

**ÉGALITÉ
MAINTENANT**

RAPPORT DE LA JOURNÉE MONDIALE
DE LUTTE CONTRE LE SIDA | 2022

INÉGALITÉS DANGEREUSES

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2022

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Selon les termes de cette licence, vous êtes autorisé-e à copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit jamais laisser entendre que l'ONUSIDA soutient une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez diffuser votre œuvre en utilisant la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. La version originale en anglais est la version contraignante et authentique. »

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Proposition de citation. Inégalités dangereuses. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre qui est attribué à un tiers, par exemple des tableaux, des chiffres ou des illustrations, il vous incombe de déterminer si vous avez besoin d'une autorisation pour le réutiliser et d'obtenir le cas échéant l'autorisation du ou de la titulaire du droit d'auteur. Le risque de réclamations suite à une violation d'un élément appartenant à un tiers dans le cadre de l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur ou l'utilisatrice.

Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région ou de ses autorités, ni la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord définitif.

La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'ONUSIDA les approuve ou les recommande par rapport à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms des produits déposés ou brevetés sont identifiables, car ils commencent par une majuscule.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'ONUSIDA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur ou à la lectrice. L'ONUSIDA ne pourra en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

**ÉGALITÉ
MAINTENANT**

RAPPORT DE LA JOURNÉE MONDIALE
DE LUTTE CONTRE LE SIDA | 2022

INÉGALITÉS DANGEREUSES

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	4
Introduction	6

Les inégalités Entre les sexes freinent l'éradication du sida	12
----------------------------------------------------------------------	-----------

La vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes	15
---------------------------------------------------------------	-----------

Les nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes diminuent plus lentement que chez les hommes du même âge en Afrique subsaharienne	15
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Une réforme des politiques et une intensification des investissements dans les programmes de lutte contre le VIH destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes sont nécessaires pour combler les lacunes de la riposte au sida	17
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Une action concrète au-delà du secteur de la santé est essentielle pour réduire la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes	18
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Masculinités et services VIH	21
-------------------------------------	-----------

Disparités entre les sexes dans l'accès aux services et les résultats des traitements	23
---------------------------------------------------------------------------------------	----

Répondre aux besoins des femmes et des hommes en matière de VIH est une priorité urgente	26
------------------------------------------------------------------------------------------	----

Décriminalisation, déstigmatisation et inclusion des populations clés	30
------------------------------------------------------------------------------	-----------

Les nouvelles infections à VIH dans les épidémies qui se concentrent sur les populations clés ne diminuent pas à l'échelle mondiale ; une des raisons pour lesquelles la riposte mondiale n'est pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de 2030	32
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

L'accès à des services combinés de prévention et de traitement du VIH parmi les populations clés reste limité dans la plupart des pays du monde	36
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

La PrEP peut réduire considérablement l'incidence du VIH, mais les services de PrEP n'atteignent pas les populations clés	41
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Nous pouvons mettre fin aux épidémies parmi les personnes qui s'injectent des drogues, mais nous n'y parvenons pas parce que nous ne garantissons pas un accès significatif aux services de réduction des risques	44
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Nous ne pouvons pas mettre fin au sida parmi les populations clés si nous ne nous attaquons pas efficacement aux facteurs sociétaux qui augmentent leur vulnérabilité et les empêchent d'accéder aux services 46

L'élimination du sida chez les enfants 48

L'écart de traitement pour les enfants peut être comblé si davantage de femmes enceintes et allaitantes et leurs nourrissons sont soutenus pour confirmer le statut VIH de l'enfant à la naissance et à la fin de l'allaitement 53

Des efforts stratégiques intensifiés et centrés sur la mère sont nécessaires pour prévenir la transmission verticale 55

L'optimisation récente du traitement des enfants a entraîné une augmentation de la suppression de la charge virale chez les enfants qui reçoivent un traitement antirétroviral 57

Mobiliser les ressources nécessaires pour mettre fin au sida 62

Les soubresauts économiques menacent la capacité du monde à mobiliser les ressources essentielles à la lutte contre le sida 65

Les pays doivent faire preuve de la volonté politique nécessaire pour réaliser des investissements essentiels dans le domaine du sida 67

La base des donateurs et des partenaires de développement pour le sida et la santé doit être élargie 69

Il faut corriger les modes de financement qui contribuent aux inégalités liées au VIH 70

AVANT-PROPOS



Winnie Byanyima
Directrice exécutive de l'ONUSIDA

Le monde n'est pas sur la bonne voie pour mettre fin à la pandémie de sida. Les nouvelles infections augmentent et les décès dus au sida se poursuivent dans de trop nombreuses communautés.

Ce rapport en révèle la raison : les inégalités nous empêchent d'avancer.

Sans détour, le rapport attire l'attention du monde sur la douloureuse réalité de ces dangereuses inégalités qui sapent la riposte au sida et mettent en péril la sécurité sanitaire de tous. Le rapport met en évidence trois domaines spécifiques d'inégalité pour lesquels une action concrète est immédiatement possible : les inégalités entre les sexes et les masculinités néfastes alimentant le VIH ; la marginalisation et la criminalisation des populations clés, dont nos données montrent qu'elles se traduisent par des progrès nettement insuffisants pour ces populations et sapent la réponse globale ; et les inégalités pour les enfants dont la vie doit compter plus que leur part de marché.

Il ne s'agit toutefois pas d'un constat d'échec : c'est un appel à l'action. En prenant des mesures audacieuses pour lutter contre ces inégalités, nous pouvons mettre fin au sida.

Le monde ne pourra pas vaincre le sida en renforçant le patriarcat. La seule feuille de route efficace pour mettre fin au sida et atteindre les objectifs de développement durable est une feuille de route féministe. Nous pouvons agir dès maintenant pour lutter contre les inégalités entre les sexes et promouvoir des masculinités saines, pour remplacer les comportements néfastes qui exacerbent les risques pour tous.

La violence sexiste accroît les risques d'infection par le VIH chez les femmes et limite l'accès des femmes vivant avec le VIH aux services vitaux.

Les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont trois fois plus susceptibles de contracter le VIH que les adolescents et les jeunes hommes de la même tranche d'âge en Afrique subsaharienne. Une étude a montré que le fait de permettre aux filles de rester à l'école jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire réduit jusqu'à 50 % leur vulnérabilité à l'infection à VIH. En interrompant la dynamique du pouvoir, les politiques peuvent réduire la vulnérabilité des filles au VIH.

Des masculinités néfastes découragent les hommes de solliciter les services de santé. Alors que 80 % des femmes avaient accès à un traitement en 2021, seuls 70 % des hommes étaient sous traitement. Parallèlement, nous devons nous attaquer aux inégalités dans la réalisation des droits de l'homme. La discrimination, la stigmatisation et la criminalisation des homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnel(le)s du sexe, des personnes transgenres, des personnes qui s'injectent des drogues et des prisonniers coûtent des vies et empêchent le monde d'atteindre les objectifs convenus en matière de sida.

Les données de ce rapport ne montrent aucune baisse significative des nouvelles infections chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, que ce soit en Afrique occidentale et centrale ou en Afrique orientale et australe. Mais une meilleure approche pour les populations clés est réalisable. Par exemple, alors que les populations clés ont généralement un accès plus limité aux services liés au VIH, le présent rapport met en évidence plusieurs comtés du Kenya où les professionnelles du sexe vivant avec le VIH ont accès aux services de traitement du VIH à des taux égaux ou supérieurs à ceux des femmes en général. C'est le fruit de services dirigés par la communauté. Parallèlement, nous mettons en avant les recherches montrant que les pays qui suppriment ou évitent la criminalisation ont connu de plus grands progrès.

Face à un virus infectieux, l'absence de progrès pour les populations clés mine l'ensemble de la réponse au sida et contribue à expliquer le ralentissement des progrès.

Et lorsque les inégalités entre les sexes et les populations clés se croisent, elles sont amplifiées.

Nous devons également nous attaquer aux inégalités d'accès aux traitements entre les adultes et les enfants.

Alors que plus des trois quarts des adultes vivant avec le VIH sont sous traitement antirétroviral, à peine plus de la moitié des enfants vivant avec le VIH sont sous ce médicament qui sauve des vies. En 2021, les enfants ne représentaient que 4 % de toutes les personnes vivant avec le VIH, mais 15 % de tous les décès liés au sida. Comblant les lacunes en matière de traitement pour les enfants permettra de sauver des vies.

Nous devons renforcer la coopération et la solidarité internationales, car nous ne pourrons mettre fin au sida qu'en mettant fin au sida partout.

Ce rapport montre que le financement des donateurs contribue à catalyser l'augmentation du financement national : les augmentations du financement externe du VIH pour les pays provenant du PEPFAR et du Fonds mondial au cours de la période 2018-2021 ont été corrélées à des augmentations significatives du financement national des gouvernements nationaux. Ces deux sources doivent absolument augmenter. En 2021, il manquait 8 milliards de dollars pour financer les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il est essentiel d'accroître le soutien des donateurs pour remettre la lutte contre le sida sur la bonne voie.

C'est le moment de faire preuve de courage. De faire en sorte que toutes nos filles soient à l'école, en sécurité et fortes. De s'attaquer à la violence sexiste. De promouvoir des masculinités saines pour remplacer les comportements néfastes qui exacerbent les risques pour tous. De décriminaliser les personnes ayant des relations sexuelles avec des personnes du même sexe, les professionnel(le)s du sexe et les toxicomanes, et investir dans des services communautaires permettant leur inclusion, afin d'éliminer les obstacles aux services et aux soins pour des millions de personnes. De veiller à ce que les services destinés aux enfants vivant avec le VIH leur parviennent et répondent à leurs besoins, en comblant les lacunes en matière de traitement afin de mettre un terme définitif au sida chez les enfants. De financer intégralement la lutte contre le sida afin que les promesses se traduisent par des actions.

Ce que les dirigeants mondiaux doivent faire est très clair. En un mot : égaliser. Égaliser l'accès aux droits, égaliser l'accès aux services, égaliser l'accès à ce qui se fait de mieux en science et en médecine.

Laisser les inégalités se creuser, c'est perpétuer la pandémie de sida et mettre tout le monde en danger. La lutte contre les inégalités n'aidera pas seulement les personnes marginalisées, mais tout le monde.

INTRODUCTION

LES INÉGALITÉS EMPÊCHENT LE MONDE DE METTRE FIN AU SIDA

Dans l'édition 2022 de notre Rapport mondial annuel actualisé sur le sida, *En danger*, nous indiquons que la riposte mondiale au sida avait été fortement dérégulée. La diminution des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida s'est considérablement ralentie, et les nouvelles infections sont en hausse dans de nombreuses régions du monde. Les ressources consacrées à la riposte stagnent à des niveaux tout à fait insuffisants pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

Ce rapport, qui marque la Journée mondiale du sida 2022, examine les raisons pour lesquelles la riposte n'est pas sur la bonne voie et identifie les mesures pratiques que nous pouvons prendre pour la renforcer.

Les inégalités qui retardent l'éradication du sida ne sont pas inévitables. Nous savons ce qui fonctionne ; avec du courage et de la coopération, les dirigeants politiques peuvent y remédier.

- La discrimination, la stigmatisation et la criminalisation de populations clés coûtent des vies et empêchent le monde d'atteindre les objectifs convenus en matière de sida. Cela est vrai tant pour les épidémies concentrées que pour les épidémies généralisées. Par exemple, l'incidence du VIH a diminué depuis 2010 de 58 % chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) en Afrique occidentale et centrale et de 62 % en Afrique orientale et australe, mais un examen systématique des données a révélé que aucun déclin concluant n'a été observé chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans ces régions au cours de la même période (1). De même, les données issues de programmes et d'enquêtes dans des pays de différentes régions et de différents types d'épidémies (comme l'Inde, le Kenya, le Myanmar, le Nigeria et le Vietnam) montrent que différentes populations clés ont une couverture des services VIH inférieure à celle de la population générale. Les populations clés sont également les moins susceptibles d'être prioritaires dans les ripostes nationales au sida de certains pays. Des efforts urgents sont nécessaires pour éliminer ces inégalités, notamment par le biais de réponses communautaires, d'une intensification accélérée de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) et d'une action immédiate pour combler les lacunes d'accès aux services de réduction des risques..

- Le monde ne répond toujours pas aux besoins des enfants dans la lutte contre le sida. En 2021, 800 000 enfants vivant avec le VIH ne recevaient toujours pas de traitement vital. Nous savons ce qu'il faut faire pour éliminer la transmission verticale du VIH et répondre aux besoins des enfants en matière de traitement, mais un manque de leadership nous empêche d'y parvenir, et la disparité croissante entre enfants et adultes en matière de couverture de traitement s'accroît au lieu de diminuer. De nombreux enfants sont également diagnostiqués tardivement, puisque 60 % des enfants âgés de 5 à 14 ans vivant avec le VIH ne reçoivent actuellement aucun traitement. Comblers les lacunes en matière de traitement pour les enfants permettra de sauver des vies. En nous efforçant d'améliorer les résultats du traitement des enfants vivant avec le VIH, nous poursuivrons, voire accélérerons, les récentes augmentations des taux de suppression virale associées aux améliorations des schémas thérapeutiques pédiatriques du VIH.
- Les dynamiques liées au VIH diffèrent selon le genre, et elles évoluent de manière significative tout au long du cycle de vie d'un individu. Les inégalités entre les sexes et les masculinités néfastes aggravent l'épidémie pour les femmes et les filles, notamment en Afrique subsaharienne, où les femmes représentaient 63 % des nouvelles infections à VIH en 2021. Les attitudes à l'égard de la masculinité ancrées dans le patriarcat exacerbent également les risques pour les hommes, en les décourageant de solliciter des services de santé dont ils ont besoin pour protéger leur santé et celle de leurs partenaires sexuels. En outre, les services de santé ne sont pas conçus pour répondre aux besoins spécifiques des hommes : alors que 80 % des femmes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement en 2021, seuls 70 % des hommes vivant avec le VIH recevaient un traitement. De même, 74 % des femmes avaient supprimé leur charge virale en 2021, contre 65 % des hommes, ce qui peut entraîner la transmission du VIH à leurs partenaires sexuels. Dans les épidémies concentrées en dehors de l'Afrique subsaharienne, les hommes représentent 71 % de toutes les nouvelles infections à VIH en raison de la criminalisation et de la stigmatisation des populations clés, ce qui entraîne des disparités supplémentaires dans l'utilisation des services.

Ces inégalités ne sont pas seulement préjudiciables aux individus : elles entravent les progrès de la lutte contre le sida, réduisent le rendement des investissements dans la lutte contre le VIH et mettent des millions de personnes en danger. Alors que l'infection à VIH et le sida sont tous deux entièrement évitables, les taux de ces deux maladies ne diminuent pas assez rapidement pour que nous soyons en mesure de mettre fin au sida d'ici 2030.

Les populations clés représentent moins de 5 % de la population mondiale, mais elles et leurs partenaires représentaient 70 % des nouvelles infections à VIH en 2021. La négligence des besoins des populations clés en matière de VIH contribue non seulement à des souffrances et des décès inutiles au sein de ces groupes, mais elle expose également leurs partenaires sexuels à des risques considérables.

Le fait de ne pas utiliser les stratégies simples et disponibles pour prévenir l'acquisition du VIH chez les enfants n'est pas seulement une tragédie pour chaque enfant vivant avec le VIH, mais aussi pour leurs familles et leurs communautés. La société supporte les coûts à long terme d'une thérapie antirétrovirale à vie pour des enfants qui n'avaient pas besoin de contracter le VIH en premier lieu.

Répondre aux besoins des hommes en matière de VIH est une nécessité urgente en soi. En 2021, les hommes avaient 13 % moins de chances que les femmes d'avoir une charge virale supprimée. Ils représentent 51 % des nouvelles infections à VIH dans le monde et 71 % des nouvelles infections à VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne. Prévenir le VIH chez les hommes et veiller à ce que les hommes vivant avec le VIH parviennent à une suppression virale sont également des mesures importantes pour réduire le bilan de l'épidémie sur les femmes et les filles dans plusieurs régions du monde.

Plus de deux décennies d'investissements soutenus dans la lutte contre le sida ont permis d'obtenir des résultats historiques. Mais toutes ces avancées sont désormais compromises par l'insuffisance des progrès réalisés pour mettre fin aux inégalités liées au VIH.

Ce n'est pas la première fois que les efforts en matière de santé mondiale se heurtent à des difficultés de suivi. Avant que le sida ne soit reconnu au début des années 1980, les progrès mondiaux dans la réduction de la charge associée à la tuberculose et au paludisme ont stagné et les efforts de lutte se sont affaiblis. L'incapacité du monde à mettre fin à ces maladies a permis leur résurgence, augmentant considérablement les coûts humains et économiques associés à ces épidémies.

Nous ne pouvons tout simplement pas permettre que la même chose se produise dans le cas du sida. Les coûts stupéfiants de l'échec à long terme sont tout simplement trop élevés. Le monde doit agir maintenant pour remettre la lutte contre le sida sur la bonne voie.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida fournit un plan clair et réalisable pour mettre fin aux inégalités liées au VIH et nous mettre sur la voie de l'élimination du sida d'ici 2030. Se contenter du strict minimum est la recette de l'échec : afin de s'attaquer aux inégalités qui freinent tout progrès, nous devons appliquer la lentille des inégalités à l'ensemble de nos efforts, en tirant parti de données granulaires pour identifier les inégalités critiques et guider nos efforts pour y remédier.

En bref, un échec de l'égalisation de la riposte au sida entraînera un échec de la riposte elle-même. Pour éviter cette issue, nous devons nous garantir :

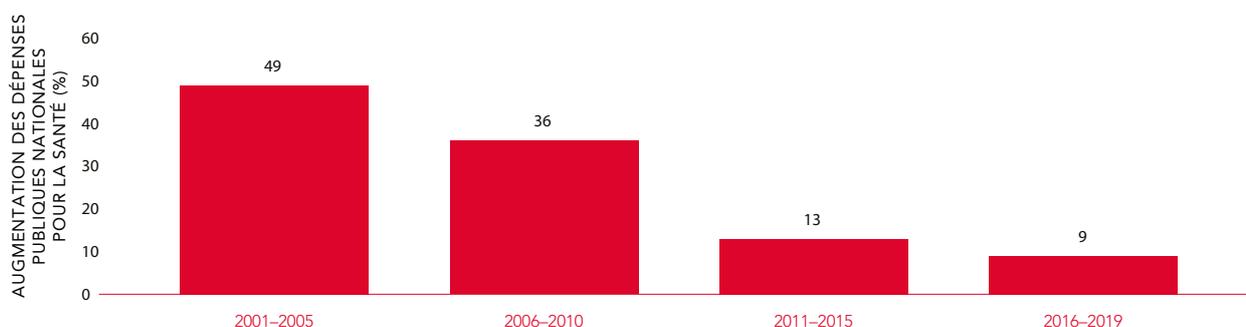
- L'égalité d'accès aux droits.
- L'égalité d'accès aux services.
- L'égalité d'accès à la science.
- L'égalité d'accès aux ressources.

Pour mettre fin aux inégalités liées au VIH, en atteignant les laissés-pour-compte et en s'attaquant aux causes profondes de la vulnérabilité et de l'exclusion, il faudra des ressources supplémentaires et changer notre façon de travailler. Ce n'est que si nous rassemblons la volonté de mobiliser ces ressources que nous pourrons mettre fin au sida.

Notre capacité à lutter contre les inégalités qui ralentissent les progrès est réduite par un manque criant de financement de la lutte contre le sida. En 2021, les fonds disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire (21 milliards de dollars) étaient inférieurs de 8 milliards de dollars aux montants nécessaires en 2025.

Pour mobiliser les ressources dont nous avons besoin pour combler les inégalités liées au VIH, nous devons relever de multiples défis. Les pays à revenu faible et intermédiaire paient désormais la majorité des coûts de leurs ripostes au sida, bien que le degré d'investissement national dans la lutte contre le VIH varie considérablement d'un pays à l'autre. Cependant, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire doivent encore se remettre de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les économies nationales et les systèmes communautaires et de santé. La guerre en Ukraine a également fait augmenter le coût du carburant, des denrées alimentaires et d'autres produits de base, et certains donateurs internationaux de longue date réaffectent les fonds de développement à la résolution des problèmes humanitaires. En outre, la crise de la dette dans les pays en développement compromet leur capacité à protéger la santé et le bien-être de leurs populations : l'augmentation des investissements nationaux dans le domaine de la santé a fortement ralenti au cours de la dernière décennie à mesure que le fardeau de la dette s'alourdissait (figure 0.1).

FIGURE 0.1 Augmentation en pourcentage des dépenses publiques intérieures de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire, par période de cinq ans, 2000-2019



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Perspectives de l'économie mondiale du FMI, juillet 2022 ; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé.

Remarque : les dernières données disponibles concernent les dépenses de 2019.

Bien que décourageants, ces défis ont des solutions. Les innovations des pays et des communautés ont permis d'identifier des stratégies programmatiques et politiques pour combler les inégalités liées au VIH et répondre aux besoins des populations laissées pour compte. Le monde dispose de ressources suffisantes pour financer la riposte au sida, car les montants nécessaires pour financer intégralement la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 sont modestes dans le contexte de l'économie mondiale. Nous savons également que les augmentations du financement bilatéral du gouvernement des États-Unis et du financement multilatéral du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) n'ont pas exacerbé la dépendance des pays à revenu faible et intermédiaire à l'égard des sources extérieures : au contraire, elles ont été compensées par des augmentations des contributions financières nationales au VIH. En outre, il existe des voies claires pour générer les ressources nécessaires, notamment la réaffectation des ressources du paiement de la dette à la santé.

L'ingrédient qui fait actuellement défaut est la volonté politique de faire les choix difficiles nécessaires pour investir dans les personnes et mettre fin au sida. En identifiant les possibilités de s'attaquer aux inégalités qui freinent les avancées dans la lutte contre le sida, ce rapport vise à faire passer la riposte mondiale de la stagnation à l'action. C'est à nous de choisir si nous agissons maintenant pour remettre la riposte sur la bonne voie ou si nous regardons les coûts humains et financiers augmenter inutilement et se poursuivre pendant des décennies. Nous avons encore la possibilité de mettre fin au sida d'ici 2030, mais seulement si nous la saisissons aujourd'hui. En choisissant de le faire, vous aiderez non seulement les millions d'hommes, de femmes et d'enfants qui risquent de contracter le VIH, mais vous nous aiderez aussi tous : personne n'est à l'abri d'une pandémie tant que tous n'ont pas un accès équitable aux services de prévention et de traitement.



Références

1. Kuchukhidze S, Panagiotoglou D, Boily MC, Diabaté S, Eaton JW, Mbofana F et al. The effect of intimate partner violence on women's risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: an individual-participant data meta-analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa. Preprint. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.08.04.22278331>.
2. Stannah J, Soni N, Lam J, Giguère K, Larmarange J, Maheu-Giroux M et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.14.22282329v1>).

LES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES FREINENT L'ÉRADICATION DU SIDA

Les inégalités entre les sexes sont un moteur essentiel de l'épidémie de sida. Les dynamiques de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes et les normes sexospécifiques néfastes augmentent la vulnérabilité au VIH des femmes et des filles dans toute leur diversité, les privent de leur voix et de la capacité de prendre des décisions concernant leur propre vie, réduisent leur capacité à accéder aux services qui répondent à leurs besoins, augmentent leurs risques de subir des violences ou d'autres préjudices, et entravent leur capacité à atténuer l'impact du sida.

Les femmes et les filles représentaient 49 % des nouvelles infections à VIH dans le monde en 2021. Toutes les deux minutes, une adolescente ou une jeune femme (âgée de 15 à 24 ans) a contracté le VIH en 2021. Les causes liées au sida restent la troisième cause de décès dans le monde pour les femmes âgées de 15 à 49 ans et la quatrième cause de décès chez les femmes plus jeunes (âgées de 15 à 29 ans). Les effets des inégalités entre les sexes sur la vulnérabilité des femmes au VIH sont particulièrement prononcés en Afrique subsaharienne, où les femmes représentaient 63 % des nouvelles infections à VIH en 2021, et ce phénomène a été aggravé par une baisse nettement plus lente des nouvelles infections chez les femmes que chez les hommes et les garçons. Dans l'ensemble, les causes liées au sida sont la première cause de décès chez les femmes en Afrique et la deuxième cause de décès (après la mortalité maternelle) chez les jeunes femmes (âgées de 15 à 29 ans) en Afrique.



Une jeune fille assistant au lancement de l'initiative Education Plus en Gambie, le 7 juillet 2022.

Les pratiques qui renforcent les normes sociétales patriarcales peuvent également décourager les hommes de solliciter les services dont ils ont besoin. Dans de nombreux pays, les personnes transgenres et celles dont le genre est différent sont également confrontées à des niveaux importants de stigmatisation, de discrimination et de violence (et à un accès plus faible aux services liés au VIH) que le reste de la population (voir la section « Décriminalisation, déstigmatisation et inclusion des populations clés ») (1).

La transformation des normes néfastes en matière de genre et de masculinité chez les hommes et les garçons contribuera à réduire leurs risques d'infection à VIH, mais elle permettra également de réduire les risques et les vulnérabilités au VIH chez les femmes et les adolescentes, notamment en respectant leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs et en appliquant une tolérance zéro pour toute violence à leur rencontre.

On estime que 250 000 [150 000-360 000] adolescentes et jeunes femmes ont contracté le VIH en 2021, dont 82 % en Afrique subsaharienne.

© ONUSIDA



La Première Dame de la République de Gambie, S.E. Fatoumatta Bah Barrow avec un groupe d'étudiants lors du lancement de #EducationPlus en Gambie, juillet 2022.

LA VULNÉRABILITÉ DES ADOLESCENTES ET DES JEUNES FEMMES

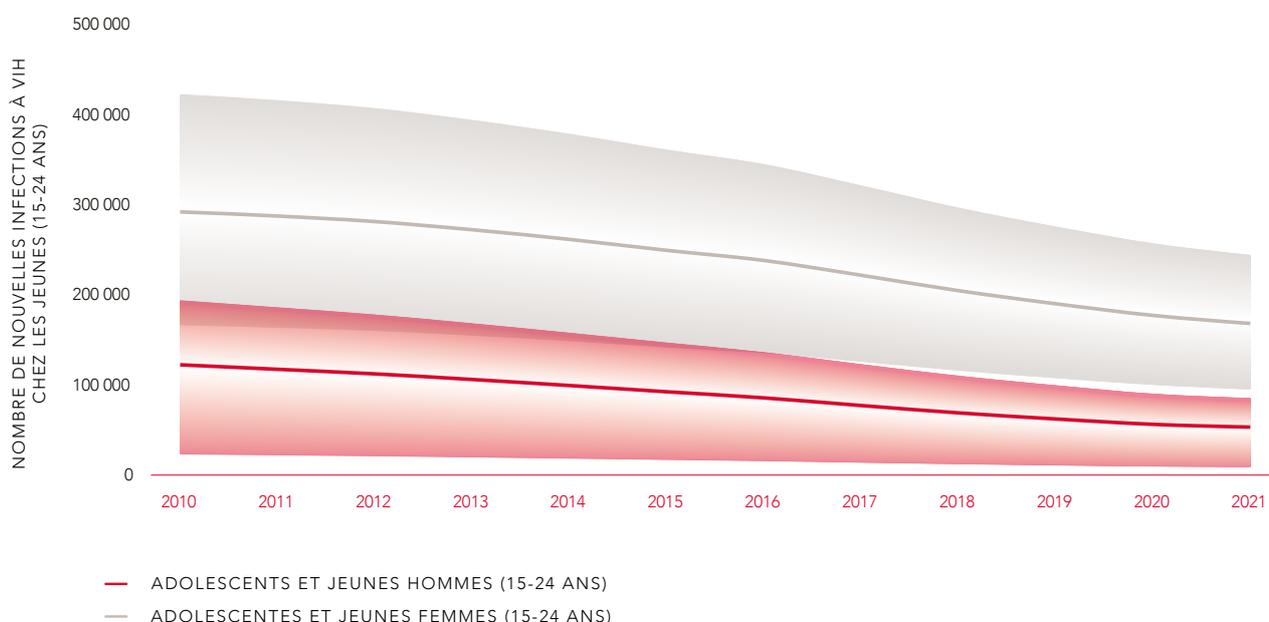
L'une des inégalités les plus graves de toutes celles liées au VIH est l'effet disproportionné du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans). En particulier en Afrique subsaharienne (où se trouvent 57 % de toutes les personnes qui ont contracté le VIH en 2021) la transmission du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes empêche les pays de progresser plus rapidement vers l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique.

On estime que 250 000 [150 000-360 000] adolescentes et jeunes femmes ont contracté le VIH en 2021, dont 82 % en Afrique subsaharienne. Cela se traduit par 4900 nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes chaque semaine, ce qui éloigne le monde de l'objectif de réduire le nombre annuel de nouvelles infections chez les adolescentes et les jeunes femmes à moins de 50 000 d'ici 2025.

Les nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes diminuent plus lentement que chez les hommes du même âge en Afrique subsaharienne

Les adolescentes et les jeunes femmes en Afrique subsaharienne ont trois fois plus de risques de contracter le VIH que leurs homologues masculins. En outre, en Afrique subsaharienne, les nouvelles infections chez les adolescentes et les jeunes femmes ont diminué de 42 % entre 2010 et 2021, tandis que chez les hommes du même âge, la baisse des nouvelles infections a été de 56 % (figure 1.1).

FIGURE 1.1 Tendances des nouvelles infections à VIH chez les jeunes (15-24 ans) par sexe, Afrique orientale et australe, 2010-2021

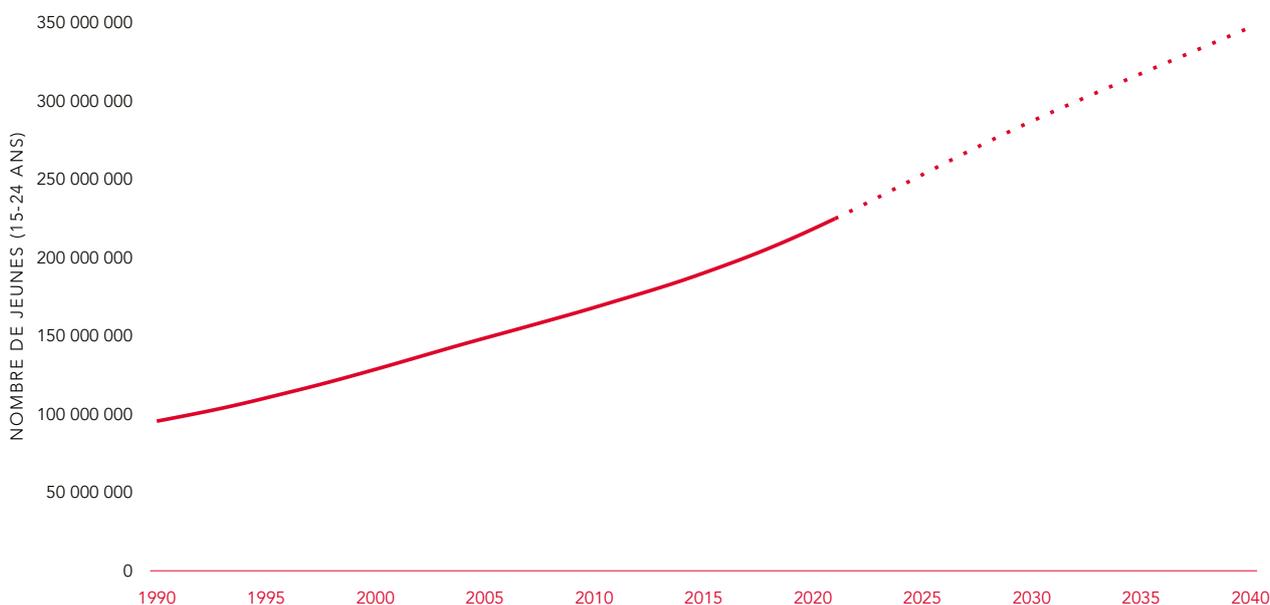


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>)

À l'échelle mondiale, les adolescentes et les jeunes femmes sont nettement plus susceptibles de contracter le VIH que les garçons de leur âge, bien que cette disparité soit principalement due aux disparités extraordinaires de l'incidence du VIH chez les jeunes en Afrique subsaharienne.

Pour mettre fin au sida, il faudra renforcer considérablement les efforts de prévention du VIH axés sur les adolescentes et les jeunes femmes. Le nombre absolu de jeunes âgés de 15 à 24 ans en Afrique subsaharienne passera de 225 millions à 350 millions entre 2021 et 2040, ce qui exige des interventions efficaces et efficaces pour faire en sorte que le grand nombre d'adolescentes et de jeunes femmes soient protégées du VIH et puissent s'épanouir pleinement (figure 1.2).

FIGURE 1.2 Projection du nombre de jeunes (âgés de 15 à 24 ans), Afrique subsaharienne, 1990–2040



Source : Perspectives de la population mondiale des Nations Unies pour 2022 (<https://population.un.org/wpp/>).

Une réforme des politiques et une intensification des investissements dans les programmes de lutte contre le VIH destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes sont nécessaires pour combler les lacunes de la riposte au sida

Bien que la transmission du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes soit le moteur de nombreuses épidémies nationales en Afrique subsaharienne, les services de prévention du VIH n'atteignent pas un grand nombre de personnes qui en ont besoin. Dans 19 pays africains à forte charge de morbidité, les programmes de prévention combinée destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes ne fonctionnent que dans 40 % des lieux à forte incidence de VIH.

Dans de nombreux pays, les cadres politiques rendent en fait difficile, voire impossible, l'accès des adolescentes et des jeunes femmes aux services VIH essentiels. Dans 106 des 141 pays pour lesquels des données sont disponibles, les lois ou politiques nationales exigent que les adolescents obtiennent le consentement de leurs parents ou de leur tuteur pour accéder aux services de dépistage du VIH.

Les cadres politiques rendent en fait difficile, voire impossible, l'accès des adolescentes et des jeunes femmes aux services VIH essentiels.

Ces lois s'inscrivent dans un schéma plus large de restriction des droits des adolescentes à accéder par elles-mêmes aux services de santé essentiels, notamment aux contraceptifs hormonaux et de longue durée. Cela signifie que de nombreuses adolescentes et jeunes femmes peuvent avoir des rapports sexuels légaux avant de pouvoir accéder aux informations ou aux services relatifs à la contraception, aux pratiques sexuelles à moindre risque ou à d'autres formes de prévention du VIH.

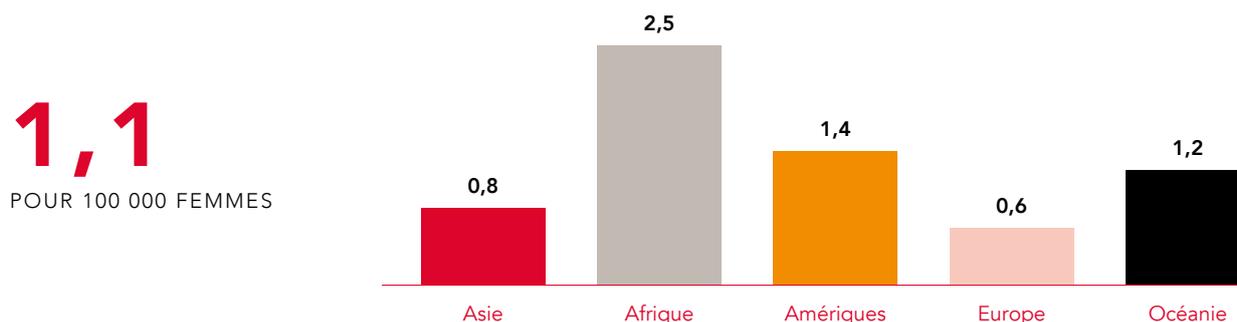
Ces lois et politiques, bien qu'apparemment adoptées pour protéger les mineurs, augmentent en fait les risques pour la santé des adolescentes. Dans les pays d'Afrique subsaharienne où l'âge du consentement au dépistage du VIH est de 15 ans ou moins, les adolescents ont 74 % plus de chances d'avoir été testés pour le VIH au cours des 12 derniers mois que dans les pays où l'âge du consentement au dépistage du VIH est de 16 ans ou plus, les filles bénéficiant tout particulièrement d'un accès plus facile (2).

Une action concrète au-delà du secteur de la santé est essentielle pour réduire la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes

Pour atteindre l'objectif mondial consistant à réduire fortement le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes pour le ramener à moins de 50 000 d'ici 2025, des mesures audacieuses sont nécessaires pour s'attaquer aux multiples facteurs sociaux et structurels qui augmentent leur vulnérabilité au VIH. Les réformes structurelles qui vont au-delà du secteur de la santé sont essentielles pour mettre fin au sida chez les adolescentes et les jeunes femmes.

L'insuffisance ou, dans de nombreux cas, l'absence de protection juridique et d'application des lois contre la discrimination fondée sur le sexe accroît les risques pour la santé et le bien-être des femmes et des filles. Un nouveau rapport de l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) et de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) révèle que cinq femmes ou filles sont tuées chaque heure par leur famille ou leur partenaire (3). Les taux d'homicides commis par un partenaire intime ou par un membre de la famille (pour 100 000 femmes) sont les plus élevés en Afrique : quatre fois plus qu'en Europe et trois fois plus qu'en Asie (figure 1.3).

FIGURE 1.3 Taux d'homicides liés à un partenaire intime/famille pour 100 000 femmes, par région, 2021



Source : Meurtres de femmes et de filles liés au sexe (fémicide/féminicide) : estimations mondiales des meurtres de femmes et de filles liés au sexe dans la sphère privée en 2021. Vienne : ONUDC, ONU Femmes ; 2022.

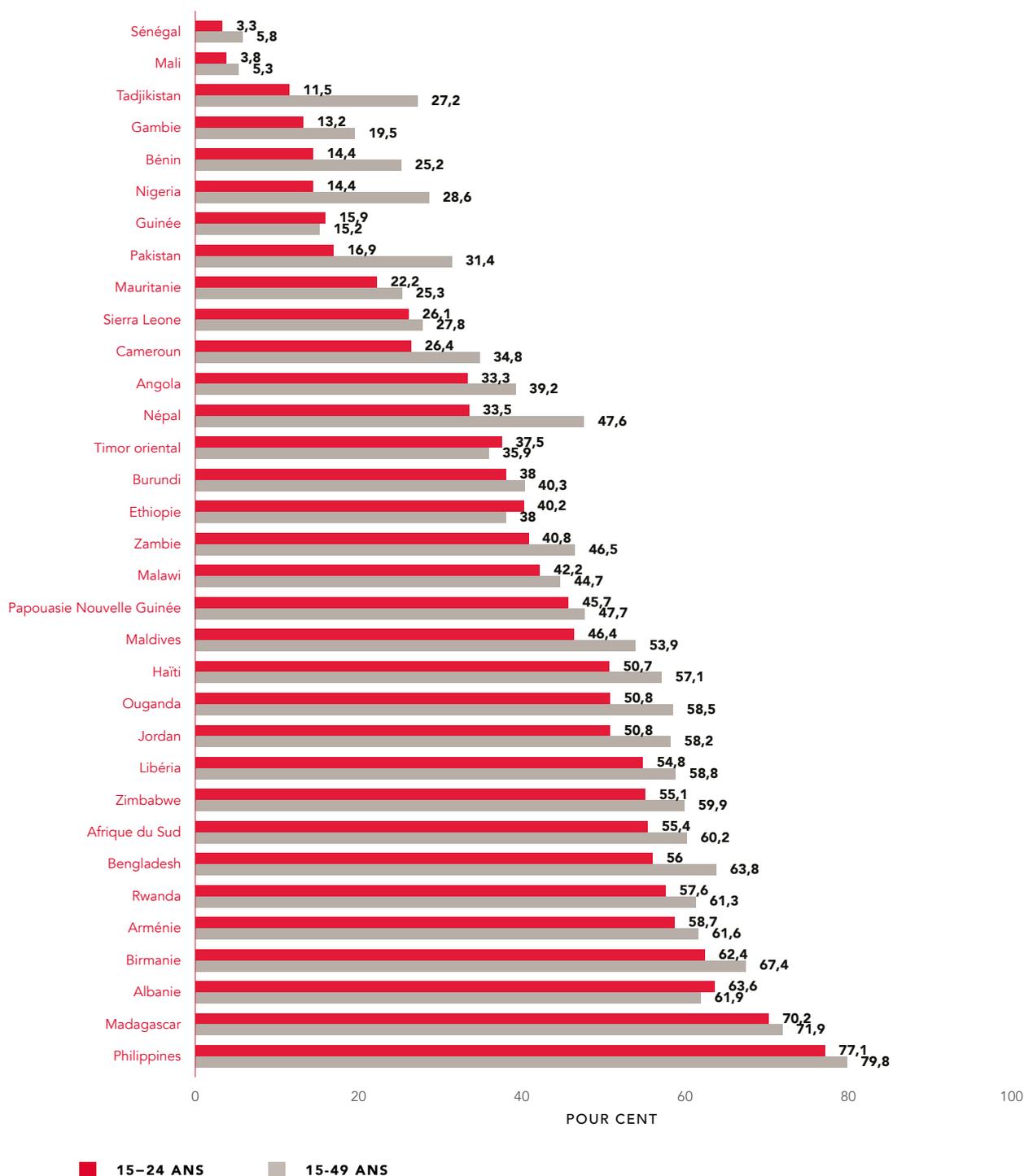
La violence à l'encontre des femmes au sein du foyer est étroitement liée à la vulnérabilité accrue des femmes au VIH. Une analyse d'enquêtes nationales représentatives dans 10 pays d'Afrique subsaharienne a révélé une forte association entre l'infection à VIH chez les femmes et la violence physique et émotionnelle lorsqu'il y avait un contrôle du comportement des hommes et une prévalence régionale élevée du VIH (4). Une récente méta-analyse de 57 enquêtes de population en Afrique subsaharienne a révélé que les femmes qui avaient subi des violences de la part de leur partenaire intime au cours de l'année écoulée étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir une infection récente à VIH (5).

Si nous espérons mettre fin au sida d'ici 2030, nous n'avons pas d'autre choix que de respecter l'engagement pris dans le Programme d'action de Beijing de « [c]réer et maintenir un environnement juridique non discriminatoire et sensible au genre... et éliminer les lacunes législatives qui privent les femmes et les filles de la protection de leurs droits et de recours effectifs contre la discrimination fondée sur le genre ».

Les changements de politique visant à lutter contre la violence à l'égard des femmes et des filles doivent s'accompagner d'investissements importants dans des initiatives visant à modifier les normes sexospécifiques néfastes et à faire en sorte que la vie et le bien-être des femmes et des filles soient valorisés au même titre que ceux des hommes. En raison de la perte d'autonomie des femmes et des filles, de nombreuses adolescentes et jeunes femmes n'ont pas le plein contrôle de la prise de décision concernant leur

vie sexuelle et reproductive et leurs propres soins de santé. Parmi les 33 pays ayant mené des enquêtes démographiques et sanitaires depuis 2015, le pourcentage médian d'adolescentes et de jeunes femmes mariées ou en union qui ont déclaré pouvoir prendre leurs propres décisions en matière de santé sexuelle n'était que de 41 %. Dans 29 des 33 pays, les adolescentes et les jeunes femmes étaient moins susceptibles que l'ensemble des femmes de contrôler les décisions concernant leur propre santé sexuelle (Figure 1.4).

FIGURE 1.4 Pourcentage de femmes actuellement mariées ou en couple qui prennent leurs propres décisions en connaissance de cause concernant les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs soins de santé, par groupe d'âge, pays dont les données sont disponibles, 2015-2021



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2015-2021.

Investir dans l'éducation des filles est une priorité pour améliorer la santé et le bien-être des femmes et des filles, notamment pour réduire leur vulnérabilité au VIH. Selon les enquêtes démographiques et sanitaires, les jeunes femmes dont le niveau d'éducation ne dépasse pas l'école primaire ont presque deux fois moins de chances d'utiliser un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel que leurs homologues plus éduquées. De meilleurs résultats ont été obtenus dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes dans les pays où le taux d'achèvement du premier cycle de l'enseignement secondaire est supérieur à 50 % (6). Toutefois, autre signe des effets néfastes des inégalités entre les sexes, même les femmes ayant un bon niveau d'éducation sont moins susceptibles d'utiliser un préservatif lors du dernier rapport sexuel que les jeunes hommes n'ayant reçu aucune éducation ou une éducation primaire.

Pour réduire la vulnérabilité des femmes et des filles, il faut également mettre en place des systèmes de protection sociale solides et résilients qui répondent efficacement aux besoins des femmes et des filles, qui sont les plus durement touchées par les chocs économiques ou autres situations d'urgence. La nécessité de systèmes de protection sociale sensibles au genre a été amplement démontrée par la COVID-19, qui a exacerbé l'accès déjà inégal des femmes à l'emploi et aux ressources financières (7, 8).

Lorsque les chocs économiques ou d'autres situations d'urgence augmentent la vulnérabilité économique des femmes, leur vulnérabilité au VIH est également accrue. Une étude sur la sécheresse de 2015 au Malawi, par exemple, a révélé que les femmes qui dépendent de l'agriculture étaient deux fois plus susceptibles de se tourner vers les transactions sexuelles pendant une sécheresse modérée et que les hommes travaillant en dehors de l'agriculture étaient 50 % plus susceptibles pendant la sécheresse de participer à des transactions sexuelles (9). On a constaté que chaque sécheresse augmentait la prévalence du VIH de 15 % chez les hommes et les femmes. Ces résultats sont conformes aux données de six pays africains qui montrent que les femmes souffrant d'insécurité alimentaire sont plus susceptibles d'être impliquées dans des transactions sexuelles (10).



Mmote Mohasi (à droite), dans une clinique mobile située dans une zone éloignée de Braakfontein, au Lesotho, après avoir subi une circoncision médicale volontaire, le 31 octobre 2019.

MASCULINITÉS ET SERVICES VIH

L'amélioration de la fourniture et de l'utilisation des services par les hommes est un élément de la riposte au VIH qui peut avoir des effets positifs pour les hommes et les garçons, ainsi que pour les femmes et les adolescentes. Toutefois, la lutte contre les lacunes dans la prestation de services aux hommes doit s'inscrire dans le cadre plus large de l'élimination des inégalités qui alimentent le VIH, y compris les inégalités fondées sur le sexe, et continuer à donner la priorité à la promotion des droits des femmes et des filles dans toute leur diversité.

Les hommes et les garçons sont moins susceptibles de faire un test de dépistage du VIH, d'entamer une thérapie antirétrovirale et de rester engagés dans les soins, et ils meurent donc de maladies liées au sida et de nombreuses autres maladies à un rythme plus élevé que leurs homologues féminins. Mais les hommes et les garçons ne constituent pas un groupe homogène, ce qui signifie que l'amélioration de l'accès et du recours au dépistage, au traitement et aux soins doit être adaptée non seulement aux écarts géographiques, mais aussi aux différents groupes d'hommes. Cela inclut les homosexuels, les bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les hommes qui s'injectent des drogues, les professionnels du sexe masculins, les hommes transgenres et les personnes non conformes aux normes de genre.

Une série de facteurs complexes et à plusieurs niveaux contribuent à la faible utilisation des services liés au VIH chez les hommes et les garçons. Un certain nombre de ces obstacles sont le produit de normes sexospécifiques prévalentes et néfastes, telles que l'assimilation de la maladie à la « faiblesse », qui augmentent le risque de transmission du VIH. Certaines perceptions sociétales des milieux cliniques en tant qu'« espaces féminins » et les normes de la virilité qui encouragent les hommes à prendre des risques excessifs et à exercer un contrôle excessif amplifient encore les relations de pouvoir inégales, alimentant la violence contre les femmes et les filles dans toute leur diversité. En outre, dans les endroits où la prévalence du VIH est élevée, la violence du partenaire intime et les comportements de contrôle peuvent augmenter jusqu'à 50 % les risques de contamination des femmes et des filles par le VIH (4). Une étude récente a révélé que les femmes ayant subi des violences de la part de leur partenaire intime au cours de l'année écoulée étaient plus de trois fois plus susceptibles d'avoir récemment contracté le VIH (5). Les jeunes femmes qui subissent des violences de la part de leur partenaire intime ou qui se trouvent dans un environnement contrôlant sont également plus susceptibles d'avoir un partenaire qui refuse d'utiliser un préservatif et qui entrave leur accès à la santé et aux services sexuels et reproductifs.

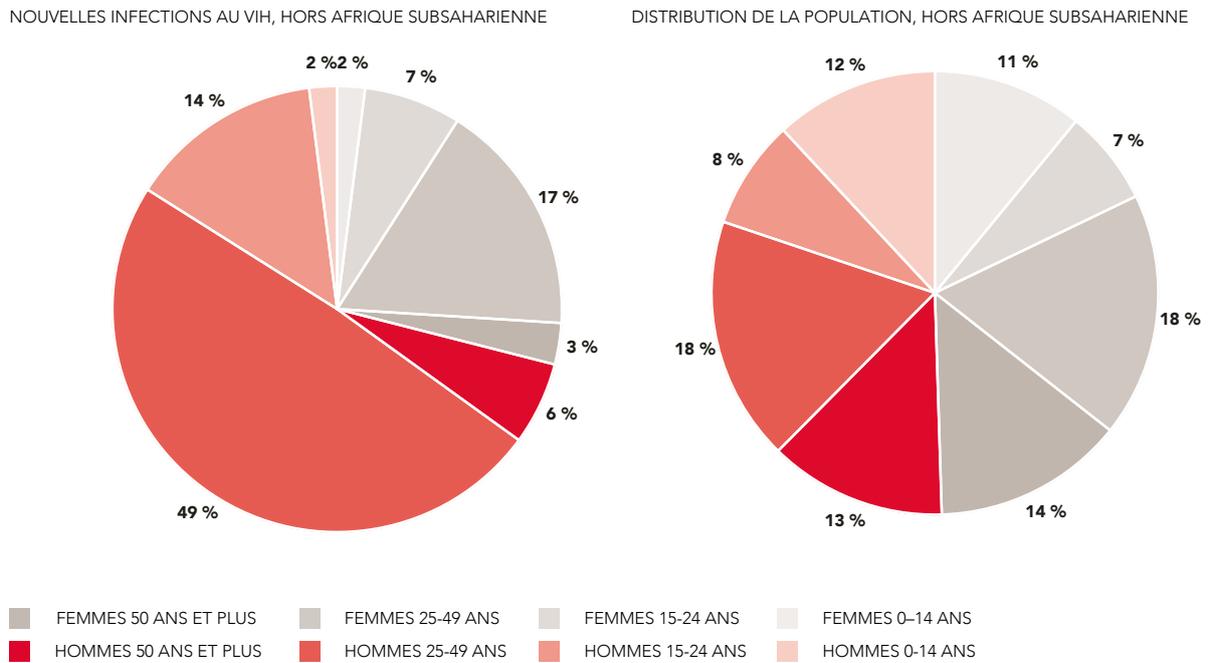
La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 appelle à des efforts systématiques de la part de tous les gouvernements et partenaires pour garantir la participation égale des femmes, des filles, des hommes et des garçons dans toute leur diversité lorsqu'il s'agit de prendre les décisions qui façonnent la riposte au VIH (11). Il en résultera une réduction des inégalités entre les sexes et de la violence sexiste, tout en veillant à ce que les hommes et les garçons bénéficient de meilleurs services leur permettant de rester à l'abri du VIH, de se soumettre régulièrement à un test de dépistage, de commencer et de poursuivre un traitement. Cela permettra non seulement d'améliorer la santé des hommes, mais aussi de faire reculer les nouvelles infections à VIH chez les femmes et les filles.

Les risques liés au VIH auxquels sont exposés les différents groupes d'hommes et de femmes varient considérablement à travers le monde, et la manière dont les inégalités fondées sur le sexe influent sur la vulnérabilité au VIH diffère également selon les contextes. Au niveau mondial, les hommes représentaient 51 % des nouvelles infections à VIH en 2021 (figure 1.5). Cependant, la charge du VIH chez les hommes varie considérablement d'une région à l'autre.

En Afrique subsaharienne, le risque de contracter le VIH pour les femmes et les filles commence à un âge précoce. Six nouvelles infections à VIH sur sept chez les adolescents concernent des filles. Dans cette région, où la plupart des hommes vivant avec le VIH ont contracté le virus lors de rapports hétérosexuels, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les hommes d'autres populations clés représentent néanmoins une part importante des épidémies

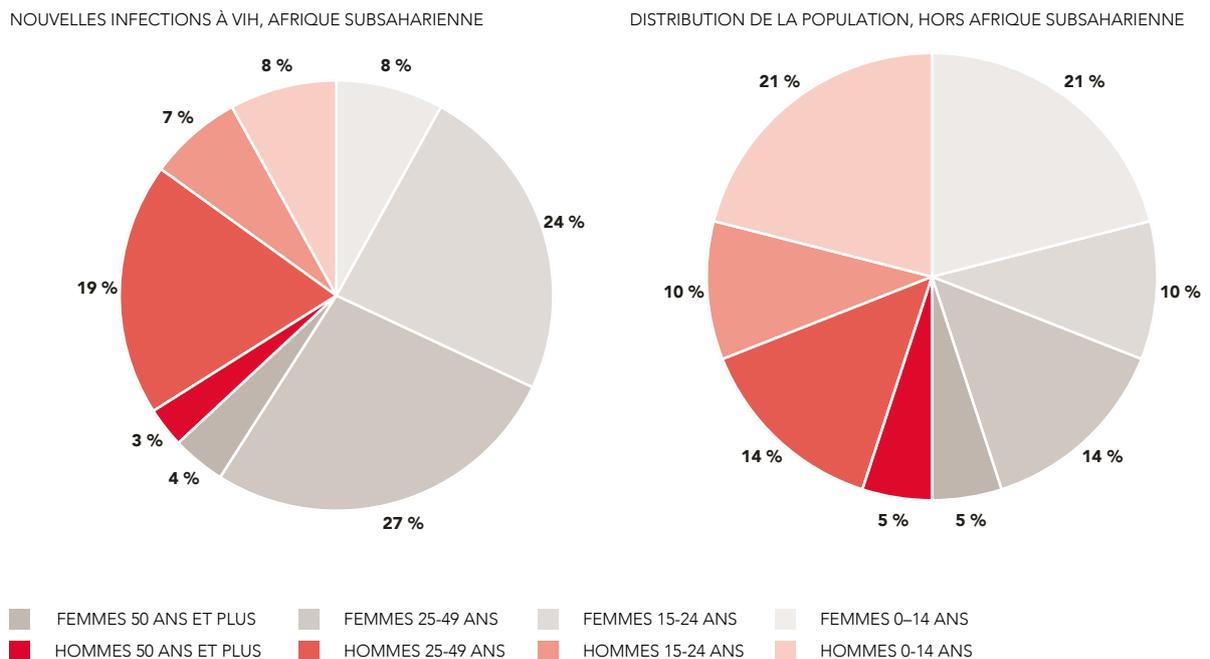
nationales. En dehors de l'Afrique subsaharienne (c'est-à-dire l'Amérique latine, les Caraïbes, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Europe orientale et l'Asie centrale, l'Asie et le Pacifique, et l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord), où la grande majorité des nouvelles infections à VIH concernent les populations clés et leurs partenaires, les hommes et les garçons représentaient 71 % des nouvelles infections à VIH (Figure 1.6). Près de la moitié (49 %) des nouvelles infections à VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne concernent des hommes âgés de 25 à 49 ans.

FIGURE 1.5 Répartition des nouvelles infections à VIH et de la population, par âge et par sexe, hors Afrique subsaharienne, 2021



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

FIGURE 1.6 Répartition des nouvelles infections à VIH et de la population, par âge et par sexe, Afrique subsaharienne, 2021



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

ENCADRÉ 1

TRANSFORMER LES MASCULINITÉS ET LES NORMES DE GENRE POUR RÉDUIRE LA VIOLENCE SEXISTE ET LE RISQUE DE SIDA

Les masculinités et les normes sexospécifiques néfastes nuisent à la santé et au bien-être des hommes et des femmes, et sont des facteurs clés qui poussent les hommes et les garçons à adopter des comportements violents, y compris la violence sexiste.

La transformation des normes néfastes en matière de genre et de masculinité chez les hommes et les garçons contribuera à réduire leur vulnérabilité, mais elle permettra également de réduire les risques et les vulnérabilités au VIH chez les femmes et les adolescentes, notamment en respectant leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs et en appliquant une tolérance zéro pour toute violence à leur encontre.

La lutte contre la violence sexiste est essentielle pour faire avancer la lutte contre le sida. Dans le monde, on estime que 245 millions de femmes âgées de 15 ans et plus, qui ont déjà été mariées ou en couple, ont subi des violences sexistes au cours des 12 derniers mois (12). La violence et la menace de violence augmentent la vulnérabilité des femmes et des filles. La violence, ou la peur de la violence, rend également difficile pour les femmes et les filles de révéler leur statut VIH et d'accéder aux services essentiels de prévention, de soins

et de traitement du VIH. Les femmes peuvent également éviter le dépistage du VIH par crainte de la violence et de l'abandon qui peuvent résulter d'un diagnostic de séropositivité (13). Des études ont montré que l'engagement des hommes et des garçons dans des interventions communautaires transformatrices de genre qui impliquent également les femmes et les filles (comme Stepping Stones ou SASA !) contribue à réduire la violence sexiste (14–16).

Les hommes et les garçons doivent être à l'avant-garde du mouvement visant à remplacer les normes sexospécifiques néfastes, à s'abstenir de toute violence sexiste (et à s'y opposer) et à respecter la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes ainsi que leur pouvoir de décision. Cela permettra aux hommes et aux garçons de ne pas être infectés par le VIH, de se soumettre régulièrement à des tests de dépistage, de commencer et de poursuivre un traitement, ce qui non seulement améliorera la santé des hommes, mais contribuera également à la diminution des nouvelles infections à VIH chez les femmes et les filles.

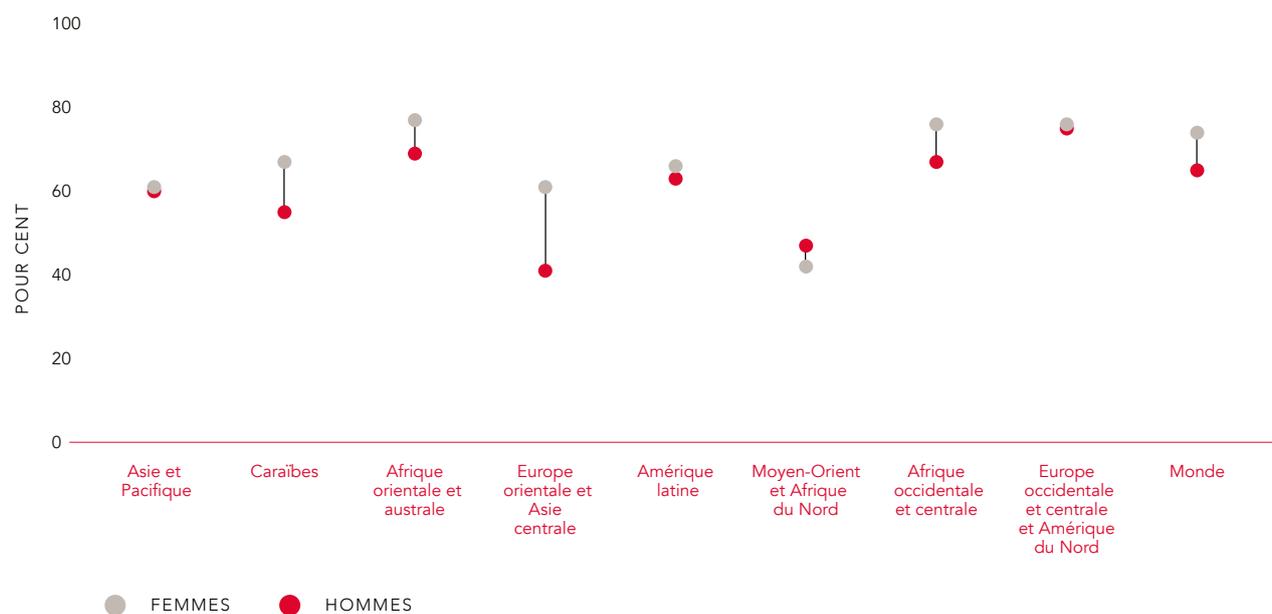
Nous devons interrompre les dynamiques de pouvoir qui rendent les filles plus vulnérables au VIH.

Disparités entre les sexes dans l'accès aux services et les résultats des traitements

Les risques de contracter le VIH chez les hommes (et les dynamiques de genre qui influent sur les résultats des hommes en matière de VIH) varient d'un pays et d'une région à l'autre et au sein d'un même pays et d'une même région, ce qui reflète la grande diversité des hommes dans le monde. Il existe une diversité géographique similaire en ce qui concerne l'accès aux services VIH et les résultats des traitements. En Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes, les taux de suppression virale sont nettement plus faibles chez les hommes que chez les femmes. Des données récentes provenant de 14 pays d'Afrique subsaharienne dans le cadre d'évaluations de l'impact du VIH sur les populations (PHIA) indiquent que les hommes de tous les groupes d'âge ont une couverture de la thérapie antirétrovirale inférieure à celle des femmes, avec des disparités particulièrement notables dans les groupes d'âge 24-34 ans et 35-44 ans (Figure 1.7).

En Europe de l'Est et en Asie centrale, où les épidémies concentrées sont alimentées par la transmission entre les populations clés et leurs partenaires, les disparités entre hommes et femmes en matière de VIH sont en fait plus importantes que celles observées en Afrique subsaharienne. À l'inverse, dans d'autres régions où les épidémies concentrées prédominent (par exemple, l'Asie et le Pacifique, l'Amérique latine, l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord), les différences entre les femmes et les hommes dans les résultats du VIH sont modestes ou inexistantes. En moyenne, au niveau mondial, 75 % des femmes vivant avec le VIH ont atteint la suppression virale, contre seulement 65 % des hommes vivant avec le VIH.

FIGURE 1.7 Pourcentage d'adultes vivant avec le VIH et ayant une charge virale supprimée, par sexe, au niveau mondial et par région, 2021

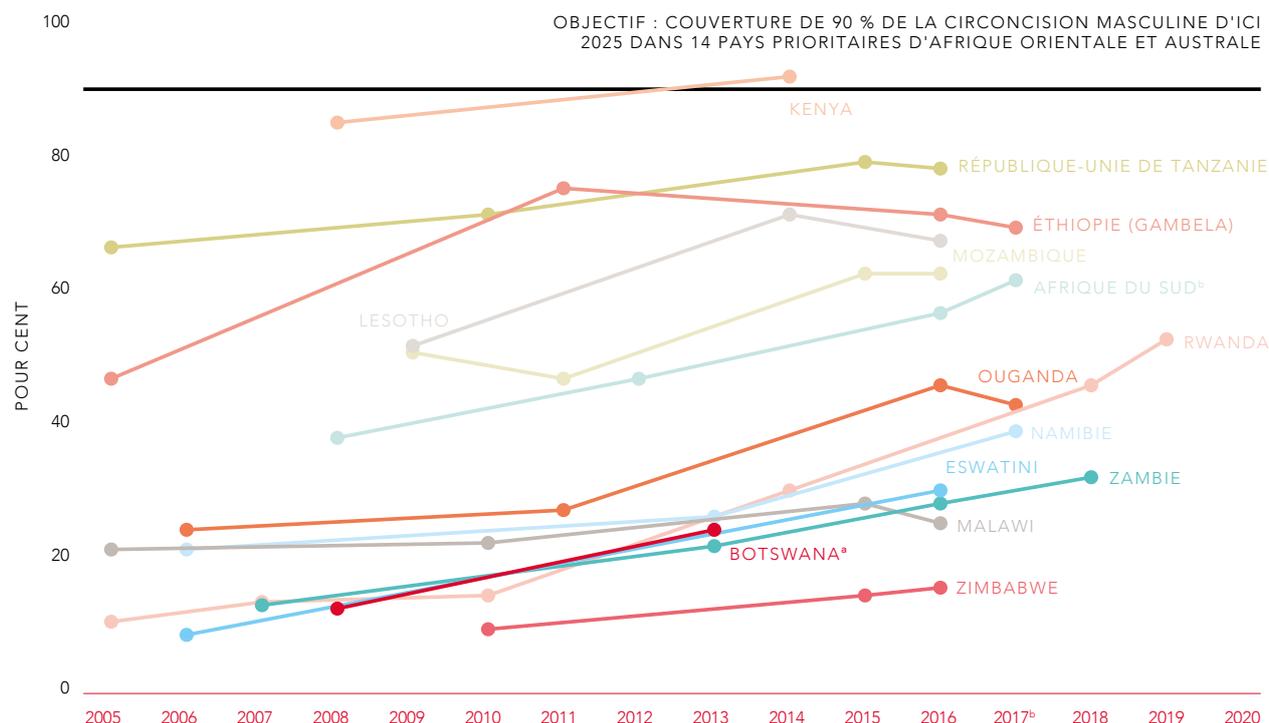


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Les raisons des disparités entre les sexes en matière de VIH varient considérablement d'une région à l'autre. Souvent, elles découlent du fait que les femmes ont un contact plus régulier avec les systèmes de santé en raison de leur grossesse ou d'autres comportements de recherche de santé. Veiller à ce que les femmes et les hommes disposent de portails et de plateformes de prestation de services de santé qui répondent à leurs besoins est une stratégie importante pour réduire les disparités dans l'utilisation des soins de santé. Cependant, pour certains hommes vivant avec le VIH, notamment ceux qui appartiennent à des populations clés, la stigmatisation et la discrimination ainsi que des systèmes de santé peu accommodants sont les facteurs les plus importants qui diminuent leur capacité à accéder aux services dont ils ont besoin.

De nombreux programmes de prévention du VIH spécifiquement axés sur les hommes n'ont pas l'impact souhaité. Par exemple, les programmes de circoncision médicale volontaire dans tous les pays prioritaires n'atteignent pas actuellement leur objectif de couverture de 90 % (figure 1.8). Alors que l'utilisation de ces services a tendance à augmenter rapidement au Lesotho et en Afrique du Sud, les progrès sont plus lents en Eswatini, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe.

FIGURE 1.8 Prévalence de la circoncision masculine, 14 pays prioritaires, 2005-2020 et objectif 2025



^a Enquêtes sur l'impact du sida au Botswana, hommes âgés de 10 à 64 ans.

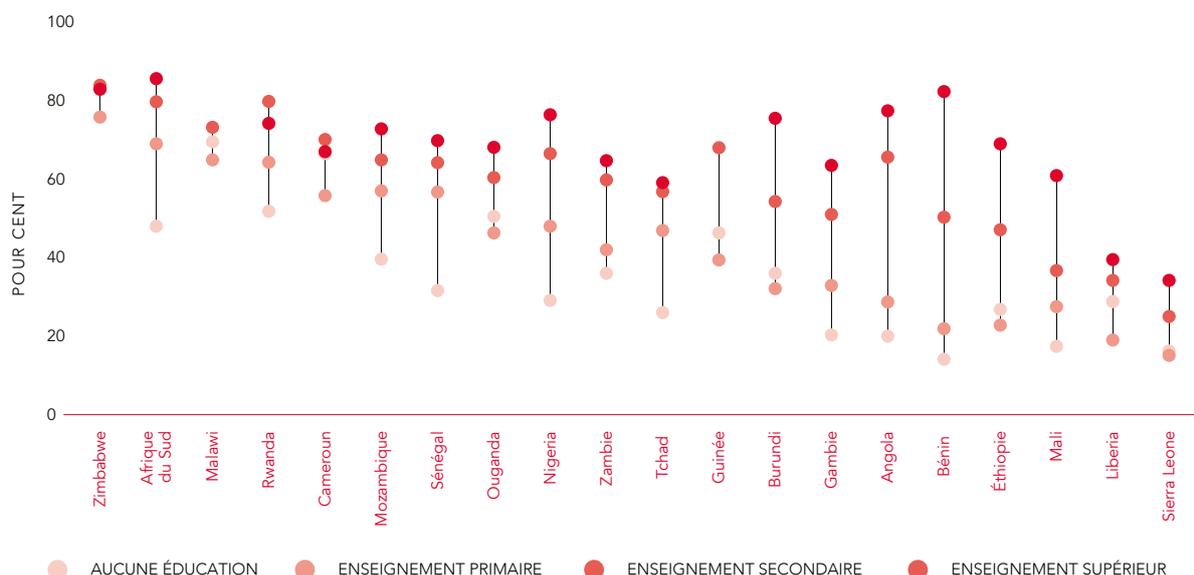
^b 2017 HSRC Survey.

Source : Enquête démographique et de santé (EDS) et évaluations de l'impact sur la santé de la population (PHIA) (2005-2020).

Remarque : Les données pour le Sud-Soudan ne sont pas incluses.

Les efforts visant à accroître l'utilisation du préservatif chez les hommes dans les milieux à forte prévalence du VIH sont entravés par d'autres inégalités. Dans la plupart des pays d'Afrique, les hommes ayant un niveau d'éducation élevé sont plus susceptibles d'utiliser des préservatifs, mais cette tendance ne semble pas se confirmer au Malawi, en Afrique du Sud et au Zimbabwe, où des taux d'utilisation du préservatif plus égaux sont signalés parmi les hommes de différents niveaux d'éducation (Figure 1.9).

FIGURE 1.9 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel par les hommes (âgés de 15 à 49 ans) avec un partenaire non régulier, par niveau d'éducation, pays sélectionnés, 2015-2020



Source : Enquêtes démographiques et de santé, 2015-2020.

Répondre aux besoins des femmes et des hommes en matière de VIH est une priorité urgente

Plus de 750 000 hommes ont contracté le VIH rien qu'en 2021, et les écarts en matière de dépistage, de traitement et de suppression virale sont souvent plus importants chez les hommes que chez les femmes. Cet écart est complexe et n'est pas nécessairement lié aux inégalités que les hommes subissent en raison de leur sexe, puisque la plupart des hommes ne se voient pas refuser des services liés au VIH en raison de leur sexe. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre la corrélation entre les comportements masculins et le dépistage, le traitement et la prévention. Il reste toutefois important de combler ces lacunes, non seulement pour réduire la mortalité chez les hommes vivant avec le VIH, mais aussi pour contribuer à prévenir les infections chez les femmes et les filles, notamment en Afrique subsaharienne. Par exemple, une étude phylogénétique récemment publiée en Zambie a révélé que les hommes étaient deux fois plus susceptibles d'être la source de l'infection que les femmes, et que les hommes âgés de 35 à 39 ans étaient presque six fois plus susceptibles que les femmes du même groupe d'âge d'être la source de l'infection à VIH (17). Ces données confirment que l'une des variables clés et souvent déterminantes du risque de contracter le VIH chez les femmes est la prévalence de la charge virale non supprimée chez les hommes. De nouvelles données issues d'enquêtes menées dans 14 pays indiquent également que les hommes chez qui le VIH a été diagnostiqué mais qui n'ont pas reçu de traitement sont plus de deux fois plus susceptibles d'adopter des comportements à haut risque de transmission du VIH que les personnes vivant avec le VIH qui ont une charge virale indétectable (18). L'optimisation des résultats pour les hommes vivant avec le VIH est essentielle pour espérer mettre fin au sida en tant que menace de santé publique pour tous, y compris les femmes et les filles, notamment en Afrique subsaharienne.

Comme pour toute population, les services centrés sur les personnes doivent répondre aux besoins et aux préférences des hommes dans le cadre où ils sont dispensés. Les normes locales en matière de genre et les autres déterminants sociaux de la santé doivent être pris en compte. Des efforts structurels visant à modifier les normes de genre sont également nécessaires pour combler l'écart d'utilisation des services de santé chez les hommes : de nombreuses études établissent une corrélation entre les notions traditionnelles de masculinité et les comportements de recherche de santé comparativement plus faibles des hommes (19–21). Dans le cas des communautés de lesbiennes, de gays, de bisexuels, de transgenres et d'intersexués (LGBTI), l'hostilité à l'égard des diverses identités de genre et orientations sexuelles, combinée à l'incapacité des systèmes à donner la priorité aux besoins des personnes LGBTI ou à y répondre, empêche souvent les individus d'accéder aux services de santé (22, 23).

Il existe des stratégies éprouvées pour combler les lacunes en matière de services dont souffrent les hommes et les garçons dans toute leur diversité. En 2022, l'ONUSIDA et ses partenaires ont élaboré un cadre d'action pour accroître l'engagement des hommes dans les services VIH en Afrique orientale et australe.¹

Pour combler les lacunes des services destinés aux hommes, il faut adopter une approche holistique qui améliore la prestation des services tout en réduisant les obstacles sociaux à l'accès et à l'utilisation des services (24). Il convient de créer un environnement propice à l'élaboration de normes de genre plus saines qui encouragent les comportements de recherche de la santé chez les hommes. Les services de santé doivent également être rendus accessibles et invitants pour tous, y compris les hommes, et des efforts ciblés sont nécessaires pour garantir l'adoption rapide des technologies de prévention par les hommes.

Les approches des services de santé ne tiennent souvent pas compte de la diversité des hommes, en particulier des hommes des populations clés (Figure 1.10). Alors que la collecte et la désagrégation des données sont essentielles pour orienter et suivre les efforts visant à accroître la participation des hommes aux services de lutte contre le VIH, de nombreux pays continuent de s'appuyer largement sur les données de prévalence du VIH provenant des établissements de soins prénatals pour comprendre les tendances dans le temps.

1 Voir : Male engagement in HIV testing, treatment and prevention in eastern and southern Africa. A framework for action. Genève : ONUSIDA ; 2022 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/male-engagement-hiv-testing-treatment-prevention-eastern-southern-africa>).

FIGURE 1.10 Les hommes et le VIH

Pensez hommes, pensez diversité	Piètres demandeurs ou piètres services de santé ?	Pensez hommes, pensez contexte	Pensez hommes, pensez éradication du sida
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appréhendez la diversité des hommes et ses implications. ▪ Pensez hommes, pensez hétérogène. ▪ Pensez hommes, pensez différencié. ▪ Pensez hommes, défiez les stéréotypes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les hommes sollicitent bel et bien les services de santé. ▪ Les systèmes de santé sont-ils conçus pour accueillir les hommes ? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensez hommes, pensez local : les meilleures solutions sont locales. ▪ Pensez hommes, pensez évolution. ▪ Pensez à des approches variées. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pensez hommes, pensez partenariats. ▪ Pensez hommes, pensez inclusion et mise en œuvre. ▪ Pensez hommes, pensez à tous les hommes.

Source : Groupe de travail technique mondial sur les hommes et le VIH.

Les systèmes de santé doivent saisir toutes les occasions d'impliquer les hommes chaque fois qu'ils se rendent dans un établissement de santé. Une étude récente menée au Malawi a révélé que seuls 7 % des hommes ayant fréquenté un établissement de santé au cours des 12 derniers mois se sont vu proposer un test de dépistage du VIH (25). L'intégration des soins primaires, des services de lutte contre le VIH et des services de santé sexuelle et reproductive permettra d'éviter les occasions manquées et augmentera la probabilité que les hommes obtiennent les services dont ils ont besoin.

Les services de santé communautaires profitent à tous. Les services de santé devraient être déplacés des cliniques vers les communautés, où ils devraient être dirigés par les communautés concernées afin d'atteindre les femmes, les hommes et les communautés de genre différent. Les communautés doivent également élaborer et mettre en œuvre des stratégies et des modèles de prestation de services communautaires adaptés aux femmes, aux hommes et aux personnes non binaires.

Des efforts ciblés sont également nécessaires pour susciter la demande de services de santé chez les hommes par le biais de stratégies telles que les médias, l'influence des pairs et les innovations en matière de m-santé et de santé en ligne. Parmi les stratégies prometteuses, citons les programmes sur le lieu de travail axés sur les hommes, les cliniques spécialement conçues pour les hommes, les mesures spécifiques visant à impliquer les hommes qui accompagnent leurs épouses dans les programmes prénatals, l'utilisation des chefs traditionnels pour impliquer les hommes, l'utilisation de la technologie pour impliquer les hommes, ainsi que la recherche et l'implication des hommes par le biais du test d'indexation des partenaires. Le message U = U (pour Undetectable = Untransmittable, soit en français Indétectable = non transmissible) offre également une raison potentiellement convaincante pour les hommes de solliciter des services de dépistage et de traitement du VIH.

Dans les régions où les résultats en matière de VIH sont bien moins bons pour les hommes, des réponses innovantes et adaptées sont nécessaires pour combler les lacunes des hommes en matière de services liés au VIH et pour maximiser la protection des femmes et des filles contre le VIH.

Des efforts ciblés de changement des normes sociales sont également nécessaires pour accroître l'utilisation des services par les hommes. La priorité doit être donnée à l'engagement des hommes et des adolescents dans des programmes de transformation du genre, ce qui permet non seulement de réduire le risque de violence sexiste chez les femmes, mais aussi d'augmenter les comportements de recherche de la santé chez les hommes. Les professionnels de la santé doivent être sensibilisés aux besoins différents des femmes et des hommes vivant avec le VIH et éliminer les mythes courants sur les hommes et les soins de santé. Dans tous les contextes, mais surtout dans les endroits où le VIH est fortement concentré parmi les populations clés, la suppression des lois punitives qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe, le commerce du sexe ou la consommation de drogues est essentielle pour démanteler les obstacles aux soins parmi les populations clés.

© ONUSIDA



Zlata avait 16 ans lorsqu'elle a fait un test dans une clinique mobile et a découvert qu'elle était séropositive.

Références

1. HIV and transgender and other gender-diverse people. Human rights fact sheet series. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04-hiv-human-rights-factsheet-transgender-gender-diverse_en.pdf).
2. McKinnon B, Vander Morris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ.* 2018;97:42-50.
3. Gender-related killings of women and girls (femicide/feminicide): global estimates of gender-related killings of women and girls in the private sphere in 2021. Vienna: UNODC, UN Women; 2022.
4. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the Demographic and Health Surveys tell us? *Lancet Glob Health.* 2015;3:e34-e43.
5. Kuchukhidze S, Panagiotoglou D, Boily MC, Diabete S, Eaton JW, Mbofana R et al. The effect of intimate partner violence on women's risk of HIV acquisition and engagement in the HIV treatment and care cascade: an individual-participant data meta-analysis of nationally representative surveys in sub-Saharan Africa. 2022. Preprint. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.08.04.22278331>.
6. De Neve J, Fink G, Subramanian, SV, Moyo S, Bor, J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *The Lancet Global Health.* 2015;3:8:e470-e477.
7. COVID-19 and its economic toll on women: the story behind the numbers. In: UN Women [Internet]. 16 September 2020. New York: UN Women; c2022 (<https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/9/feature-covid-19-economic-impacts-on-women>).
8. Peck JA. The disproportionate impact of COVID-19 on women relative to men: a conservation of resources perspective. *Feminist Frontiers.* 2020;1-14.
9. Treibich C, Bell E, Blanc E, Lépine A. From a drought to HIV: an analysis of the effect of droughts on transactional sex and sexually transmitted infections in Malawi. *SSM. Population Health.* 2022;19:101221.
10. Khalifa A, Findley S, Gummerson E, Manteall JE, Hakin AJ, Philip NM et al. Associations between mobility, food insecurity, and transactional sex among women in cohabitating partnerships: an analysis from 6 African countries 2016-2017. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2022;90:388-98.
11. End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021–2026. Geneva: UNAIDS; 2021.
12. Violence against women prevalence estimates, 2018. Executive summary. Geneva: WHO; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341338/9789240026681-eng.pdf?sequence=1>).
13. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health.* 2022;22:220.
14. Gibbs A, Washington L, Abdelatif N, Chirwa E, Willan S, Shai N et al. Stepping Stones and Creating Futures intervention to prevent intimate partner violence among young people: cluster randomized controlled trial. *J Adolesc Health.* 2020 Mar;66(3):323-35. doi:10.1016/j.jadohealth.2019.10.004.
15. Gibbs A, Abdelatif N, Washington L, Chirwa E, Willan S, Shai N et al. Differential impact on men in an IPV prevention intervention: a post hoc analysis using latent class analysis of the Stepping Stones and Creating Futures intervention in South Africa. *Soc Sci Med.* 2020 Nov;265:113538. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113538.
16. Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E et al. Findings from the SASA! study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Med.* 2014;12(1):122.
17. Hall M, Golubchik T, Bonsall D, Abeler-Dörner L, Limbada M, Kosloff B et al. Demographic characteristics of sources of HIV-1 transmission in the era of test and treat. Preprint (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.10.04.21263560v2.full-text>).
18. Edun O, Okell L, Chun H, Ndongmo CB, Shang JD, Brou H et al. Association between HIV low-level viremia and risk behaviour, and its contribution to HIV transmission: analysis of 14 cross-sectional Population-based HIV Impact Assessment surveys in sub-Saharan Africa. Forthcoming.
19. Olanrewaju FO, Ajayi LA, Loromeke E, Olanrewaju A, Allo T, Nwannebuife O. Masculinity and men's health-seeking behaviour in Nigerian academia. *Cogent Social Sciences.* 2019;5:1.
20. De Visser RO, McDonnell EJ. "Man points": masculine capital and young men's health. *Health Psychol.* 2013;32:5-14.
21. Odimegwu C, Pallikadavath S, Adedini S. The cost of being a man: social and health consequences of Igbo masculinity. *Culture, Health & Sexuality.* 2013;15:219-34.
22. Tadele G, Made WK. Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Equity Health.* 2019;18(1):86.
23. Pachankis JE, Hatzenbuehler ML, Hickson F, Weatherburn P, Berg RC, Marcus U et al. Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS.* 2015;29:1239-46.
24. Lippman SA, Pettifor A, Kang DuFour M-S, Whiteson Kabudula C, Twine R, Peacock D et al. A community mobilisation intervention to improve engagement in HIV testing, linkage to care, and retention in care in South Africa: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet HIV.* 2022;9:e617-e626.
25. Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. *Bull World Health Organ.* 2021;99(9):618-26.

DÉCRIMINALISATION, DÉSTIGMATISATION ET INCLUSION DES POPULATIONS CLÉS

La discrimination, la stigmatisation et la criminalisation de populations clés coûtent des vies et empêchent le monde d'atteindre les objectifs convenus en matière de sida. Les populations clés (les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues, les prisonniers et autres personnes incarcérées) sont les plus exposées au risque de contracter le VIH, mais sont les moins susceptibles d'être prioritaires dans de nombreuses réponses nationales au VIH.

Les inégalités structurelles et les obstacles liés aux droits de l'homme augmentent considérablement le risque de contracter le VIH et réduisent l'accès aux services, ce qui conduit à la situation actuelle, où le risque relatif de contracter le VIH est 35 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues que chez les adultes qui ne le font pas. Il est également 30 fois plus élevé chez les professionnelles du sexe et 14 fois plus élevé chez les femmes transgenres qu'il ne l'est chez les femmes adultes (15-49 ans) de la population générale, et 28 fois plus élevé chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que chez les hommes adultes (15-49 ans) de la population générale. Les personnes incarcérées sont cinq fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les adultes de la population générale.



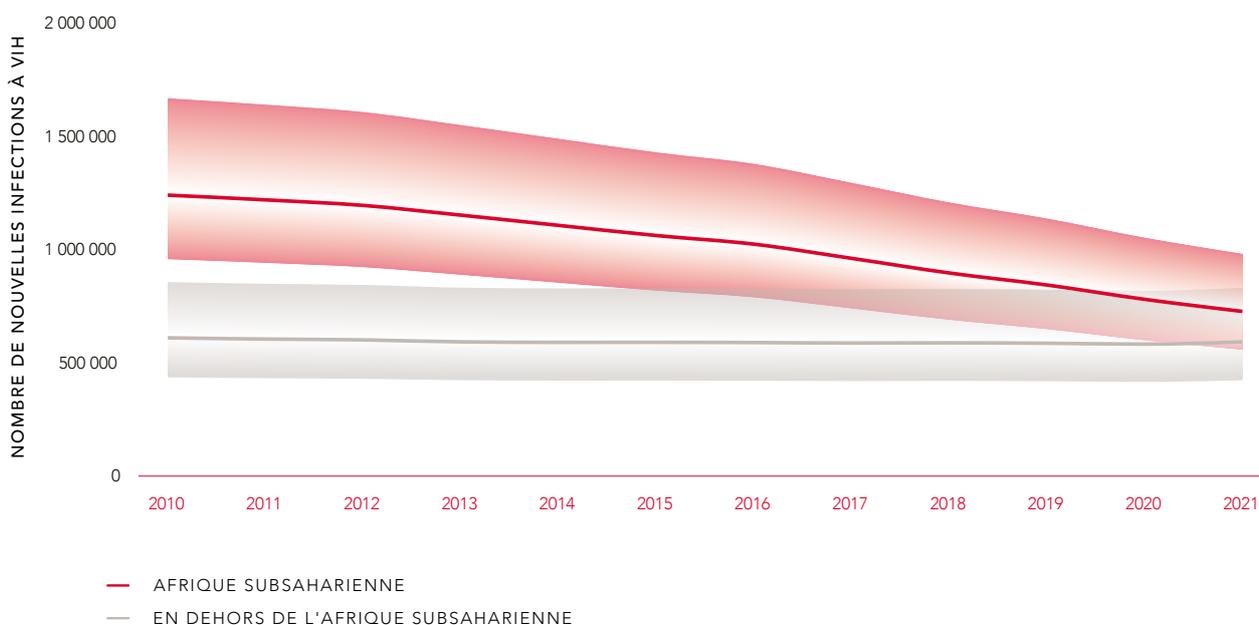
Les jeunes d'Asie-Pacifique exigent des mesures solides pour réduire le risque de VIH chez les jeunes populations clés, octobre 2022.

© UNUSIDA

Les nouvelles infections à VIH dans les épidémies qui se concentrent sur les populations clés ne diminuent pas à l'échelle mondiale ; une des raisons pour lesquelles la riposte mondiale n'est pas sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de 2030

L'incapacité à mettre en place une riposte au VIH qui permette aux populations clés de protéger leur santé et d'éviter de contracter le virus est l'une des raisons pour lesquelles le monde n'a pas atteint les objectifs de la Stratégie d'accélération 2020, et pourquoi nous ne sommes pas actuellement sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de 2025 décrits dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (1). Comme le montre la figure 2.1, la baisse des nouvelles infections a été la plus forte en Afrique subsaharienne, où une grande partie de l'épidémie est transmise par contact hétérosexuel, mais elle a marqué le pas dans les régions hors d'Afrique subsaharienne, où les nouvelles infections se concentrent parmi les populations clés. Bien que cette relation ne soit pas nécessairement causale, les raisons des inégalités dans la réduction des nouvelles infections sont importantes à considérer.

FIGURE 2.1 Tendances des nouvelles infections à VIH, en Afrique subsaharienne et hors d'Afrique subsaharienne, 2010-2021

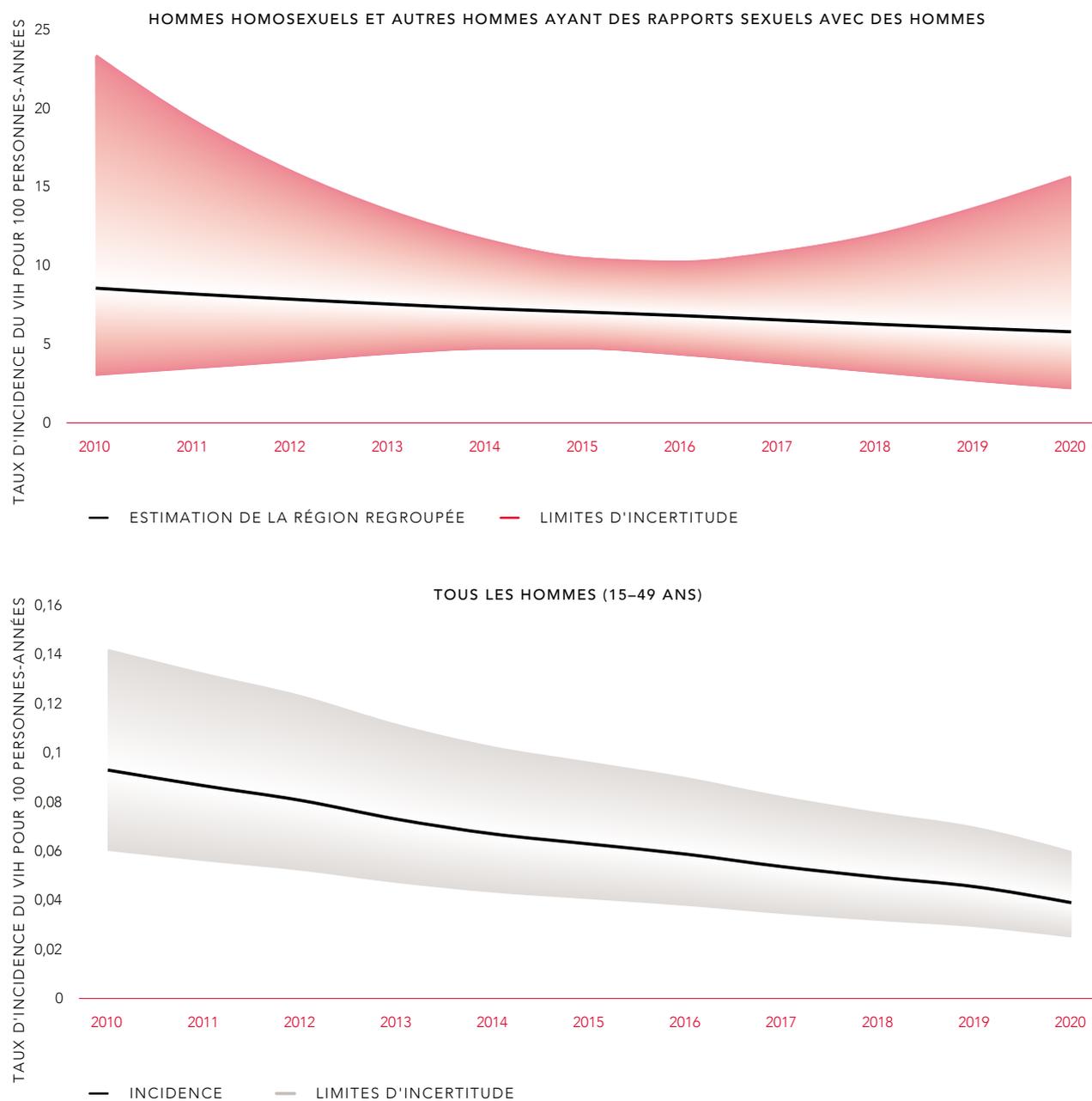


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Si l'on ventile davantage la baisse en Afrique subsaharienne, où se sont produits nombre des plus grands succès mondiaux en matière de prévention du VIH, aucune baisse significative n'a été observée dans les nouvelles infections à VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes depuis 2010. L'incidence du VIH en Afrique occidentale et centrale a diminué de 58 % chez les hommes adultes (âgés de 15 à 49 ans) dans l'ensemble depuis 2010, mais un examen systématique des données a révélé qu'il n'y avait pas de baisse concluante chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au cours de la même période (figure 2.2) (2). En Afrique orientale et australe, l'incidence du VIH chez les hommes adultes (âgés de 15 à 49 ans) a globalement diminué de 62 % depuis 2010, mais la même étude a révélé qu'il n'y avait pas eu de baisse significative chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pendant cette période (figure 2.3).¹

¹ Dans les deux régions, les données étaient rares et ne fournissaient pas d'informations suffisantes pour conclure que l'incidence du VIH chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'augmentait pas réellement.

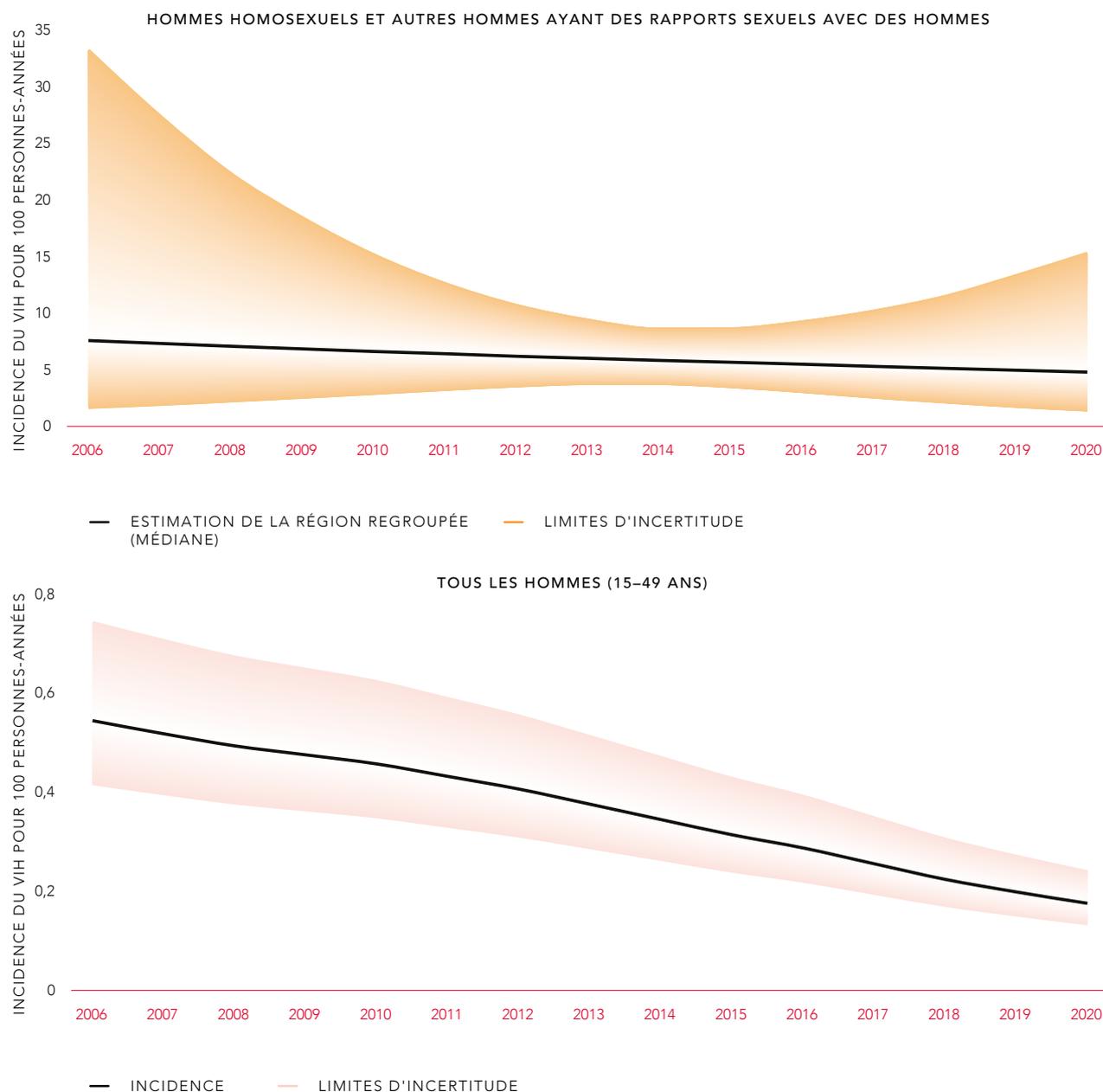
FIGURE 2.2 Estimation de l'incidence du VIH chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez tous les hommes adultes (15-49 ans) dans la population générale, Afrique occidentale et centrale, 2010-2020



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 ; Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa : a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (<https://doi.org/10.1101/2022.11.14.22282329>).

Remarque : Les limites d'incertitude de l'incidence adulte définissent la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle (si elle peut être mesurée). Des limites étroites indiquent qu'une estimation est précise, tandis que des limites larges indiquent une plus grande incertitude concernant l'estimation.

FIGURE 2.3 Estimation de l'incidence du VIH chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et chez tous les hommes adultes (âgés de 15 à 49 ans) dans la population générale, Afrique orientale et australe, 2010-2021



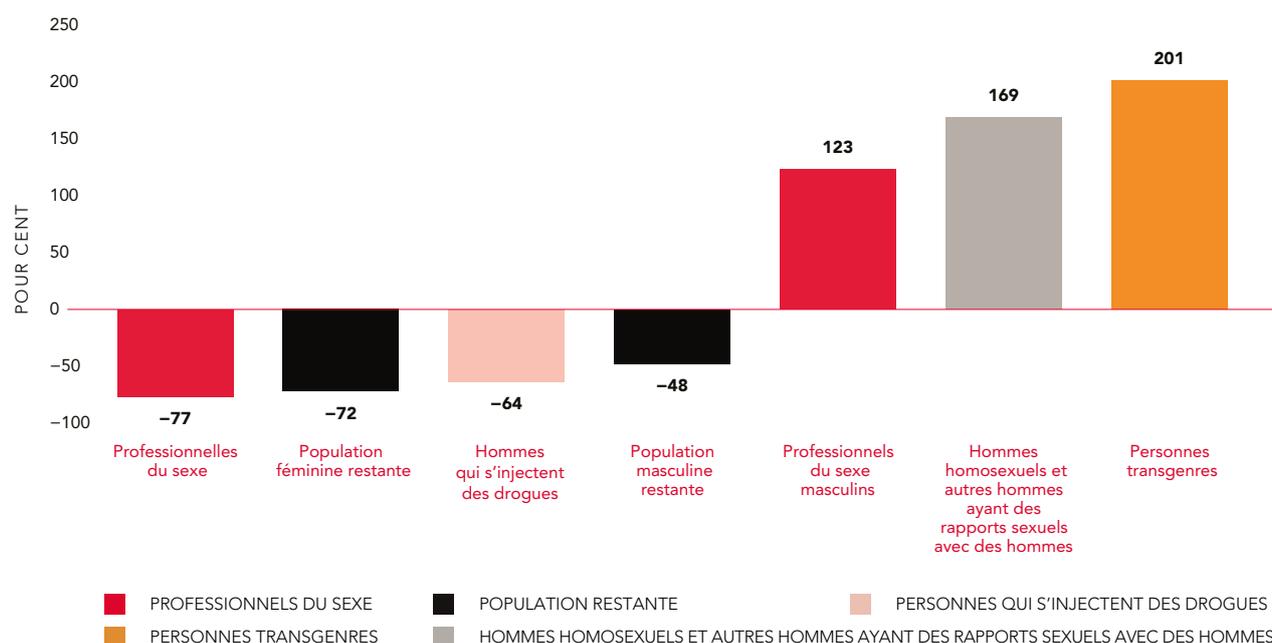
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 ; Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa : a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (<https://doi.org/10.1101/2022.11.14.22282329>).

Remarque : Les limites d'incertitude de l'incidence adulte définissent la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle (si elle peut être mesurée). Des limites étroites indiquent qu'une estimation est précise, tandis que des limites larges indiquent une plus grande incertitude concernant l'estimation.

Ces tendances suggèrent qu'au fil du temps, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en sont venus à représenter une part croissante des nouvelles infections à VIH chez les hommes en Afrique subsaharienne : en 2021, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient près d'une nouvelle infection à VIH sur cinq en Afrique occidentale et centrale.

La transmission au sein des populations clés est un moteur important des épidémies de VIH dans toutes les régions du monde, qu’il s’agisse d’épidémies généralisées ou concentrées. Même dans les pays qui ont été des leaders en matière de prévention du VIH, les populations clés ne bénéficient pas de manière égale des succès de la prévention. Par exemple, les nouvelles infections à VIH au Cambodge ont nettement diminué depuis 2010 chez les professionnelles du sexe, les personnes qui s’injectent des drogues et les hommes et les femmes de la population générale, mais elles ont plus que doublé chez les professionnels du sexe masculins, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et les personnes transgenres au cours de la même période (figure 2.4).

FIGURE 2.4 Variation en pourcentage des nouvelles infections à VIH parmi les populations adultes, Cambodge, 2010-2021



Source : Estimations épidémiologiques de l’ONUSIDA, 2022.

Au niveau mondial, les études confirment que l’incidence du VIH reste élevée parmi les professionnel(le)s du sexe, en particulier dans les pays qui criminalisent le commerce du sexe, où les professionnel(le)s du sexe sont sept fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que leurs homologues dans les pays où le commerce du sexe est totalement ou partiellement légalisé (3). À titre d’exemple, une récente étude systématique a souligné les risques disproportionnés de contracter le VIH chez les adolescentes confrontées à l’exploitation sexuelle avant l’âge de 18 ans (4).

L’un des principaux facteurs dans les régions où le nombre de personnes infectées par le VIH continue d’augmenter est le manque d’accès à des aiguilles et des seringues propres pour les personnes qui s’injectent des drogues. Cela est particulièrement vrai en Europe orientale et en Asie centrale, ainsi qu’au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, où les personnes qui s’injectent des drogues représentaient respectivement 39 % et 30 % de toutes les nouvelles infections à VIH en 2021.

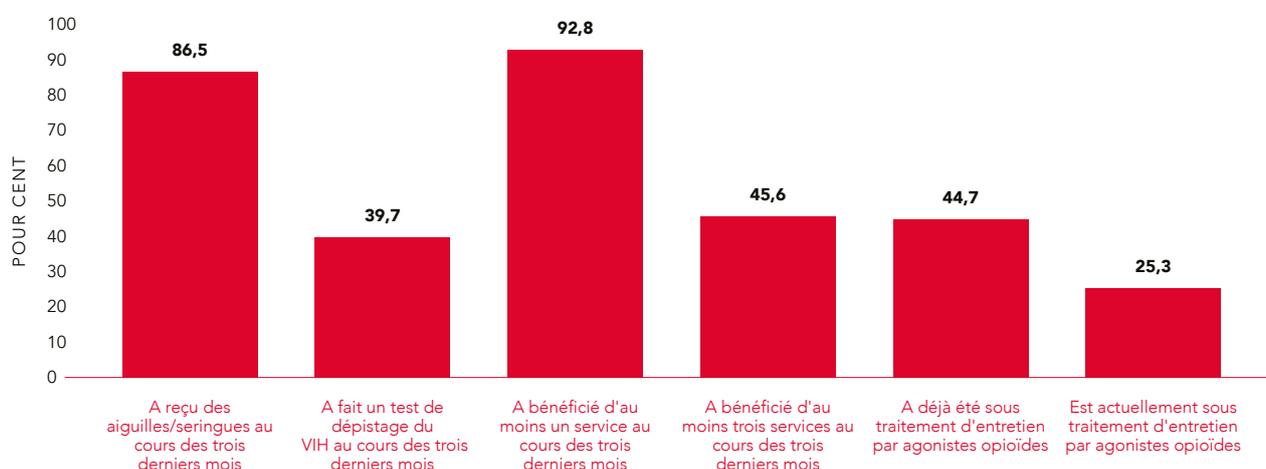
39 %

DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH EN EUROPE ORIENTALE ET EN ASIE CENTRALE CONCERNAIENT DES PERSONNES S’INJECTANT DE LA DROGUE

L'accès à des services combinés de prévention et de traitement du VIH parmi les populations clés reste limité dans la plupart des pays du monde

Compte tenu du grave sous-financement des interventions en faveur des populations clés (voir figure 4.4), les membres de ces populations ont du mal à obtenir un accès adéquat aux services dans de nombreux contextes. En Inde, par exemple, l'accès aux services de réduction des risques est faible, et l'accès au traitement d'entretien par agonistes opioïdes est particulièrement faible (figures 2.5 et 2.6). De même, des lacunes dans la couverture des services de prévention sont apparentes pour les professionnel(le)s du sexe en Inde (5). De nombreux pays ne disposent pas de données comparables sur l'accès aux services de prévention et de traitement. Cela est dû à la faiblesse de l'engagement des pays à collecter ces données et à en rendre compte, à l'insuffisance des financements pour collecter des données auprès des populations clés et à des difficultés méthodologiques lors de la collecte de données représentatives.

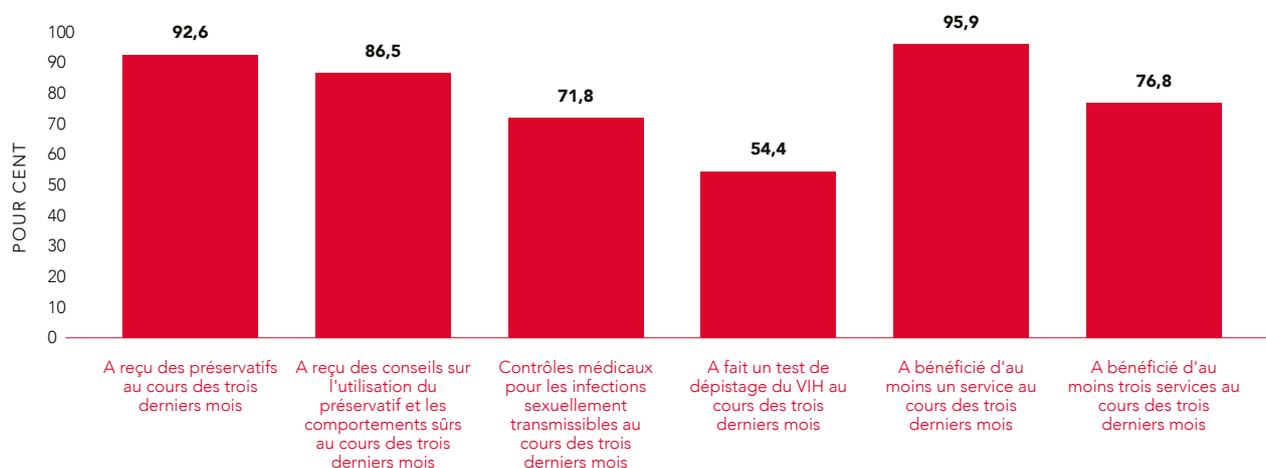
FIGURE 2.5 Pourcentage de personnes qui s'injectent des drogues et qui déclarent avoir bénéficié de services de prévention du VIH au cours des trois derniers mois, Inde, 2020



Source : Enquête de surveillance comportementale – Lite, 2020. Principaux résultats. New Delhi : National AIDS Control Organization (Inde), All India Institute of Medical Sciences, New Delhi ; 2020 (<http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf>).

Remarque : Nombre total de répondants = 4207.

FIGURE 2.6 Pourcentage de professionnelles du sexe ayant déclaré avoir bénéficié de services de prévention du VIH au cours des trois derniers mois, Inde, 2020

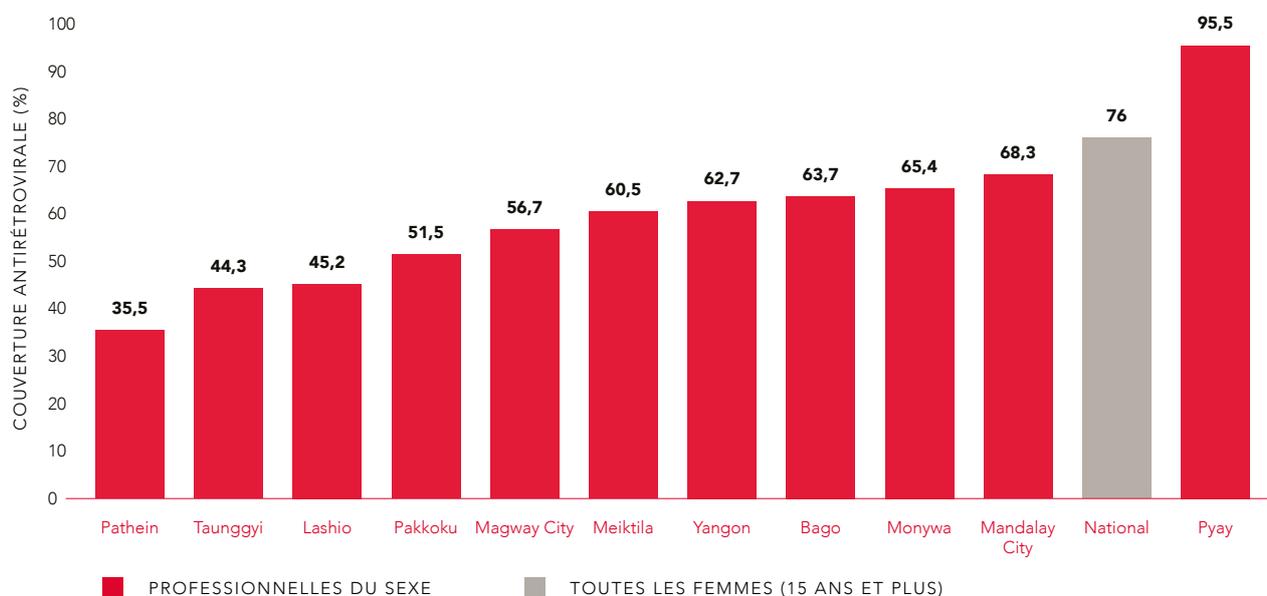


Source : Enquête de surveillance comportementale – Lite, 2020. Principaux résultats. New Delhi : National AIDS Control Organization (Inde), All India Institute of Medical Sciences, New Delhi ; 2020 (<http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf>).

Remarque : Nombre total de répondants = 5018.

Les données issues d'enquêtes auprès des populations clés montrent que la couverture des services est sous-optimale dans certains pays. Par exemple, dans toutes les régions du Myanmar sauf une, la couverture du traitement du VIH est plus élevée chez toutes les femmes adultes (âgées de plus de 15 ans) que chez les professionnelles du sexe (Figure 2.7).

FIGURE 2.7 Couverture de la thérapie antirétrovirale parmi les professionnelles du sexe et toutes les femmes adultes (âgées de plus de 15 ans) dans la population générale, Myanmar, 2019



Source : Enquête comportementale et biologique auprès des professionnelles du sexe, Myanmar (2019) ; estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

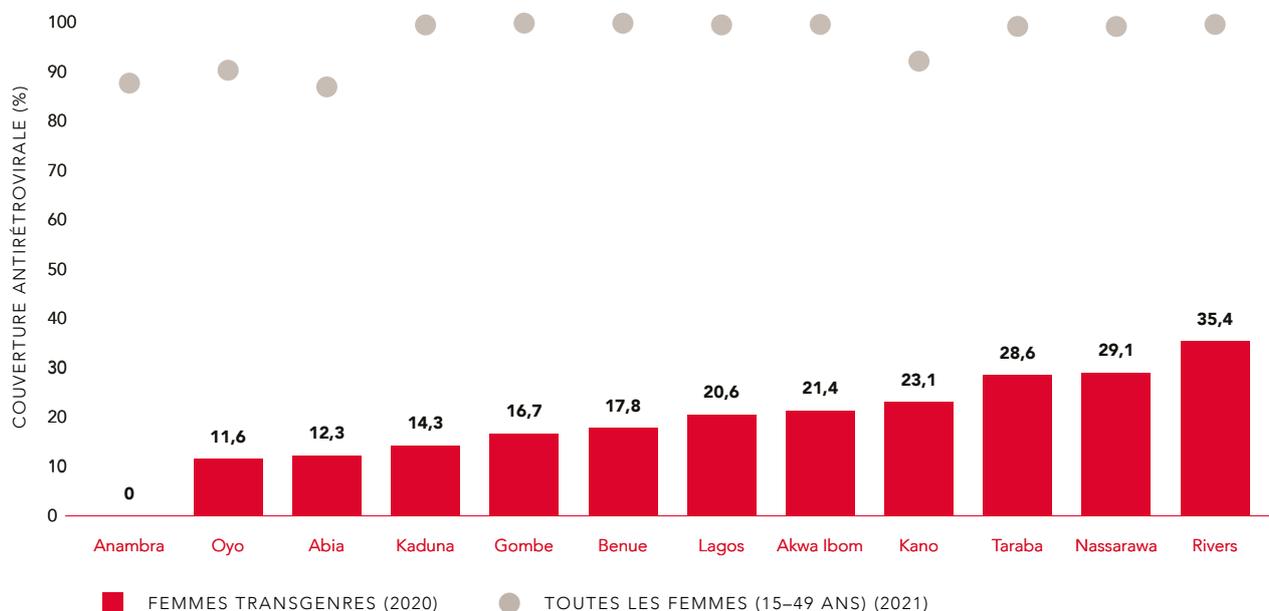


© ONUSIDA/M. HYOKY

Événement de fierté à Maseru, au Lesotho, organisé par l'association People's Matrix, un groupe de défense qui fait campagne pour les droits et la dignité des personnes LGBTI au Lesotho, novembre 2019.

De même, la couverture du traitement du VIH chez les femmes transgenres dans 12 établissements au Nigeria était largement inférieure à la couverture de l'ensemble des femmes adultes (âgées de 15 à 49 ans) (Figure 2.8).

FIGURE 2.8 Couverture antirétrovirale chez les femmes transgenres, 2020, et chez toutes les femmes (15-49 ans) dans la population générale, sites sous-nationaux, Nigeria, 2021



Source : Enquête de surveillance biologique et comportementale intégrée VIH/IST, Nigeria, 2020 ; estimations épidémiologiques sous-nationales de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

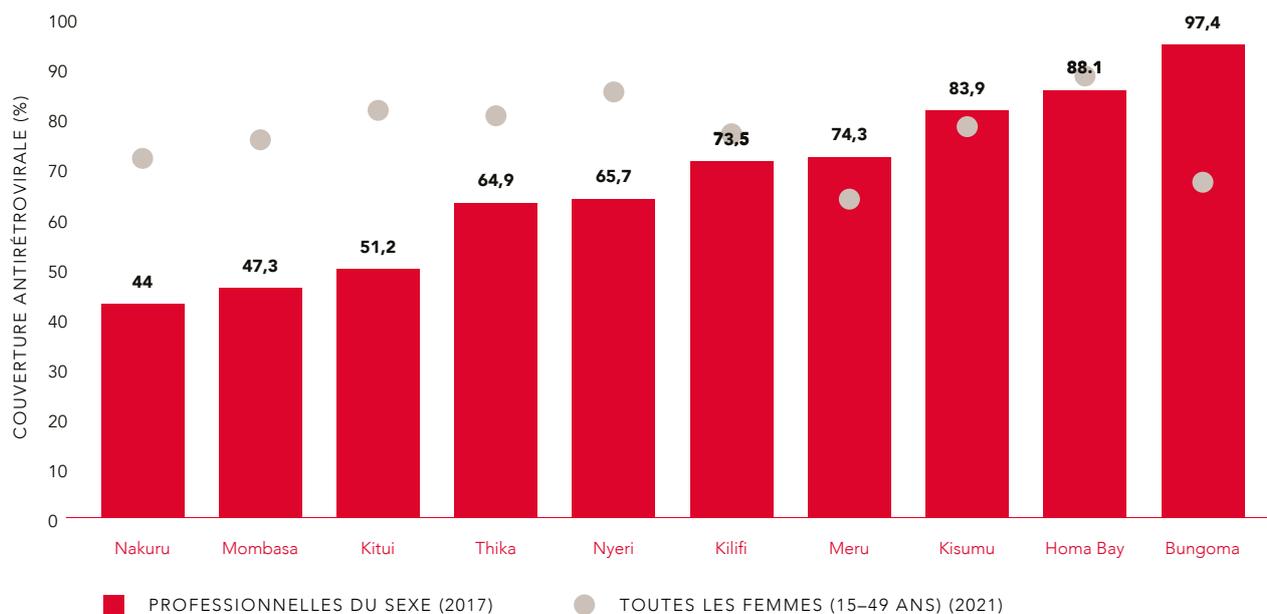
© UNUSIDA



Une jeune professionnelle du sexe à Accra, au Ghana, en 2022.

De même, la couverture du traitement du VIH était plus faible chez les professionnelles du sexe que chez l'ensemble des femmes adultes (âgées de 15 à 49 ans) dans sept des dix contextes étudiés au Kenya (Figure 2.9). Mais la bonne nouvelle est que cette inégalité n'est pas inévitable : les données de trois comtés montrent des taux égaux ou supérieurs chez les professionnelles du sexe, résultat d'une programmation solide en matière de VIH depuis de nombreuses années.

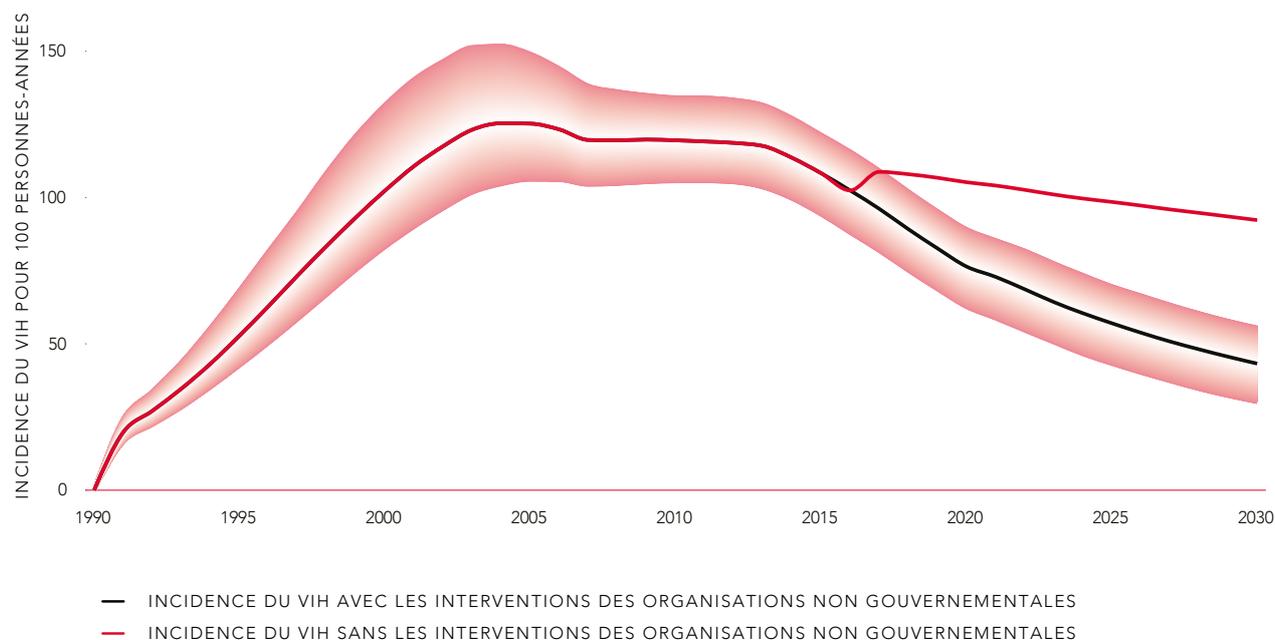
FIGURE 2.9 Couverture antirétrovirale chez les professionnelles du sexe, 2017, et chez toutes les femmes (15-49 ans) dans la population générale, 2021, sites sous-nationaux, Kenya



Source : Enquête dans les isoloirs, Kenya (2017) ; Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Il est essentiel de doter les organisations et réseaux communautaires de ressources efficaces pour permettre aux populations clés d'accéder aux services essentiels de prévention et de traitement. Le rôle essentiel des ripostes communautaires a été mis en évidence lors de la pandémie de COVID-19, lorsque les organisations communautaires ont fait preuve de créativité et de résilience. Par exemple, les réponses communautaires ont conduit à l'adaptation des services de réduction des risques dans plus de 50 pays, y compris des mesures telles que la prescription simplifiée, le traitement d'entretien aux agonistes opioïdes à emporter, l'accès à la naloxone et les services mobiles intégrés de COVID-19 et de VIH. Des réseaux de populations clés dirigés par des jeunes et au service des jeunes en Inde, en Indonésie, aux Philippines et dans d'autres pays se sont également mobilisés pendant la pandémie de COVID-19 pour fournir à leurs pairs une thérapie antirétrovirale, des préservatifs et un soutien psychosocial, en personne et virtuellement (6, 7). De même, une récente étude de modélisation mathématique a révélé que sans les efforts des organisations non gouvernementales axées sur la prestation de services aux hommes homosexuels et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en 2016-2020, l'incidence du VIH en Ukraine en 2021 aurait été supérieure de 44 % (Figure 2.10) (8).

FIGURE 2.10 Incidence du VIH chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, modélisée avec et sans les interventions des organisations non gouvernementales, Ukraine, 1990-2030



Source : Adapté de : Trickey A, Walker JG, Bivegete S, Semchuk N, Saliuk T, Varetska O et al. Impact and cost-effectiveness of non-governmental organizations on the HIV epidemic in Ukraine among MSM. AIDS 2022;36:2025-34.

Remarque : Les analyses ont été effectuées avant la guerre en Ukraine et portent sur la période antérieure à 2022.

La PrEP peut réduire considérablement l'incidence du VIH, mais les services de PrEP n'atteignent pas les populations clés

Il a été démontré que la PrEP réduit de 99 % le risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle et d'au moins 74 % le risque de transmission lors de la consommation de drogues injectables (9). Dans les pays à revenu élevé qui ont donné la priorité à la généralisation de la PrEP, des réductions rapides et remarquables des nouvelles infections à VIH ont été signalées, en particulier chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (10–12). Les premières données indiquent que la PrEP peut avoir des effets tout aussi puissants au niveau de la population dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les services de PrEP le jour même au Kenya et en Ouganda étant associés à une réduction de 74 % de l'incidence du VIH chez les personnes ayant pris la PrEP (13). La baisse un peu plus faible, bien qu'encore impressionnante, de l'incidence du VIH au Kenya et en Ouganda dans des conditions réelles souligne l'importance d'une adhésion solide pour maximiser les avantages de la prévention de la PrEP.

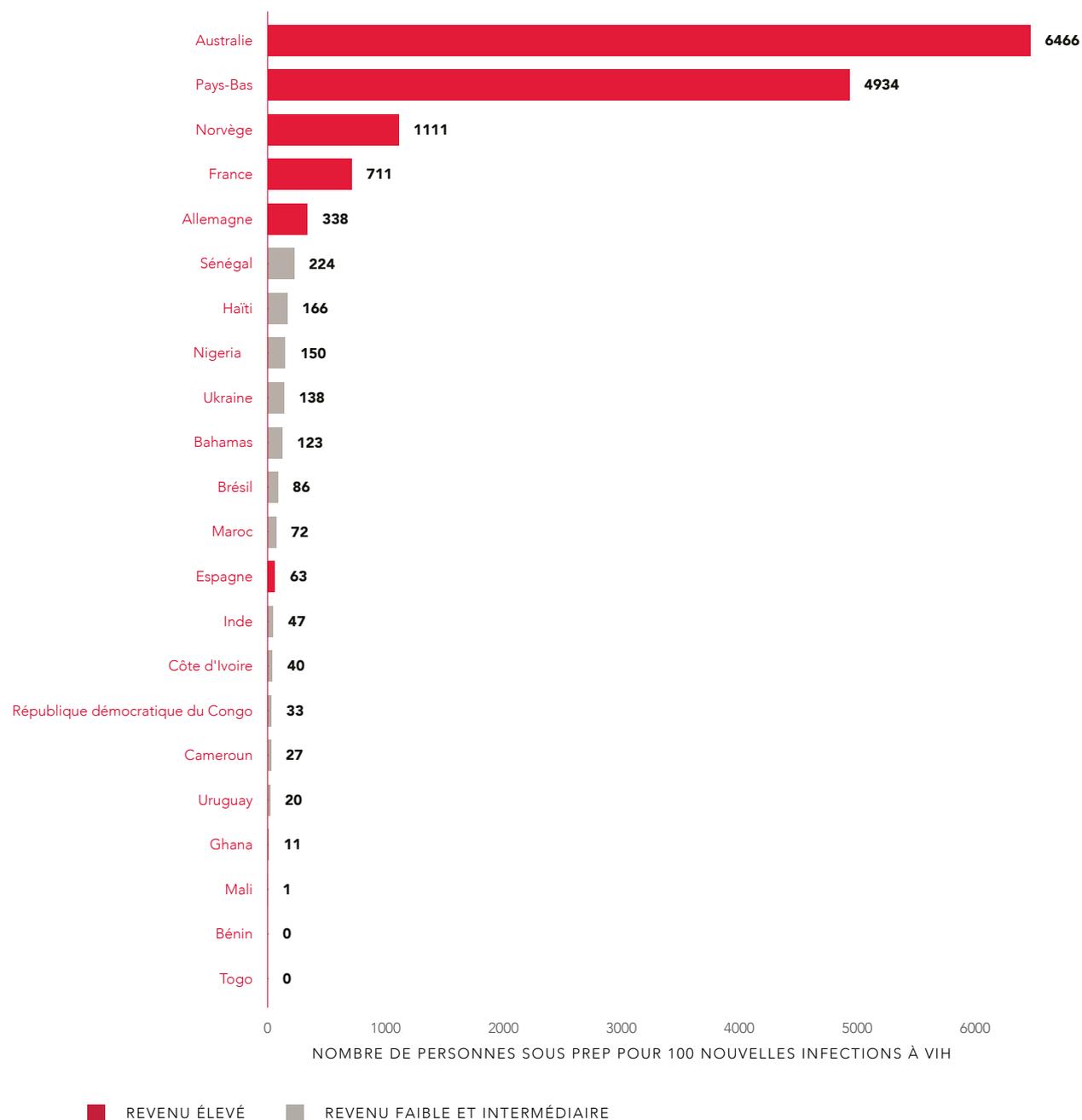
Jusqu'en 2019, cependant, il y avait plus de personnes ayant accès à la PrEP en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord que dans toute l'Afrique. Cette avance inégale de près de dix ans dans l'utilisation de la PrEP a entraîné une baisse remarquable des taux de VIH pour ceux qui y avaient accès, mais n'a guère profité au reste du monde. Le nombre de personnes bénéficiant d'une PrEP pour 100 nouvelles infections à VIH reste nettement plus faible, parfois de plusieurs ordres de grandeur, dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (figure 2.11). Ces profondes inégalités dans l'accès à la PrEP sapent les efforts visant à remettre la lutte contre le sida sur la bonne voie en répondant aux besoins des populations clés.



©VAAC/UNAIDS/LHSS

Travailleur communautaire offrant un test de dépistage du VIH et des conseils sur l'utilisation de préservatifs et de lubrifiants pour la réduction des risques dans le cadre d'un projet pilote de contrat social soutenu par l'ONUSIDA, province de Dien Bien, Vietnam, 24 octobre 2022.

FIGURE 2.11 Nombre de personnes sous PrEP pour 100 nouvelles infections à VIH dans certains pays, par classification des revenus du pays, 2021



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

La disponibilité de la PrEP reste limitée en Amérique latine (14). Une étude récente menée au Brésil a montré que moins de la moitié des femmes transgenres (47,6 %) continuent à utiliser la PrEP un an après avoir commencé, ce qui reflète les vulnérabilités sous-jacentes et la faible adaptation des services aux besoins de cette population (15). L'étude a également mis en évidence qu'un faible niveau d'éducation était lié à une moindre adhésion à la PrEP chez les participants.

Dans le cadre des efforts visant à réduire les inégalités en matière de PrEP, il existe une certaine dynamique sur laquelle nous pouvons nous appuyer. L'AVAC, un groupe de défense de la prévention du VIH, rapporte que le nombre de personnes ayant commencé une PrEP au cours de la dernière décennie a dépassé les 3 millions pour la première fois au troisième trimestre de 2022 (16, 17). Selon l'AVAC, l'Afrique du Sud a désormais dépassé les États-Unis en tant que pays comptant le plus grand nombre de personnes bénéficiant de la PrEP. Avec le soutien du Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR), l'extension de la PrEP s'accélère rapidement dans des pays comme le Mozambique, le Nigeria, l'Ouganda, la Zambie et le Zimbabwe.

Un examen qualitatif récent de l'accès à la PrEP par MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights a révélé que les initiatives centrées sur la communauté, en particulier celles qui s'appuient sur l'impact profond et positif de la PrEP sur l'autonomie sexuelle individuelle, se sont avérées efficaces pour créer une demande communautaire et élargir l'accès à la PrEP (18). La même étude a également identifié les populations qui sont laissées pour compte par les programmes de PrEP existants, notamment les hommes migrants, les minorités raciales et ethniques, les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel(le)s du sexe et les personnes transgenres.

Les mêmes obstacles structurels qui affectent d'autres services de prévention, de dépistage et de traitement créent également des obstacles à la fourniture et à l'adoption de la PrEP.

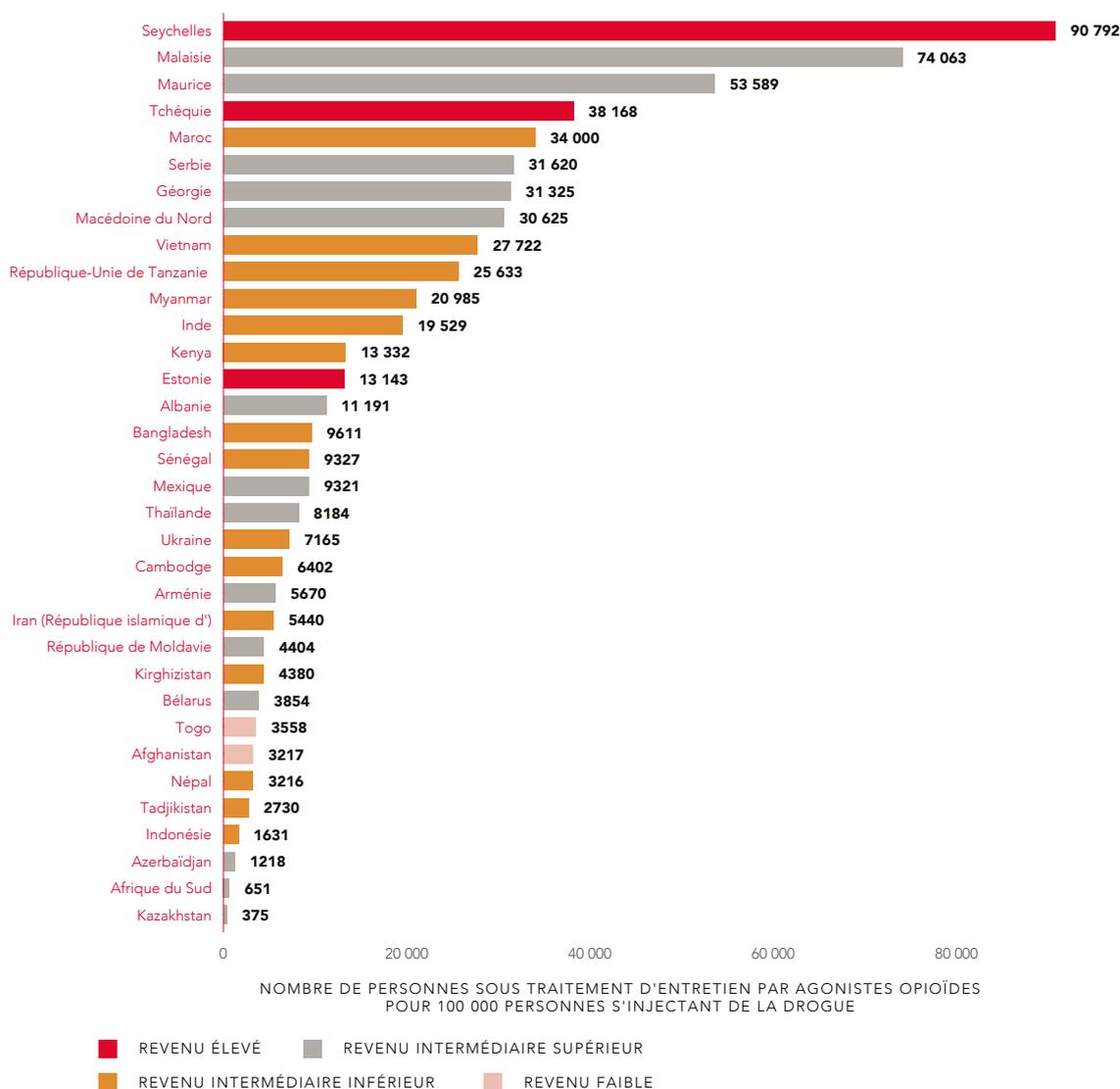
Le défi consiste maintenant à faire en sorte que la PrEP atteigne les populations clés qui en ont le plus besoin. Par exemple, il a été démontré que le fait de situer la PrEP dans un contexte plus large de prévention combinée du VIH en Thaïlande générerait une prise en charge élevée, une forte adhésion et une quasi-élimination du risque de VIH chez les jeunes femmes transgenres et les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (19). En Indonésie, des prestataires de santé et des travailleurs de proximité formés font actuellement la promotion de la PrEP dans 21 districts, dans le but d'initier la PrEP chez au moins 7000 personnes d'ici la fin 2022. Cependant, les mêmes obstacles structurels qui affectent d'autres services de prévention, de dépistage et de traitement créent également des obstacles à la fourniture et à l'adoption de la PrEP. Des mesures devront être prises pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées aux populations clés, notamment en s'attaquant aux lois pénales néfastes.

Nous pouvons mettre fin aux épidémies parmi les personnes qui s'injectent des drogues, mais nous n'y parvenons pas parce que nous ne garantissons pas un accès significatif aux services de réduction des risques

Nous avons les moyens de prévenir la transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Un certain nombre de pays à revenu élevé ont pratiquement éliminé les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues en mettant en œuvre un ensemble complet de services de réduction des risques, notamment des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, un traitement d'entretien aux agonistes opioïdes et des services de soins de santé primaires et de lutte contre le VIH.

Si la riposte au sida a marqué l'histoire de la santé mondiale en réduisant fortement (et dans certains cas en éliminant complètement) les disparités de couverture du traitement du VIH entre pays de niveaux de revenus différents, il n'en va pas de même pour les services de réduction des risques. La couverture des services de réduction des risques est généralement plus faible dans les pays à revenu faible et intermédiaire que dans la plupart des pays à revenu élevé (Figure 2.12).

FIGURE 2.12 Nombre de personnes sous traitement d'entretien aux agonistes opioïdes pour 100 000 personnes s'injectant des drogues, pays pour lesquels des données sont disponibles, par classification de revenu du pays, 2021



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Certaines tendances en matière de services sont encourageantes, même si les gains restent modestes. Selon un examen international des services de réduction des risques, le nombre de pays faisant état d'au moins un programme de distribution d'aiguilles et de seringues est passé de 86 en 2020 à 92 en 2022, tandis que le nombre de pays disposant d'au moins un programme de thérapie d'entretien des agonistes opioïdes est passé de 84 à 87 (20). Seize pays disposent désormais de salles de consommation de drogues légalement sanctionnées. Cependant, les services de réduction des risques restent rares ou totalement absents dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne, de l'Amérique latine, des Caraïbes, du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Le nombre de pays faisant état de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans au moins une prison a en fait diminué, passant de 10 en 2020 à neuf en 2021.

92

PAYS DÉCLARANT AU MOINS UN PROGRAMME D'ÉCHANGE D'AIGUILLES ET DE SERINGUES EN 2022

Les programmes communautaires sont essentiels aux efforts visant à réduire les nouvelles infections à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. Par exemple, cinq organisations de la société civile de la République de Moldavie se sont associées pour proposer un dépistage du VIH dans les prisons et compléter le travail de l'administration pénitentiaire nationale, qui a fourni 142 000 aiguilles et seringues dans les prisons en 2021 (21).

Même lorsque la réduction des risques est mise en œuvre à grande échelle, l'accès est souvent limité par des lois pénales et administratives punitives qui visent la possession de drogues pour un usage personnel. L'existence de lois pénales et de pratiques policières connexes a un impact important sur la capacité des communautés à accéder aux services de réduction des risques, et il a été démontré qu'elles augmentent le risque de VIH par l'utilisation accrue de matériel d'injection non stérile. La dépénalisation de la consommation et de la possession de drogues pour usage personnel est associée à une baisse significative de l'incidence du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues, notamment grâce à un meilleur accès aux services de réduction des risques et à une diminution de la violence, des arrestations ou du harcèlement par les forces de l'ordre (22, 23).



©ONUSIDA

Nous ne pouvons pas mettre fin au sida parmi les populations clés si nous ne nous attaquons pas efficacement aux facteurs sociétaux qui augmentent leur vulnérabilité et les empêchent d'accéder aux services

Les préjugés profondément ancrés et la stigmatisation et la discrimination généralisées, la violence et la criminalisation à l'encontre des populations clés augmentent leur vulnérabilité au VIH, à la violence et à d'autres méfaits sociaux. Ils diminuent la capacité des membres des populations clés à accéder aux services essentiels et réduisent la volonté nationale de donner la priorité aux programmes qui répondent aux besoins des populations clés ou de s'associer à leurs organisations et réseaux dans la riposte et pour la prestation de services. Si les efforts visant à développer les services destinés aux populations clés sont essentiels pour réduire la charge de l'épidémie dans ces groupes, la simple disponibilité des services n'aura pas l'impact nécessaire sans des efforts concertés pour s'attaquer aux facteurs sociétaux favorables.

18–24 %

LES RÉSULTATS LIÉS AU VIH SONT PLUS MAUVAIS DANS LES PAYS QUI ONT CRIMINALISÉ LES ACTES SEXUELS ENTRE PERSONNES DE MÊME SEXE OU LA CONSOMMATION DE DROGUES EN PLUS DU COMMERCE SEXUEL

La stigmatisation et la discrimination ont des effets négatifs profonds sur la santé et le bien-être des populations clés et sur le succès des ripostes au sida pour ces groupes. Par exemple, une méta-analyse portant sur cinq des dix études examinées a révélé que les personnes vivant avec le VIH qui perçoivent des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination sont 2,4 fois plus susceptibles de retarder leur inscription aux soins jusqu'à ce qu'elles soient très malades (24). Un examen mondial comparant les cadres législatifs et politiques nationaux et les résultats en matière de VIH a également révélé que la connaissance du statut VIH et les taux de suppression virale étaient plus faibles dans les pays qui criminalisaient les actes sexuels entre personnes du même sexe ou la consommation de drogues, les résultats étant 18 à 24 % moins bons dans les pays qui criminalisaient les deux en plus du commerce du sexe (25).

Les personnes LGBTI subissent souvent le plus gros de ces impacts. En Afrique subsaharienne, par exemple, une étude menée dans dix pays a révélé que les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivaient dans des pays ayant adopté des politiques criminalisant les activités sexuelles entre personnes de même sexe étaient deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que ceux qui vivaient dans des contextes non criminalisés. Ce risque est huit fois plus élevé dans les milieux fortement criminalisés (26). Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui vivent dans les pays africains où les lois LGBTI sont les plus répressives ont également plus de trois fois moins de chances de connaître leur statut VIH que leurs homologues vivant dans les pays où les lois sont les moins répressives (27). Une étude menée en Argentine auprès de femmes transgenres a également montré que celles qui avaient été victimes de discrimination dans les établissements de soins étaient trois fois plus susceptibles d'éviter les soins de santé que les autres, tandis qu'une enquête menée au Kenya auprès de femmes transgenres a révélé que 51 % d'entre elles avaient reporté des soins médicaux en raison de la discrimination et du manque de respect des prestataires de soins (28, 29). Les personnes LGBTI sont également exposées à un risque de violence sur le lieu de travail nettement plus élevé que les travailleurs non-LGBTI (30).

L'abrogation des lois qui criminalisent ou discriminent les populations clés est un impératif urgent en matière de droits de l'homme et de santé publique. Les lois doivent respecter les principes d'autonomie dans la prise de décision en matière de soins de santé et garantir le consentement libre et éclairé, le respect de la vie privée et la confidentialité. L'accès aux services juridiques liés au VIH doit être garanti, et les communautés doivent être informées de leurs droits. Des investissements sont également nécessaires pour réduire la stigmatisation et la discrimination dans les six contextes du Partenariat mondial pour l'action visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : les soins de santé, le système judiciaire (notamment les législateurs, les juges et les forces de l'ordre), l'éducation, le lieu de travail, les familles et les communautés, et les contextes humanitaires et d'urgence.

Pour mettre fin au sida, les gouvernements doivent valoriser les droits et la dignité de chaque personne. La décriminalisation, la destigmatisation et l'inclusion sauvent des vies.

Références

1. Baral S, Rao A, Sullivan P, Phaswana-Mafuya N, Diouf D, Millett G et al. The disconnect between individual-level and population-level prevention benefits of antiretroviral treatment. *Lancet HIV*. 2019;6:e632-e638.
2. Stannah J, Soni N, Lam J, Giguère K, Larmarange J, Maheu-Giroux M et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-regression analysis. Preprint (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.11.14.22282329v1>).
3. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11(1):773.
4. Stoner MCD, Rucinski KB, Lyons C, Napierala S. Differentiating the incidence and burden of HIV by age among women who sell sex: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2022;25:e260268.
5. Behavioural surveillance survey-lite, 2020. Top line findings. New Delhi: National AIDS Control Organization (India), All India Institute of Medical Sciences, New Delhi; 2020 (<http://www.naco.gov.in/sites/default/files/BSS%20Lite%20Report.pdf>).
6. Putting young key populations first: HIV and young people from key populations in the Asia and Pacific region. Geneva: UNAIDS; 2022.
7. Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. UNAIDS and WHO 2022 policy brief. Geneva: UNAIDS; 2022.
8. Trickey A, Walker JG, Bivegete S, Semchuk N, Saliuk T, Veretska O et al. Impact and cost-effectiveness of non-governmental organizations on the HIV epidemic in Ukraine among MSM. *AIDS*. 2022;36:2025-34.
9. PrEP effectiveness. In: CDC.gov [Internet]. 6 June 2022. Atlanta (GA): U.S. Centers for Disease and Prevention; c2022 (<https://www.cdc.gov/hiv/basics/prep-prep-effectiveness.html>).
10. Hammoud MA, Grulich A, Holt M, Maher L, Murphy D, Jin F et al. Substantial decline in use of HIV preexposure prophylaxis following introduction of COVID-19 physical distancing restrictions in Australia: results from a prospective observational study of gay and bisexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2021;86:22-30.
11. Buchbinder SP, Havlir DV. Getting to zero San Francisco: a collective impact approach. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;82(Suppl. 3):S176-S182.
12. Lester J, Martin V, Shah A, Chau C, Mackay N, Newbigging-Lister A et al. HIV testing, PrEP new HIV diagnoses, and care outcomes for people accessing HIV services: 2022 report. London: UK Health Security Agency; 2022.
13. Koss CA, Havlir DV, Ayieko J, Kwarisiima D, Kabami J, Chamie G et al. HIV incidence after pre-exposure prophylaxis initiation among women and men at elevated HIV risk: a population-based study in rural Kenya and Uganda. *PLoS Med*. 2021;18:e1003492.
14. HIV epidemic and response in Latin America and the Caribbean. WHO, Pan American Health Organization; 2021 (<https://www.paho.org/en/documents/hiv-epidemic-and-response-latin-america-and-caribbean>).
15. Konda KA, Torres TS, Mariño G, Ramos A, Moreira RI, Leite IC et al. Factors associated with long-term HIV pre-exposure prophylaxis engagement and adherence among transgender women in Brazil, Mexico and Peru: results from the ImPrEP study. *J Int AIDS Soc*. 2022;25 Suppl 5(Suppl 5):e25974.
16. PrEP and beyond: HIV prevention from 2022 onwards. *Px Wire*. 2022;12(2), October 2022 (<https://www.avac.org/pxwire-vol12-no2>).
17. The Global PrEP Tracker [database] (<https://data.prepwatch.org/>).
18. 10 year PrEP report. Oakland (CA): MPACT; 2022 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2022/07/MPACT-Prep-Report-2022.pdf>).
19. Beyrer C, Weir BW, Wirtz AL, Mon SHH, Qaragholi N, Chemnasiri T et al. PrEP use and HIV incidence among young Thai men and transgender women who sell sex in Bangkok and Pattaya, Thailand: results of COPE effectiveness study. International AIDS Conference, 29 July–2 August 2022. Abstract PESUC29.
20. Global State of Harm Reduction 2022. London: Harm Reduction International; 2022.
21. IN DANGER: UNAIDS Global AIDS update 2022. Geneva: UNAIDS; 2022 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>).
22. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-e374.
23. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee SA. Policing practices and HIV risk among people who inject drugs—a systematic literature review. *Epidemiol Rev*. 2020 Jan 31;42(1):27-40. doi: 10.1093/epirev/mxaa010.
24. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV-related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12:e0173928.
25. Kavanagh MM, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A et al. Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Glob Health*. 2021;6:e006315.
26. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23rd Virtual International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract OAF0403.
27. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review nd meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6(11):e769–e787.
28. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):81.
29. Trans*Alliance, Nduta S, Smith LG, Okeyo N. A report of the National Transgender Discrimination Survey in Kenya (NTDS) – a baseline study of transgender persons in Kenya: life experiences and access to health services. *Journal of Public Policy and Governance*. 2022;6:22-51.
30. Ending violence and harassment against women and men in the world of work. Geneva: ILO; 2018.

L'ÉLIMINATION DU SIDA CHEZ LES ENFANTS

Le monde ne répond pas aux besoins des enfants (âgés de 0 à 14 ans) qui vivent avec le VIH ou y sont exposés.¹ Si un mouvement mondial a réussi à imposer la thérapie antirétrovirale aux adultes vivant avec le VIH, beaucoup moins a été fait pour changer le paradigme de la prévention, du traitement et des soins du VIH chez les enfants.

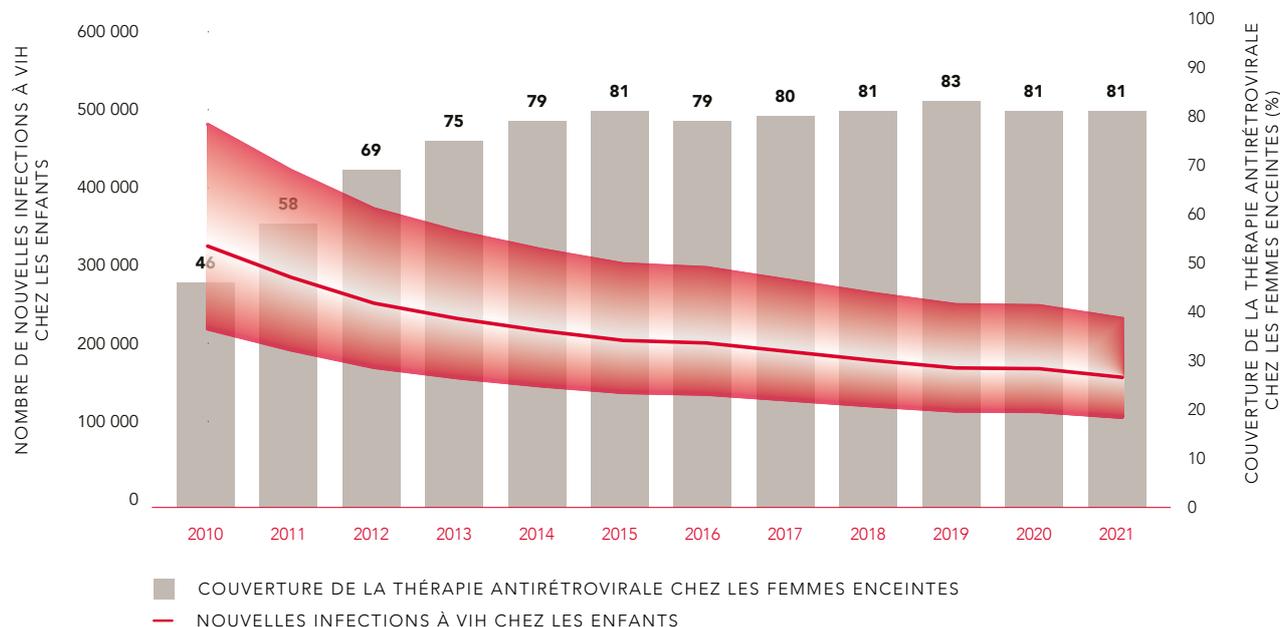
Ces inégalités ont des conséquences mortelles : en 2021, les enfants représentaient 4 % de toutes les personnes vivant avec le VIH, mais 15 % de tous les décès liés au sida.

L'intensification du dépistage du VIH et de l'accès à la thérapie antirétrovirale pour les adultes a transformé la riposte mondiale au sida, mais les enfants ont nettement moins de chances que les adultes d'être diagnostiqués séropositifs, de recevoir une thérapie antirétrovirale et d'obtenir une suppression virale. Alors que 81 % des femmes enceintes vivant avec le VIH (figure 3.1) et 76 % des adultes (âgés de 15 ans et plus) recevaient globalement une thérapie antirétrovirale en 2021, seuls 52 % des enfants avaient accès au traitement (figure 3.2). L'écart entre la couverture des traitements des adultes et des enfants s'est creusé depuis 2010.

¹ Sauf indication contraire, l'ONUSIDA définit les enfants comme des personnes âgées de 0 à 14 ans.

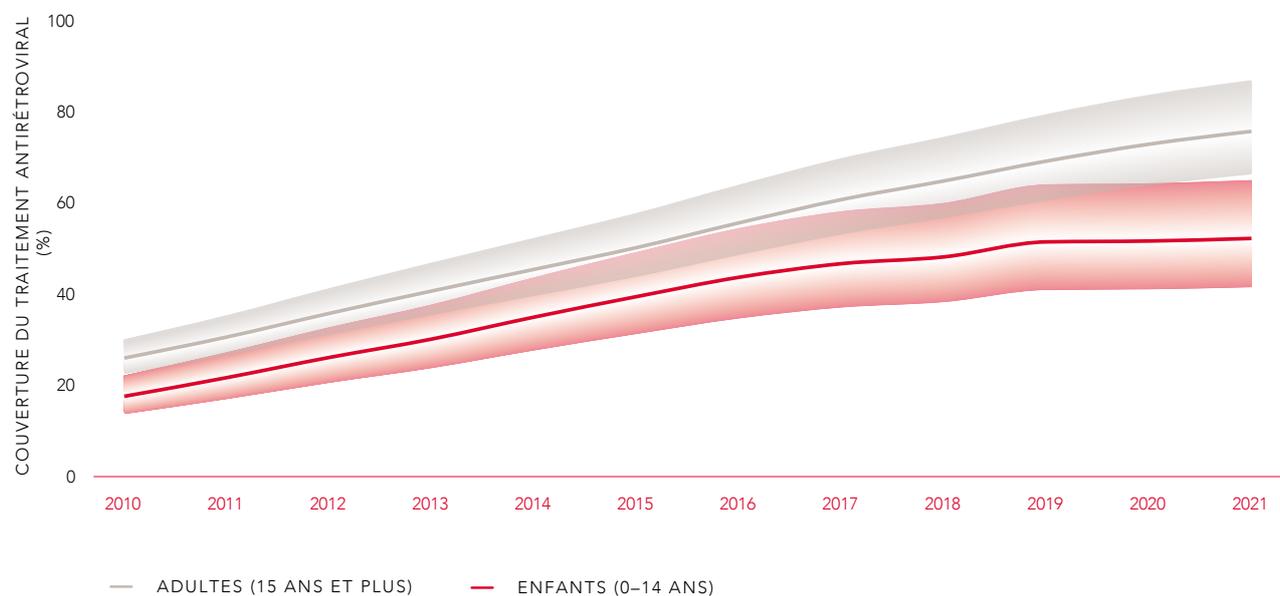


FIGURE 3.1 Nouvelles infections à VIH chez les enfants (0–14 ans) et couverture antirétrovirale chez les femmes enceintes, au niveau mondial, 2010–2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 3.2 Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (0-14 ans) et les adultes (15 ans et plus), au niveau mondial, 2010-2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

160 000

**ENFANTS ATTEINTS DU VIH
EN 2021**

On estime qu'environ 800 000 enfants vivant avec le VIH ne sont pas sous traitement. Le nombre d'enfants nécessitant un traitement contre le VIH est beaucoup plus important qu'il ne devrait l'être, car les efforts de prévention de la transmission verticale sont insuffisants. Plusieurs pays de différents niveaux de revenus ont effectivement éliminé la transmission verticale du VIH grâce à la généralisation efficace de méthodes de prévention éprouvées, et certains ont reconnu les villes qui ont satisfait aux critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la validation de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.² Par exemple, São Paulo, au Brésil, a atteint cet objectif en 2019 et l'a maintenu jusqu'en 2021, ce qui démontre le rôle de premier plan que jouent les villes pour relever les défis de la lutte contre le VIH et trouver des solutions pionnières. Cependant, malgré ces progrès, 160 000 [110 000-230 000] enfants ont contracté le VIH en 2021, et les progrès dans la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants ont stagné, avec seulement des gains très modestes au cours des cinq dernières années. Par exemple, les nouvelles infections en Afrique occidentale et centrale ont diminué de 39 % entre 2010 et 2021, mais la baisse n'a été que de 11 % entre 2016 et 2021. En Afrique orientale et australe, les nouvelles infections ont diminué de 61 % entre 2010 et 2021, mais seulement de 31 % au cours des cinq dernières années.

Les progrès dans la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants ont stagné, avec seulement des gains modestes au cours des cinq dernières années.

Un autre facteur important qui contribue aux progrès décevants réalisés au niveau mondial en vue d'éliminer la transmission verticale du VIH est une autre inégalité : l'incapacité à répondre aux besoins spécifiques des adolescentes et des jeunes femmes. Cela inclut leurs besoins en matière de prévention du VIH et leurs besoins plus larges en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, mais cela reflète également les inégalités plus larges entre les sexes qui augmentent le risque et réduisent l'accès aux services. Les adolescentes et les jeunes femmes (en particulier celles qui appartiennent à des populations clés, celles qui souffrent de handicaps ou celles qui vivent dans des zones rurales) sont confrontées à des obstacles considérables en matière d'accès à un diagnostic de qualité du VIH, à l'initiation d'un traitement contre le VIH et à la rétention dans les soins, y compris les soins préconceptionnels, prénatals et postnatals (1).

Pour remédier à l'inégalité d'accès aux services et aux résultats dont souffrent les enfants, il faudra des efforts ciblés et un engagement nettement plus fort. À cette fin, la nouvelle Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants recherche la large participation des parties prenantes, des gouvernements nationaux, des agences de réalisation, des organisations régionales et nationales, et des partenaires confessionnels et communautaires (y compris les femmes, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH) afin de rediriger l'attention et de redoubler les efforts pour mettre fin au sida chez les enfants (voir encadré 2).

2 En octobre 2022, 16 pays et territoires – Antigua-et-Barbuda, Anguilla, l'Arménie (VIH uniquement), le Bélarus, les Bermudes, les îles Caïmans, Cuba, la Dominique, la Malaisie, les Maldives, la République de Moldavie (syphilis uniquement), Montserrat, Oman, le Sri Lanka, Saint-Kitts-et-Nevis et la Thaïlande – ont été certifiés pour l'élimination de la transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.

ENCADRÉ 2

LA NOUVELLE ALLIANCE MONDIALE POUR METTRE FIN AU SIDA CHEZ LES ENFANTS

L'ONUSIDA, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'OMS et leurs partenaires ont lancé une initiative stratégique mondiale pour faire en sorte qu'aucun enfant vivant avec le VIH ne soit privé de traitement d'ici la fin de la décennie et pour prévenir les nouvelles infections à VIH chez les nourrissons. Annoncée en août 2022 lors de la Conférence internationale sur le sida à Montréal, au Canada, l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants comprend des mouvements de la société civile, comme le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, et des gouvernements nationaux des pays les plus touchés. Elle présente également des partenaires internationaux, notamment le

Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEFPAR) et le Fonds mondial.

La nouvelle Alliance mondiale vise à appliquer les leçons apprises afin de se concentrer sur les actions prioritaires pour les enfants, les adolescentes et les jeunes femmes qui sont énoncées dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida et dans la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour éliminer le sida à l'horizon 2030. Son travail s'aligne sur quatre piliers de l'action collective (voir la figure 3.3).

FIGURE 3.3 Les quatre piliers de l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants



Source : L'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants. 2022 (<https://www.childrenandaids.org/>).

© ONUSIDA/N. GREGORY

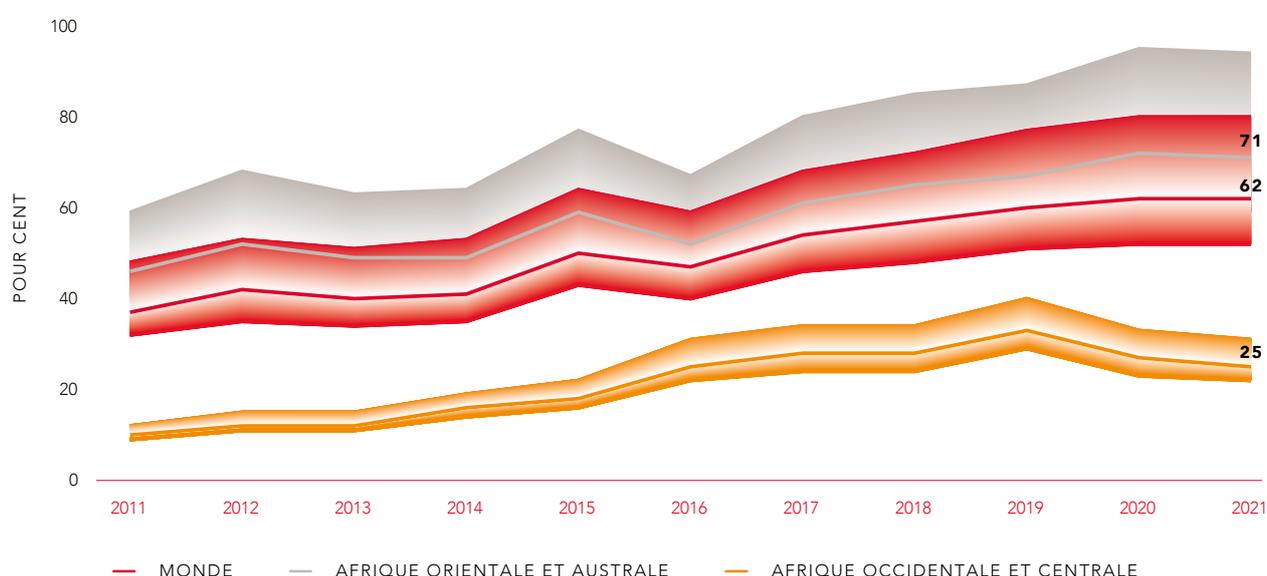


Lancement de l'initiative de l'Alliance mondiale pour mettre fin au sida chez les enfants d'ici à 2030 : créer des partenariats, des communautés et des innovations. Montréal, Canada, 1^{er} août 2022.

L'écart de traitement pour les enfants peut être comblé si davantage de femmes enceintes et allaitantes et leurs nourrissons sont soutenus pour confirmer le statut VIH de l'enfant à la naissance et à la fin de l'allaitement

Le diagnostic tardif est un facteur important des inégalités de traitement dont souffrent les enfants. À l'échelle mondiale, seuls 62 % des nourrissons exposés au VIH sont testés dans les deux premiers mois de leur vie (figure 3.4), mais en Afrique occidentale et centrale, seul un nourrisson exposé au VIH sur quatre bénéficie de services de diagnostic précoce.

FIGURE 3.4 Pourcentage d'enfants exposés au VIH ayant subi un test de dépistage du VIH avant l'âge de deux mois, au niveau mondial et dans certaines régions, 2011-2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

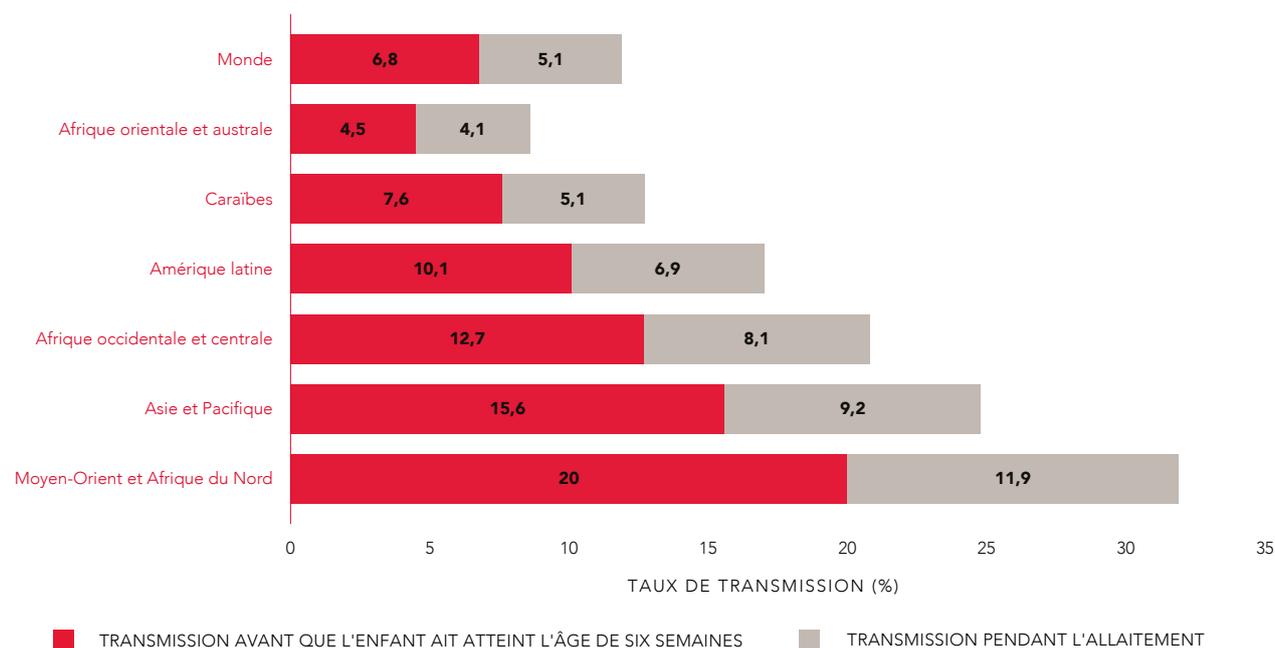
43 %

**DE LA TRANSMISSION
VERTICALE DANS LE
MONDE A LIEU PENDANT
L'ALLAITEMENT**

Les services de diagnostic précoce du nourrisson intégrés dans les structures de soins aux nourrissons et aux nouveau-nés ont été le principal moyen d'identifier les enfants vivant avec le VIH et de les mettre sous traitement antirétroviral. La demande d'outils de diagnostic pour les enfants exposés au VIH, qu'il s'agisse des outils traditionnels de diagnostic précoce des nourrissons (analyse des spécimens dans des laboratoires centralisés) ou des outils de diagnostic au point de service, est en augmentation (2). Toutefois, à lui seul, le diagnostic précoce chez le nourrisson ne suffira pas à combler le déficit de traitement chez les enfants. Actuellement, 43 % des transmissions verticales dans le monde chez les jeunes mères, qu'elles connaissent ou non leur statut VIH, ont lieu après les deux premiers mois de vie de leur enfant (figure 3.5).

FIGURE 3.5 Taux de transmission verticale du VIH selon le moment de la transmission,

au niveau mondial et par région, 2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

L'absence de stratégies de dépistage et de ressources adéquates pour assurer un diagnostic rapide des enfants qui contractent le VIH pendant l'allaitement contribue de manière critique au déficit de traitement pour les enfants. Dans le monde, 60 % des enfants vivant avec le VIH qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral sont âgés de 5 à 14 ans.

Le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire doivent être mis en œuvre à de multiples points de soins du système de santé.

60 %

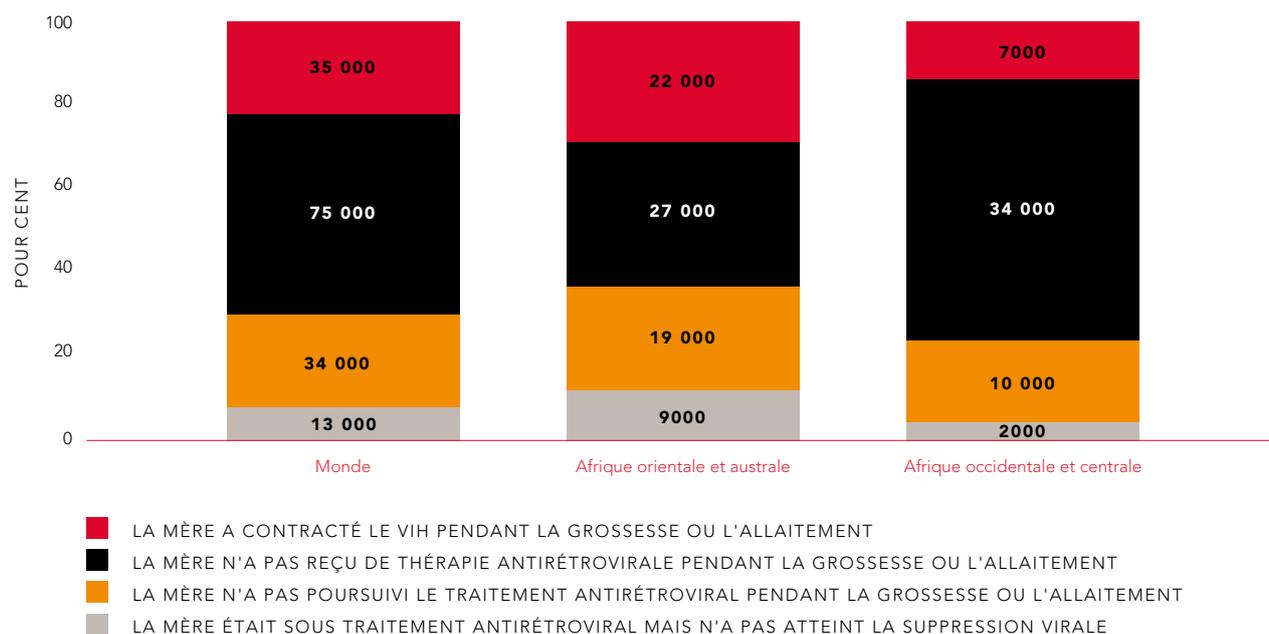
DES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH QUI NE SONT PAS SOUS TRAITEMENT SONT ÂGÉS DE 5 À 14 ANS

Des approches innovantes pour assurer un diagnostic rapide du VIH sont nécessaires pour cette tranche d'âge. Le conseil et le dépistage à l'initiative du prestataire doivent être mis en œuvre à de multiples points de soins du système de santé, notamment dans les cliniques et les services pour enfants malades, les programmes nutritionnels et les services de lutte contre la tuberculose (3). Le test familial index, qui consiste à proposer le test à tous les membres de la famille d'une personne vivant avec le VIH, en particulier aux frères et sœurs, s'est avéré efficace pour diagnostiquer le VIH chez les enfants plus âgés (4). Il faut veiller à ce que les tests index ne soient entrepris que lorsqu'il n'y a pas de risque de préjudice, y compris de violence sexiste, pour les membres de la famille. Le dépistage en milieu scolaire dans les pays et localités à forte charge de morbidité est également un moyen potentiellement efficace d'identifier les enfants séropositifs non diagnostiqués et de les orienter vers des soins.

Des efforts stratégiques intensifiés et centrés sur la mère sont nécessaires pour prévenir la transmission verticale

Plus que jamais, nous savons pourquoi tant d'enfants continuent de contracter le VIH. Les améliorations apportées à l'analyse des données montrent plus clairement comment les échecs de certains programmes contribuent aux nouvelles infections à VIH chez les enfants, révélant ainsi l'ampleur de ce défi (figure 3.6).

FIGURE 3.6 Pourcentage de nouvelles infections verticales à VIH par cause de transmission, au niveau mondial et dans certaines régions, 2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

75 000

**MÈRES N'ONT PAS
REÇU DE TRAITEMENT
ANTIRÉTROVIRAL PENDANT
LA GROSSESSE OU
L'ALLAITEMENT EN 2021**

Par exemple, nous savons maintenant que le fait de diagnostiquer et d'offrir une thérapie antirétrovirale à 260 000 femmes enceintes vivant avec le VIH permettrait non seulement à un plus grand nombre de femmes d'accéder à ces services vitaux et de vivre une vie longue et saine, mais aussi d'éviter potentiellement 75 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants. De même, en aidant 89 000 femmes vivant avec le VIH à rester engagées dans les soins, on améliorerait considérablement les résultats sanitaires pour les femmes et les filles et on éviterait 34 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Ces analyses soulignent que la santé et le bien-être des enfants exposés au VIH sont directement liés à la santé et au bien-être de leurs mères et à leur capacité à accéder aux services. Dans les contextes d'épidémies concentrées, la santé des enfants dépend de la garantie que les personnes en âge de procréer issues des populations clés, et les partenaires de ces dernières, sont traitées avec respect dans les contextes prénataux et postnataux, et qu'elles bénéficient des services et du soutien dont elles ont besoin. Il s'agit également de supprimer certains des obstacles discriminatoires et préjudiciables auxquels les populations clés peuvent être confrontées lorsqu'elles accèdent aux services prénatals, postnatals ou liés au VIH. Il est prouvé que la peur de la stigmatisation, ou les expériences antérieures de stigmatisation, signifie que les individus sont moins susceptibles d'accéder aux services liés au VIH et à d'autres services de santé (5–7). La peur de perdre ses droits parentaux crée des obstacles supplémentaires à l'accès aux services et doit également être prise en compte.



Margret et son fils Ronald (âgé de neuf ans) assistent à un examen de santé au centre de santé de Madudu, à Mubende, en Ouganda, en avril 2022.

Les femmes vivant avec le VIH continuent de subir des taux élevés de stigmatisation liée au VIH, en particulier pendant la grossesse. Dans un certain nombre de pays, les femmes sont victimes de harcèlement, d'abus et d'avortements ou de stérilisations forcés ou contraints, ce qui constitue autant d'obstacles à l'accès aux services liés au VIH et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Les programmes visant à réduire les attitudes stigmatisantes et les pratiques néfastes doivent être étendus pour éliminer ces obstacles.

74 %

TAUX DE DÉPISTAGE PLUS ÉLEVÉS CHEZ LES ADOLESCENTS VIVANT DANS DES PAYS OÙ L'ÂGE DE CONSENTEMENT AU DÉPISTAGE DU VIH EST DE 15 ANS OU MOINS

Ces analyses de données sur les nouvelles infections verticales au VIH ouvrent la voie à des actions stratégiques pour prévenir la transmission verticale. L'offre de dépistage du VIH aux femmes avant la conception doit être étendue dans les pays à forte charge de morbidité, en mettant l'accent sur l'offre de dépistage répété du VIH pendant la grossesse et après la naissance (8). La PrEP doit être systématiquement proposée aux femmes enceintes et allaitantes séronégatives exposées à un risque important d'infection à VIH, et dans les milieux où la charge de morbidité est élevée (9–11). Le soutien à l'observance et à la rétention et le conseil par les pairs doivent être intensifiés pour les femmes enceintes et allaitantes qui reçoivent un traitement antirétroviral (12–16).

Le dépistage pour les partenaires des personnes vivant avec le VIH, et la mise en place rapide d'un traitement contre le VIH pour les partenaires dont le test est positif, doivent être prioritaires de manière à protéger la sécurité et le bien-être des personnes concernées. En outre, des efforts plus importants sont nécessaires pour tirer parti des programmes de vaccination et de planification familiale en tant que points d'entrée pour la prévention de la transmission verticale. Environ 121 millions de grossesses non désirées surviennent chaque année dans le monde, et il est nécessaire de redoubler d'efforts pour réduire la stigmatisation associée à la grossesse chez les adolescentes et faire en sorte que les systèmes de santé soient préparés à fournir des soins appropriés, sans jugement, aux jeunes femmes enceintes et à leurs enfants (17). Il faut également accélérer le déploiement d'une éducation sexuelle complète dans les écoles pour permettre aux jeunes de protéger leur santé et leur bien-être, y compris la possibilité de choisir le nombre d'enfants et l'espacement des naissances. Les lois doivent être modifiées pour permettre aux adolescents d'accéder au dépistage du VIH sans le consentement de leurs parents : une étude menée en Afrique subsaharienne a montré que dans les pays où l'âge du consentement au dépistage du VIH est de 15 ans ou moins, les taux de dépistage du VIH étaient 74 % plus élevés chez les adolescents que dans les pays où l'âge du consentement au dépistage du VIH est de 16 ans ou plus (18). Des approches claires visant à réduire les inégalités auxquelles sont confrontés les enfants sont exposées dans le dernier Appel à l'action de l'UNICEF pour égaliser la riposte au VIH (21).

L'optimisation récente du traitement des enfants a entraîné une augmentation de la suppression de la charge virale chez les enfants qui reçoivent un traitement antirétroviral

Pendant la majeure partie de l'épidémie, les options de traitement du VIH pour les enfants ont été plus limitées que pour les adultes. Cela a changé ces dernières années, car les efforts concertés pour plus de stratégie et se concentrer sur l'optimisation des options de traitement pédiatrique ont donné naissance à un large éventail de formulations antirétrovirales adaptées à l'âge des nourrissons et des enfants plus âgés (figure 3.7).

Les options de traitement pour les enfants des pays à revenu faible ou intermédiaire comprennent désormais des dispersibles, des mini-comprimés et d'autres formulations (comme des granulés, des pastilles et des saupoudrages).³ Ces options plus adaptées aux enfants ont remplacé les formulations antérieures qui étaient souvent difficiles à administrer et avaient une mauvaise appétence, ce qui se traduisait par des options de traitement particulièrement limitées et inadéquates pour les très jeunes enfants.

Davantage de pays utilisent les traitements recommandés à base de dolutégravir (DTG) pour les enfants, 45 pays ayant acheté des traitements à base de DTG en juillet 2022. Ces traitements à base de DTG, plus tolérables, contribuent aux efforts visant à maintenir les enfants dans le traitement pédiatrique du VIH. En 2022, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a approuvé une combinaison DTG dispersible à dose fixe pour les enfants pesant entre 10 et 25 kg.

Conformément aux recommandations consolidées de l'OMS, la République-Unie de Tanzanie a adopté un traitement à base de DTG comme option de première intention pour tous les enfants âgés de plus de quatre semaines et pesant plus de trois kilogrammes (19). Une étude récente évaluant l'adhésion, l'efficacité et la sécurité de ces protocoles chez des enfants et des adolescents infectés par le VIH a observé que 70,2 % des patients avaient une charge virale indétectable six mois après le début de leur traitement (20).

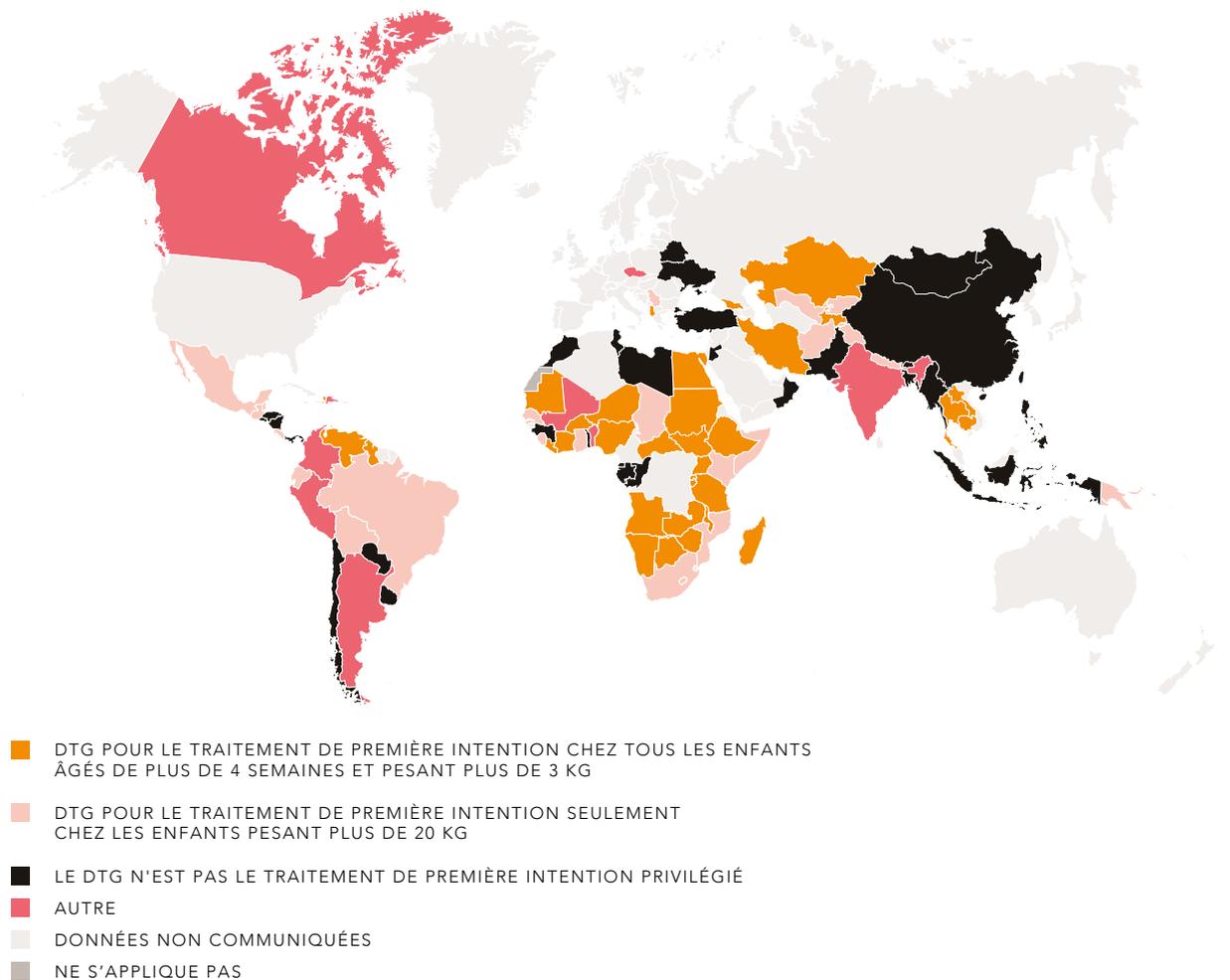
60

**PAYS RECOMMANDENT
DES TRAITEMENTS À
BASE DE DTG POUR LES
ENFANTS VIVANT AVEC LE
VIH EN JUILLET 2022**

L'offre de dépistage du VIH aux femmes avant la conception doit être étendue dans les pays à forte charge de morbidité, en mettant l'accent sur l'offre de dépistage répété du VIH pendant la grossesse et après la naissance.

3 Un dispersible est un comprimé qui se désintègre dans l'eau ou un autre liquide.

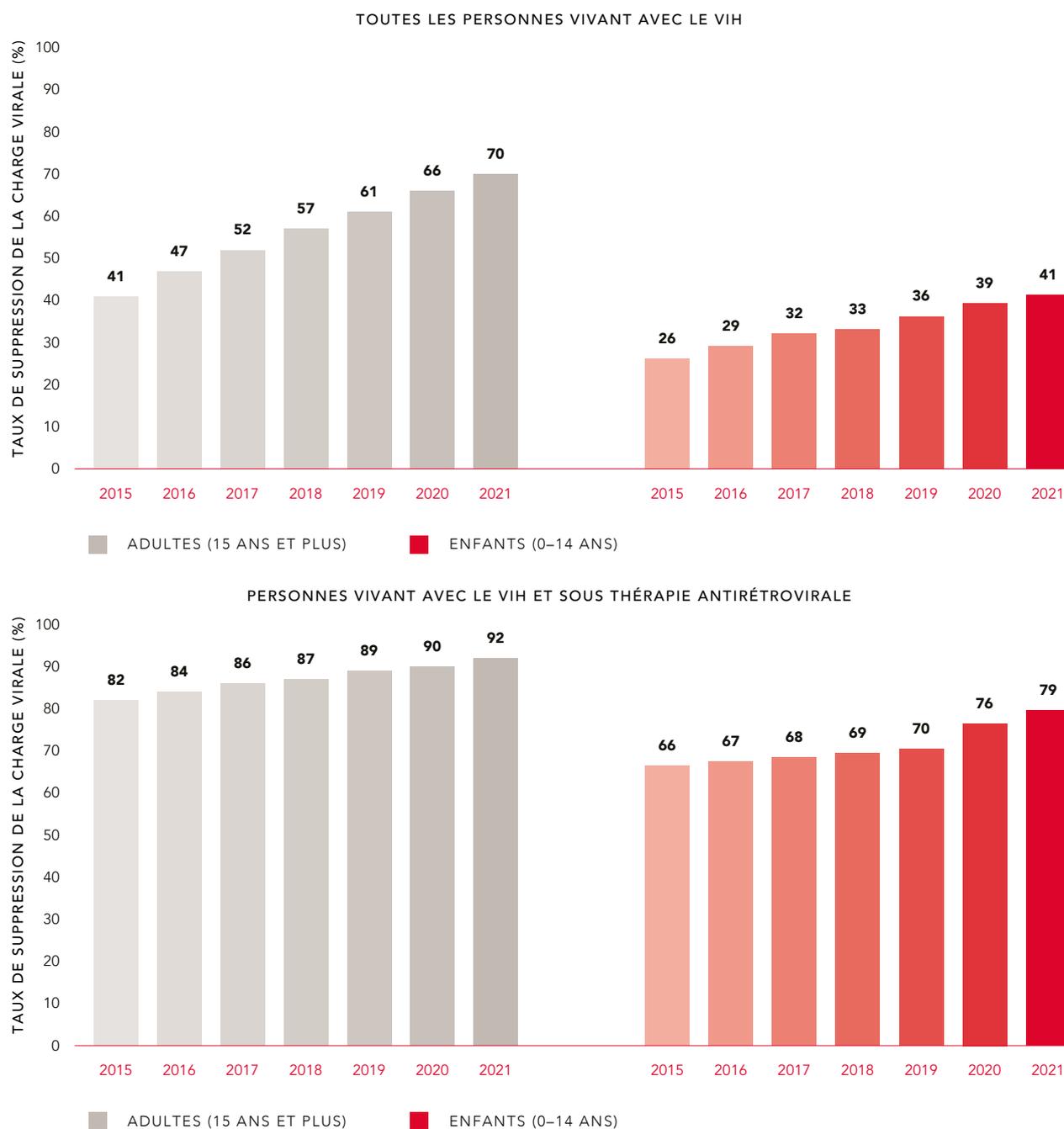
FIGURE 3.7 Adoption des schémas thérapeutiques à base de dolutégravir (DTG) comme option thérapeutique privilégiée dans les directives nationales pour tous les enfants vivant avec le VIH, au niveau mondial, juillet 2022



Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; programmes mondiaux de lutte contre le VIH, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles. Genève : OMS ; 2022.

L'expansion de schémas thérapeutiques adaptés aux enfants et plus faciles à prendre a entraîné une augmentation des taux de suppression virale du VIH chez les enfants vivant avec le VIH et recevant un traitement. Il s'agit d'une nouvelle importante à un moment où les progrès du programme pédiatrique de lutte contre le VIH stagnent.

FIGURE 3.8 Taux de suppression de la charge virale chez les adultes (15+ ans) et les enfants (0-14 ans) vivant avec le VIH, par statut de traitement, au niveau mondial, 2015-2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Si ces augmentations des taux de suppression virale du VIH chez les enfants sont les bienvenues, les inégalités en matière de suppression virale persistent entre les enfants et les adultes. En 2021, 79 % des enfants sous traitement contre le VIH ont atteint la suppression virale, contre 92 % des adultes sous traitement contre le VIH (figure 3.8).

L'élimination de ces disparités dans les taux de suppression virale du VIH nécessitera des approches multiples. Les communautés doivent être mieux engagées dans les efforts visant à promouvoir un bon accès au traitement et de bons résultats pour les enfants, et à garantir qu'aucun enfant ne soit oublié. Les barrières régionales, telles que les obstacles réglementaires à l'approbation des traitements pédiatriques à base de DTG, doivent être surmontées.

21 %

**DES ENFANTS RECEVANT
UN TRAITEMENT DU VIH
N'ONT PAS ATTEINT LA
SUPPRESSION VIRALE**

Enfin, il est essentiel de surmonter les obstacles structurels – tels que les exigences en matière de consentement parental, la stigmatisation et la discrimination, et les lois qui criminalisent les populations clés, pour garantir que toutes les personnes en âge de procréer et leurs partenaires puissent accéder aux services dont ils ont besoin pour protéger leur santé et leur bien-être, ainsi que ceux de leur famille.

Des investissements supplémentaires dans la recherche pour faire progresser le programme d'optimisation du traitement du VIH pédiatrique sont également nécessaires. Il s'agit notamment de la recherche de nouveaux modes d'administration des médicaments aux nourrissons et aux enfants (tels que les patchs), du développement de schémas thérapeutiques encore plus résistants, de l'évaluation de modèles de prestation de services innovants, de la création de stratégies de soutien psychosocial et familial et du déploiement de programmes adaptés.

©ONUSIDA/E.ECHWALU



El-Shammah Kiryowa, un enfant séronégatif avec ses parents séropositifs, devant l'hôpital MildMay à Kampala, en Ouganda, en octobre 2019.

Références

1. Brittain K, Teasdale CA, Ngeno B, Odoni J, Ochanda B, Brown K et al. Improving retention in antenatal and postnatal care: a systematic review to inform strategies for adolescents and young women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2021;24:e25770.
2. 2021 HIV market report. Issue 12, October 2021. Boston (MA): Clinton Health Access Initiative (CHAi); 2022.
3. Davies MA, Kalk E. Provider-initiated HIV testing and counseling for children. *PLoS Med.* 2014;11:e1001650.
4. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. *Trop Med Int Health.* 2017;22:1021-9.
5. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights & health. New York (NY): UNDP; 2012.
6. Global Commission on HIV and the Law. Risks, rights & health. 2018 supplement. New York (NY): UNDP; 2018.
7. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(3):e0173928.
8. Lyatuu GW, Mwashemele SZ, Urrio R, Naburi H, Kashmir N, Machumi L. Long-term virological outcomes in women who started option B+ care during pregnancy for prevention of mother-to-child transmission of HIV in Dat es Salaam, Tanzania: a cohort study. *Lancet HIV.* 2021;8:e256-e265.
9. Davey DLJ, Bekker LG, Gorbach PM, Coates TJ, Myer L. Delivering preexposure prophylaxis to pregnant and breastfeeding women in sub-Saharan Africa: the implementation science frontier. *AIDS.* 2017;31:2193-7.
10. Siedman DL, Weber S, Cohan D. Offering pre-exposure prophylaxis for HIV prevention to pregnant and postpartum women: a clinical approach. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl 1):21295.
11. Heffron R, Pintye J, Matthews LT, Weber S, Mugo N. PrEP as peri-conceptions HIV prevention for women and men. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2016;13:131-9.
12. Haas AD, Msukwa MT, Egger M, Tenthani L, Tweya H, Jahn A et al. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy: cohort study on women receiving care in Malawi's Option B+ program. *Clin Infect Dis.* 2016;63:1227-35.
13. Haas AD, Tenthani L, Msukwa MT, Tal K, Jahn A, Gadabu OJ et al. Retention in care during the first 3 years of antiretroviral therapy for women in Malawi's option B+ programme: an observational cohort study. *Lancet HIV.* 2016;3:e175-e182.
14. Decler S, Rempis E, Schnack A, Braun V, Rubaihayo J, Busingye P et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: postpartum adherence to Option B+ until 18 months in western Uganda. *PLoS One.* 2017;12:e0179448.
15. Larsen A, Magasana V, Dihn TH, Ngandu N, Lombard C, Cheyip M et al. Longitudinal adherence to maternal antiretroviral therapy and infant nevirapine prophylaxis from 6 weeks to 18 months postpartum amongst a cohort of mothers and infants in South Africa. *BMC Infect Dis.* 2019;19(Suppl. 1):789.
16. Ambia J, Mandala J. A systematic review of interventions to improve prevention of mother-to-child HIV transmission service delivery and promote and retention. *J Int AIDS Soc.* 2016;19:20309.
17. Seeing the unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. State of world population 2022. New York (NY): UNFPA; 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf).
18. McKinnon B, Vander Morris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ.* 2018;97:42-50.
19. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: WHO; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.15>).
20. Mutagonda RF, Mluya HJ, Maganda BA, Kamuhabwa AAR. Adherence, effectiveness and safety of dolutegravir based antiretroviral regimens among HIV infected children and adolescents in Tanzania. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2022;21:23259582221109613.
21. Addressing inequities in the global response. Children, adolescents and AIDS in 2022. New York; UNICEF; 2022.

MOBILISER LES RESSOURCES NÉCESSAIRES POUR METTRE FIN AU SIDA

Si nous espérons revitaliser la lutte contre le sida et tenir notre promesse de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, nous n'avons pas d'autre choix que de mobiliser les ressources nécessaires.

Les 21,4 milliards de dollars US (en dollars US constants de 2019) disponibles pour le VIH en 2021 étaient inférieurs aux 29,3 milliards de dollars US nécessaires en 2025. Un manque de ressources commun à presque toutes les régions est le financement de la prévention du VIH parmi les populations clés à haut risque d'infection à VIH. En 2021, les pays à revenu faible ou intermédiaire allouaient en moyenne 3 % de leurs dépenses totales de lutte contre le VIH à des programmes de prévention et de promotion sociale destinés aux populations clés. Cette part des dépenses liées au VIH devra passer à 21 % d'ici 2025.

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 indique clairement que nous avons besoin de ressources supplémentaires pour mettre la lutte contre le sida sur la bonne voie. Sans de nouveaux investissements et la volonté politique de rendre la réponse plus équitable, les populations qui en ont le plus besoin continueront d'être laissées pour compte par la riposte au sida. Cela inclut les enfants, les femmes et les filles du monde entier, ainsi que les populations les plus marginalisées, notamment les populations clés. Sans nouvelles ressources, les systèmes communautaires qui se sont avérés si essentiels pour préserver les services de lutte contre le VIH pendant la pandémie de COVID-19 ne pourront pas être pleinement exploités pour garantir un accès égal aux services, y compris pour les plus vulnérables. Sans nouvelles ressources, les capacités requises dans les pays pour soutenir la mise en œuvre des programmes de transformation seront perdues. Et sans nouvelles ressources, il est peu probable que des investissements cruciaux soient réalisés dans la programmation des droits de l'homme. En d'autres termes, sans investissements nouveaux et efficaces, le monde ne parviendra pas à atteindre son objectif d'éradication du sida d'ici à 2030.



Livraison de traitements antirétroviraux vitaux en République bolivarienne du Venezuela, 2022.

Nous avons besoin de ressources ciblées pour mettre en place des systèmes de données granulaires permettant d'identifier les inégalités critiques, de mettre en œuvre des programmes adaptés à la communauté pour atteindre ceux qui sont actuellement laissés pour compte et de s'attaquer aux facteurs sociétaux qui augmentent la vulnérabilité au VIH et réduisent la capacité des personnes à accéder aux services essentiels.

Pour s'attaquer aux inégalités et combler le déficit de financement, il faut modifier à la fois l'affectation et le volume des investissements dans le domaine du VIH afin de répondre aux besoins spécifiques des différents pays et communautés. Le financement actuel de la lutte contre le VIH permet de soutenir la thérapie antirétrovirale à vie pour près de 29 millions de personnes et d'intensifier la PrEP et d'autres interventions de prévention à fort impact pour les personnes à haut risque de contracter le VIH. Il contribue également aux efforts multisectoriels visant à réduire la vulnérabilité des adolescentes et des jeunes femmes au VIH, un groupe qui, en 2021, a vu une personne contracter le VIH toutes les deux minutes dans le monde.

© ONUSIDA



Matériel de prévention du VIH exposé lors de la conférence AIDS2022, Montréal, Canada, 30 juillet 2022.

Les soubresauts économiques menacent la capacité du monde à mobiliser les ressources essentielles à la lutte contre le sida

Malgré cette urgence, la nécessité de mobiliser des ressources nouvelles et accrues pour la lutte contre le sida se heurte à des défis de taille. De multiples chocs ont secoué l'économie mondiale, notamment les effets de la pandémie persistante de COVID-19 et les conflits en cours, comme la guerre en Ukraine. Ces chocs ont contribué à ce que de nombreux grands donateurs bilatéraux réduisent l'aide internationale, y compris pour la lutte contre le sida.

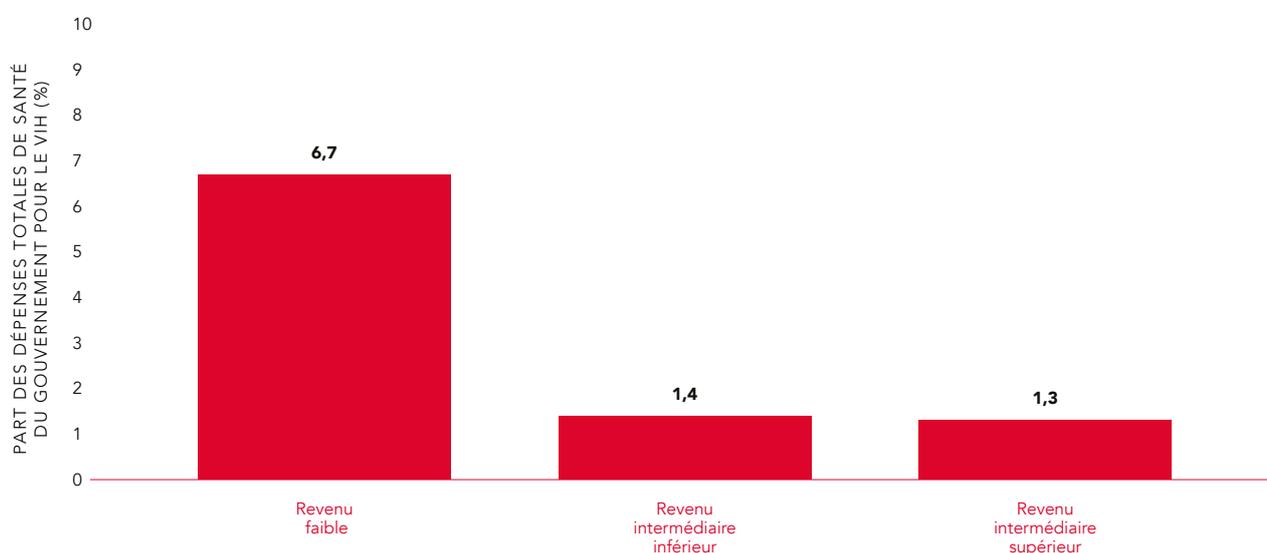
Ces chocs ont contribué à une inflation beaucoup plus élevée que prévu, touchant des pays de tous niveaux de revenus, dont certains connaissent des niveaux d'inflation inédits depuis deux générations. L'économie mondiale ralentit beaucoup plus que prévu, les économies avancées et en développement devant afficher en 2023 des taux de croissance nettement inférieurs (3,8 % et 2,3 %, respectivement) à ceux initialement prévus (1).

L'ensemble de ces facteurs est susceptible d'avoir un effet prononcé sur la capacité des pays à revenu faible et intermédiaire à investir dans les programmes de lutte contre le sida et autres programmes de santé. Le VIH constitue un fardeau sanitaire important dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et les dépenses publiques nationales pour le VIH jouent un rôle important dans le financement global de leurs dépenses de santé. C'est particulièrement le cas en Afrique subsaharienne : alors que les dépenses consacrées au VIH représentent 6,7 % du total des dépenses publiques de santé dans les pays à faible revenu (figure 4.1), elles représentent 12 % des dépenses publiques de santé en Afrique orientale et australe (figure 4.2).

12 %

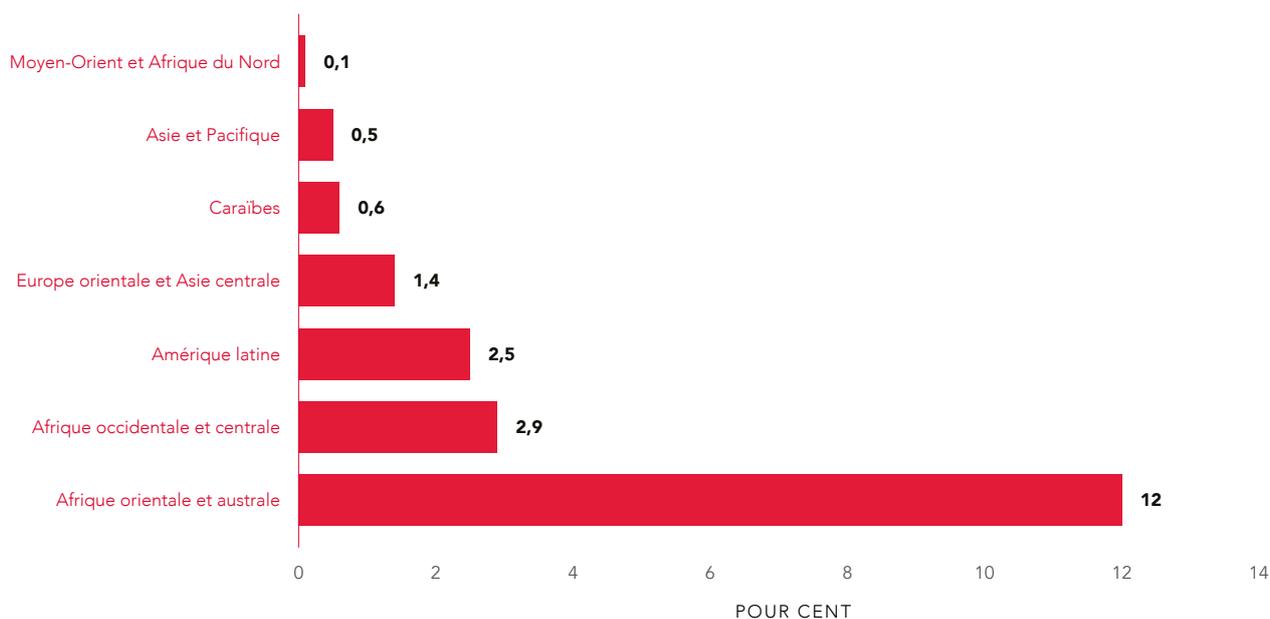
DU TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT EN AFRIQUE DE L'EST ET EN AFRIQUE AUSTRALE SONT CONSACRÉES AU VIH

FIGURE 4.1 Part en pourcentage des dépenses publiques totales de santé consacrées au VIH, par classification des revenus des pays, dernières données disponibles, 2019



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales. Dans : Organisation mondiale de la Santé [Internet]. 26 novembre 2020.

Genève : OMS ; c2022 (<https://apps.who.int/nha/database>).

FIGURE 4.2 Part en pourcentage des dépenses publiques totales de santé pour le VIH, par région, dernières données disponibles, 2019

Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales. Dans : Organisation mondiale de la Santé [Internet]. 26 novembre 2020.
Genève : OMS ; c2022 (<https://apps.who.int/nha/database>).

Selon la Banque mondiale, seul un pays sur trois verra ses dépenses de santé augmenter de manière significative par rapport aux niveaux antérieurs à la COVID d'ici 2027, la majorité de ces pays étant classés parmi les pays à revenu élevé (2).

L'aggravation de la crise de la dette dans les pays à revenu faible et intermédiaire réduit la capacité des gouvernements à investir dans la santé. En 2019, les 73 pays à revenu faible ou intermédiaire connaissant des problèmes d'endettement ont dépensé quatre fois plus pour le remboursement de leur dette que pour la santé et, en moyenne, le niveau de la dette publique des pays à revenu faible ou intermédiaire est passé de 55 % à 63,8 % du PIB entre 2019 et 2020 (3).

La Banque mondiale prévoit que les dépenses de santé vont diminuer au cours des cinq prochaines années dans deux pays sur trois.

Les pays doivent faire preuve de la volonté politique nécessaire pour réaliser des investissements essentiels dans le domaine du sida

Bien que l'environnement politique et économique mondial pose des défis extraordinaires, une action urgente est nécessaire pour protéger les dépenses de santé et utiliser des moyens innovants pour mobiliser de nouvelles ressources pour le sida et la santé. En finançant intégralement les objectifs de ressources pour 2025 et en utilisant ces ressources pour mettre en œuvre efficacement la stratégie, la croissance annuelle des besoins en ressources peut être stoppée après 2025 (4). Si les gouvernements sont inévitablement confrontés à des décisions difficiles dans ce contexte, les choix budgétaires ne doivent pas sacrifier la santé et le bien-être des personnes, en particulier des populations vulnérables qui sont les plus touchées par les inégalités liées au VIH. La santé et les ripostes aux pandémies doivent être prioritaires en ces temps difficiles.

Une nouvelle analyse des tendances de financement indique que dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en Afrique subsaharienne, l'augmentation du financement bilatéral du PEPFAR et du financement multilatéral du Fonds mondial a été compensée par une augmentation des contributions financières nationales au VIH (voir encadré 3).

Une action immédiate est nécessaire pour élargir l'espace fiscal pour les investissements dans la santé dans les pays à revenu faible et moyen inférieur afin de répondre au besoin urgent d'investissements pour mettre la riposte au sida sur les rails. Il s'agit notamment d'un allègement substantiel de la dette. Les mécanismes existants (notamment les banques de développement et les réaffectations des droits de tirage spéciaux) doivent être pleinement exploités pour protéger et renforcer les investissements dans le domaine de la santé, parallèlement à d'autres priorités de développement urgentes, telles que l'éducation, le changement climatique et la sécurité alimentaire. Les systèmes fiscaux nationaux doivent être réformés afin d'optimiser la collecte des recettes, et des instruments fiscaux dédiés à la santé doivent être mis en œuvre.



ENCADRÉ 3

L'AUGMENTATION DU FINANCEMENT DU FONDS MONDIAL ET DU PEPFAR EST COMPENSÉE PAR UNE AUGMENTATION DES INVESTISSEMENTS NATIONAUX POUR LE VIH DANS UNE MAJORITÉ DE PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE

Fondé en 2002, le Fonds mondial, la plus grande source de financement multilatéral de la riposte au VIH, a fourni 29 % de l'ensemble du financement international du VIH en 2021. Le gouvernement des États-Unis reste la source la plus importante et la plus constante de financement bilatéral des programmes mondiaux de lutte contre le VIH par le biais du PEPFAR, lancé en 2003, qui fournit 56 % de l'ensemble du financement international de la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ensemble, le PEPFAR et le Fonds mondial contribuent à 85 % de l'ensemble des financements externes pour le VIH dans ces pays. L'impact de ces investissements a été transformateur, contribuant aux progrès nationaux et suscitant des investissements supplémentaires dans un nombre croissant de pays, qui augmentent les ressources nationales pour le VIH afin de soutenir et d'améliorer l'impact du financement externe.

La majorité des pays soutenus par le PEPFAR et le Fonds mondial continuent de s'appuyer sur des sources de financement externes pour le VIH : entre 2018 et 2021, 51 % des 48 pays soutenus qui ont communiqué les dernières données disponibles à l'ONUSIDA ont compté sur des ressources externes pour plus de 70 % de leurs ripostes respectives au VIH. Néanmoins, des tendances positives peuvent être observées dans 20 des 32 pays pour lesquels des données chronologiques sont disponibles : entre 2018 et 2021, les augmentations du financement externe de la lutte contre le VIH par le PEPFAR et le Fonds mondial ont été corrélées à des augmentations

significatives du financement intérieur des gouvernements nationaux (tableau 4.1). Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne dont la charge de morbidité liée au VIH est parmi les plus élevées au monde (notamment l'Afrique du Sud, le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique et la République-Unie de Tanzanie) ont mobilisé des montants constamment plus élevés de financement intérieur pour le VIH depuis 2018. Dans des pays comme l'Angola et le Kenya, où les ressources du PEPFAR et du Fonds mondial ont stagné, voire diminué, les gouvernements nationaux ont tout de même été en mesure d'augmenter le financement national pour le VIH au cours de la même période. Bien qu'une analyse supplémentaire soit nécessaire pour mieux comprendre pourquoi certains pays ont diminué leurs dépenses nationales en matière de VIH malgré l'augmentation des financements externes, la diminution des investissements nationaux pour le VIH pourrait être liée à des facteurs macroéconomiques négatifs globaux, tels que l'hyperinflation et les dévaluations de la monnaie nationale, qui ont un impact négatif sur la marge de manœuvre budgétaire du gouvernement.

Dans l'ensemble, ces tendances de financement indiquent que dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, en particulier en Afrique subsaharienne, les augmentations du financement bilatéral du PEPFAR et du financement multilatéral du Fonds mondial n'ont pas exacerbé leur dépendance vis-à-vis des sources extérieures ; elles ont plutôt été compensées par des augmentations des contributions financières nationales au VIH.

TABLEAU 4.1 Tendances des dépenses financières pour le VIH du PEPFAR et du Fonds mondial par rapport aux dépenses nationales pour le VIH, dans certains pays à revenu faible et intermédiaire, 2018-2020

	Augmentation des dépenses publiques nationales pour le VIH par le gouvernement partenaire		Stagnation ou diminution des dépenses publiques nationales pour le VIH par le gouvernement partenaire
Augmentation des ressources financières totales du PEPFAR et du Fonds mondial	Botswana République dominicaine El Salvador Ghana Inde Indonésie Kazakhstan Lesotho Malawi Mozambique	Népal Nigeria Papouasie Nouvelle-Guinée Philippines Afrique du Sud Soudan du Sud Tadjikistan Togo Ukraine République-Unie de Tanzanie	Burkina Faso Guatemala Kirghizistan République démocratique populaire lao Mali Panama Sénégal Thaïlande Zambie
Stagnation ou diminution des ressources financières du PEPFAR et du Fonds mondial	Angola Kenya		Éthiopie

Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022; Office of the U.S. Global AIDS Coordinator and Health Diplomacy (PEPFAR) ; portail de données du Fonds mondial.

Note : Des données sont disponibles pour 32 pays.

Note : Les données financières du PEPFAR et du Fonds mondial sont fournies à l'ONUSIDA dans le cadre de la collaboration entre le PEPFAR, le Fonds mondial et l'ONUSIDA, qui vise à renforcer les efforts de suivi, d'harmonisation et d'alignement des ressources allouées à la lutte contre le VIH. Cette collaboration s'appuie sur les rapports nationaux, le suivi mondial du sida (GAM), les évaluations nationales des dépenses liées au sida (NASA) et les processus de rapports financiers du Fonds mondial et du PEPFAR, dans le but de partager des informations opportunes, cohérentes et de grande qualité sur les dépenses liées au sida afin d'éclairer la planification des programmes et l'allocation des ressources, et d'accroître l'efficacité et la pérennité de la riposte au VIH.

La base des donateurs et des partenaires de développement pour le sida et la santé doit être élargie

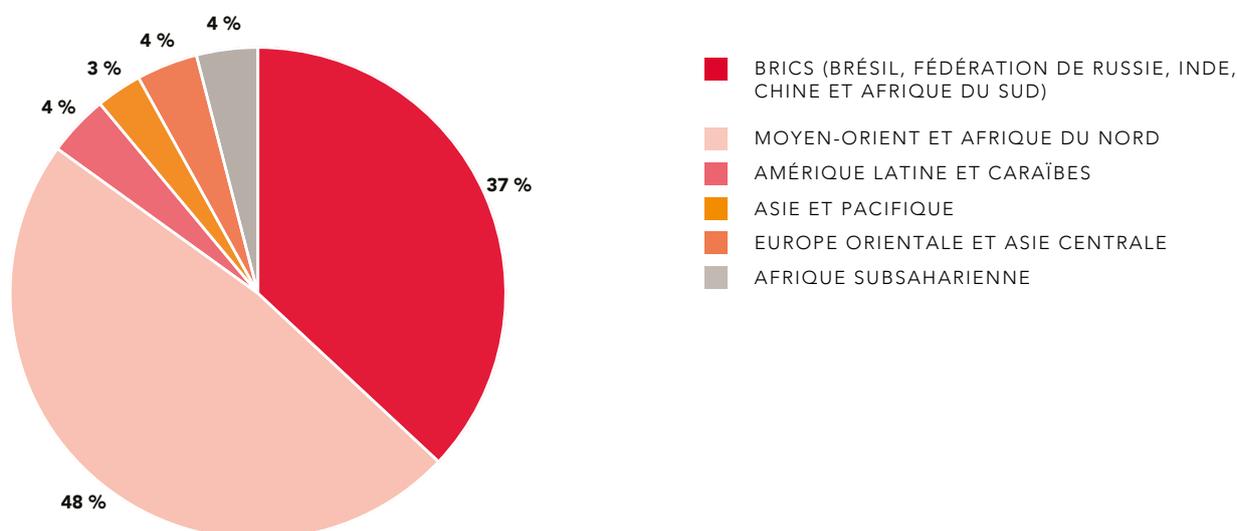
Les principes de solidarité internationale et de responsabilité partagée qui ont défini la riposte au sida doivent guider l'action en cette période difficile. Outre les investissements nationaux essentiels, la communauté internationale doit également mobiliser des ressources supplémentaires pour mettre la lutte contre le sida sur les rails. Cela nécessitera une augmentation des contributions des donateurs traditionnels de l'aide publique au développement liée à la santé.

57 %

DIMINUTION DU FINANCEMENT DU VIH PAR DES DONATEURS AUTRES QUE LES ÉTATS-UNIS AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

Pour combler le déficit de financement de la lutte contre le sida, il faudra également une participation accrue des partenaires de développement non membres de l'OCDE. Selon les données les plus récentes de l'ONUSIDA, les ressources internationales totales disponibles pour le VIH étaient inférieures de 6 % à celles de 2010, et l'aide publique au développement pour le VIH provenant de donateurs autres que le Fonds mondial et les États-Unis a chuté de 57 % au cours de la dernière décennie (5). Dans le contexte actuel de restriction de l'aide publique au développement de la part des gouvernements donateurs traditionnels et des facteurs externes ayant un impact sur la marge de manœuvre budgétaire des pays à revenu faible et intermédiaire, il est essentiel d'évaluer les contributions de la coopération Sud-Sud des pays qui ne font pas partie du Comité d'aide au développement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). D'après une étude en cours de l'ONUSIDA, ces pays ont contribué à hauteur de 1,5 à 2,0 milliards de dollars à la santé mondiale en 2020 (figure 4.3). L'ONUSIDA intensifie son travail avec les pays non membres du Comité d'aide au développement afin d'accroître leurs contributions à la santé mondiale et à la lutte contre le sida.

FIGURE 4.3 Part en pourcentage du financement des initiatives de santé mondiale provenant de pays non membres du Comité d'aide au développement, 2020



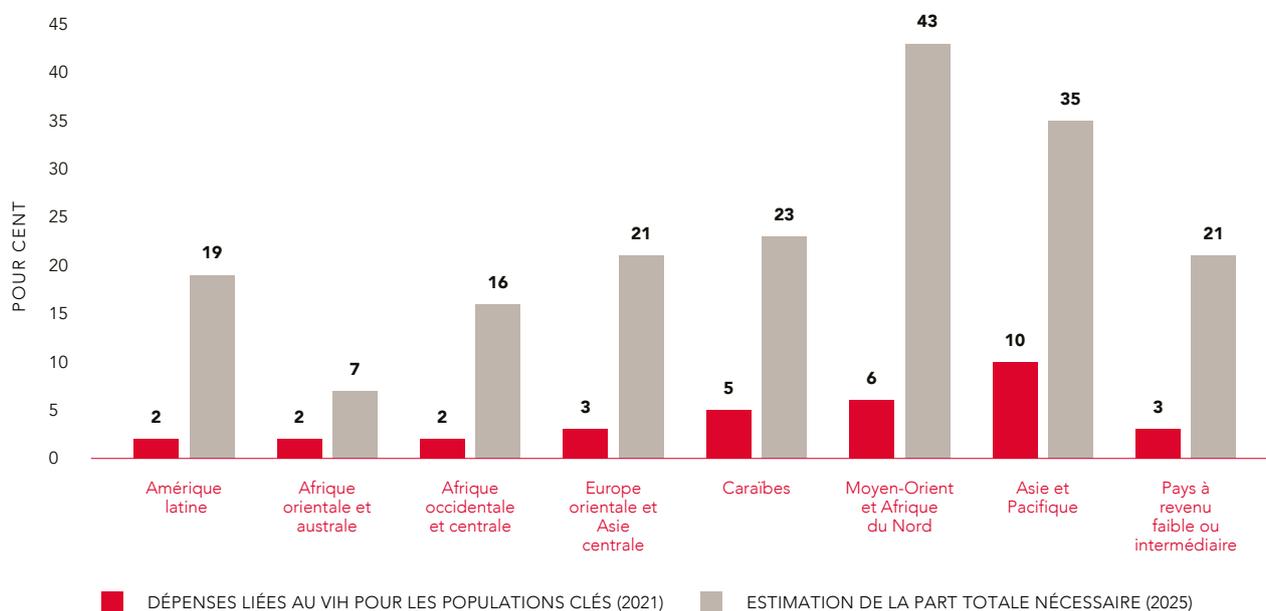
Source : Estimations préliminaires de l'ONUSIDA pour les pays non membres du CAD, 2022.

Remarque : Les pays inclus dans le total pour les BRICS ont été exclus du total calculé pour leurs régions respectives.

Il faut corriger les modes de financement qui contribuent aux inégalités liées au VIH

Outre la mobilisation des nouvelles ressources nécessaires pour combler les inégalités liées au VIH, des efforts sont nécessaires pour s'attaquer aux aspects du financement actuel du sida qui contribuent à ces inégalités. Parmi les lacunes les plus criantes en matière de financement de la lutte contre le sida figurent les interventions en faveur des droits de l'homme et les programmes destinés aux populations clés. Alors que les populations clés sont touchées de manière disproportionnée par la pandémie de sida, il existe dans toutes les régions un écart important entre les ressources nécessaires et les montants disponibles pour les programmes de prévention et les programmes d'appui sociétal (figure 4.4).

FIGURE 4.4 Pourcentage des dépenses totales consacrées au VIH pour les programmes de prévention et les catalyseurs sociétaux destinés aux populations clés, 2021, et estimation de la part totale nécessaire, 2025, dans les pays à revenu faible et intermédiaire et par région



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 ; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

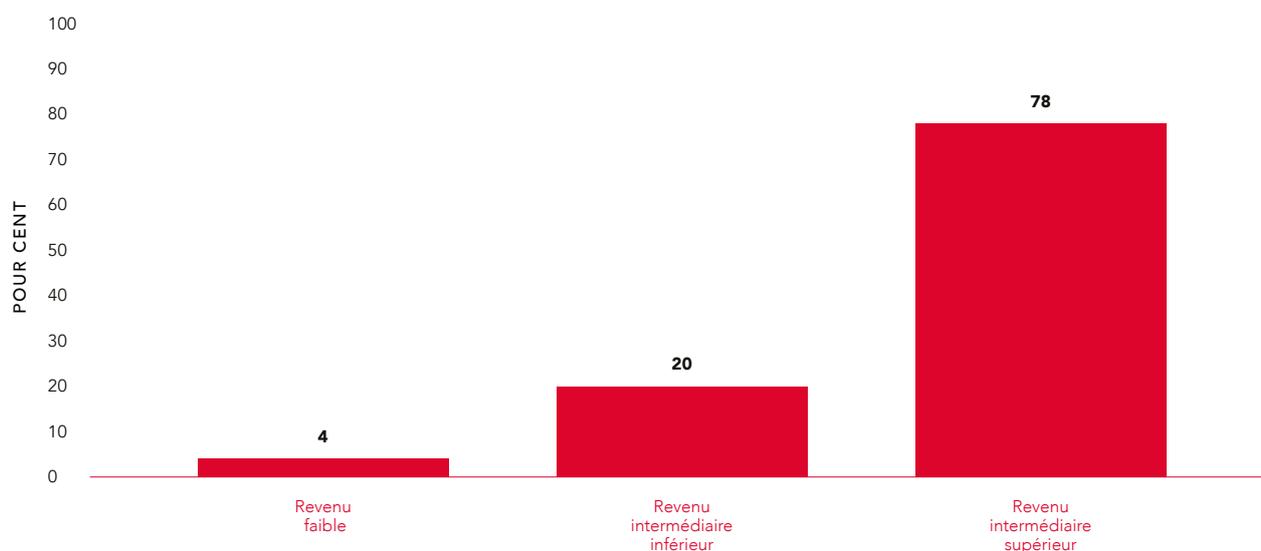
Remarque : Les données proviennent de 61 pays qui ont déclaré leurs dernières dépenses en matière de prévention et d'interventions de facilitation sociétale. Les services de dépistage et de traitement ne sont pas inclus.

Même lorsque les donateurs et les programmes nationaux fixent des objectifs ambitieux pour les populations clés, ils accordent rarement un financement suffisant pour les atteindre. Par exemple, une récente analyse de la société civile a révélé que les programmes destinés aux populations clés représentent la plus petite allocation de ressources programmatiques dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre le sida de l'Ouganda, bien que les populations clés soient touchées de manière disproportionnée par l'épidémie (6).

Les réponses communautaires sont essentielles au succès de la lutte contre le sida, notamment en ce qui concerne la réduction des inégalités critiques, mais ces réponses manquent cruellement de ressources ; en effet, les réponses communautaires sont rarement chiffrées et budgétisées. Une protection sociale globale sensible au VIH renforce également la couverture des personnes vivant avec le VIH et des populations affectées ; ce faisant, elle accroît l'accès aux services de prévention et de traitement.

Les programmes de lutte contre le VIH destinés aux enfants et aux adolescents souffrent d'un sous-investissement persistant des ressources nationales. Parmi les 87 pays qui ont déclaré un total de 1,8 milliard de dollars de dépenses pour des programmes en faveur des enfants et des adolescents en 2021, 54 % continuent de dépendre de financements externes pour plus de la moitié de ces coûts (figure 4.5).

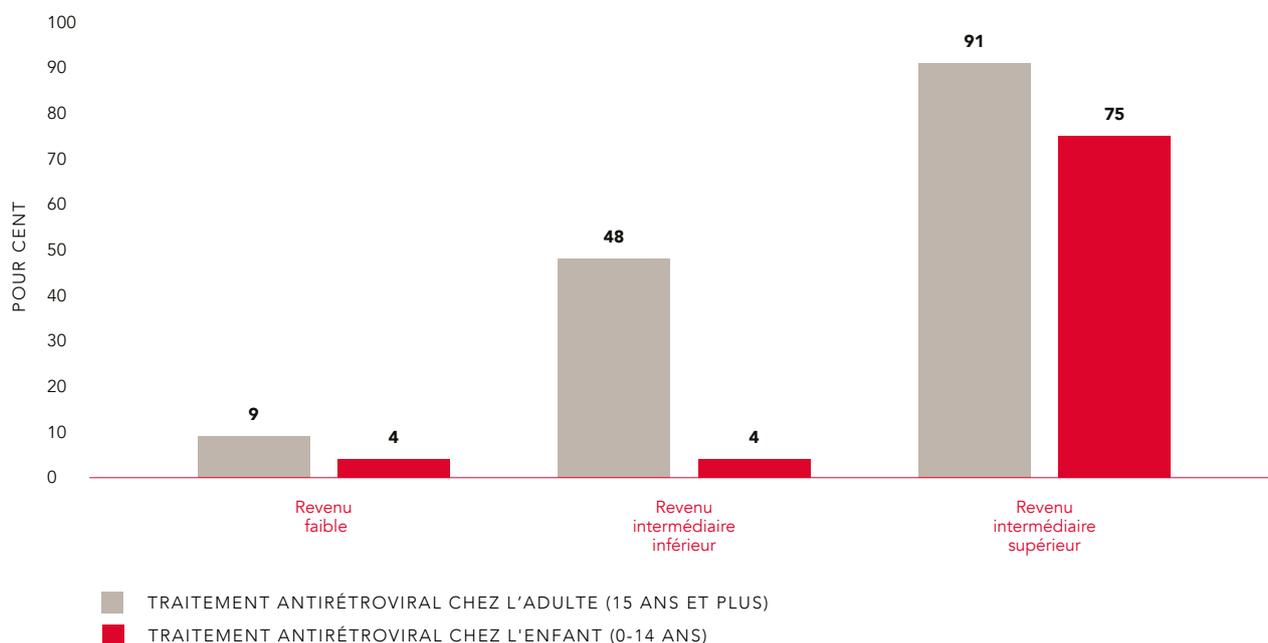
FIGURE 4.5 Pourcentage du financement total des programmes destinés aux enfants et aux adolescents provenant de sources nationales, par classification des revenus des pays, dernières données disponibles (2019-2021)



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2018-2022.

L'analyse des modes de financement de la lutte contre le sida chez les enfants révèle la profondeur des inégalités de financement. Le déficit de traitement du VIH chez les enfants est dû en partie à un sous-investissement constant dans les services visant à éliminer la transmission verticale du VIH. Par le passé, l'un des principaux obstacles au sous-investissement dans les services de traitement pour les enfants était le prix unitaire élevé des médicaments, ce qui a conduit de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire à dépendre de ressources extérieures pour financer leur lutte contre le VIH. D'après les dernières données disponibles (2019-2021), les pays à revenu faible et intermédiaire font état d'une part plus faible des dépenses consacrées aux services de traitement des enfants par rapport aux services de traitement du VIH pour les adultes : alors que le financement national couvre 48 % des services de traitement du VIH pour les adultes dans les pays à faible revenu, le financement national ne représente que 4 % des dépenses consacrées au traitement du VIH pour les enfants (figure 4.6). En comparaison, les donateurs couvrent 9 % des coûts de traitement du VIH pour les adultes dans les pays à revenu intermédiaire supérieur, mais 25 % des coûts de traitement du VIH pour les enfants.

FIGURE 4.6 Pourcentage du financement total du traitement antirétroviral chez les adultes (15+ ans) et les enfants (0-14 ans) provenant de sources nationales, par classification des revenus du pays, dernières données disponibles (2019-2021)



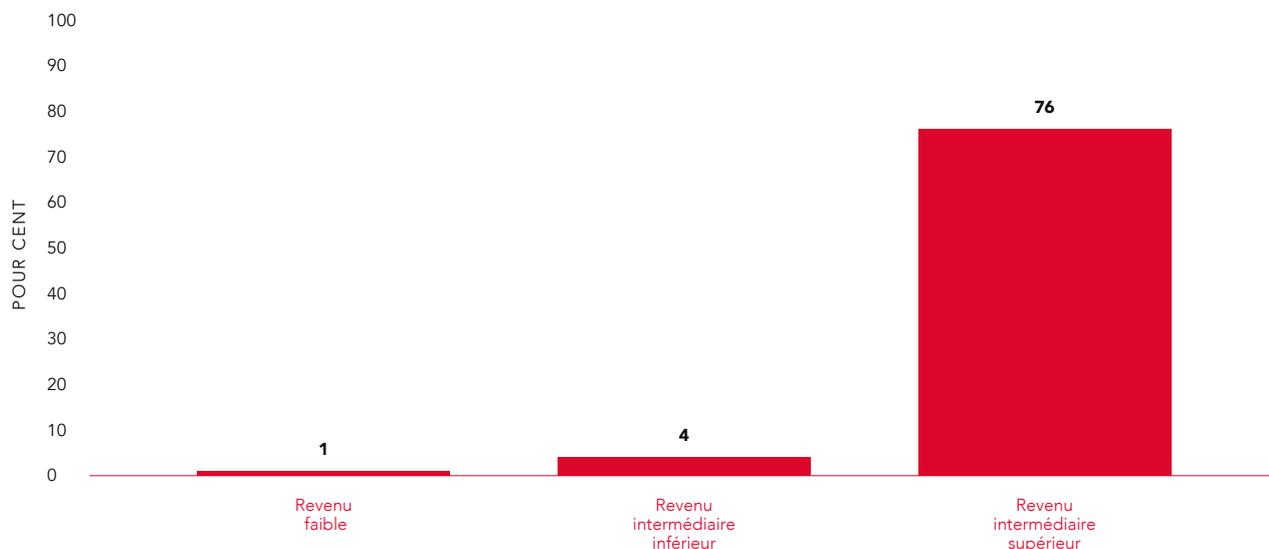
Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2018-2022.

Il est possible de réduire les prix des médicaments antirétroviraux et d'autres produits essentiels à la lutte contre le VIH en réorganisant les systèmes de gestion des achats et de l'approvisionnement afin de tirer parti des économies d'échelle. La licence accordée à ViiV par la Medicines Patent Pool pour le traitement pédiatrique à base de DTG devrait permettre de réduire les coûts d'approvisionnement de trois quarts (d'environ 480 USD par enfant à 120 USD par enfant). En 2021, le prix moyen des différentes thérapies antirétrovirales dans les pays à faible revenu était de 70 dollars par adulte.

Le sous-investissement des pays est également évident en ce qui concerne le diagnostic précoce des nourrissons. Les bailleurs de fonds internationaux représentent actuellement la totalité, sauf 1 %, des coûts du diagnostic précoce chez les nourrissons dans les pays à faible revenu et la totalité, sauf 4 %, de ces coûts dans les pays à revenu intermédiaire inférieur (Figure 4.7). Les pays à revenu intermédiaire supérieur couvrent 91 % des coûts du traitement du VIH chez l'adulte avec des ressources nationales, mais ils ne couvrent que 76 % des coûts du diagnostic précoce chez le nourrisson.

Les bailleurs de fonds internationaux représentent actuellement la totalité, sauf 1 %, des coûts du diagnostic précoce chez les nourrissons dans les pays à faible revenu et la totalité, sauf 4 %, de ces coûts dans les pays à revenu intermédiaire inférieur.

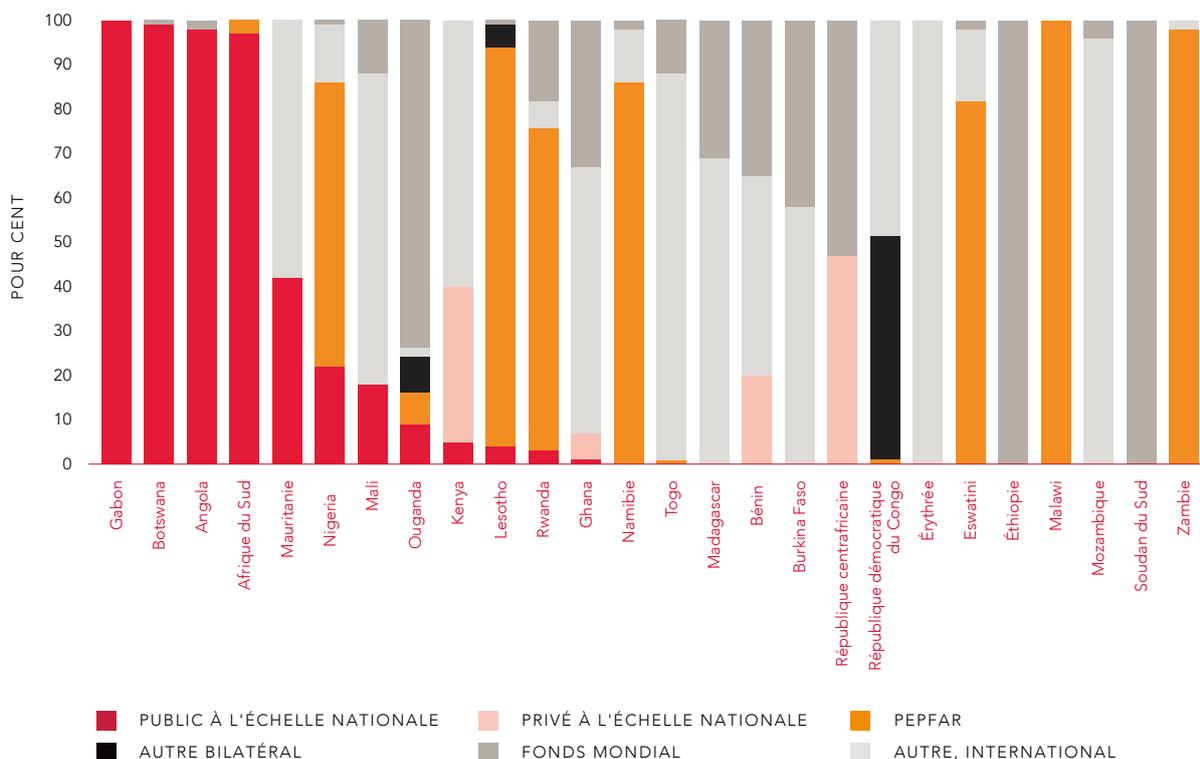
FIGURE 4.7 Pourcentage du financement total des programmes de diagnostic précoce du nourrisson provenant de sources nationales, par classification des revenus des pays, dernières données disponibles (2019-2021)



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2018-2022.

Les services visant à empêcher les enfants de contracter le VIH par transmission verticale présentent le même schéma : tous les pays d'Afrique subsaharienne à forte charge de morbidité, à l'exception d'une poignée d'entre eux, sont fortement dépendants des donateurs extérieurs pour le financement de la prévention de la transmission verticale du VIH (figure 4.8).

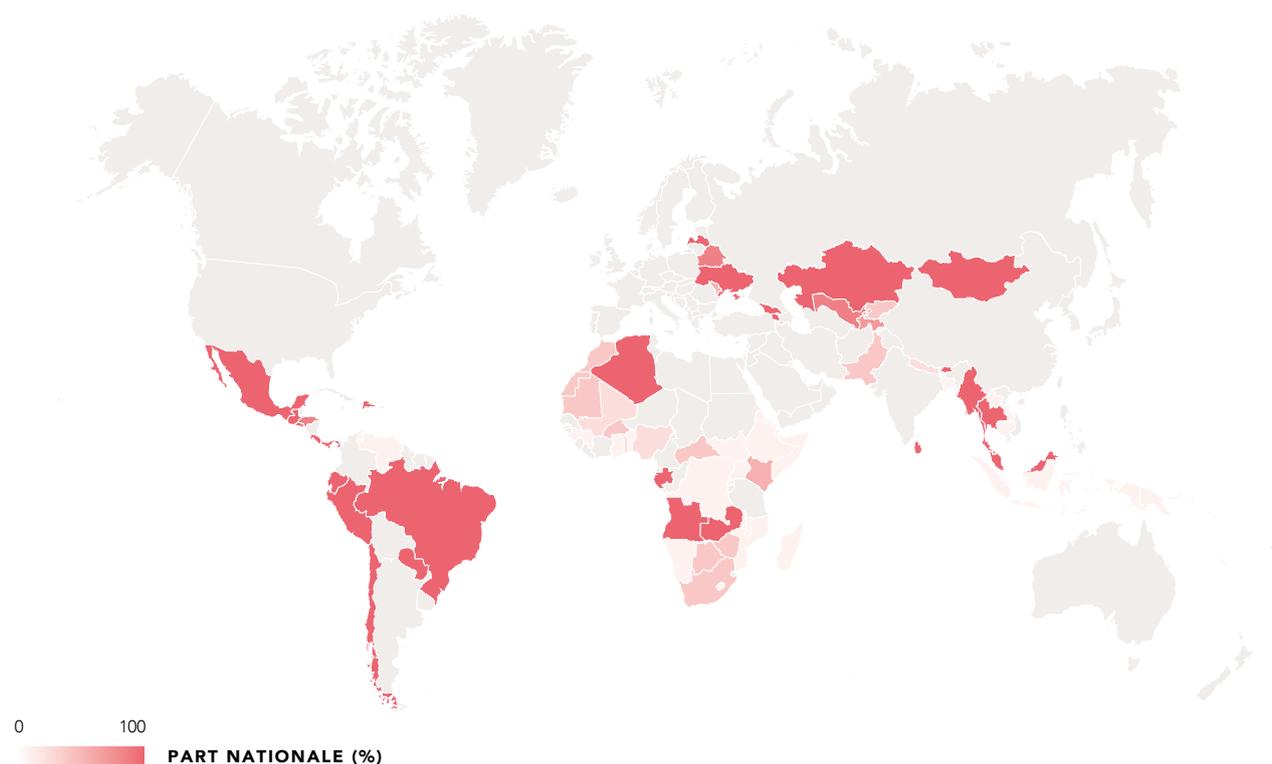
FIGURE 4.8 Part en pourcentage du financement des programmes de prévention de la transmission verticale du VIH par source de financement, pays d'Afrique subsaharienne, dernières données disponibles (2019-2021)



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2018-2022.

Les pays doivent également rationaliser et renforcer les investissements dans les programmes qui bénéficient aux jeunes femmes et aux filles. En 2021, 78 pays ont déclaré des dépenses totales de US\$ 610 millions pour ces programmes, soit 5 % des dépenses totales consacrées au sida dans ces pays (Figure 4.9). La moitié de ces pays continuent de dépendre du financement extérieur pour plus de 50 % de leurs investissements en faveur des femmes (âgées de 15 ans et plus). Pour les programmes qui bénéficient aux adolescentes et aux jeunes femmes, les sources domestiques ont couvert 52 % des coûts associés.

FIGURE 4.9 Part en pourcentage du financement total des programmes destinés aux femmes et aux adolescentes (15 ans et plus) provenant de sources nationales, pays sélectionnés, dernières données disponibles (2019-2021)

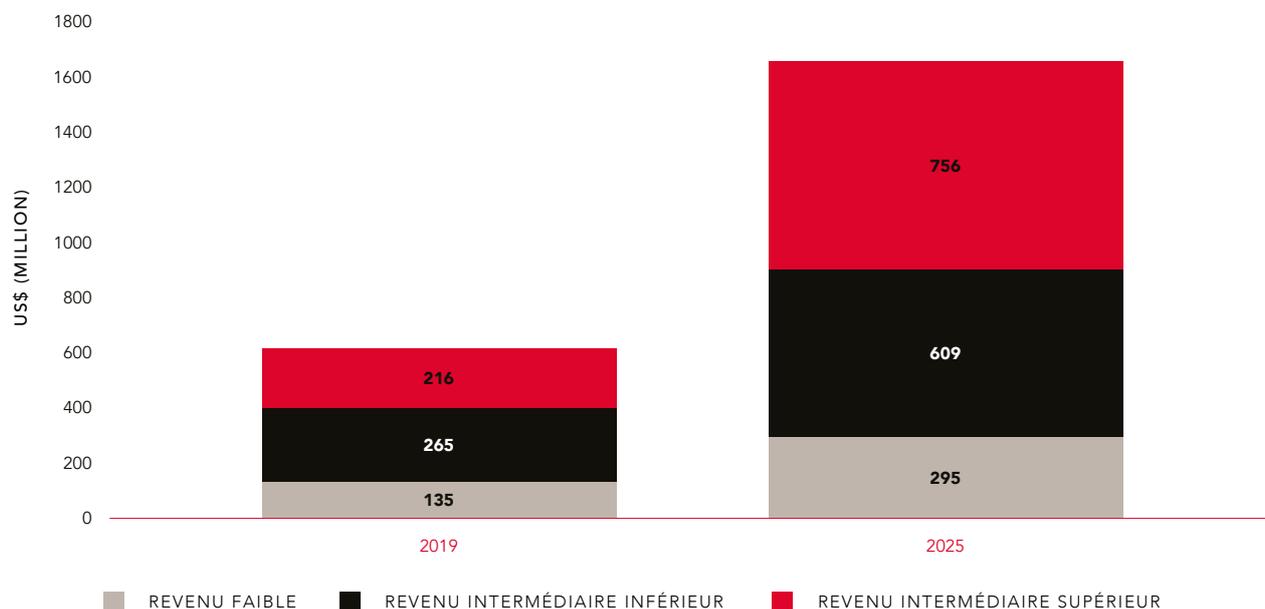


Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2018-2022.

Le fait que les pays ne donnent pas la priorité aux programmes destinés aux femmes et aux filles contribue au sous-investissement général dans ces programmes et met en évidence les dangereuses inégalités dans les modes de financement. En 2019, le financement des programmes qui bénéficient aux femmes et aux filles ne représentait que 37 % des montants nécessaires d'ici 2025 (figure 4.10).

En 2019, le financement des programmes qui bénéficient aux femmes et aux adolescentes ne représentait que 37 % des montants nécessaires d'ici 2025.

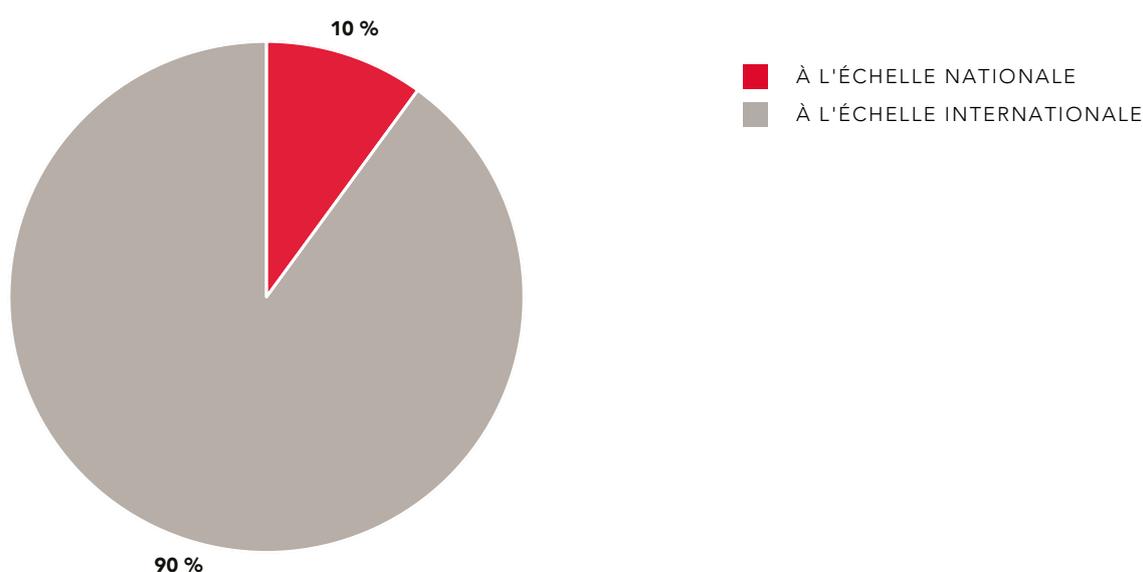
FIGURE 4.10 Financement des interventions en faveur des adolescentes et des jeunes femmes (15-24 ans), par classification des pays à revenu, estimation des ressources, 2019, et estimation des besoins en ressources, 2025



Source : Estimations de l'ONUSIDA, 2022 ; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.
 Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019.

La circoncision masculine médicale volontaire, élément central de la prévention combinée du VIH, reste également très dépendante des sources externes, qui représentent ensemble 90 % des dépenses nécessaires (figure 4.11).

FIGURE 4.11 Part en pourcentage du financement des interventions de circoncision masculine médicale volontaire, par source de financement, dernières données disponibles (2019-2021)



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial de la lutte contre le sida de l'ONUSIDA, 2018-2022.

Le sous-investissement national dans des aspects essentiels de la riposte au sida contribue aux inégalités qui ralentissent les progrès de la riposte, et il sape les efforts visant à mettre la riposte sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de 2030. Alors que de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire continueront à compter sur des sources externes pour leurs ripostes au VIH, ils devraient s'associer à des donateurs externes pour financer entièrement les programmes qui sont essentiels pour mettre fin aux inégalités liées au VIH. Ils doivent également intensifier leurs contributions nationales pour une réponse durable et équitable à la lutte contre le sida.

Mettre fin à la pandémie de sida est à la fois un impératif éthique et une priorité sanitaire et économique urgente qui nécessite une approche multilatérale systématique (4). Il est urgent de renforcer la réponse multilatérale pour augmenter les ressources destinées au secteur de la santé et au VIH par le biais du financement multilatéral, de l'allègement de la dette et de l'accent mis sur le financement de la santé et du VIH – y compris par le biais d'investissements nationaux durables – afin de garantir un accès égal aux ressources pour mettre fin au sida et aux inégalités qui l'alimentent.

© UNUSIDA/B. HAMILTON



Septième conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial, New York, États-Unis d'Amérique, 21 septembre 2022.

Références

1. World economic outlook update: gloomy and more uncertain. July 2022. Washington (DC): IMF; 2022.
2. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery—implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington (DC): World Bank; 2022.
3. A pandemic triad: HIV COVID-19 and debt in developing countries. Geneva: UNAIDS; 2022.
4. Lamontagne E, Over M, Stover J. The economic returns of ending the AIDS epidemic as a public health threat. *Health Policy*. 2019 Jan;123(1):104-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.007. Epub 2018 Nov 22.
5. IN DANGER: UNAIDS global AIDS update, 2022. Geneva: UNAIDS; 2022.
6. Transgender persons and the NSP; a case of the Uganda National HIV/AIDS Strategic Plan 2022–2025. Fem Alliance Uganda (FEM); 2022.

ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaid.org