, les chercheurs ont constaté que des restrictions plus strictes entraînaient davantage de rapports sur les limitations des services disponibles pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : chaque augmentation de 10 points sur l'échelle de

rigueur entraînait une diminution de 3 % de l'accès au dépistage du VIH, de 6 % de l'accès à l'auto-dépistage et de 5 % de l'accès à la PrEP.

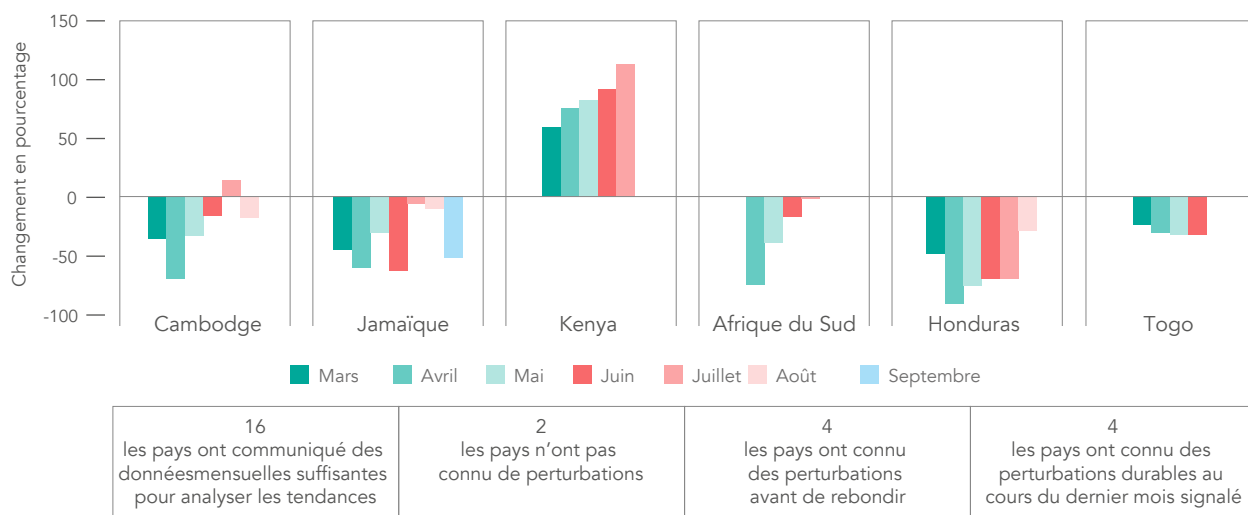
Un rapport détaillé du Kenya documente les problèmes liés aux services de dépistage du VIH pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans trois comtés, ce qui a entraîné une diminution du nombre d'hommes testés en avril (figure 6) (88). Les tests cliniques rapides ont été les plus touchés, avec une diminution de mars à mai. L'auto-dépistage a toutefois continué d'augmenter pendant cette période, compensant en grande partie le déclin des tests cliniques rapides administrés. En conséquence, malgré les interruptions causées par la COVID-19, le nombre d'homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes testés chaque mois avait augmenté de plus de 50 % en juillet par rapport à janvier.

Figure 6. Dépistage du VIH chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par type de test dans trois sites, janvier-juillet 2020



Source : Odinga MM, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan counties. Londres : Gates Open Research; 2020 (<https://gatesopenresearch.org/articles/4-117/v2>, consulté le 24 mars 2021).

Figure 7. Interventions à destination des homosexuels et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes par rapport au niveau de référence pour certains pays, mars-septembre 2020



Source : Outil de suivi des services VIH ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020.

Remarque : La base de référence est la moyenne des rapports de janvier et février.

Remarque : Les six pays sélectionnés figuraient parmi les 13 à satisfaire aux critères suivants : a) avoir fourni des données pour janvier 2020 ;

b) n'avoir eu aucun changement significatif dans le nombre d'installations déclarantes ; c) avoir fourni des données mensuelles, non cumulatives ; et d) disposer d'au moins six mois de données.

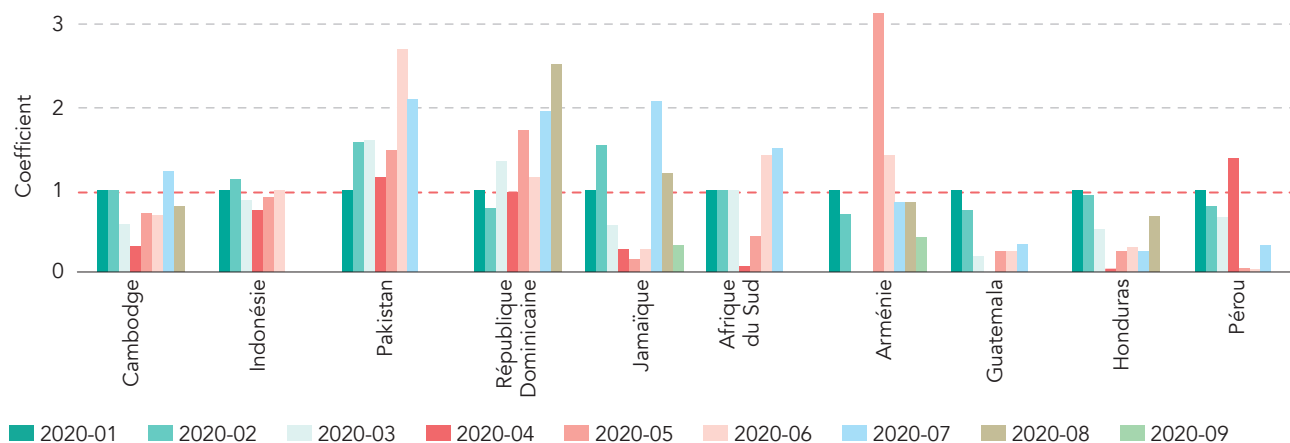
Source : Base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF sur le suivi de l'interruption des services liés au VIH, novembre 2020.

Quinze pays ont communiqué des données sur les tendances à l'ONUSIDA quant au nombre d'homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant bénéficié de services de prévention (non illustré). Douze ont indiqué que ce nombre avait diminué en avril ou peu de temps après. Sur ces 12 pays, neuf se rétablissent et cinq ont pleinement atteint ou dépassé les niveaux d'avant la pandémie en janvier. Trois pays (Indonésie, Kenya et Mozambique) n'ont connu aucune diminution de ce nombre. Le Kenya en particulier a en fait augmenté le nombre d'homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (ainsi que d'autres groupes) ayant bénéficié de ces services, en s'appuyant, semble-t-il, sur d'importants efforts menés par la communauté (figure 7).

Dix pays ont communiqué des données sur les tendances à l'ONUSIDA sur le nombre de femmes transgenres qui ont reçu des services de prévention chaque mois.

Trois pays n'ont signalé aucune baisse en avril (un pays, le Pérou, a connu une diminution le mois suivant). Sur les sept pays à avoir signalé une diminution de la couverture, cinq avaient retrouvé leur niveau de janvier à la fin septembre et deux signalent toujours des perturbations. La différence régionale dans la propagation de la pandémie peut être observée dans l'apparition ultérieure de l'interruption en Amérique latine et dans les Caraïbes dans ces données ainsi que dans d'autres indicateurs (figure 8).

Figure 8. Interventions à destination des femmes transgenres dans les pays sélectionnés, janvier-septembre 2020



Source : Base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF sur le suivi de l'interruption des services liés au VIH, novembre 2020.

Les services de réduction des risques n'ont pas échappé aux interruptions liées à la COVID-19. La plupart des services ont été en mesure d'ajuster et de maintenir un niveau de service en adaptant les heures et les procédures. En Espagne par exemple, la plupart des services ont pu continuer à fonctionner pendant la période la plus stricte du confinement, bien que la comparaison avec les données de service de 2019 montre une diminution du nombre de clients servis et du nombre d'aiguilles et de seringues distribuées pendant le confinement (90). Aux États-Unis, certains centres de réduction des risques ont fermé (91), bien que beaucoup semblent maintenant avoir rouvert et repris totalement leurs services. En Europe, le confinement en réponse à la pandémie de COVID-19 semble avoir conduit à une diminution de la consommation de drogues, du moins de certains types de drogues (92), bien que la consommation d'alcool et de cannabis ait augmenté. Dans d'autres endroits, cependant, le contraire semble se produire : les décès par overdose de drogue sont en augmentation aux États-Unis d'Amérique, car les consommateurs de drogues injectables doivent le faire en confinement, souvent seuls et hors de portée des services d'urgence (93). Selon Jessie Mbwambo de l'Université Muhimbili de la santé et des sciences connexes, les services de thérapie de substitution aux opioïdes à Dar es Salaam ont connu une forte diminution du nombre de consommateurs de drogues qui se sont rendus dans les établissements et ont obtenu une thérapie, bien que cela semble maintenant être revenu aux niveaux antérieurs. En Europe centrale et de l'est ainsi qu'en Asie centrale, il a été signalé que la plupart

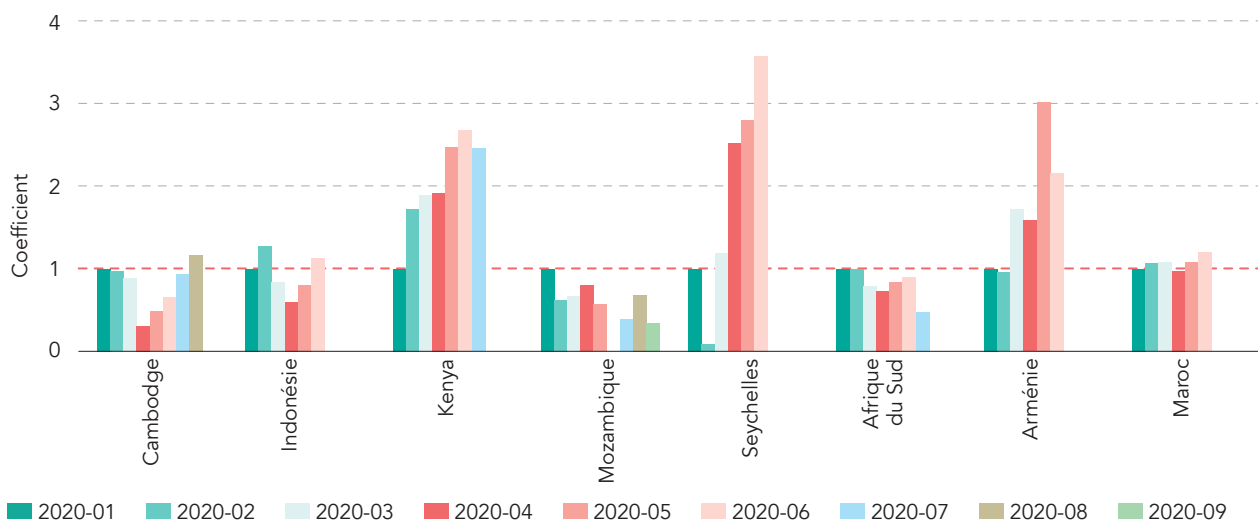
des programmes de thérapie de substitution aux opioïdes et de seringues à aiguilles ont continué à fonctionner pendant les mesures de quarantaine COVID-19 (94). Il a fallu procéder à des adaptations pour rendre cela possible, notamment en permettant pour la première fois de ramener de la buprénorphine et de la méthadone à domicile.

Huit pays ont communiqué des données sur les tendances à l'ONUSIDA sur les services de prévention pour les personnes qui s'injectent des drogues (figure 9). Quatre de ces pays n'ont signalé aucun changement dans le nombre mensuel de consommateurs de drogues injectables ayant bénéficié de ces services depuis janvier. Quatre autres ont signalé des baisses en avril ou ultérieurement. Parmi ceux-ci, deux sont revenus au niveau de janvier (Cambodge et Indonésie), et deux autres (Afrique du Sud et Mozambique) restent en dessous du chiffre de référence de janvier.

Cinq pays ont communiqué des données sur les tendances du nombre d'aiguilles et de seringues distribuées. Un pays, les Seychelles, n'a signalé pratiquement aucun changement depuis janvier. Les quatre autres pays se sont tous rétablis, trois d'entre eux avec des chiffres égaux ou supérieurs au nombre d'aiguilles et de seringues distribuées en janvier.

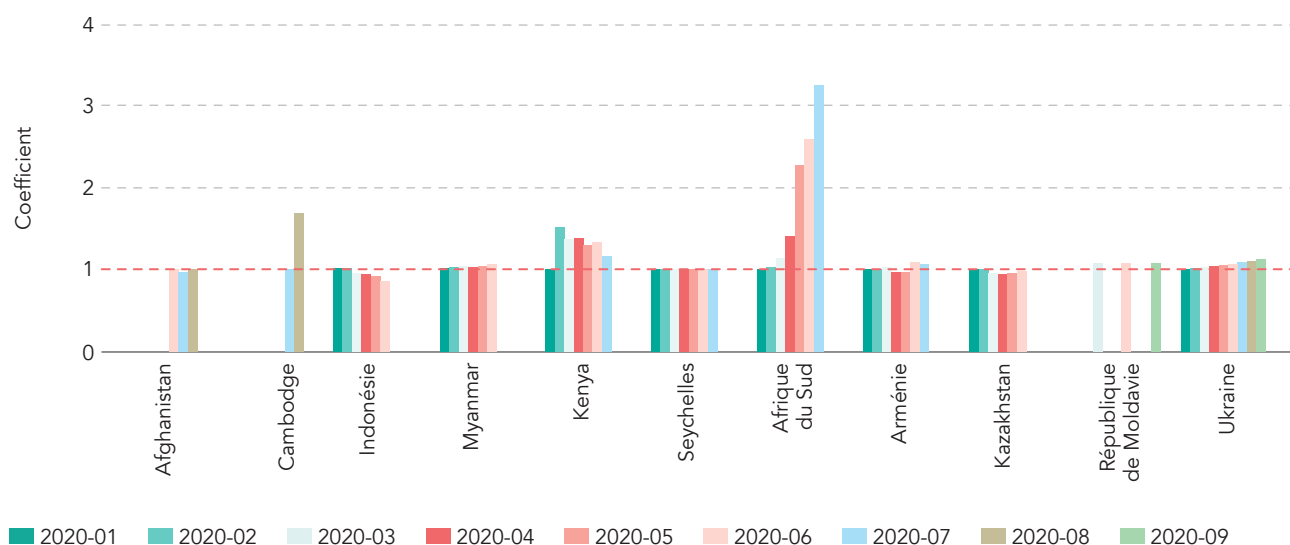
Onze pays ont communiqué des données sur l'utilisation de la thérapie de substitution aux opioïdes (figure 10). Parmi ceux-ci, huit ont présenté des données sur les tendances sur plusieurs mois qui comprenaient janvier et avril et au moins deux mois ultérieurs. Aucun de ces pays n'a signalé d'interruptions importantes

Figure 9. Interventions à destination des personnes qui s'injectent des drogues dans les pays sélectionnés, janvier-septembre 2020



Source : Base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF sur le suivi de l'interruption des services liés au VIH, novembre 2020.

Figure 10. Traitement de substitution aux opioïdes à destination des personnes qui s'injectent des drogues dans les pays sélectionnés, janvier-septembre 2020



Source : Base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF sur le suivi de l'interruption des services liés au VIH, novembre 2020.

dans l'utilisation du traitement de substitution aux opioïdes en avril, et la plupart se situent au niveau ou au-dessus des niveaux de janvier.

Très peu d'informations sont disponibles sur la manière dont la COVID-19 a affecté les services de lutte contre le VIH en milieu fermé. Seuls huit pays ont communiqué des données sur les tendances à l'ONUSIDA en matière de dépistage des détenus. Sept d'entre eux ont connu une interruption en avril ou ultérieurement, deux de ces données indiquant que les services de dépistage des détenus commençaient à se rétablir. Sept pays ont communiqué des données sur les tendances des TAR distribués dans les prisons. Six pays ont signalé peu ou pas de changement. Le seul pays (République dominicaine) qui a signalé une baisse en mai a retrouvé ses niveaux de distribution de TAR d'avant la COVID-19.

Programmes à destination des adolescentes, des jeunes femmes et de leurs partenaires masculins

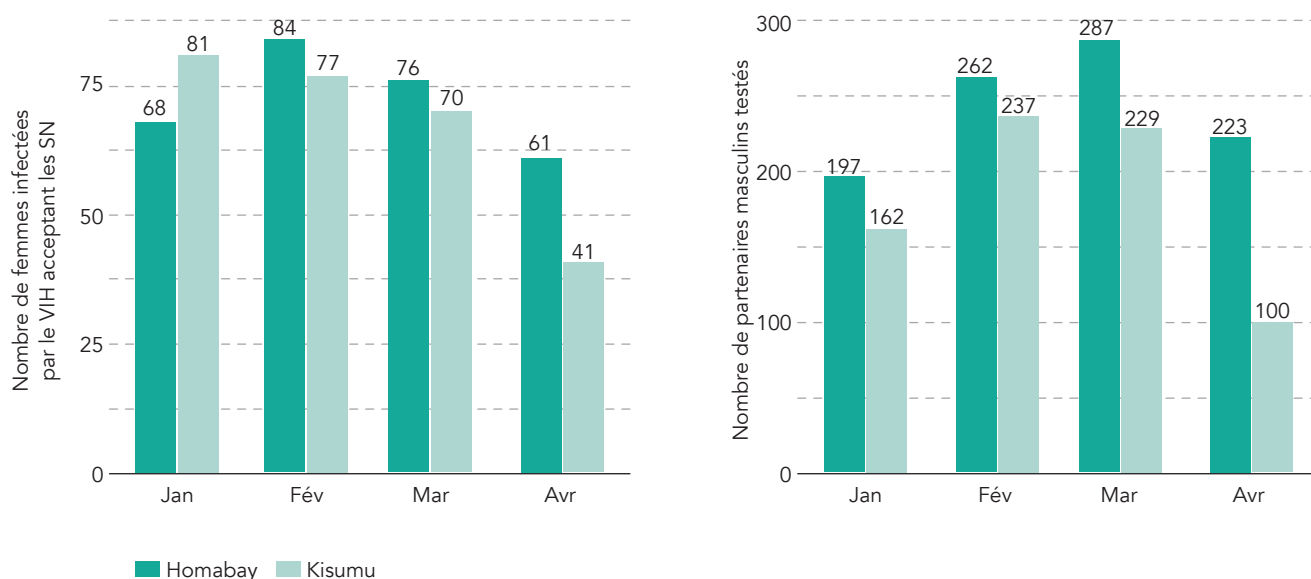
Peu d'informations systématiques sont disponibles pour évaluer les changements récents parmi les pays dans les programmes pour les adolescentes, les jeunes femmes et leurs partenaires masculins en temps de COVID-19. Ces programmes sont généralement propres au site et au contexte et comportent plusieurs niveaux, cherchant à atteindre les filles

et les femmes vulnérables et leurs partenaires par le biais de divers mécanismes. Là où les écoles étaient fermées, les possibilités de fournir des services tels que l'éducation sexuelle complète, le conseil et le soutien par les pairs ont été gravement touchées, et même la fourniture de services communautaires a été réduite dans de nombreux contextes. Au sens large, la pandémie a affecté l'accès des filles aux services de santé sexuelle et reproductive, comme en témoigne une enquête en ligne dans 14 pays commandée par Plan International (13).

Seuls trois pays ont signalé à l'ONUSIDA le nombre de personnes recevant des services dans les établissements de santé pour violence sexuelle ou basée sur le genre. Tous ont connu des baisses en avril et tous reviennent aux niveaux de janvier. La Sierra Leone a en fait dépassé le niveau de janvier, ce qui indique peut-être qu'il existe un besoin plus grand que ce qui a été observé auparavant. La Sierra Leone a également signalé des personnes recevant la PrEP après avoir subi des violences sexuelles, bien que les chiffres soient faibles.

Les services assistés de notification aux partenaires sont une autre intervention susceptible d'être perturbée par la COVID-19. Un projet de recherche sur la mise en œuvre dans deux comtés du Kenya a détecté l'effet de l'interruption liées à la COVID-19 en avril sur le nombre de femmes acceptant les services assistés de notification aux partenaires et le nombre de partenaires masculins testés (figure 11) (95).

Figure 11. A. Nombre de clientes répertoriées vivant avec le VIH acceptant des services assistés de notification aux partenaires par mois de janvier à avril 2020. B. Nombre de partenaires masculins de clientes indexés atteints par le dépistage du VIH par le biais des services assistés de notification des partenaires par mois de janvier à avril 2020.



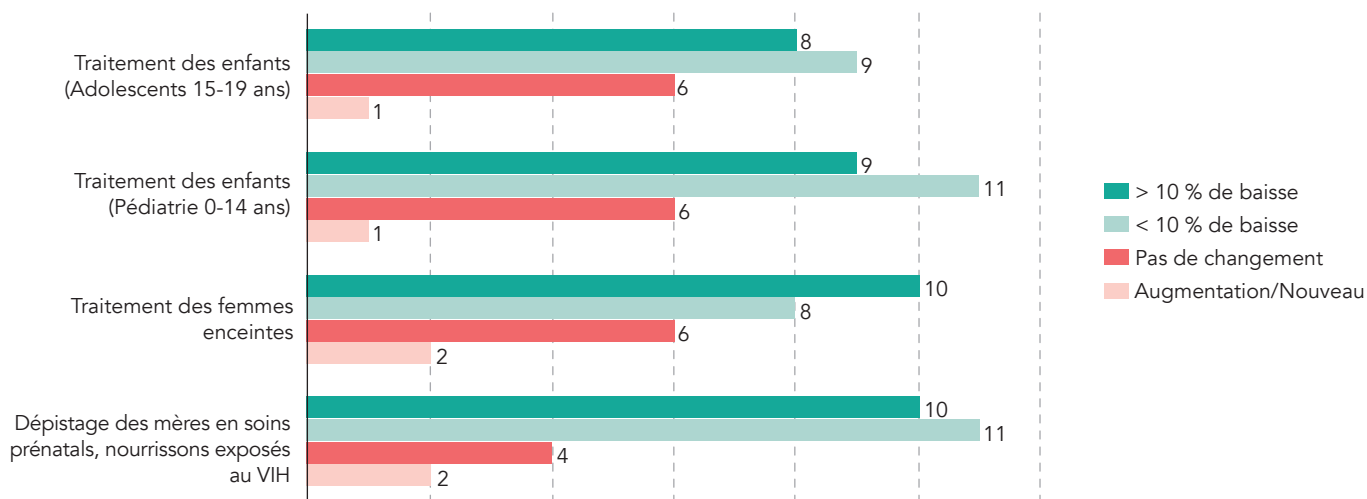
SN : services assistés de notification aux partenaires.
 Source : Lagat H, Sharma M, Kariithi E, Otieno G, Katz D, Masyuko S et al. Impact of the COVID-19 pandemic on HIV testing and assisted partner notification services, western Kenya. *AIDS Behav.* 2020; 24:3010-3.

Services aux enfants et prévention de la transmission mère-enfant

Dans un rapport sur ses pays prioritaires, l'UNICEF a mis en évidence l'effet de la

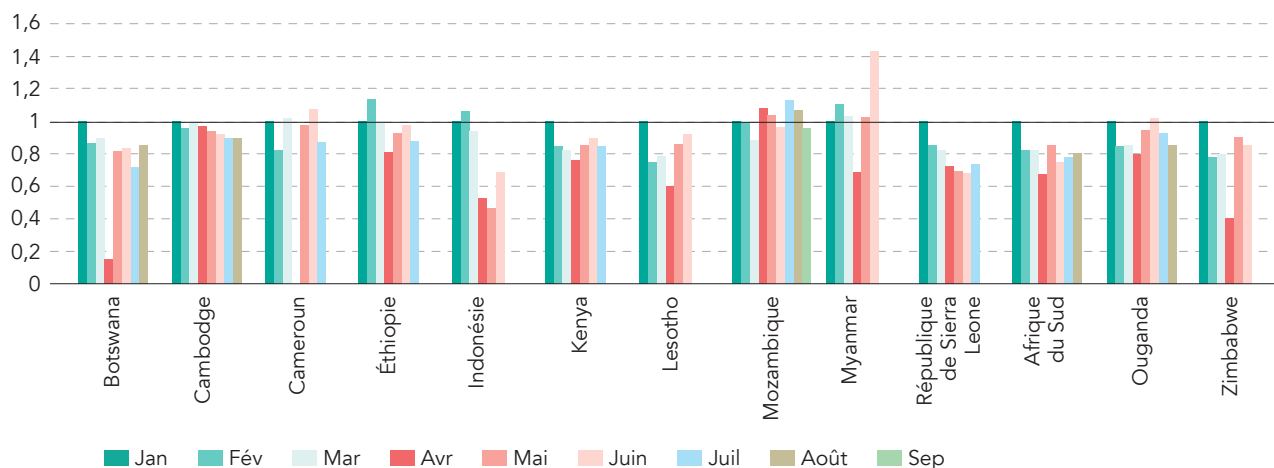
COVID-19 sur le traitement des adolescents, des enfants et des femmes enceintes et, surtout pour cette analyse, sur le dépistage du VIH chez les femmes enceintes en soins prénatals (96). Ce chiffre a diminué dans 21 des 26 pays ayant soumis des rapports par rapport à la même période il y a un an (figure 12).

Figure 12. Changements dans les principaux services liés au VIH pour les enfants et les femmes enceintes dans 29 des 35 pays prioritaires



Source : UNICEF Rapid Situation Tracking for COVID-19 Socioeconomic Impacts, October 2020.

Figure 13. Nombre de femmes enceintes testées pour le VIH dans les pays sélectionnés, janvier-septembre 2020



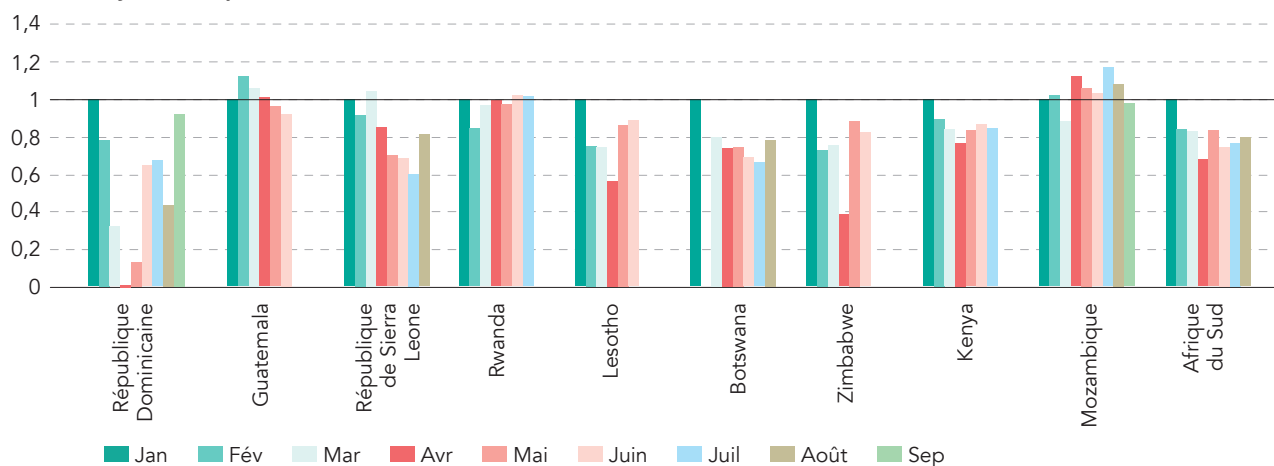
Source : Portail ONUSIDA COVID-19.

Dix pays ont fourni à l'ONUSIDA des données de plusieurs mois sur les services nécessaires pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Neuf d'entre eux ont signalé une baisse importante du nombre de femmes enceintes testées au cours de la période de mars à mai, période la plus touchée par la COVID-19 (bien qu'au Mozambique, le nombre de femmes enceintes testées ait en fait augmenté) (figure 13). À la suite de cette période difficile, la plupart des pays reviennent toutefois maintenant aux niveaux de tests rapportés dans les niveaux de janvier; trois pays ont à nouveau atteint ce niveau. Cependant, le nombre de femmes enceintes testées en janvier était supérieur à la moyenne dans la plupart des pays déclarants. Si des comparaisons sont faites avec le mois de février pré-COVID-19, plus typique des

modèles de test tout au long de l'année, les systèmes de dépistage du VIH chez les femmes enceintes dans presque tous les pays sont revenus à des opérations plus normales.

Sept des 10 pays ayant communiqué des données sur les tendances à l'ONUSIDA ont connu une baisse en avril 2020 du nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH qui ont reçu des médicaments antirétroviraux (figure 14). Un pays (Guatemala) a connu cette baisse en mai et juin. Deux pays (Mozambique et Rwanda) n'ont pas du tout subi d'interruptions et sont au niveau ou au-dessus de leur niveau de service en janvier. Sur les sept pays à avoir signalé des baisses, six affichent maintenant une tendance à la hausse et montrent des signes de reprise complète de leur dynamique. Hormis le

Figure 14. Femmes enceintes recevant un TAR pendant la grossesse dans les pays sélectionnés, janvier-septembre 2020



Source : Portail ONUSIDA COVID-19.

Guatemala et la Sierra Leone, tous ont égalé leur niveau de performance de février (voir la note ci-dessus).

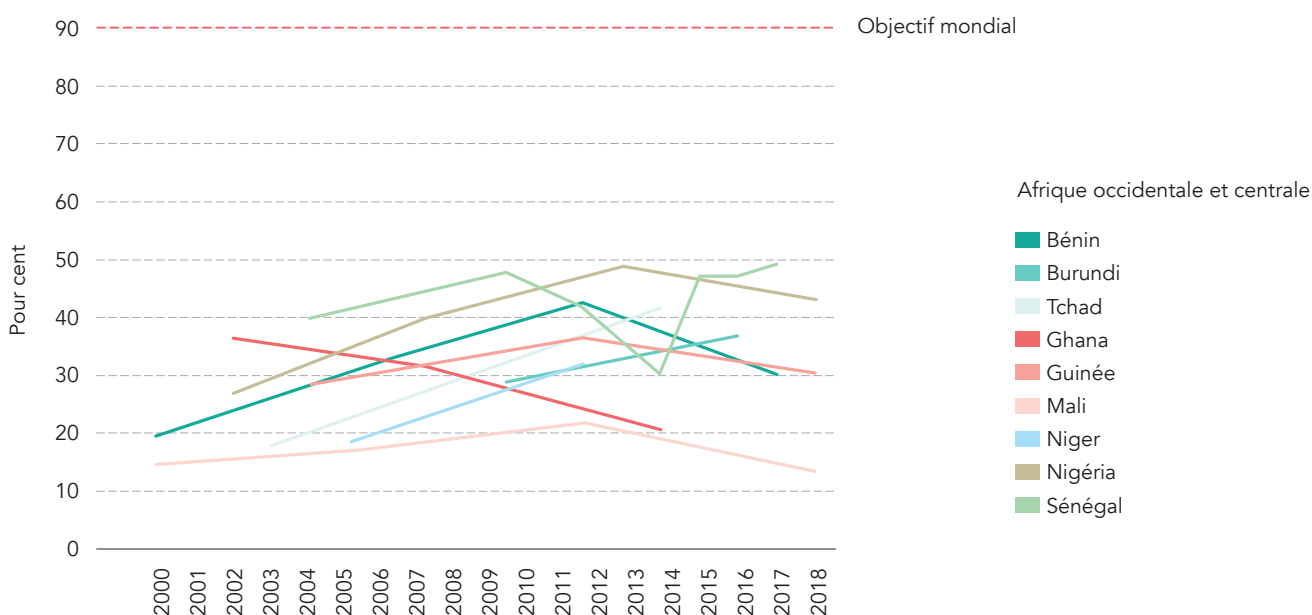
Un autre indicateur d'interruption des programmes liés à la COVID-19 est le nombre de nourrissons exposés au VIH qui ont subi un test de dépistage du VIH dans les deux mois suivant la naissance. Après de brèves interruptions, la plupart des pays sont revenus aux niveaux observés en février (voir note ci-dessus).

Promotion et distribution de préservatifs

Les programmes de distribution de préservatifs diminuent depuis des années, depuis que les principaux bailleurs de fonds ont retiré leur soutien aux programmes de marketing social des préservatifs (figure 15). En Afrique, cet effet se fait davantage ressentir en Afrique occidentale

et centrale qu'en Afrique orientale et australe (figure 16). À l'instar d'autres produits de santé essentiels, la COVID-19 a perturbé les plateformes de fabrication et les chaînes d'approvisionnement des préservatifs et lubrifiants. Le fret maritime mondial continue d'être limité, certains ports des pays de destination fonctionnant à capacité limitée, tandis que d'autres sont fermés. Certains pays ont mis en place une quarantaine pour les expéditions, ce qui signifie que la cargaison est conservée dans un entrepôt au port, ce qui retarde le processus de dédouanement. D'autres défis incluent l'approbation sélective du fret, de nombreux conteneurs échoués, des vols annulés, des prix de transport augmentés et imprévisibles, des options de fret réduites, l'impossibilité de proposer des devis pour des destinations spécifiques, le fret en attente de créneaux d'expédition ouverts et les premiers signes de congestion dans les ports et les entrepôts. Ces perturbations pourraient entraîner une hausse des prix des préservatifs, car l'offre ne répond pas à la demande.

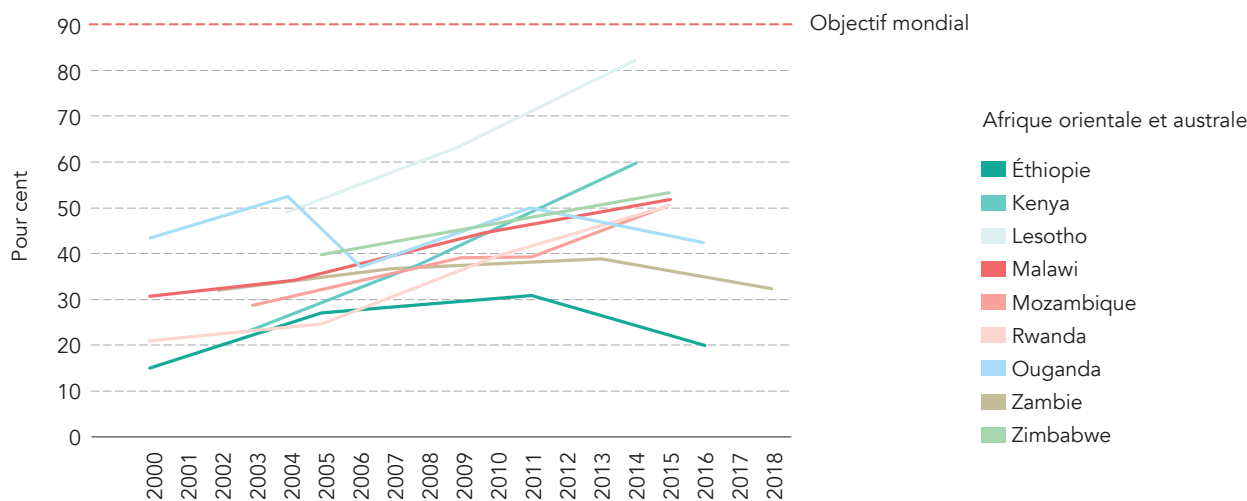
Figure 15. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (femmes de 15 à 24 ans) par région, 2000-2018, Afrique orientale et australe



Source : Enquêtes auprès de la population, 2000-2018.

Remarque : L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque est définie comme le pourcentage de répondantes qui disent avoir utilisé un préservatif la dernière fois qu'elles ont eu des relations sexuelles avec un partenaire non marital et non cohabitant parmi celles qui ont eu des relations sexuelles avec un tel partenaire au cours des 12 derniers mois.

Figure 16. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (femmes de 15 à 24 ans) par région, 2000-2018, Afrique orientale et australe



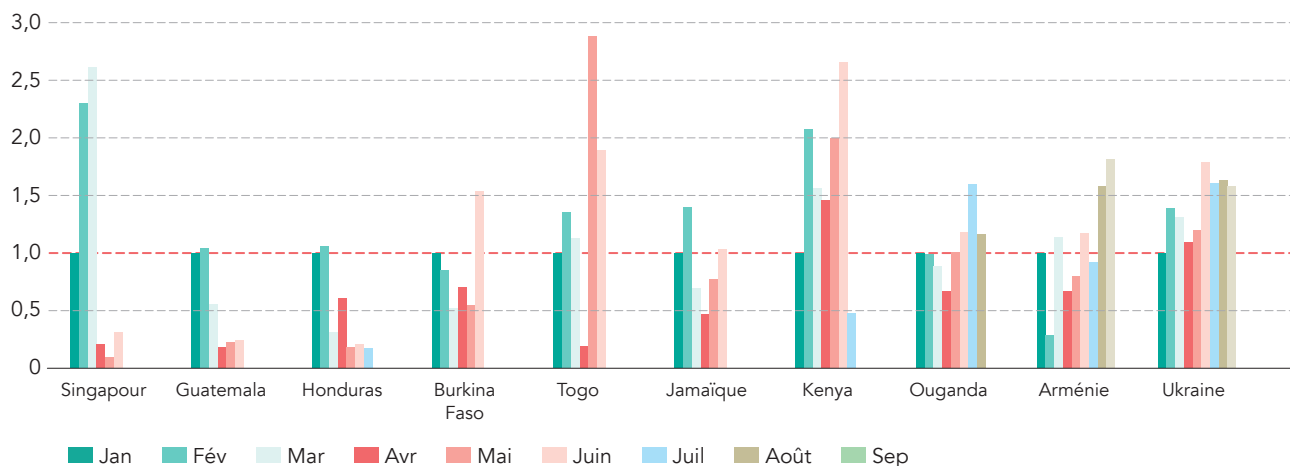
Source : Enquêtes auprès de la population, 2000-2018

Anticipant le risque que la pandémie perturbe l’approvisionnement en préservatifs et en lubrifiants, l’UNFPA a émis des conseils sur la manière d’éviter les problèmes dans ces circonstances (97). Le Fonds mondial recommande désormais que les pays recevant le soutien du Fonds mondial pour les programmes de lutte contre le VIH tiennent compte de ces interruptions dans la fabrication et l’expédition et prévoient un cycle d’achat de huit mois pour les préservatifs (98). Selon le Fonds mondial, une enquête en Afrique du Sud, entreprise par Durex, un important fabricant de préservatifs, a exploré les effets de la COVID-19 sur la vie sexuelle des personnes interrogées. Bien que la demande de préservatifs ait chuté

en Afrique du Sud, l’enquête a montré que les besoins ont diminué également. Les répondants ont signalé une diminution de l’activité sexuelle, ce qui n’est pas surprenant étant donné l’augmentation du stress et la diminution des opportunités d’interaction sociale engendrées par la pandémie de COVID-19.

Dix pays ont communiqué des données sur plusieurs mois relativement au nombre de préservatifs distribués, permettant d’observer des tendances. Huit ont signalé des perturbations en avril et ultérieurement (figure 17). Sur ces huit pays, quatre sont revenus aux niveaux de janvier.

Figure 17. Tendances du nombre de préservatifs distribués dans les pays sélectionnés, janvier-septembre 2020



Source : Base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF sur le suivi de l’interruption des services liés au VIH, novembre 2020.

11.7 Circoncision médicale masculine volontaire

Un service de prévention prioritaire pour certains pays d'Afrique orientale et australe, la circoncision médicale masculine volontaire, a été interrompu pendant quelques mois entre avril et juin, le personnel sud-africain étant redéployé vers les efforts de prévention et de traitement de la COVID-19 (99). Après la reprise du service complet en juin, quatre pays ont signalé des augmentations mensuelles, dont deux ont dépassé le nombre de circoncisions pratiquées en janvier (figure 18).

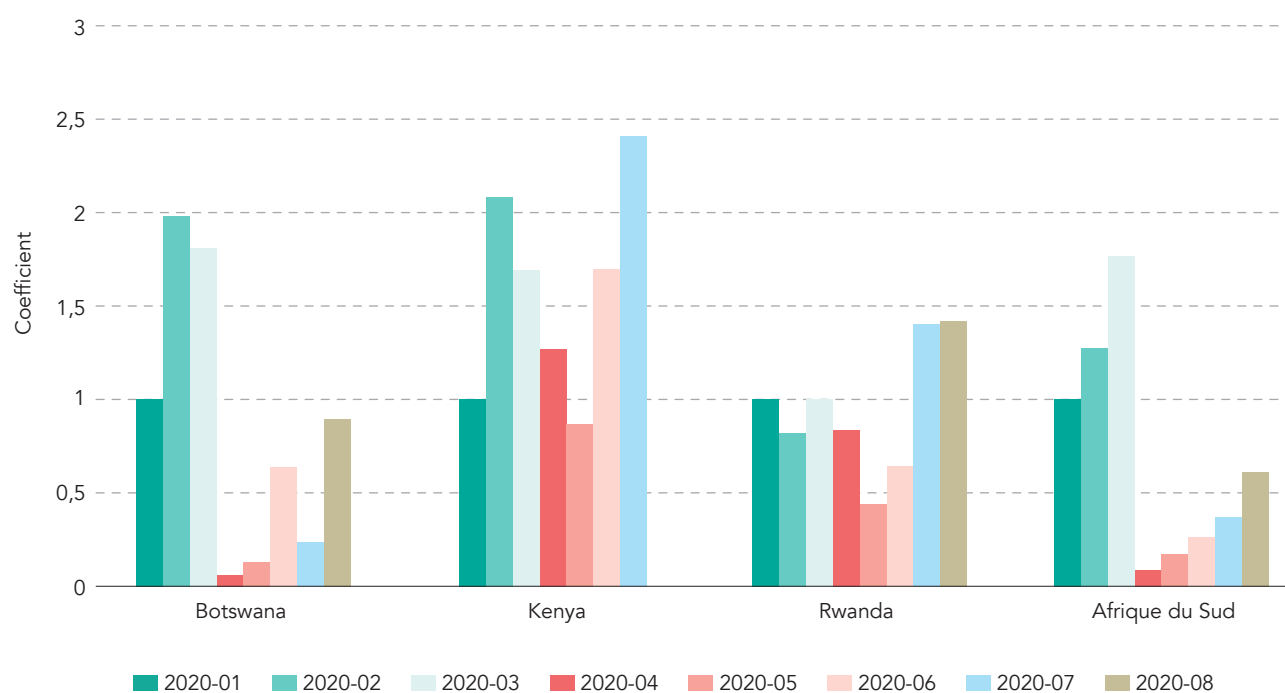
Prophylaxie pré-exposition

Des perturbations dues à la COVID-19 ont également été documentées dans un programme PrEP pour les femmes enceintes au Cap (Afrique du Sud) (100). Avant le confinement, 29 % des femmes ont manqué

leur visite après le premier mois et 41 % ont manqué la visite après trois mois. Pendant le confinement, ce pourcentage est passé à 63 % pour la première visite et 55 % pour la visite des trois mois. L'activité sexuelle au cours des 30 jours précédents est cependant restée inchangée. PrEPWatch, d'autre part, suivant les données sur les nouveaux initiateurs de la PrEP par trimestre, a indiqué une augmentation continue au cours des premier et deuxième trimestres de 2020 malgré la pandémie de COVID-19 (101).

Neuf pays ont communiqué des données sur les tendances à l'ONUSIDA sur la PrEP pour les nouveaux utilisateurs. Parmi ceux-ci, six ont signalé une diminution du nombre de nouveaux utilisateurs de PrEP en avril. (Les nouveaux utilisateurs de PrEP ont diminué au Zimbabwe avant la pandémie de COVID-19, suggérant un problème différent, non lié à la COVID-19.) La fourniture de PrEP aux nouveaux utilisateurs s'est rétablie dans tous les pays qui ont affiché des baisses, à l'exception du Lesotho, où elle reste faible.

Figure 18. Nombre de circoncisions médicales masculines volontaires pratiquées dans les pays sélectionnés, janvier-août 2020



Source : Base de données ONUSIDA/OMS/UNICEF sur le suivi de l'interruption des services liés au VIH, novembre 2020.

Conclusions

Inévitablement, les services de prévention du VIH ont été perturbés et les chaînes d'approvisionnement des principaux produits de prévention, notamment les préservatifs, les lubrifiants et les médicaments antirétroviraux et autres, se sont retrouvés en tension

La pandémie de COVID-19 a exercé une pression sans précédent sur les efforts mondiaux et nationaux visant à contrôler l'épidémie de sida. Les tensions sur les systèmes de santé ont été lourdes, les établissements et le personnel de santé ont été mobilisés pour contribuer à la riposte à la pandémie et ont recentré leur énergie sur le besoin urgent d'assumer les responsabilités connexes en matière de prévention, de dépistage, de traçage et de soins de la COVID-19. Les exigences imposées aux agents de santé et autres mesures de confinement et d'atténuation (y compris les confinements et les injonctions de distanciation physique) ont rendu difficile, voire impossible, le maintien des rencontres de santé en face à face qui ont longtemps été la base des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH impossible.

Inévitablement, les services de prévention du VIH ont été perturbés et les chaînes d'approvisionnement des principaux produits de prévention, notamment les préservatifs, les lubrifiants et les médicaments antirétroviraux et autres, se sont retrouvés en tension. Cela se reflète dans les baisses précoces observées dans le nombre mensuel de personnes desservies par les principales interventions de prévention, y compris celles à haut risque de VIH (comme les professionnel(le)s du sexe) et les groupes prioritaires tels que les adolescents et les femmes enceintes. Le tableau pourrait être pire, car une majorité de pays n'ont pas signalé d'interruption de service sur le portail de rapports, et les données disponibles sont au mieux évocatrices d'un sous-ensemble de pays déclarants.

En outre, la pandémie de la COVID-19 et les mesures mises en place pour empêcher qu'elle ne se propage comme une traînée de poudre ont entraîné une forte récession économique, même dans les milieux peu touchés ou touchés tardivement par les infections, les hospitalisations et les décès liés à la COVID. Les effets sur les économies nationales et les moyens de subsistance des populations sont généralisés et dévastateurs.

Des millions de personnes sont poussées dans l'extrême pauvreté et la précarité, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud étant les plus durement touchées (8). Les preuves indiquent que la convergence de la COVID-19 et du VIH aggrave les inégalités et accentue les vulnérabilités auxquelles sont confrontées les femmes et les filles et de nombreux groupes marginalisés — les vulnérabilités qui sont depuis longtemps reconnues comme les moteurs structurels de la transmission du VIH. L'aggravation des inégalités de genre, de la violence basée sur le genre et l'érosion des droits de l'homme, avec une recrudescence de la discrimination et de l'exclusion des groupes les plus exposés dans de nombreux contextes, sont susceptibles d'augmenter le risque de VIH dans les années à venir. Enfin, il est à craindre que la réduction de l'espace budgétaire dans de nombreux pays ne limite les investissements dans la riposte au sida pour les prochaines années. Cet état de fait laisse présager des défis majeurs pour les programmes de prévention du VIH à long terme.

Bien que la COVID-19 ait clairement exposé et élargi les inégalités en matière de santé, elle a également souligné la nécessité de rendre les systèmes de santé et autres institutions publiques plus justes et plus inclusifs. La riposte à la pandémie s'appuie sur des décennies d'expérience dans la lutte contre le sida, et les experts et les communautés concernés par le VIH se sont souvent mobilisés au pire de la crise. Les communautés les plus touchées par le VIH ont longtemps joué un rôle de premier plan dans le développement, le pilotage et l'évaluation de modèles de fourniture de services VIH différenciés adaptés aux besoins des individus et des communautés. Les enseignements tirés des réponses communautaires au VIH et des investissements dans les systèmes communautaires ont éclairé et renforcé la lutte contre la COVID-19. Au cours de l'année écoulée, les militants et les communautés du VIH se sont mobilisés pour défendre les acquis de la riposte au sida, pour protéger les personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes clés et vulnérables et pour repousser

la COVID-19. Ces communautés ont pris des mesures audacieuses, face à l'adversité considérable et avec une aide financière limitée, pour assurer la continuité des services de prévention du VIH aux membres de la communauté, mais aussi pour soutenir les mesures visant à prévenir la COVID-19 et à en gérer les conséquences. Pour surmonter les contraintes imposées par les restrictions liées à la pandémie, elles ont fait campagne pour la dispensation multi-mois de médicaments et de fournitures, organisé leur livraison et négocié un soutien financier, de la nourriture et un abri aux groupes marginalisés exposés à un risque plus élevé. Elles ont innové avec l'utilisation de plateformes virtuelles pour continuer à répondre aux multiples besoins et préoccupations des bénéficiaires. Les expériences au niveau des pays documentées dans ce rapport démontrent comment la COVID-19 a catalysé la mise en œuvre accélérée d'innovations antérieures

à la pandémie, mais qui ont déjà du mal à obtenir une traction. Dans la plupart des contextes, ces mesures ont réussi à compenser la rupture des services de santé formels et à permettre une reprise rapide de la fourniture de services essentiels aux personnes dans le besoin. Dans certains cas, elles ont même conduit à une augmentation de la couverture des services par rapport à la situation pré-COVID.

La capacité des programmes de lutte contre le VIH à s'adapter à la COVID-19 met en évidence leur résilience et leur flexibilité, en particulier dans les contextes dotés de systèmes communautaires solides et dans lesquels des liens solides ont été établis avec le système de santé formel. Cela donne confiance dans le fait que, avec la résolution et l'investissement nécessaires, les effets négatifs de la COVID-19 sur la réponse de prévention du VIH pourraient être de courte durée.



Photo : Shutterstock

Propositions pour aller de l'avant

Les pandémies de VIH et de COVID-19 ainsi que leurs ripostes ont exposé les dangers d'investissements insuffisants dans la capacité de riposte à une pandémie aux niveaux national et mondial. Elles ont aussi souligné l'importance d'accroître la résilience des sociétés et des systèmes de santé et l'importance de s'attaquer aux inégalités sous-jacentes. Elles ont également stimulé l'accélération d'approches axées sur les personnes en matière de prévention et de contrôle des maladies infectieuses — approches réclamées depuis longtemps par les personnes vivant avec le VIH et d'autres militants de la société civile. Des efforts collectifs mondiaux qui donnent la priorité aux personnes peuvent transformer la crise de la COVID-19 en une opportunité d'accélérer à la fois la riposte au VIH et les efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable. Alors que les pays et les communautés se mobilisent contre la COVID-19, les enseignements tirés des décennies de lutte contre le sida doivent continuer à informer la riposte à cette pandémie récente, et les programmes de lutte contre le VIH doivent être renforcés pour empêcher le monde de prendre davantage de retard sur ses engagements de mettre fin au sida d'ici 2030. Nous n'avons pas encore constaté d'augmentation substantielle des budgets nationaux de la santé au milieu de la pandémie COVID-19, qui a si clairement mis en évidence les répercussions de décennies de sous-investissement dans le secteur de la santé.

Il est temps de tenir compte des enseignements tirés et de saisir l'occasion de mieux reconstruire dans la période à venir (2). Il y a un appel pour un changement de paradigme garantissant que toutes les personnes peuvent vivre dans la dignité; avoir accès aux soins de santé de base, à la protection et à un filet de sécurité en temps de crise ; et ne subissent pas de violence, de discrimination ou d'oppression en raison de leur identité, de leur lieu de naissance, de la couleur de leur peau, de leur sexe ou de leur genre.

De nouveaux objectifs provisoires de lutte contre le sida ont été fixés (2). Ils lient la situation actuelle et l'engagement de mettre fin à l'épidémie de sida contenu dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Ces objectifs accordent une plus grande importance à l'intensification des stratégies de fourniture de services axées sur la personne qui intègrent d'autres services sanitaires et sociaux importants et la création d'un environnement favorable. Ces stratégies se sont révélées réalisables et pratiques, même compte tenu des défis engendrés par les confinements et autres restrictions liées à la COVID-19. La création d'un environnement favorable nécessite une action à différents niveaux. Les catalyseurs de services comprennent des stratégies qui attirent les individus vers des services ou apportent ces services aux personnes qui en ont besoin, comme la sensibilisation et les liens ou l'intégration des services. Les catalyseurs du système concernent l'infrastructure et les systèmes essentiels à la prestation efficace des services. Ils comprennent des installations, des équipements et des systèmes pour la planification stratégique, la budgétisation, la gestion des ressources humaines, le suivi, l'évaluation et la communication. Enfin, les catalyseurs sociétaux comprennent les lois habilitantes, les politiques et les campagnes d'éducation publique qui dissipent la stigmatisation et la discrimination qui entourent encore le VIH, donnent aux femmes et aux filles les moyens de revendiquer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive et mettent fin à la marginalisation des personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH.

La COVID-19 et les ripostes au VIH doivent créer une synergie visant à s'assurer qu'elle s'attaquent – sans les aggraver – aux inégalités et aux vulnérabilités qui augmentent le risque d'infection et de maladie, entravent l'accès aux services et réduisent l'impact des programmes.

Les restrictions visant à protéger la santé publique doivent être adaptées au contexte, limitées dans le temps, proportionnées, nécessaires et fondées sur des données probantes. Les systèmes éducatifs, en particulier, doivent être protégés, compte tenu des avantages considérables, y compris pour la santé, qu'ils apportent aux générations futures, et des effets durables de toute interruption, en particulier pour les filles et les femmes. Il est également temps de répondre aux appels précédents de la communauté VIH visant à renforcer la protection sociale de ceux qui en ont le plus besoin, pour combattre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination, pour soutenir et protéger le personnel de santé et pour garantir un accès gratuit et abordable aux outils diagnostiques, préventifs et thérapeutiques, avec une attention particulière aux besoins des plus vulnérables et des plus difficiles à atteindre. Dans les pays où le fardeau du VIH est élevé, il est recommandé de sensibiliser les régimes de protection sociale aux besoins des personnes vivant avec le VIH, de celles plus exposées au risque d'infection par le VIH et des autres personnes touchées par l'épidémie. Des investissements adéquats doivent enfin être faits dans les systèmes communautaires, qui ont été essentiels pour assurer la résilience et la durabilité du système de santé dans le contexte de la propagation de la COVID-19 et seront nécessaires pour terminer le travail, en préconisant et en soutenant la distribution des vaccins, lorsqu'ils sont disponibles. Le financement national doit être orienté vers le renforcement des mécanismes tels que les contrats sociaux pour soutenir et maintenir la fourniture de services dirigés par la communauté.

Dans l'intervalle, la reprogrammation des efforts de prévention du VIH doit se poursuivre si nécessaire afin d'obtenir des améliorations, d'accroître la couverture et de renforcer l'efficacité, en s'appuyant sur les récents succès dans l'adaptation et le perfectionnement des approches de fourniture de services et les nouvelles avancées technologiques. Celles-ci incluent les stratégies et technologies existantes, telles que la dispensation multi-mois, la fourniture de services différenciés et les approches d'auto-dépistage (102) ainsi que des innovations, telles que l'utilisation de plateformes en ligne pour atteindre les

personnes les plus à risque et les jeunes que les méthodes classiques de fourniture de programmes manquent souvent. Ces changements doivent être intensifiés, soutenus et institutionnalisés. Une attention particulière doit être accordée au renforcement des capacités, des liens et à assurer la sécurité des professionnels de la santé en première ligne (par exemple en leur fournissant des équipements de protection individuelle et des technologies mobiles le cas échéant). Les systèmes d'approvisionnement et de fourniture nécessitent également une attention urgente afin de corriger les défaillances provoquées par la crise de la COVID-19. Pour terminer, des plateformes d'informations stratégiques doivent être développées pour surveiller l'incidence de la COVID-19 sur les programmes et apporter des corrections de trajectoire basées sur les données. Les données sur le VIH et la COVID-19 doivent être triangulées et analysées à mesure que les pays réagissent rapidement aux deux pandémies. Des orientations ont été élaborées pour faire progresser les adaptations et innovations clés de la fourniture de services, dont des exemples figurent dans les sections qui précèdent (103–105).

À plus long terme, des efforts spécifiques seront nécessaires pour garantir que le passage à la couverture sanitaire universelle reflète les principaux attributs de la riposte au VIH (y compris l'engagement communautaire, la gouvernance inclusive, la responsabilisation des résultats et un engagement en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes), que tous les services fournis au sein d'un établissement ou d'une communauté sont exempts de stigmatisation et de discrimination et ces ensembles de services comprennent des services essentiels de diagnostic, de traitement et de prévention du VIH. Dans ce contexte, les services destinés aux populations clés doivent être intégrés de manière réfléchie dans les services de santé ou les régimes d'assurance afin que personne ne soit laissé pour compte.

Références

1. Relevé épidémiologique hebdomadaire - 22 décembre 2020. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---22-december-2020>, consulté le 24 mars 2021).
2. L'Homme au cœur de la lutte contre les pandémies. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevaling-against-pandemics_fr.pdf, consulté le 24 mars 2021).
3. Jewell BL, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips A, Smith JA et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. *Lancet VIH*. 2020;7:e629–40.
4. International Reference Group on Transgender Women and HIV Global Action for Trans Equality, Global Forum on MSM & HIV, Global Network of People Living with HIV (GNP+), Global Network of Sex Work Project, International Coalition of Women Living with HIV, International Network of People Who Use Drugs. Primary prevention revisited: a challenge to AIDS Inc. Genève: Coalition mondiale pour la prévention du VIH; 2011 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/CSO-Prevention-Paper.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
5. Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020. Genève: ONUSIDA; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf, consulté le 24 mars 2021).
6. Groupe de la Banque mondiale. Perspectives économiques mondiales. Washington DC: Banque mondiale; 2020 (<https://www.worldbank.org/fr/publication/global-economic-prospects>, consulté le 24 mars 2021).
7. UNAIDS calls on governments to strengthen HIV-sensitive social protection responses to the COVID-19 pandemic. Genève: ONUDISA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/call-to-action-social-protection-covid19>, consulté le 24 mars 2021).
8. Saving lives, scaling-up impact and getting back on track. COVID-19 crisis response approach paper. Washington DC: Banque mondiale; 2020 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/136631594937150795/pdf/World-Bank-Group-COVID-19-Crisis-Response-Approach-Paper-Saving-Lives-Scaling-up-Impact-and-Getting-Back-on-Track.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
9. Iversen J, Sabin K, Chang J, Thomas RM, Strathdee SA, Maher L. COVID-19, HIV and key populations: cross-cutting issues and the need for population-specific responses. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25632.
10. Jin J-M, Bai P, He W, Wu F, Liu X-F, Han D-M et al. Gender differences in patients with COVID-19: focus on severity and mortality. *Front Publ Health*. 2020; 8: 152.
11. Note de synthèse: L'impact de la COVID-19 sur les femmes. New York: Nations Unies; 2020 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/note_de_synthese_-_l'impact_de_la_covid-19_sur_les_femmes_et_les_filles.pdf, consulté le 24 mars 2021).
12. From insights to action: gender equality in the wake of COVID-19. New York: ONU-Femmes; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19#view> consulté le 24 mars 2021).
13. Plan International. Halting lives: the impact of COVID-19 on girls. Woking: Plan International; 2020 (<https://plan-international.org/publications/halting-lives-impact-covid-19-girls>, consulté le 24 mars 2021).
14. La pandémie fantôme: la violence contre les femmes pendant la COVID-19 New York: ONU-Femmes; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=640>, consulté le 24 mars 2021).
15. Impact of the COVID-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage: pandemic threatens achievement of the transformative results committed to by UNFPA. Interim technical note. Genève: Fonds des Nations unies pour la population; 2020 (<https://www.unfpa.org/fr/node/24179>, consulté le 24 mars 2021).
16. Living under lockdown: Girls and COVID-19. Woking: Plan International; 2020 (<https://plan-international.org/publications/living-under-lockdown>, consulté le 24 mars 2021).
17. Coronavirus: l'ONU appelle les États à protéger les femmes des violences domestiques France 24, 6 avril 2020 (<https://www.france24.com/fr/20200406-coronavirus-l-onu-appelle-les-%C3%A9tats-%C3%A0-prot%C3%A9ger-les-femmes-des-violences-domestiques>) consulté le 24 mars 2021.]
18. Mlambo S. SAPS received 87 000 gender-based violence calls during first week of lockdown. Independent Online. 2020 (<https://www.iol.co.za/news/south-africa/saps-received-87-000-gender-based-violence-calls-during-first-week-of-lockdown-cele-46024648>, consulté le 24 mars 2021).
19. UNESCO, Plan International. COVID-19: Les fermetures d'écoles dans le monde frapperont plus durement les filles Paris: Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; 2020 (<https://www.plan-international.fr/news/2020-04-01-covid-19-les-fermetures-decoles-dans-le-monde-frapperont-plus-durement-les-filles#:~:text=Ces%20fermetures%20d'%C3%A9coles%20seront,%C3%A9tudes%20secondaires%20que%20les%20gar%C3%A7ons.>, consulté le 24 mars 2021).

20. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impact of pandemics. Washington DC: Fonds Malala; 2020 (https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rgbh/6TMYLYAcUjphQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09/GirlsEducationandCOVID19_MalalaFund_04022020.pdf, consulté le 24 mars 2021).
21. Wodon Q, Montenegro C, Nguyen H, Onagoruwa A. Missed opportunities: the high cost of not educating girls. Washington DC: Banque mondiale; 2018 (<http://www.ungei.org/resources/files/Missed-opportunities-high-cost-of-not-educating-girls-World-Bank-July-2018.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
22. UNAIDS calls on governments to strengthen HIV-sensitive social protection responses to the COVID-19 pandemic. Genève, ONUSIDA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/call-to-action-social-protection-covid19>, consulté le 24 mars 2021).
23. Global AIDS update — seizing the moment — tackling entrenched inequalities to end epidemics. Genève; ONUSIDA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>, consulté le 24 mars 2021).
24. L'ONUSIDA condamne l'usage abusif des pouvoirs exceptionnels à l'encontre des populations marginalisées et vulnérables. Genève, ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200409_laws-covid19, consulté le 24 mars 2021).
25. La riposte à la COVID-19 ne doit pas oublier les professionnel(le)s du sexe Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200408_sex-workers-covid-19, consulté le 24 mars 2021).
26. Uganda's COVID-19 response is terrorizing women with arbitrary detention, blackmail, and violence. Kampala: Uganda Network of Sex Work Organizations; 2020 (<https://healthgap.org/press/ugandas-covid19-response-is-terrorizing-women-with-arbitrary-detention-blackmail-and-violence>, consulté le 24 mars 2021).
27. Kenyan sex workers abandoned and vulnerable during COVID-19. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200520_kenya, consulté le 24 mars 2021).
28. Nortajuddin A. Thai sex workers hit hard by virus lockdown. The ASEAN Post. 14 avril 2020 (<https://theaseanpost.com/article/thai-sex-workers-hit-hard-virus-lockdown>, consulté le 24 mars 2021).
29. "We cannot provide only HIV services while sex workers are hungry": Thai community organization steps in. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/june/20200601_thailand, consulté le 24 mars 2021).
30. Shih E, Thibos C. The fight to decriminalize sex work. Londres: openDemocracy; 2020 (<https://www.opendemocracy.net/en/beyond-trafficking-and-slavery/fight-decriminalise-sex-work>, consulté le 24 mars 2021).
31. Vives inquiétudes de l'ONUSIDA et de MPact devant la stigmatisation et les abus que subissent les personnes LGBTI pendant l'épidémie de COVID-19. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200427_lgbti-covid, consulté le 24 mars 2021).
32. Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people. New York: Outright Action International; 2020 (https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf, consulté le 24 mars 2021).
33. Odinga MM, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan counties. Londres: Gates Open Research; 2020 (<https://gatesopenresearch.org/articles/4-117/v2>, consulté le 24 mars 2021).
34. Cabrera CG. Panama's gender-based quarantine ensnares trans woman. New York: Human Rights Watch; 2020 (<https://www.hrw.org/news/2020/04/02/panamas-gender-based-quarantine-ensnares-trans-woman>, consulté le 24 mars 2021).
35. INPUD online survey on COVID-19 and people who use drugs, data report 1, June 2020. Londres: International Network of People who Use Drugs; 2020 (https://www.inpud.net/sites/default/files/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf, consulté le 24 mars 2021).
36. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016; 388: 1089–102.
37. ONUDC, OMS, ONUSIDA et HCDH. Joint statement on COVID-19 in prisons and other closed settings. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2020 (<https://www.who.int/news/item/13-05-2020-unodc-who-unaid-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>, consulté le 24 mars 2021).
38. Beyrer C, Kamarulzaman A, McKee M. Prisoners, prisons, and HIV: time for reform. *Lancet*. 2016; 388:1033-5.
39. UNAIDS calls on governments to strengthen HIV-sensitive social protection responses to the COVID-19 pandemic. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/call-to-action-social-protection-covid19_en.pdf, consulté le 24 mars 2021).
40. Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *Lancet*. 2020; 395:1237-9.
41. Immediate action required to address needs, vulnerabilities of 2.75m stranded migrants. Genève: Organisation internationale pour les migrations; 2020 (<https://www.iom.int/news/immediate-action-required-address-needs-vulnerabilities-275m-stranded-migrants>, consulté le 24 mars 2021).
42. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Londres: Salamander Trust; 2014 (<http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2016/09/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport190115.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
43. Leddy AM, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Publ Health*. 2019; 19: 897.

44. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e470-7.
45. Behrman 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; 127:108-15.
46. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008; 37:1266-73.
47. Young lives on lockdown: the impact of Ebola on children and communities in Liberia. Working: Plan International; 2015 (<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/young-lives-lockdown-impact-ebola-children-and-communities-liberia>, consulté le 24 mars 2021).
48. Gumbonzvanda N, Mwangi-Powell F, Albright A, Albrechtsen A-B, Muhwezi M. Joint letter to the African Union: the impact of COVID-19 on girls' education and child marriage. Londres: Girls Not Brides; 2020 (<https://www.girlsnotbrides.org/joint-letter-to-the-african-union-the-impact-of-covid-19>, consulté le 24 mars 2021).
49. Six concrete measures to support women and girls in all their diversity in the context of the COVID-19 pandemic. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/women-girls-covid19_en.pdf, consulté le 24 mars 2021).
50. Dasgupta A, Kantarová V, Ueffing P. The impact of the COVID-19 crisis on meeting needs for family planning: a global scenario by contraceptive methods used (version 2; peer review: 3 approved with reservations). Londres: Gates Open Research; 2020 (<https://gatesopenresearch.org/articles/4-102>, consulté le 24 mars 2021).
51. Kimani J, Adhiambo J, Kasiba R, Mwangi P, Were V, Mathenge J et al. The effects of COVID-19 on the health and socio-economic security of sex workers in Nairobi, Kenya: Emerging intersections with HIV. *Glob Publ Health*. 2020; 15:1073-82.
52. COVID-19 impact survey — Asia and the Pacific. Édinbourg: Network of Sex Work Projects; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_asia_and_the_pacific_-_nswp_-_2020.pdf, consulté le 24 mars 2021).
53. COVID-19 impact survey — North America and the Caribbean. Édinbourg: Network of Sex Work Projects; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_north_america_and_the_caribbean_-_nswp_-_2020.pdf, consulté le 24 mars 2021).
54. COVID-19 impact survey — Latin America. Édinbourg: Network of Sex Work Projects; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_latin_america_-_nswp_-_2020.pdf, consulté le 24 mars 2021).
55. Pebody R. A quarter of gay men report casual sex during UK lockdown. Londres: Aidsmap; 2020 (<https://www.aidsmap.com/news/jun-2020/quarter-gay-men-report-casual-sex-during-uk-lockdown>, consulté le 24 mars 2021).
56. COVID-19 et VIH: 1 moment, 2 épidémies 3 opportunités. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20200909_Lessons-HIV-COVID19.pdf, consulté le 24 mars 2021).
57. Lutter contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et le COVID-19 Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; 2020 (<https://www.theglobalfund.org/en/covid-19-plan>, consulté le 24 mars 2021).
58. Mise en œuvre de la feuille de route pour la prévention du VIH à l'horizon 2020. Quatrième rapport intermédiaire. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fourth-annual-progress-report-global-hiv-prevention-coalition_fr.pdf, consulté le 24 mars 2021).
59. Policy responses to COVID-19. Washington DC: Fonds monétaire international; 2020 (<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#T> consulté le 24 mars 2021).
60. Mahitivanichcha T. The Thai government's economic response to COVID-19. Bangkok: Grant Thornton; 2020 (<https://www.grantthornton.co.th/insights/articles/thai-governments-economic-response-to-covid-19>, consulté le 24 mars 2021).
61. COVID-19 global gender response tracker. New York: PNUD; 2020 (<https://data.undp.org/gendertacker>, consulté le 24 mars 2021).
62. Sex workers' resilience to the COVID crisis: a list of initiatives. Amsterdam: Fonds Parapluie Rouge; 2020 (<https://www.redumbrellafund.org/covid-initiatives>, consulté le 24 mars 2021).
63. Les droits humains aux temps de la COVID-19 — Les leçons du VIH pour une réponse efficace, et dirigée par la communauté. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_fr.pdf, consulté le 24 mars 2021).
64. Statistics on sexual and gender-based violence cases reported through FIDA-Kenya's toll-free number between 15th April to 3rd May 2020. Nairobi : FIDA-Kenya; 2020 (<https://www.fidakenya.org/site/press>, consulté le 24 mars 2021).
65. Les droits humains aux temps de la COVID-19 — Les leçons du VIH pour une réponse efficace, et dirigée par la communauté. Genève: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_fr.pdf, consulté le 24 mars 2021).
66. Comité permanent interorganisations. COVID-19: focus on persons deprived of liberty — interim guidance. Genève: OCHR; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Focus%20on%20Persons%20Deprived%20of%20Their%20Liberty.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
67. Déclaration commune de l'ONUDC, de l'OMS, de l'ONUSIDA et du HCDH sur la COVID-19 dans les prisons et les autres milieux fermés Genève: Organisation mondiale de la santé; 2020 (<https://www.who.int/news/item/13-05-2020-unodc-who-unaids-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-settings>, consulté le 24 mars 2021).
68. COVID-19 preparedness and responses in prisons: position paper. Vienne: ONUDC; 2020 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Position_paper_COVID-19_in_prisons.pdf, consulté le 24 mars 2021).

69. Coming together for refugee education. Genève: HCR; 2020 (<https://www.unhcr.org/5f4f9a2b4> consulté le 24 mars 2021).
70. Règle 24 (1), Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela). Résolution 70/175 de l'Assemblée générale. New York: Nations Unies; 2020 (https://www.un.org/fr/events/mandeladay/mandela_rules.shtml, consulté le 24 mars 2021).
71. Matthews M. What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief. Londres: INPUD; 2019 (<https://www.inpud.net/sites/default/files/Universal Health Coverage.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
72. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/ncds-covid-rapid-assessment>, consulté le 24 mars 2021).
73. Reza-Paul S, Lazarus L, Haldar P, Reza Paul M, Lakshmi B, Ramaiah M et al. Community action for people with HIV and sex workers during the COVID-19 pandemic in India. *OMS Asie du sud-est J Public Health*. 2020; 9:104-6.
74. In India's Chennai, a community of people who use drugs are scripting an inspiring story during lockdown. New Delhi: Alliance India; 2020 (<http://www.allianceindia.org/indias-chennai-community-people-use-drugs-scripting-inspiring-story-lockdown>, consulté le 24 mars 2021).
75. Shadow report 2020. Brighton: Frontline AIDS; 2020 (<https://aids2020.frontlineaids.org/hiv-prevention-shadow-reports-2019>, consulté le 24 mars 2021).
76. Five years of taking Nepal's key population HIV program online. Durham (NC): FHI 360; 2020 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/linkages-success-story-nepal-may-2020.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
77. PEPFAR, USAID, EpiC, ONUSIDA, GPC. Meeting targets and maintaining epidemic control (EpiC). Strategic considerations for mitigating the impact of COVID-19 on key-population-focused HIV programs. Durham (NC): FHI 360; 2020 (<https://www.fhi360.org/resource/meeting-targets-and-maintaining-epidemic-control-epic-covid-19-and-hiv-technical-resources>, consulté le 24 mars 2021).
78. Dourado I, Magno L, Soares F, Massa P, Numm A, Dalal S et al on behalf of the Brazilian PrEP1519 Study Group. Adapting to the COVID-19 pandemic: continuing HIV prevention services for adolescents through telemonitoring, Brazil. *AIDS Behav*. 2020; 24:1994-9.
79. Teenergizer [site Web]. Kiev: Teenergizer; 2021 (<https://teenergizer.org/en>, consulté le 24 mars 2021).
80. Stover J, Chagoma N, Taramusi I, Teng Y, Glaubius R, Mahiane G. Estimation of the potential impact of COVID-19 responses on the HIV epidemic: analysis using the goals model. *medRxiv*. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090399v1>, consulté le 24 mars 2021).
81. Mitchell KM, Dimitrov D, Silhol R, Geildelberg L, Moore M, Liu A et al. Estimating the potential impact of COVID-19 related disruptions on HIV incidence and mortality on men who have sex with men in the United States: a modelling study. *medRxiv*. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.30.20222893v1>, consulté le 24 mars 2021).
82. HIV/AIDS and COVID-19: the interaction between HIV and COVID-19. New York: UNICEF; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/hivaids/covid-19>, consulté le 24 mars 2021).
83. Robertson T, Cartee ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e901-8.
84. Booton RD, Fu G, MacGregor L, Li J, Ong JJ, Tucker JD, Turner KM et al. Estimating the impact of disruptions due to COVID-19 on HIV transmission and control among men who have sex with men in China. *medRxiv*. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.08.20209072v1>, consulté le 24 mars 2021).
85. COVID-19 situation report #35. Genève: Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; 2020 (<https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/news>, consulté le 24 mars 2021).
86. Mitigating the impact of COVID-19 on countries affected by HIV, tuberculosis and malaria. Genève: Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; 2020 (https://www.theglobalfund.org/media/9819/covid19_mitigatingimpact_report_en.pdf, consulté le 24 mars 2021).
87. Mukwenha S, Dzinamarira T, Mugurungi O, Musuka G. Maintaining robust HIV and TB services in the COVID-19 era: a public health dilemma in Zimbabwe. *Int J Infect Dis*. 2020; 100:394-5.
88. PEPFAR Panorama Spotlight [base de données en ligne]. Washington DC: PEPFAR; 2021 (<https://data.pepfar.gov/dashboards>, consulté le 24 mars 2021).
89. Rao A, Rucinski K, Jarrett B, Ackerman B, Wallach S, Marcus J et al. Potential interruptions in HIV prevention and treatment services for gay, bisexual, and other men who have sex with men associated with COVID-19. *medRxiv*. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.19.20178285v1>, consulté le 24 mars 2021).
90. Picchio CA, Valencia J, Doran J, Swan T, Pastor M, Martró E et al. The impact of the COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain. *Harm Reduct J*. 2020;17:87.
91. Health alert: Canton latest to close its syringe program. Granville (OH): Harm Reduction International; 2020 (<https://www.harmreductionohio.org/covid-19-updates-syringe-programs-ongoing>, consulté le 24 mars 2021).
92. EMCDDA Trend Spotter Briefing. The impact of COVID-19 on drug use and drug-related harms in Europe. Lisbonne: EMCDDA; 2020. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf, consulté le 24 mars 2021).
93. Benson D. COVID-19 Pandemic heightens drug overdoses, mental health problems. Boston: WBUR; 2020 (<https://www.wbur.org/hereandnow/2020/11/23/covid-19-drug-overdoses>, consulté le 24 mars 2021).
94. Harm reduction programmes during the COVID-19 crisis in central and eastern Europe and central Asia. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association; 2020.

95. Lagat H, Sharma M, Kariithi E, Otieno G, Katz D, Masyuko S et al. Impact of the COVID-19 pandemic on HIV testing and assisted partner notification services, western Kenya. *AIDS Behav.* 2020; 24:3010-3.
96. UNICEF rapid situation tracking for COVID-19 socioeconomic impacts, octobre 2020. (<http://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2020-12/2020%20World%20AIDS%20Day%20Report.pdf>, consulté le 24 mars 2021).
97. Condoms and lubricants in the time of COVID-19. Sustaining supplies and people-centred approaches to meet the need in low- and middle-income countries. New York: FNUAP; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/condoms-lubricants-covid19_en.pdf, consulté le 24 mars 2021).
98. COVID-19 impact on health product supply: assessment and recommendations. Genève: Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (https://www.theglobalfund.org/media/9440/psm_covid-19impactonsupplychainlogistics_report_en.pdf, consulté le 24 mars 2021).
99. Old lessons, new pandemic: "We showed up to do COVID-19 testing & communities told us to pack our bags". Johannesburg: Bhekisisa Centre for Health Journalism; 2020 (<https://bhekisisa.org/article/2020-06-22-medical-male-circumcision-hiv-prevention-covid-coronavirus-response-south-africa>, consulté le 24 mars 2021).
100. Davey DLJ, Bekker LG, Mashele N, Gorbach P, Coates TJ, Myer L. PrEP retention and prescriptions for pregnant women during COVID-19 lockdown in South Africa. *Lancet VIH.* 2020;7:e735.
101. Global PrEP tracker [base de données en ligne]. New York: PrEP Watch, AVAC; 2021 (<https://data.prepwatch.org>, consulté le 24 mars 2021).
102. Wilkinson L, Grimsrud A. The time is now: expedited HIV differentiated service delivery during the COVID-19 pandemic. *J Int AIDS Soc.* 2020;23:e25503.
103. Five strategies for preserving key population-focused HIV programmes in the era of COVID-19. Genève: International AIDS Society; 2020 (<https://www.iasociety.org/HIV-Programmes/Cross-cutting-issues/COVID-19-and-HIV/Five-strategies-for-preserving-key-population-focused-HIV-programmes-in-the-era-of-COVID-19>, consulté le 24 mars 2021).
104. Maintaining and prioritizing HIV prevention services in the time of COVID-19. Genève: ONUSIDA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/maintaining-prioritizing-hiv-prevention-services-covid19>, consulté le 24 mars 2021).
105. PEPFAR technical guidance in context of COVID-19 pandemic. Washington DC: PEPFAR; 2020 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/11/11.18.20-PEPFAR-Technical-Guidance-During-COVID-508.pdf>, consulté le 24 mars 2021).



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20, Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org