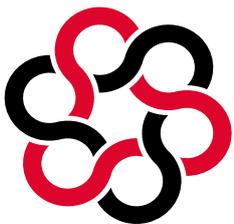


L'HOMME AU CŒUR
DE LA LUTTE CONTRE LES **PANDÉMIES**



RAPPORT DE LA JOURNÉE MONDIALE
DE LUTTE CONTRE LE SIDA | **2020**



Crédit photo pour la couverture : ONUSIDA/C. Matonhodze

SOMMAIRE

Avant-propos
de la
Directrice exécutive

2

03
Répondre à la
COVID-19 et en tirer
des enseignements

27

01
Introduction
et
résumé

5

04
Objectifs de mortalité
due au sida
à l'horizon 2025

43

02
L'héritage de la mise
en œuvre accélérée
- succès et lacunes

13

05
Atteindre
les
objectifs

71

AVANT-PROPOS

La Journée mondiale de lutte contre le sida de cette année est très différente des précédentes. La COVID-19 a amplifié et aggravé les profondes inégalités dont souffrent nos sociétés. Elle montre à quel point la santé mondiale et l'économie mondiale sont étroitement liées. Des années d'échec collectif à investir suffisamment dans des soins de santé complets, fondés sur les droits et centrés sur l'être humain ont mis le monde en grand danger.

La pandémie de COVID-19 a des effets considérables sur les systèmes de santé et les autres services publics. Dans de nombreux pays, les services liés au VIH ont été interrompus et les chaînes d'approvisionnement en produits essentiels sont mises à rude épreuve. Dans le monde entier, le nombre de personnes qui reçoivent un test VIH et le nombre de personnes vivant avec le VIH qui commencent un traitement diminuent.

Comme le montre ce rapport, la riposte mondiale au VIH était déjà mal engagée, mais la pandémie de COVID-19 l'a fait reculer encore davantage. Les objectifs d'accélération, qui arrivent à échéance à la fin de cette année, ne seront pas atteints. Trente-huit millions de personnes vivent avec le VIH et, parmi elles, plus de 12 millions sont en attente d'un traitement contre le VIH qui pourrait leur sauver la vie. En 2019, 1,7 million de personnes ont été infectées par le VIH et 690 000 personnes sont mortes de maladies liées au sida.

Les investissements dans la riposte au VIH et les enseignements tirés de la manière dont les communautés se mobilisent contre le VIH ont renforcé la riposte à la COVID-19. Au cours de l'année écoulée, les activistes et les communautés engagées dans la riposte au VIH se sont mobilisés pour défendre les acquis de la riposte au sida, pour protéger les personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes vulnérables et pour repousser le coronavirus. Ils ont milité pour la distribution de traitements contre le VIH sur plusieurs mois, organisé des livraisons de médicaments à domicile et fourni une aide financière, de la nourriture et un abri aux groupes à risque.

Si les systèmes de santé et les filets de sécurité sociale avaient été plus solides, le monde aurait été mieux préparé pour ralentir la propagation de la COVID-19

et résister à son impact. Nous devons tirer les leçons des erreurs du passé, et les enseignements de la riposte à la COVID-19 doivent nous pousser à accélérer nos efforts pour faire de la couverture sanitaire universelle une réalité mondiale.

Et il y a de l'espoir. Des vaccins prometteurs contre la COVID-19 sont en train de voir le jour. Mais nous devons veiller à ce que ces nouveaux vaccins ne soient pas le privilège des riches. C'est pourquoi l'ONUSIDA et ses partenaires appellent à la mise en place d'un « vaccin universel » : un vaccin auquel chacun peut accéder gratuitement, où qu'il vive.

Pour remettre la riposte mondiale au VIH sur les rails et tirer parti des progrès réalisés jusqu'à présent, l'ONUSIDA propose une nouvelle série d'objectifs pour 2025 qui, s'ils sont atteints, rendront possible l'objectif de développement durable 3.3 : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Ces objectifs sont holistiques et axés sur une couverture élevée des services liés au VIH et des services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur la suppression des lois et politiques néfastes et sur la réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Ces objectifs s'attaquent aux inégalités sur lesquelles le VIH, la COVID-19 et d'autres pandémies se développent et placent les personnes au centre, en particulier les personnes les plus exposées et les plus marginalisées : jeunes femmes et filles, adolescents, travailleurs du sexe, personnes transgenres, consommateurs de drogues injectables, hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. La réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies de juin 2021 sera un moment clé pour les États membres, qui devront se réengager et se remobiliser pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique.

Mettre fin à l'épidémie de sida implique de combler les lacunes et de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte. La riposte au VIH est foncièrement une question d'inégalités : pour mettre fin à l'épidémie de sida, nous



devons mettre fin aux inégalités. Si, au cours des cinq prochaines années, nous atteignons ces nouveaux objectifs, mettre fin aux inégalités dans le traitement et la prévention du VIH et réduire la stigmatisation et la discrimination qui freinent la riposte au VIH, le monde sera en bonne voie pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.

Aucun pays ne peut vaincre à lui seul les pandémies de VIH et de COVID-19 qui s'entrechoquent. Ces défis mondiaux ne peuvent être relevés que par la solidarité mondiale et le partage des responsabilités. Cela nous oblige à faire preuve d'audace, à tirer parti de nos succès et à apprendre de nos échecs. C'est aussi l'occasion pour nous de nous réinventer et de construire un avenir meilleur. Un monde où la santé n'est plus un privilège, mais un droit humain, pour chacun d'entre nous. Un monde dans lequel nous sommes à nouveau sur la bonne voie pour mettre fin aux inégalités et aux injustices qui continuent d'alimenter l'épidémie de sida.

Winnie Byanyima

Directrice exécutive de l'ONUSIDA



01

INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

Les efforts collectifs mondiaux qui placent l'homme au cœur des stratégies peuvent profiter de la crise de la COVID-19 pour lutter contre le VIH.

Cinq ans après l'engagement mondial d'accélérer la lutte contre le VIH et de mettre fin au sida d'ici à 2030, le monde est sur la mauvaise voie. Trop peu de pays ont tenu leur promesse de poursuivre sur la lancée créée au cours de la première décennie du XXI^e siècle en concentrant les investissements et en accélérant la fourniture de services liés au VIH. Les progrès importants réalisés dans les régions les plus touchées d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes ont été contrebalancés par la montée des épidémies en Amérique latine, en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Ces succès et ces échecs combinés se traduisent par des progrès beaucoup trop lents au niveau mondial. Les étapes convenues pour 2020 n'ont pas été atteintes et le chiffre de près de 700 000 décès liés au sida, et environ 1,7 million de nouvelles infections par le VIH en 2019, est inacceptable alors que des traitements et des options de prévention efficaces sont abordables et facilement disponibles.

L'insuffisance des investissements et des mesures prises pour lutter contre le VIH et d'autres pandémies de longue durée a également exposé le monde à une nouvelle menace sanitaire mondiale : la COVID-19. Si les systèmes de santé et les filets de sécurité sociale avaient été encore plus solides, le monde aurait été mieux préparé pour ralentir la propagation du nouveau coronavirus et résister à son impact.

La nécessité d'une action décisive contre les pandémies mortelles n'a jamais été aussi évidente. L'humanité doit tenir compte de cette dernière mise en garde pour accorder une attention beaucoup plus grande à la mise en place d'une capacité de réaction mondiale à la pandémie et au respect du droit à la santé. Il existe une base solide sur laquelle s'appuyer. L'architecture, les ressources humaines et l'expérience de la lutte contre le VIH sont riches en enseignements. Les approches pour la prévention et le contrôle des maladies infectieuses centrées sur les personnes, depuis longtemps réclamées par les personnes vivant avec le VIH et d'autres militants de la société civile, sont accélérées pour surmonter les obstacles et autres perturbations. Les efforts collectifs mondiaux donnant la priorité aux personnes peuvent transformer la crise liée à la COVID-19 en une opportunité d'accélérer la réponse au VIH et les efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle et les objectifs de développement durable (SDG).

Remettre la lutte sur les rails

Pour remettre la lutte contre le VIH sur les rails, il faut fixer de nouveaux objectifs intermédiaires qui puissent établir un lien entre le présent et l'engagement de mettre fin à l'épidémie de sida qui figure dans l'Agenda 2030 pour le développement durable. L'ONUSIDA a avec ses partenaires examiné les données disponibles et élaboré une série d'objectifs proposés pour 2025 qui, s'ils sont atteints, rendront possible l'objectif de 2030. Le cadre d'investissement qui a servi de base aux précédents exercices de fixation d'objectifs a été mis à jour pour servir de cadre aux objectifs de 2025.

Une série de consultations techniques avec des experts et des parties prenantes a été organisée dans différents domaines de la lutte. Ces consultations ont permis d'examiner les données et de déterminer ce qui fonctionne actuellement et doit être poursuivi, ce qui ne fonctionne pas et qui doit changer, et quelles sont les principales lacunes à traiter. Une équipe d'experts en modélisation épidémiologique a été constituée pour projeter l'impact de diverses approches et combinaisons de services.

Ce processus a permis de déterminer que pour réduire considérablement le nombre d'infections par le VIH et de décès liés au sida, il faut fournir une combinaison de services de base qui se sont avérés efficaces, comme les multiples options de prévention du VIH, le dépistage du VIH, la thérapie antirétrovirale et le soutien pour atteindre et maintenir la suppression virale, à des pourcentages très élevés de personnes vivant avec le VIH et de personnes présentant le plus grand risque d'infection.

De plus en plus d'éléments montrent que pour obtenir une couverture élevée de ces services, il faut à la fois des conditions sociétales favorables et des stratégies de prestation de services centrées sur les personnes qui intègrent d'autres services sanitaires et sociaux importants. C'est pourquoi les objectifs proposés pour 2025 accordent une place beaucoup plus importante aux facilitateurs de la société et des services. Les effets de l'environnement juridique et politique, de l'inégalité entre les sexes, ainsi que de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH ont été inclus dans le modèle épidémiologique utilisé pour estimer l'impact. Le modèle montre comment les barrières sociétales et juridiques entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH, et comment la suppression de ces barrières est essentielle pour atteindre les objectifs de lutte contre la pandémie.

Des objectifs pour 2025 centrés sur les personnes

Les objectifs 2025 proposés concernant le sida se divisent en trois catégories :

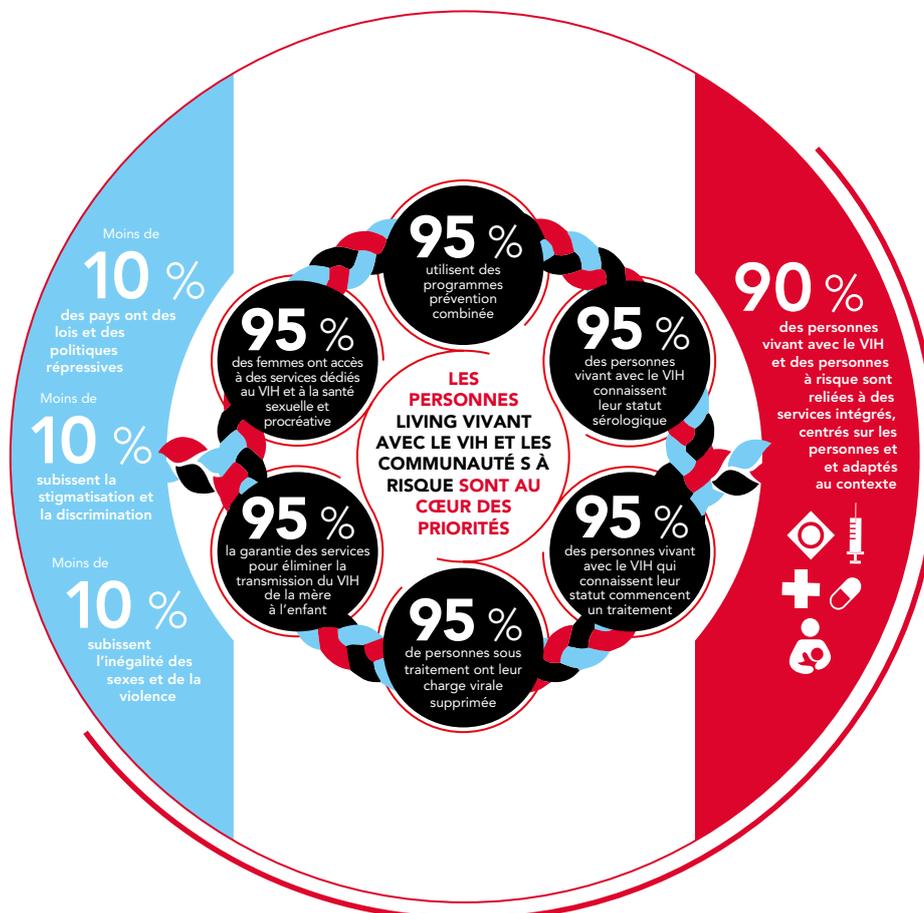
1. Services globaux liés au VIH.
2. Intégration de services centrés sur les personnes et adaptés au contexte.
3. Suppression des obstacles sociétaux et juridiques à un environnement favorable aux services de lutte contre le VIH.

Ces trois zones sont liées et se renforcent mutuellement comme les tresses d'une corde, se combinant pour créer un ensemble plus fort que les éléments individuels (Illustration 1). Au centre de ces objectifs se trouvent les personnes vivant avec le VIH et les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Les objectifs de 2025 en matière de sida s'inscrivent également dans le cadre plus large du programme mondial de santé et de développement, et des éléments essentiels de ce programme recourent les trois domaines cibles.

Les objectifs ont été conçus pour refléter la nécessité de concevoir et de fournir expressément des services qui répondent aux besoins et aux préférences des personnes qui sont souvent marginalisées par la société. Dans les domaines de la lutte où les progrès

ILLUSTRATION 1

Objectifs principaux pour 2025



sont lents, les communautés sont souvent l'ingrédient manquant pour faire face aux goulots d'étranglement et accélérer les progrès : elles fournissent des services essentiels, atteignent ceux qui sont souvent mal desservis par les établissements de santé, encouragent la redevabilité envers les résultats, plaident en faveur des changements nécessaires et informent les efforts visant à rendre les services véritablement centrés sur les personnes. Pour combler ce fossé, il est nécessaire que ces communautés s'engagent pleinement en tant que leaders et partenaires essentiels dans la lutte contre le VIH, et qu'elles bénéficient d'un investissement financier suffisant dans les actions menées par les communautés et d'une intégration totale dans les programmes nationaux.

Pour atteindre les objectifs de 2025, il faudra également faire preuve d'ouverture à l'innovation et s'engager à

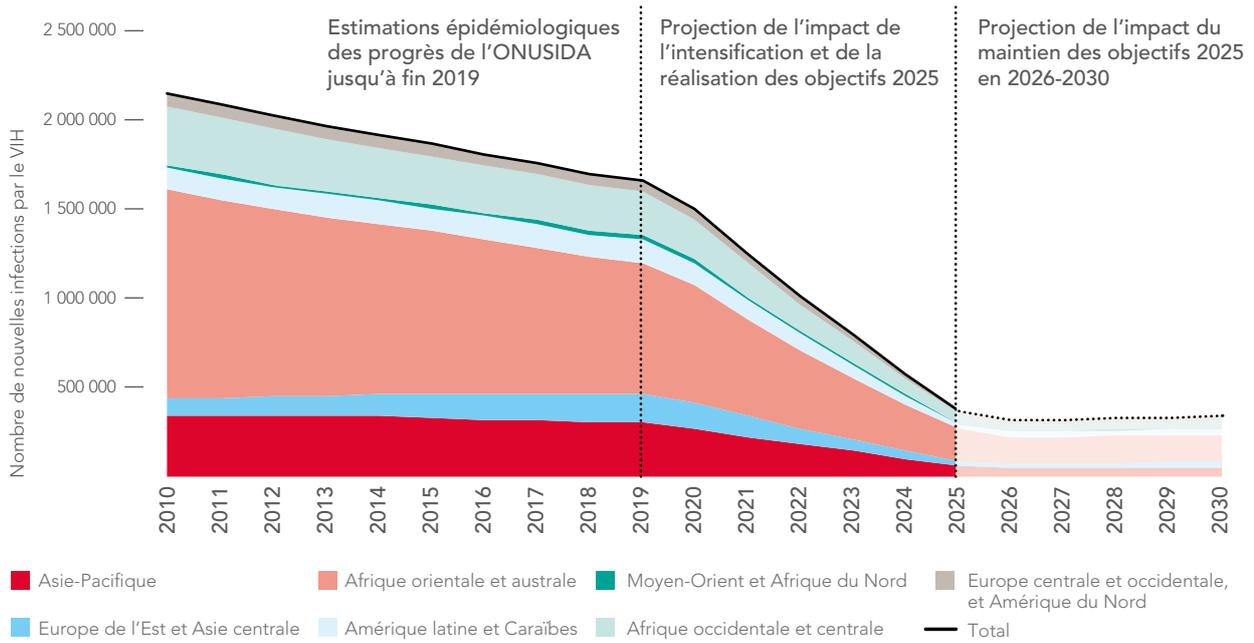
accélérer le déploiement des avancées technologiques et de la prestation de services. Il s'agit notamment des stratégies et technologies existantes, telles que les modèles différenciés de dépistage du VIH et d'administration des traitements et les schémas thérapeutiques optimisés, et des innovations qui se profilent à l'horizon, comme les schémas à longue durée d'action pour la prophylaxie pré-exposition (PPrE) et la thérapie antirétrovirale.

La modélisation des épidémies montre que la réalisation de ces objectifs d'ici 2025 permettrait au monde de se rapprocher de la réduction de 90 % des infections annuelles d'ici 2030 (en prenant 2010 comme base de référence) préconisée dans les SDG. Des réductions similaires seraient obtenues pour les décès dus à des causes liées au sida (Illustration 2).

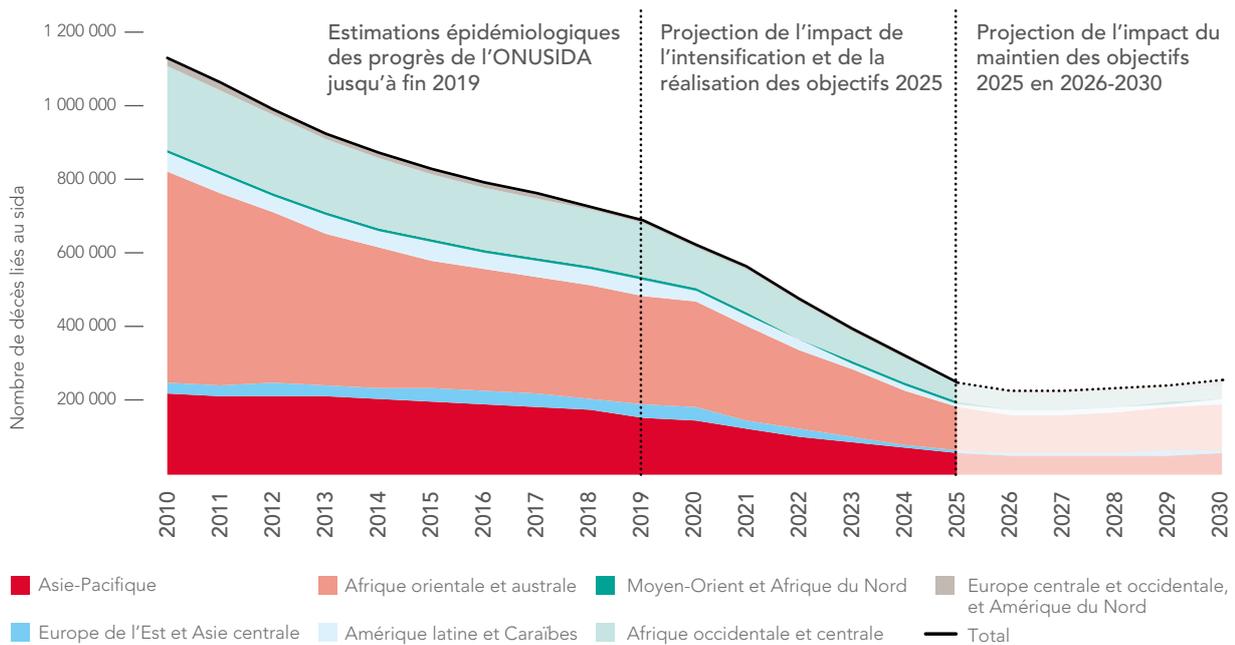
ILLUSTRATION 2

Impact prévu de la réalisation des objectifs de 2025.

Infections par le VIH



Décès dus au sida



Source : Analyse spéciale réalisée par Avenir Health à partir des objectifs 2025 et des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) (voir l'annexe sur les méthodes)

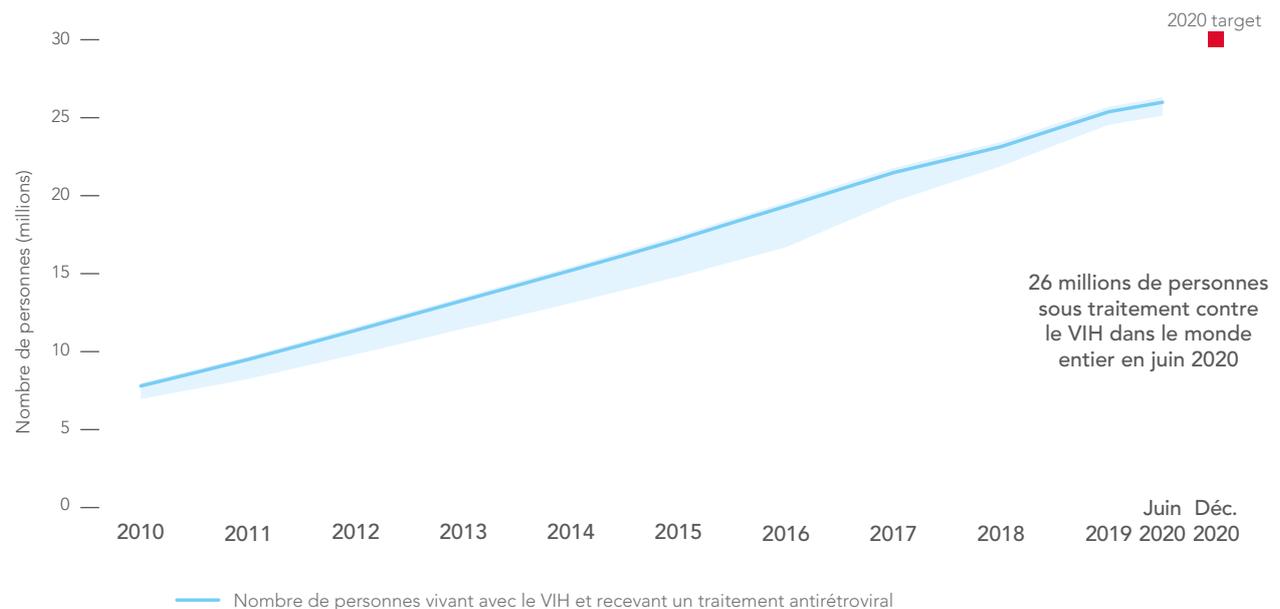
COVID-19, un défi et une opportunité historiques

COVID-19 s'est répandu dans le monde entier à une vitesse terrifiante, avec des vagues d'infections s'abattant sur les pays, les villes et les communautés. Cette nouvelle pandémie a eu des effets considérables sur les systèmes de santé et les autres services publics. Les services de lutte contre le VIH ont été interrompus et les chaînes d'approvisionnement en produits essentiels ont été mises à rude épreuve.

Cet impact se traduit par une baisse du nombre mensuel de nouveaux diagnostics et de nouveaux traitements du VIH. Moins de personnes commencent une thérapie antirétrovirale, ce qui freine l'augmentation du nombre total de personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement. Selon les estimations, 25,1–26,2 millions de personnes étaient sous traitement à la mi-juin, soit une augmentation de 2,4 % seulement par rapport aux 24,5–25,6 millions estimés à la fin de 2019. En comparaison, selon les estimations, la couverture des traitements a augmenté de 4,8 % entre janvier et juin 2019. Au total, il faudrait que 4 millions de personnes supplémentaires aient accès à un traitement pour atteindre l'objectif de 30 millions d'ici à la fin de 2020 (Illustration 3).

ILLUSTRATION 3

Nombre de personnes vivant avec le VIH ayant accès à une thérapie antirétrovirale dans le monde, entre 2000 et juin 2020 et objectif pour fin 2020

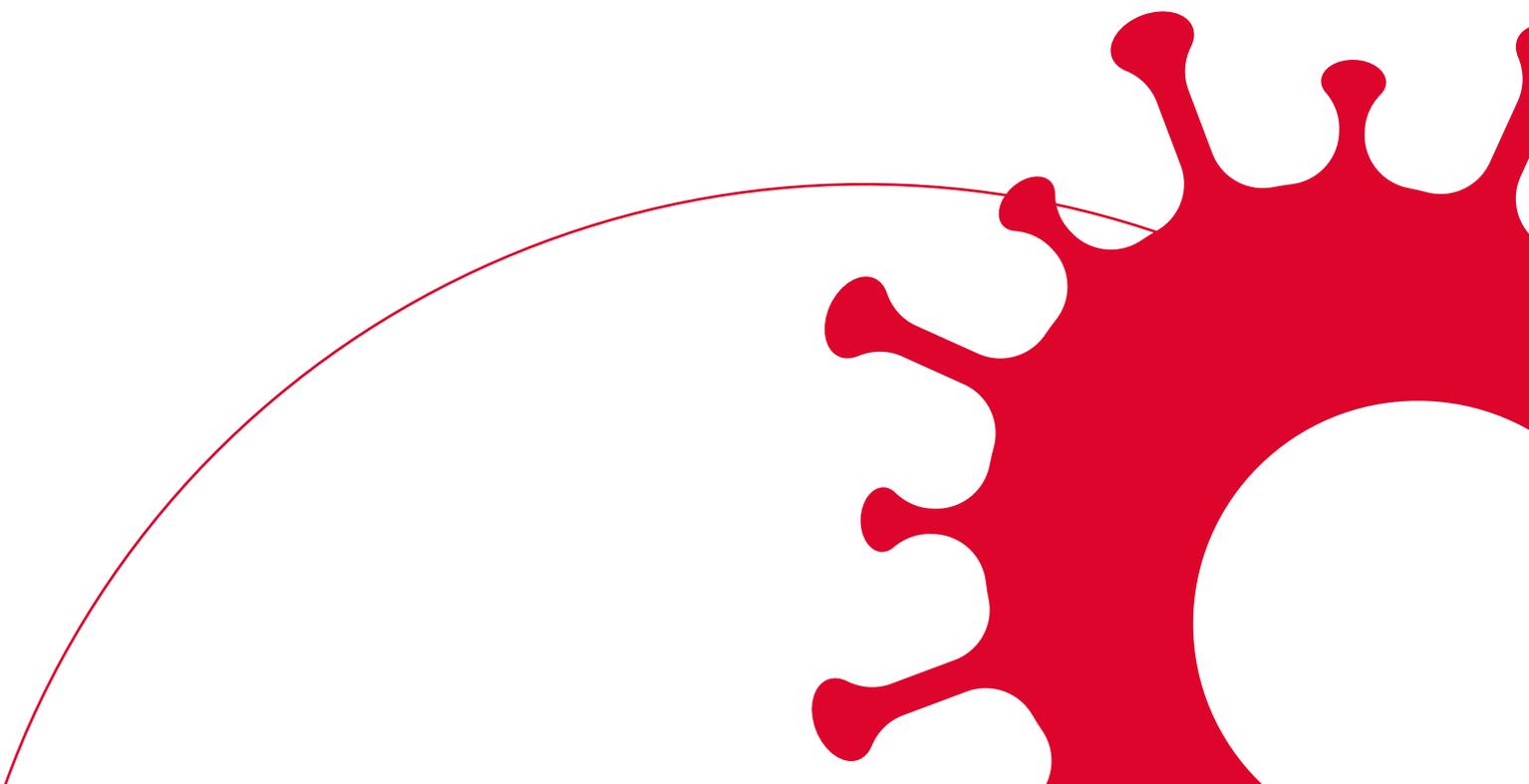


Source : Estimations de l'ONUSIDA pour 2020 ; suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); outil de suivi des services VIH de l'ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020.

Les confinements et mesures de distanciation sociale ont rendu difficile, voire impossible, les rencontres en face à face. Des ralentissements économiques brusques et soudains ont accru la pauvreté et la faim, et l'on craint que la diminution de la marge de manœuvre budgétaire dans de nombreux pays ne limite inévitablement les investissements nationaux dans la lutte contre le VIH dans les années à venir.

Dans le même temps, cependant, la pandémie de la COVID-19 a mis en évidence la souplesse de la lutte contre le VIH et les nombreuses retombées des investissements dans les systèmes de santé et les infrastructures de développement. Grâce à des innovations en matière de politique et de prestation de services, et en particulier grâce à l'innovation des communautés, la lutte contre le VIH a dans une large mesure relevé le défi posé par la pandémie de la COVID-19, en assurant la continuité des services face à des obstacles extraordinaires. La COVID-19 aura probablement des effets négatifs concrets sur la trajectoire de la lutte contre le VIH. Mais malgré cela, la capacité d'adaptation des programmes de lutte contre le VIH donne confiance dans le fait que ces effets négatifs pourraient, avec les investissements nécessaires, être de courte durée.

Les pandémies du VIH et de la COVID-19 et leurs réponses soulignent l'importance d'accroître la résilience des sociétés et des systèmes de santé, et l'importance de s'attaquer aux inégalités sous-jacentes. La vitesse à laquelle le virus qui provoque la COVID-19 s'est propagé dans le monde entier a également rappelé de façon brutale l'interconnexion croissante des communautés et des pays au XXI^e siècle. Aucun pays ne peut vaincre ces pandémies seul. Alimenter les passions nationalistes, pointer du doigt l'étranger et thésauriser les avancées médicales ne peuvent rien faire contre les virus qui ne reconnaissent pas les nationalités ou ne respectent pas les frontières. Les leçons de l'histoire montrent que des défis de cette ampleur ne peuvent être vaincus qu'en bâtissant une solidarité mondiale, en acceptant une responsabilité partagée et en se mobilisant en ne laissant personne derrière.



02



Доступ к медикаментам

Support
don't
punish.

**ПОДДЕРЖАТЬ
НЕ НАКАЗЫВАТЬ**

L'HÉRITAGE DE LA MISE EN ŒUVRE ACCÉLÉRÉE - SUCCÈS ET LACUNES

Nombreux sont les pays qui ont adopté la mise en œuvre accélérée et qui ont considérablement réduit les infections par le VIH et les décès liés au sida. Toutefois, leurs bénéfices ont été contrebalancés par les nombreux pays qui ne font que peu ou pas de progrès.

Un tournant décisif dans la lutte mondiale contre le VIH s'est produit en 2001, lorsque l'Assemblée générale des Nations unies (ONU) a jeté les bases de la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), et que les premières mesures ont été prises en vue d'un accès beaucoup plus large au dépistage, au traitement, à la prévention et à d'autres services liés au VIH. Les réunions de haut niveau de l'Assemblée générale qui ont suivi, en 2006 et 2011, ont maintenu cette dynamique.

En 2016, l'Assemblée générale des Nations unies a pris dix engagements clés dans la Déclaration politique de 2016 sur l'élimination du sida, à savoir augmenter et concentrer les investissements sur cinq ans pour accélérer l'extension de la couverture des services et créer une dynamique pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 (illustration 4). La modélisation de l'épidémie a montré que le respect de ces engagements permettrait de réduire les nouvelles infections par le VIH et les décès liés au sida à environ 500 000 par an d'ici 2020, ce qui représente une réduction d'environ 75 % de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida depuis 2010. La lutte mondiale contre le VIH est entrée dans cette nouvelle ère de mise en œuvre accélérée avec beaucoup d'optimisme.

De nombreux pays de plusieurs régions épidémiques ont adopté la mise en œuvre accélérée. Cependant, leurs bénéfices ont été contrebalancés par les nombreux pays qui ne font que peu ou pas de progrès. Dans des régions entières, la lutte recule plus qu'elle n'avance, les nouvelles infections entre 2010 et 2019 ayant augmenté de 72 % en Europe orientale et en Asie centrale, de 22 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et de 21 % en Amérique latine. La vision de la mise en œuvre accélérée, un monde clairement en passe de mettre fin au sida d'ici 2020 en tant que menace pour la santé publique, n'a pas été réalisée. Au niveau mondial, aucun des dix engagements n'a été respecté. À dix ans de l'échéance fixée pour mettre fin à l'épidémie, il est urgent de corriger le cap.

ILLUSTRATION 4

Mise en œuvre accélérée - Engagements pour 2020

OBJECTIFS 2020 NON RÉALISÉS

LES ÉTAPES IMPORTANTES DE L'IMPACT

Réduire à moins de 500 000 le nombre de nouvelles infections par le VIH d'ici 2020

Réduire à moins de 500 000 le nombre de décès liés au sida d'ici 2020

Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au sida d'ici 2020

10 ENGAGEMENTS



1

Garantir l'accès au traitement aux 30 millions de personnes vivant avec le VIH grâce à l'atteinte des objectifs 90-90-90 d'ici à 2020.



2

Éliminer les nouvelles infections par le VIH des enfants d'ici 2020, tout en veillant à ce que 1,6 million d'enfants aient accès à un traitement contre le VIH d'ici 2018 et 1,4 million d'ici 2020.



3

Assurer l'accès aux options de prévention combinées, notamment la prophylaxie préexposition, la circoncision masculine médicale volontaire, la réduction des risques et les préservatifs, pour au moins 90 % des personnes d'ici 2020, en particulier pour les jeunes femmes et les adolescentes dans les pays à forte prévalence et les populations clés, c'est-à-dire les hommes homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les travailleur(se)s du sexe et leurs clients, les personnes qui s'injectent des drogues et les prisonniers.



4

Faire disparaître les inégalités de genre et mettre fin à toute forme de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020.



5

S'assurer que 90 % des jeunes possèdent les compétences, les connaissances et la capacité de se protéger du VIH et qu'ils disposent d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive d'ici 2020, afin de réduire à moins de 100 000 personnes par an le nombre de nouvelles infections à VIH pour les adolescentes et les jeunes femmes.



6

S'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH touchées par le VIH ou présentant un risque d'infection bénéficient d'une protection sociale tenant compte du VIH d'ici 2020.



7

Garantir la gestion par la communauté d'au moins 30 % des services fournis d'ici 2020.



8

S'assurer que les investissements des actions de lutte contre le VIH s'élèvent à 26 milliards de dollars américains d'ici 2020, dont un quart pour les actions de prévention du VIH et 6 % pour les moyens sociaux.



9

Responsabiliser les personnes vivant avec le VIH, les personnes touchées par le VIH et les personnes présentant un risque d'infection, afin qu'elles connaissent leurs droits, aient accès à des services judiciaires et des services d'assistance juridique, dans le but de prévenir et de lutter contre les violations des droits humains.



10

S'engager à sortir de l'isolement le sida grâce à des systèmes centrés sur les personnes pour améliorer la couverture sanitaire universelle, avec notamment le traitement de la tuberculose, du cancer du col de l'utérus et de l'hépatite B et C.

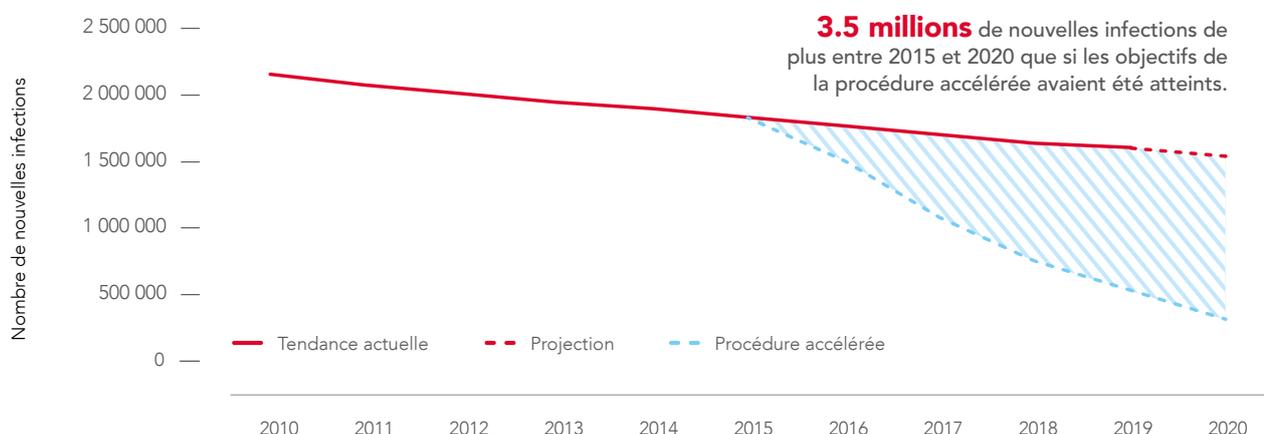
Vers les trois zéros : des progrès importants mais insuffisants

Les résultats de la recherche visant à concrétiser la vision des trois zéros, zéro nouvelle infection par le VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida, ont été mitigés ces dernières années et sont bien en deçà des aspirations mondiales. L'incapacité collective à investir suffisamment dans la lutte mondiale contre

le VIH fondées sur les droits et centrées sur les personnes, a un prix terriblement élevé : de 2015 à 2020, il y a eu 3,5 millions d'infections au VIH et 820 000 décès liés au sida de plus que si le monde était en bonne voie pour atteindre les objectifs de 2020 (illustrations n° 5 et 6).

ILLUSTRATION 5

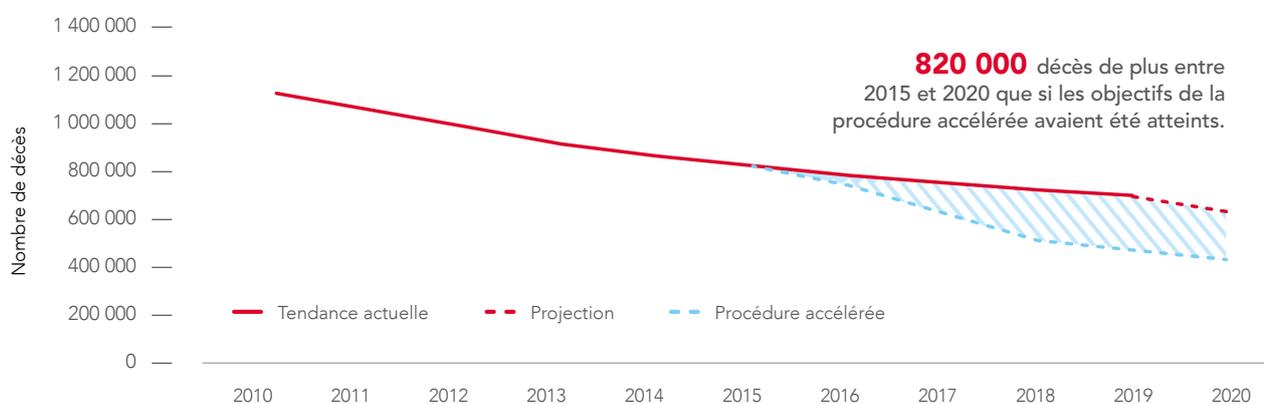
Nouvelles infections par le VIH projetées jusqu'en 2020, et prévisions modélisées résultant des interventions accélérées, au niveau mondial, 2010-2020



Source : Analyse spéciale réalisée par Avenir Health à partir des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

ILLUSTRATION 6

Décès liés au sida projetés jusqu'en 2020, et prévisions modélisées résultant des interventions accélérées, au niveau mondial, 2010-2020



Source : Special analysis by Avenir Health using UNAIDS epidemiological estimates, 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Remarque : Les méthodes d'estimation de la mortalité liée au sida ont été améliorées depuis 2016. En conséquence, les estimations les plus récentes de la mortalité liée au sida (ligne rouge) sont inférieures avant 2016 aux estimations qui ont été utilisées pour calculer les objectifs de 2020 (ligne bleue en pointillés).

Zéro nouvelle infection

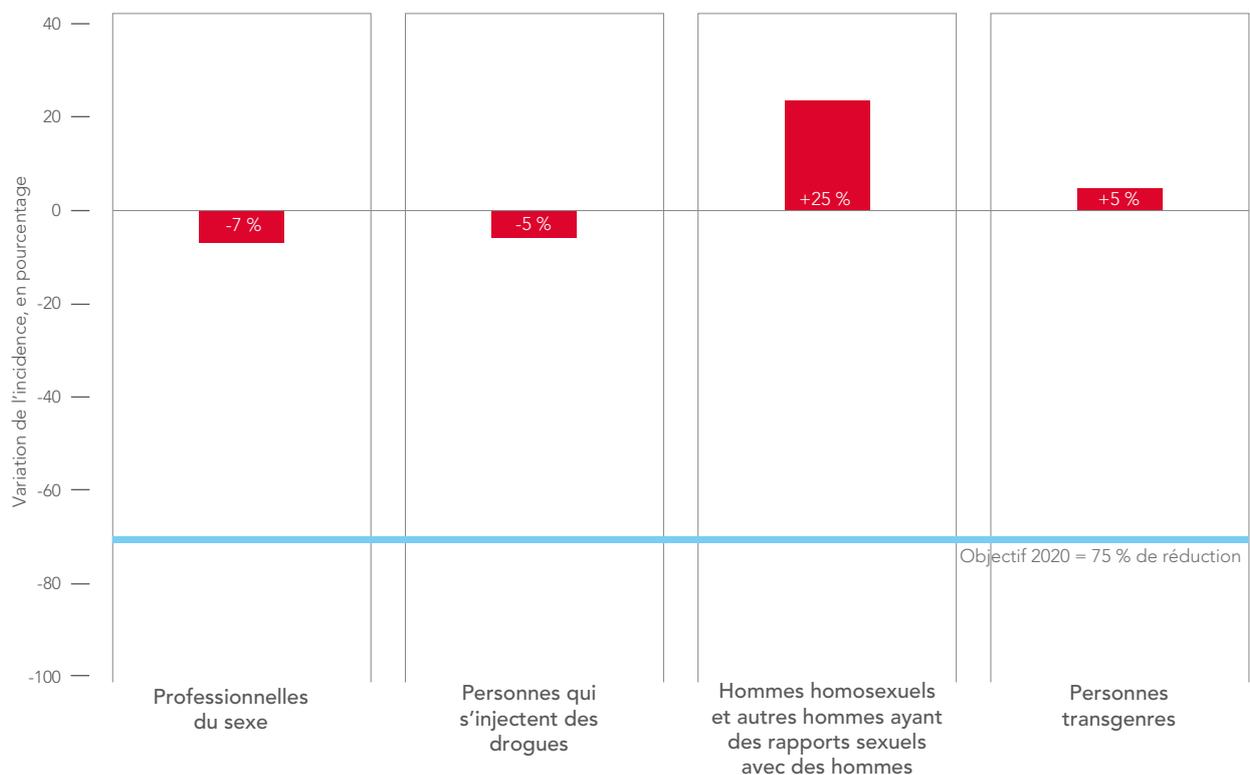
Deux pays (Singapour et Trinité-et-Tobago) ont réussi à réduire de 75 % les nouvelles infections entre 2010 et 2019, et 22 pays au total étaient en voie d'atteindre une réduction de 90 % d'ici 2030. Ces réussites soulignent l'impact d'une action concertée.

Cependant, à l'échelle mondiale, les nouvelles infections par le VIH n'ont diminué que de 23 % entre 2010 et 2019. Les 1,7 million [1,2 million-2,2 millions] de nouvelles infections survenues en 2019 sont plus de trois fois supérieures à l'objectif mondial de moins de 500 000 nouvelles infections en 2020. Le nombre de jeunes femmes nouvellement infectées en 2019 (280 000 [160 000-420 000]) est près de trois fois supérieur à l'objectif mondial de moins de 100 000 d'ici 2020. On estime également à 150 000 [94 000-240 000]

le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) en 2019, alors que l'objectif pour 2020 est de moins de 20 000. En outre, le nombre d'infections par le VIH chez les travailleuses du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les transsexuels a à peine diminué, et les infections par le VIH chez les homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ont augmenté de 25 % entre 2010 et 2019 (Illustration 7). En 2019, les populations clés (y compris les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les travailleurs du sexe, les transsexuels et les prisonniers) et leurs partenaires représentaient 62 % de l'ensemble des nouvelles infections dans le monde, et notamment la majorité des nouvelles infections dans toutes les régions autres que l'Afrique orientale et australe.

ILLUSTRATION 7

Variation en pourcentage de l'incidence du VIH dans les populations clés, au niveau mondial, 2010-2019



Source: UNAIDS special analysis of available key population data, 2020.

Zéro décès lié au sida

La réduction continue et régulière des décès dus à des causes liées au sida représente le progrès le plus prometteur réalisé au cours de la dernière décennie. Un pays (l'État plurinational de Bolivie) est parvenu à réduire de 75 % la mortalité liée au sida entre 2010 et 2019, et 26 pays au total étaient en passe d'atteindre une réduction de 90 % d'ici 2030. Dans l'ensemble, le nombre de décès liés au sida a diminué de 39 % entre 2010 et 2019. C'est un progrès dont nous devons nous réjouir, mais le nombre de décès liés au sida en 2019 (690 000 [500 000-970 000]) dépasse encore largement l'objectif de 2020, qui est de réduire la mortalité à moins de 500 000.

Zéro discrimination

Si la lutte contre le VIH a fait de grands progrès concernant l'élargissement des approches biomédicales, notamment en matière de dépistage et de traitement, l'incapacité à résoudre d'importants problèmes sociétaux et structurels diminue la portée, l'impact et la durabilité des services VIH. Les enquêtes menées auprès de la population indiquent que si les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH diminuent dans certains pays, elles augmentent dans d'autres, et qu'elles restent à un niveau inacceptable dans tous les milieux où des enquêtes ont été menées. Des enquêtes menées auprès de personnes vivant avec le VIH dans 13 pays confirment également que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé, sous la forme de refus de soins, d'attitudes dédaigneuses, de procédures forcées ou de violation de la confidentialité, restent à un niveau inquiétant (Illustration 8).

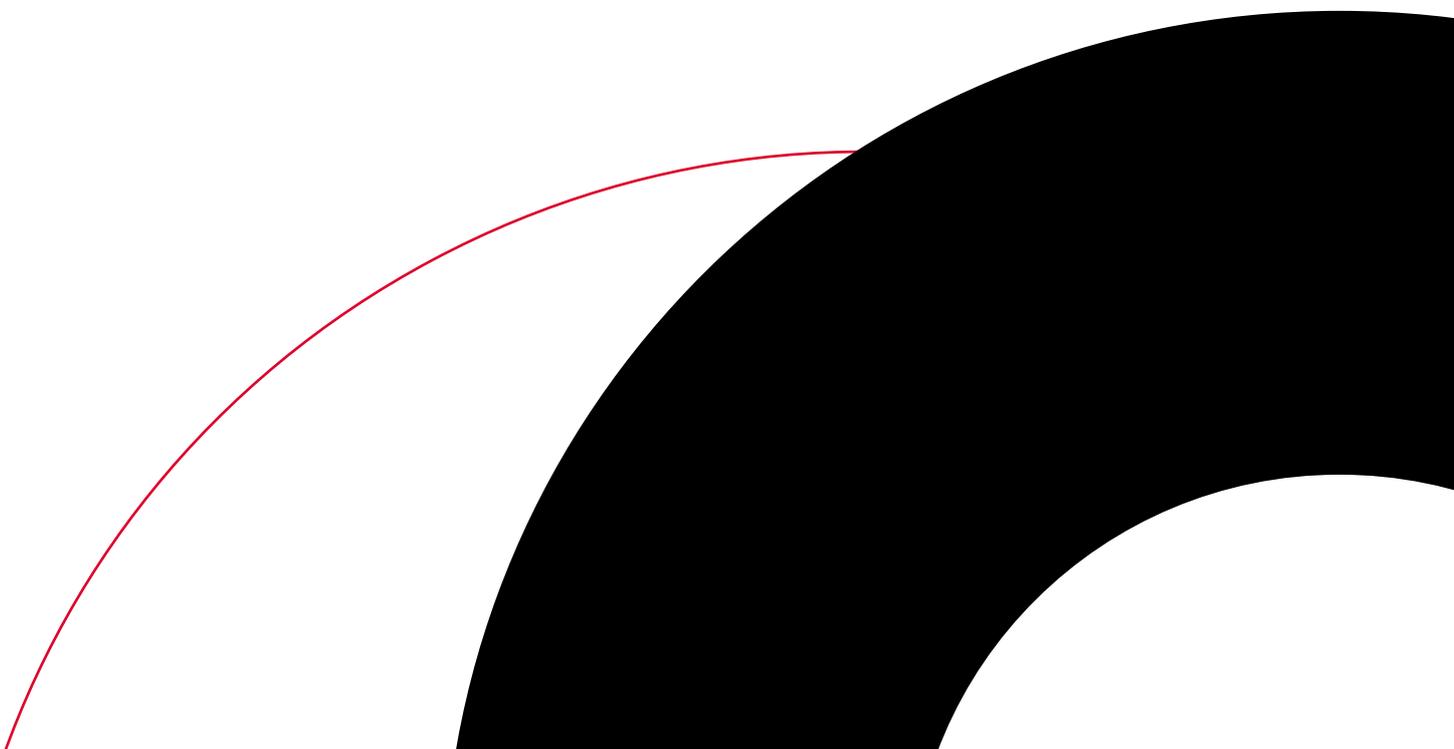
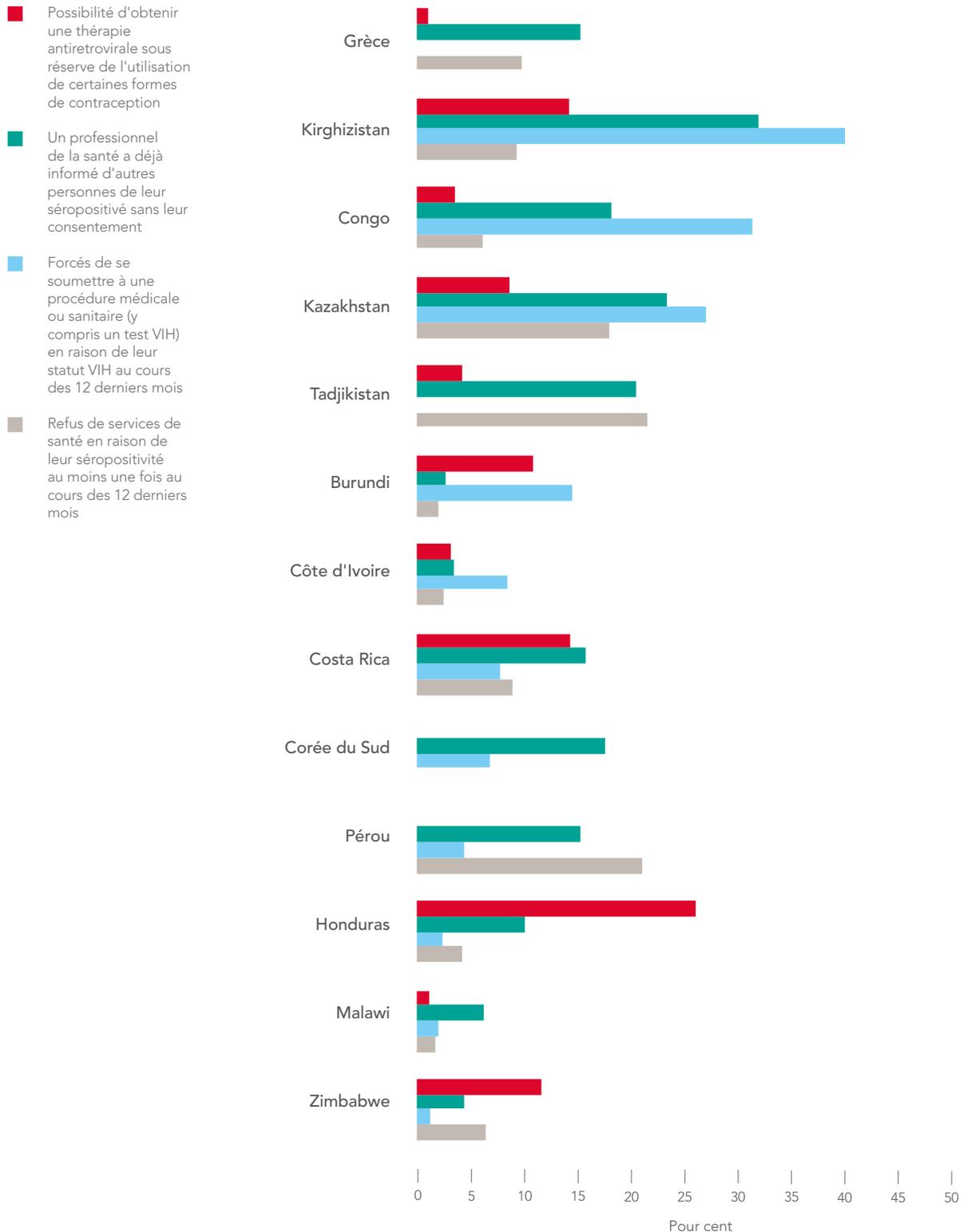


ILLUSTRATION 8

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont subi différentes formes de discrimination dans les établissements de santé, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2013-2018



Source: Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2013-2018.



While the HIV response has made great strides in scaling up biomedical approaches, especially testing and treatment, the failure to address important societal and structural issues diminishes the reach, impact and sustainability of HIV services.

EN DEÇÀ DES OBJECTIFS DE LA MISE EN ŒUVRE ACCÉLÉRÉE

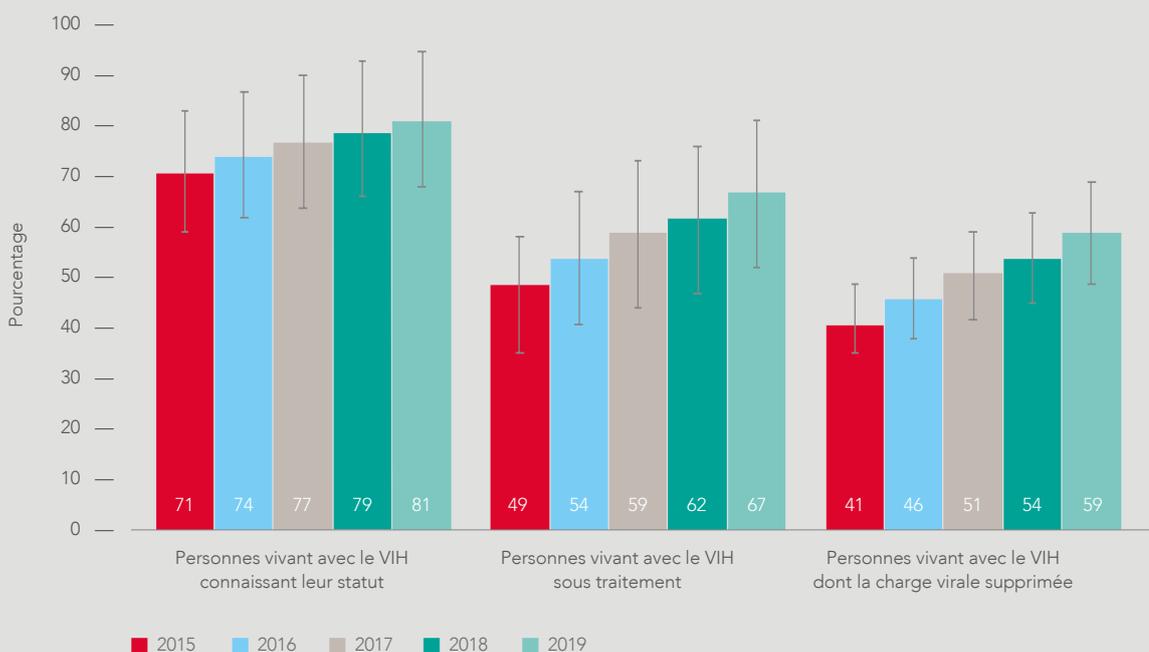
Les progrès insuffisants vers la vision des trois zéros sont dus à l'incapacité de la communauté internationale à rester sur la voie de la réalisation de l'un des objectifs de mise en œuvre accélérée pour 2020.

Les progrès réalisés en matière de réalisation des objectifs de tests et de traitements 90-90-90 ont été relativement positifs. Fin 2019, 81 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique ; parmi celles qui le connaissaient, 82 % suivaient un traitement, et 88 % des personnes sous traitement avaient obtenu une suppression virale. Cependant, les lacunes de cette cascade de services se sont combinées pour laisser la proportion de toutes les personnes vivant avec le VIH ayant obtenu une suppression virale à 59 % [49-69 %] (Illustration 9), bien loin de l'objectif de suppression virale de 73 % des objectifs 90-90-90.

Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont diminué de plus de moitié entre 2010 et 2019, mais les progrès en matière d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant sont lents depuis 2016.

ILLUSTRATION 9

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



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

Cela s'explique en partie par les difficultés liées au diagnostic des femmes infectées en fin de grossesse et pendant la période d'allaitement, et au maintien en traitement de celles qui ont été diagnostiquées pendant la grossesse et l'allaitement. La couverture des traitements chez les enfants vivant avec le VIH (53 % en 2019) a plafonné à un niveau bien inférieur à la couverture des adultes (68 %).

Les progrès en matière de prévention combinée du VIH chez les adultes sont insuffisants. Une analyse de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH a révélé qu'en 2019, la couverture des principaux piliers de la prévention combinée était nettement inférieure à l'objectif mondial de 90 % (tableau 1). La connaissance globale des jeunes sur le VIH est également nettement inférieure à l'objectif de 90 % de la mise en œuvre accélérée.

TABLEAU 1

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

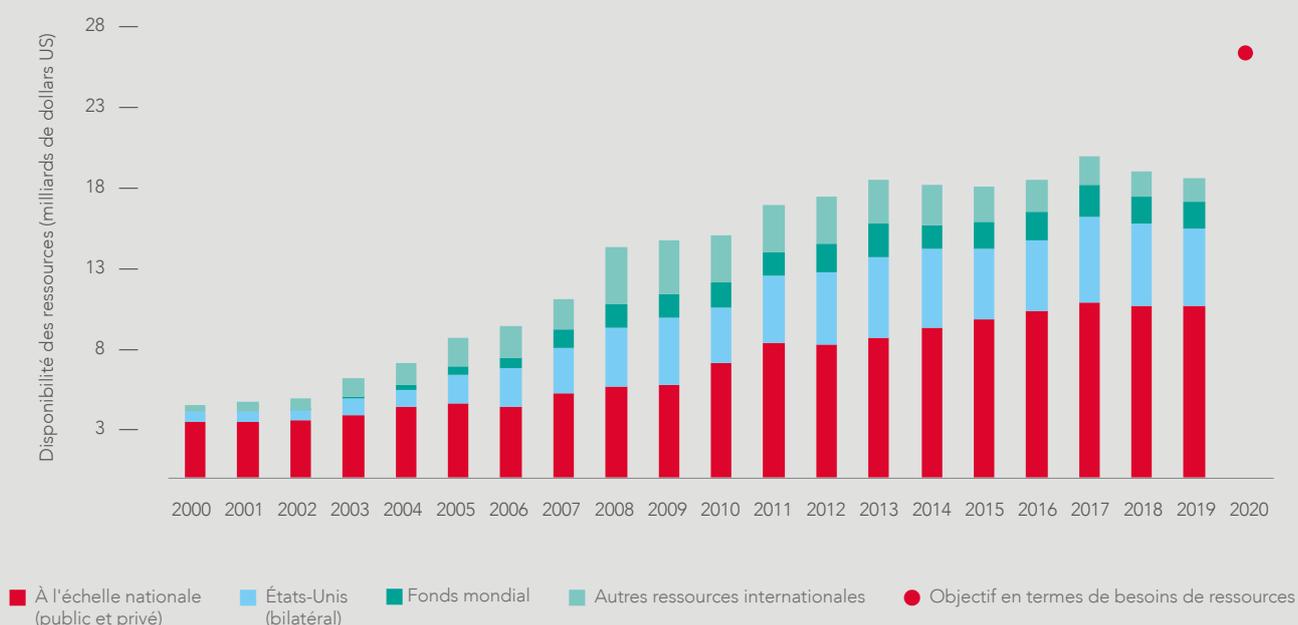
Les engagements pris par l'Assemblée générale des Nations unies en 2016 pour 2020	Indicateur	Progrès réalisés d'ici la fin 2019 (moyenne des pays déclarants).
90 % des adolescentes et des jeunes femmes dans les milieux à forte prévalence ont accès à des services de prévention complets	Pourcentage de lieux à forte incidence couverts par des programmes pour les adolescentes et les jeunes femmes	41%
90 % des populations clés ont accès à des services de prévention complets	Pourcentage au sein des populations clés qui ont rapporté avoir bénéficié d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois	Professionnel(le)s du sexe : 44 % Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : 30 % Personnes qui s'injectent des drogues : 34 %
20 milliards de préservatifs sont mis à disposition chaque année dans les pays à faible et moyen revenu	Pourcentage de besoins satisfaits en matière de distribution de préservatifs	59%
25 millions de jeunes hommes supplémentaires sont volontairement circoncis médicalement dans 14 pays d'Afrique entre 2016 et 2020	Pourcentage de réalisation de l'objectif de circoncision masculine médicale volontaire (CMMV)	15 millions de CMMV (cumulés depuis 2016)
3 millions de personnes à haut risque accèdent à la PPrE	Nombre de personnes sous PPrE (données mondiales)	590 000

Source: Global HIV Prevention Coalition special analysis of Global AIDS Monitoring data, 2019 and 2020 (see <https://aidsinfo.unaids.org/>), and other programmatic data reported by countries through the Global HIV Prevention Coalition.

En 2019, 18,6 milliards de dollars US (en dollars américains constants de 2016) étaient disponibles pour la lutte contre le VIH, soit près de 30 % de moins que les 26,2 milliards de dollars US que l'ONUSIDA estime nécessaires pour la lutte mondiale. Comme pour d'autres aspects de la lutte, les efforts de mobilisation des ressources ont connu un net ralentissement pendant la période de mise en œuvre accélérée : le total des ressources consacrées au VIH a augmenté de 20 % entre 2010 et 2015, mais de 3 % seulement entre 2015 et 2019, dont une diminution de 2 % depuis 2017 (Illustration 10).

ILLUSTRATION 10

Disponibilité des ressources et principales sources de financement pour le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2000-2019, avec un objectif de besoins en ressources pour 2020



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

Remarque : Dollars américains constants de 2016.

La vision de la mise en œuvre accélérée sur la transformation des conditions sociétales et structurelles qui affectent la vulnérabilité au VIH et l'utilisation des services reste également inachevée. Dans 46 pays où des enquêtes ont été menées de 2014 à 2018, environ une femme et une adolescente sur cinq, mariées ou en couple, ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois. Cela démontre clairement que l'objectif d'éliminer les inégalités entre les sexes et mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'ici 2020 n'a pas été atteint.

Le monde n'est également pas parvenu à s'assurer que 75 % des personnes vivant avec le VIH, affectés par le VIH ou à risque bénéficient de la protection sociale incluant le VIH. Seuls cinq des 21 pays à forte charge de morbidité liés au VIH qui ont des stratégies de protection sociale mentionnant spécifiquement les personnes vivant avec le VIH comme principaux bénéficiaires ont déclaré avoir atteint une couverture d'au moins 50 % pour au moins une prestation de protection sociale. Les rapports de 90 pays révèlent également des lacunes dans l'aide juridique aux personnes vivant avec et affectées par le VIH.

L'ambition mondiale est devenue réalité dans certains pays

Bien que les progrès globaux réalisés depuis 2015 soient décourageants, de nombreux pays de diverses régions et aux niveaux de développement économique différents, ont réussi à accélérer dans leur lutte contre le VIH.

En Afrique subsaharienne, le Botswana et Eswatini ont tous deux atteint les objectifs 90-90-90 (Eswatini dépassant les critères 95-95-95), avec notamment des résultats comparables en ce qui concerne les cascades de tests pour les femmes et les hommes. Conformément aux principes de responsabilité partagée dans la lutte, les ressources nationales du Botswana couvrent actuellement près des deux tiers des dépenses liées au VIH (63 % en 2017, dernière année pour laquelle des informations sont disponibles). Le Zimbabwe a atteint l'objectif mondial de suppression virale (73 % de toutes les personnes vivant avec le VIH), et les nouvelles infections par le VIH et les décès liés au sida ont respectivement diminué de 44 % et 61 % entre 2010 et 2019. Le Zimbabwe a également mobilisé d'importantes ressources nationales par le biais d'un fonds d'affectation spéciale qui contribue à financer le programme de traitement du VIH du pays.

En Asie, le Cambodge est en passe d'atteindre les objectifs 90-90-90 : il dépasse déjà le résultat de 73 % de suppression virale. La Thaïlande a également accéléré sa lutte, atteignant les objectifs 90-90-90 tout en investissant dans des services communautaires pour les populations marginalisées. Preuve de l'engagement politique de la Thaïlande dans la lutte contre le VIH, les ressources nationales ont couvert près de 92 % des dépenses liées au VIH en 2019.

Plusieurs pays à revenu élevé sont en voie de mettre fin à leurs épidémies nationales. En Suisse, moins de 500 personnes sont nouvellement diagnostiquées avec le VIH chaque année, car le pays a un taux exceptionnellement élevé de suppression virale (86 % [56-100 %] en 2019) et une adoption rapide de la PPrE, en particulier chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Aux Pays-Bas, 91 % [82-99 %] des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur état de santé, 85 % [77-93 %] des personnes vivant avec le VIH suivaient une thérapie antirétrovirale et 83 % [75-91 %] avaient obtenu une suppression virale.

Une réponse au VIH centrée sur les personnes

Pour remettre la lutte mondiale sur les rails, les enseignements tirés de l'ère de la mise en œuvre accélérée doivent être largement appliqués et mis à l'échelle. L'une de ces leçons est l'efficacité des réponses centrées sur les personnes. Au lieu d'attendre des personnes et des communautés diverses qu'elles s'adaptent à une approche unique de la prestation de services, les prestataires doivent adapter leurs services pour atteindre ceux qui en ont le plus besoin. L'approche est holistique et s'attaque aux défis plus larges auxquels sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et les personnes à haut risque d'infection par le VIH.

Les communautés comprennent mieux leurs propres besoins et possèdent la passion et la perspicacité qui sont à l'origine d'une défense efficace, de l'élaboration de politiques et de la conception de services. Ils ont également la motivation nécessaire pour en assurer la redevabilité. Lorsque les communautés jouent un rôle de premier plan dans la conception et la fourniture de services liés au VIH, ces services sont rapprochés de ceux qui en ont besoin, ce qui accroît la commodité et réduit les obstacles au transport. Le leadership communautaire contribue également à garantir que chaque personne qui accède aux services est accueillie, respectée, servie et entendue.

Un ensemble de données de plus en plus nombreuses et convaincantes démontre l'efficacité des réponses au VIH menées par les communautés et centrées sur les personnes. Les communautés ont joué un rôle de premier plan dans l'élaboration, le pilotage et l'évaluation de modèles de prestation de services différenciés en matière de VIH, qui ont à leur tour eu un effet décisif sur la prestation des services de traitement du VIH, permettant aux programmes d'adapter les approches aux besoins des individus et des communautés (1-3).

Les organisations communautaires sont idéalement conçues pour fournir des services acceptables à leurs pairs. Ils jouent un rôle clé pour atteindre les populations marginalisées qui ne peuvent souvent pas accéder aux établissements de santé traditionnels. Au Kenya, par exemple, l'HOYMAS - une clinique par et pour les travailleurs du sexe masculins - adopte une approche holistique et multiforme, offrant à ses

clients des services de prévention, de traitement et de soins du VIH tout en s'efforçant d'influer sur l'environnement social par le biais de la défense des droits, de la sensibilisation de la police, de la formation des assistants juridiques et de la mobilisation et de la formation des communautés.¹ À Bangkok, en Thaïlande, le centre de santé communautaire de Tangerine est géré par des professionnels transsexuels et sensibles aux questions liées au genre. Le Centre fournit des services holistiques aux personnes de tous les genres et centrés sur la personne aux femmes et aux hommes transgenres, une population qui lutte fréquemment pour obtenir des soins appropriés, sensibles et de bonne qualité (4). L'approche communautaire de Tangerine a amélioré les résultats de santé de ses clients transsexuels, notamment en augmentant le nombre de nouveaux tests de dépistage du VIH, en fournissant des services de santé à la demande autres que ceux liés au VIH, tels que l'hormonothérapie et le dépistage complet du cancer et de l'hépatite.

Les actions menées par la communauté contribuent également à lutter contre les inégalités entre les sexes et d'autres facteurs sociétaux et structurels qui influent sur la vulnérabilité au VIH et sur la portée et le succès de la lutte contre le VIH. Par exemple, SASA, une initiative de mobilisation communautaire qui utilise l'activisme, le plaidoyer, la communication et la formation pour changer les normes communautaires en matière de genre, est associée à une réduction significative de la violence physique, sexuelle et émotionnelle ou de l'agression par les partenaires intimes (5).

Les approches communautaires consistent notamment à demander aux prestataires de services d'être centrés sur les personnes, en mettant en place des mécanismes de retour d'information permanents pour identifier où et pourquoi les services ne sont pas à la hauteur et comment les résultats des services peuvent être améliorés. Le suivi mené par la communauté renforce la base de données factuelles sur laquelle s'appuyer pour planifier, suivre et améliorer la lutte contre le VIH. Un observatoire des traitements dirigé par la communauté et mis en place par la Coalition internationale pour la préparation au traitement, par exemple, a documenté les obstacles aux services et les problèmes de qualité pour les personnes vivant avec le VIH, notamment les femmes enceintes, les jeunes, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les travailleurs du sexe (6). De même, le projet Ritshidze, conçu par des personnes vivant avec le VIH et leurs partenaires militants, effectue un suivi de routine des services de lutte contre le VIH et la tuberculose dans plus de 400 cliniques en Afrique du Sud (7). Le rapport sur *l'état de la réduction des risques dans le monde*, publié depuis 2006, est le seul suivi indépendant, mené par la société civile, de la lutte mondiale contre les épidémies de VIH et d'hépatite C parmi les personnes qui s'injectent des drogues, tandis que les rapports annuels de l'Association internationale des lesbiennes, des gays, des bisexuels, des transsexuels et des intersexuels (ILGA) suivent la prévalence des lois qui pénalisent les relations sexuelles consensuelles entre personnes du même sexe.

¹ Pour plus d'informations, rendez-vous sur: <https://www.galck.org/hoymas>

03



RÉPONDRE À LA COVID-19 ET EN TIRER DES ENSEIGNEMENTS

Les restrictions liées à la COVID-19 ont souvent été relevés grâce à l'adoption accélérée d'approches différenciées, centrées sur les personnes, qui se sont avérées plus accessibles et plus acceptables pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque d'infection par le VIH.

La COVID-19 a créé d'importants défis pour tous les pays et communautés, notamment en ce qui concerne la lutte contre le VIH et les personnes les plus touchées par la pandémie de VIH. L'ONUSIDA travaille avec les pays pour suivre les tendances de l'utilisation des services liés au VIH d'un mois à l'autre, et ces données montrent que des perturbations dans les services clés ont eu lieu dans de nombreux pays. Les rapports de la société civile et d'autres partenaires suggèrent que les restrictions liées à la COVID-19 ont un impact disproportionné sur les plus vulnérables, et notamment les communautés (8) marginalisées et stigmatisées.

Mais même si la COVID-19 a perturbé les services liés au VIH, la pandémie a souligné la nature transformatrice des investissements dans le domaine du VIH et le rôle essentiel que les communautés jouent dans la réponse aux pandémies et dans la construction d'un développement socio-économique durable. Les défis posés par les confinements et autres restrictions liées à la COVID-19 ont souvent été relevés grâce à l'adoption accélérée d'approches différenciées, centrées sur les personnes, qui se sont avérées plus accessibles et plus acceptables pour les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque d'infection par le VIH. Dans de nombreux pays, la couverture des services a rapidement rebondi. Bien qu'elle ait mis en évidence des inégalités flagrantes, la COVID-19 a également montré comment rendre les systèmes de santé et autres institutions publiques plus équitables, plus inclusifs et plus à même de relever les défis du XXI^e siècle.

L'impact de COVID-19 sur les personnes vivant avec et affectées par le VIH

Impact sur les personnes vivant avec le VIH

Alors que les gouvernements du monde entier s'efforçaient de ralentir la propagation de la COVID-19 au début de l'année 2020 et d'alléger la pression sur des systèmes de santé débordés par des mesures de distanciation sociale et de confinement, les premiers modèles prévoyaient qu'une interruption de six mois de la thérapie antirétrovirale pourrait causer plus de 500 000 [471 000-673 000]

décès supplémentaires dus à des causes liées au sida, y compris la tuberculose, en Afrique subsaharienne en 2020-2021 (9). La garantie de la poursuite du traitement des personnes vivant avec le VIH a été incluse dans les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le maintien des services de santé essentiels dans le cadre de la COVID-19, et il semble que la plupart des pays suivent ces conseils (10).

Parmi les 25 pays qui ont fourni des données mensuelles suffisantes sur l'utilisation des services de traitement en septembre 2020, la plupart n'ont pas enregistré de baisse du nombre total de personnes vivant avec le VIH recevant une thérapie antirétrovirale depuis avril 2020. Alors qu'Haïti a réussi à continuer d'étendre la couverture des traitements, des baisses inquiétantes de l'utilisation des traitements ont été enregistrées en République dominicaine, au Guyana, au Pérou, en Sierra Leone et en Afrique du Sud, ce dernier possédant la plus grande population de personnes vivant avec le VIH au monde (Illustration 11). Le nombre de personnes sous traitement au Botswana semblait stable d'avril à juin. Cependant, la baisse signalée en juillet pourrait refléter les perturbations survenues au cours des mois précédents.

La diminution importante et soutenue du nombre de tests de dépistage du VIH qui a été signalée dans les 24 pays ayant fourni des données mensuelles suffisantes

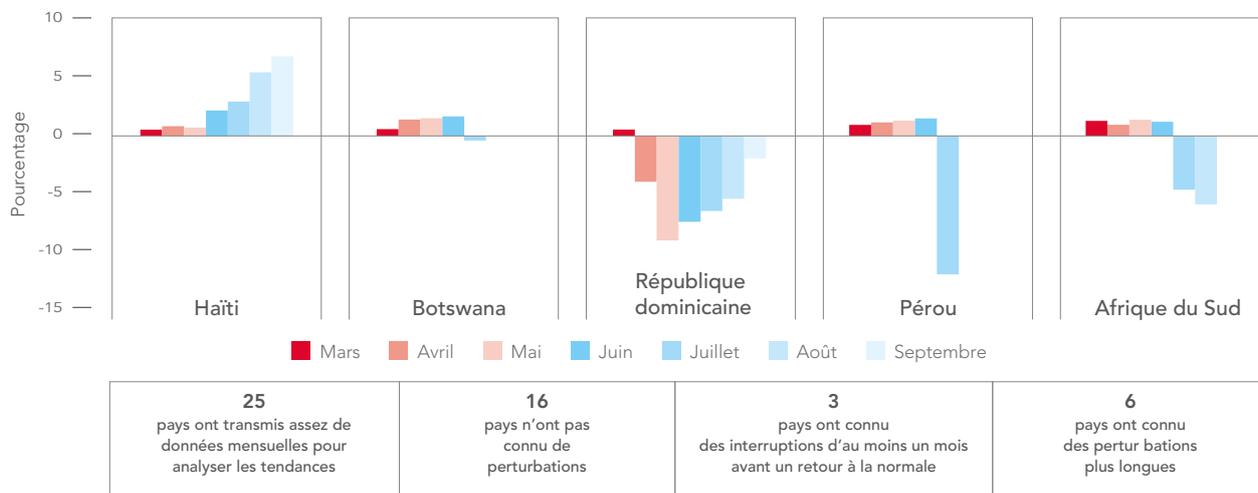
est également préoccupante. Si six de ces pays avaient retrouvé les niveaux de dépistage antérieurs à la COVID-19 en septembre, dans beaucoup d'autres, dont les pays d'Afrique orientale et australe dotés de vastes programmes de dépistage du VIH, le nombre de tests de dépistage du VIH effectués reste inférieur aux niveaux de janvier et février (Illustration 12).

Avec la diminution des tests, la pandémie de COVID-19 semble saper les efforts visant à mettre sous traitement les personnes nouvellement diagnostiquées. La diminution du nombre de personnes vivant avec le VIH qui sont en train de commencer un traitement a été signalée par tous les 28 pays, sauf un, qui ont signalé un nombre suffisant de données mensuelles (la Jamaïque étant l'exception). Ces déclin ont été particulièrement profonds et soutenus en République dominicaine, au Kirghizstan, au Lesotho, en Sierra Leone et en Afrique du Sud. Seuls six pays ont vu le nombre d'initiations de traitement revenir aux mêmes niveaux qu'en janvier et février, dont le Nigeria, qui a fait état de fortes augmentations en juillet, août et septembre (Illustration 13).

Les services de dépistage et de traitement pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont connu des perturbations similaires. Parmi les 13 pays qui ont communiqué des données mensuelles suffisantes, six ont enregistré une diminution de 25 %

ILLUSTRATION 11

Évolution du nombre de personnes recevant actuellement un traitement antirétroviral, par rapport à la situation de référence, pays sélectionnés, 2020



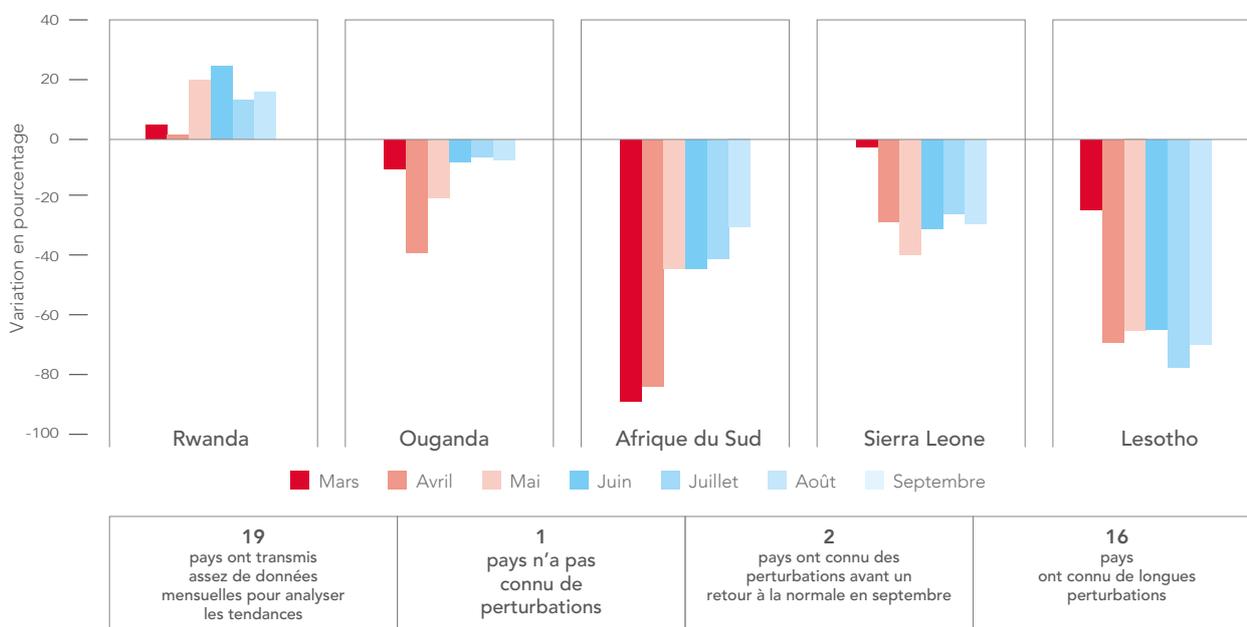
Source : Outil de suivi des services VIH ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020.

Remarque : La situation de référence est la moyenne de janvier et février.

Note aux rédacteurs relative à l'interprétation : l'impact de la COVID sur le nombre de traitements varie selon les pays, en fonction des données disponibles. En Afrique du Sud, environ 300 000 personnes de moins étaient sous traitement en août par rapport à janvier. Les mesures de confinement en vigueur au mois d'avril pourraient expliquer les baisses de juillet pour les pays utilisant une définition de suivi avec perte après 3 mois. Les personnes qui ne reviennent pas dans les 3 mois suivant un rendez-vous manqué en avril ne seront décomptées comme étant sans traitement qu'en juillet. La plupart des pays utilisent actuellement une définition de suivi avec perte après 3 mois.

ILLUSTRATION 12

Évolution du nombre de tests du VIH et des résultats renvoyés par mois, par rapport à la situation de référence, pays sélectionnés, 2020



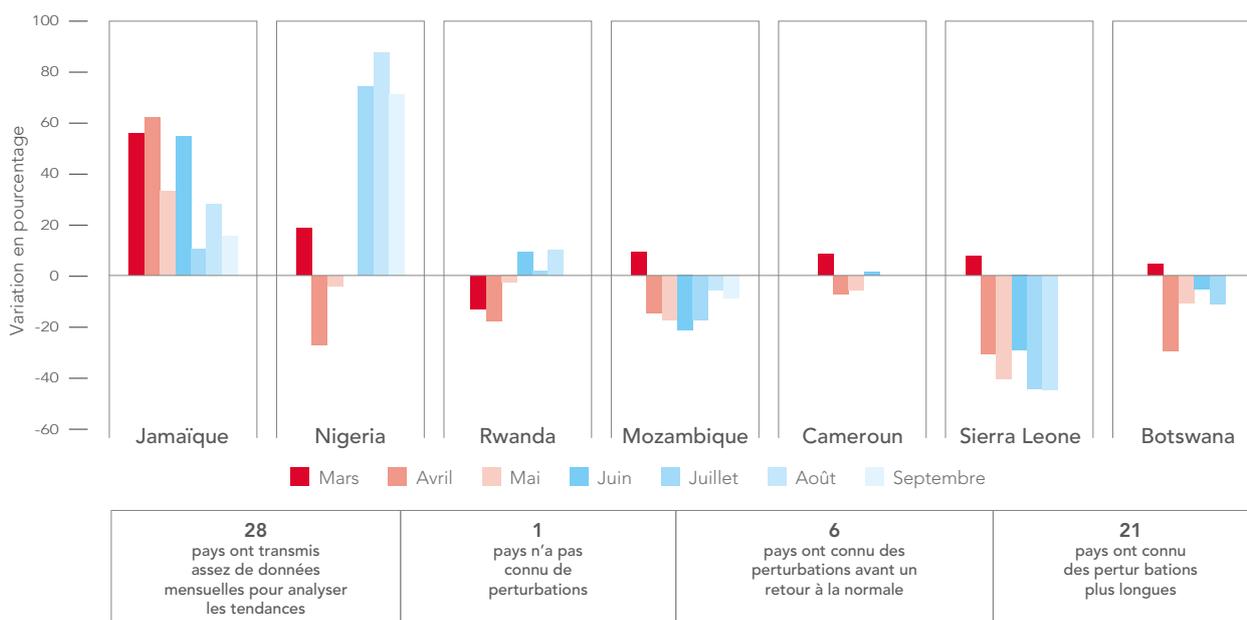
Source : Outil de suivi des services VIH ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020.

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

Remarque : Les pays sélectionnés remplissaient les critères suivants : (a) a fourni des données pour janvier et février 2020 ; (b) a fourni des données sur au moins 50 personnes recevant des services en janvier ; (c) avait au moins 50 % d'établissements communiquant des données au cours du mois ; et (d) a fourni des données sur au moins six mois.

ILLUSTRATION 13

Évolution du nombre de personnes ayant récemment commencé un traitement antirétroviral par mois, par rapport à la situation de référence, pays sélectionnés, 2020



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

Remarque : la situation de référence est la moyenne de janvier et février.

ou plus du nombre de femmes enceintes testées pour le VIH. Le Lesotho et l'Ouganda font partie des pays qui ont rapidement rebondi après ces baisses des essais, tandis que les perturbations ont été plus durables au Cambodge, en Éthiopie, au Kenya et en Afrique du Sud (Illustration 14). Le nombre de femmes enceintes qui ont commencé un traitement antirétroviral a diminué de 25 % ou plus dans cinq des dix pays qui ont communiqué des données mensuelles suffisantes. Ces baisses ont été fortes et de courte durée au Lesotho et au Zimbabwe, tandis qu'elles se sont prolongées jusqu'en septembre au Kenya et en Afrique du Sud (Illustration 15).

Les services de dépistage et de traitement du VIH sont en outre menacés par les perturbations associées aux mesures de lutte contre la COVID-19 qui ont eu une incidence sur la fabrication et le transport des marchandises. Celles-ci sont susceptibles de générer des pénuries de médicaments antirétroviraux ou de contribuer à l'augmentation des prix de ces produits à l'avenir (11). Une enquête menée par le Groupe européen pour le traitement du sida dans 26 pays d'Europe et d'Asie centrale fin avril et début mai 2020 a mis en évidence des pénuries de médicaments contre le VIH dans sept pays différents, y compris des pénuries liées à l'approvisionnement en Fédération de Russie et en Ukraine (12). L'enquête a également révélé que les

personnes vivant avec le VIH dans au moins huit pays ont été invitées à changer de régime de traitement afin de permettre l'utilisation de certaines combinaisons d'antirétroviraux pour traiter la COVID-19.

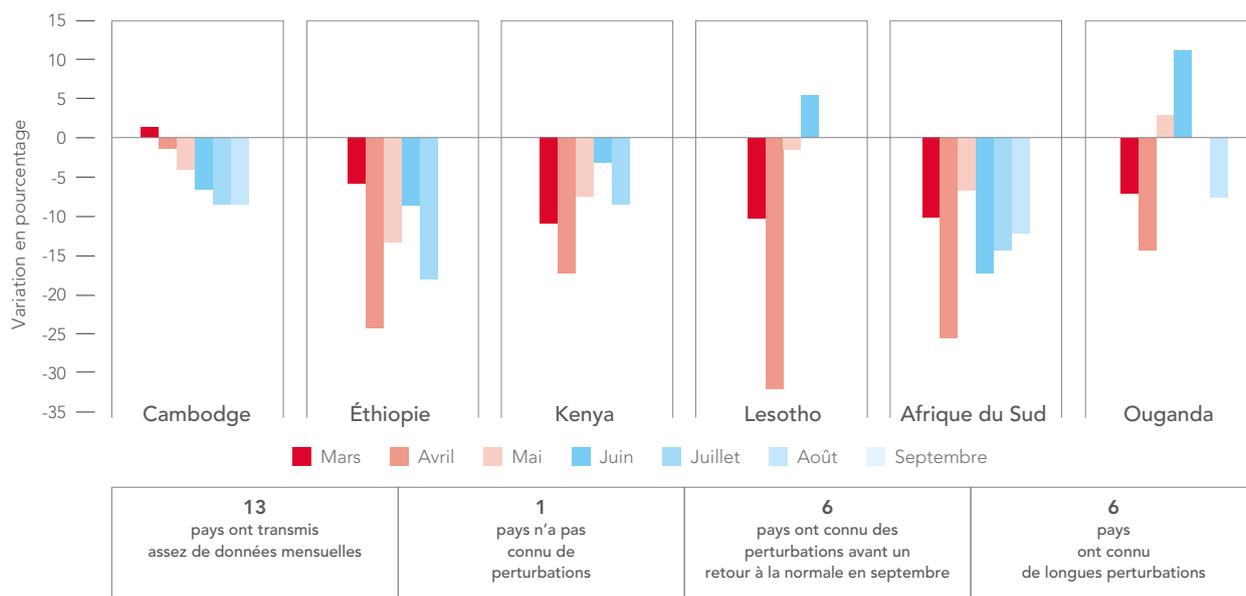
Impact sur les femmes et les filles

La COVID-19 aggrave les inégalités entre les sexes et la violence sexiste, ce qui accroît la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH (13, 14). En Europe et en Asie centrale, les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir perdu leur emploi ou leur entreprise à la suite de la COVID-19 (13). Dans le même temps, la COVID-19 a augmenté les soins non rémunérés et la charge de travail domestique des femmes (15). Il est à craindre que l'augmentation des travaux ménagers non rémunérés liée à la pandémie incite certaines filles à abandonner l'école (16). L'Entité des Nations unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes) et le Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) estiment que d'ici 2021, 47 millions de femmes et de filles auront basculé dans la pauvreté à la suite de la COVID-19 (15).

Depuis le début de la pandémie, ONU Femmes a documenté l'augmentation de la violence domestique dans plusieurs pays et régions, avec des pics

ILLUSTRATION 14

Évolution du nombre de femmes enceintes testées pour le VIH par mois, par rapport au niveau de référence, pays sélectionnés, 2020

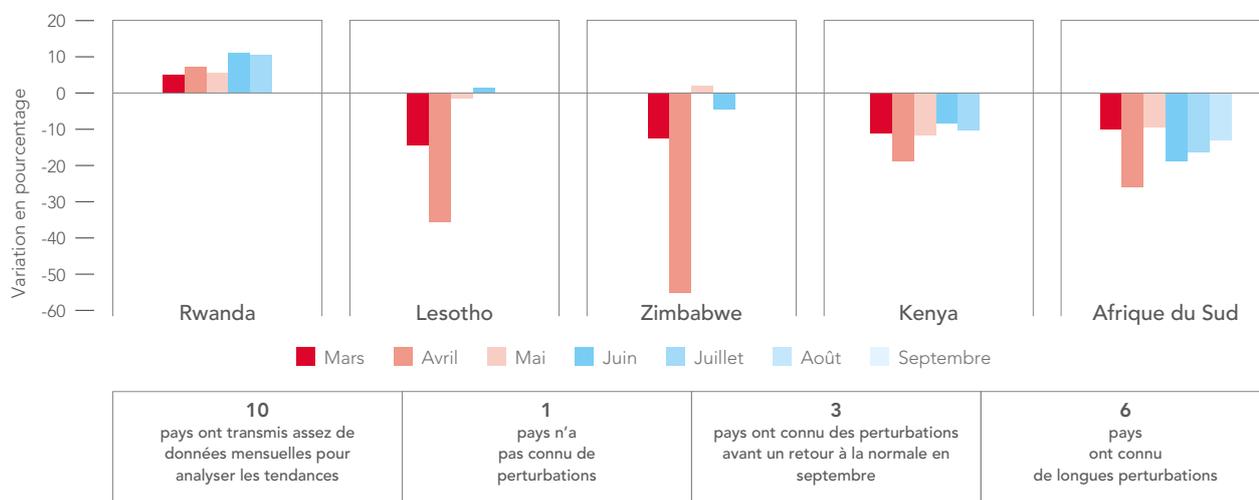


Source : Outil de suivi des services VIH ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020.

Remarque : Les pays remplissaient les critères suivants : (a) disposaient de données pour janvier 2020 ; (b) comptaient plus de 50 femmes enceintes dans les données de janvier ; (c) avaient plus de 50 % d'établissements communiquant des données, ou des données sur 50 % des naissances estimées ; et (d) disposait de données sur au moins six mois.

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

ILLUSTRATION 15

Évolution du nombre de femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral pendant leur grossesse par mois, par rapport à la situation de référence, pays sélectionnés, 2020

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

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

Remarque : Les pays sélectionnés remplissaient les critères suivants : (a) a fourni des données pour janvier 2020 ; (b) a transmis des données sur au moins 50 femmes enceintes vivant avec le VIH en janvier ; (c) avait au moins 50 % d'établissements communiquant des données, ou des données sur 50 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ; et (d) disposait de données sur au moins six mois.

particulièrement notables lorsque des ordonnances de rester à la maison ont été mises en place (17). Au Kenya, par exemple, les rapports mensuels des pays à l'ONUSIDA montrent que le nombre de personnes cherchant des services après avoir subi des violences sexuelles et/ou sexistes a augmenté de façon constante depuis avril 2020. En Asie et dans le Pacifique, des enquêtes d'évaluation rapide ont révélé que les organisations de la société civile qui fournissent des services aux femmes victimes de violence ont vu le nombre de victimes demander de l'aide augmenter, souvent avec une augmentation notable des violences perpétrées par les employeurs et d'autres membres de la communauté (18).

Les perturbations des services de santé ont également de graves répercussions sur la santé et le bien-être des femmes et des jeunes filles. Selon une évaluation rapide de l'égalité des sexes entreprise par ONU Femmes, au moins la moitié des femmes ayant besoin de services de planification familiale ont éprouvé de grandes difficultés à y accéder dans quatre pays d'Europe et d'Asie centrale sur dix (15). Les organisations non gouvernementales ont corroboré les rapports faisant état de perturbations dans les services de lutte contre le VIH, de santé sexuelle et reproductive et de protection sociale dans les pays d'Afrique orientale et australe où les systèmes de santé sont fragiles et tendus. Les organisations de

femmes et de filles de la base comblent souvent les lacunes des services officiels en aidant à fournir des médicaments antirétroviraux et autres médicaments, des serviettes hygiéniques, des équipements de protection individuelle, des informations sur la COVID-19, de la nourriture et une aide financière en espèces aux personnes et aux familles dans le besoin (19). Ces lacunes dans les services liés à la COVID-19 pour les femmes sont susceptibles de contribuer à l'augmentation des grossesses non désirées et à de moins bons résultats pour la santé des femmes et des filles.

Impact sur les populations clés et les autres personnes exposées au risque d'infection par le VIH

Les populations clés à haut risque d'infection par le VIH sont également touchées de manière disproportionnée par les mesures de confinement liées à la COVID-19. Une étude de l'ONUSIDA menée dans 16 pays a révélé qu'alors que les travailleurs du sexe étaient privés de leurs moyens de subsistance en raison des mesures de confinements, ils étaient parfois exclus des mesures de soutien financier (8). Cette étude a permis de documenter davantage les exemples de violence et de harcèlement à l'encontre des homosexuels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des transsexuels.

Une enquête mondiale réalisée en octobre et novembre 2020 auprès de personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuelles (LGBTI) utilisant une application de réseau social a révélé que 20 % d'entre elles n'étaient pas en mesure de subvenir à leurs besoins fondamentaux en raison d'une perte de revenus. Six pour cent des plus de 12 600 participants à l'enquête ont déclaré avoir eu moins accès aux préservatifs et/ou au lubrifiant pendant la crise COVID-19, et 12 % des 1 397 personnes interrogées qui avaient déjà pris une PPrE ne l'utilisaient plus en raison de COVID-19 (20).

Les rapports nationaux à l'ONUSIDA montrent la façon dont la lutte contre la COVID-19 affecte l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés. L'accès aux services de prévention du VIH pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a par exemple été réduit dans la plupart des 13 pays qui ont soumis des données mensuelles suffisantes, dont le Cambodge, le Honduras, la Jamaïque, l'Afrique du Sud et le Togo (Illustration 16).² Le Kenya a toutefois déclaré que ces services étaient essentiels et le nombre de clients y ayant accès aurait augmenté de mars à juillet.

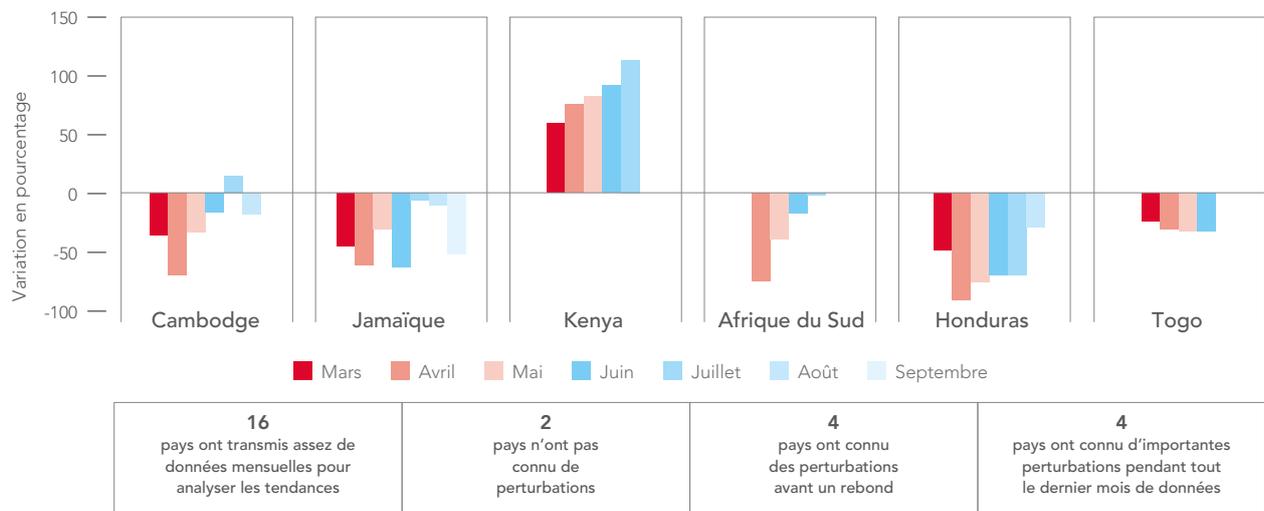
Une enquête du Global Network of Sex Worker Projects menée auprès de 156 travailleurs du sexe de 55 pays

différents a révélé qu'une majorité des personnes interrogées dans toutes les régions, sauf en Europe, ont fait état d'un accès réduit aux préservatifs, aux lubrifiants et aux tests et traitements des infections sexuellement transmissibles (IST) (21-25). Les personnes transgenres peuvent être particulièrement vulnérables aux préjudices résultant des confinements liés à la COVID-19. Une enquête menée auprès de plus de 1020 femmes transgenres dans six villes des États-Unis avant la pandémie a révélé des taux élevés de pauvreté (46 %), de chômage (54 %), d'insécurité alimentaire (48 %) et de sans-abrisme (13 % au cours des trois derniers mois) (26). Bien que les données soient limitées sur l'impact de la pandémie sur les personnes transgenres, des inquiétudes ont été exprimées concernant les répercussions économiques des mesures de confinement et les perturbations potentielles de leur accès à l'hormonothérapie et à d'autres soins sexospécifiques (27).

Les rapports des pays à l'ONUSIDA suggèrent des effets relativement modestes sur l'utilisation des services de réduction des risques. Une exception notable est l'Indonésie, où l'accès aux services a diminué de façon constante de mars à juin (Illustration 17). Une enquête en ligne réalisée par le Réseau international des personnes qui consomment des drogues en mai 2020 a révélé que 65 % des personnes interrogées ont déclaré que des

ILLUSTRATION 16

Évolution du nombre d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes touchés par des interventions liées au VIH par mois, par rapport à la situation de référence, pays sélectionnés, 2020



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

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

² Certains pays, dont le Pérou et l'Afrique du Sud, n'ont communiqué que les données d'un nombre limité de sites.

services de réduction des risques étaient disponibles dans leur région, un signe encourageant mais qui indique encore une marge d'amélioration considérable (28). L'accélération des approches recommandées depuis longtemps en matière de réduction des risques, comme la fourniture de doses de substituts d'opioïdes à emporter chez soi, semble être en partie due aux efforts d'adaptation aux conditions de confinement. Selon Harm Reduction International, 47 des 84 pays qui proposent des traitements de substitution aux opiacés fournissaient un plus grand nombre de produits à emporter aux clients en 2020, et 23 pays assuraient la livraison ou le dosage à domicile par l'intermédiaire de pharmacies ou de programmes de proximité pour garantir un accès continu (29). L'Association eurasiennne de réduction des risques a également documenté une augmentation de la fourniture de traitements de substitution aux opiacés à domicile, la fourniture de plus grandes quantités de matériel d'injection stérile et de naloxone, un plus grand recours aux conseils en ligne et aux services ambulatoires mobiles, et une meilleure attention aux besoins alimentaires et de logement des clients (30).

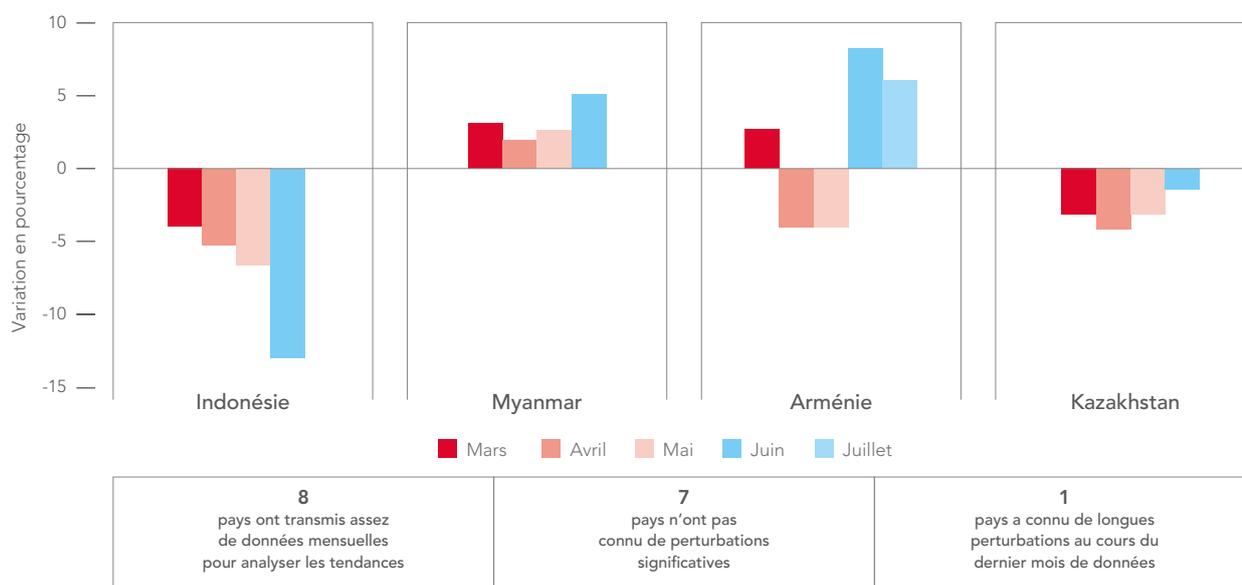
La COVID-19 a également sapé l'accès à d'autres programmes de prévention. Plusieurs pays prioritaires pour les programmes de circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) ont signalé à l'ONUSIDA qu'ils avaient

suspendu leurs programmes entre avril et juin dans le cadre d'un effort visant à concentrer le système de santé sur les services essentiels, conformément aux orientations de l'OMS (31). En Afrique du Sud, le Centre for HIV-AIDS Prevention Studies a fait pivoter son personnel et ses fournitures du CMMV vers le dépistage et le test COVID-19 (32). Fin 2020, les services de circoncision revenaient à la normale en Afrique du Sud, au Botswana, au Kenya et au Rwanda. À mesure que les services reprendront, les pays devraient concentrer leurs efforts sur les hommes de 15 ans et plus afin de maximiser l'impact de la prévention du VIH (33).

Parmi les 12 pays qui ont communiqué à l'ONUSIDA des données mensuelles sur le nombre de préservatifs masculins et féminins qui ont quitté les entrepôts pour être distribués, les tendances dans quatre pays indiquent qu'il y a eu des interruptions de service liées à la COVID-19 pour la programmation des préservatifs. Cependant, huit pays font état de tendances stables ou croissantes dans la distribution de préservatifs depuis janvier. De même, parmi les huit pays qui ont communiqué à l'ONUSIDA des données mensuelles suffisantes sur le nombre de nouveaux utilisateurs de la PPrE, six ont connu des perturbations à court terme puis se sont rétablis, un (Cambodge) a connu une augmentation constante sans perturbation, et un (Lesotho) a connu des perturbations constantes d'avril à septembre.

ILLUSTRATION 17

Évolution du nombre de personnes qui s'injectent des drogues recevant un traitement de substitution aux opiacés par mois, par rapport à la situation de référence, pays sélectionnés, 2020



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

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

Remarque : Les pays sélectionnés remplissaient les critères suivants : (a) a fourni des données pour janvier 2020 ; (b) n'a pas connu de changement significatif dans le nombre d'établissements transmettant des données ; (c) a fourni des données mensuelles non cumulatives ; et (d) avait au moins six mois de données.

COVID-19 ET COMPORTEMENT SEXUEL

Si l'impact de COVID-19 sur les services liés au VIH est clair, on comprend moins bien son effet sur le comportement sexuel et les taux de transmission sexuelle du VIH.

Au Royaume-Uni, en Grande-Bretagne et en Irlande du Nord, où les restrictions liées à la COVID-19 découragent les rapports sexuels avec un partenaire occasionnel, la plupart des 1386 hommes gays et bisexuels interrogés entre le 17 avril et le 8 mai ont déclaré s'être abstenus de tout rapport sexuel occasionnel pendant le confinement, 57 % d'entre eux prévoyant que leur abstention durerait au moins six mois (34).

À New York, les autorités sanitaires ont publié des lignes directrices sur la réduction des risques de transmission du coronavirus lors de rapports sexuels qui déconseillent les rapports avec des partenaires occasionnels (35). La Suisse fait partie des nombreux pays qui ont fermé des maisons closes pendant une période de fermeture, et lorsqu'elles ont rouvert, des restrictions ont été mises en place pour réduire le risque d'infection par COVID-19 (36). Le Global Network of Sex Work Projects a mené une enquête auprès de ses membres dans 55 pays et a constaté que les restrictions liées à la COVID-19 restreignaient le travail sexuel, entraînant pour les travailleurs du sexe une perte de revenus importante, une augmentation de la discrimination et du harcèlement, et la faim (37).

Ces mesures pourraient permettre de réduire les taux de transmission du VIH en 2020. Toutefois, il existe également des preuves que des personnes adoptent des comportements sexuels à haut risque pour soulager leur solitude et leur stress pendant la pandémie. Dans l'enquête susmentionnée sur les hommes homosexuels et bisexuels au Royaume-Uni, 24 % ont déclaré avoir eu des relations sexuelles occasionnelles pendant le confinement, et 5 % ont déclaré avoir eu plus de cinq partenaires occasionnels (34).

Le suivi des diagnostics d'IST, qui présentent des symptômes plus rapidement que le VIH, peut être utilisé pour estimer les changements de comportement sexuel à risque. Cependant, la pandémie de COVID-19 a rendu difficile l'interprétation des tendances en matière d'IST. Des baisses de diagnostics d'IST ont par exemple été signalées dans certaines juridictions, mais elles peuvent être dues à des perturbations des services de traitement des IST ou au désir des personnes d'éviter les services de soins de santé de toutes sortes pendant la pandémie (38). Ainsi, plutôt que d'annoncer une bonne nouvelle, la baisse des diagnostics d'IST peut indiquer que de nombreuses IST ne sont pas diagnostiquées ni traitées.

Dans certains pays à faible et moyen revenu, les responsables de la santé se préparent à une augmentation des nouvelles naissances en raison des interruptions de l'accès aux contraceptifs pendant la pandémie (39). En Inde, par exemple, on estime que la COVID-19 a interrompu l'accès aux contraceptifs pour plus de 25 millions de couples (40). En revanche, la COVID-19 pourrait entraîner une baisse de natalité dans les pays à revenu élevé où l'accès aux contraceptifs est plus important, car les femmes décident d'éviter d'avoir des enfants pendant la pandémie et la récession économique qui y est associée. Une analyse a prévu une réduction du nombre de naissances de 300 000 à 500 000 rien qu'aux États-Unis en raison de la COVID-19 (41).

Pour obtenir une image plus claire de l'impact de la pandémie sur les comportements sexuels, un certain nombre d'études sont prévues dans les milieux à forte et à faible prévalence du VIH.

Modélisation et projection de l'impact de la COVID-19 sur la lutte contre le VIH

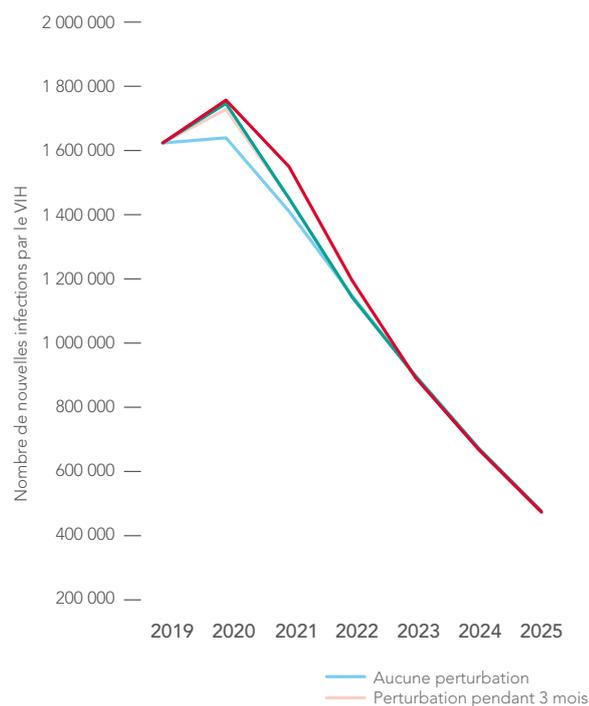
Les données communiquées à l'ONUSIDA par les pays jusqu'à présent ont été utilisées pour prévoir l'impact potentiel à long terme de la pandémie de COVID-19 sur la lutte contre le VIH. Plusieurs scénarios avec différentes durées d'interruption de service ont été modélisés. Une hypothèse importante dans tous les scénarios est que le pipeline de recherche actuel produira un ou plusieurs vaccins contre la COVID-19 sûrs et efficaces, et que le monde réussira à déployer les vaccins dans le monde entier. Toutefois, selon ces projections, les perturbations liées à COVID-19 pourraient entraîner de 123 000 à

293 000 infections supplémentaires par le VIH et de 69 000 à 148 000 décès supplémentaires liés au sida dans le monde. Sur une note plus positive, ces projections montrent que la vaccination à grande échelle devrait permettre aux services de lutte contre le VIH de rebondir rapidement et de revenir à la normale, ce qui rendrait les effets de la pandémie de COVID-19 sur la lutte contre le VIH relativement éphémères (Illustration 18). Sur la base de ces projections, l'ONUSIDA et ses partenaires ont conclu que la pandémie de COVID-19 ne devrait pas être une raison pour adopter des objectifs de lutte contre le VIH plus bas pour 2025 ou pour retarder la date limite de 2030 pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.

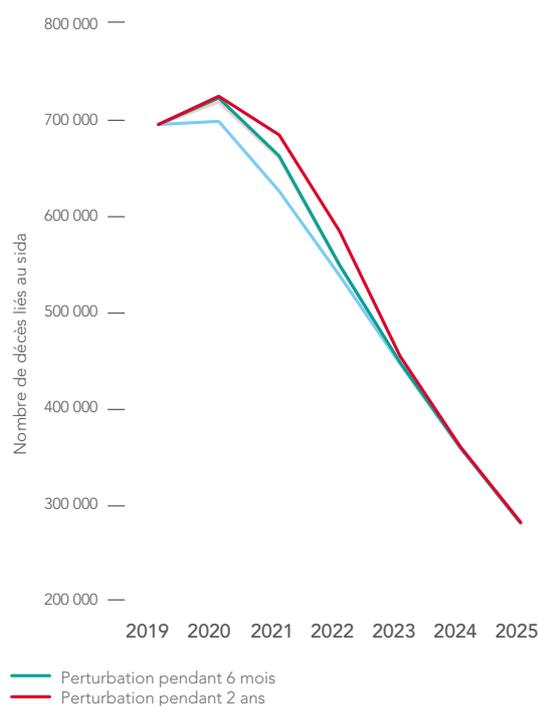
ILLUSTRATION 18

Projection modélisée des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida dans trois scénarios différents de perturbations dues à la pandémie de COVID-19, au niveau mondial, 2019-2025

Nouvelles infections par le VIH



Décès dus au sida



	Nouvelles infections au VIH supplémentaires	Décès liés au sida supplémentaires
Perturbation de trois mois	123 000	69 000
Perturbation de six mois	142 000	79 000
Deux ans de perturbations	293 000	148 000

Source : Analyse spéciale réalisée par Avenir Health à partir des données de l'outil de suivi des services VIH ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020, et des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). Voir l'annexe sur les méthodes.

Remarque : Plusieurs scénarios avec différentes durées de perturbation (3 mois, 6 mois et 2 ans) ont été modélisés. D'après une étude de l'ONUSIDA sur l'impact de la COVID-19 sur les services liés au VIH, nous avons supposé que pendant une perturbation : (a) le taux d'augmentation de la couverture des traitements antirétroviraux serait divisé par deux par rapport au taux antérieur à la COVID-19 ; (b) il n'y aurait pas de CMMV ; (c) 20 % de la population subirait une interruption complète des services pour prévenir la transmission verticale ; et (d) il n'y aurait pas d'augmentation de la PrEP.

Atténuer l'impact de la COVID-19 par une prestation de services différenciée

La COVID-19 a catalysé la mise en œuvre accélérée d'innovations antérieures à la pandémie, mais qui avaient auparavant du mal à obtenir une certaine traction. Par exemple, un certain nombre de pays, dont le Burundi, Eswatini, le Guatemala et le Myanmar, ont développé l'autotest du VIH comme alternative au dépistage en établissement. En réponse à l'obligation de rester à la maison en Pologne, Project Test a commencé à offrir des conseils sur le VIH par téléphone, suivis de la livraison par courrier d'un kit de dépistage gratuit (42).

En plus des services de dépistage différenciés, des méthodes différenciées de prestation de services de traitement se sont également avérées essentielles pour maintenir l'accès aux services pendant la pandémie. Les communautés ont joué un rôle essentiel dans l'élargissement des approches de services différenciés, en livrant des médicaments au domicile des personnes vivant avec le VIH dans des endroits aussi divers que le Népal, la République de Moldavie et la Sierra Leone. Une enquête de l'ONUSIDA menée auprès de 225 organisations communautaires de 73 pays a révélé que les groupes communautaires ont réagi rapidement à la pandémie pour maintenir l'accès aux services, notamment en utilisant le téléphone ou le courrier

électronique pour les conseils personnels et le suivi du traitement et de l'état de santé.

La distribution de médicaments antirétroviraux pendant plusieurs mois aux personnes vivant avec le VIH a été essentielle pour atténuer l'impact des confinements. Bien que l'OMS ait d'abord recommandé de passer aux prescriptions plurimestrielles et à la distribution de médicaments antirétroviraux en 2016, l'adoption de cette approche a été lente avant la pandémie de COVID-19, en partie en raison des difficultés liées à l'adaptation des systèmes de gestion des achats et des approvisionnements. En réponse à la COVID-19, cependant, un certain nombre de pays qui avaient précédemment adopté la recommandation de l'OMS ont accéléré la mise en œuvre de la distribution de médicaments sur plusieurs mois, notamment le Malawi, la Thaïlande, la République-Unie de Tanzanie, le Viet Nam et le Zimbabwe. D'autres pays ont temporairement adopté des politiques de distribution plus libérales pour les personnes dont le traitement contre le VIH est stable, notamment le Burundi, la République dominicaine, l'Éthiopie, le Mozambique, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et l'Afrique du Sud. L'analyse par l'ONUSIDA des données de traitement dans 46 pays a révélé qu'à la mi-2020, la mise en œuvre accélérée de la distribution de médicaments sur plusieurs mois avait réduit de plus de moitié le nombre de visites dans les cliniques.

L'AMOUR SUR ROUES

Des bicyclettes électriques sont utilisées aux Philippines pour assurer la continuité des services de lutte contre le VIH aux populations clés pendant la pandémie de COVID-19. L'initiative « Love on Wheels » (ou « L'amour sur roues ») été lancée par l'organisation non gouvernementale Projet Ruban Rouge, en partenariat avec la clinique d'hygiène sociale de Manille et le centre de traitement de la clinique d'hygiène sociale de Manille, et en collaboration avec l'ONUSIDA et le ministère de la santé - Centre de santé et de développement de Manille. Le projet Ruban Rouge a mobilisé des ressources pour acheter des vélos électriques et d'autres vélos, qu'ils ont ensuite donnés à la clinique d'hygiène sociale de Manille pour fournir des services mobiles de lutte contre le VIH destinés aux populations clés difficiles à atteindre (43).



La lutte contre le VIH montre clairement qu'il est important d'associer les communautés touchées à tous les stades des actions de santé publique, de combattre toutes les formes de stigmatisation et de discrimination, de soutenir et de protéger les travailleurs de la santé et de garantir un accès gratuit et abordable aux outils diagnostiques, préventifs et thérapeutiques, en accordant une attention particulière aux besoins des personnes les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre. En plus de préserver les services de santé, les réponses doivent tenir compte

d'autres facteurs qui affectent la santé et l'utilisation des services, notamment l'emploi, la désinformation et le manque d'outils et d'infrastructures sanitaires. Les restrictions visant à protéger la santé publique doivent être limitées dans le temps, proportionnées, nécessaires et fondées sur des données. La lutte contre le VIH souligne la valeur essentielle de la solidarité internationale, notamment la nécessité pour les pays de se soutenir les uns les autres afin qu'aucun pays ne soit laissé pour compte.

PRÉSERVER L'ACCÈS AU TRAITEMENT DU VIH PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19 EN RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

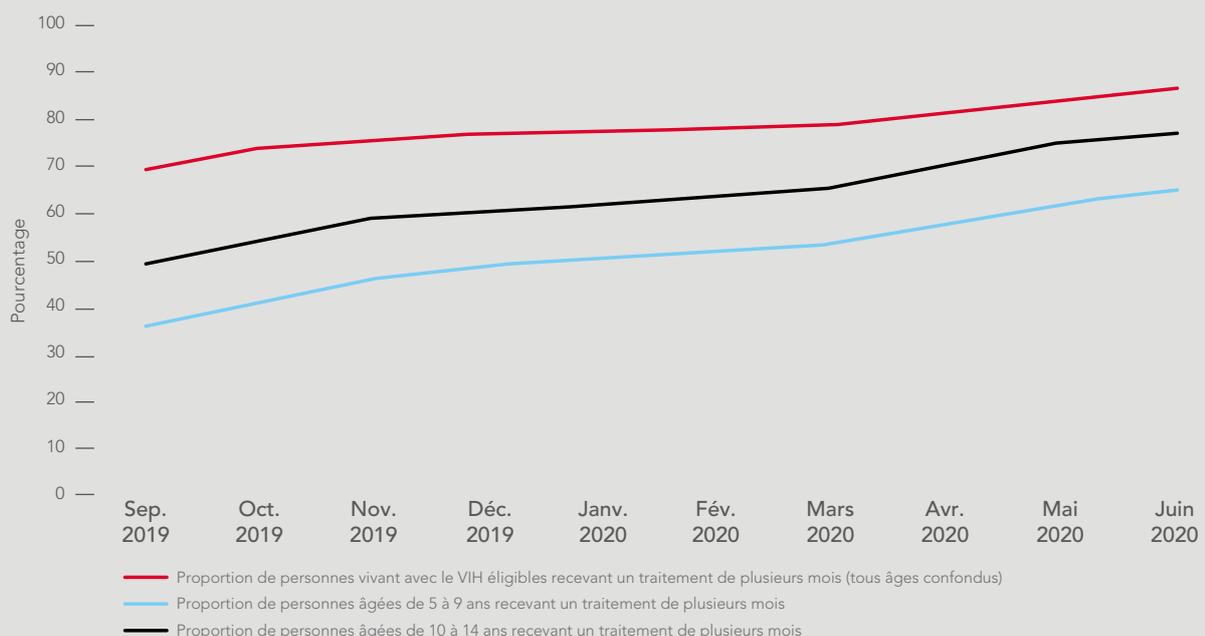
Lorsque la COVID-19 a frappé la République unie de Tanzanie, les actions rapides du ministère de la santé, du développement communautaire, du genre, des personnes âgées et des enfants et de ses partenaires ont permis de maintenir les services essentiels en matière de VIH et de minimiser l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur la réponse au VIH en Tanzanie continentale.

Un groupe de travail dirigé par le ministère a été créé pour coordonner les principales parties prenantes et communiquer des orientations scientifiques et programmatiques aux établissements de santé. Des indicateurs sélectionnés ont été régulièrement comparés pour suivre de près l'impact de la COVID-19 sur les services de lutte contre le VIH. Au fur et à mesure de l'accumulation des connaissances, des informations sur les approches innovantes et les bonnes pratiques ont été diffusées aux établissements de santé pour adoption.

Le maintien de l'accès au traitement a été une priorité. Les autorités sanitaires nationales et leurs partenaires ont rapidement étendu la distribution de médicaments antirétroviraux aux personnes

ILLUSTRATION 19

Intensification de l'administration de traitements antirétroviraux contre le VIH pendant trois mois, pour tous les âges et tous les enfants, Tanzanie continentale, 2019-2020



Source : PEPFAR Tanzanie Exercice 20 T3 POART. Réunion des partenaires de mise en œuvre du PEPFAR, PEPFAR ; 22 octobre 2020.

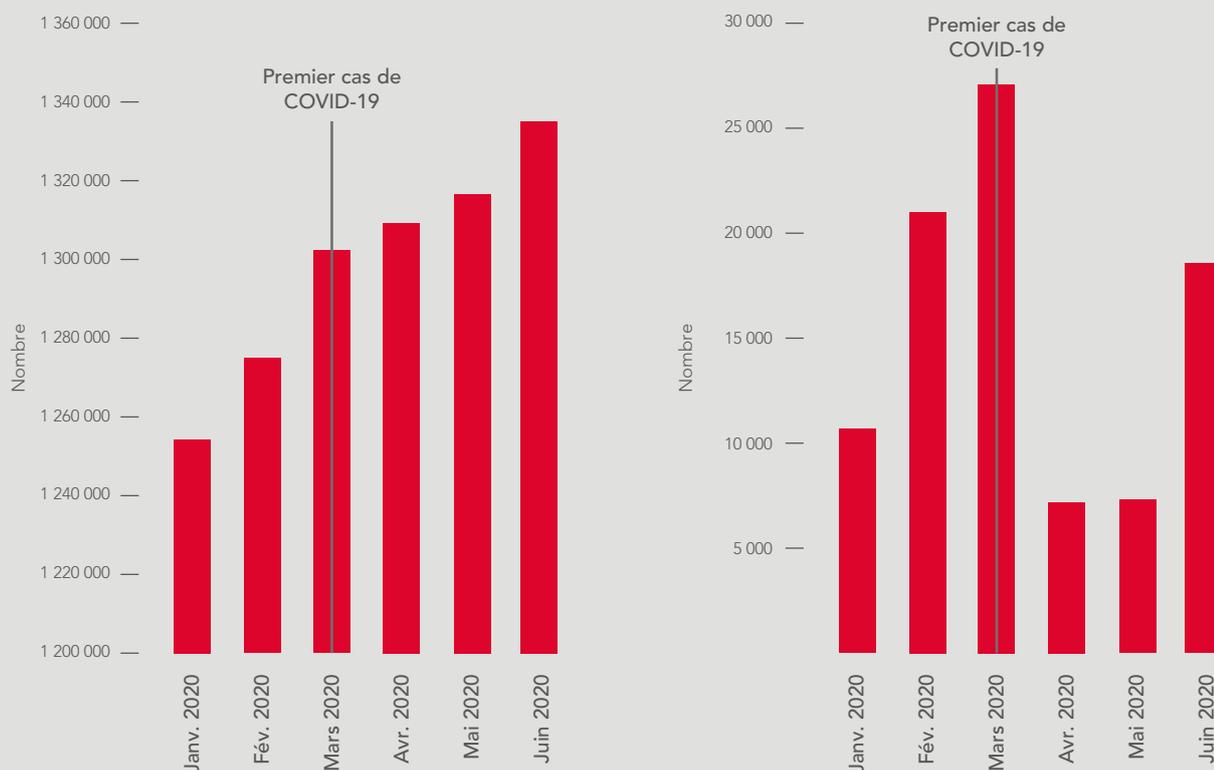
vivant avec le VIH pendant trois ou six mois. L'intensification de la distribution de médicaments sur plusieurs mois, avec notamment la distribution au niveau communautaire par le biais de cliniques mobiles et de motos, a été accélérée entre février 2020 et juin 2020 (Illustration 19) (44).

Malgré les nombreux défis posés par la COVID-19, ces mesures ont permis de maintenir à plus de 90 % le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui sont restées en soins sur une période de 12 mois, comme lors des deux trimestres précédents (44). Le nombre de nouveaux diagnostics de VIH et de personnes ayant entamé une thérapie antirétrovirale chaque mois a diminué, mais il commençait à rebondir en juin 2020. La croissance du nombre de personnes sous traitement antirétroviral a toutefois été soutenue tout au long de la pandémie de COVID-19 (Illustration 20).

ILLUSTRATION 20

Nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral par mois, tous âges confondus, Tanzanie continentale, janvier-juin 2020

Augmentation nette du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral par mois, tous âges confondus, Tanzanie continentale, janvier-juin 2020



Source : PEPFAR Tanzanie Exercice 20 T3 POART. Réunion des partenaires de mise en œuvre du PEPFAR. PEPFAR ; 22 octobre 2020.

Mobilisation de la lutte contre le VIH pour combattre la COVID-19

Lorsque le nouveau coronavirus a commencé à se répandre dans le monde, les mécanismes internationaux et nationales initialement établies pour lutter contre la pandémie de VIH ont été mobilisées contre la COVID-19. Le Fonds mondial a mis plus d'un milliard de dollars à la disposition des pays pour renforcer la lutte contre la COVID-19 et pour atténuer l'impact de la pandémie sur les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Le nouveau PACT (Partnership to Accelerate COVID-19 Testing in Africa) de l'Union africaine et des Centres africains pour le contrôle et la prévention des maladies travaille avec l'ONUSIDA pour tirer parti des liens communautaires de la lutte contre le VIH afin de soutenir le diagnostic et le suivi des contacts pour la COVID-19.

Le leadership des réponses nationales au VIH joue un rôle actif dans les réponses nationales à la COVID-19. Des directeurs de programmes de lutte contre le VIH ont notamment été déployés pour diriger les principaux éléments de la lutte contre la COVID-19 et réaménager les installations VIH pour la gestion des cas de COVID-19. Les systèmes de laboratoires renforcés pour diagnostiquer et gérer le traitement des personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et l'hépatite se sont révélés inestimables dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.

Les communautés qui jouent un rôle central dans la lutte contre le VIH ont également pris des mesures pour lutter contre la COVID-19. Les organisations communautaires interrogées par l'ONUSIDA en 2020 ont indiqué qu'elles distribuaient des masques, du savon et du désinfectant dans leurs communautés, et certaines ont signalé qu'elles intensifiaient leurs efforts pour lutter contre les effets de la pandémie sur la société, notamment au niveau de la violence sexiste et l'insécurité alimentaire. En Afrique du Sud, 28 000 agents de santé communautaires dédiés à la lutte contre le VIH ont assuré le dépistage des symptômes de la COVID-19 et l'orientation des patients vers les services de dépistage dans 993 communautés à forte densité (45). Si certaines organisations communautaires ont déclaré avoir réussi à mobiliser des ressources financières pour les travaux liés à COVID-19, d'autres ont dit avoir du mal à assumer ces responsabilités supplémentaires. Les groupes communautaires font état de difficultés persistantes à obtenir des équipements de protection individuelle suffisants pour leur personnel.

Réponses communautaires à la COVID-19 : un investissement judicieux

Le *Cadre des Nations unies pour une réponse socio-économique immédiate à la COVID-19* stipule que « les communautés supporteront le plus gros de l'impact socio-économique de la COVID-19. Ils détiennent également la clé pour aplatir la courbe, répondre à la pandémie et assurer une reprise à plus long terme. Ils auront besoin d'investissements » (46).

L'ONUSIDA a estimé les investissements nécessaires pour une réponse globale et communautaire à la COVID-19 dans les zones à forte densité, comme les établissements informels qui abritent plus de 1,5 milliard de personnes, ainsi que les camps temporaires de réfugiés et de personnes déplacées. Voici les activités nécessaires :

- Évaluation des besoins de la communauté locale.
- Activités de prévention de la transmission (y compris la réduction des infections secondaires chez les contacts proches et les prestataires de soins).
- Détection, isolement et traitement des cas (y compris le traitement en communauté pour les cas légers et asymptomatiques et le transport vers des établissements de santé pour les cas plus graves).
- Communication d'informations précises par des dirigeants communautaires de confiance.
- Efforts visant à promouvoir la résilience et la durabilité des réponses communautaires.

L'ONUSIDA estime que ce programme de deux ans coûterait 6,08 dollars US par personne et par mois (sans compter les coûts indirects, qui sont estimés à 2-20 % supplémentaires), la plupart des coûts étant consacrés à la prévention des infections et à la prise en charge des cas légers et modérés. Avec un coût annuel de 81 dollars US par personne, cette approche centrée sur la communauté est bien moins coûteuse que le coût annuel du traitement d'un cas de COVID-19.

L'importance de systèmes de santé publique solides

L'expérience de la COVID-19 souligne l'importance d'un système de santé qui fonctionne bien, qui dispose de ressources suffisantes, qui est agile et résilient, qui est capable de suivre les cas et les décès en temps réel, de répondre rapidement aux fluctuations de la demande en temps réel et de fournir des conseils de santé fiables et cohérents et des services centrés sur les personnes. Là où les pays ont mobilisé une réponse rapide et scientifique en matière de santé publique, comme au Japon, en Nouvelle-Zélande et au Viêt Nam, la transmission a été maîtrisée et une certaine normalité est revenue dans la vie publique (47).

Cependant, généralement, la COVID-19 a exposé les coûts humains et économiques extraordinaires d'un manque d'investissement dans la santé. Dans les pays où l'accès à la santé n'est pas universellement garanti, la pandémie a aggravé les inégalités sous-jacentes en matière de santé et a contribué à des décès et des souffrances inutiles (48). La lutte collective contre la COVID-19 devrait avoir laissé un héritage durable, à savoir une action accélérée pour faire de la couverture sanitaire universelle une réalité mondiale.

La COVID-19 souligne également la nécessité d'investissements solides et soutenus dans l'architecture mondiale de la santé qui, malgré les limitations de financement, a prouvé sa valeur lors de cette urgence sanitaire mondiale. L'OMS a alerté la communauté mondiale sur l'évolution de la propagation de la pandémie, en fournissant des conseils scientifiques essentiels et des orientations sur les diagnostics, les traitements et les mesures de lutte contre la maladie. Elle a également travaillé avec les parties prenantes pour renforcer les technologies et les systèmes essentiels. Le Fonds mondial a fourni un financement essentiel pour soutenir les réponses à la COVID-19 dans les pays à faible et moyen revenu. Gavi, l'Alliance pour les Vaccins, s'efforce d'empêcher l'interruption des efforts de vaccination pendant la pandémie et de soutenir les efforts nationaux pour répondre à la COVID-19. L'ONUSIDA s'est assuré que les réponses à la COVID-19 intègrent les enseignements tirés de la lutte contre le VIH. Pour accélérer la disponibilité et l'adoption des services liés à la COVID-19, l'ONUSIDA recommande aux pays de prendre les mesures suivantes :

- Améliorer la précision de leurs prévisions de la demande.
- Prendre des mesures réglementaires pour accélérer l'exportation et/ou l'importation de produits de santé.
- Envisager des exonérations fiscales pour atténuer les hausses potentielles des prix des médicaments antirétroviraux et d'autres produits de santé.
- Assurer une communication transparente et opportune entre les pays, les acheteurs et les fournisseurs.
- Renforcer les systèmes de distribution et de gestion de la chaîne d'approvisionnement dans le pays.

UN APPEL CONCERTÉ POUR UN VACCIN POUR LA POPULATION

Reconnaissant que la meilleure chance de se protéger contre la COVID-19 réside dans des vaccins et des traitements disponibles pour tous, l'ONUSIDA s'est joint à Oxfam et à d'autres partenaires dans le cadre d'un mouvement mondial en faveur d'un vaccin pour la population. Soutenu par des organisations humanitaires de santé, des dirigeants mondiaux passés et présents, des experts de la santé, des chefs religieux et des économistes, le mouvement pour un vaccin pour la population vise à empêcher les monopoles sur la production de vaccins et de traitements en conditionnant le financement de la recherche et du développement à l'accord des institutions de recherche et des sociétés pharmaceutiques pour partager librement toutes les informations, les données, le matériel biologique, le savoir-faire et la propriété intellectuelle.

Les prix doivent être transparents et orientés uniquement vers le coût de la recherche, du développement et de la fabrication. Les vaccins devraient être partagés équitablement dans le monde entier, en partie grâce au don de doses obtenues par les pays riches dans le cadre de l'initiative COVAX coordonnée par l'OMS, Gavi et la Coalition pour la préparation aux épidémies. Les vaccins devraient être gratuits pour tous les individus, et toutes les décisions relatives à la vaccination contre la COVID-19 doivent garantir la pleine participation des gouvernements des pays en développement et de la société civile. Le bassin d'accès aux technologies liées à la COVID-19 de l'OMS facilite le partage des connaissances, de la propriété intellectuelle et des données pour renforcer les efforts collectifs visant à faire progresser la science, le développement technologique et le partage général des avantages du progrès scientifique et de ses applications sur la base du droit à la santé (49).



04

OBJECTIFS DE MORTALITÉ DUE AU SIDA À L'HORIZON 2025

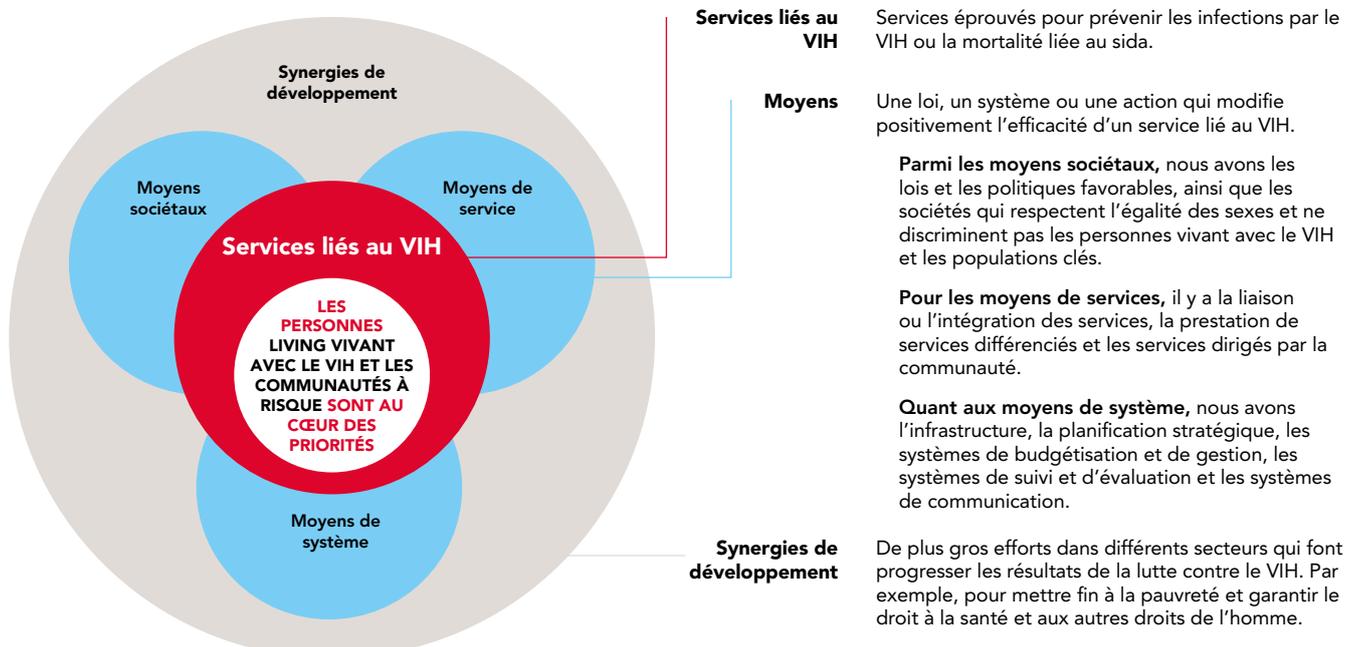
Les personnes vivant avec le VIH et les communautés à risque ont été placées au centre des objectifs proposés pour 2025.

Alors que l'ère de la mise en œuvre rapide touche à sa fin, un effort mondial visant à tracer l'avenir de la lutte contre le VIH a permis d'élaborer une série d'objectifs intermédiaires pour 2025 qui visent à recentrer le monde sur l'objectif 2030 concernant le VIH dans le cadre des SDG. Impliquant un large éventail de parties prenantes pendant plus de deux ans, le processus de définition des objectifs a permis de documenter les lacunes et les défis qui ont fait que le monde n'a pas atteint ses objectifs pour 2020. Ce processus a également inclus un examen approfondi des données disponibles sur les approches qui ont permis de réduire efficacement les infections par le VIH et la morbidité et la mortalité liées au sida.

Le cadre d'investissement qui a servi de base à l'élaboration de réponses au VIH fondées sur des données pendant près de 10 ans a été adapté pour servir de cadre aux objectifs de 2025 (Illustration 21). Au centre de ce cadre se trouvent les personnes vivant avec le VIH et les communautés à risque qui ont besoin d'un ensemble complet de services pour prévenir les infections au VIH, diagnostiquer les nouvelles infections au VIH et traiter les personnes vivant avec le VIH. L'ensemble de services nécessaires diffère d'une sous-population à l'autre.

FIGURE 21

Cadre d'investissement pour l'élaboration des objectifs de lutte contre le sida pour 2025



L'expérience a montré que la simple fourniture de ces services de lutte contre le VIH ne suffit pas pour atteindre les niveaux de couverture requis pour contrôler les épidémies nationales et infranationales. Il existe de plus en plus de données montrant qu'une couverture élevée et un impact complet nécessitent trois facteurs essentiels :

Facilitateurs sociétaux : lois, politiques et campagnes d'éducation publique qui permettent de dissiper la stigmatisation et la discrimination qui entourent encore le VIH, de donner aux femmes et aux filles les moyens de faire valoir leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique, et de mettre fin à la marginalisation des personnes les plus exposées au risque d'infection par le VIH. Comprend une formation à la lutte contre la stigmatisation pour les travailleurs de la santé et la police.

Facilitateurs de services : stratégies qui attirent les individus vers les services ou qui apportent ces services aux personnes qui en ont besoin. Ces outils comprennent la liaison ou l'intégration des services, la

prestation de services différenciés et les services dirigés par la communauté.

Facilitateurs de système : l'infrastructure et les systèmes qui sont essentiels à la fourniture efficace de services, notamment les installations, les équipements et les systèmes de planification stratégique, de budgétisation, de gestion des ressources humaines, de suivi et d'évaluation, et de communication.

Les objectifs pour 2025 mettent beaucoup plus l'accent sur l'élimination des obstacles sociétaux et juridiques à la prestation de services, et sur l'établissement de liens ou l'intégration de la prestation de services liés au VIH avec d'autres services dont les personnes vivant avec le VIH et les communautés à risque ont besoin pour rester en bonne santé et se constituer des moyens de subsistance durables. Il est essentiel d'atteindre les objectifs en matière de facilitateurs sociétaux et de prestation de services intégrés pour parvenir à la couverture élevée requise dans le cadre des objectifs de services liés au VIH.

TABLEAU 2

Objectifs principaux pour 2025

Services liés au VIH			Intégration	Éléments facilitateurs sociétaux		
Objectifs de dépistage et de traitement 95-95-95 atteints dans toutes les sous-populations et tous les groupes d'âge.	95 % des femmes en âge de procréer voient leurs besoins en matière de VIH et de services de santé sexuelle et reproductive satisfaits ; 95 % des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ont supprimé leur charge virale ; et 95 % des enfants exposés au VIH sont testés d'ici 2025.	95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH utilisent des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, centrées sur la personne et efficaces.	Adoption d'approches intégrées centrées sur les personnes et adaptées au contexte, qui favorisent la réalisation des objectifs d'ici à 2025 en matière de VIH et permettent à au moins 90 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque accru d'infection par le VIH d'avoir accès aux services relatifs aux autres maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles, à la violence sexuelle et sexiste, à la santé mentale et aux autres services dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être général.	Objectifs 10-10-10 pour l'élimination des obstacles sociétaux et juridiques pour un environnement favorable limitant l'accès ou l'utilisation des services liés au VIH.		
				Moins de 10 % des pays ont des environnements juridiques et politiques punitifs qui refusent ou limitent l'accès aux services.	Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de stigmatisation et de discrimination.	Moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et populations clés subissent l'inégalité des sexes et de la violence.
				Atteindre les objectifs des SDG essentiels à la lutte contre le VIH (c'est-à-dire, 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 16 et 17) d'ici 2030.		

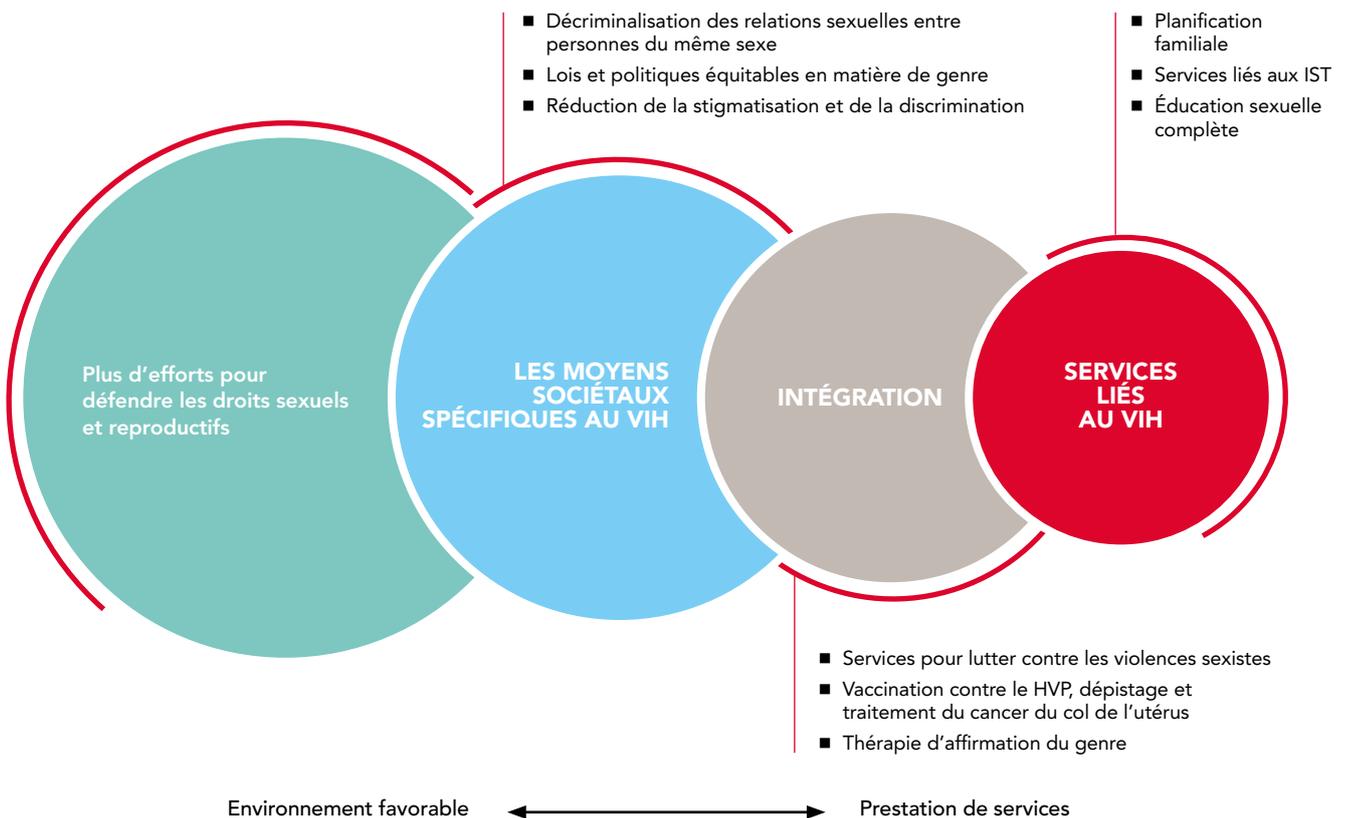
Le cadre d'investissement et les objectifs pour 2025 reconnaissent également que la lutte contre le VIH s'inscrit dans un effort plus large visant à mettre fin à la pauvreté, à permettre le droit à la santé et les autres droits de l'homme, et à atteindre les autres objectifs de l'Agenda 2030 pour le développement durable. Les cadres et les concepts pour la réalisation des SDG recourent les objectifs de 2025. Par exemple, la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation sont essentiels à l'autonomisation des femmes et des adolescentes, à la réalisation de leurs droits humains, à la garantie de leur santé et de leur bien-être et à la création de sociétés et d'économies équitables pour les deux sexes. Les investissements dans la santé et les droits sexuels et reproductifs produisent d'énormes bénéfices sociaux et économiques pour les femmes dans toute leur diversité, ainsi que pour leurs familles et leurs sociétés, et rapportent des dividendes à travers les

générations (50). Ils sont également essentiels à la lutte contre le VIH, et des éléments de la santé et des droits sexuels et reproductifs figurent dans les objectifs des services de lutte contre le VIH, les objectifs d'intégration et les objectifs de facilitation sociétale (Illustration 22).

Une modélisation a été entreprise pour projeter l'impact que la réalisation de ces objectifs aurait sur la trajectoire de l'épidémie, en permettant de réduire fortement le nombre d'infections par le VIH (environ 370 000) et de décès liés au sida (250 000) en 2025, et en mettant le monde sur la bonne voie pour atteindre l'objectif ultime de mettre fin à l'épidémie dans tous les milieux et pour toutes les populations d'ici 2030 (voir illustration 2 page 11). L'ONUSIDA et ses partenaires travaillent actuellement à l'estimation des ressources financières qui seront nécessaires pour garantir la réalisation de ces objectifs.

ILLUSTRATION 22

La santé et les droits sexuels et reproductifs dans le cadre des objectifs de lutte contre le sida pour 2025



Six 95 pour des services complets de lutte contre le VIH

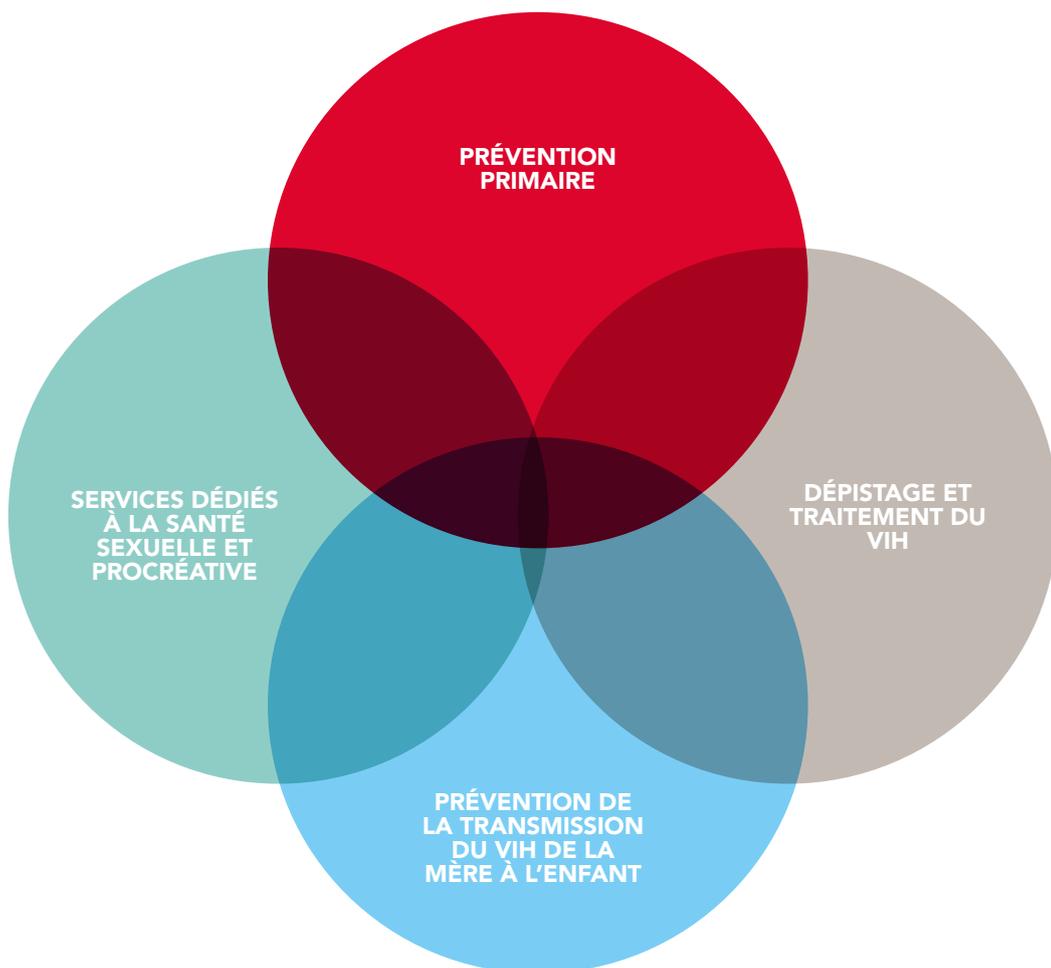
Des services liés au VIH complets et de qualité sont au cœur de la lutte contre le VIH. Les objectifs des services liés au VIH pour 2025 sont classés par catégories, mais en réalité, ils se chevauchent significativement. Cela

reflète le fait qu'il n'existe pas de divisions claires entre la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, la prévention de la transmission verticale du VIH et les services de santé sexuelle et reproductive (Illustration 23).

ILLUSTRATION 23

Les domaines de services liés au VIH se chevauchent considérablement

Il n'existe pas de séparations claires entre la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les services de santé sexuelle et reproductive



Objectifs en matière de dépistage et traitement du HIV

Objectifs 95–95–95 en matière de dépistage et de traitement atteints chez les personnes vivant avec le VIH dans toutes les sous-populations et tous les groupes d'âge d'ici 2025.

La baisse constante des décès liés au sida (39 % entre 2010 et 2019) démontre les avantages du traitement du VIH pour la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH. L'expérience a également montré une relation dose-réponse entre la thérapie antirétrovirale et l'incidence du VIH, une couverture antirétrovirale plus élevée réduisant le taux de nouvelles infections. En 2018 et 2019, quatre essais cliniques ont montré que le développement rapide des tests de dépistage du VIH et de la fourniture de traitements centrés sur la communauté en vue d'atteindre les objectifs 90–90–90 a permis de réduire l'incidence du VIH de 30 % dans divers contextes dans six pays africains différents (51–54).

Les objectifs 90–90–90 étant l'élément de la mise en œuvre accélérée ayant connu la plus grande réussite, les nouveaux objectifs de dépistage et de traitement pour 2025 conservent la même approche globale mais adoptent les objectifs plus ambitieux de 95 %. Ils précisent également la nécessité d'atteindre ces objectifs au sein de chaque sous-population de personnes vivant avec le VIH.

L'attention accrue accordée aux sous-populations de personnes vivant avec le VIH reflète l'hétérogénéité actuelle de la couverture des tests et des traitements dans ces populations, ce qui nuit à l'impact préventif du traitement au niveau de la population. Par exemple, à l'échelle mondiale et dans les différentes régions, les femmes obtiennent de meilleurs résultats que les hommes dans la cascade des tests et des traitements, 54 % des hommes vivant avec le VIH ayant supprimé leur charge virale en 2019 contre 65 % des femmes vivant avec le VIH. De même, les jeunes sont moins susceptibles que les adultes plus âgés de connaître leur statut sérologique et d'accéder à un traitement, et la couverture du traitement du VIH chez les enfants vivant avec le VIH (53 % en 2019) est bien inférieure à celle des adultes (68 % en 2019). De nombreuses populations clés ont également de moins bons résultats concernant les objectifs 90–90–90, en partie à cause des effets de la stigmatisation et de la discrimination et d'autres facteurs structurels, bien que des données plus

solides soient nécessaires pour quantifier et clarifier les lacunes et les obstacles en matière de dépistage et de traitement parmi les populations clés.

Des études longitudinales menées en Afrique du Sud ont démontré l'impact des différences de couverture de traitement entre les hommes et les femmes. Par exemple, une couverture de traitement plus élevée chez les femmes se traduit par une baisse de la morbidité et de la mortalité liées au VIH chez les femmes, mais lorsqu'il s'agit de prévenir les infections par le VIH, il semble que les hommes bénéficient davantage de l'engagement plus fort des femmes dans le système de santé et de l'impact des programmes locaux de CMMV (55). La faible couverture des traitements et le faible taux de suppression virale chez les hommes menacent donc non seulement leur propre santé, mais ils exposent également les femmes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes, à un risque accru d'infection par le VIH. Une étude similaire en Ouganda montre qu'à mesure que la couverture du traitement et les taux de suppression virale augmentent chez les hommes, le risque de contracter le VIH chez les femmes tend à diminuer, surtout si d'autres services de prévention combinée sont également plus largement utilisés (56).

Des stratégies de dépistage et de traitement différenciées qui s'appuient sur la participation de la communauté : En lieu en place de la dépendance de longue date aux tests généralisés en établissement, les réponses mettent de plus en plus l'accent sur des modèles de tests différenciés, et notamment des approches diversifiées en établissement et dans la communauté qui peuvent se concentrer sur les communautés les plus à risque et être adaptées aux besoins individuels et communautaires. Dans les communautés rurales du Kenya et de l'Ouganda, par exemple, le recours à de multiples stratégies communautaires pour le dépistage du VIH a fait passer la connaissance du statut sérologique au niveau de la population de 57 % à 94 % en deux ans (51). Les modèles différenciés de fourniture de traitement comprennent la distribution sur plusieurs mois et les modèles de soins communautaires, tels que la fourniture de traitements antirétroviraux dans la communauté et les clubs d'adhésion (2, 3).

La pandémie de COVID-19 a créé des obstacles supplémentaires à l'utilisation des services de lutte contre le VIH et d'autres services sanitaires et sociaux.

Les pays qui avaient mis en place des stratégies de prestation de services différenciées ont été mieux à même de surmonter ces nouveaux obstacles, et d'autres ont accéléré leurs efforts pour accroître les options de services dirigés par la communauté et basés sur la communauté.

Des efforts ciblés pour améliorer la rétention dans les parcours de soin et augmenter les taux de suppression virale : L'attrition des traitements est une lacune importante dans la cascade de tests et de traitements de nombreux programmes de traitement (57). Selon une méta-analyse de 2018 sur les programmes de traitement du VIH en Afrique subsaharienne, 22 % des patients perdus de vue sont décédés (58). Il a été démontré que le soutien actif à l'adhésion, le suivi des personnes perdues par la communauté et les prestataires et les stratégies de réengagement spécifiques au contexte et centrées sur les personnes permettent de réduire l'attrition des programmes et d'augmenter les taux de suppression virale (59–62).

Des stratégies innovantes pour atteindre des sous-populations souvent laissées pour compte : Pour obtenir d'excellents résultats tout au long de la cascade de tests et de traitements chez les jeunes et les hommes, un récent essai de tests et de traitements

a concentré les services de proximité et de dépistage sur les zones à forte circulation fréquentées par les hommes ou les jeunes (54). Un autre a utilisé des centres communautaires pour atteindre les hommes mal desservis (52). Un essai au Kenya et en Ouganda a mis en œuvre des conseils complets sur la santé et la sexualité masculines afin de rendre les services plus attrayants pour les hommes, et une étude en Afrique du Sud a modifié les heures d'ouverture pour augmenter la probabilité d'engager plus d'hommes (51–53). Au Zimbabwe, un programme à grande échelle spécialement conçu pour les travailleuses du sexe a plus que doublé la couverture des traitements contre le VIH chez les travailleurs du sexe entre 2011 et 2016, passant de 28 % à 67 % (63).

Innovations technologiques pour améliorer la qualité et la durabilité des traitements : Les récents essais ATLAS et FLAIR démontrent que l'injection mensuelle des médicaments cabotegravir et rilpivirine est aussi efficace que la thérapie orale quotidienne, offrant une approche de traitement qui peut être plus simple et plus pratique que la dose quotidienne par voie orale (64, 65). En outre, un solide pipeline de recherche continue d'étudier de nouveaux médicaments antirétroviraux, et notamment de nouvelles classes.

TABLEAU 3

Objectifs détaillés en matière de tests et de traitement

Enfants (0 à 14 ans)	Adolescentes et jeunes femmes (15 à 24 ans)	Adolescents et jeunes hommes (15-24 ans)	Femmes adultes (25 ans et plus)	Hommes adultes (25 ans et plus)	Personnes en déplacement (comme les migrants, les réfugiés, etc.)
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Personnes transgenres	Professionnel(le)s du sexe	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes incarcérées dans des prisons et d'autres centres de détention	
95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique					
95% des personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique suivent un traitement antirétroviral					
95% des personnes suivant un traitement antirétroviral ont obtenu une suppression de leur charge virale					

Répondre aux besoins en matière de services sexuels et génésiques et éliminer la transmission verticale du VIH

- 95 % des femmes en âge de procréer voient leurs besoins en matière de VIH et de services de santé sexuelle et reproductive satisfaits.
- 95 % des femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH ont obtenu une suppression de leur charge virale.
- 95 % des enfants exposés au VIH sont testés d'ici 2025.

Les objectifs pour 2025 donnent la priorité aux services de santé sexuelle et reproductive destinés aux femmes vivant avec le VIH et aux femmes présentant un risque élevé d'infection par le VIH. Ils donnent un nouvel élan à la campagne mondiale visant à éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants et à faire en sorte que les enfants vivant avec le VIH aient accès en temps utile à des services de traitement vitaux.

Les efforts déployés pour accroître la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes vivant avec le VIH au cours de la dernière décennie, la couverture ayant atteint 84 % en 2019, ont entraîné une réduction de la transmission du VIH à leurs nourrissons. Toutefois, ces gains sont insuffisants en soi, car un nombre important d'enfants continuent de contracter le VIH. Cela est principalement dû au fait que l'on n'a pas continué à fournir aux femmes vivant avec le VIH et aux femmes à haut risque de contracter le VIH les services dont elles ont besoin tout au long de la grossesse et de l'allaitement.

Relever les défis de la prestation de services de santé sexuelle et reproductive : Les services de santé sexuelle et génésique sont essentiels pour prévenir l'acquisition du VIH par des rapports sexuels et la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. L'essai d'ECHO dans trois pays a mis en évidence les énormes défis auxquels sont confrontées les femmes en âge de procréer dans des contextes de forte charge de morbidité du VIH, avec une incidence annuelle parmi les participants à l'essai allant de 3,31 à 4,19 pour 100 femmes-années, malgré le fait que ces femmes se voyaient régulièrement proposer des services de prévention du VIH pendant l'essai (66).

Des changements sont nécessaires pour mieux servir les adolescentes et les femmes à haut risque de contracter le VIH qui ont accès à la contraception :

- Les adolescentes et les femmes devraient avoir plus de choix en matière de contraception dans tous les types de services, y compris les cliniques de planning familial et les cliniques de soins de santé primaires.
- Les adolescentes et les femmes qui ont accès à des services de contraception, en particulier dans les pays où le VIH est très répandu, devraient avoir un accès facilité et abordable à des services de prévention et de traitement et à des tests intégrés de qualité pour le VIH et les IST qui tiennent compte des droits et des préférences des adolescentes et des femmes.
- Les recommandations actualisées de l'OMS concernant l'éligibilité des femmes à haut risque pour la contraception doivent être largement diffusées et suivies.
- Le droit des adolescentes et des femmes à des informations complètes et impartiales doit être garanti dans tous les établissements de soins de santé et dans la communauté.
- Les services de contraception, de lutte contre le VIH et les IST doivent être intégrés à une réponse sanitaire plus large qui comprend des services de soins de santé primaires et de santé et droits sexuels et reproductifs dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (67).

Dépistage fréquent des femmes enceintes et allaitantes dans les milieux à forte charge de VIH : Dans les milieux à forte charge de morbidité, le risque d'infection par le VIH chez les femmes augmente pendant la grossesse (68). Les données communiquées à l'ONUSIDA par les 21 pays cibles pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant indiquent que 31 % des enfants exposés au VIH naissent de mères qui ont contracté le VIH pendant la grossesse et l'allaitement. Parmi les séroconversions qui se sont produites dans les 21 pays étudiés en 2019, les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) représentaient 43 %.

L'intensification des services de prévention du VIH, et notamment la PPrE, peut contribuer à réduire le nombre de femmes qui contractent le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement. Des tests plus fréquents, y compris au cours du troisième trimestre et dans la période post-partum, peuvent révéler des séroconversions récentes et assurer une initiation rapide de la thérapie antirétrovirale pour améliorer la santé de la mère et prévenir la transmission du VIH à son enfant.

Intensification et différenciation des stratégies de dépistage pour les enfants : Le nombre important d'enfants qui vivent avec le VIH mais ne reçoivent pas de traitement résulte de la combinaison d'une faible couverture des services de diagnostic précoce des nourrissons et d'une mise en œuvre inadéquate des stratégies de tests multiples (recherche des contacts

avec les tests de la famille, du ménage et de la communauté) pour identifier les enfants plus âgés qui ont contracté le VIH pendant l'allaitement après l'âge de deux mois ou ceux qui peuvent avoir été oubliés par les efforts de diagnostic précoce des nourrissons. Les plateformes de diagnostic précoce au point de service ; qui peuvent réduire le délai d'obtention des résultats des tests d'une valeur médiane de 55 jours (pour les diagnostics précoces traditionnels) à un jour ; doivent être rapidement mises à l'échelle (69). Lorsque cela n'est pas possible, les délais d'obtention des résultats des diagnostics précoces des nourrissons par un laboratoire centralisé doivent être réduits grâce à une meilleure collecte des échantillons et à l'utilisation de technologies mobiles. Pour les enfants plus âgés qui n'ont pas accès aux services de diagnostic à temps, il est urgent de mettre en place des stratégies de dépistage familial (70).

TABLEAU 4

Objectifs détaillés en matière de services de santé sexuelle et reproductive et d'élimination de la transmission verticale du VIH.

Population	L'objectif
Femmes en âge de procréer dans des contextes de forte prévalence du VIH, au sein de populations clés et vivant avec le VIH	95 % ont vu leurs besoins en matière de prévention du VIH et de services de santé sexuelle et reproductive satisfaits
Femmes enceintes et allaitantes	95 % des femmes enceintes sont testées au moins une fois et le plus tôt possible pour le VIH, la syphilis et l'antigène de surface de l'hépatite B. Dans les milieux à forte charge de VIH, les femmes enceintes et allaitantes dont le statut sérologique est inconnu ou qui ont déjà été testées séronégatives doivent subir un nouveau test en fin de grossesse (troisième trimestre) et au cours de la période post-partum.
Femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH	90 % des femmes séropositives suivent une thérapie antirétrovirale avant leur grossesse actuelle
	Toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH sont diagnostiquées et suivent un traitement antirétroviral, et 95 % d'entre elles obtiennent une suppression virale avant l'accouchement
Enfants (0 à 14 ans)	Toutes les femmes qui allaitent et qui vivent avec le VIH sont diagnostiquées et suivent un traitement antirétroviral, et 95 % d'entre elles obtiennent une suppression virale (à mesurer entre 6 et 12 mois)
	95 % des nourrissons exposés au VIH subissent un test virologique et les parents reçoivent les résultats avant l'âge de 2 mois
	95 % des nourrissons exposés au VIH subissent un test virologique et les parents reçoivent les résultats après l'arrêt de l'allaitement
	Objectifs 95–95–95 en matière de de dépistage et de traitement atteints chez les enfants vivant avec le VIH

Des options de prévention combinées appropriées, hiérarchisées, centrées sur la personne et efficaces

95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH utilisent des options de prévention combinées appropriées, prioritaires, centrées sur la personne et efficaces d'ici à 2025.

La dynamique de la transmission du VIH varie considérablement d'une région et d'un pays à l'autre et au sein d'une même région et d'un même pays. Ils varient également en fonction des modes de transmission, ainsi qu'au sein des groupes de population et entre eux. Une prévention efficace du VIH nécessite une approche granulaire combinée, différenciée en fonction du lieu, du groupe de population et du risque d'acquisition du VIH.

La prévention combinée reconnaît que les individus doivent avoir le choix entre plusieurs outils pour prévenir l'infection par le VIH, y compris des approches comportementales et biomédicales, afin de s'assurer qu'au moins un d'entre eux répondra à leurs besoins actuels. Ces choix ne sont pas figés : l'outil le plus approprié variera en fonction de la situation.

Ces outils doivent également être centrés sur la personne. Les outils et les approches les plus efficaces sont différents selon les sous-populations. Par exemple, une éducation sexuelle complète est une composante essentielle de la prévention du VIH pour les adolescents et les jeunes, et le maintien des filles à l'école et leur autonomisation économique ont également été liés à un risque de VIH plus faible. Les préservatifs sont une option bon marché et efficace pour de nombreuses sous-populations exposées au risque d'infection par le VIH, mais pour les travailleurs du sexe, la triple prévention que les préservatifs offrent contre le VIH, les IST et les grossesses non désirées est sans égale parmi toutes les options de prévention de la transmission sexuelle. La CMMV s'est avéré extrêmement efficace dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée et les taux de circoncision faibles, et la réduction globale des risques, ceci comprenant des matériels d'injection stérile et des traitements de substitution aux opioïdes, est le fondement de la prévention du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues. L'accès accru à

la PPrE a permis d'améliorer considérablement l'impact des programmes de prévention combinée du VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Les préférences diffèrent également au sein des sous-populations. Par exemple, un jeune homme gay qui a plusieurs partenaires sexuels peut préférer utiliser la PPrE, un autre peut préférer les préservatifs et le lubrifiant, et un troisième peut avoir des relations sexuelles sans préservatif avec un partenaire séropositif dont la charge virale est confirmée comme étant indétectable. L'efficacité de l'offre de diverses options a été démontrée en Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, où plus d'un tiers des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré avoir utilisé la PPrE, tandis que près d'un quart d'entre eux utilisent systématiquement le préservatif avec des partenaires occasionnels (71, 72). Les objectifs de 2025 pour la prévention combinée sont organisés en ensembles de services spécifiques à la population qui visent à offrir aux personnes à haut risque un choix d'options de prévention qui fonctionnent le mieux dans des circonstances spécifiques.

Des sous-populations peuvent se chevaucher. Par exemple, les travailleurs du sexe et les transsexuels qui s'injectent des drogues ont besoin de services de réduction des risques. À l'inverse, les consommateurs de drogues injectables qui se livrent au commerce du sexe ont besoin de services de dépistage et de traitement des IST.

Les objectifs pour 2025 reconnaissent également que les personnes vivant dans des contextes géographiques et sociaux différents, ainsi que celles ayant des caractéristiques comportementales différentes, présentent des niveaux de risque différents. Des strates de risque d'acquisition du VIH ont été définies pour guider la hiérarchisation des ressources et des interventions afin que les programmes de prévention du VIH puissent maximiser leur impact. Par exemple, la fourniture à grande échelle de la PPrE aux jeunes femmes dans les milieux à faible prévalence du VIH serait coûteuse et permettrait de prévenir relativement peu d'infections. Toutefois, dans les régions à plus forte prévalence du VIH en Afrique orientale et australe, et

au sein des grandes communautés urbaines d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en Europe et en Amérique du Nord, la PPrE a constitué un ajout important à l'arsenal de prévention du VIH.

Il est urgent de renforcer le soutien politique et le financement de la prévention du VIH : L'échec à ce jour de l'élargissement de l'accès au traitement pour parvenir à une réduction rapide de l'incidence du VIH a souligné l'importance cruciale de la prévention primaire du VIH. Le lancement de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH en 2017 a permis un regain d'attention sur les objectifs de prévention du VIH, les 28 pays cibles ayant tous élaboré des objectifs nationaux en matière de prévention conformément à la *feuille de route de la Coalition pour la prévention du VIH en 2020*. Toutefois, le soutien politique à la prévention du VIH fait encore défaut en raison de nombreux facteurs, notamment la complexité inhérente à la prévention du VIH, les difficultés à mesurer l'impact (en montrant que quelque chose, l'infection par le VIH, ne s'est pas produit), le manque d'aise pour aborder les questions de sexualité et de consommation de drogues (en particulier chez les jeunes), et le fait que les besoins en matière de prévention sont souvent plus importants parmi les populations socialement marginalisées et politiquement défavorisées. L'insuffisance du soutien politique à la prévention du VIH se reflète dans les données relatives au financement de la lutte contre le VIH. De 2012 à 2017, l'aide internationale au développement pour la prévention du VIH a diminué de 44 % (73).

Le suivi des dépenses nationales destinées à la prévention par l'ONUSIDA indique également que de nombreux pays consacrent une grande partie de leurs ressources limitées en matière de prévention à des approches autres que les cinq piliers de prévention fondés sur des données probantes, qui sont prioritaires pour la Coalition mondiale pour la prévention du VIH (74).

Combiner en synergie des approches de prévention fondées sur des données : Une prévention efficace du VIH implique une approche combinée qui offre de multiples options de prévention aux personnes à risque. Les données de Rakai, en Ouganda, montrent que l'effet sur l'incidence du VIH est amplifié lorsque le traitement mis à l'échelle du VIH est combiné avec un accès élargi à des services de prévention du VIH fondés sur des données (75). Les efforts pour atteindre les objectifs 95-95-95 en matière de dépistage et de traitement doivent être combinés à d'importants efforts d'intensification de la promotion du préservatif, de l'éducation sexuelle complète, du CMMV, de la PPrE et de la réduction des risques.

Tirer profit des innovations : La recherche continue de générer de nouveaux outils et de nouvelles approches pour la prévention du VIH. Deux études ont montré que l'anneau vaginal de dapivirine réduisait de plus d'un quart le risque de contracter le VIH chez les femmes (76, 77). L'Agence européenne des médicaments a approuvé l'anneau, et sa mise en œuvre progresse rapidement (78). Deux études ont montré que le cabotegravir injectable à action prolongée pour la PPrE est supérieur à la PPrE orale pour prévenir les nouvelles infections par le VIH, l'une portant sur les femmes d'Afrique subsaharienne et l'autre sur les hommes homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des femmes transsexuelles en Afrique, en Asie, en Amérique latine et aux États-Unis (79, 80). Les efforts visant à concevoir et à évaluer des vaccins préventifs contre le VIH se poursuivent, même si l'on prévoit qu'un vaccin préventif contre le VIH ne sera pas disponible avant plusieurs années au plus tôt.

TABLEAU 5

Objectifs détaillés de prévention du VIH pour les populations clés

	Critère	Très élevé		Élevé	Faible-moderé
Professionnel(le) du sexe	Prévalence nationale du VIH chez les adultes (15–49 ans)	> 3 %		> 0,3 %	< 0,3 %
Personnes incarcérées	Prévalence nationale du VIH chez les adultes (15–49 ans)	> 10 %		> 1 %	< 1 %
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Analyse de l'ONUSIDA par pays/région	Proportion de la population dont l'incidence est estimée à >3 %		Proportion de la population dont l'incidence est estimée à 0,3-3 %	Proportion de la population dont l'incidence est estimée à < 0,3 %
Personnes transgenres	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en l'absence de données	Proportion de la population dont l'incidence est estimée à >3 %		Proportion de la population dont l'incidence est estimée à 0,3-3 %	Proportion de la population dont l'incidence est estimée à < 0,3 %
Personnes qui s'injectent des drogues	Analyse de l'ONUSIDA par pays/région	Faible couverture des programmes d'aiguilles et de seringues et des traitements de substitution aux opiacés		Certains programmes d'aiguilles et de seringues et certaines thérapies de substitution aux opiacés	Couverture élevée des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues avec un nombre adéquat d'aiguilles et de seringues par personne qui s'injecte des drogues ; possibilité de traitement de substitution aux opiacés
	Critère	Très élevé		Moyen	Faible
Adolescentes et jeunes femmes	Combinaison de [incidence nationale ou infranationale chez les femmes de 15–24 ans] ET [comportement déclaré dans le cadre de l'EDS ou autre (>2 partenaires ; ou IST déclarée au cours des 12 mois précédents)]	1–3 % d'incidence ET comportement à haut risque signalé	> 3 % d'incidence	0,3–< 1 % d'incidence et de comportement à haut risque déclaré OU 1–3 % d'incidence et de comportement à faible risque déclaré	< 0,3 % d'incidence OU 0,3–< 1 % d'incidence et de comportement à faible risque déclaré
Adolescents et jeunes hommes	Combinaison de [incidence nationale ou infranationale chez les hommes de 15–24 ans] ET [comportement déclaré dans le cadre de l'EDS ou autre (> 2 partenaires ; ou IST déclarée au cours des 12 derniers mois)]	1–3 % d'incidence ET comportement à haut risque signalé	> 3 % d'incidence	0,3–< 1 % d'incidence et de comportement à haut risque déclaré OU 1–3 % d'incidence et de comportement à faible risque déclaré	< 0,3 % d'incidence OU 0,3–< 1 % d'incidence et de comportement à faible risque déclaré
Adultes (25 ans et plus)	Combinaison de [incidence nationale ou infranationale chez les 25-49 ans] ET [comportement déclaré par l'EDS ou autre (>2 partenaires ; ou IST déclarée au cours des 12 derniers mois)]	1–3 % d'incidence ET comportement à haut risque signalé	> 3 % d'incidence	0,3–< 1 % d'incidence et de comportement à haut risque déclaré OU 1–3 % d'incidence et de comportement à faible risque déclaré	< 0,3 % d'incidence OU 0,3–< 1 % d'incidence et de comportement à faible risque déclaré
Partenariats sérodiscordants	Estimation du nombre de partenaires réguliers séronégatifs d'une personne qui vient de commencer un traitement	La stratification des risques dépend des choix effectués au sein du partenariat : choix du moment et du régime de la thérapie antirétrovirale pour le partenaire séropositif, choix des schémas comportementaux (par exemple, préservatifs ou fréquence des rapports sexuels) et choix de la PPrE.			

TABLEAU 6

Objectifs détaillés de prévention du VIH pour les populations clés

	Professionnel(le)s du sexe	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes transgenres	Prisonniers et autres personnes en milieu fermé
Utilisation de préservatifs/lubrifiants lors des derniers rapports sexuels par les personnes ne prenant pas de PPrE avec un partenaire non régulier dont la charge virale n'est pas connue comme étant indétectable (y compris les personnes dont on sait qu'elles sont séronégatives)	--	95 %	95 %	95 %	--
Utilisation de préservatifs/lubrifiants lors du dernier rapport sexuel avec un client ou un partenaire non régulier	90 %	--	--	--	90 %
Utilisation de la PPrE (par catégorie de risque) <ul style="list-style-type: none"> ■ Très élevé ■ Élevé ■ Modéré et faible 	80 % 15 % 0 %	50 % 15 % 0 %	15 % 5 % 0 %	50 % 15 % 0 %	15 % 5 % 0 %
Aiguilles et seringues stériles	--	--	90 %	--	90 %
Thérapie de substitution des opioïdes chez les personnes dépendantes aux opioïdes	--	--	50 %	--	--
Dépistage et traitement des IST	80 %	80 %	--	80 %	--
Accès régulier à un système de santé ou à des services communautaires appropriés	90 %	90 %	90 %	90 %	100 %
Accès à la prophylaxie post-exposition dans le cadre de l'évaluation des risques et du soutien	90 %	90 %	90 %	90 %	90 %

TABLEAU 7

Objectifs détaillés de prévention du VIH pour la population générale

		Risque par strate ou géographie			
		Très élevé	Moyen	Faible	
Tous les âges et tous les sexes	Utilisation de préservatifs/lubrifiants lors des derniers rapports sexuels par les personnes ne prenant pas de PPrE avec un partenaire non régulier dont la charge virale n'est pas connue comme étant indétectable (y compris les personnes dont on sait qu'elles sont séronégatives)	95 %	70 %	50 %	
	Utilisation de la PPrE (par catégorie de risque)	50 %	5 %	0 %	
	Dépistage et traitement des IST	80 %	10 %	10 %	
Adolescents et jeunes	Éducation sexuelle complète dans les écoles, conformément aux orientations techniques internationales des Nations unies	90 %	90 %	90 %	
		Strates basées sur la seule région			
		Très élevé (>3 %)	Élevé (1-3 %)	Moyen (0,3-1 %)	Faible (< 0,3 %)
Tous les âges et tous les sexes	Accès à la prophylaxie post-exposition (exposition non professionnelle) dans le cadre de l'évaluation des risques et du soutien	90 %	50 %	5 %	0 %
	Accès à la PEP (nosocomiale) dans le cadre d'un ensemble de mesures d'évaluation des risques et de soutien	90 %	80 %	70 %	50 %
Adolescentes et jeunes femmes	Autonomisation économique	20 %	20 %	0 %	0 %
Adolescents et hommes	CMMV	90 % dans 15 pays prioritaires			
Personnes dans des partenariats sérodiscordants	Utilisation de préservatifs/lubrifiants lors des derniers rapports sexuels par les personnes ne prenant pas de PPrE avec un partenaire non régulier dont la charge virale n'est pas connue	95 %			
	PPrE jusqu'à ce que le partenaire positif ait supprimé la charge virale	30 %			
	PPE	100 % après une exposition à haut risque			

Supprimer les obstacles sociétaux et juridiques aux services liés au VIH

Les niveaux élevés de couverture des services de lutte contre le VIH prévus dans les objectifs de 2025 ne peuvent être atteints que dans un environnement où les personnes vivant avec le VIH et les personnes à risque d'infection par le VIH se sentent en sécurité pour utiliser ces services. Malheureusement, ce n'est pas le cas actuellement dans de nombreux pays. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH, l'inégalité des sexes et la criminalisation de la consommation de drogue, du travail sexuel et des relations sexuelles entre personnes du même sexe sont d'importants obstacles aux services de lutte contre le VIH. Les objectifs pour 2025 soulignent que les pays doivent investir dans des efforts spécifiques pour éliminer ces obstacles et établir un environnement favorable exempt de barrières sociétales, politiques, juridiques et économiques (81).

Les objectifs de cette section sont présentés comme des obstacles qui empêchent d'attirer l'attention mondiale sur la réalité de la stigmatisation et de la discrimination fondées sur le statut sérologique, les lois et politiques punitives ou néfastes, les inégalités (fondées sur le sexe, la race, l'économie et l'éducation) et l'accès limité à la justice pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les populations vulnérables (c'est-à-dire les femmes, les adolescentes, les migrants, les réfugiés et les personnes incarcérées). Les objectifs exigent une élimination plus rapide de ces obstacles. Les valeurs de ces objectifs (c'est-à-dire moins de 10 %) peuvent sembler numériquement inférieures aux objectifs des services de lutte contre le VIH, qui prévoient une couverture de 95 %, mais les bases de référence des facilitateurs sociaux sont souvent plus basses et le changement social est souvent un processus plus lent que l'intensification des programmes. Néanmoins, la réalisation de ces objectifs est essentielle pour progresser en vue de l'ensemble des objectifs ambitieux fixés pour 2025 et pour concrétiser la vision de zéro nouvelle infection, zéro discrimination et zéro décès lié au sida.

Mesurer l'impact de l'environnement sociétal et juridique : Deux analyses de l'impact négatif des entraves sociétales et juridiques ont été menées pour le processus de fixation des objectifs pour 2025. Il a été

constaté que ces obstacles contribuent aux nouvelles infections par le VIH et à la mortalité liée au sida en limitant l'accès aux services et en diminuant l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH.

Une analyse a porté sur les études disponibles qui ont mesuré quantitativement l'impact négatif de la stigmatisation, de la discrimination et de la criminalisation du travail sexuel, de la consommation de drogue et des relations sexuelles entre personnes du même sexe sur les efforts de prévention, de dépistage et de traitement du VIH (82–88). L'analyse suggère que l'absence de tout progrès au niveau de tous les facilitateurs sociétaux saperait les efforts déployés pour atteindre les objectifs de dépistage, de traitement et de suppression virale du VIH, ce qui entraînerait 1,7 million de décès supplémentaires liés au sida entre 2020 et 2030, et que l'absence de tout progrès au niveau de tous les facilitateurs sociétaux saperait les efforts déployés pour atteindre les objectifs de prévention du VIH, ce qui entraînerait 2,5 millions de nouvelles infections supplémentaires par le VIH sur la même période (Illustration 24) (89).

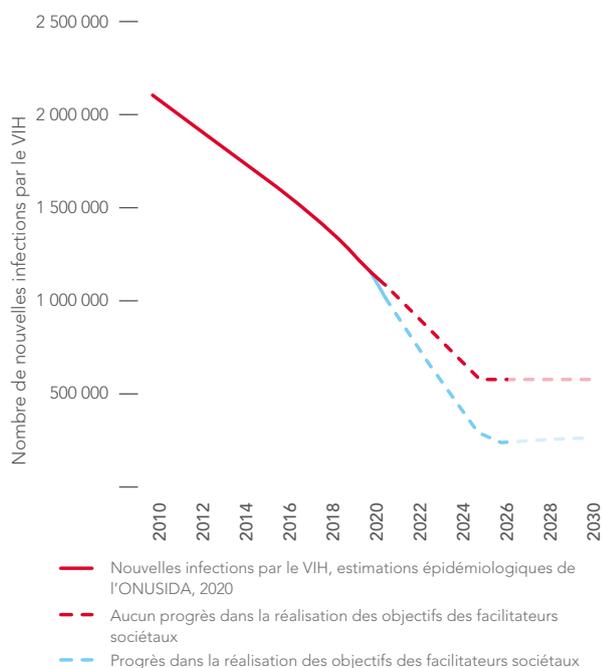
La seconde était une analyse statistique multivariée des données transversales et longitudinales de 138 pays. Elle a constaté que les pays dont l'environnement sociétal et juridique est plus favorable présentaient des corrélations positives plus fortes entre la couverture des services et les effets du VIH. Par exemple, à mesure que l'utilisation du préservatif par les hommes lors des derniers rapports sexuels à haut risque augmente, les pays dont l'environnement sociétal est favorable affichent des baisses plus fortes et plus rapides de l'incidence du VIH depuis 2010 (Illustration 25).³ Comme l'utilisation du préservatif devrait atteindre des niveaux plus élevés que les moyennes actuelles, la réduction de l'incidence du VIH devrait être beaucoup plus importante dans les pays dont l'environnement est le plus favorable (le premier quartile) qui se traduit par une évolution plus raide pour ces pays.⁴

³ Dans cette analyse, l'utilisation du préservatif lors des derniers rapports sexuels à haut risque a été définie comme le pourcentage d'hommes ayant déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire non marital et non cohabitant parmi tous les hommes ayant déclaré avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire non marital et non cohabitant.

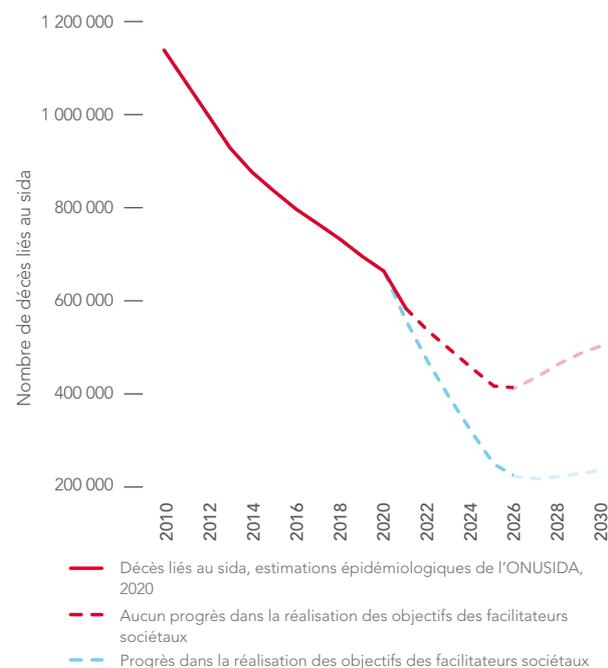
⁴ Lorsque le taux d'utilisation des préservatifs est faible (moins de 40 %), le pourcentage d'augmentation de l'incidence du VIH au cours des dix dernières années a été plus élevé dans les pays où l'environnement social est plus favorable, car l'incidence de base y est plus faible.

ILLUSTRATION 24

Projection des nouvelles infections à VIH jusqu'en 2020 et modélisation de l'impact des progrès dans les facilitateurs sociétaux, au niveau mondial, 2021-2030



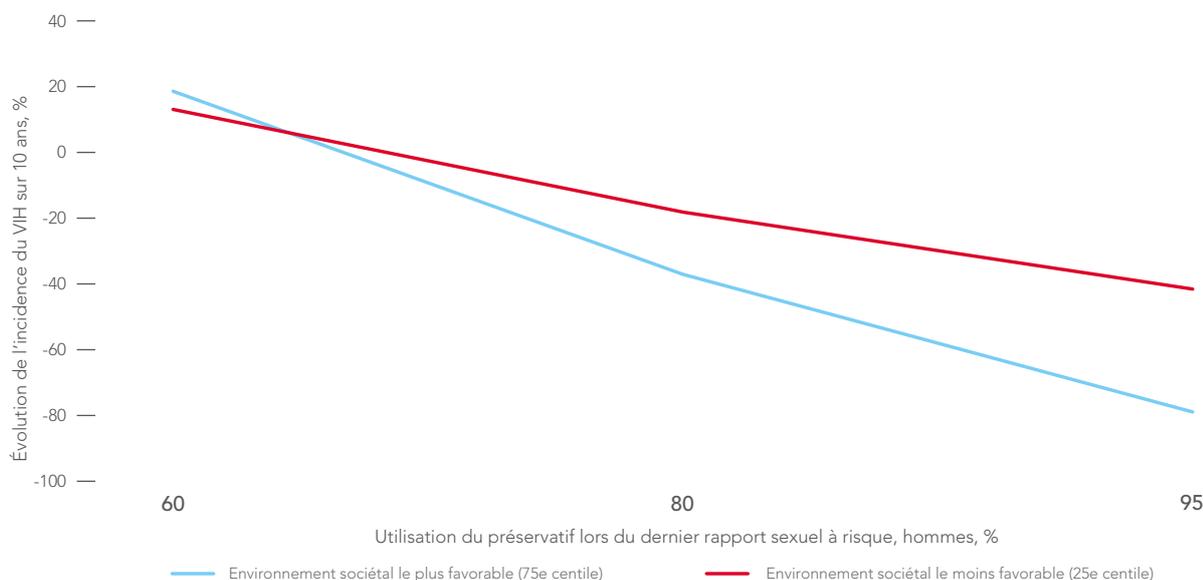
Projection des décès liés au sida jusqu'en 2020 et modélisation de l'impact des progrès dans les facilitateurs sociétaux, au niveau mondial, 2021-2030



Source : Analyse spéciale réalisée par Avenir Health à partir des données de l'outil de suivi des services VIH ONUSIDA/OMS/UNICEF, novembre 2020, et des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020(<https://aidsinfo.unaids.org/>). Voir l'annexe sur les méthodes.

ILLUSTRATION 25

Évolution de l'incidence du VIH sur 10 ans dans les pays présentant des environnements sociétaux favorables et défavorables, selon l'utilisation du préservatif masculin lors des derniers rapports sexuels à risque, 2010-2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA; voir l'annexe sur les méthodes.

Remarque : Le niveau de l'environnement sociétal favorable est un indicateur composite basé sur quatre groupes d'environnements sociétaux favorables : (1) des sociétés garantissant l'égalité des sexes ; (2) des sociétés sans stigmatisation ni discrimination ; (3) un meilleur accès à la justice et l'abolition des lois punitives ; et (4) une action conjointe avec le secteur du développement au sens large.

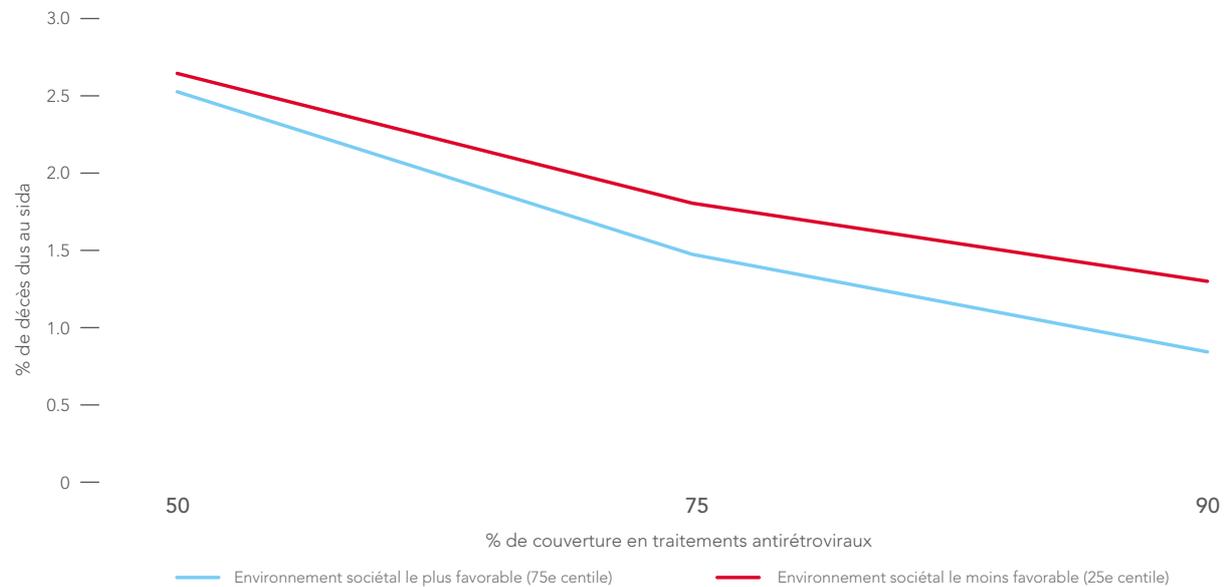
De même, des baisses plus importantes de la mortalité liée au sida chez les personnes vivant avec le VIH se produisent lorsque la couverture de la thérapie antirétrovirale augmente dans les pays ayant les environnements sociétaux les plus favorables, par rapport aux pays ayant les environnements sociétaux les plus défavorables (Illustration 26). Pour le traitement du VIH, il n'y a pas de différence significative dans les niveaux de mortalité liée au sida à des niveaux de couverture faibles, mais à mesure que la couverture de traitement augmente pour atteindre le niveau des objectifs de 2025, les taux de mortalité sont plus

faibles dans les pays où l'environnement sociétal est le plus favorable : 0,9 % de mortalité liée au sida chez les personnes vivant avec le VIH, contre 1,4 %, soit 55 % de mortalité plus élevée, dans les pays dont l'environnement sociétal est défavorable.

La cohérence entre les deux analyses des effets de la stigmatisation et de la discrimination, de la criminalisation et de la violence sexiste a souligné l'intérêt de fixer des objectifs ambitieux pour les facilitateurs sociétaux et d'investir des ressources pour atteindre ces objectifs.

ILLUSTRATION 26

Mortalité liée au sida chez les personnes vivant avec le VIH selon la couverture des traitements antirétroviraux dans les pays ayant des environnements sociétaux favorables et défavorables, 2017-2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA; voir l'annexe sur les méthodes.

Remarque : Le niveau de l'environnement sociétal favorable est un indicateur composite basé sur quatre groupes d'environnements sociétaux favorables : (1) des sociétés garantissant l'égalité des sexes ; (2) des sociétés sans stigmatisation ni discrimination ; (3) un meilleur accès à la justice et l'abolition des lois punitives ; et (4) une action conjointe avec le secteur du développement au sens large.

Moins de 10 % des pays ont des environnements juridiques et politiques punitifs qui refusent l'accès à la justice

- *Moins de 10 % des pays pénalisent le travail sexuel, la possession de petites quantités de drogue, les comportements sexuels entre personnes du même sexe et la transmission, l'exposition ou la non-divulgaration du VIH d'ici 2025.*
- *Moins de 10 % des pays ne disposent pas de mécanismes permettant aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés de signaler les abus et les discriminations et de demander réparation d'ici 2025.*
- *D'ici 2025, moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés n'auront pas accès à des services juridiques.*
- *Plus de 90 % des personnes vivant avec le VIH qui ont subi des violations de leurs droits ont demandé réparation d'ici 2025.*

Ce domaine cible vise à renforcer et à accélérer la dynamique encourageante en faveur de la réforme juridique et de l'accès à la justice dans de nombreux pays et régions, en appliquant plus largement les enseignements tirés afin d'aligner les cadres juridiques et politiques sur les droits de l'homme, qui sont essentiels à une lutte efficace contre le VIH.

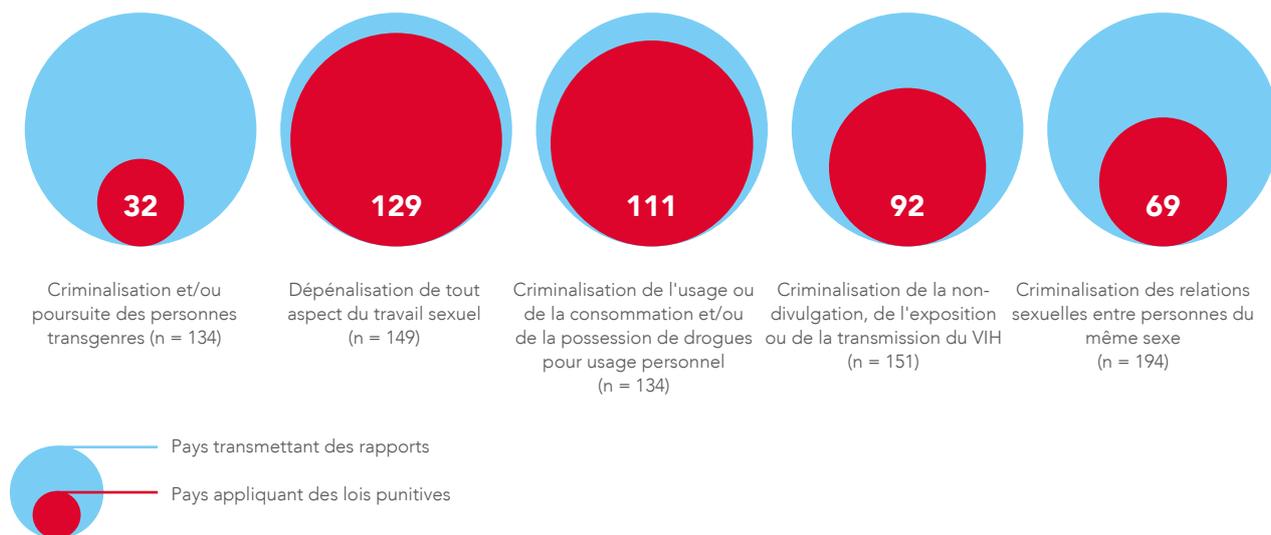
L'impact négatif de la criminalisation sur les personnes touchées par le VIH : Des sanctions pénales sévères pour les relations sexuelles entre personnes du même sexe sont associées à un risque 4,7 fois plus élevé d'infection par le VIH que dans les milieux où de telles sanctions n'existent pas (90). Selon une analyse portant sur 75 pays, l'existence de lois qui marginalisent ou pénalisent les LGBTI est également associée à une évolution nettement moins rapide des services de dépistage du VIH (91). Dans dix pays d'Afrique subsaharienne, les lois répressives concernant le travail sexuel sont liées à une augmentation de la prévalence du VIH (92). Selon une revue systématique de 2017, plus de 80 % des études pertinentes établissent un lien entre la criminalisation de la consommation de drogues et un risque accru de VIH (93).

Comprendre le processus de dépénalisation : La dépénalisation est un processus à long terme qui se déroule dans le cadre d'un continuum, permettant des succès intermédiaires avant la suppression définitive des sanctions pénales. La dépénalisation elle-même n'est pas la fin de ce processus, mais plutôt une étape intermédiaire et essentielle vers l'objectif ultime de créer des environnements justes, équitables et permettant une réponse efficace et centrée sur les personnes.

S'inspirer des succès pour combler le fossé juridique et politique : Les lois punitives, discriminatoires et scientifiquement non fondées sont la norme dans le monde entier, et elles ont des conséquences particulièrement désastreuses pour les populations clés, mais les expériences récentes ont souligné la faisabilité de la dépénalisation et d'autres formes de réforme juridique. Depuis 2016, le Chili, le Pakistan et l'Uruguay ont officiellement reconnu l'identité de genre et introduit des protections juridiques pour les personnes transgenres. Le Sénégal a légalisé le travail sexuel. Au niveau mondial, le nombre de pays et de territoires qui ont mis en place des restrictions d'entrée, de séjour ou de résidence liées au VIH est passé à 48 en 2019. Des pays comme Antigua-et-Barbuda, le Belize, la Colombie, le Mexique, l'Afrique du Sud et divers États des États-Unis ont assoupli des lois de longue date sur les drogues. Le nombre de pays qui pénalisent les relations sexuelles entre personnes du même sexe a continué à diminuer ces dernières années, le Botswana et l'Inde ayant supprimé les interdictions précédentes. Depuis 2016, la Colombie et le Mexique ont supprimé ou assoupli leurs lois sur la pénalisation du VIH, tandis que le Belarus, le Canada et la République démocratique du Congo ont réduit les cas dans lesquels les personnes vivant avec le VIH peuvent être poursuivies ou condamnées.

ILLUSTRATION 27

Pays ayant des lois discriminatoires et punitives, au niveau mondial, 2019



Sources : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 et 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>) ; complètes des sources supplémentaires (voir références à l'annexe)

Tirer les leçons des récents succès en matière de recul

des lois punitives : Des efforts plus concertés sont nécessaires pour comprendre comment la réforme juridique s'est déroulée et comment appliquer et adapter ces approches à d'autres contextes. Une exploitation plus efficace des exemples nationaux de réussite peut aider à identifier les messages optimaux, les stratégies efficaces pour cultiver de nouveaux défenseurs et partenaires de coalition, et les moyens de créer une synergie avec des changements sociaux plus larges afin d'encourager la réforme juridique. Ainsi, les pays qui ont récemment adopté une réforme juridique peuvent encourager les pays voisins à prendre des mesures similaires.

Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes de stigmatisation et de discrimination

- *Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH déclarent avoir vécu de la stigmatisation d'ici 2025.*
- *Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination dans le cadre des soins de santé et de la communauté d'ici 2025.*
- *Moins de 10 % des populations clés (c'est-à-dire les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les transsexuels et les consommateurs de drogues injectables) déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination d'ici 2025.*
- *Moins de 10 % de la population générale fait état d'attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici 2025.*
- *Moins de 10 % des professionnels de la santé font état d'attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH d'ici 2025.*
- *Moins de 10 % des travailleurs de la santé font état d'attitudes négatives à l'égard des populations clés d'ici 2025.*
- *Moins de 10 % des agents de la force publique font état d'attitudes négatives à l'égard des populations clés d'ici 2025.*

Près de quatre décennies après que le sida a été documenté pour la première fois, la stigmatisation et la discrimination continuent de ralentir ou de bloquer totalement les progrès en vue de l'élimination de l'épidémie. Dans 25 des 36 pays disposant de données d'enquête récentes sur un indice composite des attitudes discriminatoires, plus de la moitié des personnes âgées de 15 à 49 ans affichaient des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH (Illustration 28). Si les attitudes discriminatoires ont diminué constamment dans certains pays, notamment en Afrique orientale et australe, elles sont en augmentation dans d'autres.

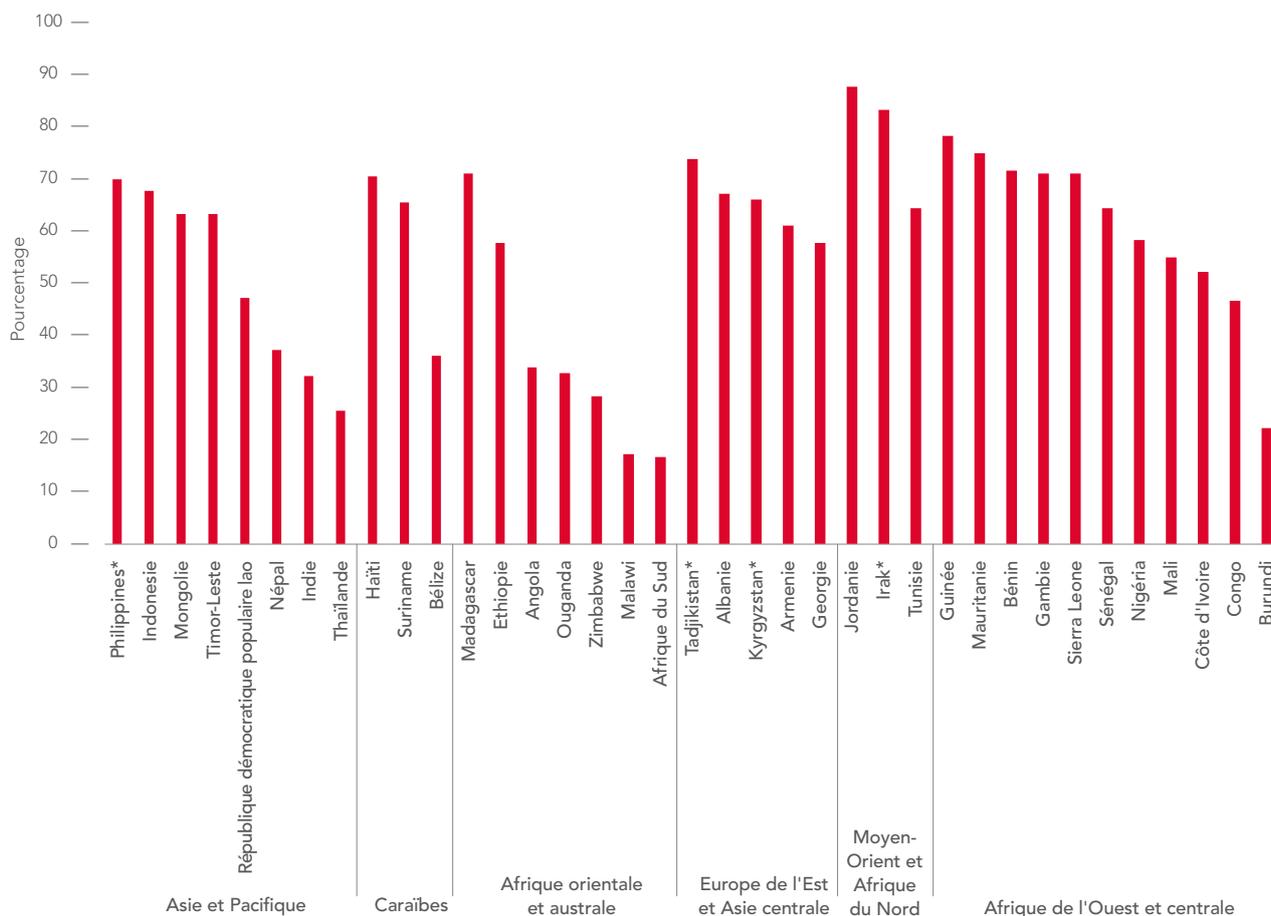
Ce nouvel objectif vise à réduire fortement la prévalence de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. Compte tenu de la charge croissante du VIH parmi les populations clés et des effets pernicieux de la stigmatisation et de la discrimination sur les efforts déployés pour répondre aux besoins liés au VIH des populations clés, ce domaine cible comprend des objectifs plus détaillés et spécifiques à chaque population.

La prévalence alarmante de la discrimination dans les établissements de soins de santé : Parmi les 13 pays ayant communiqué des données récentes sur la discrimination dans les établissements de soins de santé, jusqu'à 21 % des personnes séropositives interrogées au Pérou et au Tadjikistan ont déclaré s'être vu refuser des services de santé au moins une fois au cours des 12 mois précédents (94).

Financer et développer efficacement des interventions en matière de droits de l'homme et de lutte contre la stigmatisation fondées sur des données : Une étude systématique commandée par l'ONUSIDA sur l'impact des interventions en matière de droits de l'homme sur les résultats du VIH a révélé que la plupart des études (83 %) faisaient état d'un effet positif. L'initiative « Breaking Down Barriers » (ou « Faire tomber les barrières ») du Fonds mondial a permis de réunir de nouvelles ressources importantes (plus de 78 millions de dollars US en 2017-2019) afin de réduire les obstacles liés aux droits de l'homme dans les services de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans 20 pays (95).

Soutenir les communautés et leur donner les moyens de lutter contre la stigmatisation et la discrimination : Grâce à un suivi, un plaidoyer et des programmes menés par les communautés pour garantir l'accès à la justice, les communautés sont des acteurs essentiels de l'alignement des réponses au VIH sur les principes des droits de l'homme. L'initiative « Support. Don't Punish » (ou « Soutenez. Ne punissez pas. ») mise en place dans au moins 200 villes de 86 pays en 2020 est une initiative mondiale et locale qui promeut des politiques de réduction des risques et de lutte contre la drogue fondées sur les droits de l'homme (96).

ILLUSTRATION 28

Pourcentage de personnes de 15 à 49 ans qui signalent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2019


*Les données concernent uniquement les femmes âgées de 15 à 49 ans.

Source : Enquêtes de population, 2014-2019.

Remarque : Les attitudes discriminatoires sont mesurées par les réponses "Non" à l'une des deux questions : (1) Achèteriez-vous des légumes frais à un commerçant ou à un vendeur si vous saviez que cette personne est séropositive ; et (2) Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir fréquenter l'école avec des enfants séronégatifs ?

Tirer profit d'une nouvelle visibilité des efforts visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination : Le Global Network of People Living with HIV (« Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH » ou GNP+), la délégation des organisations non gouvernementales du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA, l'ONUSIDA, ONU Femmes et le PNUD ont lancé en collaboration le Partenariat mondial pour l'action

visant à éliminer toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH (Partenariat mondial). En 2020, le Partenariat mondial a commencé à être mis en œuvre dans les pays, en partenariat avec les gouvernements et les communautés au niveau national, et vise à prendre des mesures fondées sur des données contre la stigmatisation et la discrimination.

Moins de 10 % des femmes, des filles, des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont victimes d'inégalités entre les sexes et de violence

- **Moins de 10 % des femmes et des jeunes filles subissent des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime d'ici 2025.**
- **Moins de 10 % des populations clés (c'est-à-dire les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les transsexuels et les consommateurs de drogues injectables) subissent des violences physiques ou sexuelles d'ici 2025.**
- **Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH subissent des violences physiques ou sexuelles d'ici 2025.**
- **Moins de 10 % des gens sont favorables à des normes inéquitable entre les sexes d'ici 2025.**
- **Plus de 90 % des services de lutte contre le VIH sont adaptés aux besoins des femmes d'ici 2025.**

Ce domaine cible souligne l'importance de mettre fin à la violence contre les femmes, les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. La violence sexiste n'est que l'une des manifestations de l'inégalité des sexes, qui réduit la capacité des femmes et des filles à se protéger du VIH. Elle perpétue une répartition sexuée des responsabilités ménagères et diminue les possibilités d'éducation et d'emploi des femmes et des jeunes filles. Le nouvel objectif reconnaît également la manière dont les normes inégales entre les sexes contribuent à la vulnérabilité des populations clés.

La prévalence inacceptablement élevée de la violence à l'égard des femmes, des filles et des populations clés : Près d'une femme sur trois dans le monde a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, des violences sexuelles d'un non-partenaire ou les deux au cours de sa vie (97). Les violences sexuelles commencent souvent à un âge précoce : on estime qu'environ 120 millions de filles ont subi une forme quelconque de contact sexuel forcé avant l'âge de 20 ans (98). Dans environ la moitié des pays disposant de données réparties par âge, un

pourcentage plus élevé d'adolescentes (âgées de 15 à 19 ans) ont subi des violences de la part d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois par rapport à l'ensemble des femmes adultes (99). Les populations clés sont fréquemment victimes de discrimination et d'abus, plus de la moitié des travailleurs du sexe dans huit des 36 pays pour lesquels des données récentes sont disponibles déclarant avoir subi des violences. Dans quatre des 17 pays disposant de données d'enquête, plus de 20 % des homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes ont déclaré avoir subi des violences, et des taux élevés de violence contre les transsexuels et les personnes qui s'injectent des drogues ont également été signalés dans le nombre limité de pays disposant de données pertinentes.

Les effets de la violence sur le risque d'infection par le VIH et les résultats pour la santé : L'expérience de la violence exercée par un partenaire intime dans un contexte de forte prévalence du VIH augmente le risque de contracter le VIH pour les femmes (97). Les femmes vivant avec le VIH qui ont subi des violences ont également un accès et une adhésion réduits au traitement, un taux de CD4 plus bas et une charge virale plus élevée (100).

Approches multisectorielles afin de renforcer l'égalité des sexes et réduire la vulnérabilité des femmes et filles : Il a été démontré que les transferts d'argent liquide aident les filles à rester à l'école, augmentent l'utilisation des services de santé, retardent les premiers rapports sexuels, réduisent les mariages précoces et les grossesses d'adolescentes et diminuent le risque que les filles contractent le VIH (101, 102). Selon les données du Botswana, chaque année supplémentaire de scolarité secondaire réduit de 8,1 % le risque de contracter le VIH chez les jeunes femmes (103). L'engagement des chefs religieux dans des approches sexotransformatrices en République démocratique du Congo, et d'hommes travaillant dans la santé reproductive et maternelle au Rwanda, a été associé à une réduction de la violence sexuelle, une meilleure utilisation des contraceptifs, une amélioration de la santé prénatale des femmes et une répartition plus équitable des tâches au sein des ménages (104, 105).

ENCART RELATIF AU LABORATOIRE DES POLITIQUES SUR LE VIH

Le système mondial de surveillance du sida géré par l'ONUSIDA compile une multitude de données sur les lois et les politiques liées au VIH. Afin de maximiser l'utilisation de ces données, l'ONUSIDA s'est associé à l'université de Georgetown, à l'Institut O'Neill pour le droit national et mondial de la santé, au GNP+ et à Talus Analytics pour lancer le Laboratoire des politiques sur le VIH(<http://www.hivpolicylab.org>).

Le Laboratoire des politiques sur le VIH est un outil de visualisation et de comparaison de données qui suit les politiques nationales à travers 33 indicateurs différents dans 194 pays, permettant aux utilisateurs d'obtenir une évaluation de l'environnement politique fondée sur des données. Les indicateurs suivis par le Laboratoire des politiques sur le VIH se répartissent en quatre catégories : clinique et traitement, dépistage et prévention, questions structurelles et systèmes de santé.

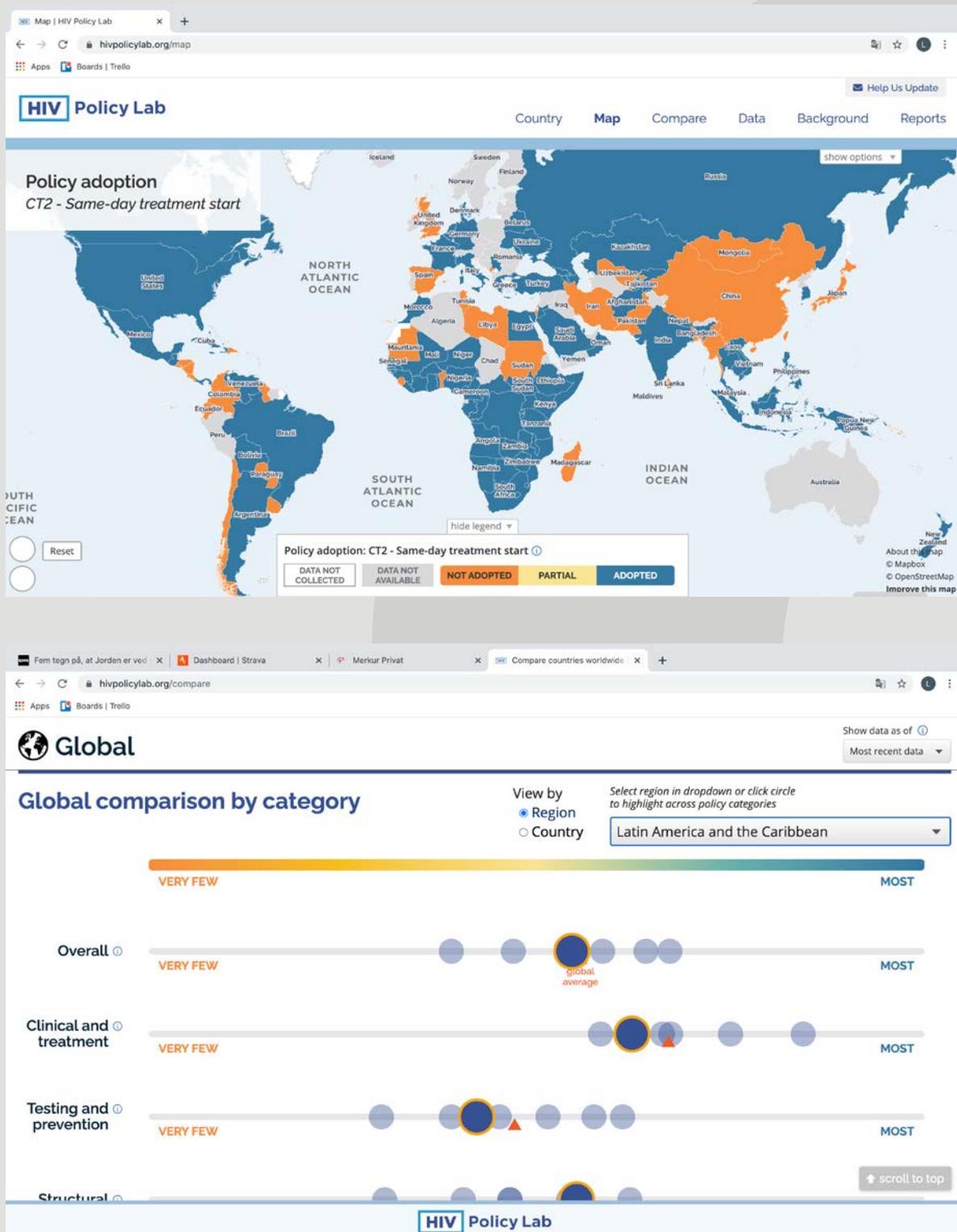
Cet outil vise à soutenir les efforts des groupes de la société civile pour plaider en faveur de changements juridiques et politiques dans les pays et pour demander des comptes à leurs gouvernements. Les gouvernements eux-mêmes peuvent également utiliser cet outil pour guider leurs efforts en vue de respecter leurs engagements et pour évaluer leurs progrès par rapport aux pays de leur région ou à ceux à la situation économique et épidémiologique similaire. Les partenaires régionaux et mondiaux peuvent utiliser cet outil pour identifier les bonnes pratiques et amplifier ces expériences afin de faire avancer le programme mondial de réforme des lois et des politiques pour qu'elles permettent la mise en place de réponses solides au VIH.

Dans la catégorie Clinique et traitement, les utilisateurs du Laboratoire des politiques sur le VIH peuvent savoir si un pays a adopté les politiques recommandées sur l'initiation du traitement, l'initiation le jour même, la prestation de services différenciés, les tests de charge virale, le diagnostic et le traitement pédiatriques, l'accès aux soins de santé pour les migrants et les diagnostics de tuberculose. Le Laboratoire des politiques sur le VIH informe les utilisateurs de si un pays donné autorise l'autotest du VIH, interdit le dépistage obligatoire du VIH, autorise les programmes de réduction des risques, exige une éducation sexuelle complète dans les écoles primaires et secondaires, pénalise l'exposition au VIH ou sa transmission, impose des frais d'utilisation des services de santé ou interdit la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou le statut sérologique.

En plus de comprendre l'environnement politique d'un pays spécifique, les utilisateurs du Laboratoire des politiques sur le VIH peuvent voir comment le pays se compare aux autres. Des codes de couleur sont utilisés pour savoir si le pays a mis en œuvre une partie, un petit nombre, un grand nombre, la plupart ou la totalité des politiques dans l'une des quatre catégories de politiques, comme le recommandent les orientations normatives internationales.

ILLUSTRATION 29

Illustrations de la présentation des données sur le site web HIV Policy Lab



Des approches intégrées, centrées sur les personnes et adaptées au contexte

Adoption d'approches intégrées centrées sur les personnes et adaptées au contexte, qui favorisent la réalisation des objectifs d'ici à 2025 en matière de VIH et permettent à au moins 90 % des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque accru d'infection par le VIH d'avoir accès aux services relatifs aux autres maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles, à la violence sexuelle et sexiste, à la santé mentale et aux autres services dont elles ont besoin pour leur santé et leur bien-être général.

Plutôt qu'une maladie ou la capacité des établissements de santé, ce sont sur les personnes que doivent se baser la conception, la fourniture et l'évaluation de services de santé. L'un des moyens de rendre les systèmes de santé plus centrés sur les personnes est d'intégrer les services, l'objectif étant de fournir des services adaptés aux besoins des personnes au même endroit, ou de façon bien coordonnée, qui soient parfaitement pratiques, transparents et faciles à utiliser. L'intégration de la santé vise à améliorer les performances des programmes de santé dans quatre dimensions : l'efficacité, l'efficacité, l'équité et la réactivité.

Donner la priorité aux interventions à haute valeur qui ont des retombées positives : Les approches intégrées qui présentent des avantages non seulement pour le VIH, mais aussi pour d'autres priorités en matière de santé, sont susceptibles de générer des avantages sanitaires à grande échelle et de permettre la mise en commun des budgets entre les secteurs.

Données démontrant les avantages de l'intégration des services : Une étude systématique et une méta-analyse récentes ont montré que l'intégration du VIH à d'autres services de santé (tels que les soins de santé maternelle et infantile, les soins contre la tuberculose, les soins de santé primaires, le planning familial et les services de santé sexuelle et reproductive) peut accroître l'utilisation des services liés au VIH et d'autres services de santé, améliorer le maintien des personnes vivant avec le VIH dans les services de soins, obtenir

une adhésion au traitement et une suppression virale équivalentes ou améliorées, générer des retombées positives pour la santé et réduire la mortalité liée au sida et la mortalité non liée au sida (106). Les résultats de l'étude sont mitigés quant à savoir si les services intégrés sont plus ou moins coûteux que les services non intégrés, mais les résultats indiquent que l'intégration du VIH à d'autres services de santé est rentable (106).

Décider quand et comment s'intégrer : Il n'est pas nécessaire de choisir entre des approches de services totalement intégrées et totalement fragmentées. Différentes approches de l'intégration des services peuvent avoir des effets à la fois positifs et négatifs, et il existe des possibilités d'intégration qui sont bien loin d'une intégration à grande échelle. Dans tous les cas, pour décider du moment, de la manière et du degré d'intégration, il convient de s'appuyer sur une analyse et une compréhension approfondies de l'environnement du système de santé et des besoins des personnes qui ont besoin de services de santé dans un cadre particulier. Même dans un système plus intégré, la spécialisation sera et devra rester un élément important. Pour être efficaces, les approches intégrées nécessitent des efforts concertés pour renforcer les systèmes de santé, notamment en veillant à ce que les cadres de la politique de santé soutiennent l'intégration des services d'une manière qui soit centrée sur les personnes. Il convient de donner la priorité à la surveillance des résultats en matière de santé et à la capacité de changer de cap si nécessaire en réponse à des problèmes ou à des opportunités. Afin d'éclairer les décisions concernant le moment et la manière d'intégrer, il est nécessaire de disposer de meilleures informations sur le coût, la rentabilité et la viabilité budgétaire des programmes intégrés dans des contextes où les ressources sont limitées.

Intégrer des approches pour des populations spécifiques : Pour être efficaces, les soins et le soutien en matière de VIH doivent être complets et holistiques, car les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque important de contamination ont souvent d'autres problèmes de santé que le VIH. Avec près de 250 000 décès en 2018 d'une tuberculose associée au VIH, cette maladie reste la principale cause évitable de décès pour

les personnes vivant avec le VIH (107). Par rapport aux femmes séronégatives, les femmes vivant avec le VIH sont environ cinq fois plus susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus (108). Les personnes souffrant de troubles mentaux ont quatre à dix fois plus de chances de contracter le VIH que celles qui n'en souffrent pas, et les personnes vivant avec le VIH courent un risque élevé de développer des problèmes de santé mentale (109). Les survivants de violence sexuelle et les personnes qui ont été confrontées à des catastrophes humanitaires font partie des populations les plus susceptibles de faire face à un traumatisme émotionnel en plus des problèmes de santé. Une approche globale intégrant tous les aspects de la santé, c'est-à-dire physique, mentale et émotionnelle, est essentielle pour obtenir de bons résultats.

À mesure que les personnes vivant avec le VIH vieillissent, notamment en raison des avantages des thérapies antirétrovirales qui prolongent la vie, elles sont de plus en plus susceptibles de souffrir de maladies courantes liées au vieillissement et d'autres maladies non transmissibles. Une étude récente, par exemple, a révélé que 62 % des Kenyans vivant avec le VIH ont au moins une maladie non transmissible (110).

Les adolescents peuvent bénéficier de services adaptés aux jeunes offrant un large éventail de services axés sur les jeunes. Pour les femmes, l'introduction de technologies de dépistage du virus du papillome humain (VPH) au point de service dans le cadre d'une approche de test et de traitement serait peu coûteuse et facile à mettre en œuvre parallèlement aux services de lutte contre le VIH. Pour les hommes, l'offre de tests de dépistage du VIH parallèlement au dépistage des maladies non transmissibles constitue une stratégie potentielle pour améliorer la couverture des tests. Des ensembles de services d'intégration spécialement conçus pour répondre aux besoins de santé de populations clés peuvent être fournis, en particulier sur des sites de services ayant prouvé leur capacité à fournir des services adaptés à la communauté et ne portant pas de jugement.

Tirer parti des progrès accomplis vers une couverture maladie universelle : Bien que le financement des services de santé soit théoriquement distinct de la

manière dont les services de santé sont organisés et fournis, les progrès réalisés pour regrouper toute une population sous une seule couverture financée par l'État devraient renforcer la dynamique en faveur d'approches plus intégrées des soins de santé primaires. Dans de trop nombreux pays, les frais d'utilisation découragent l'accès aux services liés au VIH, creusent les inégalités, appauvrissent des foyers entiers touchés par le VIH et augmentent la morbidité et la mortalité liées au sida. Des efforts spécifiques seront nécessaires pour garantir que l'évolution vers une couverture médicale universelle reflète les principales caractéristiques de la lutte contre le VIH (notamment l'engagement communautaire, la gouvernance inclusive, la redevabilité envers les résultats et l'engagement en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes), que tous les services fournis dans un établissement ou dans un cadre communautaire soient exempts de stigmatisation et de discrimination, et que les ensembles de services comprennent des services essentiels de diagnostic, de traitement et de prévention du VIH.

Accès des migrants aux services : Pour de nombreux migrants, il est extrêmement difficile d'accéder aux services de santé et de lutte contre le VIH. Une législation concertée créant un environnement favorable à l'accès des migrants aux services, quel que soit leur statut dans le pays, est nécessaire. La législation adoptée par le Portugal pour permettre aux migrants réguliers et irréguliers d'accéder à des services de santé complets constitue un modèle de prestation de services qui peut être reproduit ailleurs.

TABLEAU 8

Objectifs détaillés pour l'intégration

Population	l'objectif
Personnes vivant avec le VIH	90 % des patients qui entrent en soins par l'intermédiaire des services de lutte contre le VIH ou la tuberculose sont orientés vers un centre intégré, situé au même endroit ou relié, selon le protocole national, pour y subir un test de dépistage et un traitement de la tuberculose et du VIH. 90 % des personnes vivant avec le VIH qui ont une infection tuberculeuse latente reçoivent un traitement préventif contre la tuberculose. 90 % ont accès à des services intégrés ou reliés pour le traitement du VIH et des maladies cardiovasculaires, le cancer du col de l'utérus, la santé mentale, le diagnostic et le traitement du diabète, l'éducation sur les conseils en matière de mode de vie sain, les conseils pour arrêter de fumer et l'exercice physique.
Enfants (0–14 ans)	95 % des nouveau-nés et des nourrissons exposés au VIH ont accès à des services intégrés de soins maternels et néonataux, et notamment de prévention de la triple transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.
Adolescents et jeunes hommes (15–24 ans)	90 % des adolescents (15 ans et plus) et des hommes (25–59 ans) ont accès à la CMMV intégrée avec un ensemble minimum de services ⁵ et de dépistage multi-maladies ⁶ dans le cadre d'une prestation de services de santé adaptée aux hommes dans 15 pays prioritaires.
Hommes adultes (25 ans et plus)	
Jeunes filles d'âge scolaire (9–14 ans)	90 % des jeunes filles d'âge scolaire dans les pays prioritaires ont accès à la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), ainsi qu'au dépistage et/ou au traitement de la schistosomiase génitale féminine (<i>S. haematobium</i>) dans les régions où elle est endémique. ⁷
Adolescentes et jeunes femmes (15 à 24 ans)	90 % ont accès à des services de santé sexuelle et reproductive qui intègrent la prévention, le dépistage et le traitement du VIH. Ces services intégrés peuvent inclure, selon les besoins de la population locale, le dépistage et le traitement du VPH, du cancer du col de l'utérus et des IST, le dépistage et/ou le traitement de la schistosomiase génitale féminine (<i>S. haematobium</i>), les programmes de lutte contre la violence exercée par le partenaire intime, les programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la prophylaxie post-exposition, la contraception d'urgence et les premiers secours psychologiques. ⁸
Femmes adultes (25 ans et plus)	
Femmes enceintes et allaitantes	95 % ont accès à des soins maternels et néonataux qui intègrent ou sont liés à des services complets de lutte contre le VIH, notamment pour la prévention de la triple transmission verticale du VIH, de la syphilis et de l'hépatite B.
Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	90 % ont accès à des services VIH intégrés (ou liés) aux programmes de lutte contre les IST, la santé mentale et la violence exercée par les partenaires intimes, ainsi qu'à des programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la PPE et les premiers soins psychologiques.
Professionnel(le)s du sexe	90 % ont accès à des services VIH intégrés (ou liés) aux programmes de lutte contre les IST, la santé mentale et la violence exercée par les partenaires intimes, ainsi qu'à des programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la PPE et les premiers soins psychologiques.
Personnes transgenres	90 % des personnes transgenres ont accès à des services VIH intégrés (ou liés) aux programmes de lutte contre les IST, de santé mentale, de thérapie d'affirmation du genre et de violence à l'égard des partenaires intimes, ainsi qu'à des programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la PPE, la contraception d'urgence et les premiers soins psychologiques.
Personnes qui s'injectent des drogues	90 % ont accès à des services complets de réduction des risques qui intègrent (ou sont liés à) des services de lutte contre l'hépatite C, le HIV et pour la santé mentale.
Personnes incarcérées dans des prisons et d'autres centres de détention	90 % ont accès à des services intégrés de lutte contre la tuberculose, l'hépatite C et le VIH.
Personnes en déplacement (par exemple, les migrants, les réfugiés ou les personnes en situation humanitaire)	90 % ont accès à des services intégrés de lutte contre la tuberculose, l'hépatite C et le VIH, en plus des programmes de lutte contre la violence exercée par le partenaire intime et des programmes de lutte contre la violence sexuelle et sexiste qui comprennent la PEP, la contraception d'urgence et les premiers soins psychologiques. Ces services intégrés doivent être centrés sur la personne et adaptés au contexte humanitaire, au lieu d'installations et au lieu d'origine.

⁵ L'ensemble minimal de services fournis avec le CMMV comprend l'éducation à la sexualité à moindre risque, la promotion des préservatifs, l'offre de services de dépistage du VIH et le contrôle des IST.

⁶ Services supplémentaires tels que le dépistage du diabète, de l'hypertension et/ou de la tuberculose, et le contrôle du paludisme. À ajuster en fonction du lieu.

⁷ Pays à faible et moyen revenu avec co-infections par le VPH et le VIH.

⁸ Pour toutes les sous-populations, la PEP comprend un test VIH et une évaluation de l'exposition au risque.

05



ATTEINDRE LES OBJECTIFS

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les dangers d'un sous-investissement dans les capacités de réaction à la pandémie aux niveaux national et mondial. Elle a toutefois également engendré l'accélération des approches de prévention et de contrôle des maladies infectieuses centrées sur les personnes.

Comme le montrent les résultats mitigés obtenus par rapport aux objectifs de la mise en œuvre accélérée, la fixation d'objectifs ambitieux n'est que la première étape en vue de progrès supplémentaires. Pour parvenir à un monde dans lequel le VIH n'est plus une menace pour la santé publique, ces nouveaux objectifs exigent une orientation stratégique claire, une mise en œuvre intelligente et un engagement politique et communautaire fort et soutenu.

Une nouvelle stratégie de lutte mondiale

En décembre 2019, le Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA a demandé au Programme commun d'entamer un processus inclusif et multipartite d'identification des priorités stratégiques au-delà de 2021, lorsque la stratégie actuelle de l'ONUSIDA prendra fin. Le processus de consultation comprenait :

- Une évaluation indépendante de la riposte du système de l'ONU face au VIH en 2016-2019.
- Un examen complet des données sur la mise en œuvre de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA.
- Une enquête en ligne en 16 langues réalisée auprès de plus de 8300 personnes de 163 pays afin d'obtenir les retours des parties prenantes sur les priorités et les changements à apporter.
- Soixante-cinq examens approfondis avec les parties prenantes.
- Plusieurs groupes de discussion avec diverses parties prenantes dans toutes les régions.
- Une consultation multipartite.

En décembre 2020, le Conseil de coordination du programme examinera les résultats de ce processus de consultation, étudiera une première version d'une ébauche annotée de la nouvelle stratégie et fournira une orientation pour la nouvelle stratégie.

Lors de sa réunion de juin 2020, le Conseil de coordination du programme a fait une recommandation préliminaire selon laquelle la nouvelle stratégie devrait conserver les piliers et principes essentiels de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA, tout en donnant la priorité aux domaines critiques où les progrès sont insuffisants et où une plus grande attention est nécessaire. La nouvelle stratégie qui émerge de ce processus est une stratégie mondiale de lutte contre le sida qui vise à servir de feuille de route pour accélérer les progrès au niveau mondial, régional et national afin de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Pour chaque domaine, la nouvelle stratégie précisera la contribution et la valeur ajoutée de l'ONUSIDA pour la réalisation des nouvelles priorités stratégiques, tout en soulignant l'urgence nécessaire pour les diverses parties prenantes de contribuer aux résultats convenus. La nouvelle stratégie situera plus clairement l'effort visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique dans le contexte des SDG plus larges, en clarifiant les liens stratégiques entre les objectifs.

Une réponse centrée sur les personnes qui privilégie l'équité

Le consensus des diverses parties prenantes consultées est clair : pour que la prochaine stratégie permette de progresser vers l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique, les personnes doivent être placées au centre de la réponse. Les services doivent être adaptés aux besoins des communautés qui en ont le plus besoin, et ils doivent être suffisamment souples pour s'adapter aux contextes locaux. Les communautés doivent être pleinement engagées et soutenues en tant que partenaires et leaders essentiels dans la réponse.

La nouvelle stratégie devra donner la priorité à l'égalité et à l'équité dans la lutte, en reconnaissant que le sida ne peut être éliminé en tant que menace pour

la santé publique que si l'on y met fin pour toutes les populations touchées par l'épidémie. La mise en œuvre de ce programme d'équité exigera des progrès urgents dans la lutte contre les facteurs sociétaux et structurels qui augmentent la vulnérabilité au VIH, ralentissent l'utilisation des services et détériorent les résultats en matière de santé. Pour accélérer les progrès en vue de mettre fin à l'épidémie, les principes des droits de l'homme et de l'égalité des sexes doivent être davantage pris en compte dans la réponse, et l'approche multisectorielle de la lutte contre le VIH, qui est liée à l'ensemble des priorités de développement, doit être ravivée. Donner la priorité à l'équité dans la réponse exigera également préparation et souplesse pour faire face au VIH dans le contexte des urgences, des crises humanitaires et des changements rapides dans le contexte économique, sociétal et physique.

Mettre en œuvre la nouvelle stratégie en tant que tout indissociable

L'expérience de la mise en œuvre accélérée met en évidence les pièges d'une approche de lutte contre le VIH fondée sur le choix. Comme l'indiquent les progrès dans le cadre de la réponse, les avantages de la mise à l'échelle des traitements en matière de prévention sont réduits à néant lorsque le soutien à l'extension de la prévention primaire du VIH est minime. De même, l'impact de la mise en œuvre des programmes est limité lorsque la réponse ne tient pas compte des obstacles sociétaux et structurels qui entravent l'utilisation des services. Bien que prometteurs, les progrès vers les objectifs globaux sont insuffisants lorsque des groupes entiers sont laissés pour compte.

La solidarité et l'engagement au niveau mondial seront nécessaires pour garantir que l'ensemble des objectifs de 2025 et la nouvelle stratégie constituent un ensemble unique et indivisible. Réussir à mettre en œuvre les éléments les plus faciles ou les plus politiquement acceptables de la stratégie ne mettra pas fin au sida en tant que menace pour la santé publique, à moins que la réponse ne s'attaque également à l'élément plus difficile d'une approche cohésive et holistique de l'épidémie.

Responsabilité partagée pour la mobilisation des ressources et la mise en œuvre

Toutes les parties prenantes à la réponse devront s'engager à nouveau à jouer leur rôle pour atteindre les objectifs de 2025. Bien qu'il faille redoubler d'efforts pour identifier et exploiter les possibilités de cofinancement, notamment en ce qui concerne les facteurs sociétaux et structurels, il ne sera pas possible de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique sans ressources financières suffisantes. Cela nécessitera non seulement une augmentation des investissements nationaux dans la lutte contre le VIH, mais aussi un engagement renouvelé de la part de la communauté internationale, ainsi qu'un financement novateur et un engagement accru des secteurs privé et philanthropique.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les dangers d'un sous-investissement dans les capacités de réaction à la pandémie aux niveaux national et mondial. Elle a toutefois également engendré l'accélération des approches de prévention et de contrôle des maladies infectieuses centrées sur les personnes, des approches réclamées depuis longtemps par les personnes vivant avec le VIH et d'autres militants de la société civile. Les efforts collectifs mondiaux donnant la priorité aux personnes peuvent transformer la crise liée à la COVID-19 en une opportunité d'accélérer la réponse au VIH et les efforts pour atteindre la couverture sanitaire universelle et les SDG.



ANNEXE SUR LES MÉTHODES

Partie 1. Méthodes de calcul des estimations mondiales et régionales du nombre de personnes séropositives sous traitement à la fin du mois de juin 2020

Les estimations mondiales et régionales du nombre de personnes sous traitement antirétroviral à la fin juin 2020 ont été extraites des données des programmes nationaux communiquées à l'outil mondial de suivi des services liés au VIH. Quatre-vingt-cinq pays ont communiqué des chiffres sur les traitements qui ont pu être validés par l'ONUSIDA et ses partenaires (ce qui représente 81 % de l'ensemble des personnes que l'on estime sous traitement).

Pour les pays où le nombre de personnes sous traitement n'est pas disponible (principalement en Europe occidentale et centrale, en Amérique du Nord et en Russie), les estimations du nombre de personnes sous traitement ont été réalisées en s'appuyant sur les périodes de rapports précédentes et sur des sources non publiées. Le nombre de personnes sous traitement dans les pays sans données publiées peut être légèrement surestimé, car l'évolution sur six mois du nombre de personnes sous traitement entre fin 2019 et juin 2020 (période potentiellement concernée par les perturbations liées à la COVID-19) a été calculée à partir du pourcentage d'évolution du nombre de personnes sous traitement entre 2018 et 2019 (période non concernée par les perturbations liées à la COVID-19). Les estimations régionales du nombre de personnes sous traitement en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord ne sont pas publiées pour juin 2020 en raison du nombre limité de pays ayant communiqué des données pour la fin de l'année 2019 et le milieu de l'année 2020.

Bien que l'ONUSIDA travaille en étroite collaboration avec les pays et les partenaires multilatéraux pour garantir l'exactitude des nombres rapportés et estimés de personnes sous traitement, les données nationales peuvent surestimer le nombre de personnes sous traitement si les personnes qui passent d'un établissement à un autre sont comptabilisées par les deux établissements, ou si les personnes qui sont décédées, qui ont arrêté leurs soins ou qui ont émigré ne sont pas identifiées et supprimées des registres de traitement. Le nombre de personnes sous traitement peut également être sous-estimé si tous les centres médicaux ne communiquent pas les chiffres sur les traitements de façon exhaustive ou en temps utile. En raison des perturbations dues à la COVID-19, l'ampleur de ces biais pourrait être différente de ce que l'on constatait auparavant. Il convient donc d'être prudent dans l'interprétation des tendances de l'intensification du traitement au fil du temps. Par ailleurs, les marges d'incertitude autour de l'estimation ponctuelle risquent de ne pas refléter complètement les incertitudes supplémentaires dues aux interruptions de services liées à la COVID-19.

Partie 2. Méthodes de collecte et d'analyse des données sur les interruptions des services liés au VIH communiquées par le biais de l'outil mondial de suivi des services liés au VIH

À partir de juin 2020, et avec des données rétrospectives remontant jusqu'à janvier, les points focaux nationaux ont été invités à transmettre au Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), à l'OMS et à l'ONUSIDA des données mensuelles sur la prestation de services liés au VIH dans

les mois ayant précédé la pandémie de COVID-19 et pendant cette dernière. Les données ont été transmises par le biais de l'outil de suivi des services liés au VIH, une adaptation d'un outil en ligne (l'outil mondial de suivi du sida) déjà utilisé par les pays pour établir des rapports annuels sur plus de 70 indicateurs mondiaux liés au VIH.

Afin de rendre compte des éventuelles perturbations dues à la COVID-19, un sous-ensemble de 13 indicateurs a été sélectionné. Ces indicateurs correspondent à la prestation de services de dépistage et de traitement du VIH, y compris les services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et les services de sensibilisation sur le VIH disponibles pour les populations clés. Des données sur la violence sexuelle et sexiste ont également été recueillies. Les pays devaient communiquer la proportion d'établissements proposant des services au cours d'un mois donné, lorsque cette information était pertinente pour l'indicateur.

Les données mensuelles communiquées par les pays entre janvier et septembre 2020 ont été utilisées pour identifier les éventuelles perturbations des services dues à la COVID-19. L'analyse s'est limitée aux mois au cours desquels les pays ont déclaré avoir atteint au moins 50 personnes ou fourni au moins 50 services, avec au moins 50 % d'établissements rapportant. Pour chaque indicateur, le pourcentage global de variation du nombre de services proposés a été calculé, par rapport à une moyenne des services fournis en janvier et février. L'évolution relative, en pourcentage, de la prestation de services est communiquée pour les pays disposant de données sur au moins six mois.

La qualité et la représentativité des données nationales communiquées présentent des limites dont il faut tenir compte lors de la comparaison des résultats dans le temps, au sein des pays et entre eux. Par exemple, lorsque la proportion d'établissements rapportant tombait en dessous de 50 % pour un mois donné, les données en question ont été supprimées pour éviter de comparer un mois de services fournis par une petite proportion d'établissements avec un mois où tous les établissements ont communiqué des données. Toutefois, les fluctuations du nombre d'établissements déclarants au fil du temps sont elles-mêmes un indicateur potentiel d'une interruption de services et, dans ce cas, l'ampleur réelle de l'interruption sera sous-estimée.

Autre limite : le fait de considérer la moyenne des services fournis en janvier et février comme la base de référence pour la comparaison avec les mois suivants (bien que certains pays et services puissent connaître des tendances de recours aux services saisonnières). Étant donné que les données mensuelles de la pandémie de COVID-19 ne peuvent pas être comparées avec les données mensuelles des années précédentes, et puisque les services peuvent également avoir été intensifiés depuis cette période, la moyenne des deux mois précédant les perturbations dues à la COVID-19 est considérée comme la mesure la plus fiable pour la comparaison.

Partie 3. Méthodes utilisées pour estimer l'impact de l'atteinte des objectifs

L'impact épidémiologique de l'atteinte des objectifs 2025 et 2030 a été estimé à l'aide du modèle Goals et vérifié à l'aide de deux autres modèles : Optima VIH et l'AIDS Epidemic Model (AEM). Goals est un modèle de simulation mathématique qui estime l'incidence du VIH en fonction des comportements (par exemple le nombre de partenaires sexuels, le nombre d'actes sexuels par partenaire, l'âge au premier rapport sexuel et l'utilisation de matériel d'injection non stérile), des facteurs épidémiologiques (par exemple la probabilité de transmission par acte compte tenu du type de rapport sexuel ou de l'utilisation de matériel d'injection non stérile, le stade de l'infection et la présence d'autres IST), des interventions biomédicales qui réduisent la probabilité de transmission (par exemple le traitement antirétroviral, l'utilisation du préservatif, la Circoncision Médicale Masculine Volontaire (CMMV) et la PrEP) et des activités comportementales qui jouent sur les comportements à haut risque (par exemple la sensibilisation des populations clés, l'éducation sexuelle complète, l'autonomisation économique, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et le traitement de substitution aux opiacés) (111). Le modèle Goals structuré par âge (Goals-ASM), qui stratifie les comportements des populations et la dynamique du VIH par âge, a été appliqué aux pays d'Afrique subsaharienne où l'épidémie est généralisée. Le modèle Goals structuré par risque (Goals-RSM), qui stratifie la dynamique du VIH au sein de la population par comportement à risque (par exemple le commerce du sexe, les contacts sexuels entre personnes du

même sexe, la consommation de drogues injectables et les partenaires multiples) a été appliqué aux pays extérieurs à l'Afrique subsaharienne.

Des modèles Goals ont été établis pour 39 pays d'Afrique subsaharienne et 38 pays hors d'Afrique subsaharienne qui, ensemble, représentent 94 % des nouvelles infections par le VIH et 95 % des décès liés au sida. Les données des modèles sont tirées de diverses sources :

- Les données démographiques tirées de la publication du World Population Prospects de la Division de la population des Nations Unies (112).
- Les tailles des populations clés sont tirées de l'Atlas des populations clés de l'ONUSIDA (113).
- La prévalence du VIH et données comportementales provenant d'enquêtes nationales sur les ménages (principalement les EDS et les PHIA) (114, 115).
- Les enquêtes intégrées de surveillance biocomportementale du VIH, et couverture des interventions actuelles issue du système mondial de suivi du sida de l'ONUSIDA (116).

Pour chaque pays, le modèle a été adapté à la prévalence du VIH par groupe de risque et par âge. Pour chaque activité, l'impact de l'intensification des activités en vue d'atteindre les objectifs 2025 et 2030 sur la probabilité de transmission par acte et sur les comportements est basé sur les études publiées concernant l'efficacité des activités (111).

Des modèles Goals ont été utilisés pour chaque pays afin d'évaluer les tendances attendues en matière de nouvelles infections et de décès liés au sida résultant de l'atteinte des objectifs. Pour chaque indicateur, la somme de tous les pays modélisés a été ajustée à la hausse afin de produire une estimation globale qui tient compte des pays qui n'ont pas été modélisés.

Le groupe consultatif sur la modélisation de l'impact des programmes (PIMAG) a guidé la démarche de modélisation de l'impact et examiné les résultats. Les résultats des modèles Goals ont été validés par comparaison avec les résultats du modèle Optima VIH pour l'Eswatini, le Malawi, le Soudan et le Zimbabwe et du modèle AEM pour le Cambodge, l'Indonésie et Myanmar

(117, 118). Les résultats des trois modèles étaient cohérents en ce qui concerne l'ampleur de l'impact à attendre de l'atteinte des objectifs 2025 et 2030.

Partie 4. Évaluer l'impact des facilitateurs sociétaux sur les résultats en matière de VIH

L'exercice de définition des objectifs de l'ONUSIDA pour 2025 inclut explicitement l'impact des facilitateurs sociétaux. Les facilitateurs sociétaux sont regroupés en quatre grandes catégories : (i) La stigmatisation et la discrimination liées au VIH, (ii) l'accès à la justice, (iii) l'égalité des sexes et (iv) d'autres domaines de coopération en matière de développement social. Les activités dans ces domaines ne jouent directement pas un rôle sur la transmission du VIH : elles créent plutôt un environnement qui favorise des comportements plus sûrs, qui ont une incidence sur la transmission du VIH. Ces comportements peuvent comprendre la volonté de se soumettre à un test de dépistage du VIH, de commencer une thérapie antirétrovirale, de suivre un traitement ou d'utiliser des préservatifs ou la PrEP. Il est difficile de modéliser l'impact des facilitateurs sociétaux, car des objectifs mondiaux ont déjà été fixés pour le dépistage, le traitement, l'utilisation des préservatifs et la PrEP. Ces objectifs supposent implicitement que les obstacles à leur réalisation aient été supprimés.

Deux types d'analyses ont été réalisés pour montrer l'effet ou l'impact des facilitateurs sociétaux sur les résultats en matière de VIH :

1. Modélisation de l'impact sur l'atteinte des objectifs de couverture, d'après les données sur l'influence des facilitateurs sociétaux spécifiques sur l'intensification des principaux services liés au VIH.
2. Analyse statistique des données de 138 pays pour évaluer l'effet modérateur de l'environnement sociétal favorable sur l'efficacité de l'utilisation du préservatif sur l'évolution de l'incidence du VIH et de la couverture de la thérapie antirétrovirale sur la mortalité liée au sida.

La première méthode consistait à appliquer l'odds ratio (ratio des cotes) des obstacles connus et documentés dans la littérature scientifique sur la manière dont certains facilitateurs sociétaux limitent l'accès aux services, limitant ainsi la capacité des pays à atteindre les objectifs de dépistage et de traitement 95–95–95 ou les objectifs de prévention d'ici 2025. Cette méthode modélise l'impact des facilitateurs sociétaux en supposant qu'en l'absence de progrès, les objectifs mondiaux ne peuvent pas être atteints. La modélisation peut estimer l'augmentation des nouvelles infections par le VIH et des décès liés au sida qui résulteraient de ces avancées réduites.

Stigmatisation et discrimination liées au VIH

La stigmatisation et la discrimination désignent au moins trois manifestations différentes de la stigmatisation : la discrimination au niveau de la communauté, la discrimination de la part des professionnels de santé et la stigmatisation intériorisée (auto stigmatisation). Certaines études se sont penchées sur les effets de la stigmatisation intériorisée sur l'accès aux soins et aux traitements :

- Une étude menée auprès d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à New York a mis en évidence un odds ratio ajusté de 0,54 pour la probabilité de recourir à un test de dépistage du VIH au cours du mois précédent (119).

- Une analyse de données PopART en Afrique du Sud et en Zambie a révélé un odds ratio ajusté de 1,71 à 1,82 pour l'orientation tardive vers les services de soins (120).
- Une méta-analyse d'études réalisées dans des pays à revenu faible et intermédiaire a révélé un odds ratio ajusté de 2,4 (1,6 à 3,6) pour le recours tardif aux soins chez les personnes souffrant de stigmatisation intériorisée (121).
- Une méta-analyse d'études sur l'observance des traitements réalisée par Katz *et al.* a révélé un odds ratio de 1,74 pour la non-observance des traitements chez les personnes stigmatisées (122).
- L'analyse de données PopART sur la suppression virale a révélé un risque relatif ajusté de 0,83 pour la suppression virale chez les personnes présentant une stigmatisation intériorisée (123).

Nous avons utilisé ces études pour estimer les effets de la stigmatisation intériorisée sur la cascade de traitement : connaissance du statut, traitement et suppression virale. Si nous supposons que les objectifs mondiaux de 95–95–95 ne peuvent être atteints qu'en l'absence de stigmatisation intériorisée, alors pour les personnes présentant une stigmatisation intériorisée, les réalisations maximales pourraient être de 83–79–84 (comme le montre le Tableau 1).

TABEAU 1

Impact de la stigmatisation intériorisée sur les objectifs 95–95–95

Composante	Enquête	Indicateur	OR ajusté	Cote de 90	Cote avec stigmatisation	Réalisation avec stigmatisation
Dépistage	Golub et Gamarel (2013)	Probabilité de se faire dépister	0,54	9	4,86	0,83
Orientation	Sabapathy <i>et al.</i> (2017)	Orientation tardive vers les soins	1,71–1,82	9	5,10	0,84
	Gesesaw <i>et al.</i> (2017)	Recours tardif aux soins	2,4 (1,6–3,6)	9	3,75	0,79
Observance	Katz <i>et al.</i> (2013)	Non-observance	1,74	9	5,17	0,84

Ces valeurs inférieures dans la cascade auraient une incidence sur la proportion de personnes vivant avec le VIH présentant une stigmatisation intériorisée. Dans l'étude PopART, environ 22 % des personnes vivant avec le VIH ont connu une stigmatisation intériorisée (123). En utilisant cette proportion, les valeurs maximales de la cascade deviendraient 88–88–89. Nous avons utilisé le modèle Goals pour chacun des 77 pays et avons fixé les objectifs pour 2025 et 2030 à 88–88–89 (ou aux valeurs actuelles de la cascade, si elles étaient plus élevées).

Un programme mondial visant à réduire la stigmatisation comprendrait des activités portant sur la stigmatisation intériorisée, la discrimination des professionnels de santé et les normes communautaires. Cette analyse concernant uniquement la stigmatisation intériorisée, elle peut sous-estimer l'impact d'un programme complet, ou peut-être la stigmatisation intériorisée est-elle un bon indicateur de toutes les formes de stigmatisation et de discrimination.

Accès à la justice

L'impact de la dépénalisation a été abordé par Shannon *et al.* dans des travaux qui ont modélisé les effets de la pénalisation du travail du sexe et ont révélé une réduction d'environ 40 % des nouvelles infections chez les professionnels du sexe sur une période de 10 ans à Vancouver, Mombasa et Bellary, en Inde (124). Pour les personnes qui s'injectent des drogues, Borquez *et al.* ont estimé que la dépénalisation au Mexique, associée à un traitement de substitution aux opiacés, pourrait prévenir 21 % des nouvelles infections (125). Les données de l'Atlas des populations clés de l'ONUSIDA indiquent que sur 192 pays, 34 % ont des lois qui criminalisent l'activité sexuelle entre personnes du même sexe, et que sur 134 pays, 80 % criminalisent le commerce du sexe.

Nous avons estimé les effets de la réalisation des objectifs de dépénalisation en appliquant les réductions des nouvelles infections par le VIH constatées dans les études de Shannon *et al.* et de Borquez *et al.* aux pays qui criminalisent actuellement le travail du sexe et la consommation de drogues injectables. Le résultat suggère que si la dépénalisation n'est pas mise en

œuvre dans tous les pays, environ 750 000 nouvelles infections par le VIH seront recensées au total entre 2020 et 2030.

Égalité des sexes

L'égalité des sexes est un vaste sujet qui englobe toutes les normes sociétales qui exposent les filles et les femmes à un risque accru au VIH. Dans une optique d'évaluation des coûts et de modélisation, il peut être judicieux de se concentrer sur la violence sexiste, un élément important et révélateur de l'égalité des sexes. Des données sur l'ampleur de la violence sexiste sont disponibles à partir d'un certain nombre d'enquêtes nationales, y compris les EDS. Il existe une vaste littérature sur les méthodes de réduction de la violence sexiste et leurs effets, et plusieurs projets sont en cours pour synthétiser ces informations, notamment un nouveau document « *What works* » sur la violence sexiste, un nouveau cadre de prévention (RESPECT) et un projet du FNUAP pour estimer le coût et l'impact de l'élimination de la violence sexiste d'ici 2030. Une estimation préliminaire du coût global a été présentée lors de la conférence CIPD+25 de Nairobi, en novembre 2019, et les efforts se poursuivent pour mettre à jour les estimations de coûts et d'impact avec la coopération d'un certain nombre d'instituts de recherche et d'organisations des Nations Unies. Ce travail sert de base pour identifier l'ensemble de services standard, les populations cibles, les coûts et les impacts en termes de réduction de l'incidence de la violence entre partenaires intimes.

Les travaux en cours n'abordent pas le lien entre la violence sexiste et le VIH, mais d'autres études se sont penchées sur cette corrélation. En théorie, la violence sexiste peut entraîner une augmentation des rapports sexuels non protégés et de la prévalence d'autres IST, ainsi qu'une diminution des dépistages et de l'observance du traitement et de la prévention biomédicale. Leddy *et al.* ont recensé un grand nombre d'études qui portent sur ces corrélations dans divers contextes (126). Les résultats sont mitigés, mais ils tendent à montrer que les femmes victimes de violence sexiste sont moins susceptibles d'avoir recours à des soins et moins susceptibles de suivre un traitement.

Les résultats concernant les dépistages sont mitigés, certaines études montrant une augmentation des tests et d'autres le contraire (126).

La recherche est moins claire sur la question de savoir si les activités visant à réduire la violence sexiste conduiraient à un comportement à haut risque ou si la perpétration de la violence sexiste est associée à des comportements à haut risque qui persisteraient même si la violence prenait fin. Plusieurs études ont fait état d'une corrélation entre la violence et les infections au VIH en Afrique du Sud, avec un ratio d'incidence de 1,51 (1,04-2,21) pour l'effet de la violence entre partenaires intimes sur l'incidence du VIH (127, 128).

Selon une première analyse du FNUAP sur l'impact de l'intensification des programmes de prévention de la violence entre partenaires intimes, un programme mondial d'intensification des services de prévention pourrait éviter 14 % des cas de violence entre partenaires intimes d'ici 2025 et 29 % d'ici 2030 (129). Cela signifie qu'un programme mondial de prévention de la violence entre partenaires intimes pourrait éviter jusqu'à environ 75 000 nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2030.

La deuxième méthode consistait en une série d'analyses statistiques basées sur des données de 138 pays, qui comprenaient, dans l'ordre, une analyse statistique utilisant les régressions apparemment indépendantes (SUR), la modélisation par équations structurelles (SEM) et la régression multivariée sur données de panel. L'analyse portait sur les quatre mêmes facilitateurs sociétaux : l'accès à la justice et la réforme judiciaire, l'égalité des sexes, la stigmatisation et la discrimination, et la coopération avec les secteurs du développement au sens large.

Vingt-et-un indicateurs ont été inclus pour chacun de ces quatre grands groupes de facilitateurs/obstacles :

- Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH
- Cas de discrimination dans l'accès des femmes aux services de santé
- Cas de violences physiques ou sexuelles subies par des femmes
- Cas de violences psychologiques subies par des femmes
- Cas de discrimination dans l'accès des membres des populations clés aux services de santé
- Cas de violences physiques, sexuelles ou psychologiques subies par des membres des populations clés
- Acceptation des pratiques sexuelles entre personnes du même sexe
- Criminalisation de la détention de drogues pour usage personnel ou de la consommation de drogues en vertu de la législation locale
- Criminalisation du commerce du sexe
- Criminalisation des pratiques sexuelles entre personnes du même sexe ou autres lois punitives concernant les personnes LGBTI
- Indice sur l'État de droit
- Indice sexospécifique du développement humain
- Violence à l'égard des femmes
- Indice de parité entre les sexes
- Accès à l'eau potable
- Taux d'alphabétisation
- Total des adultes (% des personnes âgées de 15 ans et plus)
- Proportion de la population vivant sous le seuil de pauvreté nationale (%)
- Taux d'achèvement de l'enseignement secondaire, etc.
- Indicateur de développement humain
- Niveau de revenu des pays

Le SEM permet d'utiliser plusieurs variables dépendantes dans le modèle. Les variables relatives aux résultats en matière de VIH étaient le taux d'incidence du VIH pour 1 000 habitants, l'évolution relative de l'incidence au cours des dix dernières années et la mortalité liée au sida chez les personnes vivant avec le VIH (130). Les variables indépendantes comprenaient l'utilisation du préservatif par les hommes lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque, la couverture de la thérapie antirétrovirale et le niveau de CD4 en début de traitement (131).

Des techniques standard d'imputation multiple et d'interpolation ont été utilisées afin de maximiser le nombre de pays inclus dans l'analyse statistique pour les points de données manquants.

Les indicateurs de chacun des facilitateurs sociétaux ont été introduits dans la modélisation SEM pour analyser les effets non observés. Chacune des quatre effets a été utilisée pour créer une variable composite reflétant l'environnement sociétal favorable.

Toutes les variables ont été analysées après avoir été normalisées avec une moyenne de zéro et un écart-type de 1.

L'interprétation portait principalement sur la signification statistique de l'effet de modération (c'est-à-dire lorsque la corrélation entre le programme lié au

VIH et le résultat en matière de VIH était différentielle à divers niveaux de couverture en ART ou d'utilisation des préservatifs) en raison de l'environnement favorable.

À des fins didactiques, les graphiques inclus dans le rapport de la Journée mondiale du sida montrent la relation entre l'évolution relative de l'incidence du VIH selon les niveaux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque et la mortalité liée au sida chez les personnes vivant avec le VIH pour deux niveaux d'environnements sociétaux favorables : les pays se situant dans le premier quartile ou en dessous (pour indiquer les pays dont les environnements sociétaux sont les plus défavorables) et les pays se situant dans les 25 % supérieurs (pour indiquer les pays dont les environnements sociétaux sont les plus favorables).

L'effet total entre les pays ayant des environnements sociétaux plus ou moins favorables serait la zone comprise entre les deux courbes. L'estimation ponctuelle de l'effet lors de la réalisation des objectifs de 2025 serait l'odds ratio lors de la réalisation de cette couverture (c'est-à-dire 95 % d'utilisation du préservatif ou 90 % de couverture de la thérapie antirétrovirale). À titre d'exemple, l'odds ratio lorsque les pays atteignent une couverture de la thérapie antirétrovirale de 90 % est de 1,46 en faveur des pays qui disposent de meilleurs facilitateurs sociétaux.

Références

1. Community-based antiretroviral therapy delivery: experiences of Médecins Sans Frontières. Geneva: UNAIDS; 2015.
2. Grimsrud A, Bygrave H, Doherty M, Ehrenkranz P, Ellman T, Ferris R *et al.* Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21484.
3. Roy M, Moore CB, Sikazwe I, Holmes CB. A review of differentiated service delivery for HIV treatment: effectiveness, mechanisms, targeting and scale. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2019;16(4):324-34.
4. Report on transgender-competent care workshop. Bangkok: Thai Red Cross AIDS Research Centre; 2019.
5. Abramsky T, Devries KM, Michau L, Nakuti J, Musuya T, Hyegombe N *et al.* The impact of SASA!, a community mobilization intervention, on women's experience of intimate partner violence: secondary findings from a cluster randomized trial in Kampala, Uganda. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:818-25.
6. Community treatment observatories. In: ITPCglobal.org [Internet]. ITPC; c2020 (<https://itpcglobal.org/monitoring/ctos/>).
7. A new initiative—the Ritshidze Project—will monitor the quality of HIV services in 400 clinics across South Africa. In: Health Gap Access Project [Internet]. 2 December 2019. New York: Health Global Access; c2020 (<https://healthgap.org/press/a-new-initiative-the-ritshidze-project/>).
8. Rights in a pandemic: lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/rights-in-a-pandemic_en.pdf, accessed 15 October 2020).
9. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA *et al.* Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. *Lancet HIV.* 2020;7:e629-40.
10. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance. Geneva: WHO; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1279080/retrieve>).
11. The impact of the COVID-19 response on the supply chain, availability and cost of generic antiretroviral medicines for HIV in low- and middle-income countries. Geneva; UNAIDS; 2020.
12. EATG rapid assessment: COVID-19 crisis' impact on PLHIV and communities most affected by HIV. European AIDS Treatment Group; 2020.
13. The impact of women's and men's lives and livelihoods in Europe and central Asia: preliminary results from a rapid gender assessment. Bangkok: UN Women; 2020 (<https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20eca/attachments/publications/2020/07/the%20impact%20of%20covid19%20on%20womens%20and%20mens%20lives%20and%20livelihoods%20in%20europe%20and%20central%20asia.pdf?la=en&vs=5703>, accessed 21 October 2020).
14. Policy brief: the impact of COVID-19 on women. New York: United Nations; 2020.
15. From insights to action: gender equality in the wake of COVID-19. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19-en.pdf?la=en&vs=5142>, accessed 18 October 2020).
16. Burzynska K, Contreras G. Gendered effects of school closures during the COVID-19 pandemic. *The Lancet.* 2020;395:1968.
17. COVID-19 and violence against women and girls: addressing the shadow pandemic. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=640>, accessed on 20 October 2020).
18. Unlocking the lockdown: the gendered effects of COVID-19 on achieving the SDGs in Asia and the Pacific. Bangkok: UN Women; 2020.
19. Our voices: impact of COVID-19 on women's and girls' sexual and reproductive health and rights in eastern and southern Africa. ITPC, Salamander Trust, Making Waves: October 2020 (https://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2020/09/ITPC_MW_SaIT_Our_voices_SRHR_COVID_Work_in_progress_report_7_messages.pdf).
20. Lamontagne E, Howell S, Wallach S, Ayala G, Yakusik A *et al.* The impact of COVID-19 crisis on wellbeing, economic and HIV among LGBT population. Under finalization. 2020.
21. COVID-19 impact survey—Asia and the Pacific. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_asia_and_the_pacific_-_nswp_-_2020.pdf, accessed 18 October 2020).

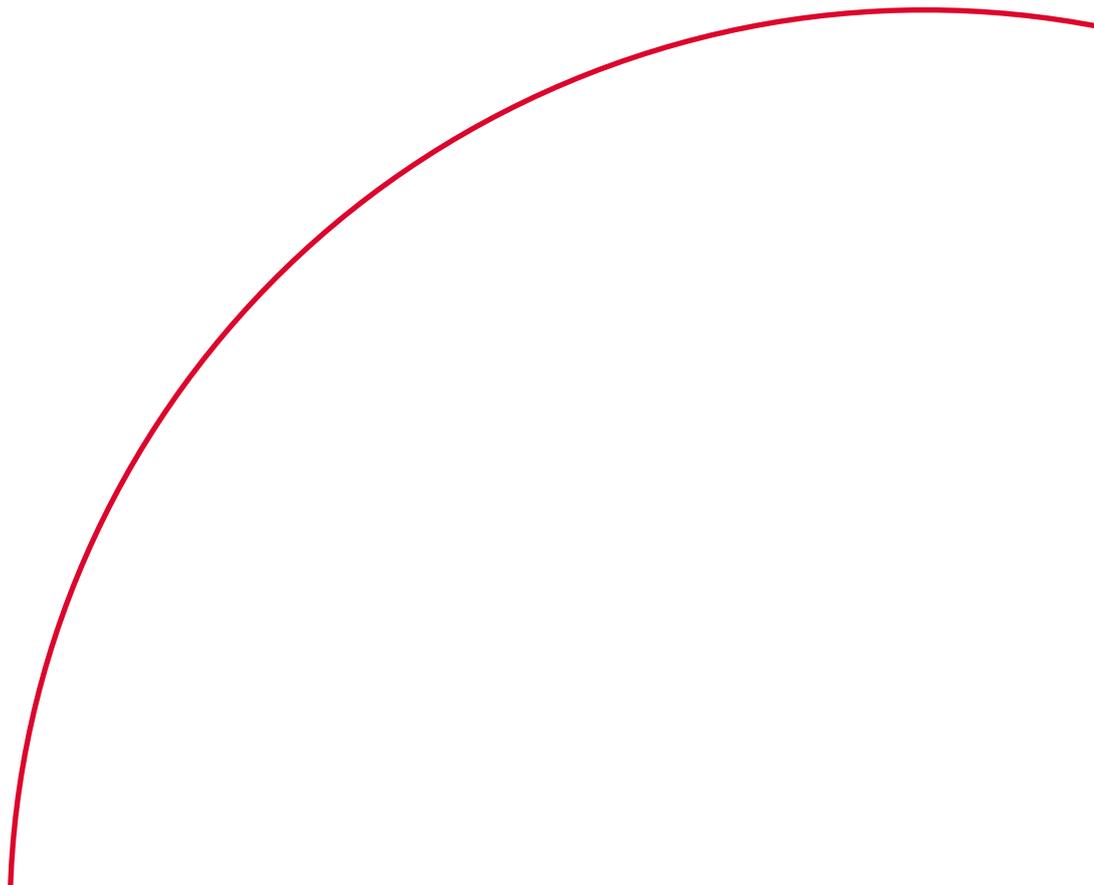
22. COVID-19 impact survey—North America and the Caribbean. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_north_america_and_the_caribbean_-_nswp_-_2020.pdf, accessed 18 October 2020).
23. COVID-19 impact survey—Africa. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_africa_-_nswp_-_2020_.pdf, accessed 18 October 2020).
24. COVID-19 impact survey—Europe. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_africa_-_nswp_-_2020_.pdf, accessed 18 October 2020).
25. COVID-19 impact survey—Latin America. Edinburgh: NSWP; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_latin_america_-_nswp_-_2020.pdf, accessed October 2020).
26. Poteat TC, Reisner SL, Miller M, Wirtz AL; American Cohort to Study HIV Acquisition Among Transgender Women (LITE). COVID-19 vulnerability of transgender women with and without HIV infection in eastern and southern U.S. medRxiv. Preprint. 2020 Jul 24. doi: 10.1101/2020.07.21.20159327.
27. Woulfe J, Wald M. The impact of the COVID-19 pandemic on the transgender and non-binary community. In: Columbia University Department of Psychiatry [Internet]. 22 September 2020. New York: University of Columbia; c2020 (<https://www.columbiaopsychiatry.org/news/impact-covid-19-pandemic-transgender-and-non-binary-community>, accessed 7 November 2020).
28. INPUD online survey on COVID-19 and people who use drugs (PWUD)—data report 1. London: INPUD; 2020 (https://www.inpud.net/sites/default/files/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf, accessed 21 October 2020).
29. Global state of harm reduction 2020. London: Harm Reduction International; 2020.
30. Eurasian Harm Reduction Association. Harm reduction programmes during the COVID-19 crisis in central and eastern Europe and central Asia. Vilnius (LT): Eurasian Harm Reduction Association; 2020.
31. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak. Interim guidance. Geneva: WHO; 1 June 2020.
32. Pienaar J. Old lessons, new pandemic: “we showed up to do COVID-19 testing & communities told us to pack our bags.” In: Bhekisisa Centre for Health Journalism [Internet]. 22 June 2020. Bhekisisa: Centre for Health Journalism; c2017 (<https://bhekisisa.org/opinion/2020-06-22-medical-male-circumcision-hiv-prevention-covid-coronavirus-response-south-africa/>).
33. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations. Geneva: WHO; 17 August 2020.
34. Pebody R. A quarter of gay men report casual sex during UK lockdown. In: AIDSMAP [Internet]. 11 June 2020. NAM; 2020 (<https://www.aidsmap.com/news/jun-2020/quarter-gay-men-report-casual-sex-during-uk-lockdown>).
35. Safer sex and COVID-19. New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene; 2020 (<https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/imm/covid-sex-guidance.pdf>, accessed 8 November 2020).
36. “No older men or oral sex”: how Swiss brothels are responding to the coronavirus. In: The Local [Internet]. 23 June 2020. Stockholm: The Local Europe AB; c2020 (<https://www.thelocal.ch/20200623/no-older-men-or-oral-sex-how-switzerlands-brothels-are-responding-to-the-coronavirus>).
37. COVID-19 responses must uphold and protect the human rights of sex workers. In: unaids.org [Internet]. 24 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2020 ([https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200424_sex-work#:~:text=recently%20released%20a-,The%20Global%20Network%20of%20Sex%20Work%20Projects%20\(NSWP\)%20and%20UNAIDS,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=We%20do%20not%20have%20money,medicine%3B%20health%20services%20are%20closed](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200424_sex-work#:~:text=recently%20released%20a-,The%20Global%20Network%20of%20Sex%20Work%20Projects%20(NSWP)%20and%20UNAIDS,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=We%20do%20not%20have%20money,medicine%3B%20health%20services%20are%20closed)).
38. Hoffman J. People are still having sex. So why are S.T.D. rates dropping? In: New York Times [Internet]. 28 October 2020. New York: The New York Times Company; c2020 (<https://www.nytimes.com/2020/10/28/health/covid-std-testing.html>, accessed 8 November 2020).
39. Berger M. Coronavirus baby boom or bust? How the pandemic is affecting birthrates worldwide. In: Washington Post [Internet]. 15 July 2020. Washington (DC): The Washington Post; c2020 (<https://www.washingtonpost.com/world/2020/07/15/coronavirus-baby-boom-or-bust-how-pandemic-is-affecting-birthrates-worldwide/>, accessed 8 November 2020).
40. Chandrashekar VS, Sagar A. Impact of COVID-19 on India’s Family Planning Program. Policy brief. New Delhi: Foundation for Reproductive Health; 2020 (<https://pratigyacampaign.org/wp-content/uploads/2020/05/impact-of-covid-19-on-indias-family-planning-program-policy-brief.pdf>, accessed 8 November 2020).
41. Kearney MS, Levine PB. Half a million fewer children? The coming COVID baby bust. Washington (DC): Brookings Institution; 2020.

42. Personal communication with Agata Stola, Foundation for Social Education, 2020.
43. UNAIDS COVID-19 portal reporting, October 2020.
44. PEPFAR Tanzania FY 20 Q3 POART. PEPFAR Implementing Partner meeting. PEPFAR; 22 October 2020.
45. Karim QA, Karim SSA. COVID-19 affects HIV and tuberculosis care. *Science*. 2020;369(6502):366-8.
46. A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. New York: United Nations; 2020 (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/UN-framework-for-the-immediate-socio-economic-response-to-COVID-19.pdf>, accessed 21 October 2020).
47. Alwan N, Burgess RA, Ashworth S, Beale R, Bhadelia N, Bogaert D *et al*. Scientific consensus on the COVID-19 pandemic: we need to act now. *The Lancet*. 2020;396(10260):E71-2.
48. Galvani A, Parpia AS, Pandey A, Zimmer C, Kahn JG, Fitzpatrick MC. The imperative of universal healthcare to curtail the COVID-19 outbreak in the USA. *EClinicalMedicine*. 2020;23:100380.
49. COVID-19 technology access pool. In: who.int [Internet]. Geneva: WHO; c2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/covid-19-technology-access-pool#:~:text=The%20COVID%2D19%20Technology%20Access,knowledge%2C%20intellectual%20property%20and%20data>).
50. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 – accelerating the promise. New York: UNDP; 2019.
51. Havlir D, Balzer LB, Charlebois ED, Clark TD, Kwarisiima D, Ayieko J *et al*. HIV testing and treatment with the use of a community health approach in rural Africa. *New Eng J Med*. 2019;381:219-29.
52. Hayes R, Donnell D, Floyd S, Mandla N, Bwalya J, Sabapathy K *et al*. Effect of universal testing and treatment on HIV incidence—HPTN 071 (PopART). *New Eng J Med*. 2019;381:207-18.
53. Iwuji C, Orne-Gliemann J, Larmarange J, Balestre E, Theibaut R, Tanser F. Universal test and treat and the HIV epidemic in rural South Africa: a phase 4, community cluster randomised trial. *Lancet HIV*. 2018;5:e116-e125.
54. Makhema J, Wirth KE, Pretorius Holme M, Gaolathe T, Mmalane M, Kadima E *et al*. Universal testing, expanded treatment and incidence of HIV infection in Botswana. *New Eng J Med*. 2019;381:230-42.
55. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10:5482.
56. Nakigozi G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC *et al*. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 8–11 March 2020. Abstract 150.
57. PEPFAR programme data, 2020.
58. Chammartin F, Zücher K, Keiser O, Weigel R, Chu K, Kiragga AN *et al*. Outcomes of patients with HIV lost to follow-up in sub-Saharan Africa. *Clin Infect Dis*. 2018;67:1634-52.
59. Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009: systematic review. *Trop Med Int Health*. 2010;15(Supp. 1):1-5.
60. Zücher K, Mooser A, Anderegg N, Tymejczyk O, Couvillon MJ, Nash D *et al*. Outcomes of HIV-positive patients lost to follow up in African treatment programmes. *Trop Med Int Health*. 2017;22:375-87.
61. Fuente-Soto L, López-Varela E, Augusto O, Bernardo EL, Saccoor C, Nhacolo A *et al*. Loss to follow-up and opportunities for reengagement in HIV care in rural Mozambique: a prospective cohort study. *Medicine*. 2020;99:e20236.
62. Hickey MD, Omollo D, Salmen CR, Mattah B, Blat C, Ouma GB *et al*. Movement between facilities for HIV care among a mobile population in Kenya: transfer, loss to follow-up, and re-engagement. *AIDS Care*. 2016;28:1386-93.
63. Cowan FM, Chabata ST, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Ndori-Mharadze T *et al*. Strengthening the scale-up and uptake of effective interventions for sex workers for population impact in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(Supp. 4):e25320.
64. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá *et al*. Long-acting cabotegravir and rilpivirine for maintenance of HIV-1 suppression. *New Eng J Med*. 2020 Mar 19;382(12):1112-1123.
65. Orkin C, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovsky V, Overton ET, Girard P-M *et al*. Long-acting cabotegravir and rilpivirine after oral induction for HIV-1 infection. *New Eng J Med*. 2020;382:1124-35.

66. Ahmed K, Baeten J, Beksinska ME, Bekker L-G, Bukusi EA, Donnell D *et al.* HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomized, multicentre, open-label trials. *The Lancet*. 2019;394:303-13.
67. WHO, UNAIDS. Preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: WHO; June 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf).
68. Mugo NR, Heffron R, Donnell D, Wald A, Were EO, Rees H *et al.* Increased risk of HIV-1 transmission in pregnancy: a prospective study among African HIV-1 serodiscordant couples. *AIDS*. 2011;25:1887-95.
69. Bianchi F, Cohn J, Sacks E, Bailey R, Lemaire J-F, Machekano R *et al.* Evaluation of a routine point-of-care intervention for early infant diagnosis of HIV: an observational study in eight African countries. *Lancet HIV*. 2019;6(6):e373-81.
70. Simon KR, Flick RJ, Kim MH, Sabelli RA, Tembo T, Phelps BR *et al.* Family testing: an index case finding strategy to close the gaps in pediatric HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(Suppl. 2):S88-S97.
71. Gay Community Periodic Survey 2020 data, shared via email by Martin Holt, Centre for Social Research in Health, 11 May 2020.
72. Broady T, Power C, Mao L, Bavinton B, Chan C, Bambridge C *et al.* Gay Community Periodic Survey: Sydney 2019. Sydney: Centre for Social Research in Health, UNSW Sydney; 2019.
73. Jones C, Miller N, Mann C, Smith B, Gesuale S. Report #2: donor funding landscape for condom programming. Mann Global Health; 2019 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2019/06/MGH-Rpt-2-Donor-Trends_Condom-Landscape-Analysis_Final.pdf).
74. HIV prevention 2020 road map: accelerating HIV prevention to reduce new infections by 75%. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf).
75. Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J *et al.* HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda. *New Eng J Med*. 2017;377:2154-66.
76. Nel A, van Niekerk N, Kapiga S, Bekker L-G, Gama C, Gill K *et al.* Safety and efficacy of a dapivirine vaginal ring for HIV prevention in women. *New Eng J Med*. 2016;375(22):2133-43.
77. Baeten JM, Palanee-Phillips T, Brown ER, Schwartz K, Soto-Torres LE, Govender V *et al.* Use of a vaginal ring containing dapivirine for HIV-1 prevention in women. *New Eng J Med*. 2016;375(22):2121-32.
78. Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Summary of opinion. Dapivirine vaginal ring 25 mg. 23 July 2020. European Medicines Agency. EMA/CHMP/330850/2020 (https://www.ema.europa.eu/en/documents/medicine-outside-eu/dapivirine-vaginal-ring-25-mg-summary-opinion_en.pdf).
79. Landmark trial in East and southern Africa finds injectable PrEP safe and effective for cisgender women. In: AVAC [Internet]. 9 Nov 2020. AVAC: Global Advocacy for HIV Prevention; c2020 (<https://www.avac.org/blog/landmark-trial-finds-injectable-prep-safe-and-effective-cisgender>).
80. Landovitz RJ, Donnell D, Clement M, Hanscom B, Cottle L, Coelho L *et al.* HPTN083 interim results: pre-exposure prophylaxis (PrEP) containing long-acting injectable cabotegravir (CAB-LA) is safe and highly effective for cisgender men and transgender women who have sex with men (MSM, TGW). 23rd International Conference on AIDS (AIDS2020). Abstract OAXKBO101.
81. Thomas-Slayter BP, Fisher WF. Social capital and AIDS-resilient communities: strengthening the AIDS response. *Glob Public Health*. 2011;6(SUPPL. 3):323-43.
82. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviours: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDs*. 2013;27(11):621-7.
83. Sabapathy K, Mubekapi-Musadaidzwa C, Mulubwa C, Schaap A, Hoddinott G, Stangl A *et al.* Predictors of timely linkage-to-ART within universal test and treat in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa: findings from a nested case-control study. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(4):e25037.
84. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Woldie Kerie M, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV-related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928.
85. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR *et al.* Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013;16(3S2):18640.

86. Hargreaves JR, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D *et al.* HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 017 (PopART Trial in Zambia and South Africa). *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(5):561-70.
87. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M *et al.* Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet.* 2015;385:55-71.
88. Borquez A, Beletsky L, Nosyk B, Strathdee SA, Madrazo A, Abramovitz D *et al.* The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *The Lancet.* 2018;3(9):E429-E437.
89. UNAIDS special analysis conducted for the 2025 AIDS targets exercise, 2020.
90. Lyons C. Utilizing individual level data to assess the relationship between prevalent HIV infection and punitive same sex policies and legal barriers across 10 countries in sub-Saharan Africa. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020 (virtual). Abstract OAF0403.
91. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM *et al.* HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV.* 2019;6:e767-e787.
92. 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.
93. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliot R, Sherman S *et al.* HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV.* 2017;4:e357-e374.
94. People Living with HIV Stigma Index Surveys, 2013–2018.
95. Questions & answers. Breaking down barriers to access: scaling up programs to remove human rights-related barriers to health services in 20 countries and beyond. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2020 (https://www.theglobalfund.org/media/1213/crg_breakingdownbarriers_qa_en.pdf, accessed on 26 July 2020).
96. Support, Don't Punish [Internet]. International Drug Policy Consortium; 2020 (<https://supportdontpunish.org>, accessed on 25 October 2020).
97. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
98. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014.
99. Demographic and Health Surveys, 2013–2018.
100. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Chrisofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2015;29(16):2183-94.
101. Gorgens M, Mabuza K, de Walque D. Sitakehla Likusasa impact evaluation: results of a cluster randomized control trial (cRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini. 10th IAS Conference on HIV Science, Mexico City, 21–24 July 2019. Abstract TUAC0205LB.
102. Pettifor A, Warmoyi J, Balvanz P, Gichane MW, Maman S. Cash plus: exploring the mechanisms through which a cash transfer plus financial education programme in Tanzania reduced HIV risk for adolescent girls and young women. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(S4):e25316.
103. De Neve J, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary school and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health.* 2015;3:e470-e477.
104. Doyle K, Levitov RG, Barker G, Bastian GG, Bingenheimer JB, Kazimbaya S *et al.* Gender-transformative Bandebereho couples' intervention to promote male engagement in reproductive and maternal health and violence prevention in Rwanda: findings from a randomized controlled trial. *PLoS ONE.* 2018;13(4):e0192756.
105. Jewkes R, Stern E, Ramsoomar L. Preventing violence against women and girls: community activism approaches to shift harmful gender attitudes, roles and social norms. Evidence review. WhatWorks; 2019 (<https://www.whatworks.co.za/documents/publications/357-social-norms-briefweb-28092019/file>, accessed on 25 October 2020).
106. 2025 AIDS Targets. Technical consultation on HIV integration with other health services: 2025 target setting, and 2020–2030 resource needs and impact estimation. Meeting report. 3–5 March 2020. Rio de Janeiro, Brazil (<https://www.unaids.org/en/file/119719/download?token=uU7CqEBg>).
107. Global tuberculosis report 2019. Geneva: WHO; 2019.

108. Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas RV. HIV-positive women have higher risk of human papilloma virus infection, precancerous lesions, and cervical cancer. *AIDS*. 2018;32:795-808.
109. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Paia AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411-20.
110. Smit M, Perez-Guzman PN, Mutai KK, Cassidy R, Kibachio J, Kilonzo N et al. Mapping the current and future noncommunicable disease burden in Kenya by Human Immunodeficiency Virus status: a modeling study. *Clin Infect Dis*. 2020;71(8):1864-73.



Copyright © 2020

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

Tous droits de reproduction réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA/JC3007F



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org