
Un cadre pour comprendre et traiter les inégalités liées au VIH

30 Juin 2022

Sommaire

Acronymes	4
Remerciements	5
Introduction	6
S'attaquer collectivement aux disparités dans la lutte contre le VIH	9
Objectif du cadre et du guide pratique sur les inégalités liées au VIH	10
Approche	11
Portée	12
Audience	12
Caractéristiques principales	13
Établir un prisme des inégalités spécifiques au VIH	14
Qui est laissé pour compte dans les efforts visant à mettre fin au sida ?	15
Intersectionnalité	18
Facteurs des inégalités liées au VIH et effets combinés de différents facteurs (Pourquoi les gens sont-ils laissés pour compte ?)	20
Données disponibles et lacunes	41
De l'analyse à la planification	46
Comment appliquer le prisme des inégalités : application pratique de la théorie	47
Combattre les inégalités liées au VIH par la programmation et le plaidoyer	47
Mesures à prendre pour identifier et combattre les inégalités liées au VIH	48
Suivi de ce processus en quatre étapes	54
Exemple illustratif	54
Introduction à l'utilisation du guide pratique	68
Conclusion	69
Références	70
Annexe 1. Méthodologie	74
Vue d'ensemble de la méthodologie	74
Étude documentaire	74
Consultations : consultations régulières avec l'équipe spéciale sur les inégalités et d'autres membres du personnel du Programme commun	74
Annexe 2. Sources de données utiles	76
Annexe 3. Qui est laissé pour compte dans les efforts visant à mettre fin au sida ?	86
Autres populations prioritaires	86
Autres facteurs	89
Annexe 4. Lutte contre les inégalités liées au VIH et soins de santé universels : explorer les synergies	90
Accès	90
Qualité	91
Protection contre les difficultés financières	92

Acronymes

ESC	Éducation complète à la sexualité
FAO	Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
GAM	Suivi mondial du sida :
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
RNB	revenu national brut
IBBS	surveillance biologique et comportementale intégrée
IIGH	Institut de l'USC sur les inégalités en matière de santé mondiale (Institute on Inequalities in Global Health en anglais)
OIT	Organisation internationale du travail
OIM	Organisation internationale pour les migrations
LGBTI	lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes
SEA	plan de suivi, d'évaluation et d'apprentissage
MdT	Modélisation des modes de transmission
NCPI	Engagements et moyens d'action nationaux (National Commitments and Policy Instrument en anglais)
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PrEP	Prophylaxie pré-exposition
ODD	Objectifs de développement durable
IST	Infections sexuellement transmissibles
ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
UBRAF	UNAIDS Unified Budget, Results and Accountability Framework (Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités)
ONU	Organisation des Nations Unies
UN DESA	Département des affaires économiques et sociales de l'ONU
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
UNSDCF	Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable
ONU Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
OMS	Organisation mondiale de la santé

Remerciements

Ce cadre a été préparé par l'Institut de l'USC sur les inégalités en matière de santé mondiale (IIGH, Institute on Inequalities in Global Health en anglais) de l'Université de Californie du Sud, en partenariat avec l'African Population and Health Research Centre (APHRC), et sous la direction des coprésidents de l'équipe spéciale contre les inégalités de l'ONUSIDA. Il est destiné à être utilisé en parallèle avec la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida ; le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2022-2026 ; et le Guide pratique pour comprendre et traiter les inégalités liées au VIH, qui a été conçu par l'APHRC en partenariat avec l'IIGH.

Ce travail a bénéficié des commentaires et des discussions avec un large éventail de personnes travaillant pour le Secrétariat de l'ONUSIDA et les Coparrainants du Programme commun.

Introduction

Les inégalités persistantes, notamment les violations des droits de l'homme, continuent de compromettre les progrès accomplis pour mettre fin au sida d'ici à 2030. Alors que le VIH continue de se propager, l'aggravation des inégalités menace de stopper, voire d'inverser, les progrès accomplis (1). L'inégalité entre les sexes reste l'une des formes d'inégalité les plus répandues dans le monde. Elle influe sur la capacité des femmes, des filles et des personnes de sexe différent à prévenir l'infection par le VIH et à atténuer l'expérience de la vie avec le VIH. Par exemple, les inégalités croissantes en matière d'opportunités et de résultats liés à l'éducation, à la sécurité alimentaire, à l'emploi, au logement, aux services de santé et aux ressources économiques sont liées à des années de politiques discriminatoires et de dynamiques sociales, y compris les violations des droits de l'homme et l'inégalité entre les sexes, qui ont fait des laissés-pour-compte – même si les progrès biomédicaux offrent des possibilités d'améliorer la prévention et le traitement du VIH (2). Si les inégalités peuvent se manifester différemment selon les populations, les facteurs structurels historiques qui façonnent les inégalités d'aujourd'hui n'ont pas encore été traités de manière adéquate au sein et entre les populations. Nombre de ces inégalités ont été exacerbées par la pandémie de COVID-19 au cours de la période 2020-2022, mais la pandémie a également mis les inégalités au premier plan des discussions nationales et mondiales sur la santé et la protection sociale (3). Alors que le monde réfléchit à la manière de « reconstruire en mieux » à l'aune de la COVID-19, il sera essentiel de s'attaquer aux inégalités qui touchent de manière disproportionnée certaines personnes plus que d'autres, tant pour mettre fin à cette pandémie que pour mettre fin au sida (1).

En 2015, les États membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) se sont collectivement engagés à lutter contre les inégalités lorsqu'ils ont adopté à l'unanimité le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses 17 objectifs de développement durable (ODD). Au cœur du Programme de développement durable à l'horizon 2030 figure la promesse de « ne pas faire de laissés-pour-compte et tendre d'abord la main à ceux qui accusent le plus de retard » (2). À travers les ODD, les États membres de l'ONU se sont engagés à lutter contre les inégalités et les vulnérabilités qui font des laissés-pour-compte, notamment en éradiquant la pauvreté sous toutes ses formes ainsi qu'en mettant fin à la discrimination et à l'exclusion. Plus précisément, l'ODD 10 invite les États membres à « réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre ». D'autres engagements visant à lutter contre les inégalités liées au VIH sont inscrits dans l'ODD 5 (« Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ») et l'ODD 3 (« Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ») (4). L'élan et la détermination reflétés dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 pour « briser les cycles de désavantages et d'inégalités qui menacent de faire des laissés-pour-compte de manière irrémédiable » sont partagés par toutes les institutions des Nations Unies et contribuent à orienter le travail et la stratégie de l'ONUSIDA (2).

L'ONU, au plus haut niveau, a montré l'attention qu'elle portait aux inégalités par l'adoption en 2016 du Cadre d'action du système des Nations unies pour l'égalité afin d'« établir une compréhension commune du défi que représentent la montée des inégalités et la discrimination omniprésente » à l'appui de la mise en œuvre des ODD (5). L'une des actions proposées par le Secrétaire général de l'ONU consiste à : « Poursuivre nos efforts visant à concevoir des politiques qui soutiennent les groupes les plus vulnérables et/ou exclus, en reconnaissant et en répondant aux privations et sources de discrimination multiples et croisées qui limitent les

opportunités et rendent plus difficile d'échapper à la pauvreté, de vivre dans la dignité et de jouir des droits de l'homme sur une planète saine » (6).

Conformément aux ODD et au Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes,

Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida, se concentre sur la réduction des inégalités qui alimentent l'épidémie de VIH pour mettre fin au sida. L'inégalité est définie dans la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 comme « un déséquilibre ou un manque d'équité ». . . [qui] englobe les nombreuses iniquités. . . les disparités et les lacunes en matière de vulnérabilité au VIH, de recours aux services et de résultats dans divers contextes et parmi les nombreuses populations vivant avec ou affectées par le VIH » (1).¹ La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 souligne de manière directe et audacieuse l'importance de s'attaquer aux inégalités et de donner la priorité aux personnes vulnérables n'ayant pas encore accès aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH, afin de contribuer à la réalisation des objectifs de l'initiative Fast Track 2025.

Les principes qui sous-tendent le travail du Programme commun – notamment les droits de l'homme, l'égalité entre les sexes, l'engagement communautaire et le leadership – sont mis en évidence dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et servent de principes de base à ce cadre et à ce guide pratique.

L'approche de l'ONUSIDA pour lutter contre les inégalités liées au VIH est également guidée par la Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida de 2021 : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. Par la Déclaration politique sur le sida de 2021, les États membres se sont engagés à « prendre d'urgence des mesures transformatrices pour mettre fin aux inégalités sociales, économiques, raciales et aux inégalités entre les genres, aux lois, politiques et pratiques restrictives et discriminatoires, à la stigmatisation et aux formes multiples et croisées de discrimination, notamment fondées sur la séropositivité, ainsi qu'aux violations des droits humains qui perpétuent l'épidémie mondiale de sida ». Afin de soutenir la réalisation des objectifs de la Déclaration politique sur le sida de 2021 et de traduire en actions la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, le Cadre unifié du budget, des résultats et de la responsabilité (UBRAF) 2022-2026 de l'ONUSIDA a été approuvé en 2021. L'UBRAF 2022-2026 est utilisé par le Programme commun pour rendre opérationnelle la Stratégie de l'ONUSIDA et aider les pays et les communautés à lutter contre les inégalités liées au VIH et à soutenir la réalisation des objectifs, ainsi que la vision à long terme de zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès lié au sida et zéro discrimination (1, 7). Les buts et objectifs actuels reflètent également le nouvel accent mis par la riposte au VIH sur l'élimination des inégalités, en particulier le changement d'orientation qui consiste à passer de l'amélioration de l'accès global à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins à la réduction explicite des inégalités pour

¹ L'équité est définie dans le Cadre d'action commun du système des Nations unies comme la répartition équitable des coûts, des avantages et des opportunités entre des groupes de population définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique (2). Compte tenu de l'importance de l'équité pour la santé et le bien-être, ce cadre adopte explicitement la notion d'égalité, reconnaissant son importance fondamentale dans le droit international des droits de l'homme.

tous sur l'ensemble de ce continuum. L'élimination des inégalités est la stratégie qui permet de s'assurer que personne n'est laissé pour compte dans la lutte contre le sida.

Il est bien connu qu'une attention insuffisante aux inégalités peut entraîner des lacunes préjudiciables dans la compréhension et la prise en compte des facteurs de risque et de vulnérabilité au VIH, notamment ceux qui empêchent l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement (1). Pour mettre fin au sida, la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et l'UBRAF 2022-2026 ont défini des objectifs pour trois piliers – les systèmes, les services et les catalyseurs sociétaux – qui sont conçus pour aider à lutter contre les inégalités liées au VIH et leurs facteurs sous-jacents.² Outre les progrès biomédicaux qui sont essentiels pour élargir les choix, réduire la transmission et les inégalités dans les résultats en matière de lutte contre le VIH tout au long du continuum allant de la prévention à la suppression virale, les objectifs des catalyseurs sociétaux pour 2025 visent à faire en sorte que « moins de 10% des personnes vivant avec le VIH et des populations clés soient victimes de stigmatisation et de discrimination ; moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH, des femmes et des filles et des populations clés soient victimes d'inégalités et de violences fondées sur le sexe ; et moins de 10 % des pays aient des lois et des politiques punitives » (8). Avec ces cibles 10-10-10, l'ONUSIDA contribue à l'ODD 10 en se concentrant sur les inégalités les plus pertinentes en ce qui concerne le VIH et coordonne les actions pertinentes liées au VIH des Coparrainants du Programme commun. En outre, l'ONUSIDA contribue à la réalisation des ODD 3 et 5. Les objectifs les plus pertinents pour ces trois ODD sont présentés ci-dessous (encadré 1).

Encadré 1. Sélectionner les objectifs de développement durable et les cibles particulièrement pertinents pour le travail sur les inégalités liées au VIH

ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (9).

3.3 : Mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles à l'horizon 2030.

3.8 : Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles (10).

5.1 : Mettre fin, dans le monde entier, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles.

5.5 : Garantir la participation entière et effective des femmes et leur accès en toute égalité aux fonctions de direction à tous les niveaux de décision, dans la vie politique, économique et publique.

² Les facteurs sociaux et structurels des inégalités liées au VIH sont des facteurs qui reflètent les structures, processus et normes aux niveaux macro et communautaire, qui influencent les comportements à risque au niveau individuel et qui ont une incidence sur la capacité d'un individu ou d'un groupe à accéder aux services liés au VIH (12).

ODD 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre (11).

10.2 : D'ici à 2030, autonomiser toutes les personnes et favoriser leur intégration sociale, économique et politique, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leurs handicaps, de leur race, de leur appartenance ethnique, de leurs origines, de leur religion ou de leur statut économique ou autre.

10.3 : Assurer l'égalité des chances et réduire l'inégalité des résultats, notamment en éliminant les lois, politiques et pratiques discriminatoires et en promouvant l'adoption de lois, politiques et mesures adéquates en la matière.

Ce cadre et le guide pratique qui l'accompagne sont conçus pour aider le Programme commun à soutenir les pays et les communautés dans leurs efforts d'identification des inégalités liées au VIH et de leurs facteurs sous-jacents et à les combattre en fonction des avantages comparatifs et des capacités du Programme commun – et, ce faisant, à soutenir la pleine réalisation des droits de l'homme.

S'attaquer collectivement aux disparités dans la lutte contre le VIH

En 2021, le monde comptait 38,4 [33,9–38,4] millions de personnes vivant avec le VIH (8). Il est désormais largement prouvé que la vulnérabilité à l'infection par le VIH, les obstacles à l'accès aux services liés au VIH et le risque de mauvais résultats liés au VIH ne sont pas répartis de manière égale dans le monde, certains groupes de personnes étant affectés de manière disproportionnée par les différentes dimensions de la riposte au VIH. L'une des principales raisons pour lesquelles les inégalités dans la riposte au VIH restent si marquées et persistantes est qu'il n'y a pas eu suffisamment d'actions pour les comprendre et les combattre, notamment leur intersectionnalité et les facteurs sociaux, structurels, systémiques et de service qui alimentent les inégalités, augmentent la vulnérabilité au VIH et diminuent activement les capacités des personnes à accéder aux services liés au VIH et à en bénéficier efficacement (1, 12). Si elles ne sont pas traitées, ces inégalités croisées ont des conséquences importantes sur la capacité des pays et des communautés à atteindre les cibles et objectifs indiqués dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. Il est important de reconnaître que le Programme commun aide déjà les pays et les communautés à lutter contre les inégalités par le biais des divers programmes du Secrétariat et des Coparrainants, conformément au mandat individuel de chaque organisation. Toutefois, un cadre commun permettant de systématiser l'approche des inégalités liées au VIH peut aider à tirer le meilleur parti des forces respectives des différentes parties du Programme commun et à en amplifier l'impact.

Pour identifier les actions visant à remédier aux inégalités entre les groupes de population, il convient en premier lieu de déterminer, pour tous les domaines de résultats de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, non seulement qui est laissé pour compte, mais aussi pourquoi (c'est-à-dire les facteurs à l'origine des inégalités spécifiques au VIH). Ce n'est qu'après avoir identifié les facteurs qui contribuent aux inégalités superposées entraînant une vulnérabilité au VIH et des résultats inégaux que les actions pour y remédier peuvent être classées par ordre de priorité et mises en œuvre par le biais d'un travail spécifique au contexte, y compris des plans de travail, des cadres de résultats et des plans de suivi et d'évaluation.

Ce cadre et le guide pratique qui l'accompagne sont conçus pour être utilisés par le Programme commun avec ses partenaires. Ils s'appuient sur le personnel du Programme commun qui tend la main aux communautés affectées et aux autres partenaires pour participer aux processus proposés afin de soutenir le recensement, la prise en compte, le suivi et l'évaluation des inégalités liées au VIH et leur réduction dans chaque pays.

Objectif du cadre et du guide pratique sur les inégalités liées au VIH

Le cadre et le guide pratique qui l'accompagne sur les inégalités liées au VIH sont destinés à guider le personnel du Programme commun dans le recensement et la lutte contre les inégalités liées au VIH les plus importantes pour l'épidémie de VIH d'un pays, et que le Programme commun, compte tenu de ses ressources et de son expertise, peut le plus efficacement chercher à réduire, voire à éliminer, par le biais d'un soutien aux pays et aux communautés.

Ces produits sont destinés à :

- Aider le personnel du Programme commun à soutenir les pays et les communautés à rendre opérationnelle la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et la Déclaration politique sur le sida 2021, et à mettre en œuvre l'UBRAF 2022-2026 afin de « s'attaquer aux inégalités pour garantir un accès équitable aux services de prévention, de traitement et de soutien » (7).
- Aider le Secrétariat et les Coparrainants du Programme commun à tirer parti de leurs forces relatives afin de réduire les inégalités qui alimentent l'épidémie de VIH, notamment la mobilisation et l'engagement des communautés et des partenaires de la société civile, qui sont essentiels à une réponse efficace.

Ce cadre est conçu pour aider à recenser les inégalités qui ont un impact significatif sur l'épidémie de VIH dans un contexte particulier, tout en reconnaissant que d'autres inégalités pertinentes ne seront peut-être pas prises en compte ici. La hiérarchisation des actions peut être guidée par l'identification des groupes pertinents et des facteurs d'inégalité qui, s'ils étaient atteints et/ou traités, auraient des effets positifs substantiels sur la réduction de l'épidémie et la réalisation d'objectifs de développement plus large. Au vu des données, il convient de se poser la question :

- Quels sont les groupes de population les plus touchés par l'incidence élevée du VIH ou la mortalité ?
- Pourquoi ? Quels sont les facteurs sociaux, structurels, systémiques et de service qui créent et perpétuent ces impacts disproportionnés ?
- Quelles actions le Programme commun peut-il entreprendre le plus utilement pour contribuer à la résolution de ces problèmes ?

Le cadre et le guide pratique sont des ressources destinées à aider le Programme commun, par l'intermédiaire de ses structures et de son personnel, à :

- Utiliser les données existantes, analysées différemment, afin de mieux comprendre les inégalités, leurs intersections et leurs facteurs sociaux, structurels, systémiques et de services.
- Sélectionner les facteurs prioritaires parmi tous ceux qui sous-tendent l'éventail des inégalités dans un contexte spécifique, afin de mieux les aborder et les éliminer.

- Recenser les facteurs contributifs que le Programme commun est le mieux à même d'aborder et les lacunes en matière de données qui pourraient devoir être comblées.
- Déterminer les activités à lancer, à intensifier et à arrêter afin de lutter contre les inégalités liées au VIH et de servir de points d'entrée pour lutter contre les inégalités plus larges qui constituent des obstacles à la réalisation de plusieurs objectifs de développement durable (ODD).

Le Programme commun et ses partenaires peuvent également utiliser ce cadre et ce guide pratique pour s'assurer que les efforts de lutte contre les inégalités liées au VIH sont au cœur des révisions des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, des stratégies globales de santé et des propositions de financement, ainsi que de la planification du Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable (UNSDCF en anglais). Le prisme des inégalités présenté ici a pour but d'aider le Programme commun à soutenir les pays et les communautés à aller au-delà des mesures globales des progrès en matière de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH pour inclure explicitement et délibérément l'élimination des inégalités liées au VIH dans ces domaines et les domaines connexes, contribuant ainsi aux nouveaux objectifs et cibles mondiaux.

Ce document constitue un cadre permettant de chercher systématiquement à comprendre qui est laissé pour compte et, surtout, pourquoi et comment donner la priorité aux actions et aux indicateurs permettant de lutter contre les inégalités qui influent sur le cours de l'épidémie et de les surveiller. L'élément central d'une analyse des inégalités est de comprendre pourquoi certains groupes ont un accès inégal à l'information, aux services, aux technologies et aux opportunités, et pourquoi certaines institutions ne s'adressent qu'à certaines populations, creusant ainsi les écarts globaux entre les résultats. Afin d'orienter une telle analyse, il est important de comprendre d'abord quelles populations (et quels groupes en leur sein) sont laissées pour compte par la riposte actuelle. C'est le point de départ de l'analyse des inégalités, qui vise à explorer en profondeur les facteurs à l'origine de ces inégalités, en vue de déterminer la meilleure façon de les combattre. Ainsi, le cadre est structuré de manière à identifier d'abord les personnes laissées pour compte, puis à analyser les raisons de cette situation, à examiner la réponse existante, et enfin à hiérarchiser les interventions pour lutter contre les inégalités les plus importantes liées au VIH qui ont été identifiées. L'objectif général du cadre est d'aider les pays et les communautés à réduire les inégalités liées au VIH dans le cadre de leur riposte au VIH, tandis que le guide pratique sert à rendre le cadre opérationnel.

Approche

S'appuyant sur les travaux passés et présents du Programme commun et de ses partenaires pour lutter contre les inégalités et le Programme de développement durable à l'horizon 2030, le cadre reflète la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. Il est « guidé par les principes, les normes et les standards des droits de l'homme, les engagements à atteindre l'égalité des sexes et les approches qui placent les communautés au centre de la riposte globale » (1). L'attention portée aux droits de l'homme, à l'égalité des sexes, à l'engagement communautaire et au leadership fait partie intégrante du cadre. Il est conçu pour aider l'ONUSIDA à se concentrer sur la lutte contre les inégalités dans son travail de plaidoyer, de coordination, de gouvernance, de recherche et d'appui technique auprès des communautés, des gouvernements, de la société civile, du monde universitaire, du secteur privé et d'autres acteurs, afin de fournir des réponses efficaces au VIH dans le monde entier. Le cadre s'inspire des nombreuses initiatives pertinentes des partenaires et des Coparrainants, qu'il complète et sur lesquelles il s'appuie, notamment le Partenariat mondial d'action pour l'élimination de la

stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, l'initiative « Lever les obstacles » du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), et les sept domaines programmatiques clés de l'ONUSIDA visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à accroître l'accès à la justice dans les ripostes nationales au VIH. L'annexe 1 présente un résumé de la méthodologie utilisée pour concevoir le cadre.

Le cadre attire tout d'abord l'attention sur certaines populations parmi les plus touchées et les plus souvent laissées pour compte dans la riposte au VIH, tout en reconnaissant que les spécificités varieront entre les pays et d'un pays à l'autre. Comprendre et centrer les expériences des personnes en matière d'inégalités permet d'identifier les facteurs de ces inégalités et, par conséquent, les domaines dans lesquels il est le plus utile d'agir. Le cadre explore ensuite certains facteurs sociaux et structurels transversaux des systèmes et services de santé qui sont à l'origine des inégalités en question. Enfin, il détaille un processus en quatre étapes permettant d'identifier et de traiter les inégalités liées au VIH dans des contextes particuliers, y compris la hiérarchisation et le suivi des actions pertinentes. Les étapes sont conçues pour aider les utilisateurs à intégrer ce travail dans la planification et les processus programmatiques existants, et elles sont destinées à encourager le travail collaboratif et synergique à travers le Programme commun en identifiant les actions clés que le Secrétariat de l'ONUSIDA et chaque Coparrainant doivent entreprendre avec leurs partenaires respectifs et les communautés affectées. Le cadre et le guide pratique sont tous deux conçus comme des outils adaptatifs pouvant être mis à jour régulièrement sur la base du retour d'expérience du Programme commun.

La première partie du cadre couvre les différentes composantes de l'élaboration d'un prisme des inégalités spécifique au VIH, notamment le recensement des populations prioritaires et des facteurs d'inégalités, ainsi que la nature intersectionnelle de ces groupes et facteurs.

Une fois que cela a été exposé, le cadre se concentre sur l'application pratique de ce prisme des inégalités, en élaborant une approche en quatre étapes pour recenser et traiter les inégalités liées au VIH dans les domaines de résultats de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, en s'appuyant sur les efforts existants dans les pays.

Portée

Les inégalités liées au VIH sont au cœur du cadre et du guide pratique, en gardant à l'esprit qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'inégalités plus larges, stratifiées et croisées, qui peuvent ne pas relever du mandat direct du Programme commun. Si ces inégalités plus larges ne seront mentionnées dans ce travail que dans la mesure où elles permettent de comprendre comment les vulnérabilités et les opportunités liées au VIH sont façonnées et peuvent être traitées au mieux, la mise en œuvre du cadre et du guide pratique vise à aider les Coparrainants et les autres partenaires à contribuer à la réduction et à l'élimination des inégalités de manière plus générale.

Audience

Le programme commun et son personnel, en particulier aux niveaux national et régional, sont les principaux destinataires du cadre et du guide pratique. Ils sont conçus en tenant compte des mandats complémentaires du Secrétariat de l'ONUSIDA et des différents Coparrainants qui offrent au Programme commun la possibilité d'agir sur un large éventail de catalyseurs sociétaux, structurels et systémiques essentiels au sein des ripostes nationales au VIH.

Caractéristiques principales

En utilisant le prisme des inégalités et d'autres éléments de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 comme point de départ, le cadre s'appuie sur le travail déjà mis en œuvre par le Programme commun et ses autres partenaires en matière d'inégalités. Le cadre se concentre spécifiquement sur les inégalités liées au VIH, en mettant l'accent sur la manière dont les inégalités croisées aggravent les vulnérabilités dans le contexte du VIH. Vous trouverez ci-dessous quelques-unes des principales caractéristiques de ce cadre qui permettent de recenser et de comprendre sur les inégalités à l'origine du VIH afin de pouvoir y répondre.

Alignement sur les structures et processus nationaux : Le cadre et le guide pratique sur les inégalités liées au VIH sont conçus pour être utilisés dans le cadre des processus de planification en cours et pour aboutir à des résultats intégrés aux stratégies et plans de travail nationaux, aux cadres de résultats et aux plans de suivi et d'évaluation. Cela permettra d'éviter la création de processus parallèles ou la répétition des efforts.

Construire sur les bases existantes : Le cadre et le guide pratique sur les inégalités en matière de VIH sont fondés sur les droits de l'homme, l'égalité entre les sexes, l'engagement et le leadership communautaires, et ils sont conçus pour s'appuyer sur les ripostes locales au VIH qui cherchent à lutter contre les inégalités liées à ce dernier. Le cadre et le guide pratique ont été créés pour aider à recenser les points forts et les lacunes des ripostes actuelles du point de vue des inégalités, afin de renforcer la riposte à l'avenir.

Participation : Le cadre et le guide pratique sur les inégalités liées au VIH sont conçus pour informer et guider le Programme commun afin d'apporter un soutien efficace aux partenaires de la société civile dirigés par la communauté, y compris les communautés clés et affectées, dans la conduite de processus multipartites visant à appréhender et à traiter les inégalités liées au VIH.

Adaptabilité et flexibilité : Reconnaissant que les inégalités liées au VIH se manifestent différemment selon les endroits, le cadre et le guide pratique sur les inégalités liées au VIH sont conçus pour poser des questions susceptibles de susciter une riposte adaptée aux réalités locales.

Maximiser l'utilisation des informations disponibles : Le cadre et le guide pratique sur les inégalités liées au VIH mettent en évidence les ressources largement disponibles permettant d'appréhender les inégalités liées au VIH, qu'il s'agisse des ressources traditionnellement utilisées dans la riposte au VIH ou d'autres ressources qui, lorsqu'elles sont analysées parallèlement à ces données, peuvent fournir des informations supplémentaires sur les inégalités et leurs facteurs sous-jacents (voir Annexe 2). La nécessité et la valeur des données qualitatives et empiriques sont essentielles au processus de compréhension des inégalités liées au VIH et de leurs facteurs sous-jacents.

Établir un prisme des inégalités spécifiques au VIH

Les inégalités liées au VIH comprennent « les nombreuses iniquités. . . les disparités et les lacunes en matière de vulnérabilité au VIH, de recours aux services et de résultats dans divers contextes et parmi les nombreuses populations vivant avec ou affectées par le VIH » (1).

Malgré des avancées significatives en matière de dialogue politique, de plaidoyer, d'éducation et d'interventions médicales au cours des quarante dernières années, il y a eu 1,5 [1,1– 2] million nouvelles infections à VIH et 650 000 [510 000–860 000] décès liés au sida en 2021 (8). Ces infections et ces décès ne sont pas répartis de manière égale.

Les inégalités qui bloquent les progrès vers l'éradication du sida reflètent la manière dont le VIH s'entrecroise avec des lignes de faille complexes entre les facteurs et les systèmes épidémiologiques, économiques, juridiques, sociaux, culturels, politiques et sanitaires. Ces lignes de faille – également appelées « facteurs d'inégalité » – agissent à tous les niveaux, du macro à la communauté en passant par l'individu, afin d'influencer les modèles de vulnérabilité au VIH et la capacité d'accès aux services. En outre, ces facteurs d'inégalités affectent la capacité des communautés touchées par le VIH à s'engager de manière significative et efficace dans la prise de décision et les réponses communautaires nécessaires pour mettre fin au sida. Pour s'attaquer aux inégalités, il convient en premier lieu de comprendre qui est le plus touché par le VIH dans un contexte donné. Il est ensuite essentiel de reconnaître ce qui crée des vulnérabilités et ce qui les exacerbe à chaque étape par des facteurs sociaux et structurels. Ces facteurs d'inégalité sont les problèmes à traiter : ce n'est qu'en les comprenant qu'une riposte au VIH peut être conçue pour apporter les changements structurels et systémiques nécessaires.

Pour soutenir l'élaboration d'un prisme des inégalités spécifiques au VIH, ce cadre rassemble la théorie et les données sur les inégalités les plus pertinentes quant à l'épidémie de VIH. En rassemblant ces informations en un seul endroit, le cadre et les annexes qui l'accompagnent peuvent servir de ressource pour aider le Programme commun à réfléchir systématiquement aux populations prioritaires, à leurs intersections, aux différents facteurs d'inégalité liés au VIH dont ces populations font l'objet, et à la manière la plus efficace de les combattre.

Cette section fournira d'abord des informations de base sur certaines populations souvent considérées comme les plus vulnérables à l'infection par le VIH et à ses conséquences. Les manifestations et les impacts des inégalités subies par les différents groupes de population ne sont pas uniformes, en partie en raison des identités croisées et superposées des individus (comme indiqué dans la section « Intersectionnalité » ci-dessous). Les principaux facteurs structurels et sociaux des inégalités en matière de VIH – ainsi que les facteurs des systèmes et services de santé, et l'effet cumulatif de ces facteurs – sont ensuite abordés. Pour comprendre et combattre les inégalités, il faut analyser en profondeur les inégalités structurelles bien ancrées, souvent perpétuées par les institutions, les politiques et les pratiques, qui ont créé ces inégalités et continuent de les exacerber. Enfin, les données disponibles sur ces facteurs et les populations prioritaires sont examinées, y compris leur potentiel de ventilation, ainsi que les besoins, les sources et les lacunes en matière de données.

Qui est laissé pour compte dans les efforts visant à mettre fin au sida ?

Cette section donne un aperçu de certaines informations connues sur les groupes qui sont généralement considérés plus particulièrement laissés pour compte dans les ripostes actuelles au VIH. Chaque individu peut appartenir à un, plusieurs, ou tous ces groupes à la fois, et cela peut changer avec le temps. Les populations prioritaires les plus susceptibles de connaître des vulnérabilités liées au VIH et des résultats inégaux varieront également d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays en fonction de divers facteurs, notamment les contextes épidémiologique, économique, juridique, social, culturel, sexospécifique et politique. Pour toutes les populations prioritaires identifiées, il reste essentiel de tenir compte de la nature hétérogène et dynamique des personnes, car les identités individuelles sont multiformes et évolutives. Même au sein de chaque groupe de population, les vulnérabilités, la couverture des services et les résultats peuvent présenter des différences substantielles en fonction des circonstances personnelles. Comprendre la complexité des identités et des comportements superposés qui s'inscrivent dans une dynamique de pouvoir inégal, et la manière dont ils évoluent au fil du temps, peut aider à déterminer à un niveau plus granulaire où des efforts ciblés sont le plus nécessaires. Parmi les nombreux facteurs qui façonnent les inégalités liées au VIH dont souffrent les populations prioritaires identifiées, certains sont abordés plus loin dans ce cadre.

Reconnaissant l'interaction entre ces divers facteurs et les groupes de population identifiés, les sections suivantes fournissent des informations pertinentes concernant certaines populations identifiées par le Programme commun comme étant généralement plus exposées au VIH et moins susceptibles d'avoir accès à des services complets de prévention, de traitement et de soins du VIH. Il s'agit notamment des femmes et des filles, des populations clés et d'autres groupes dans des contextes spécifiques dont les expériences peuvent les rendre plus vulnérables au VIH que la population générale.³ Des informations plus détaillées sur les autres populations prioritaires sont fournies à l'annexe 3.

Femmes et filles

Dans le monde, plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH sont des femmes, et les femmes représentaient plus de la moitié des nouvelles infections à VIH en 2021. Les adolescentes et les jeunes femmes sont particulièrement exposées. En 2021, 4900 d'entre elles contractent le VIH chaque semaine dans le monde. En Afrique subsaharienne, les femmes et les filles représentaient 65 % des nouvelles infections chez les adultes (15 ans et plus) en 2021. Les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) de la région représenteront 31 % des infections au VIH en 2021, alors qu'elles ne représentent que 10 % de la population. Les adolescentes et les jeunes mères ont des taux plus faibles de rétention dans les soins et le traitement du VIH, et des taux plus élevés de nouvelles infections pendant la grossesse et l'allaitement (14). En dehors de l'Afrique subsaharienne, de nombreuses femmes et adolescentes supposées être exposées à un risque élevé d'infection par le VIH sont reconnues comme appartenant à l'un des groupes de populations clés décrits ci-dessous, y compris simplement parce qu'elles sont les partenaires sexuelles d'hommes appartenant à des populations clés (15).

³ Les populations clés peuvent être définies comme des populations qui sont exposées à un risque accru de VIH, indépendamment de l'épidémiologie locale. Les cinq populations clés identifiées dans la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 sont les suivantes : les personnes vivant avec le VIH, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues, et les travailleur(se)s du sexe et leurs clients (1).

Bien que le nombre de nouvelles infections à VIH chez les femmes ait régulièrement diminué dans le monde, il a augmenté en Europe centrale et orientale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, en grande partie à cause des inégalités entre les sexes et de la violence à l'égard des femmes (16). La ventilation des problèmes spécifiques aux adolescentes et aux jeunes femmes dans chacun de ces contextes est essentielle à l'analyse des inégalités, car elle permet de mettre en évidence la nécessité d'une attention plus détaillée.

Populations clés

Selon les estimations, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 70 % des nouvelles infections à VIH dans le monde en 2021, et 94 % des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. Cela souligne la nécessité de comprendre où, comment et quelles populations sont touchées par le VIH dans chaque pays, une stratégie capitale reconnue pour aider à diriger une riposte efficace. Les populations clés comprennent les femmes, les hommes et les personnes de genre différent de tous âges, comme décrit ci-dessous.

Par rapport aux personnes qui ne s'injectent pas de drogues, le risque de contracter le VIH est 35 fois plus élevé pour les personnes qui s'injectent des drogues. Les femmes transgenres présentent un risque 14 fois plus élevé de contracter le VIH que les autres (15–49 ans). Les travailleuses du sexe présentent un risque 30 fois plus élevé de contracter le VIH que les autres femmes adultes (âgées de 15 à 49 ans) de la population générale. Selon les données mondiales les plus récentes, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont un risque 28 fois plus élevé de contracter le VIH que les hommes adultes (âgés de 15 à 49 ans) de la population générale. Bien entendu, les risques ne sont pas les mêmes pour tous les membres de chaque population clé identifiée, et ils seront déterminés par une série de facteurs supplémentaires, notamment l'environnement économique, juridique, social, culturel et politique dans lequel vivent les individus (voir l'encadré 2 ci-dessous). Même au sein des populations clés identifiées, il subsiste d'importantes lacunes dans les données, notamment en ce qui concerne les adolescents et les jeunes populations clés, les hommes transgenres et les travailleurs du sexe masculins. Ce défaut de données – ainsi que la réticence de certains endroits à donner la priorité aux services destinés aux populations clés, y compris les femmes et les filles qui en font partie – peut créer des angles morts dans la programmation et contribuer ainsi au risque que ces groupes soient laissés pour compte.

Encadré 2. Des facteurs de vulnérabilité qui se croisent : diversité parmi les populations clés

Reconnaître l'hétérogénéité des populations clés et les tendances des épidémies de VIH qui les touchent est essentiel pour lutter contre les inégalités. Certaines personnes au sein d'une population identifiée peuvent être plus à risque que d'autres en raison de facteurs qui se croisent et se chevauchent. Cela peut contribuer, par exemple, à différentes expériences en matière de stigmatisation et de discrimination, à des conditions politiques, économiques, sociales et environnementales variables et à une disponibilité, une accessibilité, une acceptabilité et une qualité différentes au niveau des services liés au VIH.

Les personnes qui se livrent au commerce du sexe constituent un exemple de population clé très hétérogène. Cette population peut inclure des femmes, des hommes, des transgenres et d'autres personnes de genre différent âgés de plus de 18 ans qui échangent des services sexuels contre de l'argent ou des biens (18). Les personnes qui

se livrent au commerce du sexe, par exemple, ont des orientations sexuelles diverses et peuvent être de jeunes adultes ou des personnes âgées, pauvres ou riches, proches ou éloignées des services, mariées, célibataires, ou handicapées (19). Elles peuvent également appartenir à des minorités ethniques (y compris les populations autochtones déplacées) et présenter de nombreuses autres caractéristiques individuelles qui influent sur leur expérience des inégalités liées au VIH.

Souvent, les données sur les populations clés sont recueillies, analysées et/ou présentées d'une manière qui ne rend pas compte de cette diversité. Cela masque à son tour les inégalités en matière de risques et de résultats liés au VIH. Sur la base des données disponibles, les personnes engagées dans le commerce du sexe à travers le spectre du genre (identifié comme incluant les femmes, les hommes, les transgenres et autres personnes de genre différent) représentaient environ 8 % de toutes les nouvelles infections au VIH chez les adultes dans le monde en 2019 (20). Les femmes transgenres qui vendent des services sexuels ont souvent des taux de VIH plus élevés que les travailleuses du sexe cisgenres ; dans certains pays, le taux rapporté est plus de 20 fois supérieur (18).

Si le fait de disposer de ces données est un point de départ important, leur disponibilité peut masquer le fait que, dans de nombreux endroits, il existe peu de données sur d'autres groupes au sein d'une population particulière – comme les travailleurs du sexe masculins – même si ces autres groupes peuvent être confrontés à des défis et des vulnérabilités supplémentaires. C'est pourquoi, pour comprendre qui est laissé pour compte, il faut pouvoir ventiler les données relatives aux populations clés afin de déterminer qui, au sein des groupes de population identifiés, est atteint, qui est exclu et qui « subit des formes multiples et croisées de discrimination et d'inégalités » qui entraînent des inégalités importantes en matière de risque de VIH et de résultats (2).

Autres populations prioritaires

Si mettre fin au sida d'ici à 2030 exige de continuer à se concentrer sur les femmes et les filles et sur les populations clés identifiées mentionnées ci-dessus, il faut également tenir compte d'autres populations qui supportent une charge importante d'infections à VIH dans certains endroits et qui risquent d'être laissées pour compte. Dans toutes les régions, l'identification des populations et sous-populations prioritaires est très contextuelle et nécessite un examen attentif des personnes qui font partie d'un même groupe ou d'un groupe différent. Les personnes qui peuvent être exposées à un risque élevé de VIH comprennent (entre autres) : les personnes en prison et autres milieux fermés ; les jeunes ; les enfants ; les hommes et garçons ; les personnes handicapées ; les minorités ethniques ; les personnes en situation de conflit ou d'urgence humanitaire, y compris les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ; les migrants ; les personnes en uniforme ; les peuples autochtones ; et les personnes vivant dans la pauvreté (21). Il est important de noter que la liste ci-dessus se prête à des inégalités croisées, car les individus peuvent tomber dans une, plusieurs ou même la plupart de ces catégories simultanément. En outre, certaines personnes – y compris les personnes âgées vivant avec le VIH – peuvent avoir de moins bons résultats après une infection par le VIH en raison des difficultés particulières qu'elles rencontrent pour accéder aux tests et/ou aux services de dépistage et/ou de traitement et donc être à risque de comorbidités. L'annexe 3 sert de ressource élargie qui rassemble les informations relatives au VIH concernant les populations décrites ci-dessus.

Intersectionnalité

« Les faits montrent que les disparités en matière d'accès aux services du site , d'incidence du VIH et de mortalité liée au sida sont le résultat d'inégalités multiples qui se chevauchent, et d'un accès inégal à l'éducation, à l'emploi et aux opportunités économiques. » — Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (1)

Malgré l'attention significative portée aux inégalités dans la réponse mondiale au VIH, des travaux supplémentaires sont encore nécessaires pour mieux comprendre et traiter les inégalités intersectionnelles. La nature indivisible et interconnectée des droits de l'homme soutient cette attention à l'intersectionnalité, avec une attention aux inégalités multiples et superposées qui affectent différemment les différentes populations.⁴

La vulnérabilité d'un individu dans le contexte du VIH n'est généralement pas le résultat d'un seul désavantage ou d'une seule privation, mais de nombreux facteurs qui reflètent la nature multiforme de son identité et les types de discrimination qu'il rencontre (2). Pour un individu, les résultats du VIH peuvent être fortement influencés non seulement par la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, mais aussi par d'autres formes de discrimination, notamment la discrimination fondée sur la race, le sexe, l'âge, le statut socioéconomique, la capacité/le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'origine nationale (22). C'est cette « convergence d'identités multiples et concomitantes » qui façonne les expériences des personnes en matière de stigmatisation et de discrimination, détermine leur vulnérabilité au VIH et influence leur capacité à accéder aux services (23). Par exemple, la stigmatisation et la discrimination auxquelles est confronté un homme riche, blanc et instruit qui a des rapports sexuels avec des hommes peuvent être bien moindres que celles auxquelles est confronté un homme qui a également des rapports sexuels avec des hommes, mais qui est pauvre, noir, peu instruit et n'a pas ou peu accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP). Le pouvoir et les privilèges peuvent servir de tampon contre certains facteurs structurels et sociaux du VIH, mais exacerbent en fait les inégalités au sein des groupes. Pour comprendre la nature intersectionnelle des inégalités liées au VIH, il faut s'intéresser à la manière dont les individus font l'expérience de formes d'oppression, de discrimination et de marginalisation superposées (24).

« Plus de 40 ans après le début de l'épidémie de VIH, la stigmatisation et la discrimination continuent de ruiner des vies et de saper les efforts pour mettre fin au sida. Des formes superposées de discrimination humilient les personnes, les dissuadent d'utiliser les services de santé et autres services essentiels, et nuisent à leur santé » – Rapport mondial actualisé sur le sida 2022 : en danger (8)

⁴ L'intersectionnalité peut être comprise comme la manière dont les catégorisations sociales au niveau des individus et des groupes (telles que la race, la classe et le sexe) se chevauchent pour créer des systèmes interdépendants de discrimination ou de désavantage (19).

Compte tenu de cette complexité, il est reconnu depuis longtemps que la programmation en matière de VIH ne peut pas adopter une approche universelle ». Elle ne peut même pas être adaptée efficacement aux populations clés dans tous les contextes en raison de la diversité de ces populations. Les expériences individuelles peuvent également évoluer au fil du temps, à mesure que les identités et les comportements changent, tout comme les hypothèses culturelles concernant l'âge et les capacités et les cadres juridiques dans lesquels les gens vivent. Tous ces changements ont des répercussions profondes sur la meilleure façon de traiter le risque et les résultats du VIH. Par exemple, lorsqu'un enfant vivant avec le VIH entre dans l'adolescence, la stigmatisation liée au VIH qu'il peut subir peut se recouper de manière plus explicite avec le racisme, la discrimination sexuelle, l'homophobie, la transphobie, la discrimination à l'égard des migrants ou d'autres formes de discrimination (25). De même, les enfants et les adolescents qui sont perçus comme étant de sexe différent sont plus exposés aux violences sexuelles et aux brimades dans toutes les régions du monde (26). Leur expérience ne consiste pas en des identités stigmatisées multiples et distinctes, mais plutôt en la manière dont leurs identités respectives se croisent pour produire une expérience individualisée de stigmatisation et de discrimination accrues. Il est essentiel de reconnaître cette complexité et d'identifier la meilleure façon de l'aborder dans la riposte au VIH.

L'encadré suivant fournit un exemple d'intersectionnalité, en examinant le contexte du VIH et la manière dont les femmes et les filles peuvent subir simultanément une série d'inégalités.

Encadré 3. Mise en évidence des inégalités entre les sexes : inégalités intersectionnelles vécues par les femmes et les filles

Si les femmes et les filles risquent de subir diverses formes d'oppression, cette expérience sera grandement influencée par la coexistence d'autres déterminants, tels que le statut socioéconomique, l'âge, l'orientation sexuelle, la situation géographique, le statut migratoire, la santé, l'environnement juridique et culturel, et bien d'autres facteurs (24). Ce qui suit n'est qu'un exemple de la manière dont les femmes et les filles peuvent être confrontées à des inégalités intersectionnelles qui influencent leur risque de VIH et leurs résultats.

Les **adolescentes** ont parfois moins de chances d'aller à l'école que leurs camarades masculins en raison de la pauvreté et des normes culturelles qui dévalorisent l'éducation des filles. En cas de frais de scolarité, les adolescentes peuvent se livrer à des rapports sexuels transactionnels pour couvrir les coûts scolaires, ce qui les expose à une plus grande probabilité de grossesses non désirées, de VIH et de violence basée sur le genre en raison des déséquilibres de pouvoir entre elles et leurs partenaires sexuels (22). Le risque de VIH auquel est confrontée une fille dans ce contexte est donc à l'intersection de son risque en tant que : (a) femme ; (b) jeune ; (c) personne vivant dans la pauvreté ; (d) personne vivant dans une société qui sous-estime l'éducation des filles ; et (e) personne ayant des relations sexuelles transactionnelles qui peut avoir des difficultés à négocier l'utilisation de préservatifs. En outre, lorsque les lois empêchent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive – y compris le dépistage du VIH, l'information et les services connexes sans le consentement des parents – les chances qu'une fille puisse se protéger contre le risque de VIH et les conséquences négatives sont fortement réduites. Comprendre comment tous ces facteurs s'entrecroisent pour façonner les vulnérabilités liées au VIH est la première étape vers l'identification des actions prioritaires pour y remédier.

Une approche intersectionnelle n'est pas seulement importante lorsqu'il s'agit de déterminer la meilleure façon de s'attaquer au risque de contracter le VIH chez un individu, mais aussi de concevoir des programmes de lutte contre le VIH qui puissent lui offrir la prévention, le traitement, les soins et le soutien nécessaires pour que les progrès scientifiques profitent à tous, y compris à ceux qui subissent inégalités intersectionnelles (1). La vulnérabilité au VIH et l'inégalité des résultats au sein de tout groupe de population varient considérablement en fonction des défis et des désavantages supplémentaires auxquels chaque personne peut être confrontée, ce qui nécessite des approches nuancées des politiques et des programmes. Il est bien connu que les ensembles et les moyennes peuvent cacher et laisser de côté les individus les plus marginaux. Il est donc essentiel de prêter attention à cet éventail d'inégalités, ainsi qu'à leurs facteurs sous-jacents. Ces facteurs seront étudiés dans la section suivante.

Facteurs des inégalités liées au VIH et effets combinés de différents facteurs (Pourquoi les gens sont-ils laissés pour compte ?)

L'un des principes clés de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 est de « s'attaquer aux inégalités structurelles et sociales intersectionnelles et de donner la priorité aux actions qui peuvent être difficiles mais qui sont les plus nécessaires, plutôt que de se concentrer sur des actions plus faciles qui ne combattent pas les inégalités persistantes » (1).

Pour lutter contre les inégalités persistantes reconnues dans la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, il convient d'identifier et de traiter les facteurs immédiats, sous-jacents et profonds des privations, des désavantages ou des discriminations qui font que des gens sont laissés pour compte. L'intersection de ces facteurs peut avoir des effets cumulatifs et se renforçant mutuellement – qu'il s'agisse d'effets liés au VIH ou d'effets plus généraux – qui entraînent des désavantages systémiques et la perpétuation de la discrimination, de l'inégalité et de l'exclusion de génération en génération (27). S'attaquer aux inégalités implique donc : (a) de s'attaquer aux barrières sociales et structurelles qui, au fil du temps, entravent la jouissance égale des droits de l'homme et l'égalité entre les sexes ; (b) d'inverser la répartition inégale du pouvoir, des ressources et des opportunités ; et (c) de contester les lois, politiques, institutions, normes sociales (y compris les normes de genre) et stéréotypes discriminatoires (28). Si l'on n'applique pas le prisme des inégalités, les programmes de lutte contre le VIH risquent par inadvertance d'exacerber les inégalités.

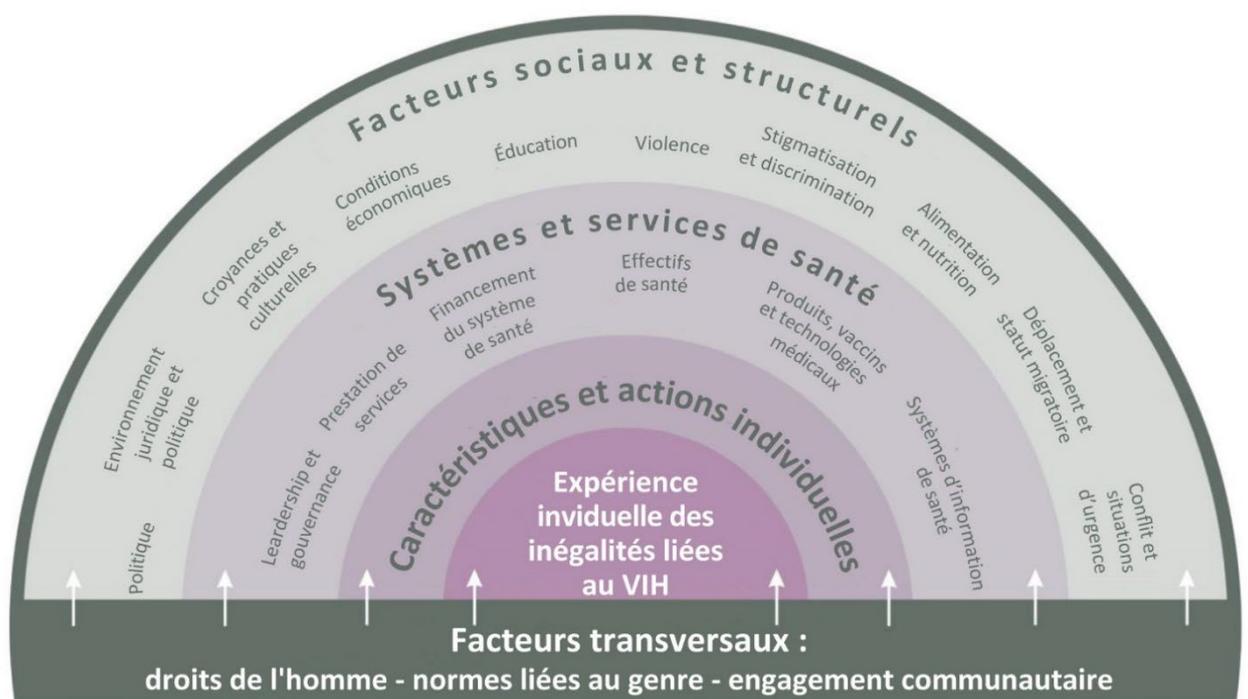
Il est non seulement plus efficace de se concentrer sur les facteurs d'exclusion – y compris les circonstances personnelles qui rendent certaines personnes au sein d'une population plus vulnérables que d'autres – plutôt que de se concentrer uniquement sur les populations identifiées, mais cela permet également d'éviter de créer ou de renforcer la stigmatisation de groupes spécifiques ou de traiter un sous-groupe entier comme homogène et également desservi ou non desservi. Cela peut également aider à découvrir la réalité des désavantages intersectionnels et leur fluidité dans le temps, et permettre d'analyser les facteurs d'inégalités spécifiques au contexte afin de clarifier pourquoi l'expérience d'un groupe identifié peut varier d'un endroit à l'autre. Enfin, cela peut aider à identifier les facteurs d'exclusion et d'inégalité qui touchent de multiples populations et qui, s'ils sont traités, pourraient avoir un impact positif à la fois sur l'épidémie de VIH et sur la réalisation de plusieurs ODD.

Cette section présente certains des principaux facteurs sociaux et structurels des inégalités liées au VIH, en examinant d'abord les facteurs transversaux que sont les droits de l'homme, les normes de genre et l'engagement communautaire. Ces facteurs ont chacun un impact critique et

direct sur les inégalités liées au VIH, et ils sous-tendent d'autres facteurs sociaux et structurels. Ensuite, la section met en évidence certains des principaux facteurs sociaux et structurels des inégalités liées au VIH, et la manière dont ces facteurs peuvent s'aggraver. Elle passe ensuite à l'examen de la manière dont les systèmes de santé peuvent réellement s'attaquer aux inégalités liées au VIH ou les alimenter. Tous ces facteurs peuvent également être des manifestations de déséquilibres de pouvoir, de normes sociales et d'autres dynamiques transversales et sous-jacentes des sociétés. Lors de la détermination d'une stratégie appropriée pour lutter contre les inégalités liées au VIH, il sera important d'identifier tout autre facteur spécifique au contexte qui ne serait pas explicitement inclus dans la section suivante.

La figure 1 illustre le cadre des inégalités liées au VIH.

Figure 1. Identification des facteurs des inégalités liées au VIH



Source : Chiffre basé sur : Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.

La figure 1 décrit les facteurs sociaux, structurels, systémiques et de service des inégalités liées au VIH qui sont couverts par ce cadre, y compris ceux qui sont transversaux. Nombre de ces facteurs sont susceptibles d'influencer les inégalités de manière positive ou négative. La bande du bas représente les facteurs transversaux des droits de l'homme, des normes de genre et de l'engagement communautaire ; ceux-ci ont un impact sur la dynamique de toutes les autres bandes, dans la mesure où la protection des droits de l'homme, l'égalité entre les sexes et l'engagement et le leadership communautaires peuvent être très bénéfiques, même si les violations des droits de l'homme, l'inégalité des sexes et le manque de leadership communautaire dans la riposte au VIH peuvent individuellement et collectivement aggraver sérieusement les expériences des personnes en matière d'inégalités et de résultats liés au VIH.

Lorsque cela s'avère utile, ces facteurs transversaux peuvent être considérés comme les catalyseurs sociétaux abordés dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026.

La bande extérieure de la figure 1 décrit les facteurs sociaux et structurels qui peuvent agir en tant que facteurs des inégalités liées au VIH, ce qui affecte le risque individuel de contracter le VIH et d'obtenir de mauvais résultats de VIH. Ces facteurs sociaux et structurels façonnent et interagissent avec les différents éléments des systèmes et services de santé (décrits dans la deuxième bande la plus extérieure), qui peuvent eux-mêmes être des facteurs des inégalités liées au VIH. Ces facteurs sociaux, structurels, systémiques et de services interagissent en outre avec les caractéristiques et les actions individuelles de diverses manières qui façonnent l'expérience d'un individu en matière d'inégalités liées au VIH. Les interactions entre les facteurs sont reconnues comme étant complexes et multidirectionnelles.

Outre la compréhension des intersections entre les différentes vulnérabilités vécues par une même personne, il est tout aussi important d'analyser et de traiter les multiples facteurs opérant à différents niveaux qui alimentent chaque type d'inégalité. L'encadré 4 fournit un exemple illustratif de différents facteurs des inégalités liées au VIH et de la manière dont ils peuvent avoir un impact sur les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans certains contextes.

Encadré 4. Mise en évidence de l'éventail des facteurs de perte de suivi des services de thérapie antirétrovirale chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : exemple illustratif

Dans un contexte où le taux de perte de suivi des services de thérapie antirétrovirale est particulièrement élevé chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la stigmatisation et la discrimination dont ils peuvent faire l'objet au sein de ces services découragent la rétention. Cette situation peut à son tour être due à un manque d'investissement dans la formation et la sensibilisation des agents de santé afin qu'ils puissent fournir des services adaptés à la population. Cela peut être dû à un simple manque de priorité, mais aussi à des attitudes sociétales, comme l'existence d'une loi criminalisant les relations sexuelles entre hommes. Une telle loi pourrait également alimenter la discrimination liée au VIH dans d'autres contextes, tels que les lieux de travail, ce qui pourrait décourager les hommes de se rendre régulièrement à la clinique de thérapie antirétrovirale, car ils pourraient être vus, révélés comme vivant avec le VIH, et peut-être perdre leur emploi.

Ces couches de facteurs interconnectés interagissent pour déterminer la capacité et la volonté des homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à s'engager dans des services de traitement, même s'ils sont accessibles et disponibles. La compréhension de ces interconnexions peut aider à identifier de multiples points d'entrée pour une action visant à lutter contre les inégalités liées au VIH et à faire en sorte que ces hommes ne soient pas perdus de vue.

Les facteurs décrits dans cette section rassemblent les travaux que le Programme commun a produits sur les différentes dimensions de l'épidémie de VIH – et plus généralement sur les inégalités – car ils sont particulièrement appropriés pour aborder les intersections du VIH et des

inégalités pertinentes. Cette section est destinée à servir de ressource pour identifier et traiter les facteurs des inégalités liées au VIH.

La suite de cette section étudie les facteurs individuels des inégalités liées au VIH, en commençant par les facteurs transversaux, suivis des facteurs sociaux et structurels, puis des facteurs relatifs aux systèmes de santé. Enfin, leur caractère composite est décrit plus en détail.

Le groupe de référence de l'ONUSIDA sur les droits de l'homme a fourni des illustrations utiles de l'ampleur des actions requises pour s'attaquer à l'éventail des facteurs d'inégalité. En attirant l'attention sur la nature inextricable des facteurs d'inégalité sociaux, structurels, systémiques et de service dans le contexte du VIH, ils notent : « Pour mettre fin aux abus de la police à l'encontre des populations clés, il faut faire bouger les attitudes stigmatisantes, mais aussi procéder à des changements structurels pour mettre fin à l'impunité des détentions arbitraires et de la torture. Pour mettre fin à l'inégalité en matière de santé des prisonniers, il faut non seulement un accès à des soins équivalents à ceux dispensés hors de prison, mais aussi mettre fin à la torture, à la surpopulation, à une alimentation et à des conditions sanitaires inadéquates dans les lieux de détention. . . des protections adéquates et exécutoires en matière de vie privée dans les établissements de soins de santé et des exigences de consentement éclairé pour le dépistage du VIH sont nécessaires pour se protéger contre le mépris discriminatoire de l'autonomie corporelle et de la confidentialité » (29).

Facteurs transversaux des inégalités liées au VIH

Pour progresser dans la réduction des inégalités liées au VIH, des efforts plus concrets seront essentiels pour promouvoir et protéger les droits de l'homme, mettre en œuvre des interventions transformatrices en matière de genre et soutenir le leadership communautaire dans la riposte au VIH. Dans un premier temps, il s'agira de comprendre comment les violations des droits de l'homme, les normes inégales entre les sexes et le manque d'engagement et de leadership significatifs de la part des communautés sont à l'origine des inégalités liées au VIH dans un contexte donné, afin d'éclairer les interventions appropriées.

Droits humains

« Reconnaître l'égalité de valeur et de dignité de chaque personne est non seulement un impératif éthique et une obligation découlant des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, mais aussi un élément central pour mettre fin au sida. . . L'ODD 3 ne peut être atteint si la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation des populations clés, la violence, l'exclusion sociale et d'autres violations des droits de l'homme dans le contexte du VIH peuvent se poursuivre et si les inégalités liées au VIH persistent. »
– Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 – Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida (1)

Les droits de l'homme, les principes et les approches en matière de droits sont depuis longtemps reconnus comme essentiels pour lutter contre les inégalités en matière de vulnérabilité au VIH et de résultats (1). Si la promotion et la protection des droits de l'homme sont essentielles pour améliorer les efforts liés au VIH, la négligence ou la violation des droits de l'homme peut exacerber les inégalités liées au VIH. La non-discrimination doit être au cœur de tout effort visant à lutter contre les inégalités liées au VIH, et une série de droits sont essentiels – en particulier le droit à la santé. Tel que garanti par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la santé est un droit inclusif, qui s'étend non seulement aux soins de santé mais aussi aux déterminants sous-jacents de la santé. Cette approche est reprise dans d'autres

documents relatifs aux droits de l'homme qui garantissent le droit à la santé, tels que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant. En vertu du droit international des droits de l'homme, les États membres des Nations Unies sont tenus de garantir le droit au meilleur état de santé possible.

En tant qu'éléments clés des principes des droits qui sont au cœur d'une réponse efficace au VIH, les normes et les principes pertinents comprennent : (a) la disponibilité, l'accessibilité (y compris le caractère abordable), l'acceptabilité et la qualité des biens et services fournis ; b) la non-discrimination et l'égalité ; c) le respect de la vie privée et la confidentialité ; d) le respect de la dignité et de l'autonomie des personnes ; et e) une participation et une responsabilité significatives (26). Les principes et les approches des droits de l'homme peuvent être utilisés efficacement comme cadre pour informer et renforcer une riposte au VIH afin qu'elle apporte son soutien à tous. Cela peut renforcer l'accent mis sur les inégalités lors de la planification et de la mise en œuvre de la riposte au VIH et aider à identifier les forces et les faiblesses actuelles qui pourraient constituer des obstacles à la réalisation des objectifs en matière de VIH (30).

Les principes et les approches des droits de l'homme peuvent être utilisés de manière positive à plusieurs niveaux pour créer un environnement favorable à la riposte au VIH. Au niveau individuel, le respect, la protection et la réalisation des droits de l'homme peuvent aider les personnes à accéder à la riposte au VIH et à en bénéficier, ainsi qu'à participer à la promotion de programmes efficaces en matière de VIH. Au niveau des politiques et des programmes, cette application des principes des droits de l'homme peut renforcer l'efficacité des services de lutte contre le VIH : (a) améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services ; (b) garantir le respect de la vie privée et la confidentialité, et rendre compte également de la manière dont les services sont fournis ; et (c) prêter attention aux communautés les plus marginalisées dans les processus de conception et de mise en œuvre. Au niveau de la société, une attention concrète aux droits de l'homme peut créer un environnement juridique, politique, social et économique favorable qui améliore l'accès aux services et leur utilisation en garantissant la sécurité et la qualité de vie des populations touchées et en donnant aux individus les moyens de réaliser leur droit à des services de qualité (26).

Lorsque les droits de l'homme sont violés, les inégalités sont exacerbées, ce qui a de nombreuses implications spécifiques pour la riposte au VIH. Les exemples spécifiques au VIH abondent, comme le dépistage forcé du VIH chez les travailleur(se)s du sexe ou la stérilisation forcée des femmes vivant avec le VIH, mais même lorsque les droits de l'homme sont négligés dans d'autres contextes, cela peut avoir une incidence négative sur une riposte efficace au VIH.

Les approches intersectionnelles qui s'appuient sur les principes des droits de l'homme dans leur application peuvent accroître l'efficacité des ripostes au VIH (30). Fondés sur le droit international, les droits de l'homme peuvent également soutenir l'utilisation d'un cadre de responsabilité pour ce qui est et devrait être fait. Avec des implications importantes pour la riposte au VIH, des mécanismes de responsabilité fonctionnels et accessibles au sein de chaque localité peuvent aider à guider les corrections de trajectoire et à fournir un recours à ceux dont les droits sont violés. Les droits de l'homme sont essentiels pour lutter contre les inégalités liées au VIH et, compte tenu de leur nature transversale, ils sont omniprésents dans le cadre et constituent l'épine dorsale de cet effort.

Normes de genre

Le genre englobe un ensemble de normes, rôles, comportements, activités et attributs socialement construits (31). On sait depuis longtemps que les dynamiques de pouvoir inégales liées au genre sont à l'origine de résultats négatifs en matière de développement et de santé, et elles sont un facteur reconnu de l'épidémie de VIH (15). L'inégalité entre les sexes contribue à accroître les vulnérabilités et les résultats du VIH. L'inégalité entre les sexes est transversale et doit être abordée parallèlement à d'autres axes d'inégalité qui se croisent pour une riposte efficace au VIH.

Femmes et filles

Les dynamiques de pouvoir inégales fondées sur des normes patriarcales favorisent significativement l'épidémie de VIH (15). L'inégalité entre les sexes et la discrimination privent depuis longtemps les femmes d'un accès égal à l'éducation, des opportunités économiques et des soins de santé, y compris des informations et des services de santé sexuelle et génésique. Les déséquilibres de pouvoir fondés sur le genre peuvent également avoir pour conséquence de priver les femmes et les filles de leur autonomie sexuelle, de leur pouvoir de décision, de leur dignité et de leur sécurité. Ils peuvent également limiter la manière dont les femmes peuvent accéder aux services de santé sexuelle et reproductive et y avoir recours (8, 15). L'autonomie dans les décisions liées à la santé serait moindre chez les adolescentes et les jeunes femmes mariées, ce qui a des répercussions évidentes sur les vulnérabilités au VIH (15). Dans l'une de ses formes les plus extrêmes, l'inégalité entre les sexes peut se manifester par la violence sexuelle et basée sur le genre, y compris la violence entre partenaires intimes (8).

Les lois relatives au VIH peuvent être spécifiquement discriminatoires à l'égard des femmes, mais même si elles sont apparemment neutres sur le plan du genre, elles peuvent affecter les femmes de manière disproportionnée et négative. Les lois discriminatoires – telles que celles qui criminalisent la transmission, l'exposition ou la non-divulgation du VIH – peuvent rendre les femmes particulièrement vulnérables aux poursuites si elles sont la première personne d'un partenariat à connaître leur statut, généralement par le biais d'un dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals (15). Il a été démontré que les lois sur l'âge de consentement sont utilisées principalement contre les filles et les jeunes femmes, ce qui nuit à la lutte contre le VIH en privant les adolescentes d'informations et de services concernant leur santé sexuelle et reproductive et en entravant leur autonomie sexuelle.

L'absence de protection juridique contre la discrimination basée sur le genre a également une incidence sur la vulnérabilité au VIH des femmes et des filles, notamment en raison de l'absence de criminalisation ou de poursuite des violences entre partenaires intimes ou du viol conjugal. Même lorsqu'il existe une législation ostensiblement protectrice, les normes et pratiques sociales peuvent en entraver la mise en œuvre effective (15).

Les hommes gagnent encore en moyenne environ deux fois plus que les femmes dans le monde (33). Les normes sexospécifiques discriminatoires à l'égard des femmes et des filles se manifestent dans le contexte des opportunités économiques et éducatives, et les perspectives limitées en matière de revenus et de moyens de subsistance qui en résultent peuvent les exposer à des stratégies de prise de risque. Ce type de discrimination compromet leur capacité d'action et limite leur pouvoir de décision au sein des relations, des familles et des sociétés, et accroît leurs risques de contracter le VIH (15).

Dans le monde entier, de nombreuses femmes n'ont qu'une autonomie financière limitée, sont représentées de manière disproportionnée dans les secteurs informels et non réglementés de l'économie, assument la charge des soins et du travail domestique non rémunérés et n'ont pas les mêmes droits de propriété et d'héritage (15). L'accès des femmes aux droits de propriété et d'héritage peut s'avérer essentiel dans la prévention et la lutte contre le VIH en leur offrant une sécurité financière de base, mais ce n'est toujours pas une réalité dans la plupart des régions du monde. On sait également que les femmes effectuent une part disproportionnée du travail de soins non rémunéré pour les membres de la famille vivant avec le VIH, et cela – ainsi que les coûts de santé mentale et autres coûts connexes pour les femmes – entrave leur capacité à effectuer un travail rémunéré sur le marché du travail. Le fardeau des soins liés au VIH, qui est lié au genre, aggrave également les inégalités entre les femmes et les hommes en matière de possibilités d'éducation et d'autres activités sociales (34).

Les normes de genre se combinent à d'autres facteurs d'inégalité de telle sorte qu'elles peuvent exacerber les vulnérabilités de certaines populations. L'encadré 5 fournit un exemple de la façon dont le genre et la migration peuvent se croiser d'une manière qui a un impact négatif sur la vulnérabilité au VIH.

Encadré 5. L'intersection du VIH, du genre et de la migration

Le genre, le VIH et la mobilité sont profondément liés. Les besoins des populations mobiles, y compris les populations déplacées et réfugiées, ne sont pas souvent pris en compte dans les politiques nationales de lutte contre le VIH, ce qui rend la prévention et le traitement du VIH difficilement accessibles pour elles (15). On sait que les femmes et les filles, en particulier, sont exposées à un risque accru d'infection par le VIH dans le cadre des processus de migration ; l'insécurité des moyens de subsistance liée à la migration a souvent pour conséquence d'accentuer la ségrégation entre les sexes dans le domaine du travail (15, 35). Près des trois quarts des femmes et des filles au sein des populations mobiles travailleraient dans le secteur des services, les autres occupant souvent des postes temporaires ou travaillant dans le secteur informel. Tous ces scénarios d'emploi contribuent à accroître la vulnérabilité à l'exploitation et à la violence, notamment la violence sexuelle et basée sur le genre, ce qui exacerbe les inégalités liées au VIH (35).

Hommes et garçons

Les hommes ont généralement moins recours au dépistage du VIH et les résultats liés au VIH sont moins bons que ceux des femmes. Les hommes et les garçons peuvent ne pas vouloir ou ne pas pouvoir chercher à obtenir des services liés au VIH en raison des attentes traditionnelles en matière de masculinité, ce qui est aggravé par la crainte de la stigmatisation et de la discrimination et par les heures d'ouverture restreintes des services, qui peuvent empêcher les personnes qui travaillent de s'y rendre (35). Le dépistage tardif du VIH empêche la mise en place d'un traitement en temps voulu et a également des répercussions sur la prévention du VIH. Les attentes et les normes liées au genre concernant la recherche de services pour le VIH et la santé sexuelle et reproductive – y compris le dépistage du VIH – signifient que les services sont plus souvent utilisés par les femmes (en particulier les femmes en âge de procréer, qui ont tendance à accéder plus régulièrement aux services parce qu'elles mettent l'accent sur la santé reproductive,

comme les soins prénataux et post-partum). Malgré quelques améliorations récentes, la couverture du traitement reste généralement très faible pour les hommes et les garçons (15).

Les conceptions néfastes de la masculinité – comme le fait de ne pas utiliser de préservatifs et de ne pas chercher à obtenir des services liés au VIH ou à d'autres services de santé – augmentent également le risque de transmission du VIH. Pour les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ce risque est encore exacerbé lorsqu'il est associé à l'homophobie et/ou à des lois discriminatoires à l'encontre des relations sexuelles entre hommes du même sexe (36).

Personnes transgenres et autres personnes de genre différent

Les personnes transgenres et les autres personnes ayant une identité sexuelle différente sont confrontées à des risques accrus de violence, de criminalisation et de discrimination, qui augmentent tous la vulnérabilité au VIH et l'inégalité des résultats. Les personnes issues de ces communautés peuvent être davantage exposées à la violence ou à l'exploitation sexuelle. La violence sexuelle et la violence économique contribuent toutes deux à la vulnérabilité au VIH : par exemple, la stigmatisation sociale et la discrimination dans l'emploi peuvent inciter les personnes transgenres à se livrer au commerce du sexe, où elles sont particulièrement vulnérables à différentes formes de violence et de discrimination susceptibles d'avoir un impact sur leur risque d'infection par le VIH (19, 37). Les personnes transgenres et ayant une identité sexuelle différente peuvent également être victimes de stigmatisation de la part des prestataires et des systèmes de soins de santé, ainsi que de la part de leurs pairs, des membres de leur famille et de la société en général, ce qui a un impact négatif sur leur accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH et aux autres services de protection sociale. Les pratiques discriminatoires, tant institutionnelles que sociales, peuvent empêcher les personnes transgenres et dont le sexe est différent d'accéder aux services de prévention et de soins du VIH qu'elles recherchent (15).

Engagement communautaire

Un principe directeur de la riposte mondiale au VIH et de tous les travaux de l'ONUSIDA est la participation significative et mesurable de la société civile, en particulier des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH (1). La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 souligne le rôle essentiel des organisations communautaires dans l'orientation de sa riposte au VIH, et l'implication des organisations communautaires est un concept sous-jacent de ce cadre.⁵

Les organisations communautaires pertinentes dans le contexte du VIH comprennent des groupes ou des réseaux par et pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et d'autres populations prioritaires – y compris les femmes et les jeunes – dont les priorités sont ancrées dans les expériences vécues et les perspectives de leurs membres et de leurs circonscriptions (1, 38). Les réponses dirigées par la communauté sont « spécifiquement informées et mises en œuvre par et pour les communautés elles-mêmes », ce qui garantit que

⁵ Ainsi que le définit l'ONUSIDA, les organisations, groupes et réseaux dirigés par les communautés sont des entités pour lesquelles la majorité des membres de la gouvernance, des dirigeants, du personnel, des porte-parole, des membres et des volontaires, reflètent et représentent le vécu, les points de vue et les opinions de leur groupe d'intérêt et qui disposent de mécanismes transparents de redevabilité envers ledit groupe d'intérêt. Dans la riposte au sida, cela inclut les organisations par et pour les personnes vivant avec et affectées par le VIH (38).

les politiques et les services sont adaptés, notamment aux besoins divers et changeants, ce qui se traduit par une amélioration des résultats liés au VIH (38, 39).

Les organisations dirigées par la communauté ont toujours été bien placées pour identifier les inégalités dans leurs contextes donnés et suggérer comment y remédier. L'intégration explicite dans la riposte au VIH est essentielle. Par exemple, le suivi et la collecte de données menés par les communautés peuvent fournir des sources de données permettant de combler les lacunes des données officielles, d'identifier qui est réellement laissé pour compte et comment, et d'informer des ripostes au VIH plus inclusives en prêtant attention aux facteurs d'inégalité pertinents et croisés.

L'efficacité et la durabilité de la riposte au VIH dépendent de la garantie que les besoins des groupes les plus marginalisés sont satisfaits – et que la participation communautaire augmente la capacité des programmes et des services à le faire. Par exemple, l'ONUSIDA a souligné que la participation significative des jeunes était essentielle à une riposte durable au VIH. L'engagement des jeunes dans toute leur diversité en tant que bénéficiaires, partenaires et leaders dans les ripostes au VIH se traduit par des services mieux adaptés à leurs besoins et, par conséquent, par de meilleurs résultats en matière de santé, en particulier parmi les jeunes groupes difficiles à atteindre.

Les organisations dirigées par la communauté – y compris celles qui reflètent et représentent les populations clés, les femmes, les jeunes et les autres populations prioritaires – jouent déjà un rôle important dans les réponses actuelles au VIH. Lorsqu'elle est intégrée avec succès dans les activités de lutte contre le VIH, il a été démontré que la participation communautaire améliore les résultats sanitaires en mobilisant la demande de services, en fournissant des services et un accès à des populations auparavant difficiles à atteindre, en renforçant les systèmes de santé, en obtenant un soutien politique, en faisant évoluer les normes sociales et en créant un environnement favorable à l'accès (40). L'intégration adéquate du leadership et de la participation de la communauté dans les efforts liés au VIH est essentielle pour garantir que les stratégies ne continuent pas à laisser les gens de côté ou à renforcer les inégalités existantes liées au VIH.

Facteurs sociaux et structurels des inégalités liées au VIH

« L'une des principales raisons pour lesquelles les inégalités dans la riposte au VIH persistent est que nous ne sommes pas parvenus à traiter les déterminants sociaux et structurels qui augmentent la vulnérabilité au VIH et diminuent la capacité de nombreuses personnes à accéder et à utiliser efficacement les services liés au VIH. » — Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (1)

Pour contribuer à l'action, cette section décrit brièvement certains facteurs parmi les plus significatifs susceptibles de façonner l'expérience d'un individu en matière d'inégalités liées au VIH. Les descriptions des facteurs sociaux et structurels des inégalités liées au VIH ont pour but de contribuer à leur interrogation dans un contexte donné, comme décrit plus loin dans ce cadre.

Politique

La politique et l'idéologie continuent d'influencer la riposte au VIH, même face à des preuves solides démontrant que cela ne devrait pas être le cas. Les populations marginalisées ou dont les comportements sont criminalisés sont souvent les plus durement touchées. Un retour en arrière persistant contre les droits des femmes au niveau politique, notamment les droits sexuels et l'autonomie corporelle, perpétue et aggrave les inégalités entre les sexes qui contribuent aux inégalités en matière de VIH. La résilience et même la résistance peuvent être nécessaires dans

certaines contextes pour garantir une attention appropriée aux inégalités dans la riposte au VIH, notamment en garantissant une réponse pour toutes les populations affectées et en s'attaquant aux facteurs pertinents de l'inégalité. Une compréhension nuancée du contexte politique local, y compris les cycles électoraux et les points de vue sur les questions liées au VIH de ceux qui sont en poste ou qui se présentent aux élections, est essentielle pour s'assurer que toutes les mesures prises seront efficaces et n'entraîneront pas de contrecoup et de répercussions négatives potentielles sur les communautés affectées. La nature politique de ce que signifie la lutte contre les inégalités à tous les niveaux, du mondial au local, y compris la résistance potentielle, ne peut être ignorée. Il faut identifier les occasions de créer des changements politiques positifs, et celles-ci doivent être saisies avec le plus grand soin et avec les communautés au cœur.

Environnement juridique

Les lois et les politiques peuvent être des outils puissants pour protéger les droits de l'homme de toutes les personnes à la non-discrimination et à la santé, et pour aider à garantir la vie privée et la confidentialité, le consentement libre et éclairé, l'autonomie dans la prise de décision en matière de soins de santé, et de nombreuses autres protections (40). Dans la plupart des pays aujourd'hui, cependant, l'environnement juridique perpétue la stigmatisation et la discrimination qui touchent le VIH et les populations qui y sont vulnérables, affectant ainsi la qualité de vie et la capacité à prévenir l'infection, et réduisant l'accès et l'utilisation des services (1).

Des lois punitives et discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH ou risquant d'être infectées par le VIH continuent d'affecter les résultats liés au VIH de multiples façons négatives. Ces lois affectent les personnes vivant avec le VIH ou risquant d'être infectées par le virus, et ont des effets dévastateurs sur les femmes et les filles, les enfants, les jeunes et les populations de genre différent. La criminalisation d'un large éventail de comportements et d'aspects des soins de santé perpétue non seulement la stigmatisation et la discrimination, mais se révèle extrêmement nuisible à la riposte au VIH. Cela inclut la criminalisation des comportements sexuels entre personnes de même sexe, du travail sexuel, de l'identité et de l'expression de genre, de la consommation ou de la possession de drogues, ainsi que de l'exposition, de la non-divulgence et de la transmission du VIH (40). Par exemple, de nombreux pays en 2022 criminalisent encore l'usage ou la possession de drogues, 153 pays criminalisent certains aspects du travail sexuel, 67 pays criminalisent les actes sexuels consensuels entre personnes de même sexe, 20 pays criminalisent les personnes transgenres et 134 pays criminalisent ou poursuivent d'une autre manière l'exposition au VIH, la non-divulgence ou la transmission du virus (8). La criminalisation de la transmission du VIH reste un fléau auquel il faut s'attaquer pour une riposte efficace.

La criminalisation des personnes vivant avec le VIH et des populations clés est mauvaise pour la santé publique, et elle contribue aux inégalités qui compromettent la riposte au VIH (1). Il est prouvé que les lois et les politiques qui criminalisent les comportements, les actions ou l'existence des populations clés ont pour conséquence de réduire l'accès aux services de lutte contre le VIH et d'augmenter le risque de contamination. Les pays dotés de lois punitives à l'égard des relations sexuelles entre personnes de même sexe, du commerce du sexe et de la consommation de drogues ont des pourcentages significativement plus faibles de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH et parviennent à une suppression virale que les pays qui n'ont pas de telles lois (8, 15, 30). Par exemple, des données provenant d'Afrique subsaharienne montrent que la prévalence du VIH est plus élevée parmi les travailleuses du sexe dans les pays dotés de lois punitives et non protectrices concernant le travail du sexe (41).

Plus de 11 millions de personnes s'injectent des drogues dans le monde, dont 1,4 million environ vivent avec le VIH. Les pratiques répressives en matière de drogues ont eu des répercussions négatives majeures sur la santé publique : les personnes qui s'injectent des drogues sont éloignées des services de prévention et de traitement du VIH, et l'incarcération massive des délinquants toxicomanes non violents augmente considérablement leur risque de contracter le VIH (42). En outre, de nombreux pays continuent d'ignorer les preuves que le traitement de la toxicomanie est un outil essentiel de la riposte au VIH : moins de 1 % des personnes qui s'injectent des drogues vivent dans des pays où la couverture des traitements de substitution aux opiacés et des programmes d'échange de seringues est élevée, éléments clés de services complets de réduction des risques qui sont encore souvent considérés comme illégaux (43).

Les lois restrictives relatives au pouvoir des adolescents sur leur santé sont des obstacles conséquents à la capacité des jeunes à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, les lois sur l'âge de consentement peuvent exiger le consentement parental pour qu'un adolescent puisse accéder à des services tels que la contraception, le dépistage et le traitement du VIH (1, 15, 44). Leur mise en œuvre étant souvent genrée, ces lois nuisent de manière disproportionnée aux filles et aux jeunes femmes. Des vulnérabilités supplémentaires doivent également être prises en compte dans les pays où l'âge légal de consentement à l'activité sexuelle est inférieur à l'âge de consentement auquel les informations et les services de santé sont accessibles. Là encore, l'impact est différent – et disproportionnellement négatif – pour les filles et les jeunes femmes. Interdire aux jeunes l'accès à l'éducation et aux services de santé sexuelle et génésique entraîne un risque accru de VIH, d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) et de grossesse non désirée (15).

De nombreux pays restreignent l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH. Les migrants irréguliers vivant avec le VIH sont confrontés à des difficultés supplémentaires, telles que des restrictions légales ou la peur de l'expulsion, s'ils tentent d'accéder à des services essentiels tels que les soins de santé (35).

Pour toute personne dont les comportements sont en conflit avec la loi, les modalités d'application de la loi peuvent également avoir un impact négatif sur les vulnérabilités liées au VIH. L'application sévère de la loi, le traitement brutal des personnes arrêtées et l'attention insuffisante accordée à la procédure régulière ont été constatés dans un large éventail de contextes. Cela met en évidence les rôles importants joués par la police et le système judiciaire dans la lutte contre le VIH, ainsi que l'impact de ces actions sur les inégalités liées au VIH. En outre, dans de nombreux pays, le cadre juridique est le théâtre de conflits, ce qui crée de la confusion et des craintes quant aux droits. Par exemple, certaines lois municipales sur le dépistage obligatoire du VIH pour les travailleur(se)s du sexe sont en opposition avec les lois fédérales de non-discrimination, et dans certains contextes, le transport de seringues et d'aiguilles en dehors des établissements de soins est illégal, malgré l'existence d'un programme de réduction des risques mandaté par le gouvernement qui inclurait vraisemblablement la fourniture de matériel d'injection sûr (45).

Politique

La politique peut être à la fois un soutien et un obstacle à la réduction du risque et de la vulnérabilité au VIH : en tant qu'obstacle aux services liés au VIH, la politique s'inscrit généralement dans le cadre des inégalités sociales existantes. Les politiques ont tendance à avoir des répercussions négatives sur les populations qui sont déjà marginalisées d'une manière ou d'une autre : par exemple, une politique aveugle sur le genre ou le handicap aura un impact négatif disproportionné sur les groupes qui n'ont pas été pris en compte dans la conception de la

politique. Ces mesures compromettent les ripostes au VIH en renforçant la stigmatisation et la discrimination et en empêchant les individus d'accéder aux services VIH. Par exemple, des politiques néfastes peuvent exacerber les risques de VIH auxquels sont confrontés les membres des populations clés et les personnes incarcérées, comme certaines politiques pénitentiaires qui ne permettent pas la distribution de préservatifs, les systèmes de santé pénitentiaires qui ne fournissent pas de PrEP, et les politiques qui exigent que les individus soient détenus selon le genre qui leur a été attribué à la naissance, ce qui expose les prisonniers transgenres à un risque accru de violence sexuelle. En outre, il convient de prêter attention non seulement à la conception et à la présence de politiques, mais aussi à leur mise en œuvre, car les politiques peuvent ne pas être appliquées comme prévu.

Les politiques restrictives – avec la stigmatisation entourant le VIH et les attitudes discriminatoires ou les tabous autour des femmes et du sexe – ont un impact disproportionné sur les femmes et les filles, comme les politiques exigeant que les femmes aient la preuve du consentement de leur partenaire avant d'accéder aux services (1, 15). Selon les données disponibles les plus récentes, au moins 40 pays ne prennent pas en compte les besoins spécifiques des femmes et des filles dans leurs stratégies nationales de lutte contre le VIH, et il n'est pas courant qu'un pays alloue un budget quelconque pour répondre à ces besoins spécifiques liés au VIH (1).

Malgré le rôle potentiel de la politique en tant que facteur des inégalités, elle peut également contribuer à les réduire si elle est conçue et utilisée de manière appropriée. Par exemple, les pays peuvent utiliser des systèmes de protection sociale sensibles au VIH pour promouvoir l'équité en matière de santé et réduire la charge financière des services de santé pour les personnes vivant avec ou affectées par le VIH (46). Les protections sociales comprennent des initiatives formelles et informelles qui fournissent une assistance sociale, des services sociaux, une assurance sociale et une équité sociale aux groupes marginalisés. Ces initiatives peuvent se concentrer sur les personnes vivant dans la pauvreté ou sensibles aux chocs de subsistance, sur les groupes qui n'ont pas accès aux services et sur les groupes qui risquent davantage d'être victimes de stigmatisation ou de discrimination en raison d'un certain nombre d'inégalités croisées. Les politiques qui reconnaissent la relation entre la santé et d'autres protections sociales sont en mesure d'aborder les aspects multidimensionnels de la pauvreté et leur corrélation avec la vulnérabilité, le risque et les résultats du VIH (46). En impliquant les populations défavorisées sur le plan socioéconomique, les protections sociales sensibles au VIH peuvent promouvoir l'équité, atténuer les conditions qui augmentent le risque de VIH et élargir la disponibilité et l'accès aux services et au soutien liés au VIH (46).

Conditions économiques

On sait également que l'exclusion ou la marginalisation sociale et économique affectent la capacité des personnes à se protéger du VIH (1). Même si les inégalités de richesse entre les pays ont diminué au cours des dernières décennies, les inégalités de richesse au sein des pays ont considérablement augmenté (33). Même avant la pandémie de COVID-19, sur la base des données 2015-2020 de 80 pays, lorsque l'inégalité des revenus est plus prononcée, les pays ont tendance à avoir une incidence plus élevée du VIH (statistiquement significative sur la base d'une valeur $p < 0,001$) (27).

La pauvreté n'est pas simplement une caractéristique individuelle : elle est créée et perpétuée par des politiques et des systèmes d'exclusion. Les politiques limitant les droits d'héritage, les systèmes judiciaires avec des taux d'emprisonnement élevés, les méthodes de régulation du marché, les règles du commerce et les systèmes financiers, les limitations de l'accès aux

ressources naturelles, l'occupation et l'exploitation étrangères, et les gouvernements racistes et d'apartheid ne sont que quelques exemples des facteurs sous-jacents et fondamentaux de l'inégalité économique qui sont connus pour conduire à des cycles intergénérationnels de pauvreté et de marginalisation et à une distribution inéquitable des richesses (2).

Dans la plupart des endroits, la pauvreté est liée à une plus grande vulnérabilité au VIH et à de moins bons résultats en matière de VIH par de multiples voies. Les situations de pauvreté peuvent, par exemple, conduire les gens à des pratiques de travail migrant, ce qui peut éroder la cohésion sociale et perturber les structures familiales, créer une insécurité alimentaire et conduire à un accès réduit aux informations et aux services liés au VIH, notamment aux préservatifs, ou au pouvoir de négocier l'utilisation des préservatifs (27). Le fait que les femmes aient moins accès au financement, aux connaissances financières et aux instruments financiers peut également accroître leur risque de contracter le VIH et réduire leur capacité à atténuer les effets de la vie avec le VIH. Le VIH peut à son tour contribuer à la pauvreté, car les familles touchées par le VIH peuvent subir une perte d'emploi et/ou recourir à des stratégies d'adaptation financière qui réduisent la capacité économique du ménage, comme la vente d'actifs productifs, l'utilisation des économies du ménage, l'obtention de prêts ou le retrait des enfants de l'école (27). Les inégalités économiques au sein des sociétés comprennent les disparités intergénérationnelles et les écarts de richesse persistants, et les cycles intergénérationnels de désavantage contribuent aux disparités persistantes en matière de santé liées au statut socioéconomique (47). Dans certains contextes, la pauvreté et le VIH peuvent avoir une relation inverse à ce qui est décrit ci-dessus. Dans certaines parties de l'Afrique subsaharienne, les pays et les individus les plus riches ont une prévalence du VIH plus élevée que leurs homologues plus pauvres (48). Cela montre que la relation entre les conditions économiques et le VIH n'est pas statique et qu'elle peut continuer à évoluer dans le temps.

Éducation

Il a été démontré que l'achèvement de l'enseignement secondaire protège les adolescents et les jeunes, en particulier les filles, de l'infection par le VIH (8, 15, 27). En outre, il est généralement admis que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont un plus grand pouvoir de décision concernant leurs relations sexuelles et l'accès aux soins de santé. Les niveaux d'éducation sont influencés par la force et la portée du système éducatif ; à ce titre, le renforcement du système éducatif peut être une intervention importante pour aider à réduire les inégalités liées au VIH.

En outre, une éducation sexuelle complète (ESC) de qualité peut contribuer à réduire les comportements sexuels à risque chez les jeunes et à atténuer la stigmatisation associée au VIH (15, 27). Elle peut également contribuer à des résultats positifs en matière de santé et de développement, notamment la réduction de la pauvreté et l'égalité des sexes, s'attaquant ainsi à d'autres facteurs des inégalités liées au VIH (15). Cependant, il reste encore tabou dans certains contextes culturels de parler du VIH, et il existe des efforts concertés et organisés dans toutes les régions du monde pour démanteler l'ESC (49). Tout cela entrave les possibilités d'éducation des jeunes en matière de modes de transmission, de prévention, de risques et d'options de traitement et de services de soins, en particulier chez les jeunes qui ont un accès limité à Internet ou à d'autres sources d'information sur la santé (27).

Violence

La violence fondée sur le genre est une manifestation extrême de l'inégalité entre les sexes qui inclut la violence contre les femmes et les filles, ainsi que la violence perpétrée contre les

personnes appartenant ou supposées appartenir aux populations lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI) (8, 15, 27). Ces formes de violence et d'autres formes diverses sont bidirectionnelles dans leur lien avec le VIH, ce qui signifie que la violence peut être un facteur de vulnérabilité accrue au VIH et que vivre avec le VIH est un facteur de risque de violence (24).

Les normes sociales et culturelles dominantes liées aux tabous patriarcaux et à la honte entourant la sexualité féminine contribuent à l'absence d'autonomie, d'action et de choix des femmes, favorisent le pouvoir masculin dans les relations sexuelles et, ce faisant, contribuent à la violence basée sur le genre. Les idéaux socialement construits et nuisibles de la masculinité encouragent les comportements dominants et agressifs ainsi que l'hétérosexisme chez les hommes et les garçons, ce qui augmente le risque qu'ils se livrent à des actes de violence contre les femmes et les filles et les personnes perçues comme faisant partie des communautés LGBTI (50). Près d'une femme sur trois a subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours de sa vie, une statistique qui augmente pendant les déplacements et les périodes de crise (51). Cela augmente le risque de contracter le VIH pour les femmes et les filles, et peut conduire à une réduction de l'accès et de l'observance du traitement chez les femmes vivant avec le VIH. Les étudiants des communautés LGBTI seraient entre trois et cinq fois plus susceptibles de subir des violences liées à l'école que leurs pairs, ce qui augmente la probabilité qu'ils manquent ou ne retournent pas à l'école, et donc leur vulnérabilité au VIH (52).

Les femmes qui subissent des violences de la part de leur partenaire intime dans des contextes de forte prévalence du VIH ont plus de 50 % de risques supplémentaires de vivre avec le VIH par rapport aux femmes qui n'ont pas subi de violences de la part de leur partenaire (1). Dans toutes les régions du monde, les femmes, les filles et les personnes de genre différent qui apprennent et révèlent leur séropositivité courent un risque accru de subir diverses formes de violence. Entre 68 % et 95 % des femmes vivant avec le VIH subissent des violences de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie : cela accroît le risque de VIH par une transmission potentielle et peut également empêcher la possibilité d'accéder aux services de lutte contre le VIH et aux autres services de santé (24, 53).

Il existe de nombreuses autres formes de violence qui contribuent de manière significative aux inégalités liées au VIH pour les femmes et les filles, les populations clés et les autres populations prioritaires. La violence sexuelle exercée par une personne autre qu'un partenaire accroît le risque de transmission directe du VIH et coïncide souvent avec d'autres axes d'inégalité, comme le fait de vivre avec un handicap, d'être engagé(e) dans le commerce du sexe, d'être incarcéré(e) ou de vivre dans un contexte de conflit ou d'aide humanitaire. La violence psychologique et émotionnelle est exacerbée à l'encontre des personnes vivant avec le VIH ; elle peut se présenter sous la forme d'une stigmatisation ou d'une discrimination et peut inclure des violences verbales, toutes choses qui peuvent contribuer à empêcher les individus d'accéder aux services liés au VIH. La violence économique ou financière peut se manifester de diverses manières ; elle est souvent liée au genre et peut consister pour un partenaire intime à contrôler l'accès de l'autre partenaire aux ressources économiques ou à l'empêcher de chercher des soins de santé ou des opportunités, comme l'emploi ou l'éducation. À plus grande échelle, l'injustice économique est liée à diverses inégalités croisées qui contribuent à l'absence de moyens de subsistance durables dont souffrent de nombreuses personnes vivant avec le VIH. La violence structurelle et institutionnelle accentue les inégalités en matière de vulnérabilité au VIH et de résultats en renforçant d'autres facteurs d'inégalité par des lois et des politiques discriminatoires et l'absence de protection des populations vulnérables (24). Parmi les exemples de violence structurelle et institutionnelle, citons le racisme sous toutes ses formes, l'homophobie, l'inégalité des revenus, le

sexisme, la discrimination fondée sur la capacité physique et de nombreux autres moyens d'exclusion sociale, qui entraînent tous des vulnérabilités liées au VIH, telles que l'incarcération, la pauvreté et le manque d'accès aux services de santé et de protection sociale.

Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation et la discrimination violent les droits et la dignité des personnes vivant avec ou affectées par le VIH, ce qui a souvent pour conséquence de leur refuser l'accès aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 prévoit notamment que, d'ici 2025, moins de 10 % des personnes vivant avec ou affectées par le VIH soient victimes de stigmatisation et de discrimination, et que moins de 10 % des pays aient des lois et des politiques punitives ou des obstacles à l'accès à la justice. On sait que ces expériences de stigmatisation et de discrimination, ainsi que le défaut d'accès à la justice exacerbent les inégalités liées au VIH, en particulier lorsqu'elles se conjuguent pour toucher les mêmes personnes en même temps.

La stigmatisation liée au VIH désigne des attitudes, des comportements et des jugements négatifs irrationnels ou engendrés par la peur envers les personnes vivant avec le VIH, leurs partenaires, leurs familles et leurs communautés. La stigmatisation liée au VIH engendre un traitement injuste et inique infligé à une personne ou à un groupe de personnes sur la base de leur statut VIH perçu ou réel. La discrimination liée au VIH comprend également le traitement inéquitable des populations clés, des femmes et des filles, et d'autres groupes, notamment les personnes handicapées, les personnes âgées, les populations autochtones, les populations mobiles et migrantes, les prisonniers et autres personnes incarcérées. Les personnes qui appartiennent à plusieurs de ces catégories sont particulièrement touchées. La discrimination fondée sur le statut VIH, l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression sexuelles et de genre, l'état de santé (y compris la toxicomanie) ou le travail sexuel peut constituer une violation des droits de l'homme (40).

Un examen systématique et une méta-analyse des études menées entre 2002 et 2016 ont révélé que les personnes vivant avec le VIH qui perçoivent des niveaux élevés de stigmatisation liée au VIH sont 2,4 fois plus susceptibles de retarder l'inscription aux soins jusqu'à ce qu'elles soient très malades (54). Dans les pays pour lesquels des données étaient disponibles en 2020, jusqu'à 21 % des personnes vivant avec le VIH ont déclaré s'être vu refuser des soins de santé au cours des 12 derniers mois (40). La stigmatisation et la discrimination augmentent le risque d'acquisition du VIH et de progression vers le sida, la violence et la marginalisation, et elles peuvent affecter l'accès au soutien social. Dans le même temps, elles peuvent également réduire l'accès aux soins de santé, à l'éducation, à l'emploi et à la justice. Il a été constaté, par exemple, que la stigmatisation perçue associée à la séropositivité au VIH dissuade les femmes de signaler ou de poursuivre les violations des droits de propriété et d'héritage, dont on sait qu'elles affectent les femmes de manière disproportionnée et qu'elles ont une incidence sur leur vulnérabilité au VIH et sur les résultats liés au VIH (22).

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent être aggravées par d'autres formes de discrimination. La stigmatisation et la discrimination fondées sur la perception de la séropositivité ou sur les comportements, les activités, le sexe, l'âge, la race, la classe sociale, les capacités/le handicap, le statut socioéconomique, l'origine nationale et d'autres catégories de différence sont à la base de nombreux autres facteurs d'inégalités liées au VIH. Même dans les pays et les régions qui affichent des progrès importants pour mettre fin à leur épidémie de sida, la stigmatisation et la discrimination continuent d'entraver les progrès équitables, affectant non seulement l'utilisation des services liés au VIH, mais aussi la qualité de vie de nombreuses

personnes. En particulier dans le contexte de la lutte contre les inégalités, les décisions sur la manière et l'endroit où il convient d'intensifier les éléments de la riposte au VIH doivent être étayées par des données probantes et chercher à soutenir les plus marginalisés au sein d'une société. Lorsque ce n'est pas le cas – et que les ripostes sont plutôt basées sur des hypothèses préjudiciables ou sur un refus discriminatoire de reconnaître quelles sont les personnes les plus touchées et qui ont le plus besoin de services – les inégalités sont alimentées (26).

Les inégalités liées au VIH sont aggravées par la stigmatisation et la discrimination dans de nombreux aspects de la vie des gens, notamment dans la législation, dans les établissements de soins de santé, dans les établissements d'enseignement, sur le lieu de travail et dans les milieux humanitaires. Par le biais de différentes voies, cela peut aggraver la pauvreté, créer des vulnérabilités supplémentaires au VIH et à d'autres problèmes de santé, et réduire l'accès au VIH et aux services de santé. Ces répercussions peuvent également se ressentir de manière intergénérationnelle, exacerbant ainsi une spirale négative.

Sécurité alimentaire et nutritionnelle

Une alimentation et une nutrition adéquates sont essentielles pour obtenir de bons résultats en matière de VIH. L'insécurité alimentaire et la mauvaise nutrition compromettent l'efficacité du traitement contre le VIH et l'observance de ce traitement, ce qui a une incidence négative sur les résultats individuels et augmente le risque de transmission du VIH. Le VIH altère la capacité de l'organisme à ingérer et à absorber les nutriments ; un apport alimentaire inadéquat exacerbe la vulnérabilité d'un individu à la dénutrition, aggravant ainsi la déficience immunitaire existante. Cela entraîne une susceptibilité accrue aux infections opportunistes, ainsi qu'une morbidité et une mortalité accrues (55). L'insécurité alimentaire et nutritionnelle augmente les répercussions socioéconomiques du VIH, notamment en réduisant la capacité de travail, en compromettant les moyens de subsistance d'un individu et sa capacité à maintenir un soutien nutritionnel (46).

Croyances et pratiques culturelles

Comme pour de nombreux facteurs, les croyances et les pratiques culturelles peuvent réduire ou exacerber les inégalités liées au VIH. Par exemple, des associations protectrices ont été identifiées dans certaines circonstances entre la religion, la foi et la spiritualité, et certaines activités de prévention primaire du VIH, telles que l'utilisation de préservatifs et le dépistage du VIH (56). Ainsi, les leaders communautaires et religieux ont joué un rôle essentiel dans la promotion des pratiques qui réduisent le risque de VIH et offrent un soutien aux communautés affectées. Les leaders communautaires et religieux peuvent également contribuer de manière négative aux croyances culturelles concernant les populations clés, comme la promotion d'attitudes négatives à l'égard des femmes, des personnes vivant avec le VIH et des communautés LGBTI.

Parallèlement, des pratiques culturelles néfastes telles que l'excision peuvent augmenter considérablement le risque de transmission du VIH pour les femmes et les filles, et les barrières culturelles peuvent entraver l'accès aux services de lutte contre le VIH et aux autres services de santé (57). Par exemple, les croyances culturelles qui encouragent les femmes enceintes à consulter exclusivement des accoucheuses traditionnelles et à ne pas chercher à obtenir des soins prénataux dans les établissements de santé peuvent entraîner un accès réduit aux services de dépistage et de traitement du VIH pour les femmes et leurs enfants, y compris les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (58). Dans certaines sociétés, des mythes autour du VIH peuvent encore persister, notamment des croyances erronées sur la transmission et le traitement, tandis que des pratiques culturelles telles que la polygamie,

l'héritage des veuves et le mariage précoce rendent également les femmes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH (59, 60). Les tabous entourant la sexualité des femmes sont un autre exemple de la façon dont les attentes culturelles peuvent avoir une incidence sur l'accès des femmes aux services de prévention, par exemple lorsque les femmes qui portent ou achètent des préservatifs peuvent être supposées être engagées dans le commerce du sexe (59).

Déplacement et statut migratoire

Les déplacements et les migrations sont des défis humanitaires pressants pour le XXI^e siècle ; entre les années 2000 et 2020, le taux de migration internationale a augmenté de 2,4 % par an. En 2020, on comptait 281 millions de migrants internationaux, dont 29,9 millions de réfugiés. La fin de l'année 2020, dernière année pour laquelle des chiffres sont disponibles, a également marqué un nombre record de personnes déplacées à l'intérieur du pays (55 millions) (61).

En soi, la migration n'entraîne pas une vulnérabilité au VIH ou des résultats inégaux, mais la diversité importante au sein des populations mobiles et des services qui leur sont offerts signifie que certains groupes sont exposés à un risque accru en raison de la migration (35). Le déplacement et la migration ont des répercussions directes et indirectes sur les vulnérabilités et les résultats en matière de VIH, qui varient au cours des différentes phases de la migration.

À son niveau le plus élémentaire, l'accès aux services de traitement et de prévention du VIH devient difficile pendant le voyage des migrants et leur transition vers un pays d'accueil. Cela peut conduire à un diagnostic tardif du VIH et à une augmentation des interruptions de traitement. Les migrants irréguliers sont également susceptibles d'avoir un accès limité aux services liés au VIH pendant des périodes prolongées. Ceci est dû en partie aux restrictions légales dans de nombreux endroits sur la fourniture de services aux individus qui se déplacent et ne sont pas reconnus comme citoyens, et en partie à la peur de l'expulsion qui peut empêcher les individus de rechercher des services essentiels (35). Les groupes qui sont particulièrement vulnérables à l'exclusion et à ses multiples répercussions comprennent les réfugiés et les apatrides, et cette expérience peut être particulièrement aggravée pour les femmes, les filles et les garçons (2). Les populations mobiles sont également confrontées à un certain nombre de problèmes ayant des ramifications sanitaires, tels qu'une mauvaise alimentation, le manque de services liés aux infections opportunistes (comme la tuberculose) et les difficultés liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène – autant de facteurs qui augmentent la vulnérabilité au VIH. En outre, les vulnérabilités existantes parmi les populations clés sont nettement plus prononcées dans les situations d'insécurité liées à la migration que chez leurs homologues non mobiles (35).

Les inégalités en matière de vulnérabilité au VIH et de résultats associés aux populations mobiles restent largement ignorées. Les ministères de la santé manquent souvent d'expérience en ce qui concerne les problèmes rencontrés par les populations mobiles. Le financement est un défi supplémentaire, car une grande partie des institutions donatrices pour le VIH ne prennent pas suffisamment en compte les populations mobiles dans leurs travaux (35).

Conflits et situations d'urgence

L'interruption de la prestation des soins de santé dans les situations de conflit et d'urgence limite l'accès aux services pertinents pour la prévention du VIH (tels que l'information, la PrEP, la circoncision médicale volontaire, les préservatifs et les traitements de substitution aux opiacés), ainsi que la poursuite du traitement des personnes vivant avec le VIH. Bien que cela ne soit pertinent que dans certaines circonstances, les conflits et les urgences humanitaires peuvent entraîner la rupture de la cohésion sociale, la limitation de l'accès à des ressources telles que la

nourriture ou les revenus, le déplacement ou la limitation de la mobilité, et la perturbation des infrastructures, notamment des systèmes d'éducation, de communication et de soins de santé (55). Les situations d'urgence exacerbent également d'autres facteurs d'inégalité, tels que les conditions économiques et l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, et peuvent entraîner une augmentation des niveaux de violence sexuelle, de stigmatisation et de discrimination. Les inégalités en matière de risque de VIH et de résultats sont accrues pendant les conflits et dans les situations d'urgence en aggravant les vulnérabilités existantes des populations clés (55).

Les personnes vivant avec le VIH et leurs foyers peuvent déjà n'avoir qu'un accès limité aux services essentiels, aux médicaments et autres produits de base au début d'une urgence, moment où les services sont souvent perturbés. En outre, l'accès aux services de prévention, de soins et de traitement du VIH dans les situations humanitaires prolongées peut rester limité, alors que la vulnérabilité au VIH peut augmenter pour certains groupes (55).

Les femmes et les enfants vivant dans des situations de conflit et d'urgence peuvent être confrontés à une augmentation disproportionnée du risque et de la vulnérabilité au VIH en raison de facteurs tels que l'absence de protection des droits, la pauvreté et l'insécurité alimentaire. La coexistence de l'insécurité des moyens de subsistance et de l'effondrement des structures sociales pendant les conflits ou les situations d'urgence peut conduire à des mécanismes d'adaptation liés à l'urgence, tels que le sexe transactionnel. Les personnes qui se livrent à la vente et à l'échange de services sexuels dans les contextes humanitaires sont diverses, mais l'ensemble de ce groupe est confronté à des risques sanitaires, notamment une vulnérabilité accrue au VIH et à la violence (19).

Le risque et la vulnérabilité au VIH pendant les conflits et dans les situations d'urgence sont dynamiques et extrêmement contextuels – et les ripostes qui leur sont apportées doivent en tenir compte. Les ripostes humanitaires efficaces en matière de VIH tiennent compte de la prévalence de base du VIH dans chaque contexte parmi les différentes populations et géographies, ce qui permet d'établir des priorités et de cibler les interventions (55).

Les systèmes de santé, facteurs des inégalités liées au VIH

Les systèmes de santé fonctionnent dans un environnement façonné par les facteurs sociaux et structurels des inégalités liées au VIH décrits ci-dessus. Pourtant, ils méritent également d'être étudiés plus en profondeur, étant donné leur rôle central dans toute riposte au VIH. Des lacunes dans les systèmes, y compris les services, existent dans tous les pays, mais la spécificité de ces lacunes varie. L'annexe 4 et la section « Soins de santé universels : explorer les synergies » décrivent l'importance des systèmes de santé pour réduire les inégalités liées au VIH et promouvoir la couverture sanitaire universelle, deux objectifs stratégiques étroitement liés pour la plupart des pays.

Le modèle de système de santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est composé de six éléments constitutifs interconnectés qui sont essentiels à l'efficacité du système global. Il est important d'évaluer chacun de ces éléments constitutifs du système de santé afin de comprendre pourquoi le système ne répond peut-être pas aux besoins en constante évolution des utilisateurs actuels et potentiels. Des changements organisationnels à long terme peuvent se révéler nécessaires pour soutenir une redistribution à grande échelle des ressources dans le système de santé afin de lutter contre les inégalités liées au VIH (62). La pertinence pour le VIH de chaque élément constitutif est brièvement examinée ci-dessous.

Leadership et gouvernance : Le leadership est responsable des décisions relatives à l'allocation des ressources et de la supervision de leur mise en œuvre. Cependant, le leadership peut choisir de donner la priorité à ce que l'on appelle les « gains rapides » et/ou d'éviter ce qu'ils considèrent comme des services plus sensibles, tels que les services de lutte contre le VIH conçus pour soutenir les populations clés. En outre, la prise de décision et le contrôle participatifs sont des principes essentiels, mais souvent négligés, qui sous-tendent les services de santé axés sur les personnes. Le leadership des femmes, des jeunes et des populations clés est souvent sous-priorisé. Une gouvernance efficace, qui nécessite des mécanismes garantissant la transparence et la responsabilité, est essentielle pour soutenir l'investissement et le maintien d'une riposte durable au VIH au sein du système de santé global. Pour atteindre les objectifs liés au VIH, des décisions doivent être prises au plus haut niveau (et en fait à tous les niveaux) pour accorder une attention prioritaire aux inégalités – identifier les personnes laissées pour compte, faire tous les efforts possibles pour les atteindre et leur fournir les meilleurs services possibles. Ces décisions affectent chacun des autres éléments constitutifs.

Prestation des services : Lorsque l'engagement de la communauté fait défaut, les agents de santé risquent de ne pas accorder suffisamment d'attention à la qualité des soins, notamment à la fourniture de services « conviviaux » et sensibles au genre, à la non-discrimination ou aux préférences des clients. Ces préférences peuvent inclure, par exemple, la prestation de services différenciés et/ou, à contrario, des services intégrés. Par exemple, bien que la tuberculose soit la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH, moins de la moitié des cas incidents de tuberculose estimés chez les personnes vivant avec le VIH sont diagnostiqués et traités de manière appropriée, et les régimes de traitement de l'infection tuberculeuse latente sont peu utilisés. De même, la prévalence et la mortalité liées au cancer du col de l'utérus sont disproportionnellement élevées chez les femmes vivant avec le VIH, même lorsqu'elles bénéficient d'une thérapie antirétrovirale. Les services de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose et du cancer du col de l'utérus sont souvent insuffisamment intégrés aux services de lutte contre le VIH et ne sont souvent pas disponibles à grande échelle. Parmi les autres services qui sont généralement insuffisamment intégrés aux services de lutte contre le VIH figurent la santé mentale, les IST, les services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, ainsi que les services de prévention et de traitement de l'hépatite C (1). Lorsqu'elles sont suffisamment financées, les organisations dirigées par la communauté peuvent jouer un rôle clé dans la prestation de services liés au VIH ; l'engagement de la communauté dans la prestation de services gouvernementaux est également nécessaire (63).

Le droit à la santé – qui englobe les normes de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité – fournit des orientations utiles pour garantir une prestation de services liés au VIH fondée sur les droits (voir l'encadré 6, ci-dessous).

Encadré 6 : le droit à la santé : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité

La disponibilité signifie que « les installations, biens et services de santé publique et de soins de santé, ainsi que les programmes, doivent être disponibles en quantité suffisante » (64).

L'accessibilité signifie que « les biens et services doivent être accessibles à tous sans discrimination », ce qui inclut l'accessibilité physique et géographique ainsi que l'accessibilité économique ou financière (c'est-à-dire le caractère abordable) (64).

L'acceptabilité signifie que tous « les installations, biens et services de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et culturellement appropriés, c'est-à-dire respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés, sensibles aux exigences du genre et du cycle de vie, ainsi que conçus pour respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des personnes concernées » (64).

Les exigences de qualité comprennent le fait que « les installations, les biens et les services de santé doivent non seulement être culturellement acceptables, mais aussi scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité » (64).

Appliquer une optique d'inégalités à ces normes signifie les considérer pour toutes les populations affectées dans le cadre de la prestation de services et déterminer comment chacune d'entre elles peut soutenir le plus utilement les services liés au VIH proposés.

Financement du système de santé : Dans presque tous les pays, les allocations gouvernementales aux services de santé et de lutte contre le VIH pourraient utilement être augmentées ; selon le contexte, les voies prometteuses pour réunir les fonds supplémentaires nécessaires à cette fin comprennent des mécanismes de financement commun, tels que des politiques d'imposition progressive. S'assurer que le financement lié au VIH pour la prestation de services en établissement – y compris les ressources humaines, les infrastructures de laboratoire, les systèmes d'information et les chaînes d'approvisionnement – est canalisé par le système de santé plutôt que d'être utilisé pour mettre en place des systèmes parallèles peut maximiser l'efficacité dans le pays. Un financement suffisant des services communautaires, tels que les contrats sociaux, s'est également avéré crucial.

Les dépenses personnelles représentent toujours une part importante des dépenses de santé dans de nombreux pays, avec une incidence particulière dans les pays à faible revenu ainsi que pour les personnes aux ressources financières limitées. Les dépenses directes sont considérées comme une source de financement régressive, ce qui signifie que les groupes à faible revenu contribuent de manière disproportionnée par rapport aux groupes à revenu plus élevé (65, 66). Cela crée des difficultés pour les personnes de faible statut socioéconomique et en dissuade un grand nombre à accéder aux services de santé.

Le financement du système de santé pour le VIH doit s'inscrire dans des stratégies de financement plus larges et accorder une attention explicite à la lutte contre les inégalités liées au VIH.

Personnel de santé : Le déficit en ressources humaines dans le domaine de la santé, notamment pour la fourniture de services liés au VIH et d'autres services nécessaires aux

personnes vivant avec le VIH, est bien connu. Le personnel de santé est souvent concentré dans les zones urbaines, certaines parties du pays sont donc particulièrement mal desservies. La formation des professionnels de la santé présente des lacunes, notamment en ce qui concerne la fourniture de soins non discriminatoires aux populations clés, y compris les personnes vivant avec le VIH. Le nombre limité d'agents de santé spécialisés, y compris ceux formés pour atteindre et travailler de manière non discriminatoire avec les populations clés et autres populations marginalisées, réduit également la disponibilité et la qualité des services dans de nombreux endroits. Les agents de santé communautaires, qui travaillent souvent aux côtés de groupes de soutien communautaires, constituent un maillon essentiel du personnel de santé ; à ce titre, ils doivent être reconnus et rémunérés équitablement. Alors que les femmes constituent la majorité du personnel de santé, y compris dans la prestation de services et la dotation en personnel des organisations communautaires, elles ne sont souvent pas incluses dans la prise de décision concernant la riposte au VIH. Le personnel de santé façonne l'expérience que les gens ont des services de santé, et sa quantité, sa qualité, sa répartition et son engagement sont des déterminants essentiels de la qualité durable des soins.

Produits médicaux, vaccins et technologies : Les fréquentes ruptures de stock de médicaments, d'équipements et de fournitures ont un impact négatif sur la qualité des soins et peuvent contribuer à réduire l'observance de la thérapie antirétrovirale et les autres services. Cela inclut l'abandon des soins, en particulier pour les personnes qui ont déjà des difficultés à accéder aux services. À un niveau plus macro, de nombreuses réglementations en matière de propriété intellectuelle exacerbent les inégalités d'accès aux médicaments et aux technologies de santé. Les éléments de flexibilités de l'Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) sont pertinentes pour lutter contre les inégalités entre les pays : alors que l'Accord sur les ADPIC a été conçu pour accroître l'accès aux médicaments, y compris les médicaments et les technologies liés au VIH, la réticence à utiliser ces éléments de flexibilité continue d'entraver l'accès dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire.

Systèmes d'information médicaux : Les données relatives au VIH font déjà l'objet d'une lourde charge de déclaration, mais celle-ci n'est pas toujours effectuée dans le but de comprendre les inégalités liées au VIH. Les données qui peuvent être collectées par les systèmes d'information sur la santé pour lutter contre les inégalités en matière de VIH comprennent non seulement les résultats, mais aussi des informations sur les caractéristiques individuelles et les systèmes et services de santé disponibles. De plus amples détails sur ces données et d'autres types de données permettant de comprendre les inégalités liées au VIH figurent au tableau 1 de la section « Données disponibles et lacunes » (ci-dessous). Dans de nombreux pays, la communication des données est incomplète et les données peuvent être de piètre qualité. De nombreux systèmes d'information et de gestion de la santé ne recueillent pas de données ventilées en fonction des nombreux facteurs qui sous-tendent les inégalités. Comprendre les lacunes des données et la meilleure façon de les combler est une étape clé pour une efficace. Il est toutefois tout aussi important de veiller à ce que les données soient effectivement utilisées pour éclairer la prise de décision. D'autres considérations relatives aux données sont abordées dans la section « Données disponibles et lacunes » (ci-dessous).

Facteurs aggravants et croisés

Une meilleure compréhension du pourquoi et du comment des différents types de privations peut permettre aux politiques et aux programmes de mieux répondre aux expériences vécues et de faire une plus grande différence dans la vie des gens. Cela nécessite « une reconnaissance des systèmes d'oppression et de discrimination » qui rendent certaines populations plus sensibles à

ces formes de privation et d'exclusion (2). En prenant en compte les défaillances croisées des structures, des systèmes et des services qui augmentent le risque et la vulnérabilité des individus au VIH, les programmes peuvent mieux s'attaquer aux causes profondes des inégalités liées au VIH. Plutôt que de traiter les manifestations de ces inégalités dans le cadre de réponses verticales et cloisonnées, les ripostes au VIH sont mieux conçues si l'on prête une attention explicite à chacun de ces différents niveaux et aux relations entre eux, et à ce que cela signifie pour l'expérience individuelle.

Données disponibles et lacunes

Les données ventilées sont une condition essentielle pour comprendre les inégalités liées au VIH et informer les réponses à ces inégalités. Malgré cela, l'accès à ces données présente un certain nombre de difficultés et il est reconnu qu'il est urgent d'améliorer la ventilation par genre, âge et autres stratificateurs. Cela a été reconnu dans une certaine mesure dans l'ODD 17.

ODD 17.18 : Renforcer l'appui au renforcement des capacités des pays en développement, notamment des pays les moins avancés et des petits États insulaires en développement, afin d'accroître sensiblement la disponibilité de données de qualité, actuelles et fiables, ventilées par revenu, sexe, âge, race, origine ethnique, statut migratoire, handicap, situation géographique et autres caractéristiques pertinentes dans les contextes nationaux.

Les données sur les inégalités liées au VIH ainsi que leurs facteurs sous-jacents existent dans une multitude de sources qui n'ont pas toujours été analysées ensemble. Il existe une pléthore d'outils de collecte de données sur le VIH, mais ils ne rendent pas toujours compte des inégalités de manière explicite. De même, il existe d'excellents outils pour mesurer les inégalités (par exemple, le cadre multidimensionnel des inégalités), mais ils ne sont pas axés sur le VIH (67). Lorsque de tels outils sont utilisés, ils peuvent fournir des données utiles pour informer et compléter la mise en œuvre du guide pratique sur les inégalités liées au VIH.

D'importantes lacunes en matière de données persistent néanmoins à travers le monde, et il convient de les identifier afin de rechercher des informations supplémentaires pour éclairer les interventions appropriées liées au VIH à court terme et d'améliorer les processus de collecte de données pour minimiser les lacunes à plus long terme. Le recours à des sources de données dites non traditionnelles – telles que les rapports d'expériences vécues et les réalisations programmatiques – sera particulièrement bénéfique. Dans certains endroits, les lacunes en matière de données peuvent refléter un manque de volonté politique, fondé sur des croyances socioculturelles ou religieuses, de reconnaître l'existence de certains comportements. L'absence de données ne constitue pas une preuve de l'absence d'une population ou d'un comportement particulier, et ne doit pas être utilisée pour justifier l'inaction dans des domaines spécifiques de la riposte au VIH ; les lacunes en matière de données peuvent en fait mettre en évidence des populations qui ont été intentionnellement exclues de la réponse à ce jour. Ce cadre offre une vue d'ensemble des besoins en matière de données, quelques exemples de sources de données utiles pour comprendre les inégalités liées au VIH, et quelques suggestions pour identifier et combler les lacunes en matière de données.

Besoins en données

Pour chaque population identifiée comme subissant des inégalités liées au VIH dans un contexte particulier, il est important d'évaluer les données disponibles et celles qui manquent. Cela

permettra de comprendre le niveau et la nature des inégalités que les personnes de la population identifiée peuvent subir.

Le tableau 1 met en évidence certains des différents types de données généralement disponibles qui peuvent être utiles pour comprendre les inégalités liées au VIH et leurs facteurs sous-jacents. Elle pourrait également permettre d'identifier les types de données qui ne sont pas disponibles, créant ainsi des angles morts potentiels. La première colonne comprend certaines données courantes sur les résultats du VIH disponibles dans la plupart des pays. La colonne deux comprend certaines caractéristiques et actions individuelles étudiées ci-dessus qui affectent les inégalités liées au VIH ; il est utile d'examiner dans quelle mesure les données de la première colonne peuvent être ventilées par les caractéristiques de la colonne deux (y compris la ventilation par plus d'une caractéristique en même temps). Les colonnes trois et quatre sont des types de données pertinentes pour les facteurs d'inégalités fondés sur les facteurs sociaux, structurels, du système de santé et des services explorés ci-dessus. L'utilisation de données pour comprendre les facteurs des inégalités identifiées peut aider à orienter les interventions et les actions de sensibilisation pour y remédier.

Tableau 1. Données utiles pour comprendre les inégalités liées au VIH

Données sur les résultats du VIH (comprend 95-95-95)	Caractéristiques et actions individuelles	Facteurs sociaux et structurels (comprend 10-10-10)	Systèmes et services de santé
Incidence Modes de transmission Prévalence Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut Pourcentage de personnes sous traitement Suppression de la charge virale Mortalité Estimations de la taille des populations (par exemple, populations clés, migrants ou prisonniers)	Sexe Orientation sexuelle Identité de genre Âge Richesse Éducation Géographie Capacité Caste Classe Race/ethnicité Statut/antécédents d'incarcération Religion Populations clés Connaissances sur le VIH Comportements liés au VIH	Lois de protection Lois pénales et autres lois punitives Politiques Stigmatisation et discrimination Sécurité alimentaire Normes de genre Droits humains Violence Migration Conflit/urgence Engagement communautaire	Discrimination dans les services Coûts des services/caractère abordable Couverture et distribution des services Répartition du personnel de santé Qualité des services Ruptures de stock

L'analyse des ensembles de données de ces colonnes en combinaison les uns avec les autres pourrait fournir des informations utiles. Par exemple, si les résultats liés au VIH semblent particulièrement mauvais dans une région donnée d'un pays, il serait important d'examiner la répartition des prestataires de services VIH dans la région. Pour mieux comprendre les facteurs des inégalités dans cette région donnée, il sera également utile de prendre en compte des

facteurs supplémentaires relatifs à : (a) le système de santé ; (b) l'environnement juridique et politique ; (c) les droits de l'homme et l'égalité des sexes ; (d) l'éducation ; (e) le statut socioéconomique ; et (f) la stigmatisation et la discrimination. Cela permettrait de commencer à dresser un tableau plus complet des inégalités liées au VIH et de ce qui est nécessaire pour y remédier.

Malgré l'importance de ces types de données, il est toujours important de tenir compte des droits de l'homme et des considérations éthiques pertinentes lors de la collecte, de l'accès ou de l'utilisation des données. Ceux-ci figurent dans l'encadré 7.

Encadré 7. Droits de l'homme et considérations éthiques relatives aux données

S'il est important d'investir dans la disponibilité de données ventilées et de l'étendre, la sécurité des personnes doit rester primordiale. Cela signifie que les risques potentiels pour les individus et les groupes doivent toujours être considérés comme prioritaires lors de la collecte, de l'analyse, de l'examen et de la diffusion des données. Cela permet de s'assurer que personne n'est exposé, catégorisé et/ou mis en danger de manière inappropriée.

Un ensemble de principes : *Une approche des données fondée sur les droits de l'homme – ne laisser personne de côté*, publiée en 2018 par le Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), donne des orientations normatives et pratiques pour la collecte, la ventilation et l'analyse des données, notamment pour la participation, l'auto-identification, la transparence, la confidentialité et la responsabilité (2, 83).

Les données sur ces résultats, inégalités et facteurs sont susceptibles d'être dispersées, même dans un cadre très local. Une série de sources potentielles est explorée ci-dessous, mais celles-ci doivent être complétées à chaque fois par des sources spécifiques au contexte, telles que des bases de données nationales, des évaluations de la société civile et d'autres études de recherche.

Sources de données

Pour comprendre les inégalités liées au VIH, il faut analyser systématiquement les données disponibles – quantitatives (ventilées, selon les besoins et les disponibilités), qualitatives, juridiques et politiques. Il est important de commencer par identifier l'éventail des ensembles de données disponibles dans un contexte donné. Une conversation avec les parties prenantes concernées peut aider à identifier les différentes sources de données qui pourraient être analysées conjointement, y compris les sources de données relatives aux inégalités qui n'ont peut-être pas été traditionnellement prises en compte dans la riposte au VIH. Il est important d'inclure des données provenant d'institutions nationales de défense des droits de l'homme, d'organisations travaillant avec des communautés marginalisées, ainsi que des données provenant de défenseurs et de communautés locales, qui peuvent toutes contribuer à mettre en lumière des inégalités qui restent invisibles dans les sources officielles. Les données étant de plus en plus géoréférencées, une ventilation spatiale dans la mesure où elle est disponible peut également être utile (2).

Encadré 8. Utilisation des données de la feuille de calcul Configurations des pays de l'ONUSIDA

La feuille de calcul Configurations des pays de l'ONUSIDA est un document interne qui permet de trouver une vue d'ensemble des données déjà collectées dans le cadre d'une épidémie et d'une riposte nationale particulière au VIH, y compris certains facteurs sociaux et structurels potentiels des inégalités. Lorsque des données font défaut, il peut être utile d'interroger ces lacunes pour déterminer dans quelle mesure cela provoque des angles morts dans la riposte ou empêche certains individus ou groupes de bénéficier de la riposte.

La feuille de calcul comprend une liste des sources de données sur lesquelles reposent les données de synthèse. Par exemple, sous la rubrique « Facteurs sociétaux », un score est attribué aux « politiques de criminalisation », qui sont mesurées sur une échelle de 1 à 5, un score plus élevé indiquant une situation plus grave. Ce score est basé sur les données de l'instrument National Commitments and Policies Instrument (NCPI), donc se tourner vers les données originales aidera à identifier quels types de politiques de criminalisation existent ; ceci, à son tour, peut aider à clarifier qui est le plus affecté par ces politiques.

Il sera également important de savoir dans quelle mesure des données ventilées au niveau sous-national sont disponibles. Par exemple, la feuille de calcul comprend des données de niveau national sur la prévalence du VIH parmi différents groupes identifiés, mais une analyse plus approfondie peut montrer les différences et les variations par zone géographique au sein du pays. Il est essentiel de prêter attention aux différences géographiques pour tous les aspects d'une réponse efficace, par exemple en aidant le secteur de la santé à déterminer les différences pertinentes en matière de densité des agents de santé.

Les données relatives aux engagements d'un pays en matière de droits de l'homme – ainsi que les observations finales et recommandations pertinentes des organes de surveillance des traités relatifs aux droits de l'homme et d'autres procédures spéciales et mécanismes d'établissement de rapports – peuvent contribuer à mettre en lumière certains facteurs structurels, notamment les violations des droits de l'homme, qui influencent l'épidémie nationale de VIH.

Lors de l'examen et de l'analyse des sources de données, il sera particulièrement crucial de centrer les perspectives et les expériences des populations clés et vulnérables. D'autres sources de données spécifiques au contexte doivent également être utilisées, notamment des études de recherche, des données officielles et des données qualitatives et anecdotiques ; cela permettra de mieux comprendre les expériences des populations et les forces et faiblesses des réponses programmatiques aux inégalités liées au VIH. Le suivi et la recherche menés par la communauté sont des sources essentielles de données spécifiques au contexte.

L'annexe 2 fournit un tableau des sources de données qu'il pourrait être utile d'examiner afin de comprendre les inégalités liées au VIH dans le contexte national, y compris un grand nombre des sources de données utilisées pour créer la feuille de calcul de la configuration des pays de l'ONUSIDA.

Lacunes communes en matière de données

Après avoir examiné toutes les données disponibles, il est essentiel d'identifier et de classer par ordre de priorité les lacunes dans les données qui limitent la compréhension des inégalités liées au VIH et de leurs facteurs sous-jacents. Une question clé se pose : où les informations manquent-elles pour comprendre les inégalités liées au VIH parmi les différentes populations (et les groupes au sein de chaque population) et les facteurs sous-jacents de ces inégalités ? Les données ne permettront d'identifier les prochaines étapes de la lutte contre les inégalités que dans la mesure où elles sont inclusives et ventilées (2).

Tous les pays sont confrontés à des lacunes en matière de données lorsqu'il s'agit de comprendre les inégalités liées au VIH, et les lacunes en matière de données spécifiques au contexte doivent être prises en compte à chaque fois. Si ces lacunes varient d'un pays à l'autre, on sait déjà qu'il y a une pénurie de données dans la plupart des endroits. Par exemple, de nombreux établissements manquent de données sur les prisonniers, les migrants et autres populations mobiles, les personnes handicapées, les personnes non logées, les toxicomanes et les transsexuels. Lorsque l'on considère les inégalités intersectionnelles, il est important de se rappeler que les lacunes dans les données concernant les jeunes femmes des populations clés, les hommes transgenres et les travailleurs du sexe masculins sont particulièrement courantes.

Des estimations précises de la taille de la population sont un outil important pour aider à guider des décisions de programmation efficaces. Même lorsqu'il existe des estimations de la taille des populations, ou lorsque les comportements sont criminalisés ou fortement stigmatisés, il convient de rappeler qu'il s'agit probablement de sous-estimations (68).

Un autre facteur important pour évaluer l'utilité des données existantes est de comprendre quand les dernières données ont été collectées et à quelle fréquence ces types de données sont collectées. Par exemple, lorsque des données sont utilisées à partir d'enquêtes qui ne sont menées que tous les cinq ans, il est impossible de les utiliser pour suivre les changements sur une base annuelle. Il sera important de déterminer la fréquence la plus utile pour la collecte des différents types de données afin d'aider à orienter les efforts visant à lutter plus systématiquement contre les inégalités liées au VIH.

Comblent les lacunes des données

Les populations qui manquent dans les données ou dont l'histoire n'est pas expliquée par les données doivent être reconnues et des efforts supplémentaires doivent être mis en place pour déterminer les inégalités pertinentes liées au VIH à traiter. Il sera alors important de déterminer quelles interventions pourraient aider à atteindre ces populations et comment renforcer les systèmes de données afin de mieux saisir les informations nécessaires pour façonner de manière appropriée les ripostes locales au VIH.

Comme indiqué ci-dessus, il est important d'engager les communautés affectées et les organisations dirigées par la communauté à fournir des données programmatiques et primaires supplémentaires (par exemple par le biais d'entretiens avec des informateurs clés ou de discussions de groupe) qui peuvent compléter les données disponibles. Dans la mesure du possible, des investissements supplémentaires dans des données quantitatives plus nombreuses et de meilleure qualité, parallèlement à la collecte de données qualitatives, pourraient faciliter la compréhension et la lutte contre les inégalités liées au VIH.

La ventilation des données selon plus d'une dimension simultanément peut constituer un défi. Dans certains cas, comme la ventilation par genre et par lieu, c'est tout à fait possible. Dans

d'autres cas, cependant, il peut être tout simplement impossible de procéder à une ventilation suffisante, par exemple pour comprendre l'incidence du VIH chez les adolescentes des minorités ethniques qui vivent dans des environnements urbains informels. Parfois, la taille des échantillons est trop petite pour permettre une telle ventilation ; parfois, les données sur tous ces facteurs potentiels d'inégalité ne sont pas collectées. Il y a toujours des compromis à faire entre la taille de l'échantillon, la périodicité de la collecte des données et le détail des données recueillies. Il peut être utile de reconsidérer ces questions et ce qui est prioritaire du point de vue des inégalités, car les compromis peuvent changer pour permettre une ventilation supplémentaire.

Travailler avec des données limitées est un défi, mais ce n'est pas impossible. Les expériences des communautés et des personnes chargées de la mise en œuvre, y compris les preuves anecdotiques, peuvent contribuer à orienter les interventions en l'absence d'une base de preuves plus formelle. Les données quantitatives, qualitatives et politiques sont toutes importantes et, dans de nombreux cas, lorsque l'un de ces types de données fait défaut, les deux autres peuvent néanmoins contribuer à clarifier la situation si elles sont analysées conjointement. Une fois que toutes les données pertinentes auront été rassemblées, il sera utile qu'un groupe multipartite y réfléchisse conjointement et apporte ses expériences respectives afin d'évaluer la qualité des données, les lacunes et les priorités pour l'avenir. En fin de compte, une collecte de données supplémentaires peut s'avérer nécessaire, mais il est important de tirer le meilleur parti des différents types de données disponibles pour s'assurer que les populations ne sont pas laissées pour compte simplement par défaut de données adéquates.

De l'analyse à la planification

L'analyse ci-dessus des données relatives aux inégalités liées au VIH est conçue pour éclairer l'action. Il est essentiel d'investir dans des interventions structurelles, fondées sur les droits et transformatrices de genre pour lutter contre la discrimination institutionnalisée à tous les niveaux et dans tous les espaces, et pour faire évoluer les normes sociales néfastes vers des normes et pratiques équitables. Une fois que l'on saura quelles sont les données disponibles sur les facteurs à l'origine de ces inégalités et qui entravent la riposte au VIH, les besoins pourront être mis en correspondance avec les actions prioritaires de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et de l'UBRAF 2022-2026. Par exemple, si un examen des données politiques et des données sur les résultats en matière de VIH indique qu'il existe des lois criminalisant les relations sexuelles entre hommes du même sexe, on peut considérer que ces lois sont un facteur des nouvelles infections dans cette population. La programmation pourrait alors être priorisée pour traiter les impacts de la loi, ainsi que le plaidoyer juridique pour travailler à un changement de la loi qui soit conforme aux obligations internationales du pays en matière de droits de l'homme. Si le budget alloué aux services dirigés par la communauté est très faible, un plaidoyer peut être nécessaire pour augmenter le budget. Enfin, un coparrainant principal peut être identifié pour chaque action prioritaire en fonction de son mandat, de ses capacités et de son portefeuille existant. Il peut concevoir des activités spécifiques qui servent le double objectif de contribuer au mandat de son organisation individuelle et à l'objectif de l'ONUSIDA de réduire les inégalités liées au VIH. L'approche pour y parvenir est étudiée dans la section suivante.

Comment appliquer le prisme des inégalités : application pratique de la théorie

Cette section fait le lien entre le contenu du cadre ci-dessus et le guide pratique en présentant aux lecteurs l'application pratique de l'optique des inégalités dans les ripostes au VIH. Cette intégration vise à aider les programmes de lutte contre le VIH à mieux tirer parti des avancées scientifiques en tenant compte des besoins et des réalités complexes des personnes qui subissent des inégalités multiples et souvent croisées, afin de « connaître son épidémie, connaître sa réponse ».

Combattre les inégalités liées au VIH par la programmation et le plaidoyer

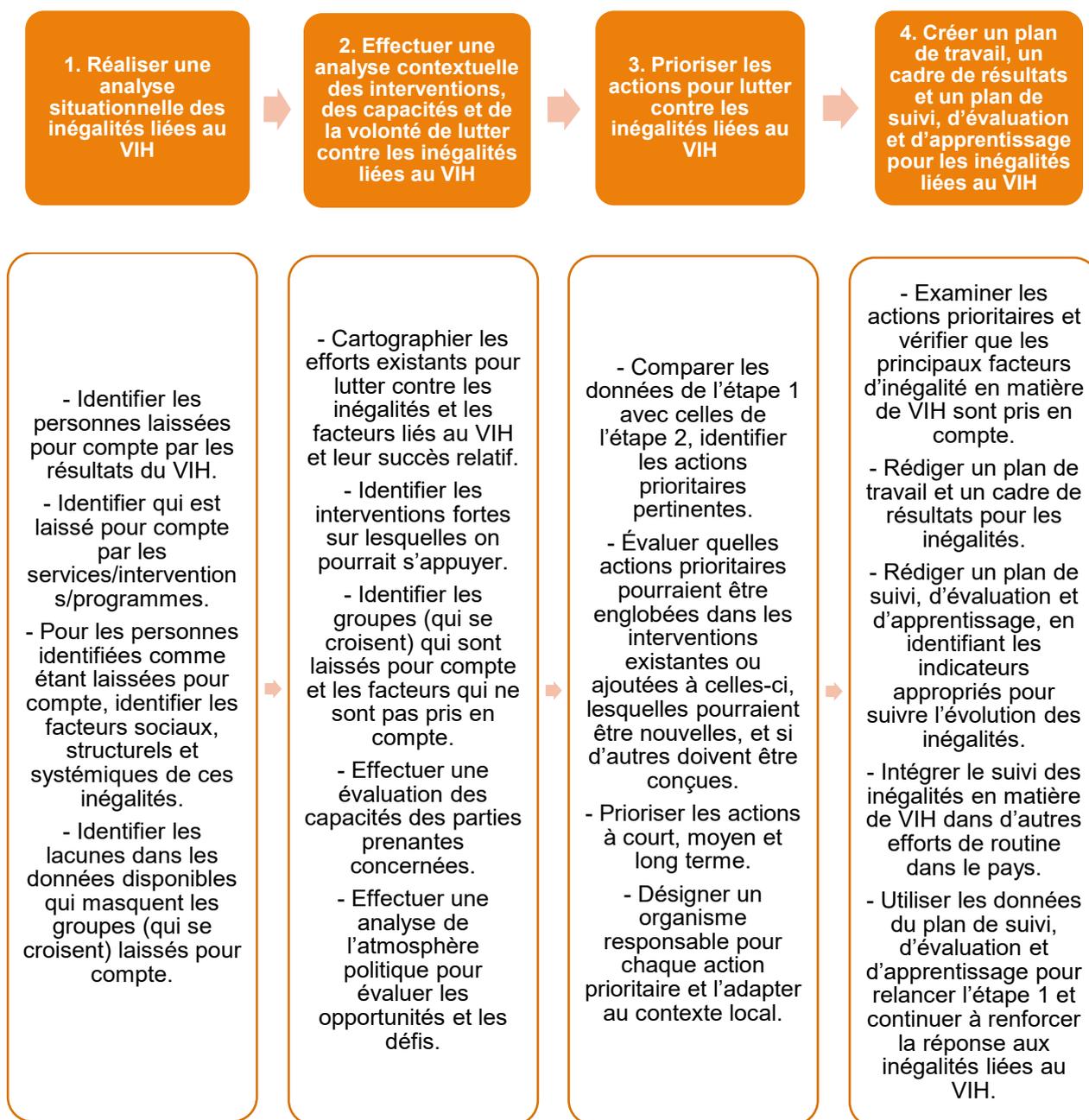
La Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et l'UBRAF 2022-2026 soulignent l'importance de la compréhension et de la lutte contre les inégalités en tant que composante essentielle du mandat de l'ONUSIDA. Ce cadre et le guide pratique qui l'accompagne sont conçus pour s'appuyer sur les efforts actuels du Programme commun et les renforcer afin de remplir ce mandat et de consolider les efforts des pays et des communautés pour atteindre toutes les populations, en accordant une attention particulière à la lutte contre les inégalités qui font que certaines populations sont laissées pour compte.

Cette section présente un processus par étapes pour l'application du prisme des inégalités aux actions prioritaires de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et aux activités de l'UBRAF 2022-2026, en veillant à ce que cette perspective devienne centrale dans les plans de travail, les objectifs, les indicateurs et l'allocation des ressources de l'ONUSIDA. Ce processus a été conçu pour se superposer à d'autres processus de planification en cours, en mettant l'accent sur les inégalités.

La figure 2 présente un processus étape par étape pour identifier, prioriser et traiter les inégalités liées au VIH. Ces étapes ont pour but d'aider le Programme commun à identifier et à traiter les inégalités qui l'empêchent d'atteindre les personnes les plus en retard et d'atteindre ses objectifs dans l'ensemble des priorités stratégiques et des domaines de résultats de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. Ils sont destinés à aider les réponses nationales à se concentrer sur la réduction des inégalités, et pas seulement sur l'amélioration des indicateurs globaux du VIH. Ces étapes sont développées et mises en pratique dans le guide pratique joint.

Il n'existe pas de solution miracle pour lutter contre les inégalités liées au VIH. Il s'agit d'un objectif ambitieux, à long terme et crucial ; sa réalisation progressive sera nécessaire pour remédier aux inégalités constatées et garantir la pleine réalisation des droits de l'homme pour tous. Le cadre et le guide pratique sur les inégalités en matière de VIH sont fondés sur les normes et standards des droits de l'homme. Ils sont conçus pour aider à créer des voies vers l'élimination des inégalités liées au VIH, tout en reconnaissant que ces voies seront nécessairement longues et non rectilignes. Chaque pas en avant le long du chemin est un progrès ; s'il peut être mesuré et les cours corrigés au fur et à mesure que des leçons sont tirées, l'objectif ultime de s'attaquer aux inégalités liées au VIH et de mettre fin au sida peut être atteint.

Figure 2. Mesures à prendre pour identifier et combattre les inégalités liées au VIH



Mesures à prendre pour identifier et combattre les inégalités liées au VIH

Préparation

On suppose que ce processus en quatre étapes sur les inégalités en matière de VIH ne sera pas autonome, mais qu'il sera intégré aux processus de planification stratégique existants, tels que la mise à jour d'un plan stratégique national sur le VIH, un cycle de planification du Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable, la mise en œuvre du guide pratique « Ne laisser personne pour compte », une proposition du Fonds mondial ou un

processus d'élaboration du plan opérationnel national du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR). Il sera important d'identifier les processus à venir auxquels cette évaluation des inégalités pourrait être utilement rattachée. Le cadre et le guide pratique sont conçus pour garantir une attention systématique aux inégalités liées au VIH tout au long de ces processus, qu'il s'agisse de veiller à ce que les personnes qui comprennent les inégalités fassent partie du groupe de planification ou d'inclure une attention appropriée à la ventilation des données dans les efforts de suivi et d'évaluation proposés. L'intégration de cette analyse des inégalités dans d'autres processus en cours minimisera les besoins en ressources supplémentaires et contribuera à garantir que cette optique est appliquée à la réponse nationale dans son ensemble – et qu'elle ne constitue pas un exercice séparé et déconnecté.

Dans le cadre de tout processus plus large, il est important d'identifier, d'évaluer et de recueillir la volonté politique et le soutien des communautés affectées, de la société civile, du gouvernement et d'autres acteurs pour s'attaquer aux inégalités visibles et invisibles liées au VIH. Il est important de considérer qui – au-delà de l'équipe « habituelle » réunie pour le processus – devrait être inclus pour aider à assurer une attention appropriée à la gamme des inégalités liées au VIH identifiées qui sont pertinentes pour cette évaluation. Toute équipe doit être multisectorielle et englober non seulement la santé, mais aussi d'autres secteurs pertinents, notamment l'éducation, la protection sociale, la justice, la jeunesse, le genre, etc. Le leadership de la communauté et de la société civile devrait jouer un rôle clé, à la fois pour faire avancer ce travail et dans les efforts de suivi et de responsabilité qui l'entourent.

Avant de se lancer dans le processus en quatre étapes des inégalités liées au VIH, un travail préparatoire utile peut être effectué. Ce travail initial pourrait inclure :

- Rassembler les informations actuellement utilisées dans la riposte actuelle au VIH.
- Identifier les principales parties prenantes qui s'attaquent au VIH, aux inégalités ou aux deux.
- Rassembler des données facilement accessibles qui peuvent aider à illustrer pourquoi la lutte contre les inégalités liées au VIH sera essentielle à la réponse nationale.
- Identifier les principales parties prenantes qui s'attaquent au VIH, aux inégalités ou aux deux.
- Élaboration d'une stratégie entre les Coparrainants et les autres partenaires sur la manière de mettre en place le processus d'évaluation.

Ce travail préparatoire peut aboutir à une note conceptuelle qui souligne la pertinence de l'évaluation des inégalités liées au VIH et la raison pour laquelle ces questions doivent être traitées. Une fois que le Programme commun a accompli ce travail initial, le vrai travail peut commencer : il s'agit notamment d'engager d'autres parties prenantes et de travailler à la création d'un plan de travail, d'un cadre de résultats et d'un cadre de suivi et d'évaluation étayés par des données probantes pour lutter contre les inégalités liées au VIH, qui peuvent tous être intégrés dans les plans et les flux de travail nationaux.

Étape 1 : Réaliser une analyse situationnelle des inégalités liées au VIH

Une fois que les décideurs et les parties prenantes clés ont été identifiés et se sont engagés à participer à toutes les étapes de ce processus, la série d'actions suivante a pour but d'aider à approfondir la compréhension des inégalités liées au VIH propres au contexte, en vue de déterminer et de hiérarchiser les mesures à prendre. Il s'agit tout d'abord de déterminer qui n'est pas atteint par la riposte actuelle au VIH, et notamment de comprendre les différences en matière de risques et de résultats liés au VIH entre les populations, ainsi qu'en ce qui concerne l'utilisation des services, programmes et interventions. Quelles sont les plus grandes inégalités

en matière de risque de VIH et de résultats ? Celles-ci varieront selon les pays, et les données existantes et l'expertise du pays seront essentielles pour identifier les populations (et les groupes au sein de ces populations) qui sont actuellement laissées pour compte dans chaque contexte. Les données ventilées sont essentielles à ce processus et doivent être utilisées lorsqu'elles sont disponibles.

Ce processus devrait également inclure une évaluation de la disponibilité et de la qualité des données, ainsi que des lacunes qui pourraient devoir être explorées plus avant. Ce travail peut s'appuyer sur d'autres évaluations pertinentes, telles que Know Your Epidemic (Épidémiologie) ou le Multidimensional Inequality Framework (Cadre d'inégalité multidimensionnelle), afin de garantir que les efforts visant à comprendre les inégalités les plus pertinentes pour le VIH soient centraux (67). La compréhension de ces grandes inégalités attire l'attention sur les domaines dans lesquels des mesures immédiates doivent être prises, ce qui commence par une enquête sur les raisons de ces inégalités.

L'analyse suivante consiste à examiner les facteurs qui peuvent contribuer à ces inégalités en matière de risque de VIH et de résultats. Cela peut se faire par le biais d'une analyse de causalité ou d'un arbre à problèmes qui commence par l'identification d'un problème central (comme l'observance disproportionnée du traitement contre le VIH chez les femmes qui consomment des drogues) et se demande pourquoi cela se produit. Une fois que les causes immédiates ont été identifiées, l'étape suivante consiste à demander pourquoi ces causes se produisent ; cette opération est ensuite répétée, en creusant chaque fois davantage vers les causes sous-jacentes (ou « racines ») qui contribuent au problème central. Les causes les plus immédiates sont probablement ressenties au niveau individuel (par exemple, les connaissances et les comportements liés au VIH), qui sont toutes influencées par des causes plus profondes liées aux services (par exemple, la qualité des soins, les préjugés sexistes et les obstacles aux services), aux systèmes (par exemple, la répartition des agents de santé et l'accès des femmes et des filles des populations clés à la prise de décision dans la riposte au VIH), aux sociétés (par exemple, la discrimination sociétale généralisée contre les personnes qui consomment des drogues) et aux facteurs structurels (par exemple, les lois et les politiques qui criminalisent la consommation de drogues et/ou la transmission du VIH), discrimination sociétale généralisée à l'encontre des personnes qui consomment des drogues) et les facteurs structurels (par exemple, lois et politiques criminalisant la consommation de drogues et/ou la transmission du VIH). À chaque étape de l'analyse, il peut être utile de prendre du recul et de vérifier que toutes les parties prenantes concernées sont impliquées, car cette analyse peut conduire à des domaines inattendus où une expertise supplémentaire est nécessaire.

Il peut également s'avérer utile de créer plusieurs arbres à problèmes pour explorer les facteurs des différentes inégalités liées au VIH. L'examen de l'arbres à problèmes peut aider à identifier les facteurs qui sont à l'origine de plusieurs inégalités simultanément et qui, s'ils étaient traités, pourraient avoir des effets bénéfiques sur plus d'une population.

Étape 2 : Effectuer une analyse contextuelle des interventions, des capacités et de la volonté de lutter contre les inégalités liées au VIH

Après l'étape 1, une analyse contextuelle des interventions actuelles, de la capacité et de la volonté de lutter contre les inégalités liées au VIH est nécessaire pour évaluer la possibilité de s'attaquer aux inégalités identifiées dans un contexte donné. Il s'agit notamment de répertorier les efforts actuels – formels et informels, avec une attention particulière aux niveaux communautaire et local – et les sources de financement disponibles dans tous les secteurs pour lutter contre les inégalités et les facteurs, puis d'identifier, grâce à cette étape, les groupes qui

sont laissés pour compte et les facteurs qui ne sont pas pris en compte. Il peut être utile de cartographier non seulement les interventions axées sur le VIH, mais aussi les interventions dans d'autres domaines qui touchent au travail des Coparrainants et d'autres partenaires qui pourraient fournir des points d'entrée supplémentaires pour l'action et les ressources financières pour lutter contre les inégalités.

La cartographie devrait également inclure l'identification des forces et des faiblesses en matière de capacités au sein du gouvernement, de la société civile, des communautés affectées et des Coparrainants, ainsi que des domaines où une assistance technique supplémentaire pourrait être nécessaire. Pour cela, il sera essentiel d'identifier ce que le Programme commun peut soutenir le plus utilement à travers les piliers du leadership, du plaidoyer, des partenariats, de l'information stratégique, de la coordination et de la gouvernance où il travaille normalement, en tenant compte de l'appel à l'action du système des Nations Unies sur la lutte contre les inégalités et des mandats respectifs, des forces et de la présence nationale des Coparrainants. Là où une cartographie récente des programmes a été réalisée, cela peut constituer un bon point de départ, mais des efforts supplémentaires seront probablement nécessaires pour garantir une concentration appropriée sur les interventions visant à lutter contre les inégalités dans le contexte du VIH et pour englober les efforts des Coparrainants. L'outil d'évaluation du VIH et de la protection sociale du Programme commun pourrait également être utile pour soutenir le travail dans ce domaine (69).

Les efforts communautaires doivent être au cœur de ce processus, y compris le travail des organisations communautaires, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les services communautaires et l'engagement direct dans les efforts du Programme commun ou d'autres aspects du leadership de la riposte au VIH. Les efforts actuels et potentiels des jeunes doivent également être prioritaires. La faisabilité devrait inclure une analyse de l'atmosphère politique – y compris les cycles électoraux qui pourraient affecter la volonté du gouvernement de s'engager dans des questions qui pourraient être considérées comme controversées – les possibilités de synergies avec d'autres initiatives gouvernementales et l'espace de la société civile. Les autres facteurs importants à analyser sont les suivants : (a) les relations entre le Programme commun et le gouvernement, les dirigeants religieux, confessionnels et communautaires ; (b) l'opinion publique ; (c) le rôle des médias ; et (d) le rôle des médias sociaux. Il est également essentiel que tous les partenaires concernés soient disposés à collaborer au fil du temps pour mettre en œuvre les changements susceptibles de contribuer à la réduction des inégalités identifiées et de leurs facteurs sous-jacents.

Étape 3 : Prioriser les actions pour lutter contre les inégalités liées au VIH

C'est à ce stade que toutes les analyses précédentes se rejoignent pour éclairer l'action. Une fois la cartographie des capacités réalisée, l'étape suivante consiste à appliquer les informations contextuelles recueillies au cours des étapes précédentes aux « actions prioritaires » dans le cadre des domaines de résultats de la Stratégie mondiale contre le sida 2021-2026. En gardant à l'esprit les inégalités et les facteurs du VIH identifiés – et la possibilité de s'attaquer à ces facteurs – l'étape suivante consiste à identifier les actions prioritaires des domaines de résultats de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 les plus pertinentes susceptibles d'être adaptées de manière appropriée au contexte local. Il convient ensuite de les classer par ordre de priorité et de déterminer la faisabilité de la mise en place d'interventions spécifiques. Dans tous les cas, il convient de prévoir des actions immédiates pour remédier aux inégalités les plus importantes, même si des plans à plus long terme peuvent également être nécessaires pour s'attaquer à d'autres facteurs structurels. Même les facteurs structurels peuvent être décomposés en étapes plus petites et plus immédiates : par exemple, au lieu d'essayer de s'attaquer aux

« normes de genre inégales », les interventions pourraient se concentrer spécifiquement sur un seul aspect de cette question, par exemple en veillant à ce que les jeunes femmes aient accès aux informations et aux services pertinents, ou en s'attaquant aux normes néfastes de la masculinité.

L'examen de ce qui a été appris lors des étapes 1 et 2 peut contribuer à guider la sélection des facteurs à prioriser, qui peuvent ensuite informer les actions. Les informations clés à prendre en compte à partir des étapes 1 et 2 sont les suivantes :

1. Quels groupes (et groupes en leur sein) sont laissés pour compte dans la riposte au VIH ?
2. Quels sont les principaux facteurs d'inégalité qui affectent ces groupes individuellement et collectivement ? Sont-ils les mêmes ?
3. Quels seraient les répercussions sur l'évolution de l'épidémie de VIH si ces facteurs sociaux, structurels, systémiques et de services pouvaient être abordés ?
4. Quelle base de travail financée existe pour répondre à ces facteurs identifiés ?
 - Comment ce travail de base pourrait-il être développé et renforcé pour mieux traiter les facteurs pertinents ?
 - Quelles interventions ne sont peut-être plus nécessaires ?
 - Dans les cas où il n'existe pas de base de travail financée, quels nouveaux efforts pourraient être nécessaires pour combler les lacunes et les angles morts actuels ?
5. Où se trouve la capacité du pays à traiter ces facteurs nouvellement identifiés ?
 - Un soutien est-il nécessaire pour aborder ces facteurs, ou pour renforcer les capacités à les traiter ?
6. Quels types de soutien politique existe-t-il pour traiter ces facteurs identifiés ? Où sera-t-il le plus nécessaire ?

Les questions à considérer qui permettront d'établir les priorités sont les suivantes :

1. Parmi les interventions identifiées comme prioritaires, lesquelles pourraient être englobées par des interventions existantes (ou ajoutées à celles-ci) et lesquelles pourraient être totalement inédites ?
2. Dans le cadre de ces actions prioritaires, quelles sont les interventions qui pourraient – ou ont déjà prouvé qu'elles pouvaient – conduire aux réductions les plus importantes des inégalités liées au VIH ?
3. Quelles sont les nouvelles interventions identifiées dans le cadre de cet exercice qui semblent les plus à même, à l'heure actuelle, d'avoir une incidence sur les inégalités liées au VIH une fois mises en œuvre ?
4. Comment les interventions pourraient-elles être regroupées pour créer des bénéfices synergiques sur les différentes formes d'inégalités ?
5. Existe-t-il des inégalités et des facteurs importants pour l'épidémie locale de VIH qui ne sont pas suffisamment pris en compte par l'une des actions prioritaires identifiées ?
6. Est-il nécessaire de sélectionner des actions prioritaires supplémentaires ou de concevoir de nouvelles interventions qui ne figurent pas dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 afin de s'assurer de la prise en compte des principaux facteurs ?
7. Comment les interventions prioritaires visent-elles à mieux réaliser les droits de l'homme, à transformer les normes sexospécifiques néfastes et à promouvoir l'engagement et le leadership des communautés ?
8. En considérant les actions prioritaires les plus pertinentes à la lumière de toutes les inégalités et de tous les facteurs identifiés – et en se basant sur la faisabilité, y compris le potentiel de changement – quelles activités devraient être prioritaires à court, moyen et long terme ?

La ou les agences responsables appropriées peuvent alors être identifiées pour chaque activité, en tenant compte de la division du travail du Programme commun et comme indiqué dans l'UBRAF 2022-2026. Cela peut varier selon les pays. Les organismes chefs de file identifiés pour chaque activité peuvent diriger le processus de hiérarchisation des actions et des activités conformément à la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et à l'UBRAF 2022-2026, et élaborer des activités correspondantes, adaptées au contexte local, et des indicateurs ventilés de manière appropriée. Des indicateurs supplémentaires seront nécessaires pour saisir les répercussions connexes. Tous ces indicateurs permettront de mesurer l'efficacité de ces interventions en matière de réduction des inégalités liées au VIH et d'alimenter les rapports sur les indicateurs de l'UBRAF 2022-2026, tant pour les domaines de résultats que pour les fonctions du Secrétariat.

Étape 4 : Créer un plan de travail, un cadre de résultats et un plan de suivi, d'évaluation et d'apprentissage pour les inégalités liées au VIH

Une fois que les actions suggérées pour le Secrétariat et les Coparrainants de l'ONUSIDA sont identifiées et classées par ordre de priorité, chaque action identifiée peut alors être examinée et abordée à l'aide des résultats de l'application de l'optique des inégalités (voir les étapes précédentes). Les partenaires les mieux placés pour lutter contre les inégalités identifiées doivent également être engagés, en veillant à la participation et au leadership des organisations communautaires dans les processus décrits ci-dessous.

Dans la mesure du possible, le plan de travail, le cadre de résultats et le plan de suivi, d'évaluation et de responsabilisation résultant de cette évaluation doivent être intégrés dans les processus et plans existants – tels que les plans nationaux de lutte contre le VIH, la planification du Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable, les demandes de financement nationales, etc. afin d'intégrer l'accent sur les inégalités dans tous les objectifs, activités, indicateurs et efforts de suivi nouveaux et existants.

Le choix d'indicateurs appropriés est essentiel pour pouvoir évaluer l'efficacité des efforts déployés pour lutter contre les inégalités liées au VIH. Les sources de données consultées dans le cadre de l'analyse situationnelle peuvent constituer des points de départ utiles pour identifier les types d'indicateurs les plus appropriés et la meilleure façon de les ventiler. (Voir également l'annexe 2 pour une liste de sources potentielles à consulter pour différents types de données.) Lorsque des lacunes et des besoins en matière de données ont été identifiés, des activités pourraient être incluses dans le plan de travail pour plaider en faveur de la collecte de ces données ou pour fournir un soutien technique aux parties prenantes appropriées pour les collecter. L'engagement communautaire doit être au cœur de tous ces plans et processus afin de garantir que les voix, le leadership et la prise de décision des personnes vivant avec et affectées par le VIH imprègnent la riposte nationale. C'est notamment le cas en ce qui concerne la sélection des indicateurs critiques et la conception des processus de collecte des données, car les connaissances de la communauté peuvent aider à combler les lacunes des données « officielles ». En outre, il sera important de considérer comment ce travail contribue aux indicateurs du Secrétariat pour l'UBRAF 2022-2026.

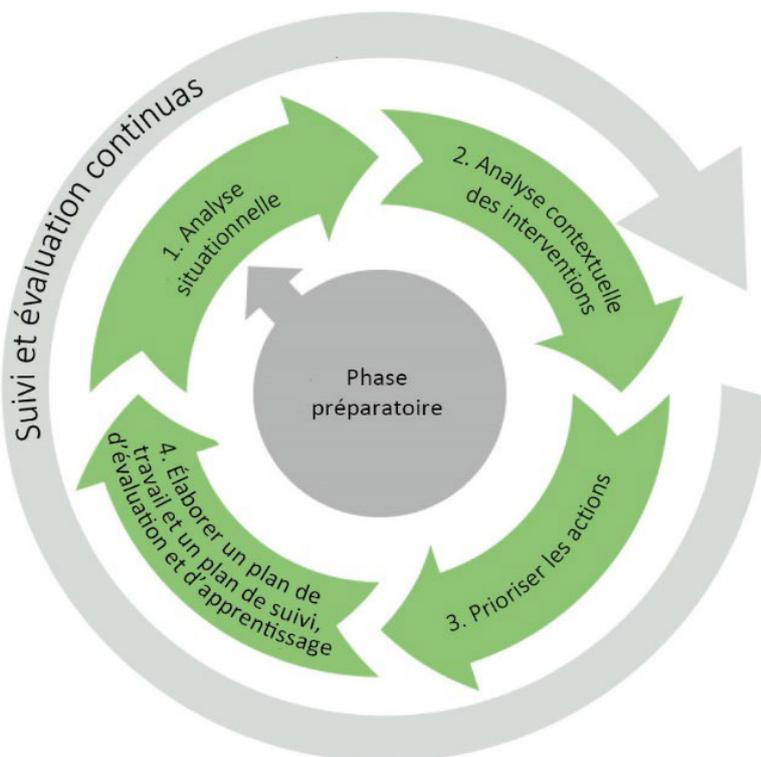
Il est essentiel que les efforts déployés pour lutter contre les inégalités liées au VIH fassent l'objet d'un suivi et d'une évaluation continus, que les données soient utilisées pour rectifier le tir, que les leçons soient partagées et que les progrès réalisés par rapport aux points de référence et aux objectifs soient régulièrement vérifiés. Aucun système parallèle n'est nécessaire pour suivre les progrès réalisés dans la lutte contre les inégalités liées au VIH. En prêtant attention aux questions plus larges des droits de l'homme, du genre et de l'inégalité, cela devrait être fait dans

le cadre des efforts de routine dans le pays, en coordination avec le gouvernement, la société civile et les autres partenaires concernés. Il convient d'utiliser (ou, si nécessaire, de mettre en place) de solides systèmes de responsabilisation pour aider à suivre les progrès accomplis dans la lutte contre les inégalités liées au VIH et pour offrir des possibilités de suivi et de réparation lorsque les progrès sont insuffisants.

Suivi de ce processus en quatre étapes

La figure 3 illustre la nature continue de ce travail. Une fois cet exercice de planification initial terminé, un suivi et une évaluation continus sont nécessaires. À court et à long terme, cela conduira à réexaminer les problèmes initiaux et les solutions mises en œuvre pour évaluer leur succès et les défis rencontrés. Cela contribuera à informer une réponse encore plus forte aux inégalités liées au VIH.

Figure 3. Évaluation et réponse aux inégalités liées au VIH



Exemple illustratif

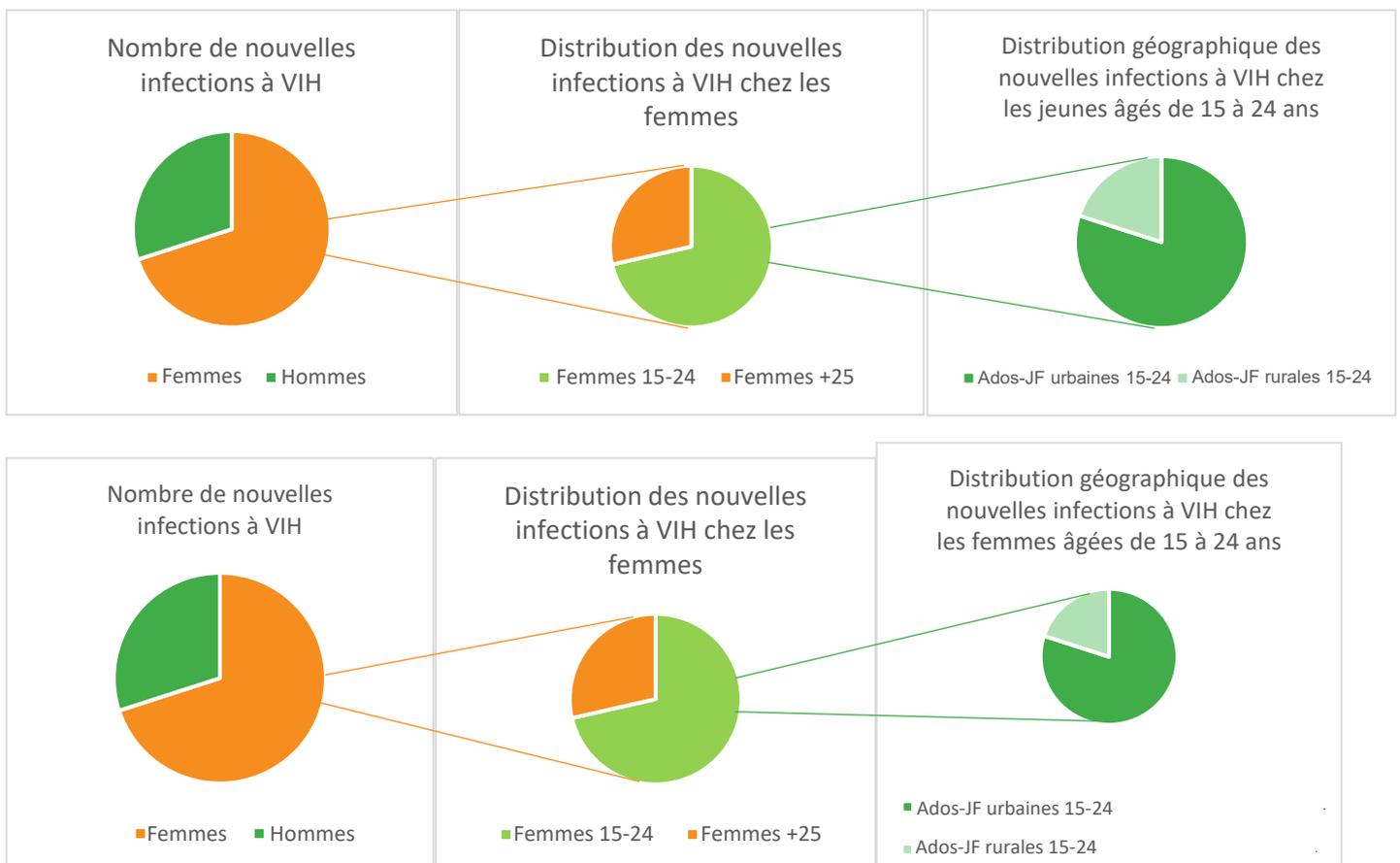
Pour rendre le processus ci-dessus plus concret, un exemple illustratif de la manière dont il est susceptible de fonctionner est fourni ci-dessous. Il ne s'agit que d'un exemple hypothétique de la prévention du VIH dans un contexte particulier. Des analyses similaires pourraient être effectuées autour de l'ensemble de la cascade de soins, de la mortalité liée au sida ou d'autres indicateurs, ainsi qu'auprès de différentes populations et de différents facteurs. L'exemple commence à l'étape 1 du processus, en supposant que le programme commun a déjà obtenu l'engagement de toutes les parties prenantes concernées.

Étape 1 : Analyse situationnelle des inégalités liées au VIH

Qui est laissé pour compte dans la prévention du VIH ?

Quelle est la ventilation par population des nouvelles infections (modélisées ou déclarées) dans un pays donné ? À titre d'exemple, si l'on sait qu'une majorité importante de ces nouvelles infections concerne les femmes, il est alors évident que la fourniture de services de prévention du VIH ciblés sur les femmes doit être une priorité. Cependant, toutes les femmes sont-elles également touchées dans ce pays ? Dans cet exemple, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont des taux d'incidence encore plus élevés que les autres femmes et, même au sein de ce groupe, les adolescentes et les jeunes femmes qui vivent dans les zones urbaines sont les plus touchées. L'utilisation des données existantes, bien que limitées, pour comprendre cette ventilation de base des nouvelles infections à VIH permet de mieux cibler les efforts de prévention du VIH. La figure 4 illustre cette situation. Ces différences ne peuvent être mises en évidence qu'en analysant les lignes d'équité – qui, dans cet exemple, comprennent l'âge et le lieu de résidence.

Figure 4. Analyse de la distribution des nouvelles infections à VIH : exemple illustratif



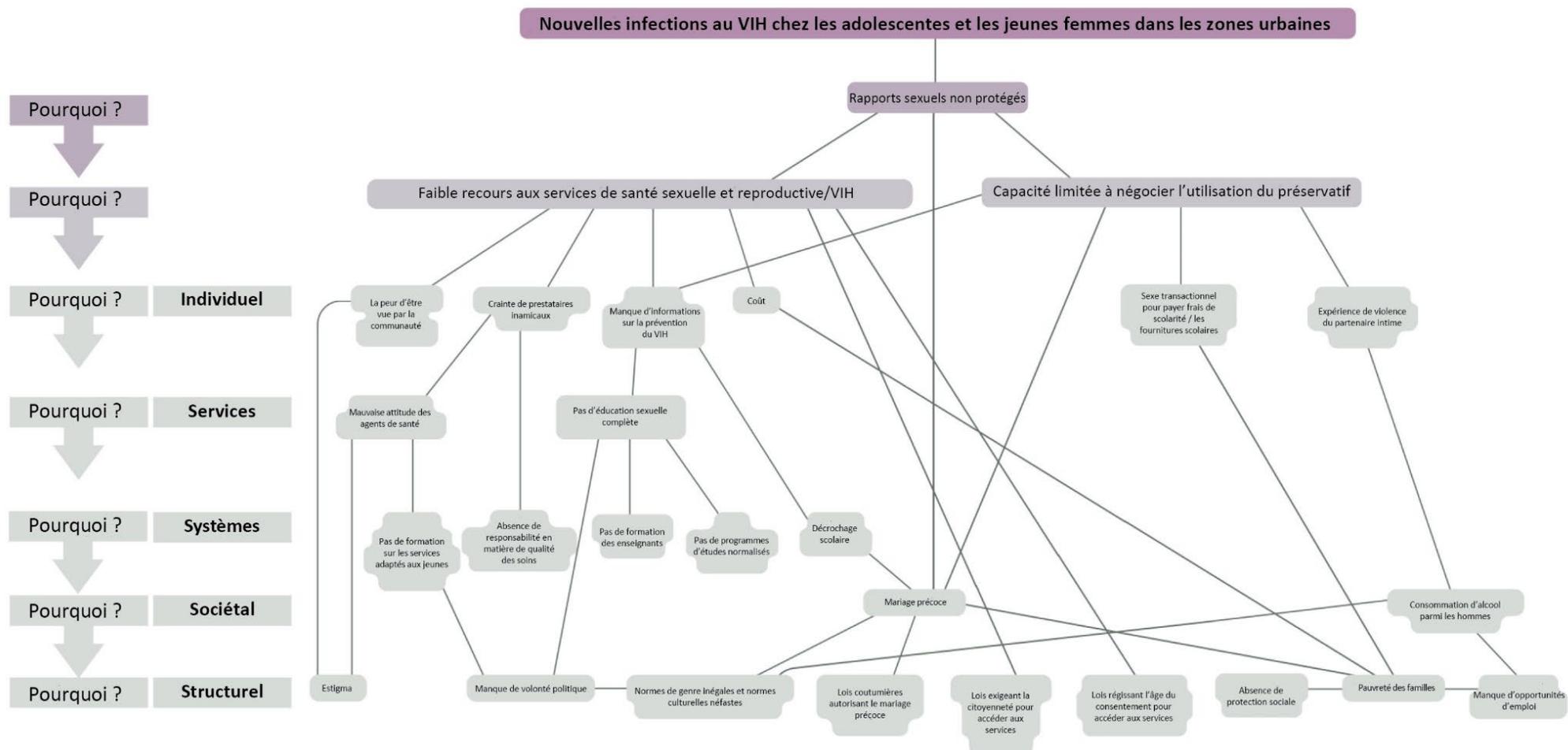
En fonction de la disponibilité des données, cette analyse pourrait être approfondie. Il conviendrait, par exemple, d'identifier les différences en fonction de la richesse : dispose-t-on de données permettant de ventiler les nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans en milieu urbain par quintile de richesse ou par d'autres facteurs ? Malheureusement, ces données ne sont pas disponibles dans cet exemple.

En réalité, il y aura plus d'un groupe qui contribuera de manière substantielle aux nouvelles infections à VIH. Même en mettant l'accent sur les adolescents et les jeunes femmes, il peut être important d'examiner chaque groupe séparément. Cela pourrait être fait à la fois dans les étapes ci-dessus de l'analyse détaillée des personnes les plus touchées, et dans toutes les sections suivantes de cet exemple : diverses inégalités liées au VIH pourraient avoir différents facteurs et donc nécessiter différentes actions. Il peut également être important de prendre en compte d'autres groupes de population tels que les travailleurs migrants, les personnes déplacées et les populations clés, et de déterminer qui, au sein de ces groupes, pourrait également être laissé pour compte.

Pourquoi sont-ils laissés pour compte ?

Après avoir identifié les laissés-pour-compte en matière de prévention du VIH, l'examen des facteurs de ces inégalités en matière de risque de VIH et de résultats revient à se demander pourquoi les femmes âgées de 15 à 24 ans en milieu urbain connaissent une incidence du VIH disproportionnée. On peut répondre à cette question en effectuant une analyse traditionnelle de l'arbre à problèmes. Au sommet de l'« arbre » se trouve le problème central : en se demandant pourquoi il s'agit d'un problème, on peut en identifier les causes immédiates. En se demandant pourquoi ces causes immédiates posent problème, on peut ensuite explorer les causes sous-jacentes. Grâce à cet exercice, les différents facteurs du problème central – et leurs interrelations – peuvent être mis en évidence. Cet exercice peut se fonder sur les données empiriques disponibles, ainsi que sur l'expertise et l'expérience du groupe chargé de l'analyse. La figure 5 illustre un arbre à problèmes pour cet exemple hypothétique axé sur les adolescentes et les jeunes femmes en milieu urbain.

Figure 5. Analyse de l'arbre à problèmes : exemple illustratif



Les cases grises illustrent certains facteurs qui, dans cette situation hypothétique, sont à l'origine de la forte incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en milieu urbain. Ils comprennent un mélange des différents types de facteurs explorés dans ce cadre, notamment les facteurs sociaux, structurels, le système de santé et les services, ainsi que les caractéristiques et actions individuelles. Il est important de reconnaître que les expériences seront différentes, même au sein de cette population, et que chacun des facteurs ci-dessus offre une opportunité d'intervention. Il est également probable que, quand bien même certaines interventions existent déjà, une intervention à plusieurs niveaux sera nécessaire. Il convient d'examiner les relations entre les différentes cases du diagramme pour comprendre quels sont les différents points d'intervention qui pourraient constituer un ensemble synergique de facteurs pour réduire les inégalités liées au VIH qui concernent les adolescentes et les jeunes femmes.

Il est important de noter où les inégalités se croisent dans ce diagramme. Par exemple, tout ce qui est lié à la « pauvreté familiale » aura une incidence disproportionnée sur les adolescentes et les jeunes femmes de statut économique inférieur. Bien qu'il n'y ait pas de données disponibles concernant les disparités en fonction de la richesse, cette analyse de l'arbre à problèmes dans l'analyse originale des données disponibles (voir Figure 4) a identifié la pauvreté comme un facteur de l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en milieu urbain. L'environnement juridique constitue également un défi, notamment les lois archaïques sur l'âge du consentement. En outre, les filles impliquées dans un mariage précoce sont confrontées à des difficultés en matière de recours aux services de santé sexuelle et reproductive et de négociation de l'utilisation du préservatif. Ainsi, même sans données quantitatives spécifiques à ces sous-groupes au sein de la population globale concernée, les ressources peuvent être ciblées pour les atteindre sur la base de cette analyse.

Étape 2 : Analyse contextuelle des interventions, des capacités et de la volonté de lutter contre les inégalités liées au VIH

Dans cet exemple, plusieurs interventions pertinentes sont déjà en cours, notamment :

- Les efforts du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) pour s'attaquer aux obstacles juridiques liés au VIH, notamment les lois sur l'âge du consentement.
- Une récente évaluation de la qualité des soins réalisée par l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'entité des Nations Unies consacrée à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes).
- Le programme DREAMS du PEPFAR.

Il est important d'identifier le champ d'application et la couverture géographique de chacune de ces interventions ainsi que les principaux acteurs impliqués. Le fait de savoir que ces programmes existent déjà peut aider à identifier comment éventuellement les renforcer pour traiter certains facteurs d'inégalités liés au VIH qui sont pertinents pour cette population. Avec une intervention de base solide déjà en place, il pourrait être utile de donner la priorité aux facteurs abordés par ces programmes car l'expertise et l'expérience existent déjà.

En ce qui concerne la capacité du pays, certaines observations importantes dans cet exemple comprennent :

- Le FNUAP et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sont très présents dans les pays et collaborent étroitement avec les organisations de santé sexuelle et reproductive dirigées par des jeunes.
- La société civile liée au VIH est forte et cohésive.

Le fait de comprendre que cette capacité existe déjà pourrait également aider à identifier les facteurs qui pourraient le plus facilement être traités par de nouvelles interventions.

En ce qui concerne la volonté politique, il y a eu quelques développements importants dans cet exemple :

- Avec un récent changement de gouvernement, le ministère de l'éducation est désormais intéressé par l'instauration de l'ESC.
- L'ONUSIDA entretient des relations solides avec des membres clés du nouveau gouvernement.
- Compte tenu du récent changement de gouvernement, il n'y aura pas d'élections pendant cinq ans, ce qui laisse présager une certaine stabilité parmi les acteurs clés qui participeront à cet effort.

Avec un nouveau gouvernement en place, certaines opportunités d'engagement sont claires et le fait de savoir qu'il n'y aura pas d'élections donne un sentiment de stabilité qui permet de s'engager dans des activités à plus long terme, y compris celles qui pourraient être perçues comme politiquement sensibles.

Étape 3 : Prioriser les actions pour lutter contre les inégalités liées au VIH

Après avoir identifié, à tous les niveaux de ce cadre conceptuel, les facteurs à l'origine de l'incidence élevée du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes dans les zones urbaines et les interventions actuellement en place pour y remédier, nous pouvons maintenant utiliser la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et l'UBRAF 2022-2026 pour aider à identifier les actions prioritaires pertinentes qui peuvent informer les interventions visant à lutter contre ces facteurs et les indicateurs permettant de suivre les progrès. Toutes les cases grises de la figure 5 peuvent être considérées comme des opportunités d'intervention pour diminuer les nouvelles infections qui reconnaissent la diversité de cette population, ce qui réduira finalement cette inégalité liée au VIH. Reflétant les différents types de facteurs, les interventions peuvent être menées à différents niveaux, notamment au niveau social, structurel, des systèmes, des services et des individus.

C'est à ce stade que toutes les analyses précédentes peuvent se rejoindre pour informer l'action. Les questions ci-dessous peuvent aider à organiser les résultats des étapes précédentes de ce processus. Ces questions auront généralement plusieurs réponses ; cet exemple illustratif en présente une version simplifiée.

1. Quels groupes (et groupes en leur sein) sont laissés pour compte dans la riposte au VIH ?
Adolescentes et jeunes femmes en milieu urbain
2. Quels sont les principaux facteurs d'inégalité qui affectent ces groupes ?
Tout ce qui figure dans les cases grises de l'arbre à problèmes ci-dessus peut être inclus, par exemple :
 - La stigmatisation.
 - L'absence de services adaptés aux jeunes.
 - L'absence d'ESC.
 - La pauvreté/l'absence d'opportunités d'emploi.
 - Des obstacles juridiques à l'accès aux services pour les adolescents.
 - Une législation qui autorise le mariage des enfants.
 - Le genre et les normes culturelles.

3. Quel serait les répercussions sur l'évolution de l'épidémie de VIH si ces facteurs pouvaient être traités ?

Outre la réduction des nouvelles infections chez les adolescentes et les jeunes femmes en milieu urbain, les répercussions suivantes sont susceptibles de se produire :

- S'attaquer à la stigmatisation permettrait de réduire les nouvelles infections parmi les autres populations qui subissent actuellement une stigmatisation liée au VIH.
 - Le maintien des filles à l'école améliorerait le niveau général d'éducation.
 - Dispenser une ESC améliorerait les connaissances générales des adolescents en matière de sexualité et de reproduction, y compris la prévention du VIH.
 - La mise en place de services liés au VIH adaptés aux jeunes permettrait d'élargir l'accès aux services de soins et de traitement du VIH pour les adolescents et d'accroître leur maintien.
 - La suppression des obstacles juridiques à l'accès aux services pour les adolescents améliorerait la santé sexuelle et reproductive des adolescents en général, y compris la prévention, le dépistage, le traitement et les soins du VIH.
4. Quelle base de travail financée existe pour répondre à ces facteurs identifiés ?
- (a) Comment pourrait-on s'en inspirer et le renforcer pour mieux traiter les facteurs pertinents ?
- Le PNUD travaille actuellement sur les barrières juridiques liées au VIH ; un accent supplémentaire pourrait être mis sur les barrières juridiques à l'accès aux services pour les adolescents et sur l'amélioration des lois relatives au mariage des enfants.
 - L'OMS a récemment mené une évaluation de la qualité des soins dans les services de santé qui a mis en évidence la nécessité de mettre en place des services adaptés aux jeunes ; des travaux de suivi sont en cours de discussion.
 - Le programme DREAMS du PEPFAR est mis en œuvre dans certaines régions.
- (b) Quelles interventions ne sont peut-être plus nécessaires ?
- Le gouvernement a investi dans l'intensification du dépistage du VIH chez les adolescents dans le cadre des soins prénatals et s'est assuré qu'ils savent que le dépistage est disponible. La couverture est désormais très élevée, et l'accès au dépistage du VIH est désormais bien compris par cette population.
- (c) Où n'existe-t-il pas de base de travail financée, et où de nouveaux efforts pourraient-ils être nécessaires pour combler les lacunes et les angles morts actuels ?
- Il n'y a pas eu de travaux récents sur l'EC.
 - Aucune attention n'a été accordée à l'adaptation de la protection sociale aux besoins des adolescents et des jeunes filles vivant avec ou affectés par le VIH.
5. Quelle est la capacité du pays à traiter ces facteurs identifiés ?
- Le FNUAP et l'UNICEF sont très présents dans les pays et collaborent étroitement avec les organisations de santé sexuelle et reproductive dirigées par des jeunes.
 - La société civile liée au VIH est forte et cohésive.
6. Quels types de soutien politique existe-t-il pour traiter ces facteurs identifiés ?
- Avec un récent changement de gouvernement, le ministère de l'éducation est désormais intéressé par l'instauration de l'ESC.
 - Jusqu'à présent, le ministère de la santé s'est montré réticent à allouer un budget spécifique aux services adaptés aux jeunes.

- L'ONUSIDA entretient des relations solides avec des membres clés du nouveau gouvernement.
- Compte tenu des récents changements au sein du gouvernement, il n'y aura pas d'élections pendant cinq ans, ce qui laisse présager une certaine stabilité parmi les acteurs clés qui participeront durant cette période.
- Le gouvernement s'est engagé à participer à l'initiative Education Plus pour soutenir l'éducation secondaire des adolescentes.

Les réponses à ces questions peuvent contribuer à orienter le choix des facteurs à privilégier. Ces données révèlent des possibilités d'action évidentes, comme la volonté du nouveau ministère de l'éducation de s'engager dans l'ESC, la forte capacité de l'UNFPA et de l'UNICEF dans le pays, et les partenariats et réseaux stratégiques encouragés par l'initiative Education Plus. Le travail actuel du PNUD pour aborder les obstacles juridiques liés au VIH, associé à l'absence d'élections à l'horizon, pourrait offrir d'autres opportunités connexes.

Le tableau 2 illustre un processus d'identification des activités permettant de s'attaquer aux facteurs des inégalités liées au VIH qui sont identifiés dans l'exemple illustratif. Le tableau n'est pas exhaustif, tous les facteurs pertinents identifiés ci-dessus n'y figurent pas, mais il est conçu pour démontrer le processus qui peut guider l'identification des activités pertinentes suite au développement d'un arbre à problèmes.

Compte tenu de toutes les informations ci-dessus, quels sont les facteurs spécifiques qui semblent les plus importants et les plus faciles à traiter à court terme ? En partant de ces facteurs spécifiques, des actions prioritaires illustratives de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 sont sélectionnées dans le tableau 2 comme étant potentiellement les plus pertinentes. En utilisant l'UBRAF 2022-2026, la ou les agences responsables appropriées peuvent être identifiées, en notant que cela peut varier selon le pays. L'UBRAF 2022-2026 sert alors de ressource utile pour identifier les interventions qui sont pertinentes pour les facteurs et les actions prioritaires. Ces actions prioritaires peuvent ensuite être adaptées aux facteurs identifiés et au contexte spécifique, tel qu'une géographie ou une population particulière. Dans cet exemple, leur objectif devrait toujours être de réduire l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en milieu urbain afin de réduire les inégalités croisées auxquelles elles peuvent être confrontées en matière d'incidence du VIH. Enfin, il est possible de sélectionner des indicateurs pertinents (qui seront examinés plus en détail dans le guide pratique). Le tableau 2 utilise trois ensembles de facteurs différents à titre d'exemple pour illustrer l'ampleur des mesures qui pourraient être prises.

Tableau 2. Utiliser les facteurs identifiés de l'incidence disproportionnée du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes en milieu urbain pour concevoir des activités et sélectionner des indicateurs : exemple illustratif

Identification des facteurs d'inégalité liés au VIH à l'étape 2	Sélectionner les actions prioritaires pertinentes, telles qu'identifiées dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026	Agence(s) principale(s)	Sélectionner les activités pertinentes, telles qu'identifiées dans l'UBRAF 2022-2026	Interventions adaptées aux facteurs identifiés	Sélectionner les indicateurs pertinents
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de volonté politique de mettre en œuvre l'ESC ; ■ Absence de programme d'études normalisé pour l'ESC ; ■ Absence de formation des enseignants en matière d'ESC 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer l'accès à des services d'éducation sexuelle et de santé publique de bonne qualité, adaptés à l'âge et tenant compte de la dimension de genre, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école, qui tiennent compte des réalités des adolescents et des jeunes dans toute leur diversité, conformément aux orientations internationales, aux lois et politiques nationales et au contexte. ■ Renforcer l'accès à des programmes d'ESC de 	<p>Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), FNUAP, UNICEF, ONU Femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renforcer les capacités des pays pour permettre à tous les jeunes de recevoir une éducation de qualité jusqu'au niveau secondaire, y compris l'accès à l'ECS tel que défini dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. ■ Établir des partenariats et des collaborations pour catalyser les actions dans tous les secteurs afin de 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fournir un soutien technique aux ministères de l'éducation et de la santé afin qu'ils collaborent à la production d'un programme d'études sur l'ESC. ■ Fournir un soutien technique au ministère de l'éducation pour développer la formation des enseignants sur l'ESC. ■ Organiser des réunions avec la société civile dirigée par des jeunes pour qu'elle apporte sa 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH* ■ Pourcentage d'écoles qui enseignent le programme d'études d'ESC (avec des sous-indicateurs potentiels sur le pourcentage d'écoles qui enseignent des sujets spécifiques

	<p>haute qualité, adaptés au sexe et à l'âge, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école, en particulier pour les adolescentes et les jeunes femmes et les jeunes populations clés dans les milieux où l'incidence du VIH est élevée.</p>		<p>s'attaquer aux dimensions sexospécifiques de l'épidémie de sida.</p>	<p>contribution au programme d'enseignement.</p>	<p>dans le programme d'études).</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre d'enseignants formés pour dispenser le programme d'ESC. ■ Nombre d'organisations dirigées par des jeunes qui participent à l'élaboration du programme d'études d'ESC.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Législation relative à l'âge du consentement ; ■ Mariage précoce 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traiter les obstacles juridiques structurels et liés à l'âge auxquels sont confrontés les adolescents et les jeunes populations clés. ■ Abroger les lois et politiques discriminatoires qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH et remédier aux atteintes à leur santé 	<p>PNUD, FNUAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tirer parti des partenariats (comme le Partenariat mondial pour l'action en vue d'éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH) et d'autres plateformes (comme la Commission mondiale sur le VIH et le droit) pour promouvoir l'accès 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soutenir le plaidoyer de la société civile pour abroger les lois qui pourraient contribuer à une forte incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes. ■ Travailler avec le gouvernement et les communautés pour sensibiliser les parlementaires à l'impact de ces lois sur la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nombre d'organisations soutenues dans des activités visant à supprimer ou à amender les lois et politiques punitives et discriminatoires, et/ou à développer des mesures de protection touchant la riposte au VIH. ■ Nombre de lois de protection introduites. ■ Nombre d'obstacles juridiques supprimés.

	<p>ainsi qu'à leurs droits sexuels et reproductifs.</p> <ul style="list-style-type: none"> Supprimer les obstacles juridiques et politiques, notamment les législations et les politiques relatives à l'âge du consentement, pour que les adolescents et les jeunes aient accès aux services liés au VIH, et garantir l'accès à d'autres services sanitaires et sociaux. Cela inclut les services de santé sexuelle et reproductive, la PrEP, les préservatifs et autres contraceptifs, ainsi que les produits et services sanitaires et sociaux plus larges liés au bien-être des jeunes. 		<p>à la justice et la création d'environnements juridiques et politiques favorables, notamment en supprimant les lois et politiques punitives et discriminatoires et en réduisant la stigmatisation et la discrimination.</p> <ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des discussions où toutes les parties prenantes peuvent discuter en toute sécurité des obstacles juridiques qui affectent le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Le rôle de rassembleur de l'ONUSIDA sert à fournir des conseils et un soutien sur les questions de droits humains liées au VIH, les crises et la violence basée sur le genre.
<ul style="list-style-type: none"> Discrimination dans les services de 	<ul style="list-style-type: none"> Mobiliser des fonds pour des réponses communautaires 	<p>OMS, FNUAP, UNICEF, PNUD, Office des Nations Unies contre la</p>	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir et orienter le renforcement des systèmes de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Plaidoyer en faveur de l'allocation de ressources nationales 	<ul style="list-style-type: none"> Pourcentage d'adolescentes, filles et jeunes femmes vivant

<p>santé et manque de services de santé adaptés aux jeunes</p>	<p>durables, en garantissant un soutien financier et une rémunération équitable pour le travail mené par les communautés et le financement des activités menées par les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les populations clés, y compris celles menées par les femmes et les jeunes.</p>	<p>drogue et le crime (ONUDC)</p>	<p>afin de réduire les inégalités, d'éliminer la stigmatisation et la discrimination, de mettre en œuvre des services intégrés et différenciés, d'améliorer les systèmes d'information sur la santé, de soutenir et d'intégrer les réponses communautaires et de renforcer les systèmes consolidés d'achat, de gestion des approvisionnements et de laboratoires polyvalents.</p>	<p>pour soutenir les réseaux d'adolescentes et de jeunes femmes vivant avec le VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Soutien technique au gouvernement pour institutionnaliser la formation des agents de santé sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents. 	<p>avec le VIH qui déclarent avoir été victimes de discrimination liée au VIH dans les établissements de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pourcentage d'agents de santé formés à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des adolescents.
--	--	-----------------------------------	---	--	---

En regardant cette série d'interventions, quelqu'un est-il encore laissé pour compte ? Par exemple, si l'ESC n'est qu'un programme scolaire, comment les jeunes femmes et les jeunes filles non scolarisées pourront-elles recevoir des informations sur le VIH et acquérir des compétences ? Si les frais d'utilisation, la protection sociale et le manque d'opportunités d'emploi ne sont pas abordés, comment les jeunes femmes et les filles de faible statut économique pourront-elles bénéficier des services nécessaires ? Il peut s'agir d'un processus itératif de sélection et de conception des interventions afin de s'assurer qu'elles sont bien ciblées pour ne laisser personne de côté et avoir un impact significatif sur l'épidémie de VIH.

Étape 4 : Créer un plan de travail, un cadre de résultats et un plan de suivi, d'évaluation et d'apprentissage pour les inégalités liées au VIH

Le plan de travail doit inclure toutes les interventions identifiées, ainsi que les responsables de la mise en œuvre et un calendrier. Il ne doit pas s'agir d'un document autonome spécifique à la lutte contre les inégalités liées au VIH ; il doit plutôt être intégré aux plans de travail nationaux afin de promouvoir une réponse intégrée et durable.

Pour chaque série d'interventions, les indicateurs de résultats et de processus peuvent être tirés du tableau 2 ci-dessus. La source de ces données, le soutien technique éventuellement nécessaire, la fréquence de la collecte des données et les niveaux de ventilation doivent tous être déterminés à ce stade. Le tableau 3 donne un exemple basé sur la fourniture de l'ESC.

Tableau 3. Sources, collecte et ventilation des données : exemple illustratif

Type d'indicateur	Indicateur	Source	Fourniture d'une assistance technique	Fréquence de la collecte des données	Ventilation
Résultat	Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans qui décrivent correctement des moyens de prévention de la transmission du VIH par voie sexuelle et qui rejettent les principales idées fausses relatives à la transmission du VIH	Suivi mondial du sida	ONUSIDA	Annuelle	Âge, genre
	Pourcentage d'écoles qui enseignent le programme d'études d'ESC (avec des sous-indicateurs potentiels sur le pourcentage d'écoles qui enseignent des sujets spécifiques dans le programme d'études)	Ministère de l'Éducation	UNESCO, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA	Annuelle	District ; type d'école
Processus	Nombre d'enseignants formés pour dispenser le programme d'ESC d'une manière axée sur les jeunes et sans jugement	Ministère de l'Éducation	UNESCO, UNFPA	Annuelle	District ; type d'école
	Nombre d'organisations dirigées par des jeunes qui participent à l'élaboration et la mise en œuvre du programme d'études d'ESC.	FNUAP	Ne s'applique pas	Annuelle	District

Un examen des indicateurs de l'UBRAF montre que l'indicateur suivant est le plus pertinent dans ce contexte :

« Nombre de pays soutenus pour mettre en œuvre l'intensification des interventions multisectorielles qui s'alignent sur les engagements ministériels visant à accroître l'accès à des services de santé sexuelle et de la reproduction adaptés aux jeunes et/ou à une éducation de qualité, y compris une éducation sexuelle complète, afin d'améliorer le bien-être des jeunes »(7). Les données relatives à cet indicateur seront collectées chaque année. Il s'agira d'observations, d'évaluations, de rapports et d'examen qui seront communiqués par le biais du système de suivi du programme commun.

Comme le suggèrent les bonnes pratiques, lorsque les progrès ne sont pas ceux escomptés en matière de réduction des inégalités liées au VIH dans cette population et plus largement, une enquête sera nécessaire pour identifier les raisons de cette situation et si les activités doivent être modifiées pour améliorer l'efficacité. Il s'agira d'un processus inclusif – également fondé sur les bonnes pratiques – avec les communautés concernées, et les données seront accessibles au public pour permettre la transparence et promouvoir la responsabilité.

Introduction à l'utilisation du guide pratique

Le cadre de travail sur les inégalités en matière de VIH est destiné à être utilisé avec le guide pratique qui l'accompagne pour aider le personnel du Programme commun à mieux comprendre et traiter les inégalités liées au VIH. Cela contribuera à son tour à renforcer les réponses nationales et locales pour atteindre les objectifs et les engagements fixés dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, la Déclaration politique de haut niveau et d'autres engagements mondiaux et régionaux. Pris ensemble, ces produits peuvent aider le Programme commun non seulement à améliorer la compréhension des types d'inégalités et des contextes dans lesquels elles se produisent sur la base des données existantes, mais aussi à examiner les lacunes dans les données qui, par exemple, peuvent exclure une attention suffisante aux populations clés et aux personnes les plus à risque.

Introduit dans les étapes décrites dans le cadre, le guide pratique peut en outre aider les programmes à identifier les angles morts de l'approche adoptée et à repérer les nouvelles opportunités et les domaines qui nécessitent un effort supplémentaire. Suite à l'utilisation du guide pratique, le personnel du Programme commun peut prioriser les interventions éclairées par des données probantes pour traiter les questions croisées d'inégalité autour du VIH et concevoir des systèmes de suivi, y compris les indicateurs et les paramètres à suivre, afin de mesurer les progrès vers la lutte contre ces inégalités. Dans le contexte actuel de besoins croissants et de ressources limitées, la compréhension des catalyseurs sociétaux, des protections sociales et d'autres facteurs liés aux inégalités en matière de VIH peut aider à hiérarchiser les questions les plus urgentes dans le cadre du mandat du Programme commun.

Conclusion

Il n'existe pas de solution miracle pour lutter contre les inégalités liées au VIH. Il s'agit d'un objectif ambitieux, à long terme et crucial ; sa réalisation progressive sera nécessaire pour remédier aux inégalités constatées et garantir la pleine réalisation des droits de l'homme pour tous. Le cadre et le guide pratique sur les inégalités en matière de VIH sont fondés sur les normes et standards des droits de l'homme. Ils sont conçus pour aider à créer des voies vers l'élimination des inégalités liées au VIH, tout en reconnaissant que ces voies seront nécessairement longues et non rectilignes. Chaque pas en avant le long du chemin est un progrès ; s'il peut être mesuré et les cours corrigés au fur et à mesure que des leçons sont tirées, l'objectif ultime de s'attaquer aux inégalités liées au VIH et de mettre fin au sida peut être atteint.

Références

1. Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 – Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021
2. Leaving no one behind: equality and non-discrimination at the heart of sustainable development. The UN System Shared Framework for Action. New York : Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination ; 2017.
3. Accorder la priorité aux droits humains pour mettre fin aux inégalités et au sida. Genève : ONUSIDA ; 2021
4. Les 17 ODD. Connaissez-vous chacun des 17 ODD ? In : Département des affaires économiques et sociales de l'ONU : Développement durable [Internet]. New York : Nations Unies ; c2022 (<https://sdgs.un.org/fr/goals>).
5. UN System Framework for Action on Equality. In : Conseil exécutif du système des Nations Unies pour la coordination [Internet]. CEB ; [pas de date] (<https://unsceb.org/un-system-framework-action-equality>).
6. Guterres A. The highest aspiration: a call for human rights. Remarks to the UN Human Rights Council, 24 February 2020. New York : Secrétaire général de l'ONU ; 2020.
7. Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA (UBRAF) pour 2022-2026 Genève : Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ; 2021.
8. Rapport mondial actualisé sur le sida 2022 : en danger. Genève : Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida ; 2022.
9. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. In : Département des affaires économiques et sociales de l'ONU : Développement durable [Internet]. New York : Nations Unies ; c2022 (<https://sdgs.un.org/fr/goals/goal3>).
10. Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles. In : Département des affaires économiques et sociales de l'ONU : Développement durable [Internet]. New York : Nations Unies ; c2022 (<https://sdgs.un.org/fr/goals/goal5>).
11. Objectif 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre. In : Département des affaires économiques et sociales de l'ONU : Développement durable [Internet]. New York : Nations Unies ; c2022 (<https://sdgs.un.org/fr/goals/goal10>).
12. Responding to social and structural drivers of the HIV epidemic—for UNAIDS planning. New York : UNFPA ; 2019.
13. Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021.
14. Addressing the needs of adolescent and young mothers affected by HIV in eastern and southern Africa. New York : UNICEF ; 2020.
15. We've got the power: women, adolescent girls and the HIV response. Genève : UNAIDS ; 2020.
16. UN Women statement for World AIDS Day: Inequalities result in unequal progress for women. In : ONU Femmes [Internet]. 1 décembre 2021. New York : ONU Femmes (<https://www.unwomen.org/en/news-stories/statement/2021/12/un-women-statement-for-world-aids-day#:~:text=Inequalities result in unequal progress for women&text=We are seeing increased recognition,education for women and girls>).
17. Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2021. La méthodologie de cette analyse est détaillée dans l'annexe sur les méthodes du rapport Le point sur le sida dans le monde : combattre les inégalités. Genève : ONUSIDA ; 2021
18. Le VIH et le travail du sexe—La série de fiches d'information sur les droits humains. Genève : ONUSIDA ; 2021
19. Operational guidance: responding to the health and protection needs of people selling or exchanging sex in humanitarian settings. Genève et New York : HCR et FNUAP ; 2021.
20. Global AIDS update—seizing the moment : tackling entrenched inequalities to end epidemics. Genève : UNAIDS ; 2020.
21. Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. Assemblée générale des Nations Unies ; 2021.

22. Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH Projet de brochure. Genève : ONUSIDA ; 2021
23. HIV-related intersectional stigma research advances and opportunities workshop. Juillet-septembre 2020. National Institutes of Health Office of AIDS Research and National Institute of Mental Health Division of AIDS Research; 2020.
24. Évaluation conjointe du Programme commun des Nations Unies sur le sida en matière de prévention et de prise en charge de la violence à l'égard des femmes et des filles. Bureaux d'évaluation de l'ONUSIDA, du HCR, de l'UNFPA, de l'OIT et de l'UNESCO ; 2021.
25. Segment thématique—Réduction de l'impact du sida sur les enfants et les jeunes. Note contextuelle. Genève : Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ; 2019.
26. Fast-Track and human rights: advancing human rights in efforts to accelerate the response to HIV. Genève : ONUSIDA ; 2017
27. State of inequality: HIV, tuberculosis and malaria. Genève : OMS ; 2021.
28. Leaving no one behind and reaching the furthest behind. UNFPA strategic plan, 2022–2025. New York : UNFPA ; 2021.
29. Ending inequalities and ending AIDS within a human rights framework: the Global AIDS Strategy 2021–2026 and a human rights-based response to the pandemic. Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits de l'homme ; 2021.
30. Inégalités, impréparation, menaces—Pourquoi une action audacieuse contre les inégalités est nécessaire pour mettre fin au sida, arrêter la covid-19 et se préparer aux futures pandémies. Genève : ONUSIDA ; 2021
31. Working with lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex and queer (LGBTIQ+) persons in forced displacement. Genève : HCR ; 2021.
32. Outil ONUSIDA d'évaluation basée sur le genre—Vers une riposte au VIH transformatrice en matière de genre. Genève : ONUSIDA ; 2018
33. Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. World inequality report 2022. Laboratoire sur les inégalités mondiales ; 2021.
34. Cattaneo U, Licata M, Montefiori M. The impact of HIV on care work and the care workforce. Genève : OIT ; 2019.
35. Update on the implementation of the HIV response for migrant and mobile populations. Genève : Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA ; 2021.
36. Zeglin RJ. Assessing the role of masculinity in the transmission of HIV: a systematic review to inform HIV risk reduction counseling interventions for men who have sex with men. Arch Sex Behav. 2015 ; 44 (7) : 1979-90.
37. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. J Acquire Immun Defic Syndr. 2008 ; 48 (1) : 97-103.
38. What is a community-led organization? Genève : ONUSIDA ; 2019 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/un aids-what-community-led-organization-2019.pdf>).
39. Notre action—Ripostes communautaires. Genève : ONUSIDA ; 2022
40. Le VIH, la stigmatisation et la discrimination : La série de fiches d'information sur les droits humains 2021. Genève : ONUSIDA ; 2021
41. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. Nat Commun. 2020 ; 11:773.
42. The war on drugs and HIV/AIDS: how the criminalization of drug use fuels the global pandemic. Genève : La Commission mondiale sur la politique des drogues ; 2012.
43. Drug Use and HIV. In : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime [Internet]. Vienne : UNODC (https://www.unodc.org/unodc/fr/hiv-aids/new/drug-use_and_HIV.html).
44. Young people and HIV. Genève : ONUSIDA ; 2021
45. Gruskin S, Ferguson L, Alfven T, Rugg D, Peersman G. Identifying structural barriers to an effective HIV response: using the national composite policy index data to evaluate the human rights, legal and policy environment. J Int AIDS Soc. 2013 ; 16:18000.

46. HIV sensitive social protection in East and southern Africa FastTrack countries. Rome et Genève : PAM et ONUSIDA ; 2021.
47. Cheng TL, Johnson SB, Goodman E. Breaking the intergenerational cycle of disadvantage: the three generation approach. *Pediatrics*. 2016 ;137(6):e20152467.
48. Andrus E, Mojola SA, Moran E, Eisenberg M, Zelner J. Has the relationship between wealth and HIV risk in Sub-Saharan Africa changed over time? A temporal, gendered and hierarchical analysis. *SSM Popul Health*. 2021;15:100833.
49. UN HRC adopts children's rights resolution, calling for access to sexual and reproductive health services and CSE. In : Action Canada pour la santé et les droits sexuels [Internet]. 8 avril 2015. Ottawa (ON) : Action Canada pour la santé et les droits sexuels (<https://www.actioncanadashr.org/news/2015-04-08-un-hrc-adopts-childrens-rights-resolution-calling-access-sexual-and-reproductive-health-services-and>).
50. Harmful masculinity and violence. In : American Psychological Association [Internet]. Septembre 2018 Washington DC : American Psychological Association ; c2022 (<https://www.apa.org/pi/about/newsletter/2018/09/harmful-masculinity>).
51. Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Genève : OMS ; 2021.
52. Au grand jour : réponses du secteur de l'éducation à la violence fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité ou l'expression de genre, rapport de synthèse. Paris : UNESCO; 2016.
53. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *Sida* 2015 ; 29 (16) : 2183-94.
54. Gesesew HA, Gebremedhim 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*. 30 mars 2017 ;12(3) :e0173928.
55. Integrating HIV in the cluster response. Inter-Agency Task Team to Address HIV in Humanitarian Emergencies ; 2020.
56. Vigliotti V, Taggart T, Walker M, Kusumastuti S, Ransome Y. Religion, faith, and spirituality influences on HIV prevention activities: a scoping review. *PLoS One*. 2020 ;15(6):e20152467.
57. Gari S, Doig-Acuña C, Smail T, Malungo JRS, Martin-Hilber A, Merten S. Access to HIV/AIDS care: a systematic review of socio-cultural determinants in low and high income countries. *BMC Health Serv Res*. 2013 ; 13:198.
58. Finlayson K, Downe, S. Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS Med*. 2013 ;10(1):e20152467.
59. Anugwom E, Kenechukwu A. Socio-cultural factors in the access of women to HIV/AIDS prevention and treatment services in south-southern Nigeria. *Iran J Public Health*. 2016 ; 45 (6) : 754-60.
60. Rujumba J, Kwiringira J. Interface of culture, insecurity and HIV and AIDS: lessons from displaced communities in Pader District, Northern Uganda. *Confl Health*. 2010 ;04:18.
61. Communiqué de presse. 20 mai 2021. Centre de surveillance des déplacements internes ; 2021.
62. Ford J, Sowden S, Olivera J, Bambra C, Gimson A, Aldridge R et al. Transforming health systems to reduce health inequalities. *Future Healthc J*. 2021 ;8(2):e204-e209.
63. ONUSIDA, Stop AIDS Alliance. Communities deliver: the critical role of communities in reaching global targets to end the AIDS epidemic. Genève : ONUSIDA ; 2015
64. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. 16 décembre 1966. A/RES/2200.

65. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*. 2001 ; 358 (9284) : 833-6.
66. Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet*. 2012 ;380(9837):126-33.
67. Multidimensional inequality framework. Atlantic Fellows for Social and Economic Equity Programme ; 2018.
68. Coalition mondiale pour la prévention du VIH. Mise en œuvre de la feuille de route pour la prévention du VIH à l'horizon 2020 : Quatrième rapport intermédiaire. Genève et New York : ONUSIDA et UNFPA ; 2020.
69. Outil d'évaluation du VIH et de la protection sociale—Création de données probantes pour la politique et l'action visant le VIH et la protection sociale. Genève : ONUSIDA ; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV-social-protection-assessment-tool_fr.pdf).
70. Recueil de données de l'ONUSIDA 2021. Genève : ONUSIDA ; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf).
71. Children. In : UNAIDS.org [Internet]. Genève : ONUSIDA ; 2022 (<https://www.unaids.org/fr/keywords/children>).
72. Le VIH et les personnes en prison et dans d'autres lieux fermés—La série de fiches d'information sur les droits humains. Genève : ONUSIDA ; 2021
73. The gap report 2014: people with disabilities. Genève : ONUSIDA ; 2014
74. Mac-Seing M. Involving disability in HIV policy and programming: good practices drawn from country-based evidence. Handicap International ; 2014.
75. Hanass-Hancock J et al. UNAIDS strategy brief for integrating disability into AIDS programming. Genève : ONUSIDA ; 2012
76. Centers for Disease Control and Prevention. Estimated HIV incidence and prevalence in the United States, 2015– 2019. HIV Surveillance Supplemental Report. 2021;26(1) (<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-supplemental-report-vol-26-1.pdf>).
77. Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination: guidance for countries to implement effective programmes to eliminate HIV-related stigma and discrimination in six settings. Genève : UNAIDS ; 2020.
78. Global Humanitarian Overview 2022. In: gho.unocha.org [Internet]. Novembre 2021. UN OCHA ; c2022 (<https://gho.unocha.org/>).
79. HIV in humanitarian contexts: information note. Genève et Rome : HCR et PAM ; 2019.
80. Couverture santé universelle. In : Organisation mondiale de la Santé [Internet]. Genève : OMS ; c2022 (https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1).
81. Community at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people. The 2019 Global AIDS update. Genève : UNAIDS ; 2019.
82. Musarandega R, Machekano R, Chideme M, Muchuchuti C, Mushavi A, Amahomva A et al. PMTCT service uptake among adolescents and adult women attending antenatal care in selected health facilities in Zimbabwe. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017 ; 75 (2) : 148-55.
83. Une approche des données fondée sur les droits de l'homme : ne laisser personne de côté dans l'Agenda 2030 pour le développement durable Genève : OHCHR ; 2018 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData.pdf>).

Annexe 1. Méthodologie

Vue d'ensemble de la méthodologie

Pour élaborer un cadre de travail sur les inégalités qui complète et soutient la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, un ensemble de méthodes a été utilisé, en étroite consultation et collaboration avec l'ONUSIDA. Ce travail s'appuie sur les cadres, les orientations, les documents stratégiques et les efforts de suivi existants des Nations Unies. L'objectif était de produire du matériel en synergie avec les efforts existants, de manière à aider l'ONUSIDA et ses partenaires à mieux comprendre et combattre les inégalités qui alimentent l'épidémie de VIH.

Étude documentaire

Une étude documentaire complète de toute la documentation fournie par l'équipe de travail de l'ONUSIDA sur les inégalités et les Coparrainants a été réalisée, ainsi qu'un examen de la littérature pertinente provenant d'autres sources convenues. Cela inclut :

- Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021 - 2026.
- Cadres d'inégalités.
- Guide pratique.
- Le cadre de l'ONUSIDA pour le budget, les résultats et la responsabilisation (UBRAF) 2022-2026.
- Rapports annuels.
- Littérature évaluée par les pairs et littérature grise.
- Rapports techniques relatifs aux inégalités.
- Sources de données disponibles sur les inégalités et les inégalités liées au VIH.
- Autres outils, lignes directrices et documents pertinents, tels qu'identifiés par le programme commun.

Un nombre limité d'autres documents, trouvés par des recherches en ligne ciblées et un examen des références dans les documents sources énumérés ci-dessus, ont également été examinés.

Après un examen initial de certains documents de référence, un outil standardisé d'extraction de données a été élaboré et testé, puis utilisé pour extraire systématiquement les informations pertinentes, permettant ainsi une analyse thématique cohérente entre les documents du projet. Compte tenu de la diversité des documents reçus, des notes détaillées sur les documents pour lesquels l'outil standardisé était moins pertinent ont également été incluses dans l'analyse.

Consultations : consultations régulières avec l'équipe spéciale sur les inégalités et d'autres membres du personnel du Programme commun

Tout au long du processus d'examen et de rédaction, des réunions avec différentes équipes du Secrétariat de l'ONUSIDA et des Coparrainants ont eu lieu afin de recueillir leurs idées et leurs commentaires. Outre les réunions hebdomadaires avec les trois coprésidents de la l'équipe spéciale sur les inégalités et les réunions régulières avec l'ensemble de l'équipe spéciale sur les inégalités de l'ONUSIDA et d'autres membres du personnel du Secrétariat, des réunions avec des

membres du personnel régional et national de différentes équipes et avec le Groupe de référence sur les droits de l'homme ont eu lieu pour mieux informer ce travail.

L'essai pilote du cadre et du guide pratique qui l'accompagne sera une étape future coordonnée par le Secrétariat de l'ONUSIDA.

Annexe 2. Sources de données utiles

Le tableau ci-dessous comprend certaines sources traditionnelles de données sur le VIH qui peuvent être utilisées pour aider à comprendre le contexte national et régional, ainsi que d'autres sources de données qui, étant donné l'accent mis sur les inégalités, pourraient également être utiles à examiner lors de cet exercice. La ventilation des données varie entre ces sources de données telles qu'elles existent actuellement et, dans la plupart des cas, aucune source de données unique ne sera suffisante pour comprendre pleinement les inégalités pertinentes. Même lorsque les données ne sont fournies que sous forme ventilée, elles peuvent néanmoins fournir des indications utiles sur la manière dont le VIH affecte un groupe de population spécifique ; elles peuvent également être analysées de manière utile avec les données provenant d'autres sources incluses dans le tableau 4 afin de créer une compréhension plus complète des inégalités liées au VIH. Par exemple, les indices nationaux d'inégalité donnent un aperçu des inégalités au-delà de celles liées au VIH, ce qui constitue une information contextuelle utile pour lutter contre les inégalités liées au VIH. En outre, une réduction réussie des inégalités liées au VIH devrait également avoir une incidence positive sur ces mesures plus larges des inégalités. Par exemple, dans les contextes où l'insécurité alimentaire nationale est élevée, il sera important d'étudier plus avant quelles populations sont les plus touchées et comment les différents groupes de personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH sont affectés. De même, s'il existe une importante population de migrants, il sera essentiel de comprendre leurs besoins en matière de VIH et les défis spécifiques auxquels ils peuvent être confrontés lorsqu'il s'agit d'accéder aux services dans le cadre du continuum de soins.

Bien que la disponibilité des organisations qui s'engagent dans le suivi communautaire varie d'un pays à l'autre, il n'en demeure pas moins qu'elles fourniront d'importantes sources de données complémentaires à côté de toutes celles mentionnées dans le tableau. Les pays peuvent également avoir accès à des données qui sont plus ventilées que celles rapportées au niveau mondial, ce qui constituera une information utile. Le tableau 4 est conçu pour être illustratif plus qu'exhaustif, et il devrait être complété par les connaissances des parties prenantes sur les sources de données supplémentaires. Les données en italique sont incluses dans la feuille de calcul de la configuration des pays.

Tableau 4. Sources de données illustratives permettant d'accéder aux données pour comprendre les inégalités liées au VIH

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
Données sur les résultats du VIH (comprend 95-95-95)				
<p><i>Incidence</i></p> <p>Modes de transmission</p> <p><i>Prévalence</i></p> <p>95–95–95</p> <p>Mortalité</p> <p><i>Estimation de la taille des populations</i> (populations clés, migrants, prisonniers, etc.)</p>	<p>Estimations de l'ONUSIDA</p> <p>Évaluation de l'impact du VIH sur la population</p> <p>Surveillance biologique et comportementale intégrée du VIH (IBBS) (pour les populations clés)</p> <p>Modélisation des modes de transmission (MdT)</p> <p>Cas d'investissement</p>	<p>https://aidsinfo.unaids.org</p> <p>https://www.cdc.gov/globalhivtb/what-we-do/phia/phia.html</p> <p>https://www.aidsdatahub.org/taxonomy/term/268</p> <p>https://www.unaids.org/en/data-analysis/datatools/incidenceby-modesoftransmission</p> <p>https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2359_investing-for-results_fr_1.pdf</p>	<p>Données sur l'incidence et la prévalence du VIH, la couverture des services et la mortalité.</p> <p>Enquête auprès des ménages représentatifs au niveau national pour évaluer l'état actuel et l'efficacité des programmes nationaux en vue de contrôler l'épidémie de VIH.</p> <p>L'IBBS est une enquête de population qui recueille des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, le type de partenaires sexuels et les comportements sexuels à risque.</p> <p>Le tableur MdT permet de calculer le nombre attendu de nouvelles infections par an sur la base d'une description de la distribution actuelle des infections et des schémas de risque au sein d'une population.</p> <p>L'outil d'investissement axé sur les personnes est conçu pour aider à guider les priorités d'investissement qui sont rentables, efficaces et produisent un impact maximal.</p>	<p>Sexe, âge, populations clés.</p> <p>Sexe, âge, populations clés, richesse, urbain/rural, ethnicité.</p> <p>Sexe, genre, âge, citoyenneté, éducation, religion, revenu, origine ethnique, état civil.</p> <p>Varie selon les pays.</p> <p>Varie selon les pays.</p>
Connaissances et actions				
<p>Connaissances (par exemple, pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement les deux</p>	<p>Suivi mondial du sida (GAM)</p> <p>IBBS</p>	<p>https://aidsinfo.unaids.org</p> <p>https://www.aidsdatahub.org/taxonomy/term/268</p>	<p>Données permettant de suivre les progrès réalisés dans le cadre de la déclaration politique sur le sida de 2021, y compris les</p>	<p>Genre, âge, populations clés.</p> <p>Varie, mais peut inclure des données provenant de différentes populations clés.</p>

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
<p>moyens de prévenir la transmission sexuelle du VIH et rejettent les principales idées fausses sur la transmission du VIH ; pensez-vous qu'une personne à l'apparence saine peut être infectée par le VIH, le virus qui cause le sida ?)</p> <p>Actions (par exemple, utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel)</p>			<p>résultats, les comportements et les expériences de discrimination liés au VIH.</p>	<p>Peut également inclure la situation géographique, l'âge, l'alphabétisation, l'état civil, la profession.</p>
Systèmes et services de santé				
<p>Expériences de discrimination dans les services</p>	<p>Engagements et moyens d'action nationaux (NCPI)</p> <p>Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH</p> <p>IBBS</p>	<p>https://lawsandpolicies.unaids.org/</p> <p>https://www.stigmaindex.org/</p> <p>https://www.aidsdatahub.org/taxonomy/term/268</p>	<p>Indicateurs juridiques et politiques ; disponibilité des services liés à la population clé (par exemple, réduction des risques, services dans les prisons).</p> <p>Développé pour être utilisé par et pour les personnes vivant avec le VIH, il s'agit d'un outil standardisé permettant de recueillir des preuves de l'impact de la stigmatisation et de la discrimination sur la vie des personnes vivant avec le VIH. Les rapports nationaux comprennent des données quantitatives sur les différentes dimensions de la stigmatisation et de la discrimination.</p>	<p>Ne s'applique pas.</p> <p>Varie mais peut inclure : le sexe, le genre, l'âge, le statut relationnel, l'éducation, la capacité à répondre aux besoins de base, le statut professionnel, l'appartenance autochtone, le handicap, l'ethnicité, le statut de réfugié, les personnes déplacées à l'intérieur du pays, l'incarcération. Le sexe est également combiné avec chacune des autres variables.</p> <p>Varie, mais peut inclure des données provenant de différentes populations clés. Peut également inclure la</p>

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
				situation géographique, l'âge, l'alphabétisation, l'état civil, la profession.
Médecins pour 10 000 habitants	Organisation mondiale de la santé OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)	Comprend les généralistes, les médecins spécialistes et les médecins non définis plus avant dans la zone nationale et/ou infranationale donnée.	Ne peut être ventilé
Infirmières pour 10 000 habitants	OMS	https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)	Nombre d'infirmiers et de sages-femmes. Comprend le personnel infirmier et le personnel sage-femme dans la zone nationale et/ou sous-nationale donnée.	Ne peut être ventilé
Dépenses	ONUSIDA	https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html	Le tableau de bord financier du VIH rassemble plus de 85 indicateurs différents sur les ressources financières du VIH en une seule plateforme. Les indicateurs inclus dans le tableau de bord sont une extension des données rapportées par le GAM.	Ne peut être ventilé
Dépenses personnelles (santé) Dépendance des donateurs pour la santé	OMS	https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en	Comprend 275 indicateurs sur les dépenses mondiales de santé, y compris les dépenses privées intérieures pour le VIH et le sida et les infections sexuellement transmissibles (IST), et la part des dépenses courantes de santé financées par des sources extérieures.	Ne peut être ventilé
Disponibilité et état de préparation du service	OMS	https://www.who.int/data/data-collection-tools/service-	Enquête systématique visant à générer un ensemble d'indicateurs de suivi de la	Données au niveau des établissements de santé

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
		availability-and-readiness-assessment-(sara)?ua=1	disponibilité et de l'état de préparation des services de santé. Disponibilité des services fait référence à la présence physique de la prestation de services, englobant les infrastructures de santé, le personnel de santé de base et l'utilisation des services.	
<i>Protection sociale</i>	Organisation internationale du travail (OIT)	https://ilostat.ilo.org/topics/social-protection/	Part de la population couverte par au moins une prestation de protection sociale.	Ne peut être ventilé par statut VIH
<i>Les services communautaires peuvent être fournis par des organisations de la société civile</i>	ICPN	https://lawsandpolicies.unaids.org/	Ces données comprennent un groupe d'indicateurs permettant d'évaluer la fourniture de services communautaires en matière de VIH.	Ne s'applique pas
Facteurs sociaux et structurels (comprend 10-10-10)				
Lois de protection Lois pénales Politiques	ICPN Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH Laboratoire sur les politiques en matière de VIH Évaluation de l'environnement juridique Évaluations de genre	https://lawsandpolicies.unaids.org/ https://www.stigmaindex.org/ https://oneill.law.georgetown.edu/projects/hiv-policy-lab/		

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
Stigmatisation et discrimination	ICPN Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH GAM	https://lawsandpolicies.unaids.org/ https://www.stigmaindex.org/ https://aidsinfo.unaids.org		
<i>Femmes victimes de la violence d'un partenaire intime</i>	GAM	https://aidsinfo.unaids.org	Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans qui sont ou ont été mariées ou en couple, et qui ont été victimes de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire masculin au cours des 12 derniers mois.	Âge, statut VIH (si disponible)
Sécurité alimentaire et nutrition	Organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)	https://www.fao.org/faostat/en/#data/FS	Suite d'indicateurs de niveau national relatifs à la sécurité alimentaire.	Ne peut être ventilé
Matrice de suivi des migrations-déplacements	Organisation internationale pour les migrations (OIM)	https://dtm.iom.int	Il s'agit d'un système de gestion de l'information qui collecte, analyse et diffuse régulièrement des informations essentielles sur la mobilité, les besoins et les vulnérabilités des populations déplacées et mobiles.	Ne s'applique pas
<i>Indice des conflits/urgences/états fragiles</i>	Le Fonds pour la paix	https://fragilestatesindex.org/	L'indice des États fragiles comprend 12 indicateurs de risque de conflit relatifs à la cohésion, à l'économie, à la politique et aux questions sociales et transversales afin de mesurer l'état d'un État à un moment donné.	Ne s'applique pas
Inégalités nationales				

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
<i>Indice de développement humain ajusté aux inégalités (IHD)</i>	Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)	http://hdr.undp.org/en/content/inequality-adjusted-human-development-index-ihdi	Cet indice calcule le coût des inégalités en termes de développement humain par pays.	Ne peut être ventilé
<i>Indice de Gini</i>	Banque mondiale	https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI	L'indice de Gini mesure la mesure dans laquelle la répartition des revenus (ou, dans certains cas, des dépenses de consommation) entre les individus ou les ménages au sein d'une économie s'écarte d'une répartition parfaitement égale. Un indice de Gini de 0 représente une égalité parfaite, tandis qu'un indice de 100 implique une inégalité parfaite.	Ne peut être ventilé
<i>Indice d'inégalité de genre</i>	PNUD	http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii	Construit sur le même cadre que l'IHDI, l'indice des inégalités de genre mesure les inégalités entre les sexes dans trois aspects importants du développement humain : la santé reproductive, l'autonomisation et le statut économique.	Ne peut être ventilé
<i>Cadre d'inégalité multidimensionnelle</i>	London School of Economics	https://sticerd.lse.ac.uk/inequality/get-started/default.asp	Le cadre des inégalités multidimensionnelles s'articule autour de sept domaines clés de la vie qui ont été identifiés comme essentiels pour bénéficier d'une bonne qualité de vie : la vie et la santé ; la sécurité physique et juridique ; l'éducation et l'apprentissage ; la sécurité financière et un travail digne ; des conditions de vie confortables, indépendantes et sûres ; la participation, l'influence et la voix ; et la vie individuelle, familiale et sociale.	Varie

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
<i>Recueil d'indicateurs sur l'égalité des sexes et le VIH</i>	Évaluation MEASURE	https://www.measureevaluation.org/resources/publications/m-13-82.html	Les indicateurs du recueil font partie d'indicateurs existants utilisés dans des études ou par des pays, ou bien ils ont été adaptés à partir d'indicateurs existants pour tenir compte de l'intersection entre le genre et le VIH. L'objectif est de fournir aux responsables de programmes, aux organisations et aux décideurs politiques un menu d'indicateurs pour mieux « connaître leur épidémie de VIH/connaître leur riposte » dans une perspective de genre.	Varie
Contexte national				
<i>Catégorie de revenu</i>	Banque mondiale	https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html	La Banque mondiale classe les économies à des fins d'analyse en quatre groupes de revenus : revenus faibles, moyens inférieurs, moyens supérieurs et élevés. Pour ce faire, elle utilise les données du revenu national brut (RNB) par habitant en dollars américains.	Ne s'applique pas
Ratifications des traités relatifs aux droits de l'homme	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH)	https://indicators.ohchr.org	Des données sont compilées sur les traités que chaque pays a signés ou ratifiés, avec les réserves éventuelles. Il donne un aperçu des engagements nationaux en matière de droits de l'homme.	Ne s'applique pas
Observations finales et recommandations de l'organe de surveillance des traités	HCDH	https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en	Base de données de tous les travaux des organes de traités de l'ONU, y compris les rapports soumis par les pays et les réponses, observations finales et recommandations des organes de traités. Ils donnent un aperçu des	Ne s'applique pas

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
			progrès réalisés dans la mise en œuvre du traité et des sujets de préoccupation.	
Base de données des indicateurs des Objectifs de développement durable (ODD)	Département des affaires économiques et sociales des Nations unies (ONU DAES)	https://unstats.un.org/sdgs/dataportal	Données sur chaque ODD, y compris, par exemple, la pauvreté multidimensionnelle (ODD1), l'éducation (ODD4), les expériences de discrimination (ODD10) et la couverture de la protection sociale (ODD13).	Ne peut être ventilé
Enquête démographique et de santé (DHS)	USAID/ICF	https://dhsprogram.com	Enquête auprès des ménages pour obtenir des données représentatives au niveau national sur la population, la santé, le VIH et la nutrition.	La ventilation se fait par âge, genre, richesse, rural/urbain, districts et ethnicité
Enquête en grappes à indicateurs multiples	UNICEF	https://mics.unicef.org	Enquête auprès des ménages portant sur des données représentatives au niveau national et portant principalement sur les questions qui affectent directement la vie des enfants et des femmes.	La ventilation se fait par âge, sexe, richesse, géographie et ethnicité
<i>Bilan en termes de droits de l'homme</i>	Université d'Oxford	https://ourworldindata.org/human-rights	Ces bilans indiquent dans quelle mesure l'intégrité physique des citoyens est protégée contre les assassinats commis par le gouvernement, la torture, les emprisonnements politiques, les exécutions extrajudiciaires, les massacres et les disparitions. Des scores plus élevés signifient que ces abus sont moins nombreux.	Ne peut être ventilé
<i>Catégorie Civicus</i>	Civicus	https://www.civicus.org/index.php/what-we-do/innovate/civicus-monitor	Le « CIVICUS Monitor » est un outil de recherche qui fournit des données en temps quasi réel sur l'état de la société civile et des libertés civiques dans 196 pays. Les flux de données alimentent les pages et les mises à	Populations à risque

Données	Source(s) de données potentielle(s)	Site Web	Description de l'ensemble de données/indicateur	Types de ventilation
			jour de chaque pays, qui fournissent des informations vérifiées et actualisées sur l'état de la liberté d'association, de réunion pacifique et d'expression.	
<i>Indice de sécurité sanitaire mondiale</i>	NTI	https://www.ghsindex.org/	L'indice mondial de sécurité sanitaire est une évaluation et une analyse comparative de la sécurité sanitaire et des capacités connexes dans 195 pays. Elle évalue la sécurité sanitaire dans le contexte d'autres facteurs essentiels à la lutte contre les épidémies, tels que les risques politiques et sécuritaires, la force générale du système de santé et l'adhésion du pays aux normes mondiales.	Par catégorie

Annexe 3. Qui est laissé pour compte dans les efforts visant à mettre fin au sida ?

Cette section donne un aperçu de certaines informations connues sur les groupes généralement considérés plus particulièrement laissés pour compte dans les ripostes actuelles au VIH. Chaque individu peut appartenir à plusieurs de ces groupes à la fois, et cela peut changer avec le temps. Les populations prioritaires les plus susceptibles de connaître des vulnérabilités liées au VIH et des résultats inégaux varieront également d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays en fonction des contextes épidémiologique, juridique, économique, social, culturel, sexospécifique et politique. Situer ces vulnérabilités dans le cadre d'une dynamique de pouvoir inégale, comprendre la complexité des identités et des comportements superposés, et la façon dont ils évoluent dans le temps, peut aider à identifier les domaines dans lesquels des efforts ciblés sont nécessaires à un niveau plus granulaire afin d'atteindre les personnes laissées pour compte avec des informations et des services liés au VIH. Pour le Programme commun, cela peut aider à informer les activités appropriées pour soutenir les pays et les communautés. Pour toutes les populations prioritaires identifiées, il reste essentiel de tenir compte de la nature hétérogène et dynamique des individus, car les identités individuelles sont multifformes et évolutives. Parmi les nombreux facteurs qui façonnent les inégalités liées au VIH dont souffrent les populations prioritaires identifiées, certains sont abordés plus loin dans ce cadre.

Vous trouverez ci-dessous des informations pertinentes concernant certaines populations prioritaires autres que les femmes et les filles et les populations clés identifiées. Ces populations prioritaires supplémentaires ont été identifiées par le Programme commun comme étant généralement plus exposées au risque d'infection par le VIH et moins susceptibles d'avoir accès à des services complets de prévention, de traitement et de soins du VIH que la population générale.

Autres populations prioritaires

Si mettre fin au sida d'ici à 2030 exige de continuer à se concentrer sur les populations clés, d'autres populations supportent également une charge importante d'infections à VIH dans certains endroits et qui risquent d'être laissées pour compte. En Afrique orientale et australe, par exemple, seulement 32 % des nouvelles infections en 2020 ont été identifiées parmi les populations clés reconnues et leurs partenaires sexuels (70).

Dans toutes les régions, l'identification des populations prioritaires est très contextuelle et nécessite un examen attentif des personnes qui font partie d'un même groupe ou d'un groupe différent. Par exemple, même au sein des populations clés identifiées, les personnes qui peuvent être exposées à un risque élevé de VIH comprennent : les femmes et les adolescentes et leurs partenaires masculins ; les personnes en prison et autres milieux fermés ; les jeunes ; les enfants ; les personnes handicapées ; les minorités ethniques ; les personnes en situation de conflit ou d'urgence humanitaire, y compris les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ; les migrants ; les personnes en uniforme ; les peuples autochtones ; et les personnes vivant dans la pauvreté (21). Cette liste se prête également aux inégalités croisées, car les personnes peuvent appartenir simultanément à une, plusieurs ou même la plupart de ces

catégories. D'autres groupes peuvent également connaître de moins bons résultats après une infection par le VIH en raison des difficultés particulières d'accès aux services de dépistage et de traitement, et ils peuvent présenter un risque plus élevé de comorbidités. Cela inclut les personnes âgées vivant avec le VIH, qui peuvent ou non faire partie de l'une des populations évoquées.

Les descriptions de population suivantes sont destinées à servir de ressource non exhaustive lorsqu'il s'agit de déterminer qui est laissé pour compte dans les progrès réalisés pour mettre fin au sida, sachant que chaque individu peut appartenir à plusieurs de ces catégories à la fois. Bien que de nombreuses populations puissent mériter une attention particulière afin de révéler et de traiter les inégalités liées au VIH dans un contexte donné, les descriptions ci-dessous offrent des informations de base sur certaines des populations prioritaires qui devraient être systématiquement prises en compte lors de l'analyse situationnelle des inégalités liées au VIH, un processus présenté ci-dessus dans la section « Comment appliquer le prisme des inégalités : application pratique de la théorie » et détaillé dans le guide pratique. Lorsque des données relatives au VIH sont disponibles pour ces populations, la compréhension peut rester limitée dans les cas où la ventilation est limitée et incohérente ; par exemple, les données peuvent être ventilées par genre mais pas par âge, ou par emplacement géographique mais pas par ethnie.

Les enfants et les jeunes continuent de souffrir de lacunes importantes en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. En 2021, seuls 52 % des enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiqués, et seuls 41 % des enfants vivant avec le VIH sont sous suppression virale (8). Parmi les enfants qui ne sont pas sous traitement, 60 % sont âgés de 5 à 14 ans. Souvent, les termes « enfants », « jeunes » ou « adolescents » sont utilisés sans définir plus précisément qui fait partie de cette catégorie (71). Globalement, par rapport aux adultes, les adolescents vivant avec le VIH (âgés de 10 à 19 ans) sont moins susceptibles de connaître leur statut VIH, de recevoir une thérapie antirétrovirale et d'obtenir une suppression virale (25). Parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans, les filles sont beaucoup plus exposées au risque d'infection par le VIH et beaucoup plus susceptibles de vivre avec le VIH que leurs homologues masculins. Des baisses significatives des nouvelles infections chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) ont été enregistrées au cours de la dernière décennie, en particulier en Afrique orientale et australe. Cependant, dans la plupart des pays, les progrès ont été assez limités parmi les jeunes populations clés, qui représentent 20 à 40 % des nouvelles infections à VIH parmi les populations clés (25, 44).

En dehors de l'Afrique subsaharienne, les hommes et les garçons (âgés de 15 à 49 ans) représentaient 65 % des nouvelles HIV infections en 2021 (8). À l'échelle mondiale, il y a plus d'hommes que de femmes au sein des populations clés, et parmi leurs partenaires sexuels, les hommes sont moins susceptibles que les femmes d'accéder aux services de dépistage et de traitement du VIH - malgré ces chiffres et l'attention portée à ces populations. L'écart de dépistage et de traitement entre les hommes et les femmes vivant avec le VIH est frappant. Au niveau mondial, en 2021, les hommes vivant avec le VIH étaient moins susceptibles de recevoir une thérapie antirétrovirale que les femmes vivant avec le VIH : alors que 80 % des femmes vivant avec le VIH recevaient une thérapie antirétrovirale en 2021, seuls 70 % des hommes vivant avec le VIH accédaient à un traitement (8). De même, les taux de suppression virale sont nettement plus élevés chez les femmes vivant avec le VIH au niveau mondial (74 %) que chez les hommes vivant avec le VIH (65 %) (8). Là encore, les différences entre les hommes et les garçons, qui sont confrontés à différentes formes d'inégalités entre eux, restent à explorer pleinement.

Les personnes emprisonnées sont 7,2 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH par rapport aux adultes de la population générale. Par rapport aux autres femmes, les femmes en prison sont cinq fois plus susceptibles de vivre avec le VIH. Sur les quelque 11 millions de personnes détenues dans les prisons, 4,2 % d'entre elles vivaient avec le VIH en 2020. Outre le VIH, on sait que les personnes vivant dans les prisons et autres milieux fermés présentent une prévalence élevée d'infections par l'hépatite B, l'hépatite C et la tuberculose. On sait que les détenus transgenres sont particulièrement vulnérables : lorsque les personnes transgenres sont détenues en fonction du sexe qui leur a été assigné à la naissance, elles sont particulièrement exposées aux viols et aux agressions sexuelles (72).

Quelque 15 % de la population mondiale vit avec un handicap quelconque (73). Les personnes handicapées sont plus susceptibles de connaître des vulnérabilités croisées qui les exposent à un risque accru d'infection par le VIH que les personnes non handicapées. Les facteurs de risque peuvent inclure la pauvreté, une vulnérabilité accrue à la violence et un accès limité aux services sociaux tels que l'éducation et les soins de santé (73). En 2014, la prévalence de la violence à l'égard des personnes handicapées, quelle qu'en soit la nature, était 1,3 fois plus élevée qu'à l'égard des personnes non handicapées ; les enfants handicapés subissent des violences à un taux 3,7 fois plus élevé que leurs pairs (74). L'inégalité entre les sexes aggrave également la vulnérabilité au VIH et les résultats inégaux que connaissent les femmes et les filles handicapées, dont on sait qu'elles ont un niveau d'éducation plus faible et qu'elles sont confrontées à des taux plus élevés de pauvreté, d'insécurité des moyens de subsistance et de violence sexuelle que les femmes non handicapées et les hommes handicapés (75).

Dans certains contextes, les minorités ethniques représentent un pourcentage disproportionné des nouvelles infections à VIH et ont des résultats de traitement nettement moins bons. Aux États-Unis d'Amérique, les Noirs – qui représentent 13 % de la population du pays – ont représenté 41 % des nouvelles infections à VIH en 2019 (76). Les populations mobiles – y compris les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur d'un pays – ne connaissent pas toujours des taux d'infection à VIH plus élevés que les autres populations locales dans leur contexte, mais la migration peut accroître la vulnérabilité individuelle à l'infection, restreindre l'accès aux services VIH et aggraver les résultats du VIH (35). Outre les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur du pays, d'autres populations touchées par la crise représentent une proportion croissante de personnes vivant avec le VIH. Par exemple, de 2013 à 2016, le ratio de personnes vivant avec le VIH touchées par une urgence humanitaire est passé de 1 sur 20 à 1 sur 14, et le nombre global de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire et d'une protection a continué d'augmenter (77, 78). On estime que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH qui ont été touchées par une urgence humanitaire n'ont pas accès à la thérapie antirétrovirale (79). Les femmes sont confrontées à un risque accru de VIH dans les situations d'urgence humanitaire en raison de l'impact dévastateur de la violence sexuelle et basée sur le genre (51). Les personnes vivant dans des zones affectées par le climat et/ou des situations de conflit peuvent également être confrontées à une myriade de difficultés pour accéder aux services de prévention, de traitement ou de soins, et ces difficultés peuvent être aussi dynamiques et fluides que les crises à proprement parler. La manière dont l'ethnicité, le statut migratoire et la présence dans un contexte humanitaire ou de conflit s'entrecroisent avec d'autres formes de discrimination et d'inégalité reste à examiner systématiquement.

L'identification de l'endroit où se trouvent les personnes qui subissent des inégalités en matière de risque de VIH et de résultats va au-delà des ventilations régionales ou même nationales. Il est néanmoins important de noter les grandes disparités spatiales entre les taux d'infection à VIH : 54 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde vivent dans la région de l'Afrique orientale

et australe, bien que celle-ci ne représente que 6,2 % de la population mondiale (46). Au niveau national ou infranational, des désavantages spécifiques peuvent augmenter le risque de VIH pour les personnes vivant dans les zones rurales à un endroit donné, et d'autres désavantages pour les pauvres des zones urbaines à quelques kilomètres de là. L'urbanisation peut modifier les schémas des inégalités liées au VIH au fil du temps. Des inégalités spatiales existent également entre les régions industrialisées et non industrialisées et entre les régions centrales et éloignées en ce qui concerne les différentes dimensions des services de santé et de protection sociale.

Les populations prioritaires peuvent être très mobiles, comme les migrants économiques en transit ; elles peuvent aussi se trouver à l'extrême opposé, comme les personnes confinées dans des prisons ou d'autres lieux fermés (1). La vulnérabilité des personnes au VIH n'est pas statique, de sorte que l'identification et le soutien des personnes laissées pour compte nécessitent un suivi et une évaluation réguliers.

Autres facteurs

La liste ci-dessus des populations susceptibles d'être confrontées à des inégalités liées au VIH ne se veut pas exhaustive ; elle vise plutôt à encourager un regard plus large au sein, à travers et au-delà des populations clés reconnues, et à aider à identifier les facteurs supplémentaires autour desquels les inégalités liées au VIH apparaissent et qui peuvent être spécifiques à un contexte donné. Selon le contexte, ces facteurs supplémentaires peuvent inclure la caste, la classe, la religion et d'autres facteurs. Il sera important de déterminer comment les différentes populations sont affectées par ces types de facteurs et de veiller à ce qu'elles soient dûment prises en compte dans le processus de compréhension des inégalités liées au VIH et de conception de stratégies pour y remédier.

Annexe 4. Lutte contre les inégalités liées au VIH et soins de santé universels : explorer les synergies

Fin 2019, 15,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde n'avaient pas supprimé leur charge virale en raison de lacunes dans la cascade de dépistage et de traitement, ce qui met leur santé en danger et facilite la propagation du VIH. (1). La couverture sanitaire universelle signifie que « tous les individus ont accès aux services de santé dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin, sans avoir à supporter de difficultés financières » (80). L'attention portée à chacune des trois dimensions de la couverture sanitaire universelle – couverture, qualité et protection contre les difficultés financières – peut contribuer à réduire les lacunes des services liés au VIH et donc les inégalités liées au VIH. À son tour, la lutte contre les inégalités liées au VIH peut contribuer à la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Cette relation est explorée ci-dessous, avec un accent particulier sur le rôle des systèmes de santé dans la réduction des inégalités liées au VIH et la promotion de la couverture sanitaire universelle.

Accès

Des zones géographiques difficiles limitent la pénétration des services liés au VIH dans certaines régions. Il peut s'agir de terrains montagneux, d'archipels ou de voies navigables qui constituent le seul point d'accès à une zone donnée, ou simplement des défis associés à de vastes zones et à des populations dispersées. Cela limite à son tour l'accès aux services pour les personnes de ces régions. Les coûts associés à la fourniture de services dans ces zones peuvent être considérés comme prohibitifs, mais dans le souci de ne laisser personne de côté, il reste essentiel de trouver des moyens d'offrir des services aux populations, où qu'elles vivent. Pour ce faire, il faudra peut-être faire preuve de créativité afin de minimiser les coûts, par exemple en distribuant la thérapie antirétrovirale sur plusieurs mois, en encourageant l'autodiagnostic du VIH (avec un lien vers les soins), ou en assurant l'éducation sexuelle et la distribution de préservatifs au sein des communautés.

Pour garantir l'accès, il faut également fournir une gamme appropriée de services, y compris pour le VIH. Dans certains endroits, cependant, certains services peuvent ne pas être systématiquement disponibles, comme les tests de diagnostic, les tests de charge virale, le diagnostic précoce chez le nourrisson ou la thérapie antirétrovirale. Pour lutter contre les inégalités liées au VIH, il est essentiel de mettre à la disposition de tous ceux qui en ont besoin l'ensemble des services requis en matière de VIH. Il est important d'évaluer la disponibilité dans les zones géographiques pour identifier les zones mal desservies et se concentrer sur des groupes de population particuliers.

On a constaté que l'accès inadéquat aux soins prénatals entrave l'utilisation des services de prévention chez les femmes enceintes vivant avec le VIH. Dans le monde, environ 60 % seulement des femmes enceintes reçoivent le niveau recommandé de services de soins prénatals, et beaucoup d'entre elles commencent à recevoir des soins prénatals tardivement, ce qui peut entraver la possibilité d'un diagnostic précoce du VIH et d'une suppression virale avant l'accouchement (25). En 2018, 82 % des femmes enceintes vivant avec le VIH utilisaient un

traitement antirétroviral (81). On sait que la disponibilité limitée du dépistage pédiatrique du VIH est une raison essentielle de la faible couverture du traitement chez les enfants. Environ 50 % des enfants vivant avec le VIH sont diagnostiqués par les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais les tests pédiatriques disponibles au-delà sont limités pour identifier, par exemple, les nourrissons qui contractent le VIH pendant l'allaitement plus de six semaines après la naissance (25).

Dans le monde entier, d'importants services liés au VIH sont disponibles de manière inégale ou totalement absents. Par exemple, les services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues sont rarement disponibles à grande échelle. La disponibilité des interventions en matière de VIH adaptées aux personnes qui se livrent au commerce du sexe ou aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est encore faible, y compris dans de nombreux pays à revenu élevé, et la situation est encore pire en ce qui concerne les interventions adaptées au soutien des personnes transgenres (8). Les personnes en prison et dans d'autres milieux fermés ne bénéficient souvent pas de services liés au VIH, malgré la facilité relative de les atteindre, et l'accès des personnes vivant avec le VIH est souvent interrompu lors de l'admission, du transfert et de la libération de la prison (1).

Les services adaptés aux adolescents sont une composante essentielle des services liés au VIH, mais ils sont souvent relégués au second plan, notamment lorsque les normes juridiques ou culturelles considèrent l'activité sexuelle des adolescents comme inacceptable. Dans certains endroits, les adolescentes vivant avec le VIH sont moins susceptibles que les femmes plus âgées vivant avec le VIH d'avoir été diagnostiquées, et elles sont également moins susceptibles de recevoir une thérapie antirétrovirale (82).

Très peu d'établissements de santé sont conçus pour faciliter l'accès des personnes handicapées, alors qu'il s'agit d'une exigence pour garantir l'accès aux services pour tous. Au-delà de l'accès physique aux bâtiments, cela englobe également les mesures d'accessibilité, telles que la création de documents écrits en braille et la mise à disposition d'interprètes en langue des signes, qui sont rarement incluses dans les services VIH. En outre, les services ne sont souvent pas fournis dans les langues minoritaires d'un pays, ce qui peut limiter l'accès aux migrants et aux réfugiés, aux personnes déplacées à l'intérieur du pays et aux populations autochtones.

Qualité

Il est bien connu que pour que les services soient efficaces, ils doivent être de bonne qualité. La fourniture de services de qualité englobe la qualité des soins biomédicaux fournis, ainsi que l'expérience de l'utilisateur en matière de soins. Lorsque les temps d'attente sont longs, que les médicaments sont en rupture de stock, que les agents de santé manquent de respect aux clients et que les rendez-vous sont trop bâclés pour que les clients puissent poser des questions, la qualité est compromise. Le défaut de qualité perçue (y compris le manque de confidentialité) et les lacunes dans la capacité des agents de santé à fournir des services appropriés à toutes les populations sont des facteurs reconnus pour affecter la qualité des soins, en particulier pour les populations clés.

Lorsque les clients ne sont pas traités avec dignité ou qu'ils sont victimes de dénigrement, de mépris ou de discrimination, il est peu probable qu'ils trouvent les services acceptables, ce qui peut affecter leur volonté de rester engagés dans les soins. Comme nous l'avons vu plus haut, la crainte ou l'expérience de la discrimination par les agents de santé – qu'elle soit liée à la

séropositivité, à l'âge, à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre ou à toute autre raison – constitue un obstacle majeur à l'acceptation, à l'accès et à l'utilisation des services.

Des inégalités dans l'accès aux traitements et dans leurs résultats apparaissent lorsque les services ne répondent pas spécifiquement aux besoins des populations défavorisées qui ne sont pas bien desservies par les services de santé traditionnels. Ce qui est acceptable ne se présente pas de la même manière pour tout le monde, et il est fréquent que des approches et un soutien différenciés ne soient pas mis en place pour garantir l'adéquation et la continuité des soins pour toutes les populations.

Protection contre les difficultés financières

Les frais d'utilisation liés aux services liés au VIH – ainsi qu'à leurs services « nourriciers », tels que les soins prénatals ou les cliniques de tuberculose – réduisent l'accessibilité des services, même s'ils sont disponibles. Tout frais lié aux tests de laboratoire, aux images diagnostiques ou aux médicaments peut limiter l'accessibilité financière des services liés au VIH, créant ainsi des difficultés financières et entravant les progrès vers la couverture sanitaire universelle.

Le fondement juridique de l'attention portée à chaque dimension de la couverture sanitaire universelle se trouve dans le droit à la santé : la couverture est englobée par la disponibilité et l'accessibilité, la qualité est couverte par l'acceptabilité et la qualité, et le fait d'éviter une catastrophe financière correspond à l'aspect abordable de l'accessibilité (26).

ONUSIDA
20 Avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org