

Rapport mondial actualisé sur le sida **2022**

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

EN DANGER

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

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

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

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

Proposition de citation. EN DANGER : ONUSIDA Rapport mondial actualisé sur le sida 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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

TABLE DE MATIÈRES

AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION	6
RÉPONDRE AUX CRISES : LES COMMUNAUTÉS AU CŒUR DE LA RIPOSTE AU VIH EN UKRAINE ET AU-DELÀ	22
I — PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS 2025	26
II — UN NOUVEL ÉLAN EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION	90
L'INTENSIFICATION PROGRESSIVE DE LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION AU CAMBODGE	104
LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES PERSONNES TRANSGENRES AU BRÉSIL	108
INTENSIFICATION DES PROGRAMMES DE MÉTHADONE À DOMICILE AU VIETNAM	120
LE BOTSWANA OUVRE LA VOIE DE LA CERTIFICATION DES PAYS À FORTÉ CHARGE DE VIH SUR LA VOIE DE L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION VERTICALE DU VIH	134
III — RÉALISATION DES DROITS	150
AVANCÉES EN MATIÈRE DE DÉCRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE EN BELGIQUE ET À VICTORIA (AUSTRALIE)	156
PROGRÈS DANS L'ADOPTION D'UNE NOUVELLE LÉGISLATION ANTI-DISCRIMINATION AU LIBAN	166
LA JAMAÏQUE PREND DES MESURES POUR S'ATTAQUER AUX PROBLÈMES EN MATIÈRE DE DROITS DE L'HOMME ET AUX OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LE VIH	168
L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES FILLES ET LES FEMMES AU NIGERIA ET EN AFRIQUE DU SUD	178
EDUCATION PLUS : CRÉER L'IMPULSION	185
ÉLIMINER LES OBSTACLES AUX SERVICES SDR ET CEUX LIÉS AU VIH POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU KENYA	188

IV — RIPOSTES COMMUNAUTAIRES 200

LES JEUNES SE LÈVENT POUR EN FINIR AVEC
LE VIH UNE FOIS POUR TOUTE 208

LA VOIX PUISSANTE DU SUIVI COMMUNAUTAIRE
EN OUGANDA 218

**V — FINANCEMENT DURABLE ET ÉQUITABLE
DES RIPOSTES AU VIH 230**

SUPPRESSION DES FRAIS D'UTILISATION
AU CAMEROUN 234

LA COVID-19 ET LES MESURES D'AUSTÉRITÉ
MENACENT LA RIPOSTE DE LA ZAMBIE AU SIDA 250

VI — PROFILS RÉGIONAUX 256

AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE 258

AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE 270

ASIE ET PACIFIQUE 282

AMÉRIQUE LATINE 296

CARAÏBES 308

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD 320

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE 332

EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE
ET AMÉRIQUE DU NORD 342

ANNEXE SUR LES MÉTHODES 350

AVANT-PROPOS

Le cumul des crises qui ont secoué le monde ces deux dernières années ont eu un impact dévastateur sur les personnes vivant avec et affectées par le VIH et ont fait reculer la riposte mondiale à la pandémie de sida. Les nouvelles données révélées dans ce rapport sont effrayantes : une progression en perte de vitesse, des ressources en baisse et des inégalités qui se creusent. Le manque d'investissements et d'actions nous met tous en danger : nous risquons des millions de décès liés au sida et des millions de nouvelles infections à VIH si nous continuons sur notre trajectoire actuelle.

Ensemble, les dirigeants du monde peuvent mettre fin au sida d'ici 2030, comme ils l'ont promis, mais nous devons être francs : cette promesse et la riposte au sida sont en péril. La faiblesse des progrès se traduit par quelque 1,5 million de nouvelles infections à VIH l'année dernière, soit plus d'un million au-dessus des objectifs mondiaux. Dans de trop nombreux pays et pour un trop grand nombre de communautés, nous constatons aujourd'hui une augmentation des nouvelles infections à VIH alors que nous aurions dû assister à un déclin rapide. Nous pouvons renverser la tendance, mais la seule réponse sûre à cette situation d'urgence est l'audace. Nous ne pouvons l'emporter qu'ensemble, dans le monde entier.

Les inégalités marquées, au sein des pays et entre eux, freinent les progrès de la lutte contre le VIH, et le VIH ne fait que creuser ces inégalités.

En 2021, toutes les deux minutes, une adolescente ou une jeune femme était nouvellement infectée par le VIH. La pandémie de COVID-19 a entraîné des perturbations dans les principaux services de traitement et de prévention du VIH, la déscolarisation de millions de filles et des pics de grossesses chez les adolescentes et de violence sexiste.

En 2021, la pandémie de sida a coûté la vie à une personne toutes les minutes, totalisant 650 000 décès liés au sida malgré un traitement efficace contre le VIH et des outils de prévention, de détection et de traitement des infections opportunistes. Le nombre de personnes sous traitement contre le VIH a augmenté plus lentement en 2021 qu'il ne l'a fait depuis plus d'une décennie : si les trois quarts de toutes les personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement antirétroviral, environ 10 millions de personnes n'y ont pas accès. Seule la moitié (52 %) des enfants vivant avec le VIH ont accès à des médicaments vitaux, et l'inégalité de la couverture du traitement du VIH entre les enfants et les adultes s'accroît au lieu de se réduire.

Cependant, sur ce fond de crise, nous constatons également une forte résilience dans un large éventail de pays, et dans des poches au sein de nombreux autres pays. C'est particulièrement vrai lorsque le niveau de financement requis de la part des gouvernements nationaux, du Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) ou du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) s'accompagne de solides réponses communautaires et d'une science de pointe. Ces exemples de riposte efficace à la pandémie ont permis de réaliser des progrès remarquables en matière de réduction des nouvelles infections à VIH et d'amélioration de l'accès au traitement. Ils prouvent que c'est possible et nous guident dans ce que nous devons faire pour passer à l'échelle mondiale.

Mais ce rapport montre aussi beaucoup trop de cas où nous n'avancions pas assez vite pour mettre fin aux inégalités qui sont à l'origine des pandémies, ou où nous avançons dans la mauvaise direction : les monopoles technologiques au lieu du partage de la technologie, l'austérité au lieu de l'investissement, la répression des communautés marginalisées au lieu de l'abrogation de lois obsolètes, et l'inhibition du contrôle au lieu de la promotion et de la mise en place d'une prestation inclusive et centrée sur la communauté.

Alors même que le besoin d'un soutien international se faisait le plus sentir, la solidarité mondiale est arrivée au point mort. L'aide au développement à l'étranger pour le VIH provenant de donateurs bilatéraux autres que les États-Unis d'Amérique a chuté de 57 % au cours de la dernière décennie. Les dirigeants ne doivent pas prendre l'énorme feu rouge qui nous sert d'avertissement pour un panneau Stop.

Les données présentées vont déranger et choquer, mais ce rapport n'est pas un constat d'échec. C'est un appel à l'action. Un échec serait fatal, mais il n'est pas inévitable. Il sera bien moins coûteux de mettre fin au sida que de ne pas y mettre fin. Il est important de noter que les actions nécessaires pour mettre fin au sida permettront également au monde de mieux se préparer contre les menaces de pandémies à l'avenir.

Ce que nous devons faire n'est un mystère pour personne. Nous le savons grâce à ce que nous avons vu réussir à plusieurs reprises dans des contextes différents : une science partagée, des services solides et une solidarité sociale. C'est l'engagement pris lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida en juin de l'année dernière : mettre fin à la pandémie de sida en mettant fin aux inégalités qui la perpétuent.

Nous pouvons mettre fin au sida d'ici à 2030. Mais la courbe ne pliera pas d'elle-même. Nous devons la tirer vers le bas.



Winnie Byanyima
Directrice exécutive de l'ONUSIDA

INTRODUCTION

La riposte mondiale au sida est menacée.

Au cours des deux dernières années et demie, la concomitance entre la pandémie de sida et de COVID-19 – ainsi que les crises économiques et humanitaires – ont accru la menace sur la riposte mondiale au VIH. Le COVID-19 et d'autres instabilités ont perturbé les services de santé dans une grande partie du monde, et des millions d'étudiants ont été déscolarisés, ce qui a accru leur vulnérabilité au VIH (1). Les pays à revenu faible et intermédiaire ont été mis au défi de réagir, car 60 % des pays les plus pauvres du monde sont en situation de surendettement ou courent un risque élevé de l'être, et on estime que 75 à 95 millions de personnes ont basculé dans la pauvreté, une augmentation sans précédent (2, 3). En conséquence, la riposte au sida a subi d'importantes pressions alors que les communautés qui étaient déjà plus exposées au VIH sont désormais encore plus vulnérables.

Dans certaines parties du monde et pour certaines communautés, la réponse à la pandémie de sida a fait preuve d'une remarquable résilience dans les moments difficiles, ce qui a permis d'éviter les pires conséquences. Cependant, les progrès mondiaux contre le VIH ralentissent au lieu de s'accélérer : les dernières données recueillies par l'ONUSIDA montrent que si les nouvelles infections au VIH ont diminué dans le monde l'année dernière, la baisse n'a été que de 3,6 % par rapport à 2020 – la plus faible réduction annuelle depuis 2016. En conséquence, de nombreuses régions, pays et communautés doivent faire face à l'augmentation des infections à VIH parallèlement à d'autres crises en cours.

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ainsi que l'Amérique latine ont tous connu une augmentation du nombre annuel des infections à VIH au cours de la dernière décennie.

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ainsi que l'Amérique latine ont tous enregistré une augmentation du nombre annuel des infections à VIH au cours de cette dernière décennie (figure 0.1). En Asie et dans le Pacifique – la région la plus peuplée du monde – les données de l'ONUSIDA montrent maintenant que les nouvelles infections à VIH augmentent là où elles avaient diminué au cours des dix dernières années. Les Philippines et la Malaisie font partie des pays où l'on observe une recrudescence des épidémies parmi les populations clés, en particulier dans les endroits clés.¹ Dans ces régions, les augmentations des infections sont alarmantes.

¹ L'ONUSIDA considère que les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues et les prisonniers et autres personnes incarcérées sont les cinq principaux groupes de population clés qui sont particulièrement vulnérables au VIH et qui manquent souvent d'un accès adéquat aux services.

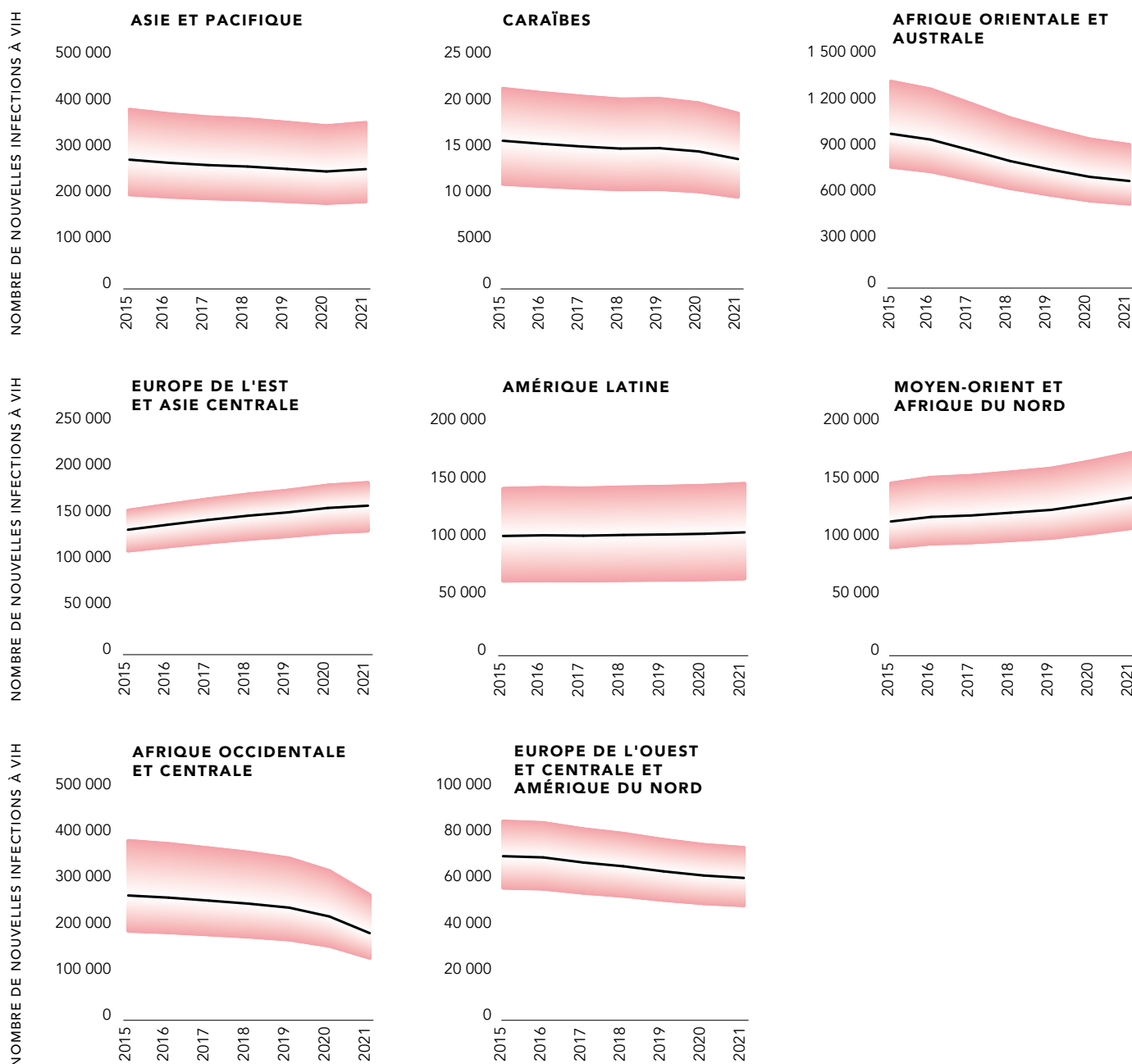
L'Amérique latine, qui a connu un succès précoce dans le déploiement du traitement, a perdu son élan, laissant rebondir les épidémies parmi les jeunes homosexuels, les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et d'autres populations clés. Une grande partie de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale ne dispose pas des services de réduction des risques nécessaires pour inverser le cours des épidémies qui touchent principalement les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels. En Afrique orientale et australe, la région où la prévalence du VIH est la plus élevée, la riposte au sida a fait preuve d'une remarquable résilience face à l'adversité, les programmes de traitement et de prévention du VIH s'adaptant aux efforts d'atténuation du COVID-19. Mais même dans ce cas, les progrès en matière de réduction des nouvelles infections ont considérablement ralenti au lieu de s'accélérer comme il le faudrait pour arrêter la pandémie. Parallèlement, les données de l'ONUSIDA montrent que les programmes de lutte contre le VIH dans cette région sont confrontés à des vents contraires croissants, car les financements nationaux et internationaux qui ont permis les progrès réalisés jusqu'à présent sont menacés.

Il y a des points positifs, notamment la forte baisse du nombre annuel des infections à VIH dans les Caraïbes et en Afrique occidentale et centrale – cette dernière étant en grande partie due à des améliorations au Nigeria. Ces baisses des infections représentent une accélération des progrès. En chiffres globaux, ces progrès sont toutefois noyés dans l'absence de progrès dans d'autres régions : Les infections à VIH ont désormais augmenté depuis 2015 dans 38 pays à l'échelle mondiale.²



² Les pays qui présentent des estimations robustes d'augmentation des nouvelles infections à VIH depuis 2015 sont : Afghanistan, Algérie, Belize, Brésil, Cabo Verde, Chili, Congo, Costa Rica, Cuba, République dominicaine, Guinée équatoriale, Fidji, Grèce, Guatemala, Guyane, Honduras, Irlande, Jamaïque, Kazakhstan, Madagascar, Malaisie, Mauritanie, Oman, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Paraguay, Pérou, Philippines, Sénégal, Serbie, Soudan du Sud, Soudan, Suriname, Timor-Leste, Tunisie, Uruguay et Yémen.

FIGURE 0.1 Nouvelles infections à VIH, par région, 2015-2021



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

4 000

**PERSONNES SONT INFECTÉES
PAR LE VIH CHAQUE JOUR**

Chaque jour, 4 000 personnes – dont 1 100 jeunes (âgés de 15 à 24 ans) – sont infectées par le VIH. Si les tendances actuelles se poursuivent, 1,2 million de personnes seront nouvellement infectées par le VIH en 2025 – soit trois fois plus que l'objectif de 370 000 nouvelles infections fixé pour 2025.

L'impact humain de l'enlisement de la riposte au VIH fait froid dans le dos. En 2021, 650 000 [500 000-860 000] personnes sont mortes de causes liées au sida – soit, une par minute. Avec la disponibilité de médicaments antirétroviraux de pointe et d'outils efficaces pour prévenir, détecter et traiter correctement les infections opportunistes telles que la méningite cryptococcique et la tuberculose, ces décès sont évitables. Sans une action accélérée pour empêcher les gens d'atteindre un stade avancé de la maladie, les décès liés au sida resteront une cause majeure de décès dans de nombreux pays. En outre, l'augmentation continue des nouvelles infections par le VIH dans certaines régions pourrait arrêter, voire inverser, les progrès réalisés en matière de décès liés au sida.

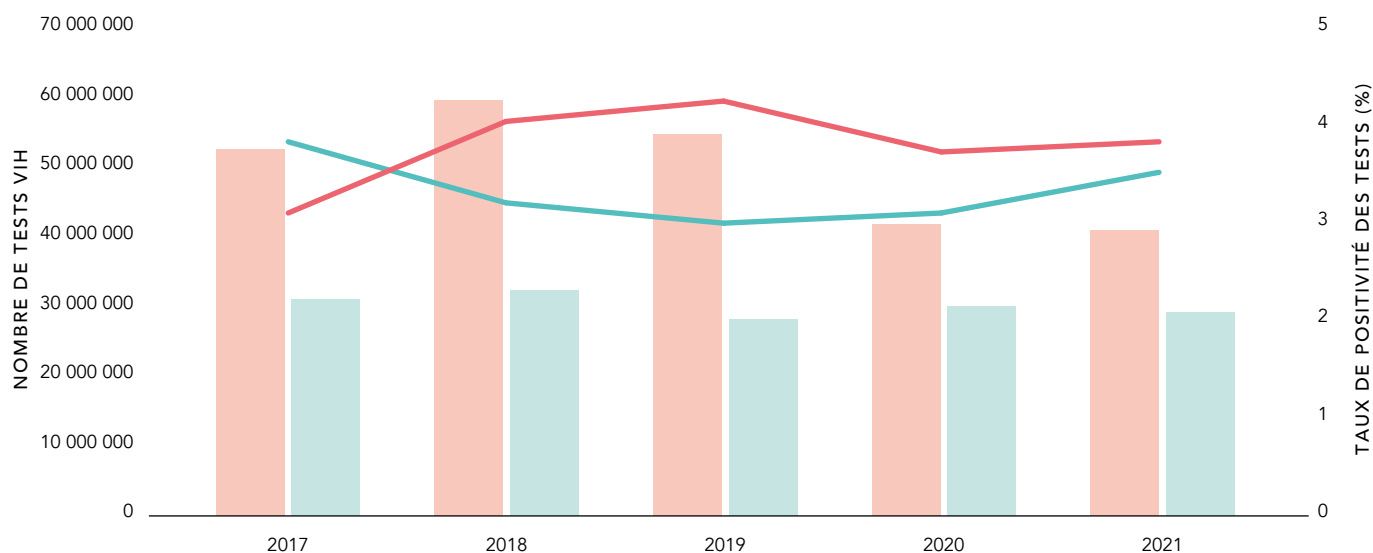
650 000

**PERSONNES SONT MORTES
DE CAUSES LIÉES AU SIDA
EN 2021**

Les tendances en matière d'infections au VIH et de décès liés au sida dépendent de la disponibilité des services de lutte contre le VIH. Ici aussi, les signes sont inquiétants, car l'expansion des services de dépistage et de traitement du VIH stagne. Le nombre de personnes sous traitement contre le VIH n'a augmenté que de 1,47 million en 2021, contre des augmentations nettes de plus de 2 millions de personnes les années précédentes. Il s'agit de la plus faible augmentation depuis 2009. La plus grande augmentation a été enregistrée en Afrique centrale et de l'Ouest, tandis que l'augmentation en Afrique orientale et australe était inférieure à celle des années précédentes. Par conséquent, la couverture du traitement est la même dans les deux régions: 78 % personnes vivant avec le VIH recevront une thérapie antirétrovirale (figure 0.3).

Moins de tests de dépistage du VIH ont été effectués en Afrique orientale et australe en 2020 et 2021 qu'en 2019 (figure 0.2). En 2020 et 2021, le nombre d'hommes qui ont subi une circoncision médicale volontaire – un outil clé de prévention du VIH dans les 15 pays à forte prévalence du VIH dans lesquels on recense 43 % des nouvelles infections à VIH chez l'adulte dans le monde – représentait les deux tiers du nombre de circoncis en 2018 et 2019.³

FIGURE 0.2 Nombre de tests VIH et taux de positivité des tests par région, Afrique subsaharienne, 2017-2021

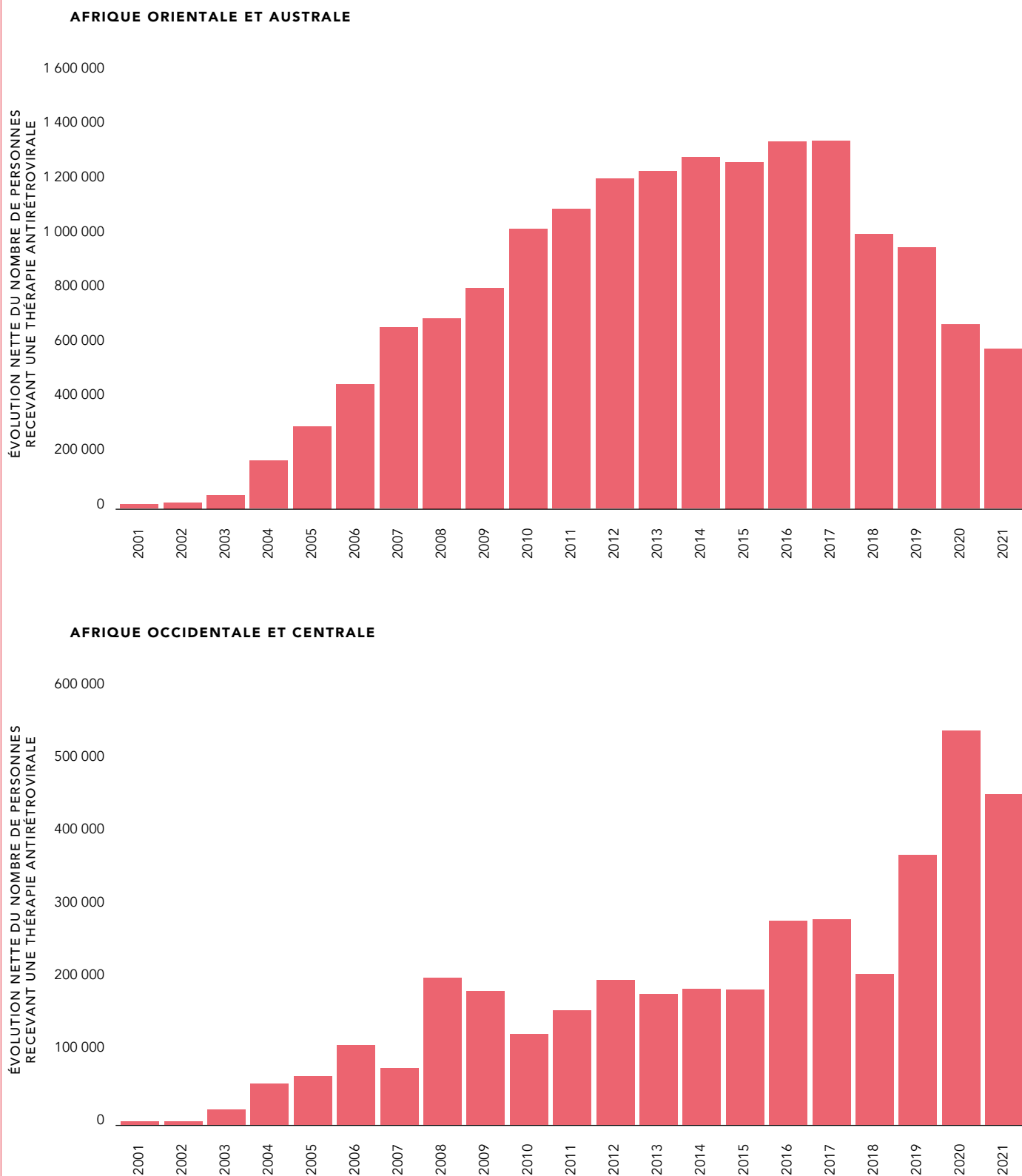


■ NOMBRE DE TESTS VIH (AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE)
 ■ NOMBRE DE TESTS VIH (AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE)
 — TAUX DE POSITIVITÉ DES TESTS (AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE)
 — TAUX DE POSITIVITÉ DES TESTS (AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE)

Source : Données de programmes nationaux de routine utilisées dans les estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022.

³ Les 15 pays prioritaires sont les suivants : Botswana, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan du Sud, Ouganda, République Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

FIGURE 0.3 Évolution nette du nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale par région, Afrique subsaharienne, 2001-2021



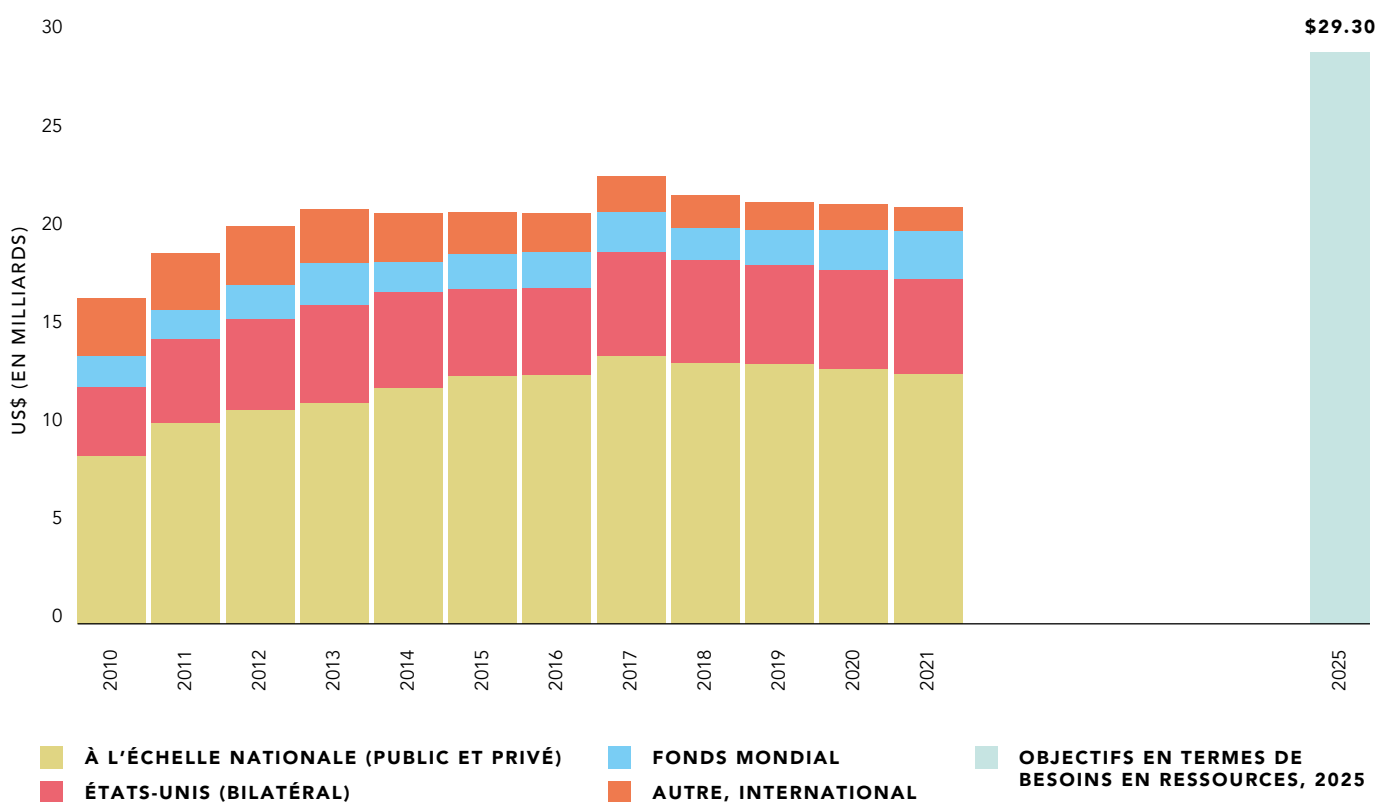
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

DANS UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE DE PLUS EN PLUS TENDU, LES MENACES SUR LE FINANCEMENT POURRAIENT ENCORE DAVANTAGE COMPROMETTRE LA RIPOSTE

Les progrès ralentissent à mesure que les ressources disponibles pour la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire diminuent (figure 0.4) et les priveront ainsi les ressources nécessaires pour leurs ripostes au VIH de 8 milliards de dollars d'ici 2025. De nombreux grands donateurs bilatéraux réduisent l'aide internationale en faveur du sida ; pendant ce temps, les pays à revenu faible et intermédiaire sont en proie à des charges fiscales plus élevées dues par la pandémie de COVID-19. Le COVID-19 et maintenant la guerre en Ukraine génèrent des vents contraires exceptionnels.

De nombreux grands donateurs bilatéraux réduisent l'aide internationale en faveur du sida.

FIGURE 0.4 Disponibilité des ressources pour la riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2010-2021 et objectif 2025



Source: UNAIDS financial estimates and projections, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. Les pays inclus sont ceux qui ont été classés par la Banque mondiale en 2020 comme étant à revenu faible ou intermédiaire.

52**PAYS DEVRAIENT CONNAÎTRE
UNE BAISSÉ SIGNIFICATIVE DE
LEUR CAPACITÉ DE DÉPENSES
PUBLIQUES JUSQU'EN 2026**

L'aide publique au développement pour le VIH provenant de donateurs bilatéraux autres que les États-Unis d'Amérique a chuté de 57 % au cours de la dernière décennie, ce qui rend la reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) en 2022 plus importante que jamais. En 2021, les ressources internationales disponibles pour le VIH étaient inférieures de 6 % à celles de 2010.

Toutefois, contrairement aux années précédentes, les investissements nationaux dans le domaine du VIH n'ont pas remplacé les financements internationaux perdus. Au contraire, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, le financement national a diminué pendant deux années consécutives, notamment de 2 % en 2021. Les conditions économiques mondiales et les vulnérabilités des pays en développement – qui sont exacerbées par les inégalités croissantes dans l'accès aux vaccins et au financement de la santé – menacent à la fois la résilience continue des réponses au VIH et leur capacité à réduire les inégalités liées au VIH. La Banque mondiale prévoit que 52 pays, où vivent 43 % des personnes vivant avec le VIH, connaîtront une baisse significative de leur capacité de dépenses publiques jusqu'en 2026 (4).

Les niveaux élevés d'endettement sapent davantage la capacité des gouvernements à accroître les investissements dans le domaine du VIH. Le service de la dette des pays les plus pauvres du monde a atteint 171 % de toutes les dépenses de santé, d'éducation et de protection sociale réunies (5). De plus en plus, le remboursement de la dette nationale empêche les investissements dans la santé et le capital humain qui sont essentiels pour mettre fin au sida (voir l'étude de cas sur la Zambie). Les pays à revenu intermédiaire, dans lesquels vivent 71 % des personnes vivant avec le VIH et 71 % des personnes nouvellement infectées par le VIH, risquent d'être déclarés inéligibles aux subventions en matière de santé et de lutte contre le VIH, car les pays donateurs réorientent leurs ressources vers les réfugiés ukrainiens et la reconstruction plutôt que d'accroître l'aide internationale.

De nouveaux investissements sont nécessaires dès maintenant pour mettre fin au sida d'ici 2030.

Tout cela se produit à un moment où les particuliers subissent des chocs économiques personnels. Les fortes augmentations du prix des carburants et des denrées alimentaires ont provoqué l'insécurité alimentaire de 180 millions de personnes dans le monde (6). Ces inégalités et d'autres encore augmentent la vulnérabilité au VIH et réduisent l'accès aux services. Alors que l'insécurité alimentaire augmente en République centrafricaine, par exemple, de nouvelles données montrent que les personnes vivant avec le VIH et souffrant de malnutrition sont beaucoup plus susceptibles de subir des interruptions de leur traitement contre le VIH (7).

De nouveaux investissements sont nécessaires dès maintenant pour mettre fin au sida d'ici 2030. Il sera nettement moins coûteux de tenir les promesses faites lors de l'Assemblée générale des Nations unies (ONU) en 2021 que de sous-investir maintenant et de risquer de nouveaux reculs. Au cours de l'année écoulée, l'indifférence a glissé vers la négligence, et ce manque de solidarité est à la fois moralement répréhensible et dommageable pour tous les pays. S'il est une leçon que la pandémie de COVID-19 nous a enseignée, c'est que les pandémies ne peuvent être éradiquées nulle part tant qu'elles ne le sont pas partout.

LES INÉGALITÉS SONT À LA FOIS UNE CONSÉQUENCE ET UNE CAUSE DU RALENTISSEMENT DES PROGRÈS DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Les personnes les plus vulnérables et marginalisées sont les plus durement touchées. Selon le secrétaire général des Nations unies, António Guterres, une «tempête parfaite» de crises creuse les inégalités mondiales (8).

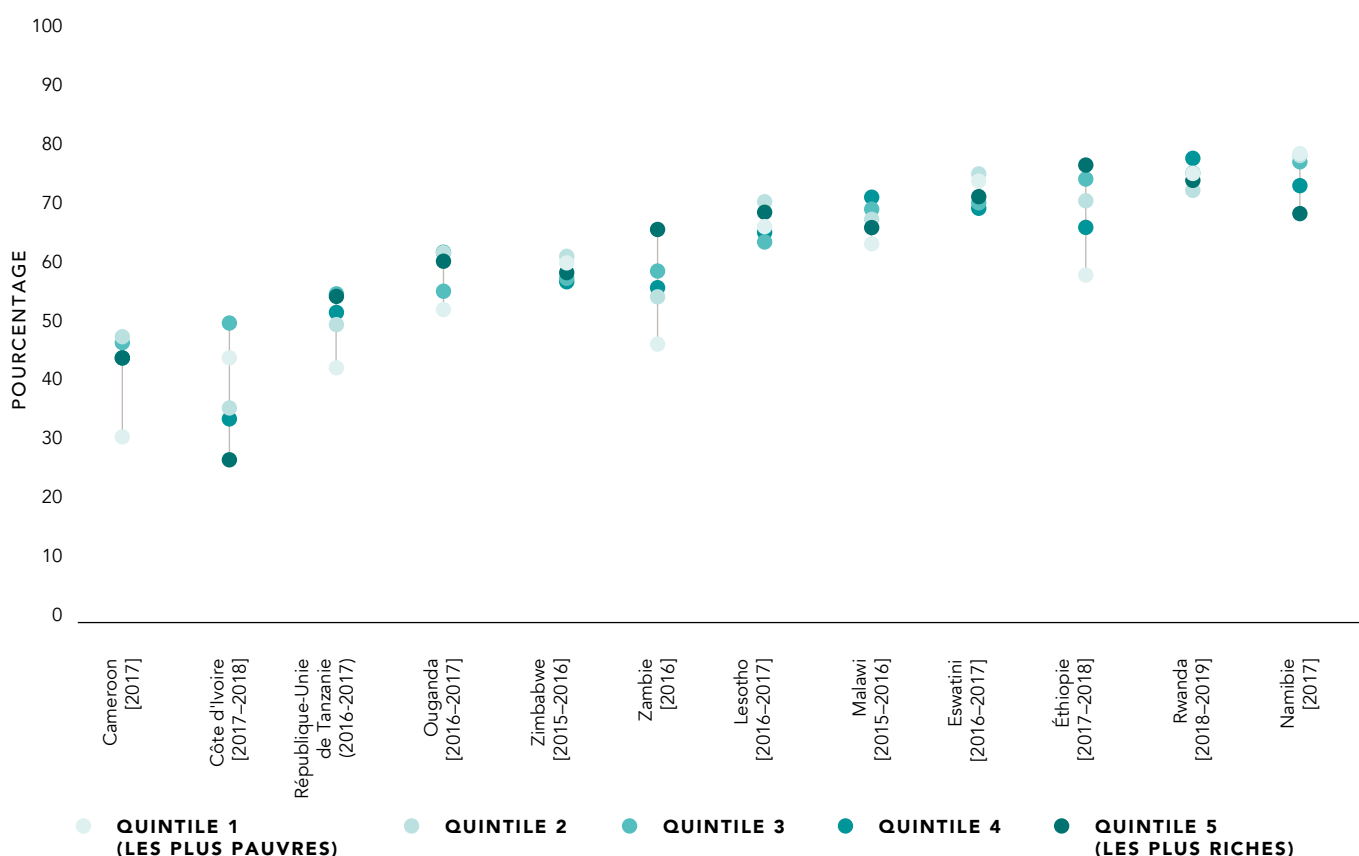
Dans près de la moitié des pays pour lesquels des données sont disponibles, les personnes vivant avec le VIH dans les ménages du quintile de richesse le plus pauvre présentaient les plus faibles niveaux de suppression virale du VIH (figure 0.5). Dans certains pays, comme le Cameroun, l'Éthiopie, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie, l'écart de suppression virale entre les quintiles les plus riches et les plus pauvres est important. Toutefois, ce n'est pas une fatalité : dans les pays où les programmes de traitement sont bien financés et se concentrent sur les plus vulnérables – comme l'Eswatini, le Lesotho, la Namibie et le Zimbabwe – le quintile le plus pauvre des personnes vivant avec le VIH présente des niveaux plus élevés de suppression virale.

Il sera nettement moins coûteux de tenir les promesses faites lors de l'Assemblée générale des Nations unies en 2021 que de sous-investir maintenant et de risquer de nouveaux reculs.

Les inégalités sapent la riposte au sida pour tous. Les pays où les écarts de suppression virale entre les ménages riches et les ménages pauvres sont les plus faibles sont ceux où le nombre de nouvelles infections à VIH a le plus diminué.



FIGURE 0.5 Suppression de la charge virale, par quintile de richesse, dans une sélection de pays, 2015-2019



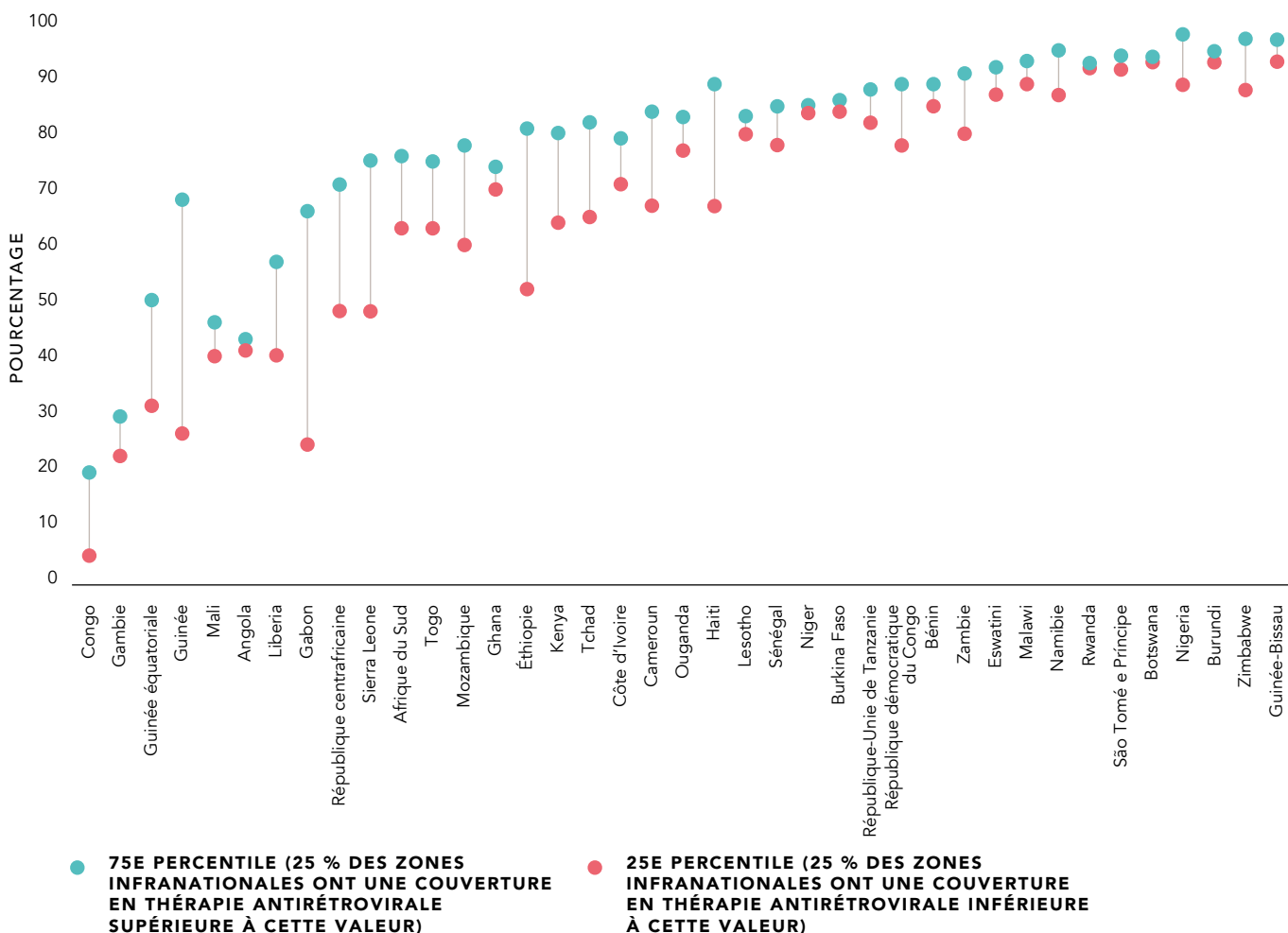
Source : Évaluations de l'impact du VIH sur la population (PHIA), 2015-2019 ; Projet PHIA [base de données]. New York (NY): ICAP; c2022 (<https://phia-data.icap.columbia.edu/>).

Remarque : En Côte d'Ivoire, les données pour le Quintile 5 sont basées sur 32 individus.

De même, il existe souvent des différences substantielles dans l'accès au traitement du VIH entre les districts d'un même pays, ce qui suggère que les personnes vivant dans certaines parties du pays n'en bénéficient pas de manière égale. Ces différences s'expliquent notamment par un clivage entre les villes et les campagnes, ainsi que par des divisions politiques, économiques, culturelles ou autres (figure 0.6). Si ces inégalités sont prononcées dans des pays tels que la République centrafricaine, le Gabon, la Guinée, l'Éthiopie, Haïti, le Nigeria et la Sierra Leone, certains pays qui ont réduit au minimum les écarts de couverture entre les districts – comme le Lesotho, le Malawi et le Rwanda – ont également obtenu certaines des plus fortes réductions des nouvelles infections au VIH et des décès liés au sida.

Il existe souvent des différences substantielles dans l'accès au traitement du VIH entre les districts d'un même pays, ce qui suggère que les personnes vivant dans certaines parties du pays n'en bénéficient pas de manière égale.

FIGURE 0.6 Inégalités dans la couverture infranationale de la thérapie antirétrovirale, dans certains pays à forte prévalence du VIH, 2021



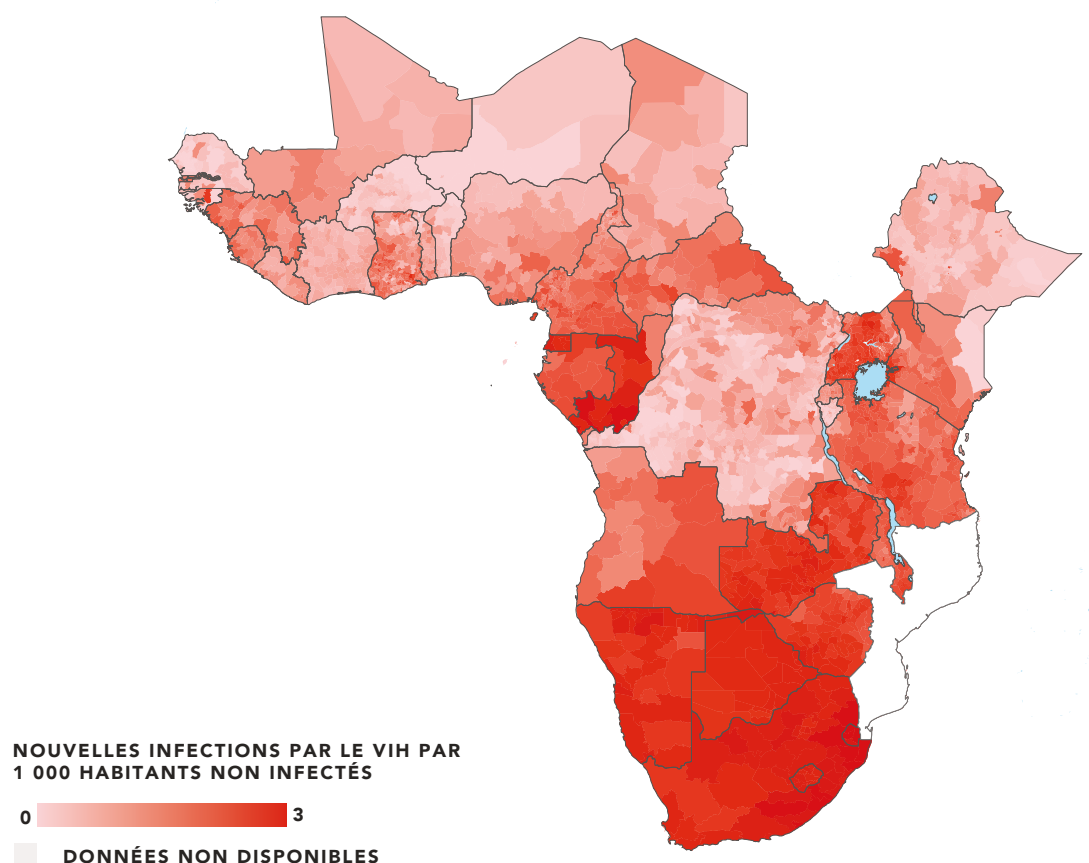
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Alors que les programmes de dépistage et de traitement du VIH se développent, les enfants vivant avec le VIH sont souvent laissés pour compte. En 2021, on estime que 800 000 [640 000-990 000] enfants vivant avec le VIH ne reçoivent toujours pas de traitement contre le VIH. En 2021, les enfants représentaient 4 % des personnes vivant avec le VIH, mais 15 % des décès liés au sida, et l'écart de couverture du traitement du VIH entre les enfants et les adultes s'accroît au lieu de se réduire (voir le chapitre 1).

LES FEMMES, LES FILLES ET LES POPULATIONS CLÉS COURENT UN RISQUE ACCRU

Les personnes qui ont moins de pouvoir social et qui sont moins protégées par la loi sont souvent plus exposées au risque d'infection par le VIH. En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) – dont une est infectée par le VIH toutes les trois minutes – sont trois fois plus susceptibles de contracter le VIH que les adolescents et les jeunes hommes du même groupe d'âge (figure 0.7). Les estimations mondiales basées sur les données de 2000-2018 indiquent également que plus d'une femme sur 10 âgée de 15 à 49 ans, jamais mariée ou en couple, a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de son partenaire intime au cours des 12 derniers mois. En outre, l'épidémie de violence domestique à l'encontre des femmes dans le monde s'est fortement intensifiée pendant la pandémie de COVID-19 (9).

FIGURE 0.7 Incidence du VIH chez les jeunes femmes (15-24 ans) aux niveaux sous-nationaux, Afrique subsaharienne, 2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022.

Remarque : Analyse disponible pour 37 pays d'Afrique sub-saharienne avec les données requises au niveau sous-national. Les pays d'Afrique subsaharienne non inclus sont les Comores, Djibouti, l'Érythrée, Madagascar, la Mauritanie, Maurice, le Mozambique, les Seychelles, la Somalie, le Sud-Soudan et le Soudan.

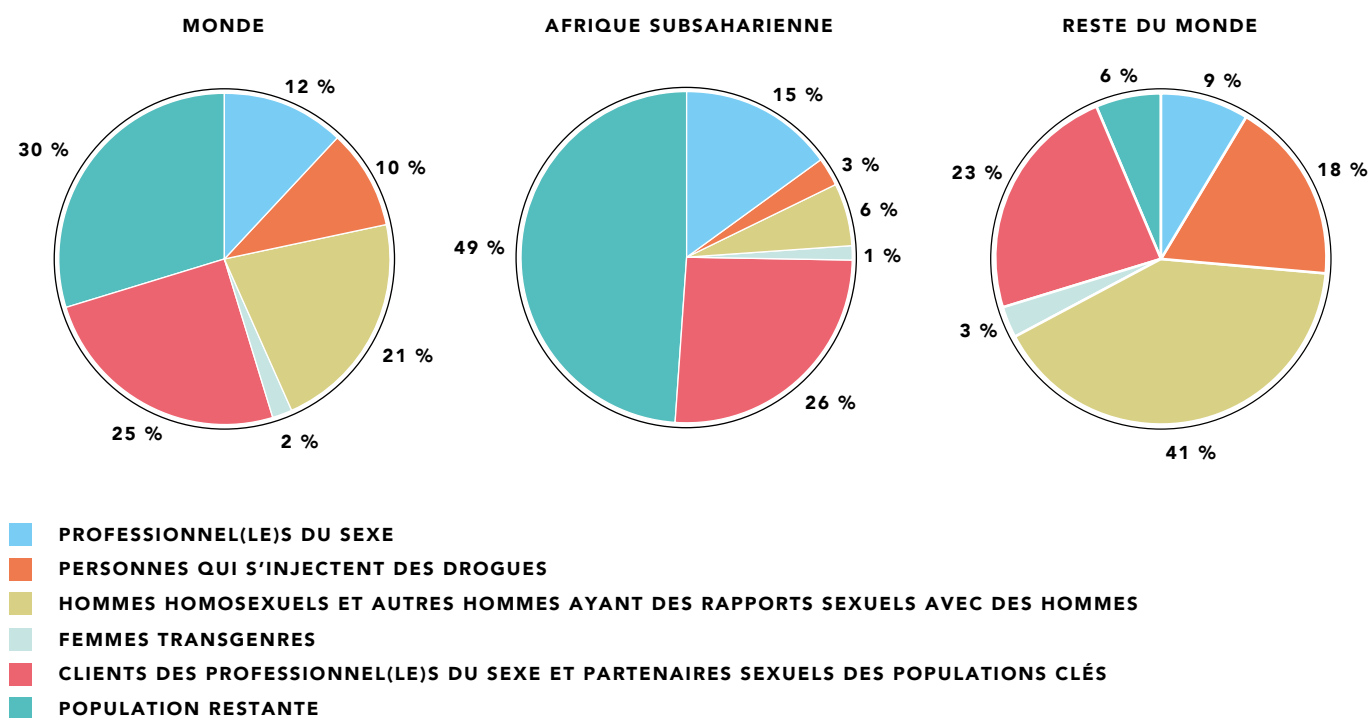
70 %

DES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH EN 2021 SE COMPTAIENT PARMIS LES POPULATIONS CLÉS ET LEURS PARTENAIRES SEXUELS

Les populations clés représentent moins de 5 % de la population mondiale, mais elles et leurs partenaires sexuels représentent 70 % des nouvelles infections à VIH en 2021 (figure 0.8). Dans chaque région du monde, des populations clés sont particulièrement vulnérables à une infection au VIH (figure 0.9).

Les minorités raciales et ethniques sont souvent victimes d'inégalités importantes liées au VIH, comme au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et aux États-Unis, où la baisse des nouveaux diagnostics de VIH a été plus faible chez les Noirs que dans les populations blanches (10, 11). En Australie, au Canada et aux États-Unis, les taux d'acquisition du VIH sont plus élevés dans les communautés autochtones que dans les communautés non autochtones (12, 13).

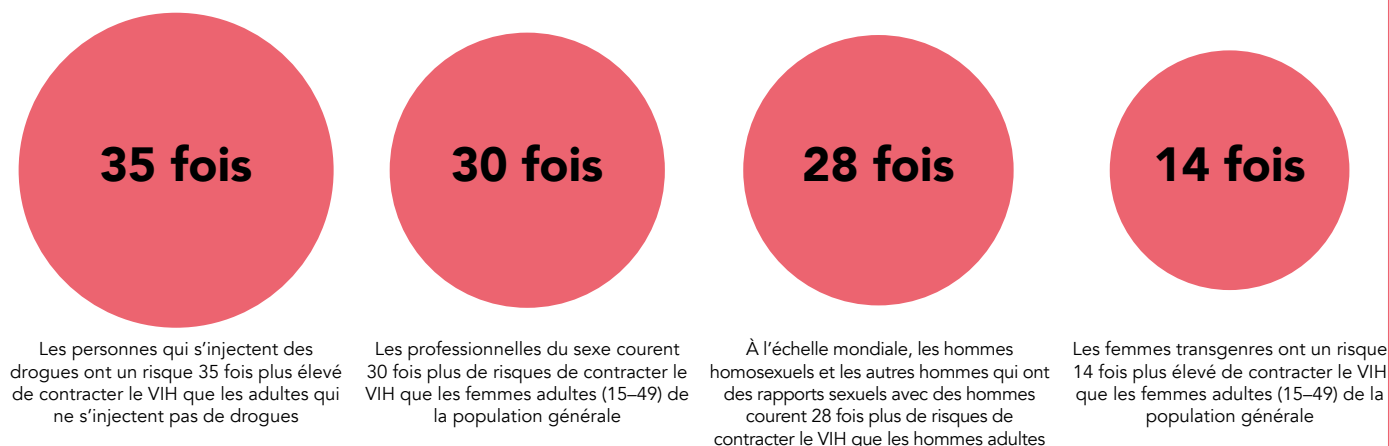
FIGURE 0.8 Répartition de l'acquisition des nouvelles infections à VIH, par population, au niveau mondial, en Afrique subsaharienne et dans le reste du monde, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (cf. annexe sur les méthodes).

Note : En raison des variations dans la disponibilité des données d'une année sur l'autre, nous ne fournissons pas de tendances dans cette distribution. Voir l'annexe sur les méthodes pour une description du calcul.

FIGURE 0.9 Risque relatif d'acquisition du VIH, au niveau mondial, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

NOUS AVONS LES MOYENS DE LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS PERSISTANTES ET DE METTRE LA RIPOSTE AU SIDA SUR LES RAILS

Parmi les tendances générales profondément préoccupantes de la riposte mondiale au sida, il y a quelques bonnes nouvelles à signaler. Les ripostes nationales qui disposaient de ressources suffisantes, adoptaient des politiques judicieuses et rendaient les technologies de prévention et de traitement largement disponibles ont fait preuve d'une résilience et d'un impact remarquables. Des pays aussi divers que l'Italie, le Lesotho, le Viet Nam et le Zimbabwe ont réduit les nouvelles infections par le VIH de plus de 45 % entre 2015 et 2021.

Des pays aussi divers que l'Italie, le Lesotho, le Viet Nam et le Zimbabwe ont réduit les nouvelles infections par le VIH de plus de 45 % entre 2015 et 2021.

Au milieu de la pandémie de COVID-19, des progrès réguliers ont été réalisés dans l'extension de la prophylaxie orale pré-exposition (PrEP), notamment dans des pays comme le Kenya et l'Afrique du Sud. Étant donné que la décision d'utiliser la PrEP appartient à l'individu et ne doit pas être négociée avec un partenaire, elle a un énorme potentiel pour aider à réduire les infections au VIH parmi les populations clés partout dans le monde et les filles et les femmes en Afrique subsaharienne. Cependant, l'accès à la PrEP orale reste concentré dans plusieurs pays à haut revenu et dans cinq pays d'Afrique subsaharienne – Afrique du Sud, Kenya, Nigeria, Ouganda et Zambie. Alors que la PrEP orale se développe, d'autres choix de prévention du VIH – comme la PrEP à longue durée d'action qui peut être administrée par injection ou par anneau vaginal – deviennent disponibles. Cependant, leur coût et leur disponibilité les mettent actuellement hors de portée de la majorité des personnes qui ont besoin de ces nouveaux outils.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 fournit un plan clair, fondé sur des données probantes, pour mettre la riposte au sida sur les rails. Les gouvernements du monde entier se sont engagés à prendre des mesures concrètes pour traduire ce plan en actions. Aucune «solution miracle» n'est nécessaire : en utilisant les outils déjà à sa disposition, la communauté mondiale doit simplement traduire ses engagements en résultats concrets pour les gens.

La pandémie de COVID-19 et la guerre en Ukraine sont des défis générationnels, et leurs impacts négatifs ont une grande portée. Ces crises ont également démontré la capacité du monde à mobiliser des ressources massives et à changer rapidement de politique face à une adversité extraordinaire. L'innovation et le leadership galvanisés par l'expérience de COVID-19 soulignent également le rôle central que les communautés peuvent jouer pour préserver l'accès aux services et atteindre les personnes les plus vulnérables et marginalisées.

COMBLER LES ÉCARTS AU NIVEAU DE LA RIPOSTE : ACTIONS CLÉS POUR METTRE LA RIPOSTE SUR LA VOIE DE LA FIN DU SIDA D'ICI 2030

- **Donner une nouvelle impulsion à la prévention du VIH.** Les pays doivent de toute urgence accorder une plus grande priorité politique et financière à la prévention du VIH et passer de projets fragmentés à une mise en œuvre à grande échelle (voir l'étude de cas sur le Cambodge). Il faut redoubler d'efforts pour remédier aux inégalités d'accès à la prévention du VIH et combler les écarts dans la cascade de services afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Au fur et à mesure que de nouveaux outils de prévention seront disponibles, comme la PrEP injectable à longue durée d'action, des efforts ciblés seront nécessaires pour les déployer aussi rapidement et efficacement que possible.
- **Réaliser les droits de l'homme et l'égalité des sexes.** Les lois et politiques punitives et discriminatoires sapent la riposte au sida en éloignant les gens des services et en sapant les efforts de santé publique pour atteindre les personnes les plus exposées au risque de nouvelle infection ou de décès (voir l'étude de cas sur la Belgique). La suppression de ces lois contribuera à remettre la lutte contre le sida sur les rails. Les droits fondamentaux des femmes et des jeunes filles – y compris leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs – sont essentiels à une riposte efficace. Il est essentiel de les placer au centre de la lutte contre le sida, parallèlement à des efforts dotés de ressources suffisantes pour éliminer la violence sexiste.
- **Soutenir et financer efficacement les ripostes communautaires.** Les ripostes communautaires s'avèrent être des facteurs de changement dans la réduction des inégalités et le soutien de ripostes efficaces et résilientes au VIH (voir l'étude de cas sur l'Ouganda). Ils atteignent ceux qui sont mal desservis par les services traditionnels et contrôlent la qualité des services pour tenir les prestataires responsables de leur réussite. L'accélération des progrès passe par l'affectation de ressources à ces efforts et par la suppression des politiques qui empêchent les organisations communautaires de fournir une gamme complète de services.
- **Assurer un financement suffisant et durable.** De nouveaux investissements majeurs dans le domaine du VIH sont essentiels, tant de la part des donateurs internationaux que des gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire. Une action internationale est nécessaire pour atténuer la crise de la dette à laquelle sont confrontés de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire et pour éviter les politiques d'austérité contre-productives. Des mesures sont également nécessaires pour accroître le rendement des investissements dans le domaine du VIH, notamment par des réductions de prix, des gains d'efficacité et des investissements accrus dans la prévention du VIH. Les obstacles financiers à l'utilisation des services doivent être supprimés (voir l'étude de cas sur le Cameroun).
- **S'attaquer aux inégalités dans l'accès et les résultats de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH, et combler les écarts qui existent au niveau de certaines localités et de certains groupes.** Dans divers contextes, des pays et des communautés prennent des mesures pour mettre fin aux inégalités et combler les écarts (voir l'étude de cas sur le Kenya). Sur cette lancée, les parties prenantes doivent s'appuyer sur des données plus précises et plus granulaires pour cibler les inégalités qui ralentissent les progrès.

METTRE FIN AU SIDA REQUIERT DU COURAGE POLITIQUE

Un plus grand courage politique est nécessaire pour mettre fin aux inégalités liées au VIH et pour raviver et renforcer encore la solidarité mondiale autour de cet objectif. Il existe une dynamique sur laquelle nous pouvons nous appuyer. Les communautés de personnes vivant avec le VIH et les populations clés créent le contexte qui oblige les dirigeants politiques à prendre des mesures audacieuses et courageuses. De nouveaux outils, tels que les médicaments antirétroviraux injectables à longue durée d'action, peuvent avoir des effets potentiellement transformateurs – s'ils sont largement partagés et distribués équitablement. Des méthodes de données innovantes ont permis aux pays et aux communautés de mieux cerner les inégalités qui ralentissent la réduction des écarts.

Les communautés de personnes vivant avec le VIH et les populations clés créent le contexte qui oblige les dirigeants politiques à prendre des mesures audacieuses et courageuses.

Nous savons ce qu'il faut faire pour mettre fin au sida, et nous disposons des outils nécessaires. Notre défi consiste maintenant à rassembler le courage nécessaire pour combler les écarts de la réponse et mettre fin aux inégalités liées au VIH.



RÉPONDRE AUX CRISES : LES COMMUNAUTÉS AU CŒUR DE LA RIPOSTE AU VIH EN UKRAINE ET AU-DELÀ

LES CRISES ACTUELLES DANS LE MONDE

L'Ukraine n'est pas la seule dans ce cas. Les situations d'urgence en République bolivarienne du Venezuela, en Éthiopie, en Libye, au Mozambique, au Myanmar, en République arabe syrienne, dans la région du Sahel en Afrique et dans de nombreuses autres régions du monde ont bouleversé des millions de vies avec des effets dévastateurs. De nombreux pays sont confrontés à des urgences récurrentes, allant des conflits civils aux inondations et aux déplacements massifs en passant par les sécheresses et les pénuries alimentaires.

1. Les progrès de la riposte mondiale au VIH exigent que les services de lutte contre le VIH restent opérationnels dans tous les contextes. L'une des principales recommandations de l'ONUSIDA est d'impliquer les communautés dans la préparation et le déploiement des réponses. Les ripostes doivent être adaptées aux besoins locaux et structurées de manière à permettre l'implication de tous les membres de la communauté : elles doivent être inclusives, fondées sur les droits, tenir compte de la dimension de genre, être participatives et collaboratives.

La guerre en Ukraine a entraîné le déplacement de plus de 12 millions de personnes et des millions d'Ukrainiens ont cherché refuge dans les pays voisins, notamment en République tchèque, en Hongrie, en Pologne, en République de Moldavie, en Roumanie et en Slovaquie.

Les bombardements, les missiles et les frappes aériennes ont détruit jusqu'à 5000 bâtiments résidentiels et plus de 250 établissements de soins de santé. Actuellement, 52 des 403 sites qui distribuent normalement les médicaments antirétroviraux vitaux pour le traitement du VIH ne fonctionnent pas, et d'autres sont endommagés. L'aide et le financement internationaux ont apporté un secours important, les principaux donateurs (le PEPFAR et le Fonds mondial) étant intervenus pour fournir des médicaments.

Le Fonds d'urgence de l'ONUSIDA a déboursé 250 000 dollars US pour préserver les principaux services liés au VIH dans quatre villes ukrainiennes durement touchées. L'ONUSIDA a également réaffecté des fonds pour aider certaines des personnes les plus vulnérables à évacuer ou à trouver un abri. Il reste cependant un besoin urgent de financer les groupes de la société civile en Ukraine et dans les pays voisins qui aident les personnes déplacées vivant avec le VIH et les populations clés.

La riposte d'urgence au VIH n'aurait pas été possible sans les fournisseurs de base sur le terrain. « La société civile et les organisations communautaires sont depuis longtemps au cœur de la riposte au VIH en Ukraine, et encore plus depuis le début de la guerre », a déclaré Raman Hailevich, Directeur de l'ONUSIDA en Ukraine. « Non seulement ils ont été en première ligne de la prestation de services liés au VIH, mais ils ont également contribué à l'aide humanitaire », a-t-il expliqué. « Les bureaux ont été transformés en centres humanitaires fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ».

Avant la guerre, l'Ukraine avait l'une des ripostes nationales au sida les plus marquantes de la région, avec une baisse de 47 % des nouvelles infections à VIH entre 2010 et 2021, des programmes efficaces de réduction des risques distribués dans tout le pays et des programmes naissants répondant aux besoins des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des transsexuels. Pour beaucoup, le partenariat décennal du gouvernement avec les services communautaires s'est avéré déterminant. Les réseaux, les partenariats et l'expertise qui ont été mis en place ont permis à la lutte contre le VIH de ne pas s'effondrer et de rester résiliente, même pendant cette crise. Mais la guerre a fait des ravages.



Projet mobile de recherche de cas de VIH en Ukraine, mai 2022.

« Le travail est dangereux et les volontaires mettent leur vie en danger », a déclaré Dmytro Sherembey, chef du conseil de coordination de 100% Life. Quatre mois après le début du conflit, il est accablé. « Si nous n'obtenons pas davantage d'aide, je ne suis pas sûr que nous puissions continuer longtemps, en particulier pour atteindre les personnes dans les zones de première ligne », a-t-il ajouté.

Il est urgent d'accroître le soutien international aux interventions humanitaires menées par la société civile.

RÉFÉRENCES

1. COVID-19 Scale of education loss 'nearly insurmountable', warns UNICEF. In: UNICEF.org [Internet]. 23 January 2022. New York: UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/press-releases/covid19-scale-education-loss-nearly-insurmountable-warns-unicef>).
2. World economic outlook: war sets back the global recovery. April 2022. Washington (DC): International Monetary Fund; 2022 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022>).
3. Mahler DG, Yonzan N, Hill R, Lakner C, Wu H, Yoshida N. Pandemic, prices, and poverty. In: World Bank Blogs [Internet]. 13 April 2022. Washington (DC): World Bank; c2022 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/pandemic-prices-and-poverty>).
4. Global economic prospects. June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://reliefweb.int/report/world/global-economic-prospects-june-2022>).
5. World investment report 2022. Geneva: UNCTAD; 2022 (<https://unctad.org/webflyer/world-investment-report-2022>).
6. United Nations Global Crisis Response Group. Global impact of the war in Ukraine on food, energy and finance systems: the world is facing a global cost of living crisis. World Business Council for Sustainable Development; June 2022 (<https://www.wbcsd.org/download/file/14437>).
7. Inkoutiyo J, Yonli C, Tekpa G, Vallès X. Problématique des perdus de vue durant la prise en charge du VIH/Sida: étude sur les cas de perdus de vue dans les sites PEC (adulte et enfant) et PTPE dans la République Centrafricaine; Phase II: étude quantitatif. Croix Rouge Française, Ministère de la Santé et la Population de la République Centrafricaine et le Fonds Mondial; 2022.
8. McVeigh K. 'Perfect storm' of crises is widening global inequality, says UN chief. In: The Guardian. 2 July 2022. Guardian News & Media Limited; c2022.
9. The shadow epidemic: violence against women during COVID-19. In: UN Women. org [Internet]. UN Women; c2022 (<https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>).
10. Martin V, Shah A, Mackay N, Lester J, Newbigging-Lister A, Connor N et al. HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report. London: UK Health Security Agency; 2021.
11. HIV in the United States and dependent areas. In: CDC.gov [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 August 2021] (<https://www.cdc.gov/hiv/statistics/overview/ataglance.html>).
12. Ward J, Gilles M, Russel D. HIV infection in Aboriginal and Torres Strait Islander people. In: HIV Management in Australasia [Internet]. Last reviewed 9 June 2021. ASHM; c2019 (<https://hivmanagement.ashm.org.au/hiv-infection-in-aboriginal-and-torres-strait-islander-people/>).
13. The epidemiology of HIV in Canada. Toronto: Canadian AIDS Treatment Information Exchange (CATIE); 2021 (<https://www.catie.ca/sites/default/files/2021-07/epi-hiv-02242021-en.pdf>).

PROGRÈS VERS LA RÉALISATION DES OBJECTIFS 2025



La nouvelle Déclaration politique sur le VIH et le sida : Mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030, adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) le 9 juin 2021, engage les chefs d'État et de gouvernement à adopter une nouvelle série d'objectifs ambitieux et réalisables pour 2025. Ces objectifs renforcent les objectifs basés sur des données probantes de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au sida, qui a été adoptée par le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA en mars 2021.

Les nouveaux objectifs fixés exigent davantage qu'un progrès global : ils exigent que 95 % des personnes exposées au VIH utilisent la prévention combinée, et que les nouveaux objectifs de dépistage et de traitement 95–95–95 soient atteints dans toutes les sous-populations, tous les groupes d'âge et tous les contextes géographiques, y compris les enfants vivant avec le VIH (figure 1.1). La réalisation de ces objectifs d'ici à la fin de 2025 permettra de réduire les inégalités liées au VIH, de diminuer considérablement les nouvelles infections et les décès liés au sida, et de mettre la lutte mondiale contre le VIH sur la voie de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.

Les dernières données fournies par les pays indiquent que des progrès importants ont été réalisés dans la réduction des décès liés au sida et que certains pays ont fait des progrès dans la suppression des lois et politiques punitives qui bloquent les ripostes efficaces au VIH. Toutefois, les progrès réalisés pour mettre fin à la pandémie de sida ralentissent au lieu de s'accélérer.

Les progrès réalisés pour mettre fin à la pandémie de sida ralentissent au lieu de s'accélérer.

Le monde n'est pas sur la bonne voie pour atteindre la majorité des objectifs fixés pour 2025. Les efforts de prévention des infections à VIH sont particulièrement mal engagés dans la majorité des pays en dehors de l'Afrique subsaharienne, les interventions de prévention combinée n'atteignant pas une échelle ou une intensité suffisante. La riposte au VIH continue de ne pas répondre aux besoins des populations clés et des plus vulnérables, et les progrès en matière de catalyseurs sociétaux restent insuffisants. La riposte au VIH doit de toute urgence redoubler d'efforts pour remédier aux inégalités et aux lacunes persistantes dans tous les contextes.

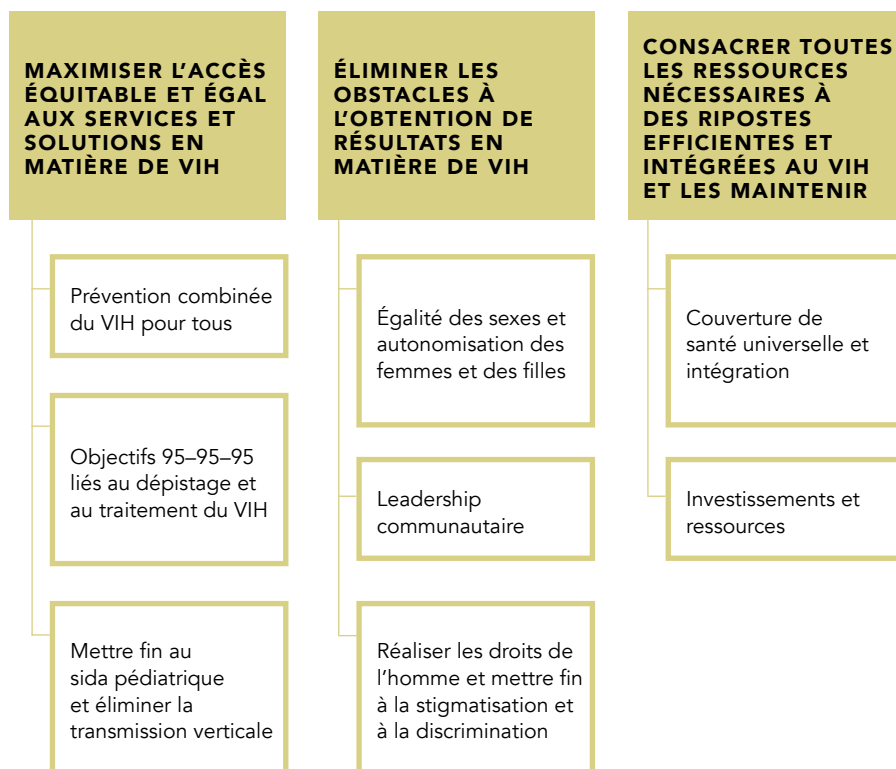
FIGURE 1.1 Principaux engagements et objectifs 2025 de la Déclaration politique sur le sida

Mettre fin à toutes les inégalités auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le virus, ainsi que les communautés, et aux inégalités au sein des pays et entre eux, qui constituent des obstacles à l'élimination du sida.

Reconnaître que les populations clés sont des groupes de personnes qui sont plus susceptibles d'être exposées au VIH ou qui vivent avec le VIH. Les populations clés exposées à un risque majoré d'infection au VIH comprennent les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, ainsi que les personnes incarcérées ou vivant dans d'autres lieux fermés.

Exprimer sa préoccupation quant au fait que, en Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes courent un risque élevé d'infection à VIH et que les causes liées au sida sont une cause majeure de décès chez les adolescentes et les femmes âgées de 15 à 49 ans.

**ENGAGEMENTS
ET OBJECTIFS
TRANSVERSAUX DANS
LE CADRE DE LA
DÉCLARATION POLITIQUE
DE 2021 SUR LE SIDA**



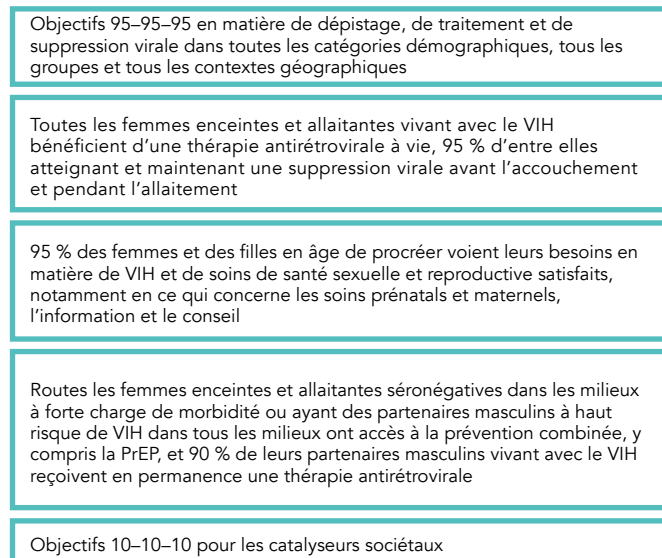
PRIORITÉS STRATÉGIQUES DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA, 2021-2026

DOMAINE D'INTERVENTION DES ENGAGEMENTS ET DES OBJECTIFS DE LA DÉCLARATION POLITIQUE SUR LE SIDA DE 2021

Source : Ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030: a summary of the commitments and targets within the United Nations General Assembly's 2021 Political Declaration on HIV and AIDS. Genève : ONUSIDA ; 2022.

PRÉVENTION COMBINÉE POUR TOUS

FIGURE 1.2 Décomposition des objectifs d'association de mesures de prévention



OBJECTIFS LIÉS À LA PRÉVENTION DANS D'AUTRES SECTIONS DE LA DÉCLARATION POLITIQUE SUR LE SIDA DE 2021

Les programmes de prévention combinée sont des programmes basés sur les droits, fondés sur des données probantes et pris en charge par les communautés, qui utilisent un mélange d'interventions biomédicales, comportementales et structurelles, classées par ordre de priorité pour répondre aux besoins actuels de prévention du VIH de certains individus et communautés, afin d'avoir le plus grand impact durable sur la réduction des nouvelles infections.

- OBJECTIFS DE LA DÉCLARATION POLITIQUE
- OBJECTIFS DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

RÉDUIRE LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH À MOINS DE 370 000 D'ICI 2025

Notamment les nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes pour qu'elles soient inférieures à 50 000

95 % des personnes exposées au risque d'infection à VIH, dans tous les groupes épidémiologiquement pertinents, toutes les tranches d'âge et tous les contextes géographiques, ont accès à des options de prévention combinée appropriées, hiérarchisées, centrées sur la personne et efficaces, et les utilisent Dont 95 % des personnes exposées au VIH dans les contextes humanitaires

PrEP disponible pour (10 millions) de personnes exposées à un risque important de VIH

PEP disponible pour toutes les personnes récemment exposées au VIH

90 % des garçons et des hommes adolescents dans 15 pays prioritaires ont subi une circoncision médicale volontaire

Utilisation systématique du préservatif/lubrifiant lors du dernier rapport sexuel par des personnes ne prenant pas de PrEP et ayant un partenaire non régulier dont le statut de charge virale du VIH n'est pas connu pour être indétectable (y compris les personnes connues pour être séronégatives).

- >95 % pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les transgenres et les personnes dans des couples sérodiscordants.
- >90 % d'utilisation de préservatifs/lubrifiants chez les professionnel(le)s du sexe et les détenus et autres personnes en milieu fermé (avec un client ou un partenaire non régulier).
- >95 % chez les personnes considérées comme étant à très haut risque d'infection (comportement rapporté à haut risque et/ou vivant dans une zone à forte incidence de VIH).
- >70 % parmi les personnes considérées comme présentant un risque modéré d'infection (comportement rapporté à faible risque ou vivant dans une région où l'incidence du VIH est modérément élevée).
- >50 % parmi les personnes considérées comme étant à faible risque d'infection (comportement rapporté à faible risque ou vivant dans une zone à faible incidence de VIH).

90 % des adolescents et des jeunes reçoivent une éducation sexuelle complète dans les écoles, conformément aux orientations techniques internationales des Nations Unies

80 % des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des professionnel(le)s du sexe et des personnes transgenres ont accès au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles

Accès régulier aux services appropriés du système de santé ou de la communauté

- >100 % pour les personnes vivant en milieu carcéral et autres milieux fermés.
- >90 % pour les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres.

90 % d'utilisation d'une aiguille et d'une seringue stériles lors de la dernière injection chez les personnes qui s'injectent des drogues, les détenus et les autres personnes en milieu fermé.

Couverture de 50 % des traitements de substitution aux opiacés chez les personnes dépendantes aux opiacés

OBJECTIFS DE PRÉVENTION PRIMAIRE DANS LA DÉCLARATION POLITIQUE SUR LE SIDA DE 2021 ET LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

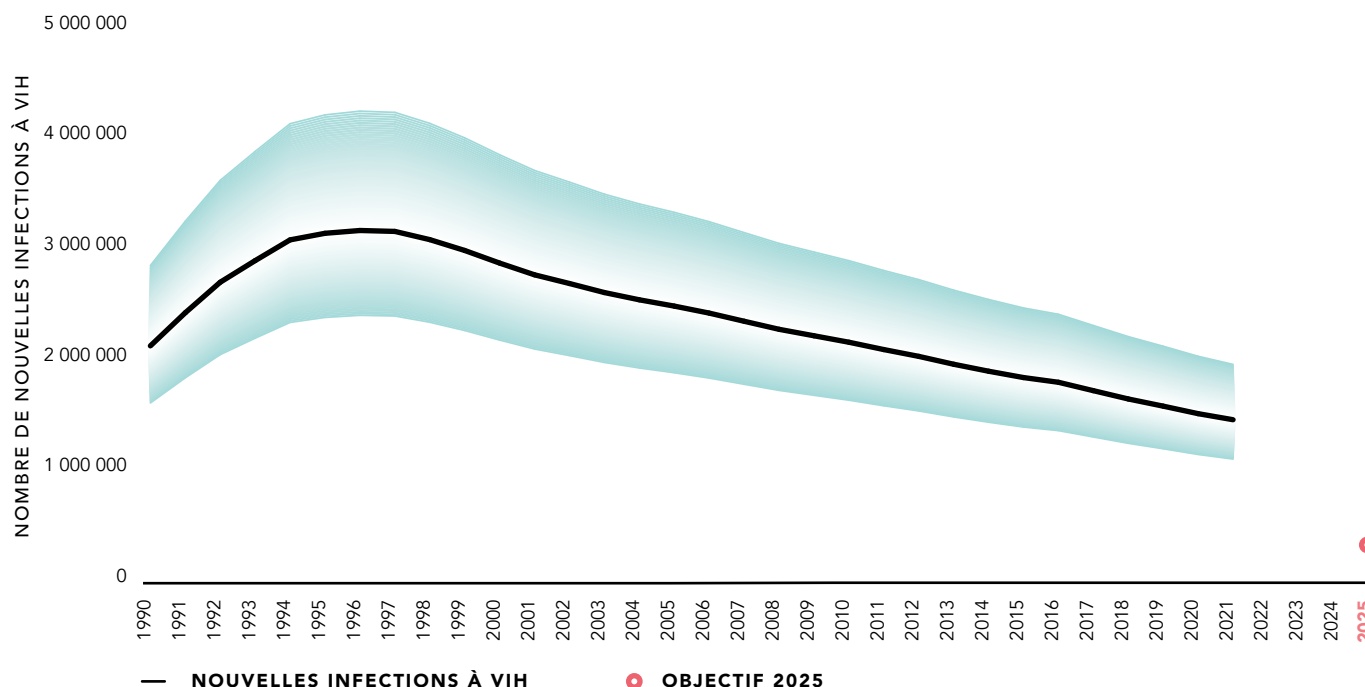
OBJECTIF 2025 :

RÉDUIRE LE NOMBRE DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH À MOINS DE 370 000.

En décembre 2021, la communauté internationale n'était pas en mesure d'atteindre les objectifs fixés pour 2025 en matière de prévention du VIH, avec 1,5 million [1,1 million-2,0 millions] de personnes infectées par le VIH en 2021 (figure 1.3). Chaque jour, 4000 personnes sont nouvellement infectées par le VIH ; chaque semaine, 7800 jeunes (âgés de 15 à 24 ans) sont infectés.

Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH dans le monde a diminué de 32 % depuis 2010, ce qui est loin de la baisse de 83 % nécessaire pour atteindre l'objectif de 370 000 nouvelles infections en 2025. Bien que les nouvelles infections à VIH aient continué à diminuer dans le monde pendant la pandémie de COVID-19, la réduction des nouvelles infections en 2021 a été la plus faible baisse annuelle depuis 2017. Sur la base des tendances actuelles, 1,2 million de personnes seront nouvellement infectées par le VIH en 2025, soit près de trois fois plus que l'objectif fixé pour 2025.

FIGURE 1.3 Nombre de nouvelles infections à VIH, au niveau mondial, 1990-2021, et objectif 2025



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

Bien que l'Afrique subsaharienne ait représenté 59 % des nouvelles infections à VIH en 2021, la diminution des nouvelles infections à VIH dans le reste du monde a ralenti ces dernières années. Cela signifie que la part des nouvelles infections mondiales à VIH dans les régions non africaines a augmenté. Les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 94 % des nouvelles infections à VIH dans les régions autres que l'Afrique subsaharienne en 2021 (voir la figure 0.04 de l'introduction).

Les succès en matière de prévention du VIH restent épars. Il faut tirer les leçons des contextes où des combinaisons solides de services de prévention du VIH permettent d'atteindre les populations les plus exposées et de réaliser des gains plus larges et plus équitables ; cela contribuera à inspirer des progrès plus rapides dans la réduction de l'incidence du VIH dans toutes les populations et tous les contextes géographiques.

OBJECTIF

2025 :

**RÉDUIRE LE NOMBRE DE
NOUVELLES INFECTIONS À VIH
CHEZ LES ADOLESCENTES ET
LES JEUNES FEMMES À MOINS
DE 50 000.**

En 2021, on estime que 250 000 [150 000-360 000] adolescentes et jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) ont été nouvellement infectées par le VIH, soit cinq fois plus que l'objectif fixé pour 2025. Cela se traduit par 4900 nouvelles infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes chaque semaine. Quatre-vingt-deux pour cent des adolescentes et des jeunes femmes nouvellement infectées par le VIH en 2021 vivent en Afrique subsaharienne, dont deux tiers en Afrique orientale et australe. Les vulnérabilités multiples, notamment les normes et pratiques sociales néfastes et les inégalités sociales, économiques et de genre (voir le chapitre sur les droits), entravent les progrès des adolescentes et des jeunes femmes et nécessitent des efforts ciblés pour intensifier les programmes de prévention.



Wansama Johnson, une jeune femme vivant avec le VIH, sensibilise un client, à droite, dans une clinique de soins et de traitement. Kigamboni, Dar es Salaam, République-Unie de Tanzanie, 1er octobre 2019.

OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE 95 % DES PERSONNES EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION À VIH, DANS TOUS LES GROUPES ÉPIDÉMIOLOGIQUEMENT PERTINENTS, TOUTES LES TRANCHES D'ÂGE ET TOUS LES CONTEXTES GÉOGRAPHIQUES, AIENT ACCÈS À DES OPTIONS DE PRÉVENTION COMBINÉE APPROPRIÉES, HIÉRARCHISÉES, CENTRÉES SUR LA PERSONNE ET EFFICACES, ET LES UTILISENT.

La couverture et l'utilisation de la prévention combinée du VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (mesurée par l'utilisation d'au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois) signalées ces dernières années étaient faibles dans toutes les régions, allant de 27 % en Asie et dans le Pacifique à 53 % en Afrique occidentale et centrale (Figure 1.4). La couverture de la prévention du VIH chez les personnes transgenres était également inférieure aux objectifs fixés pour 2025 dans toutes les régions, les rapports nationaux récents indiquant que les personnes transgenres ayant utilisé au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois variaient de 28 % (en Afrique orientale et australe) à 77 % (en Europe orientale et en Asie centrale).

La couverture des services de prévention spécifiques au VIH présente quelques points positifs. En 2021, 24 des 83 pays déclarants ont atteint l'objectif d'une couverture de 90 % de l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les professionnel(le)s du sexe. Dans huit pays, la couverture était supérieure à 95 %.¹ Dix-huit pays ont déclaré avoir atteint l'objectif de 90 % d'utilisation d'aiguilles et de seringues stériles lors de la dernière injection, et six ont dépassé la couverture de 95 %.² Néanmoins, des lacunes importantes persistent, et la réalisation complète des objectifs fixés pour 2025 nécessite un éventail complet de choix en matière de prévention.



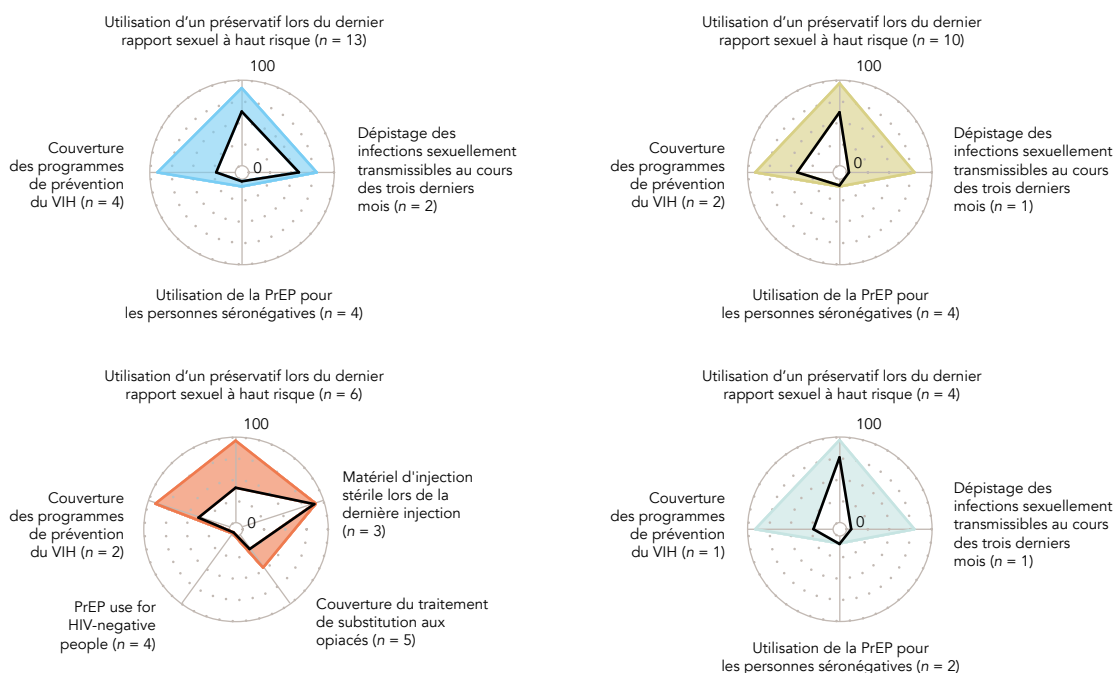
Un conseiller en toxicomanie consulte un consommateur de drogues au centre d'accueil Mith Samlanh, à Phnom Penh, au Cambodge, le 5 décembre 2019.

1 Ces pays sont la République bolivarienne du Venezuela, l'Érythrée, le Kazakhstan, le Mali, le Paraguay, la République de Moldavie, la Serbie et Singapour.

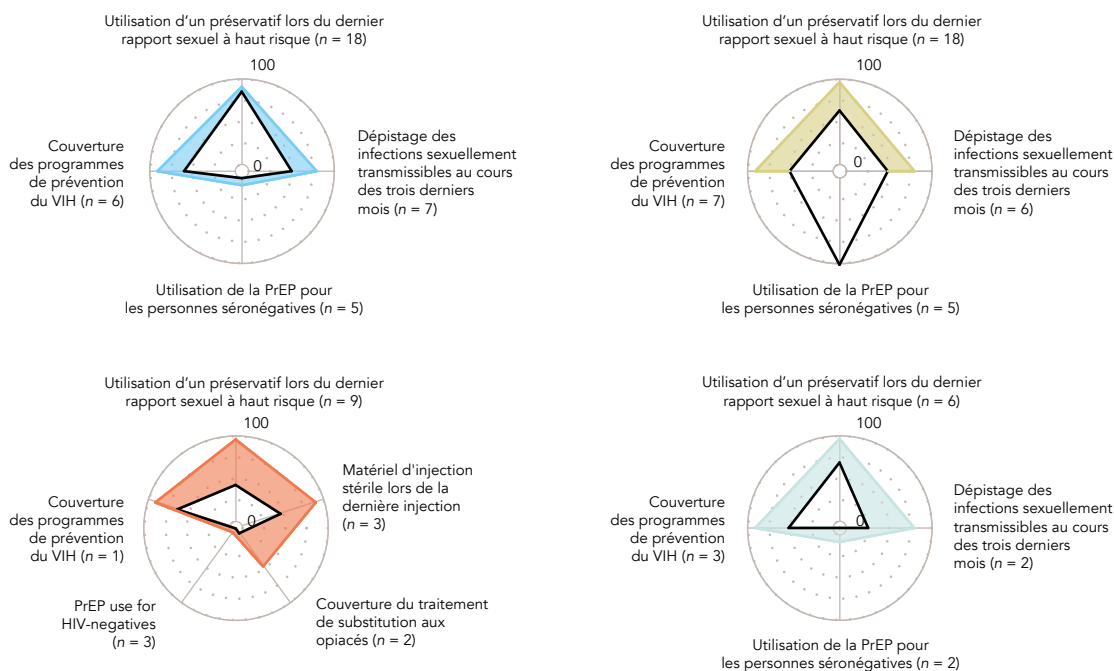
2 Ces pays sont l'Arménie, le Bangladesh, l'Estonie, l'Inde, le Népal et l'Ukraine.

FIGURE 1.04 Déficit pour atteindre les objectifs de prévention combinée chez les populations clés, par intervention et par région, 2017-2021

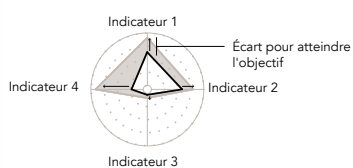
AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE



AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

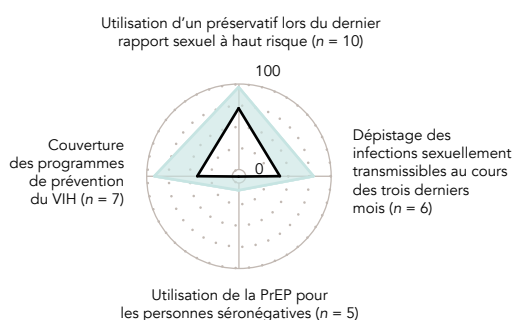
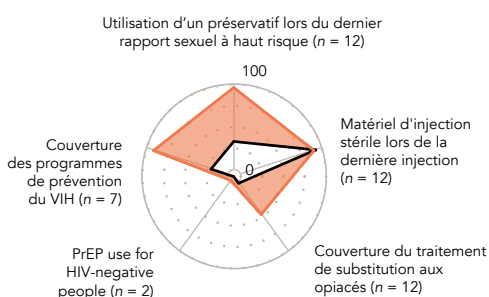
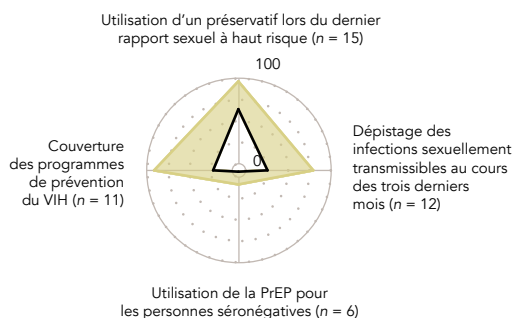
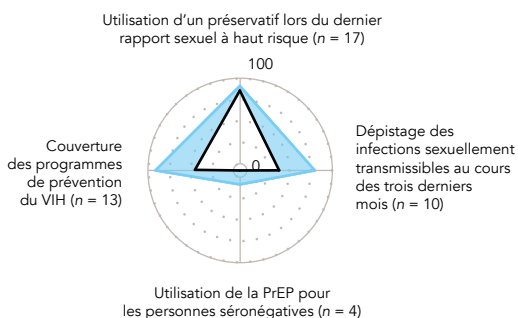


COMMENT LIRE

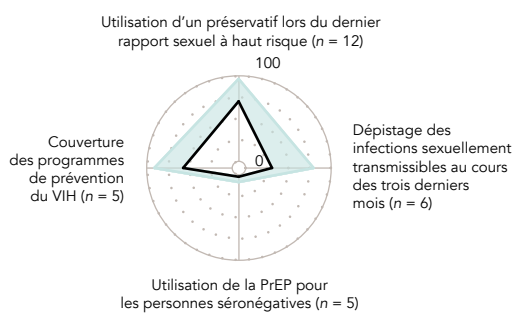
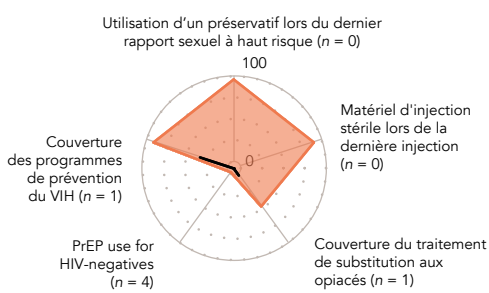
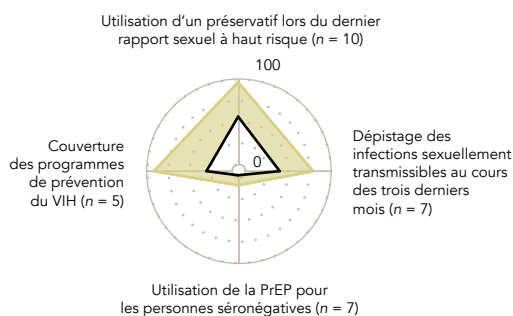
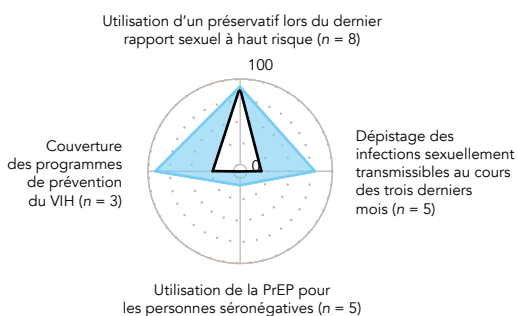


- **STATUT 2017-2021**
- **PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE** — **OBJECTIF 2025**
- **HOMMES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES** — **OBJECTIF 2025**
- **CONSUMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES** — **OBJECTIF 2025**
- **PERSONNES TRANSGENRES** — **OBJECTIF 2025**

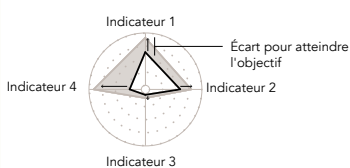
ASIE ET PACIFIQUE



AMÉRIQUE LATINE



COMMENT LIRE



— STATUT 2017-2021

PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

HOMMES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

CONSUMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

PERSONNES TRANSGENRES

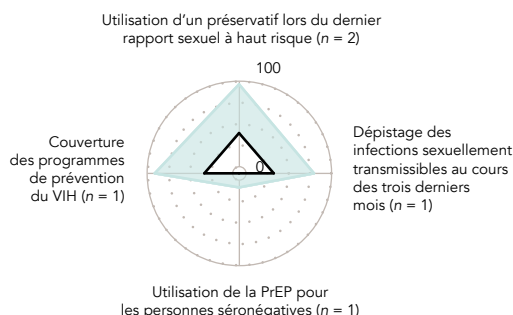
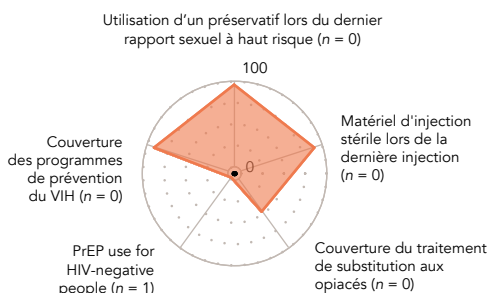
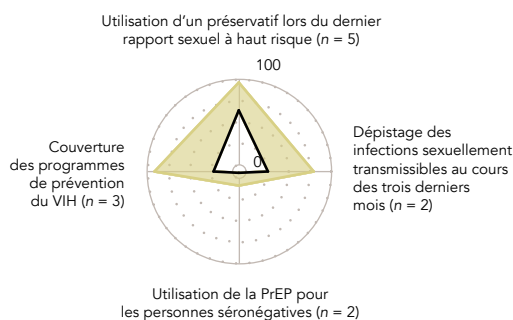
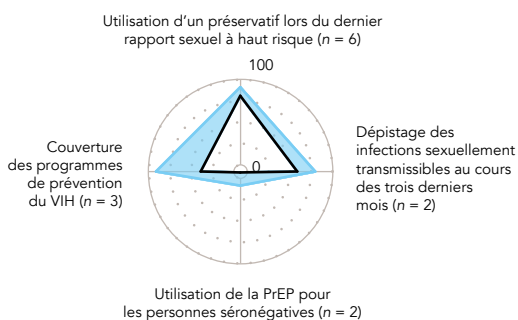
OBJECTIF 2025

OBJECTIF 2025

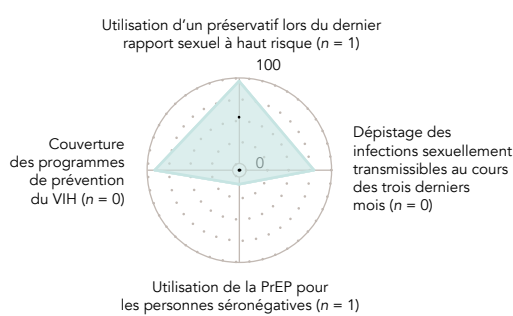
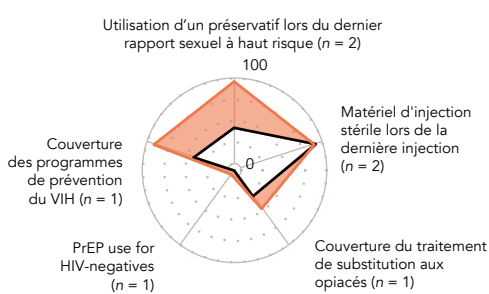
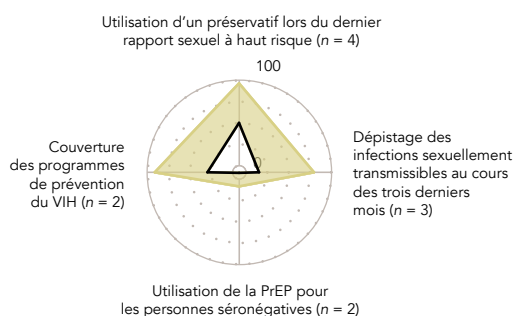
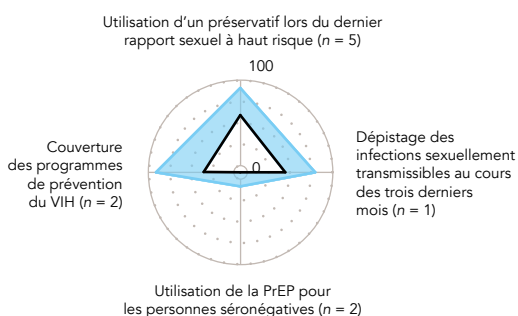
OBJECTIF 2025

OBJECTIF 2025

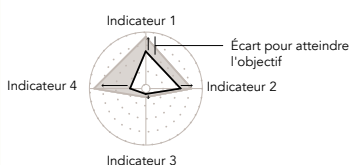
CARAÏBES



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD



COMMENT LIRE



— STATUT 2017-2021

■ PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

■ HOMMES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

■ CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

■ PERSONNES TRANSGENRES

— OBJECTIF 2025

— OBJECTIF 2025

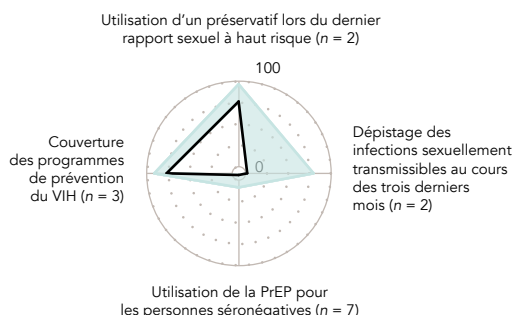
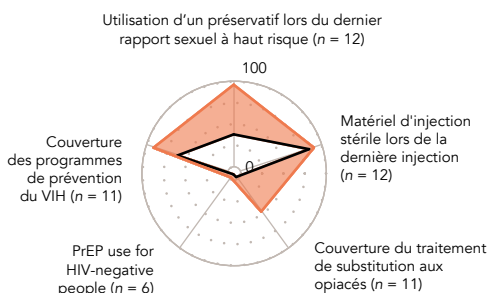
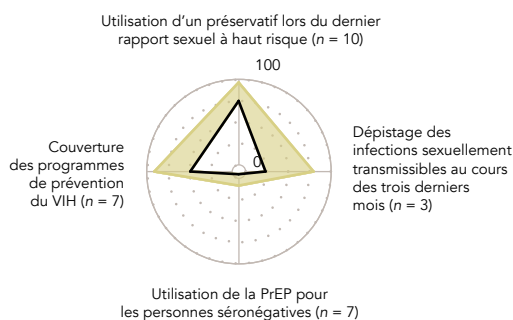
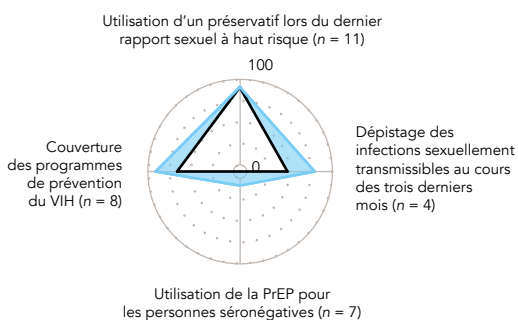
— OBJECTIF 2025

— OBJECTIF 2025

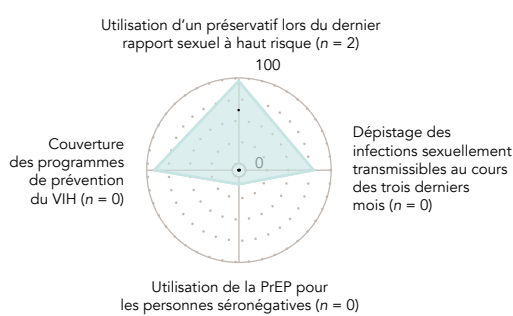
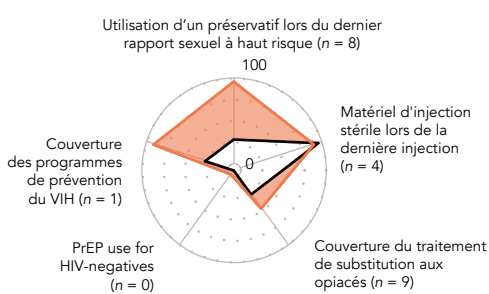
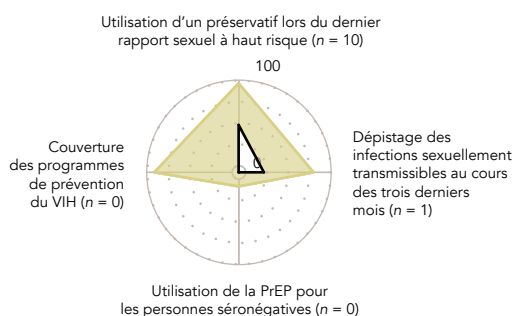
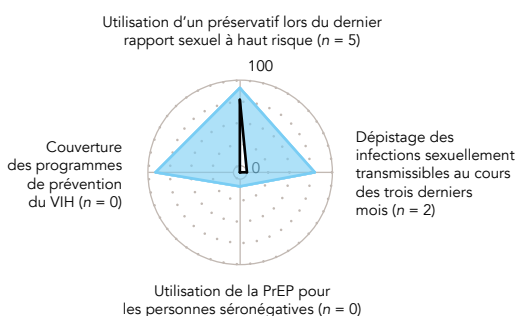
Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Remarque : "couverture des programmes de prévention du VIH" fait référence aux populations clés qui ont déclaré avoir reçu au moins deux services de prévention au cours des trois derniers mois. Les services de prévention possibles reçus comprenaient : des préservatifs et des lubrifiants, ainsi que des conseils sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés (toutes les populations clés) ; des tests de dépistage des infections sexuellement transmissibles (travailleurs du sexe, personnes transgenres et homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ; et du matériel d'injection stérile (personnes qui s'injectent des drogues).

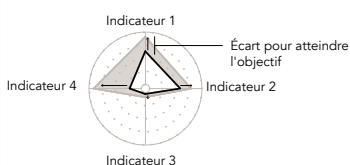
EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE



EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD



COMMENT LIRE



— STATUT 2017-2021

■ PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE

■ HOMMES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES

■ CONSOMMATEURS DE DROGUES INJECTABLES

■ PERSONNES TRANSGENRES

— OBJECTIF 2025

— OBJECTIF 2025

— OBJECTIF 2025

— OBJECTIF 2025

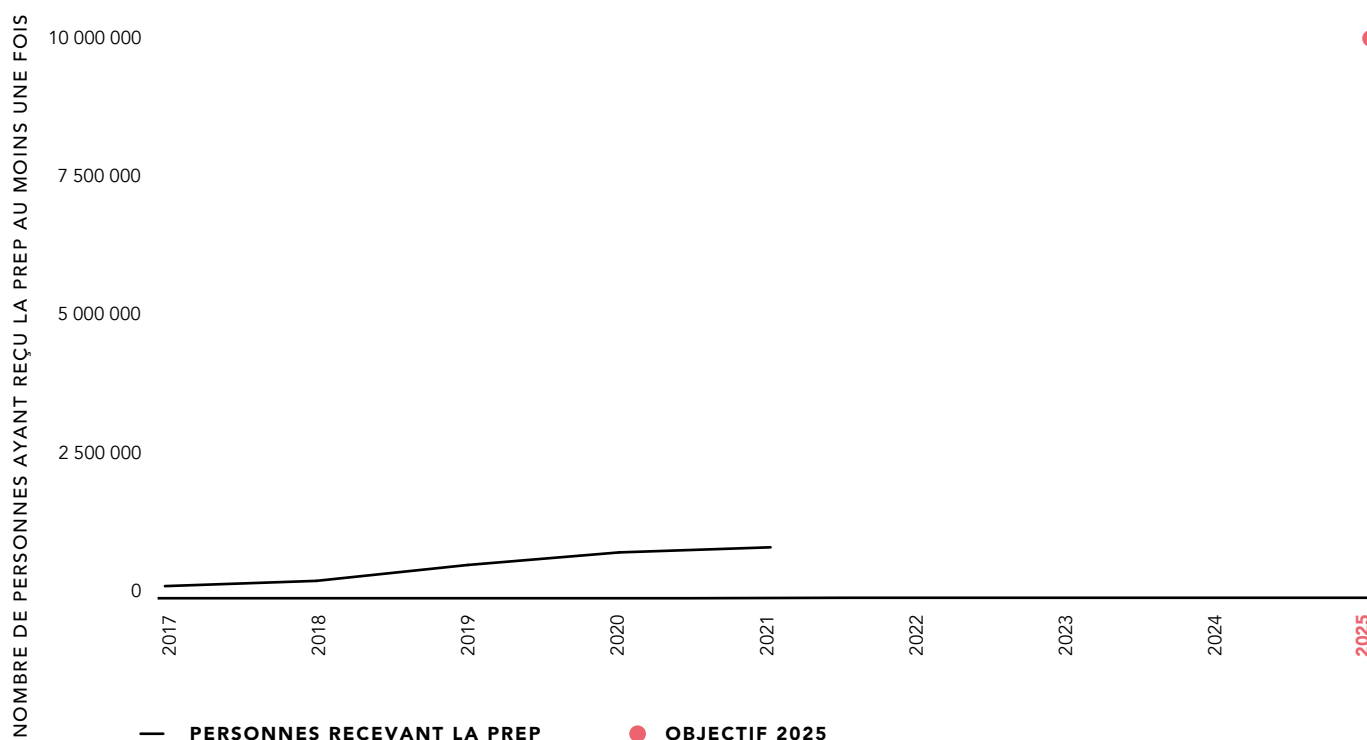
Remarque : L'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque chez les professionnel(le)s du sexe, les homosexuels ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres ne tient pas compte des personnes prenant la PrEP et peut donc être sous-estimée. Les données sur l'utilisation d'une aiguille stérile la dernière fois qu'une personne s'est injectée des drogues proviennent d'enquêtes, qui sont généralement menées dans des zones où des services sont disponibles et peuvent donc ne pas être représentatives au niveau national. Les objectifs de la PrEP ont été calculés sur la base du nombre de personnes qui bénéficieraient le plus de l'utilisation de la PrEP : celles qui sont les plus vulnérables à l'exposition au VIH au sein de chaque population clé. Les nombres rapportés d'utilisateurs de la PrEP incluent tous les utilisateurs, quelle que soit leur vulnérabilité.

OBJECTIF 2025 :

VEILLER À LA DISPONIBILITÉ DE LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP) POUR 10 MILLIONS DE PERSONNES EXPOSÉES À UN RISQUE IMPORTANT DE VIH ET DE LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PEP) POUR LES PERSONNES RÉCEMMENT EXPOSÉES AU VIH.

En 2021, plus de 1,6 million de personnes dans le monde recevaient une prophylaxie pré-exposition orale (PrEP). Le nombre de personnes ayant utilisé la PrEP au moins une fois au cours de l'année considérée a été multiplié par deux environ, passant de 820 000 en 2020 à 1,6 million en 2021. L'augmentation de l'utilisation de la PrEP en 2021 s'est produite malgré la pandémie de COVID-19, et elle confirme la tendance à la hausse de l'utilisation de la PrEP depuis 2016, même si elle reste bien en deçà de l'objectif de 10 millions de personnes en 2025 (figure 1.5).

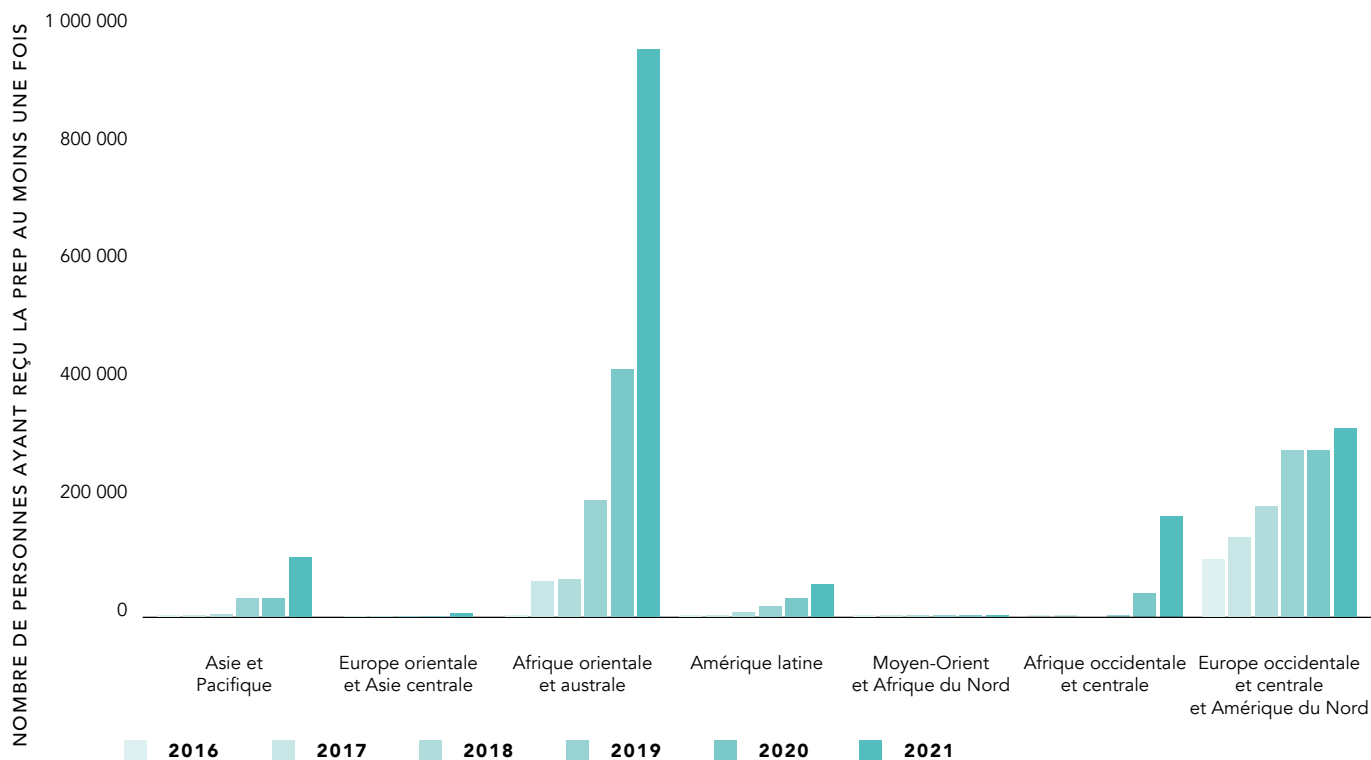
FIGURE 1.5 Nombre de personnes ayant reçu une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au moins une fois au cours de la période considérée, au niveau mondial, 2017-2021, et objectif 2025



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

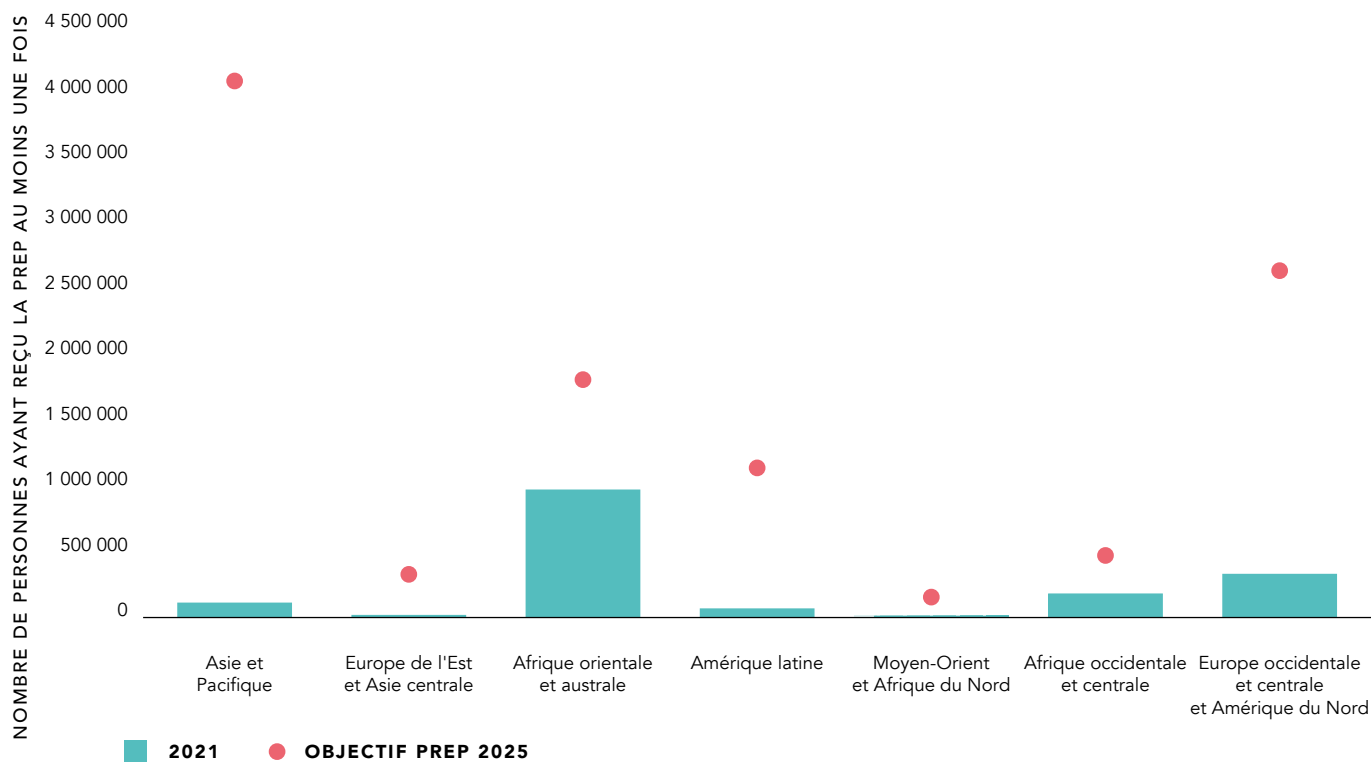
Jusqu'à récemment, l'utilisation de la PrEP se concentrait dans les pays à revenu élevé. Ces deux dernières années, cependant, nous avons assisté à une forte augmentation de l'utilisation de la PrEP en Afrique orientale et australe (figure 1.6). En 2021, le Kenya, l'Afrique du Sud et la Zambie ont été les moteurs de l'adoption rapide de la PrEP en Afrique orientale et australe, les progrès étant plus modestes dans les autres pays de la région. En revanche, d'autres régions de pays à revenu faible ou intermédiaire ont enregistré des progrès minimes dans l'élargissement de l'accès et de l'utilisation de la PrEP (figure 1.7).

FIGURE 1.6 Nombre de personnes ayant reçu une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au moins une fois au cours de la période considérée, par région, 2017-2021



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

FIGURE 1.7 Nombre de personnes ayant reçu une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au moins une fois au cours de la période considérée, par région, objectifs régionaux 2021 et 2025



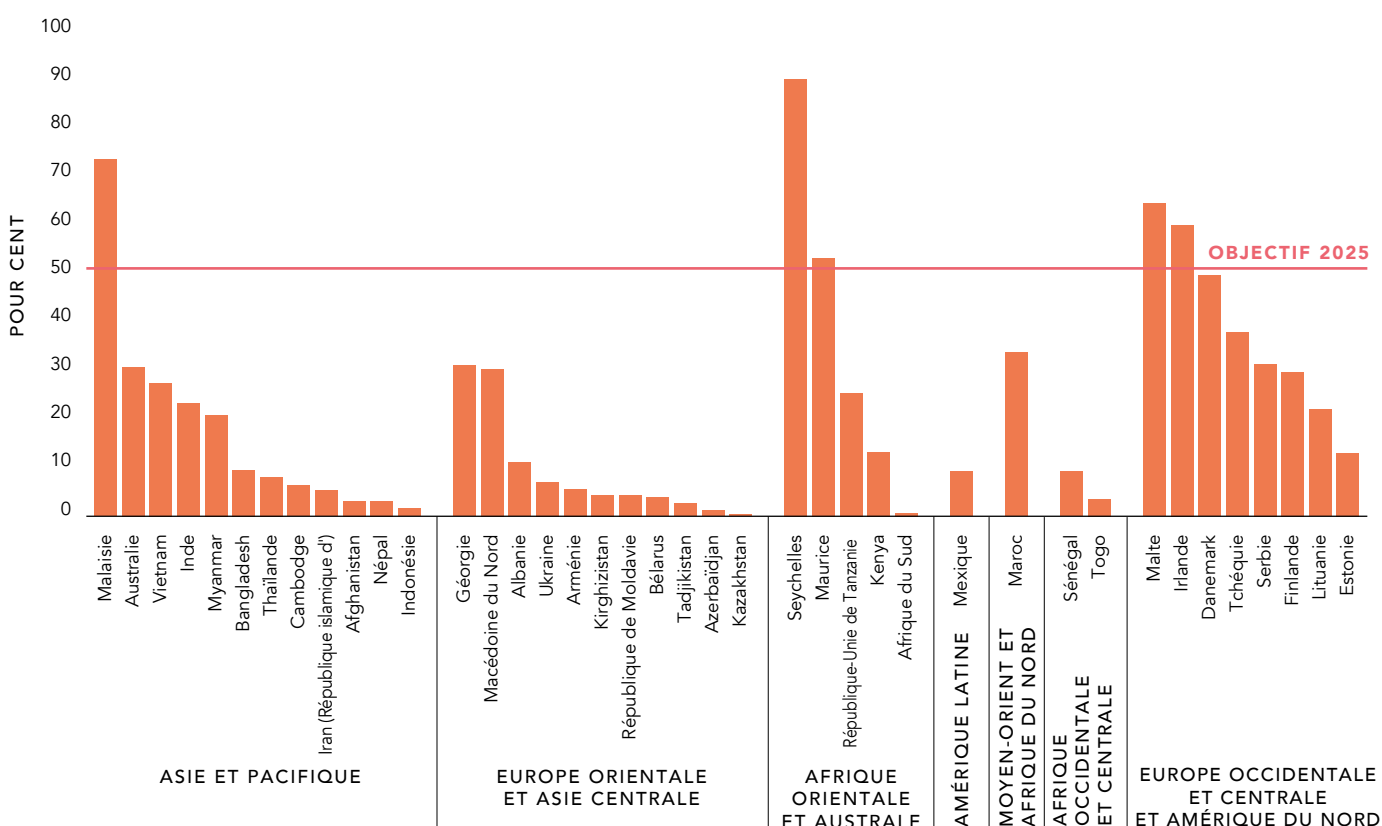
Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

OBJECTIF 2025 :

**COUVERTURE DE 50 % DES
TRAITEMENTS PAR AGONISTES
OPIOÏDES CHEZ LES
PERSONNES DÉPENDANTES
DES OPIOÏDES.**

L'utilisation d'un traitement par agoniste opioïde chez les personnes qui s'injectent des drogues n'atteint l'objectif de 50 % dans aucune région et, en médiane parmi les pays déclarants, était très inférieure à l'objectif en Asie et dans le Pacifique (9 %), en Afrique occidentale et centrale (7 %) et en Europe orientale et en Asie centrale (4 %). Sur 40 pays ayant rendu compte de cet indicateur en 2017-2021, seuls six (Danemark, Irlande, Malaisie, Malte, Maurice et Seychelles) ont fourni un traitement par agoniste opioïde à au moins 50 % des personnes dépendantes aux opioïdes (figure 1.8).

FIGURE 1.8 Couverture du traitement par agoniste opioïde chez les personnes qui s'injectent des drogues, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



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

OBJECTIF 2025 :

**90 % D'UTILISATION DE
MATÉRIEL D'INJECTION
STÉRILE LORS DE LA DERNIÈRE
INJECTION CHEZ LES
PERSONNES QUI S'INJECTENT
DES DROGUES, LES DÉTENUÉS
ET LES AUTRES PERSONNES
EN MILIEU FERMÉ.**

Depuis 2017, parmi les 54 pays ayant déclaré le nombre d'aiguilles et de seringues distribuées par personne s'injectant des drogues par an par les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, seuls six ont déclaré avoir atteint le nombre recommandé de 200 aiguilles et seringues distribuées par personne s'injectant des drogues. Au cours de la même période, seuls 18 des 40 pays ayant répondu ont atteint l'objectif de 90 % de couverture des pratiques d'injection sûres.

Pour atteindre les objectifs fixés pour 2025, il est nécessaire de faire preuve d'une volonté politique plus forte et de combler les lacunes en matière de financement pour l'introduction et l'extension de la thérapie par agonistes opioïdes et des programmes de distribution de seringues, notamment dans les régions où les épidémies touchent principalement les personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels.



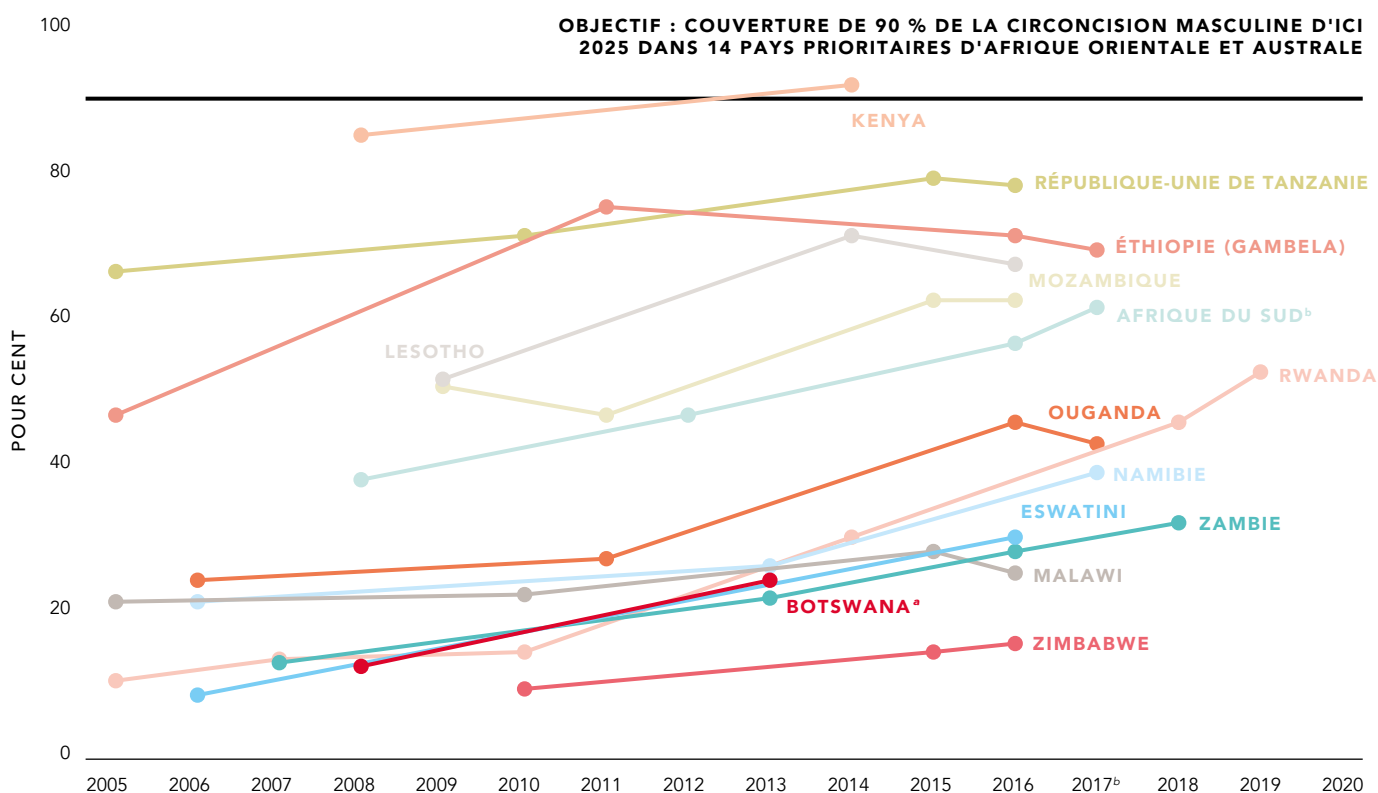
Azizi Lai, un chauffeur de taxi-moto vivant avec le VIH. Temeke, Dar es Salaam, République-Unie de Tanzanie, 13 novembre 2020.

OBJECTIF 2025 :

90 % DES GARÇONS ET DES HOMMES ADOLESCENTS DANS 15 PAYS PRIORITAIRES ONT ACCÈS À LA CIRCONCISION MASCULINE MÉDICALE VOLONTAIRE (CMMV) INTÉGRÉE À UN ENSEMBLE MINIMAL DE SERVICES.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida prévoit que 90 % des hommes et des garçons de 15 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe se soumettent à une circoncision médicale volontaire (CMMV) afin de réduire le risque de contracter le VIH. Les progrès vers l'objectif de 90 % (qui comprend à la fois la CMMV et la circoncision masculine traditionnelle) varient selon les pays prioritaires (Figure 1.9). Sur la base des données disponibles, le Kenya semble être le seul pays prioritaire à avoir atteint le seuil de 90 %, bien que d'autres pays (notamment l'Éthiopie et la République-Unie de Tanzanie) soient en passe d'atteindre l'objectif. Alors que l'adoption de la CMMV au Lesotho et en Afrique du Sud connaît une tendance rapide à la hausse, les progrès sont plus lents dans d'autres pays prioritaires (Eswatini, Ouganda, Zambie et Zimbabwe), dont les niveaux de couverture sont beaucoup plus faibles.

FIGURE 1.9 Prévalence de la circoncision masculine, 14 pays prioritaires, 2005-2020 et objectif 2025



^a Botswana AIDS Impact Surveys, hommes âgés de 10 à 64 ans.

^b Enquête HSRC 201.

Source : Enquête démographique et de santé (EDS) et évaluations de l'impact sur la santé de la population (PHIA) les plus récentes.

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

Entre 2008 et la fin de l'année 2021, 32 millions d'hommes et de garçons ont subi une CMMV dans les 15 pays prioritaires. En 2020 et 2021, entre 2,5 et 3 millions d'hommes et de garçons ont été circoncis volontairement chaque année, mais pour atteindre l'objectif de 2025 en matière de CMMV, il faut globalement 12 millions de procédures supplémentaires en 2022-2025. L'incapacité des programmes CMMV à rebondir de manière plus robuste en 2021 après la forte baisse enregistrée pendant les confinements dus à la COVID-19 est préoccupante, et comme l'utilisation des services jusqu'à présent a touché de manière disproportionnée les garçons adolescents, la réalisation de l'objectif CMMV exigera un plus grand succès pour atteindre les hommes plus âgés.

OBJECTIF 2025 :

RÉDUIRE LE NOMBRE DE DÉCÈS ANNUELS LIÉS AU SIDA À MOINS DE 250 000.

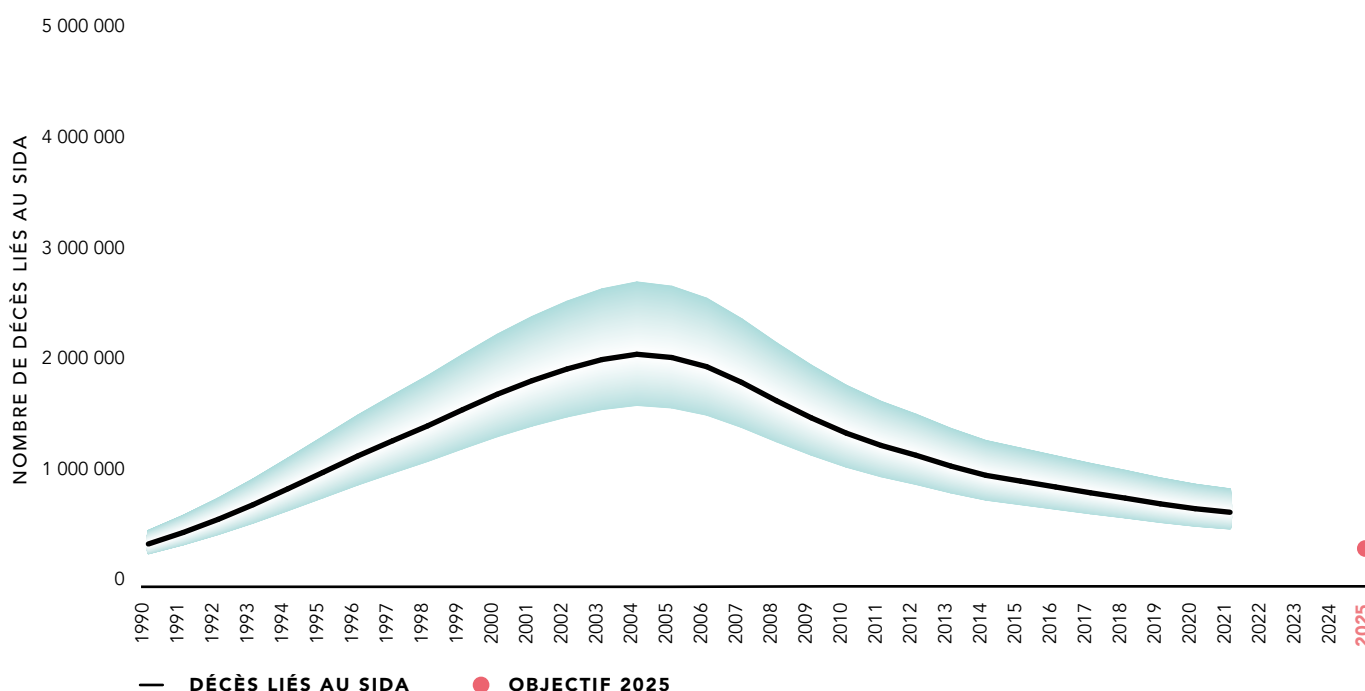
95-95-95 POUR LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DU VIH

La réduction des décès liés au sida grâce à l'expansion agressive du dépistage du VIH et de la thérapie antirétrovirale a été l'une des plus grandes réussites de l'ère de l'accélération de la riposte mondiale au VIH. En 2021, cependant, 650 000 [510 000-860 000] personnes sont mortes de causes liées au sida. Les enfants (âgés de 0 à 14 ans) continuent également de subir une part disproportionnée des décès liés au sida : en 2021, les enfants représentaient 4 % des personnes vivant avec le VIH mais 15 % des décès liés au sida.

Si la tendance actuelle se poursuit, 460 000 personnes devraient mourir de causes liées au sida en 2025. C'est 83 % de plus que l'objectif fixé pour 2025, à savoir moins de 250 000 décès (figure 1.10). Si la communauté internationale veut atteindre l'objectif de 2025, il faut accélérer le rythme du dépistage et du traitement du VIH, en atteignant effectivement ceux qui sont encore à la traîne grâce à un accès élargi au traitement, en veillant à ce que toute personne séropositive soit rapidement reliée à des soins, et en augmentant la rétention dans les soins et les taux de suppression virale.

La tuberculose et la méningite cryptococcique sont les principales causes de morbidité et de mortalité dans les cas de séropositivité avancée : la méningite cryptococcique représentait 15 % de tous les décès liés au sida dans le monde en 2014 (1). Il reste essentiel de veiller à ce que les personnes exposées au risque de VIH soient reliées à des services intégrés centrés sur les personnes et adaptés au contexte, notamment pour les diagnostics, les traitements et la mise en œuvre du dépistage préventif. Comme le soulignent les nouvelles directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), un diagnostic plus précoce et un meilleur traitement de la cryptococcose et de ses complications sont essentiels pour réduire l'incidence et la forte mortalité associée de la méningite cryptococcique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (2).

FIGURE 1.10 Nombre de décès liés au sida, dans le monde, 1990-2021, et objectif 2025



OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE 34 MILLIONS DE PERSONNES BÉNÉFICIENT D'UN TRAITEMENT CONTRE LE VIH D'ICI À 2025.

OBJECTIF 2025 :

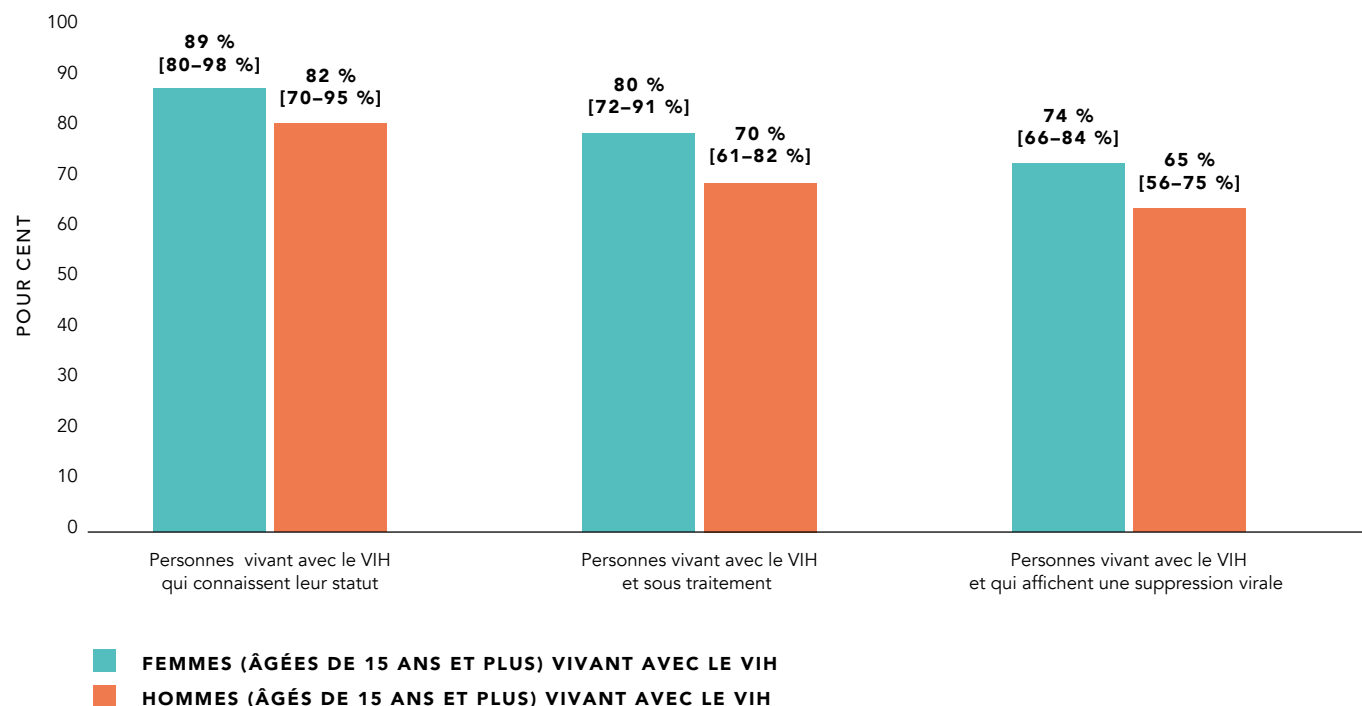
ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE 95-95-95 EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE, DE TRAITEMENT ET DE SUPPRESSION VIRALE DANS TOUS LES GROUPES DÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTES GÉOGRAPHIQUES, Y COMPRIS LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS VIVANT AVEC LE VIH.

En 2021, 28,7 millions de personnes vivant avec le VIH (soit 75 % [66-85 %] du total mondial) recevront une thérapie antirétrovirale. Il s'agit d'une augmentation de seulement 1,5 million de personnes par rapport à 2020, et c'est la plus faible augmentation du nombre absolu de personnes sous traitement depuis 2009. Pour atteindre l'objectif mondial de 34 millions de personnes sous traitement d'ici 2025, le nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale doit augmenter d'au moins 1,3 million chaque année.

Des progrès continus ont été réalisés en 2021 sur les objectifs 95-95-95. En 2021, 85 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde connaissaient leur statut sérologique, 75 % des personnes vivant avec le VIH recevaient une thérapie antirétrovirale (soit 88 % des personnes qui connaissaient leur statut sérologique) et 68 % des personnes vivant avec le VIH parvenaient à une suppression virale du VIH (soit 92 % des personnes sous traitement).

Les progrès vers les objectifs 95-95-95 sont apparents dans toutes les régions, avec des gains particulièrement remarquables dans l'intensification du traitement du VIH en Afrique occidentale et centrale (voir les profils régionaux). Dans la plupart des régions, les plus grandes lacunes dans la cascade de services se situent dans les deux premiers 95 : la connaissance du statut VIH et le fait d'être sous traitement.

FIGURE 1.11 Dépistage et traitement en cascade du VIH, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), dans le monde, 2021



80 %

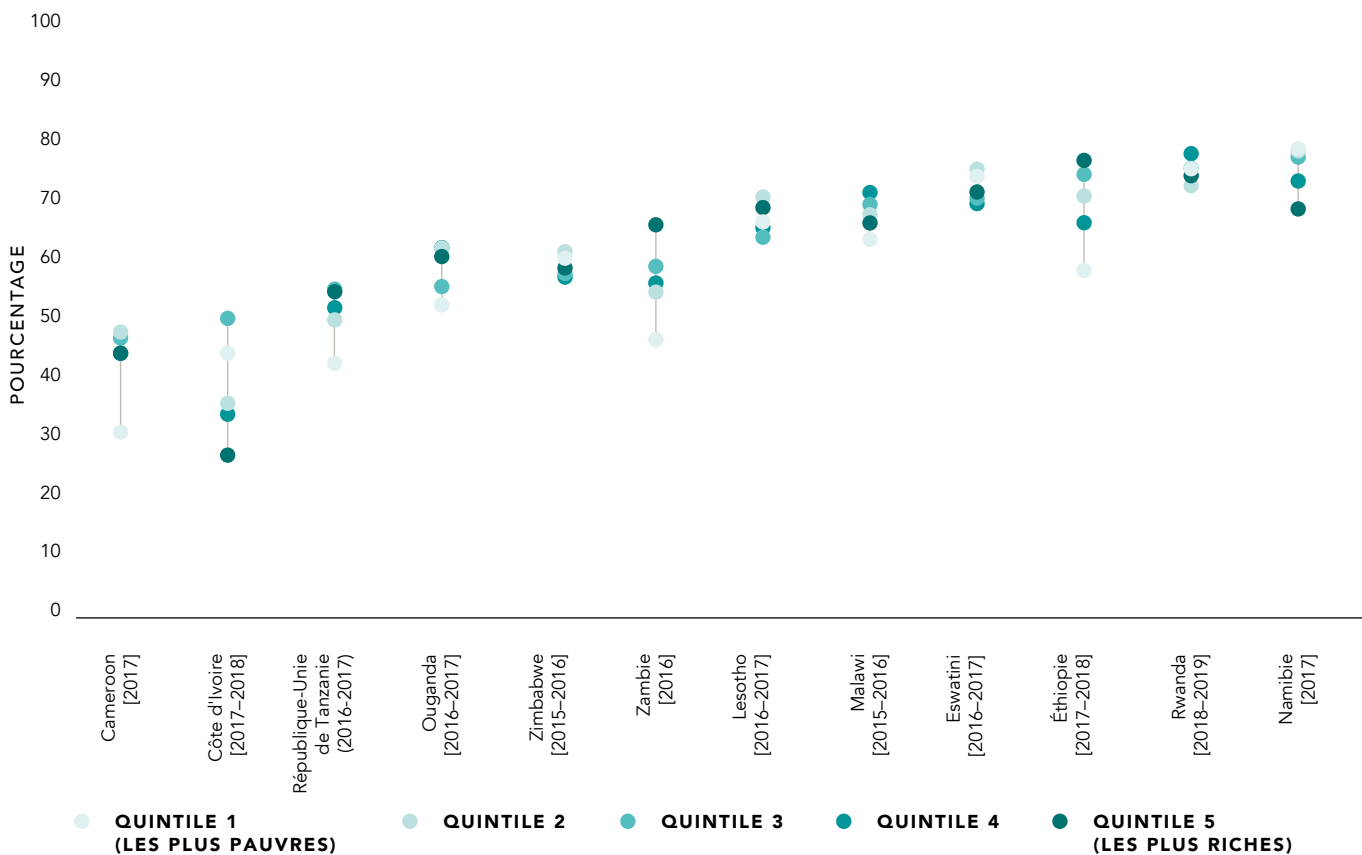
DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH ONT REÇU UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE EN 2021

Si des avancées vers les objectifs 95–95–95 ont eu lieu dans toutes les régions, les progrès sont plus lents dans les régions où les nouvelles infections à VIH sont en hausse. En Europe orientale et en Asie centrale, l’une des régions où les nouvelles infections à VIH sont en augmentation, seulement 51 % des personnes vivant avec le VIH recevaient un traitement contre le VIH en 2021 et 48 % (94 % des personnes sous traitement) étaient sous suppression virale. Bien que la connaissance du statut sérologique des personnes vivant avec le VIH ait notablement augmenté au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, la région est à la traîne en matière de traitement du VIH. En 2021, 50 % des personnes vivant avec le VIH recevront une thérapie antirétrovirale et 44 % (89 % des personnes sous traitement) obtiendront une suppression virale. L’Amérique latine et les Caraïbes se situent également en dessous de la moyenne mondiale pour la couverture du traitement du VIH et la suppression virale.

Des disparités substantielles dans l’accès à la thérapie antirétrovirale persistent. À l’échelle mondiale, les hommes vivant avec le VIH sont moins susceptibles de recevoir une thérapie antirétrovirale que les femmes vivant avec le VIH : alors que 80 % des femmes vivant avec le VIH ont reçu une thérapie antirétrovirale en 2021, seuls 70 % des hommes vivant avec le VIH ont eu accès au traitement (figure 1.11). De même, les taux de suppression virale sont nettement plus élevés chez les femmes vivant avec le VIH dans le monde (74 %) que chez les hommes vivant avec le VIH (65 %).

Les disparités sont également évidentes lorsqu’on analyse la suppression de la charge virale au niveau de la population par quintile de richesse (Figure 1.12). Les inégalités liées à la richesse sont particulièrement évidentes au Cameroun, en Côte d’Ivoire, en Éthiopie, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie. Les données suggèrent que les inégalités reflètent les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé qui ont un impact sur le dépistage, le lien avec les soins et l’adhésion au traitement chez les personnes vivant avec le VIH.

FIGURE 1.12 Suppression de la charge virale, par quintile de richesse, dans une sélection de pays, 2015-2019



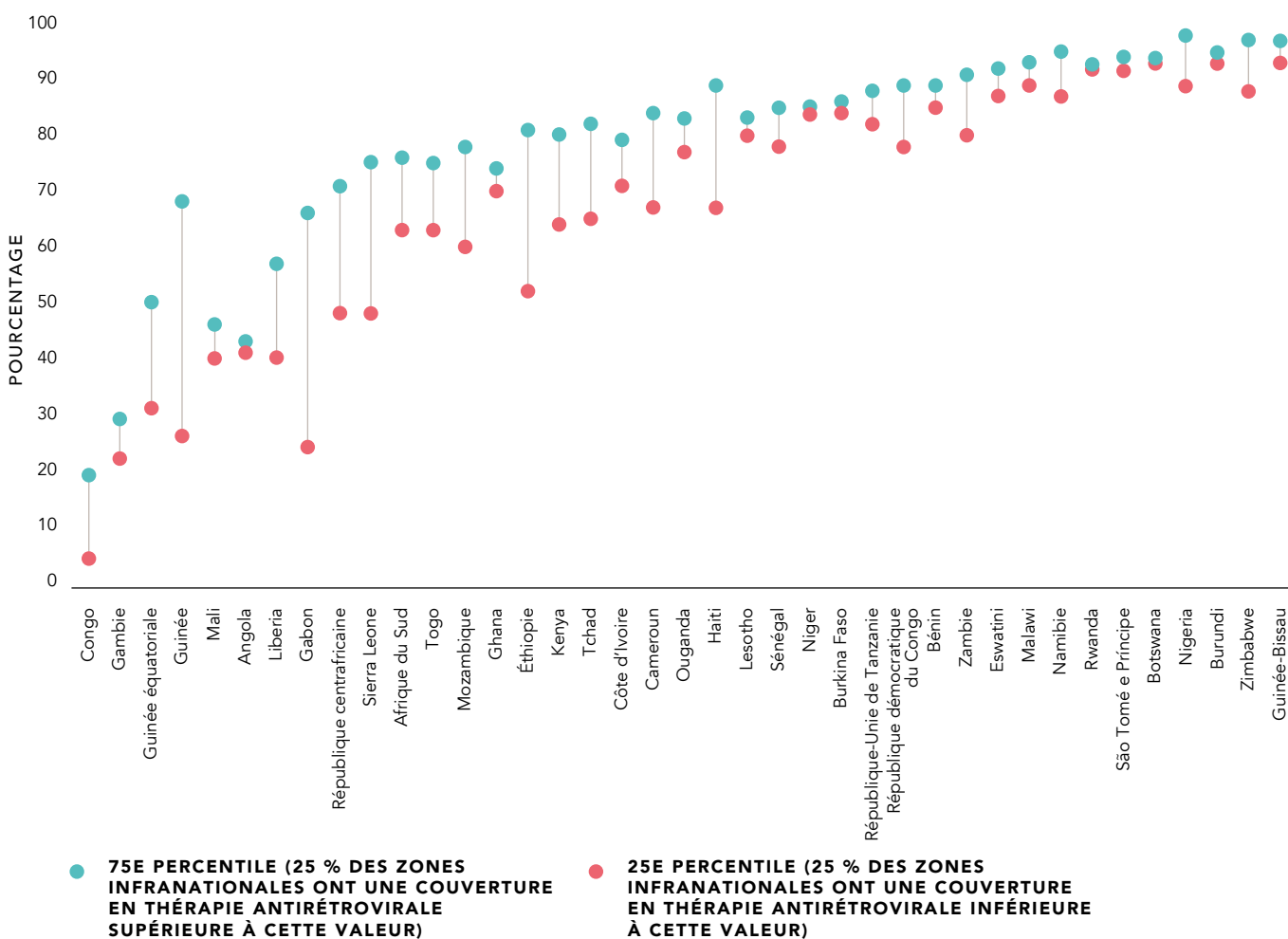
Source: Population-Based HIV Impact Assessment (PHIA) surveys, 2015–2019; PHIA Project [database]. New York (NY): ICAP; c2022 (<https://phia-data.icap.columbia.edu/>).

Remarque : les données pour le quintile 5 en Côte d’Ivoire sont basées sur 32 individus.

Il existe souvent des écarts importants dans l'accès au traitement du VIH entre les districts d'un même pays. Ceci est illustré par la figure 1.13, qui montre les différences de couverture du traitement du VIH entre les districts ayant la couverture la plus élevée et ceux ayant la plus faible. De grandes disparités dans la couverture du traitement entre les districts (une différence de $\geq 15\%$) sont particulièrement apparentes dans plusieurs pays, dont : Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Guinée équatoriale, Éthiopie, Gabon, Guinée, Haïti, Kenya, Liberia et Sierra Leone. Les disparités marquées dans la couverture du traitement entre les districts soulignent l'importance d'une planification ciblée, fondée sur des données, au niveau infranational, afin d'éliminer les obstacles locaux et d'accélérer l'extension des services, en particulier dans les endroits qui sont à la traîne.

Il existe souvent des écarts importants dans l'accès au traitement du VIH entre les districts d'un même pays.

FIGURE 1.13 Inégalités dans la couverture infranationale de la thérapie antirétrovirale, dans certains pays à forte prévalence du VIH, 2021

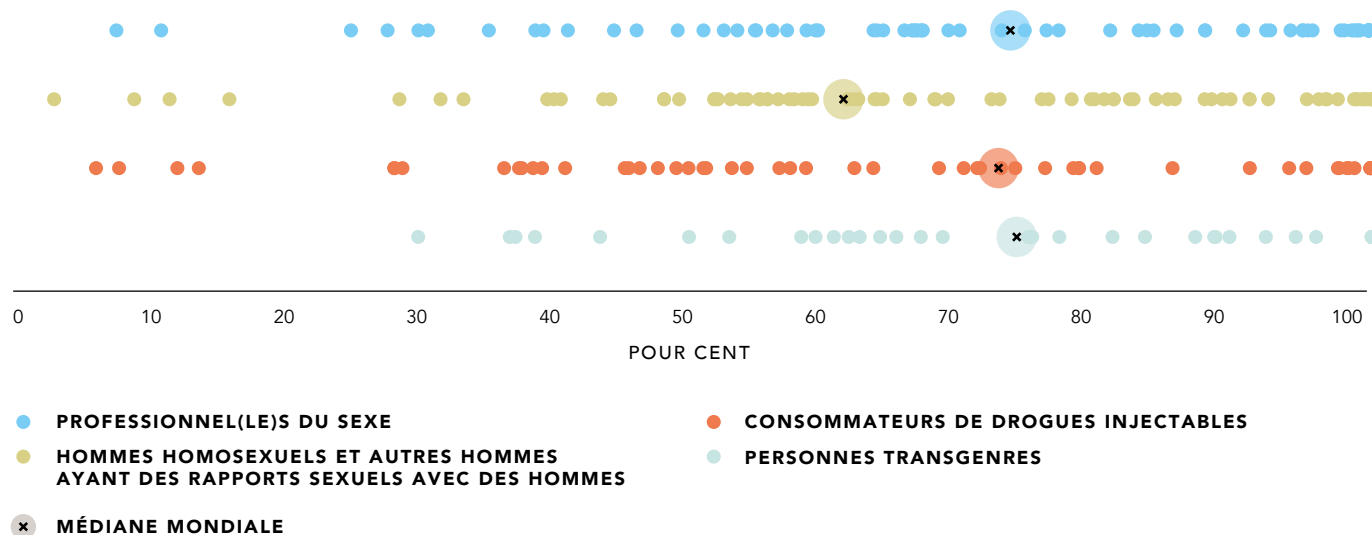


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Le pourcentage de populations clés qui ont récemment subi un test de dépistage du VIH et qui ont été informées de leur statut est encore faible. Des données récentes indiquent que, en médiane, environ trois professionnels du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et transsexuels sur quatre dans le monde avaient soit fait un test de dépistage du VIH et reçu les résultats au cours des 12 derniers mois, soit avaient déjà été testés positifs au VIH (Figure 1.14). Cela signifie qu'environ un membre de la population clé sur quatre ne connaît pas son statut VIH.

Le pourcentage de populations clés qui ont récemment subi un test de dépistage du VIH et qui ont été informées de leur statut est encore faible.

FIGURE 1.14 Moyenne du dépistage du VIH et sensibilisation au statut sérologique des populations clés, au niveau mondial, 2017-2021



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

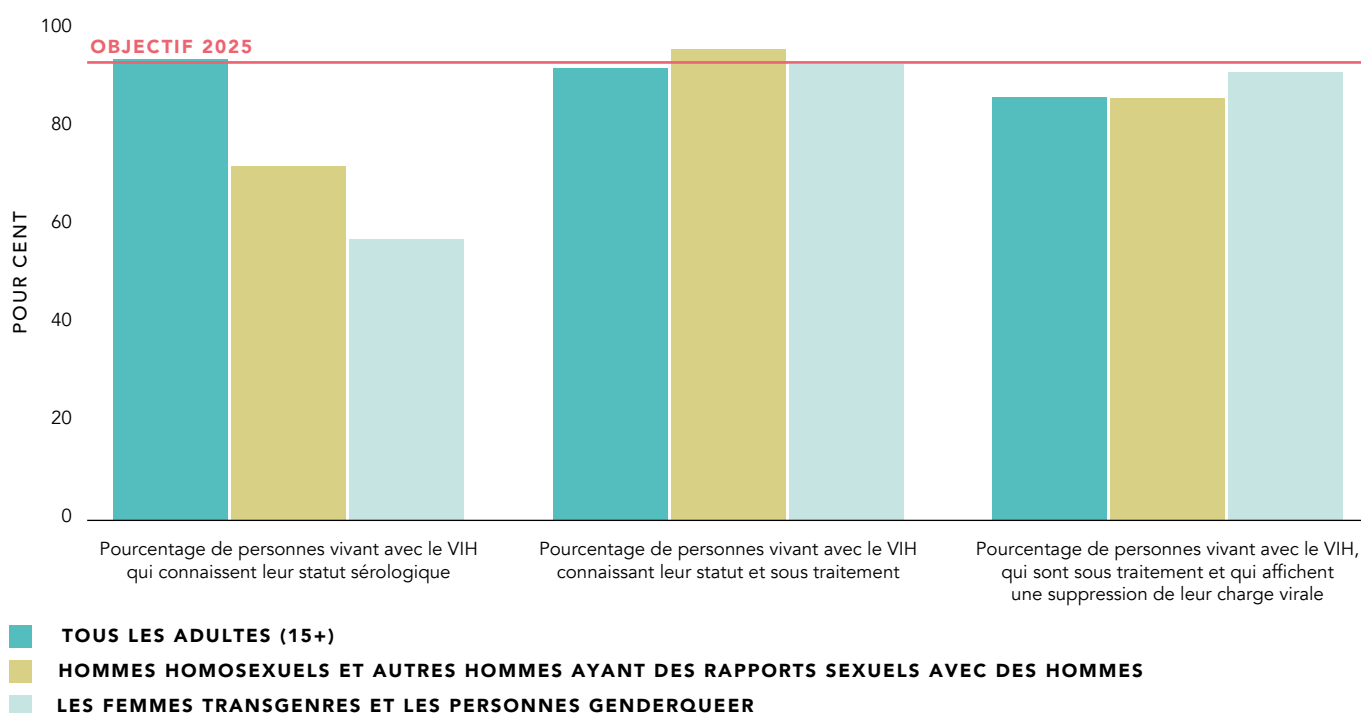
Remarque : Les données incluent les membres des populations clés qui ont été testés au cours des 12 derniers mois et qui savent que leurs résultats sont négatifs, et les membres des populations clés qui ont déjà été testés et qui savent qu'ils vivent avec le VIH.

Ces lacunes en matière de dépistage ont un effet négatif en cascade, réduisant le nombre de membres de la population clé qui commencent un traitement contre le VIH et parviennent à une suppression virale. Les données du Zimbabwe soulignent ce défi, bien qu'elles mettent également en évidence le potentiel des initiatives de dépistage intensifiées et axées sur la communauté pour réduire ces disparités en aval (Figure 1.15). Alors que les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transsexuelles et les personnes genderqueer vivant avec le VIH au Zimbabwe étaient moins susceptibles en 2019 de connaître leur statut que les personnes vivant avec le VIH en général, les membres de la population clé vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut ont atteint des niveaux similaires de suppression virale lorsqu'ils ont été reliés à un traitement et soutenus pour rester engagés dans les soins.

Les lacunes dans la couverture du traitement sont également notables pour les personnes vivant avec le VIH dans les prisons. Parmi les 41 pays qui ont fait état de la couverture de la thérapie antirétrovirale chez les détenus au cours des dernières années, seuls 14 ont fait état d'une couverture supérieure à 95 %, et sept pays d'une couverture inférieure à 35 %.

En 2019, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les femmes transgenres et les personnes genderqueer vivant avec le VIH au Zimbabwe étaient moins susceptibles de connaître leur statut que les personnes vivant avec le VIH en général.

FIGURE 1.15 Inégalités dans la progression vers les objectifs 95–95–95, par population, Zimbabwe, 2019

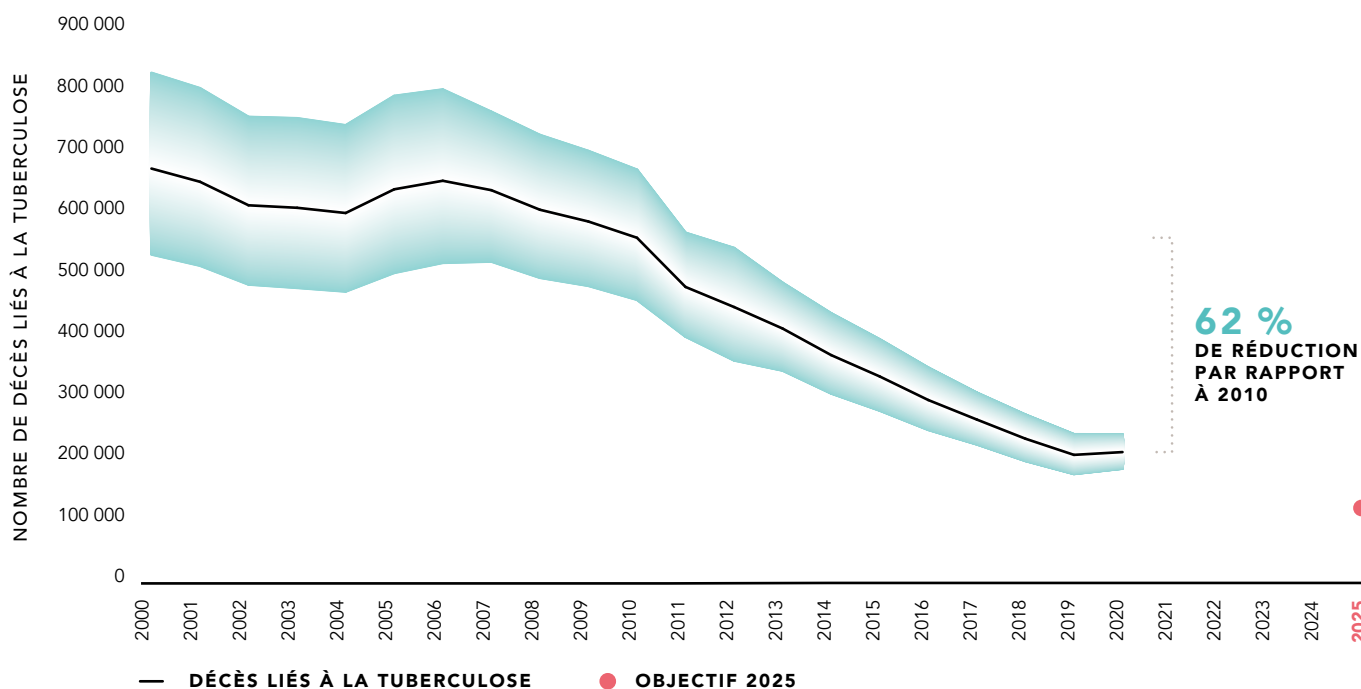


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Harris TG, Wu Y, Parmley LE, Musuka G, Mapingure MP, Chingombe I et al. HIV care cascade and associated factors among men who have sex with men, transgender women, and genderqueer individuals in Zimbabwe: findings from a biobehavioural survey using respondent-driven sampling. The Lancet HIV. Publié en ligne le 9 février 2022, s2352-3018.

On estime à 214 000 [187 000-242 000] le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en 2020. Cela correspond à une baisse de 62 % par rapport à 2010, ce qui n'est pas suffisant pour atteindre la réduction de 80 % visée pour 2025, mais qui rend cet objectif potentiellement réalisable (figure 1.16). Parmi les 30 pays à forte charge de morbidité liée à la tuberculose et au VIH, les plus fortes baisses du nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH ont été enregistrées en Éthiopie (baisse de 84 %), en Inde (baisse de 81 %), au Malawi (baisse de 77 %), en Afrique du Sud (baisse de 77 %), en République-Unie de Tanzanie (baisse de 75 %), en Thaïlande (baisse de 74 %), en Eswatini (baisse de 72 %) et au Kenya (baisse de 72 %).

On estime à 214 000 le nombre de décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH en 2020.

FIGURE 1.16 Nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, au niveau mondial, objectif 2004-2020 et 2025



Source : Rapport mondial sur la tuberculose. Genève : OMS ; 2021.

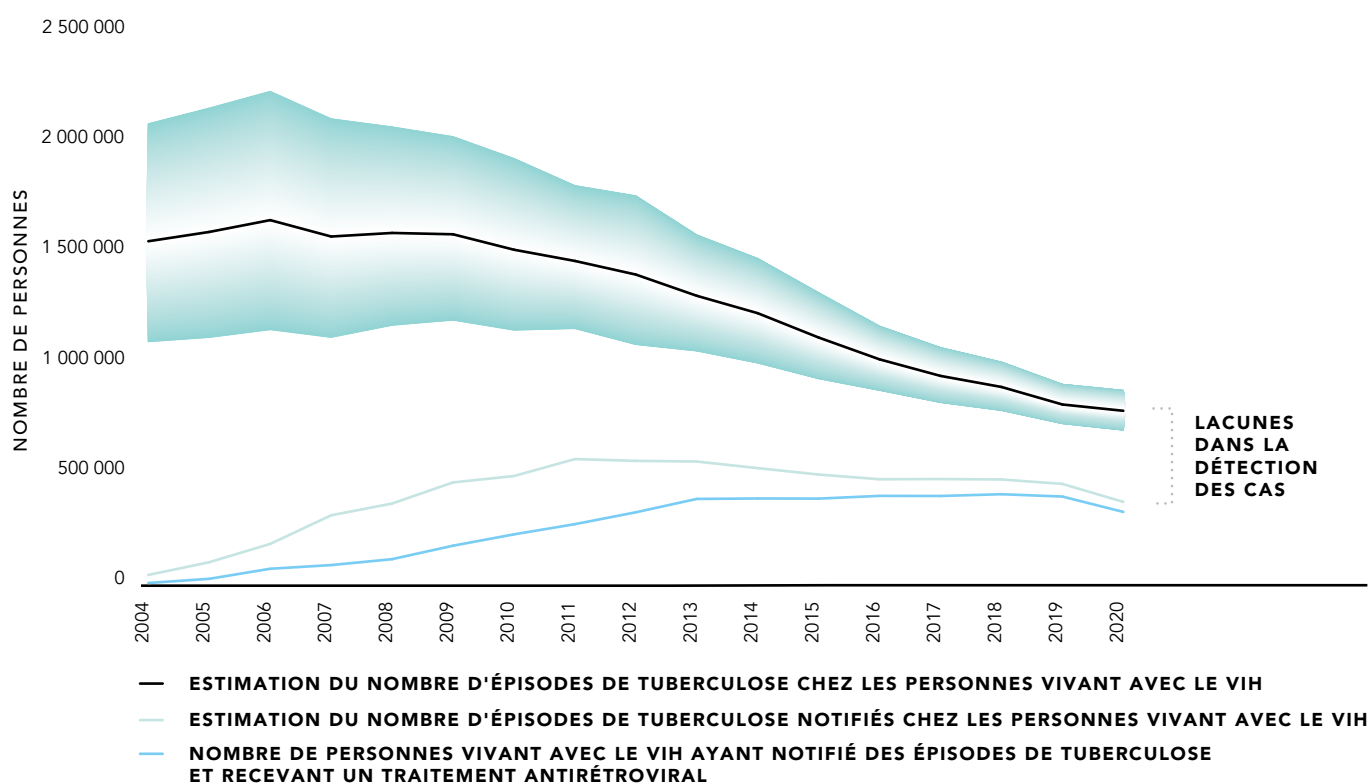
OBJECTIF 2025 :

RÉDUIRE DE 80 % LE NOMBRE DE DÉCÈS LIÉS À LA TUBERCULOSE CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI À 2025 (PAR RAPPORT À UNE BASE DE RÉFÉRENCE DE 2010).

Plus de dix ans de progrès constants dans la lutte contre la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH sont menacés. On observe une légère augmentation des décès liés à la tuberculose entre 2019 et 2020, la première augmentation de ce type depuis 2006, probablement en raison des perturbations du service associées à la pandémie de COVID-19. En 2020, le pourcentage de cas estimés de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH qui ont été notifiés a diminué par rapport à l'année précédente (de 56 % à 48 %) pour la première fois depuis 2004. En 2020, 42 % du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH et présentant une tuberculose ont reçu un traitement antirétroviral, contre 49 % en 2019, soit la première baisse de ce type depuis 2004. En 2020, 88 % des personnes vivant avec le VIH et ayant des épisodes de tuberculose notifiés ont reçu une thérapie antirétrovirale (figure 1.17).

On observe une légère augmentation des décès liés à la tuberculose entre 2019 et 2020, la première augmentation de ce type depuis 2006.

FIGURE 1.17 Estimation du nombre d'épisodes de tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH, des épisodes de tuberculose notifiés chez des personnes dont on sait qu'elles sont séropositives et du nombre de personnes vivant avec le VIH dont les épisodes de tuberculose sont notifiés et qui reçoivent un traitement antirétroviral, 2004-2020.



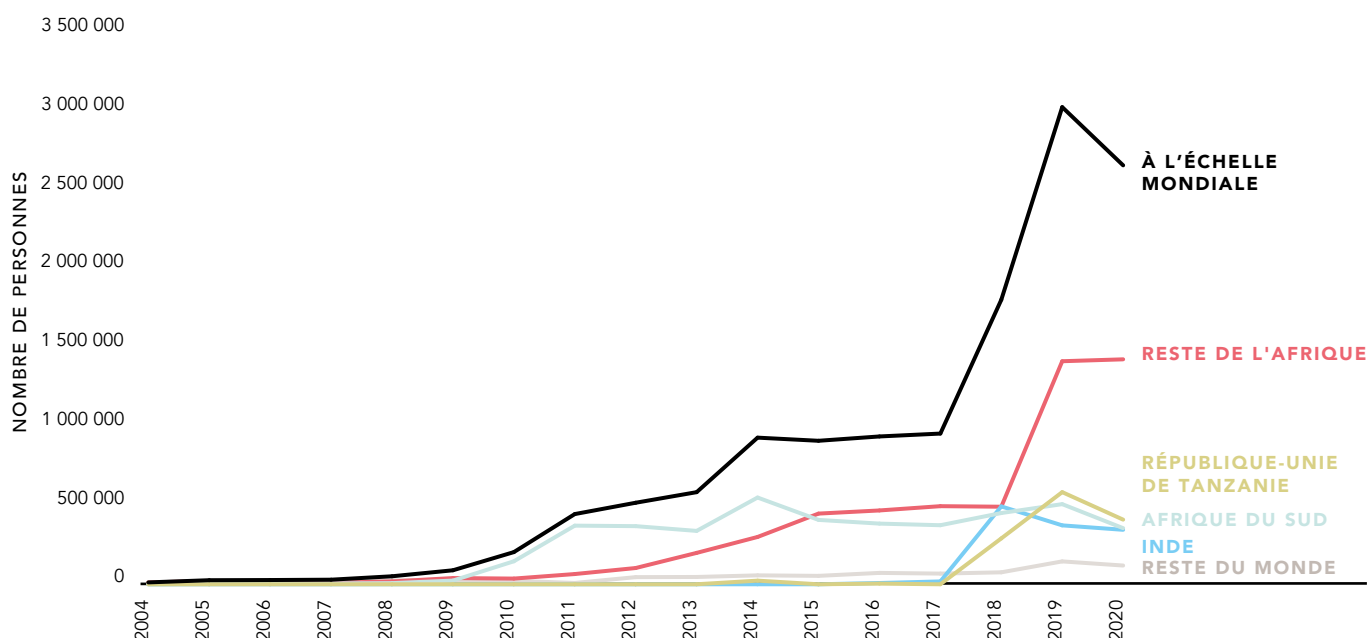
OBJECTIF 2025 :

**VEILLER À CE QUE 90 %
DES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH REÇOIVENT
UN TRAITEMENT PRÉVENTIF
CONTRE LA TUBERCULOSE
D'ICI 2025.**

De 2018 à 2020, 7,5 millions de personnes vivant avec le VIH ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose, dépassant ainsi l'objectif de 6 millions approuvé lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2018 sur l'élimination de la tuberculose. En 2020, 2,7 millions de personnes vivant avec le VIH ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose, ce qui représente une nette augmentation par rapport aux 4386 personnes qui ont bénéficié de cette intervention en 2002, mais qui reste une baisse de 12 % par rapport au chiffre de 2019 (3 millions). Entre 2005 et la fin de 2020, 13 millions de personnes vivant avec le VIH ont été mises sous traitement préventif contre la tuberculose. Si l'on compare ce chiffre aux 38 millions de personnes vivant avec le VIH, il est clair que l'objectif de 90 % n'est pas encore à portée de main.

En 2020, sept pays représentaient 80 % des personnes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement préventif contre la tuberculose.³ Entre 2019 et 2020, le nombre de personnes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement préventif contre la tuberculose a diminué de 30 % en Afrique du Sud et en République-Unie de Tanzanie et de 8 % en Inde (figure 1.18).

FIGURE 1.18 Personnes vivant avec le VIH ayant reçu un traitement préventif contre la tuberculose, 2004-2020



Source : Suivi mondial du sida 2017 ; Programme mondial de lutte contre la tuberculose [base de données]. Genève : oms ; c2022 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>).

Remarque : jusqu'en 2016, les pays ont indiqué le nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans un centre de soins qui ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose. Remarque : à partir de 2017, les pays ont indiqué le nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement inscrites dans un centre de soins qui ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose. Le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement préventif contre la tuberculose en 2019 est inférieur à celui publié dans le rapport sur le sida dans le monde 2021 et le rapport mondial sur la tuberculose 2020. Ceci est dû à une mise à jour des données déclarées par l'Inde.

³ Ces pays sont l'Afrique du Sud, l'Inde, le Mozambique, le Nigeria, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie.

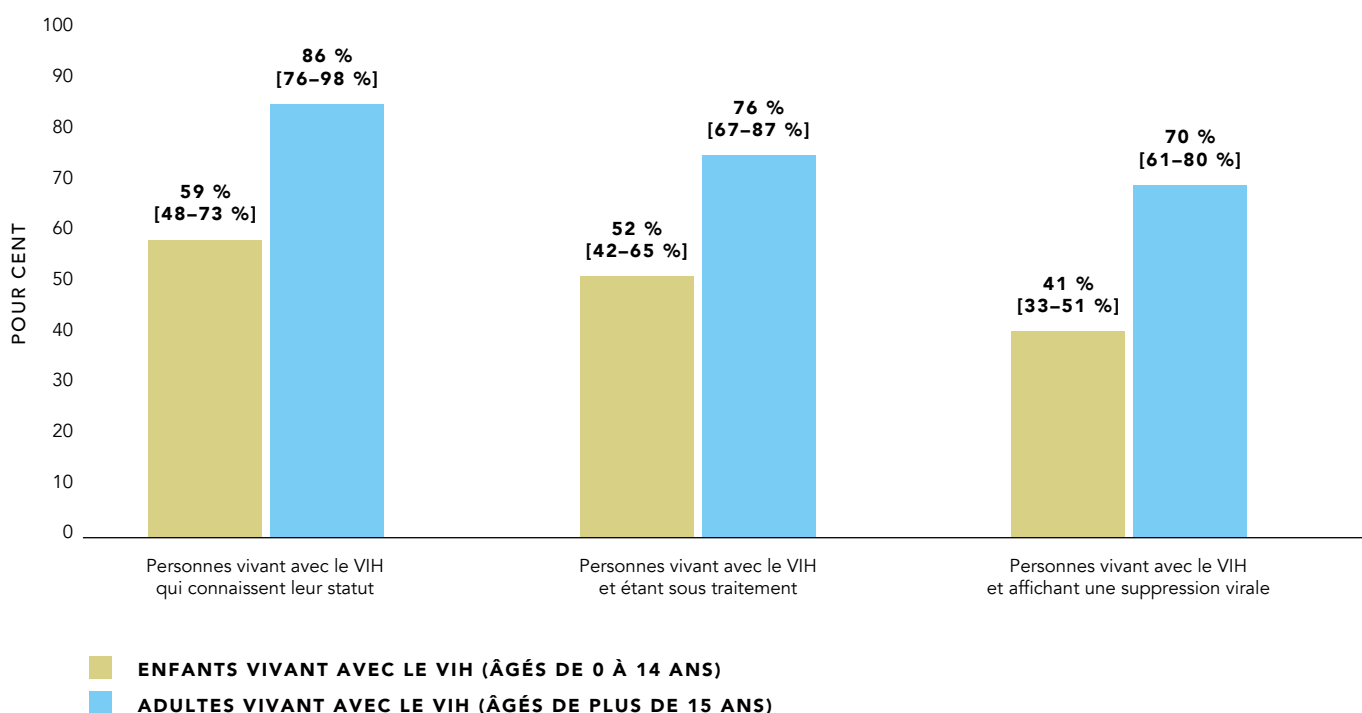
OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE 75 % DE TOUS LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH AIENT UNE CHARGE VIRALE SUPPRIMÉE D'ICI 2023 ET 86 % D'ICI À 2025, CONFORMÉMENT AUX OBJECTIFS DE TRAITEMENT 95-95-95 EN MATIÈRE DE VIH.

METTRE FIN AU SIDA PÉDIATRIQUE ET ÉLIMINER LA TRANSMISSION VERTICALE

La riposte au VIH ne répond pas aux besoins des enfants. En 2021, 52 % [42-65 %] des enfants vivant avec le VIH dans le monde recevaient un traitement antirétroviral, contre 76 % [67-87 %] des adultes vivant avec le VIH et bien en deçà de l'objectif mondial de 95 % de couverture du traitement (Figure 1.19).

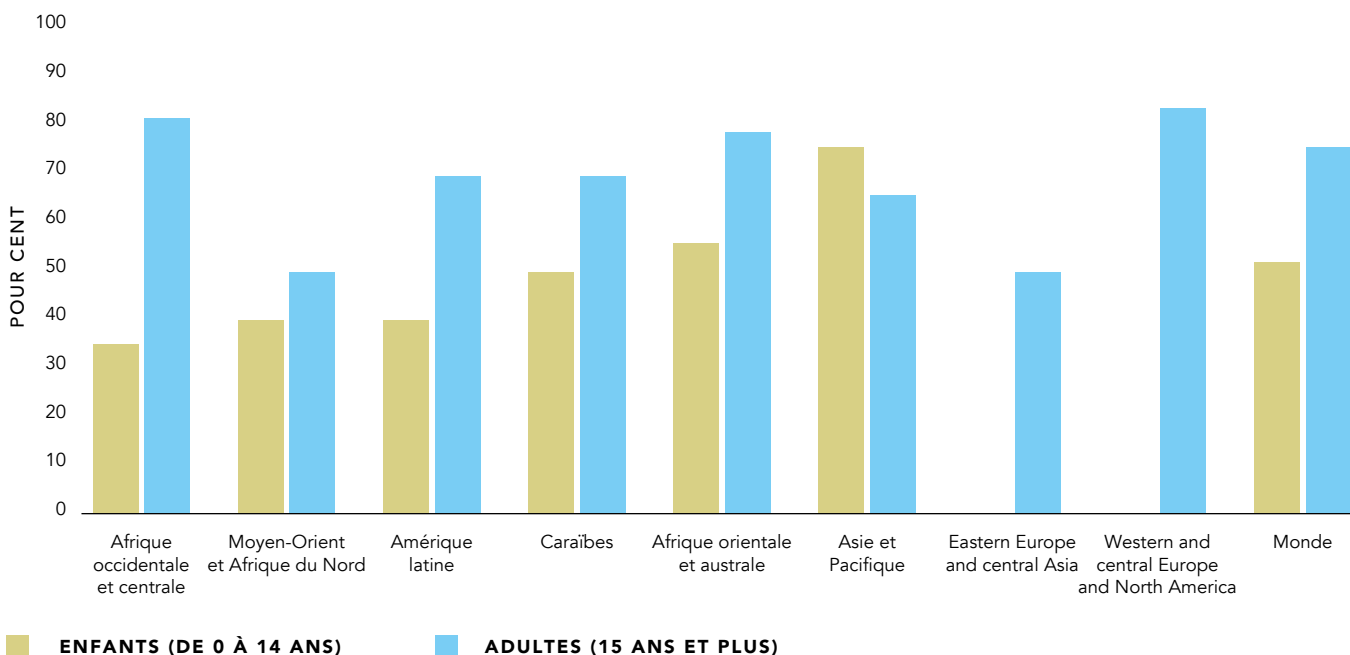
FIGURE 1.19 Cascade de dépistage et de traitement du VIH, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), au niveau mondial, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

La lenteur des progrès réalisés pour combler cet écart dans de nombreuses régions est préoccupante. En Afrique orientale et australe, en Amérique latine, dans les Caraïbes, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, le déficit de couverture du traitement pour les enfants semble avoir augmenté ces dernières années (Figure 1.20). Compte tenu des profondes lacunes en matière de dépistage et de traitement des enfants, le monde n'est actuellement pas en mesure d'atteindre l'objectif de 75 % de suppression virale chez les enfants vivant avec le VIH en 2023 et de 86 % en 2025 : en 2021, seuls 41 % des enfants vivant avec le VIH avaient une charge virale supprimée.

FIGURE 1.20 Couverture de la thérapie antirétrovirale, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), par région, 2021

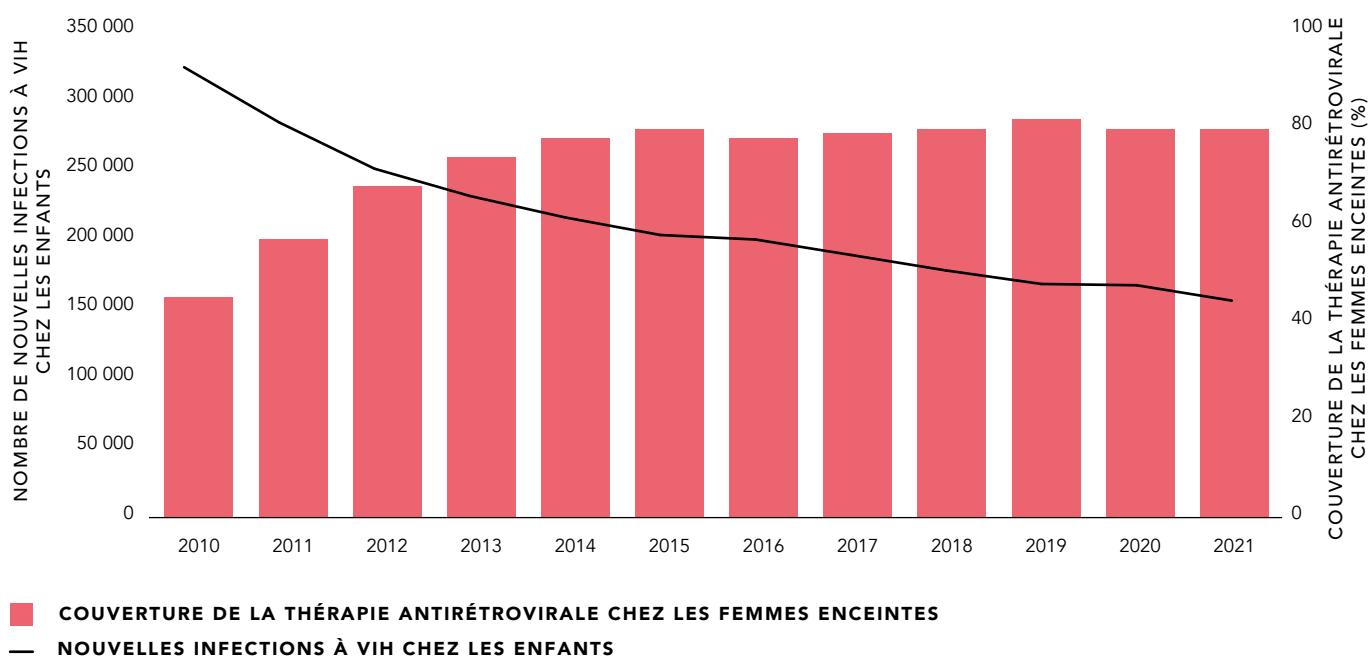


Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants a diminué de 52 % depuis 2010. Cependant, malgré des années d'engagements de haut niveau en faveur d'une action urgente pour éliminer la transmission verticale du VIH et combler les lacunes en matière de dépistage et de traitement du VIH chez les enfants, ces derniers continuent de subir certaines des inégalités les plus graves liées au VIH.

En 2021, 160 000 [110 000-230 000] enfants ont été nouvellement infectés par le VIH. Près de 85 % des nouvelles infections verticales ont eu lieu en Afrique subsaharienne. Bien que des dizaines de pays, tous niveaux de revenus confondus, aient démontré qu'il était possible d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants, les progrès en matière de prévention de la transmission verticale ont ralenti, avec seulement une baisse de 22 % des nouvelles infections entre 2016 et 2021 (figure 1.21).

FIGURE 1.21 Nouvelles infections à VIH chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) et couverture antirétrovirale chez les femmes enceintes, au niveau mondial, 2010-2021



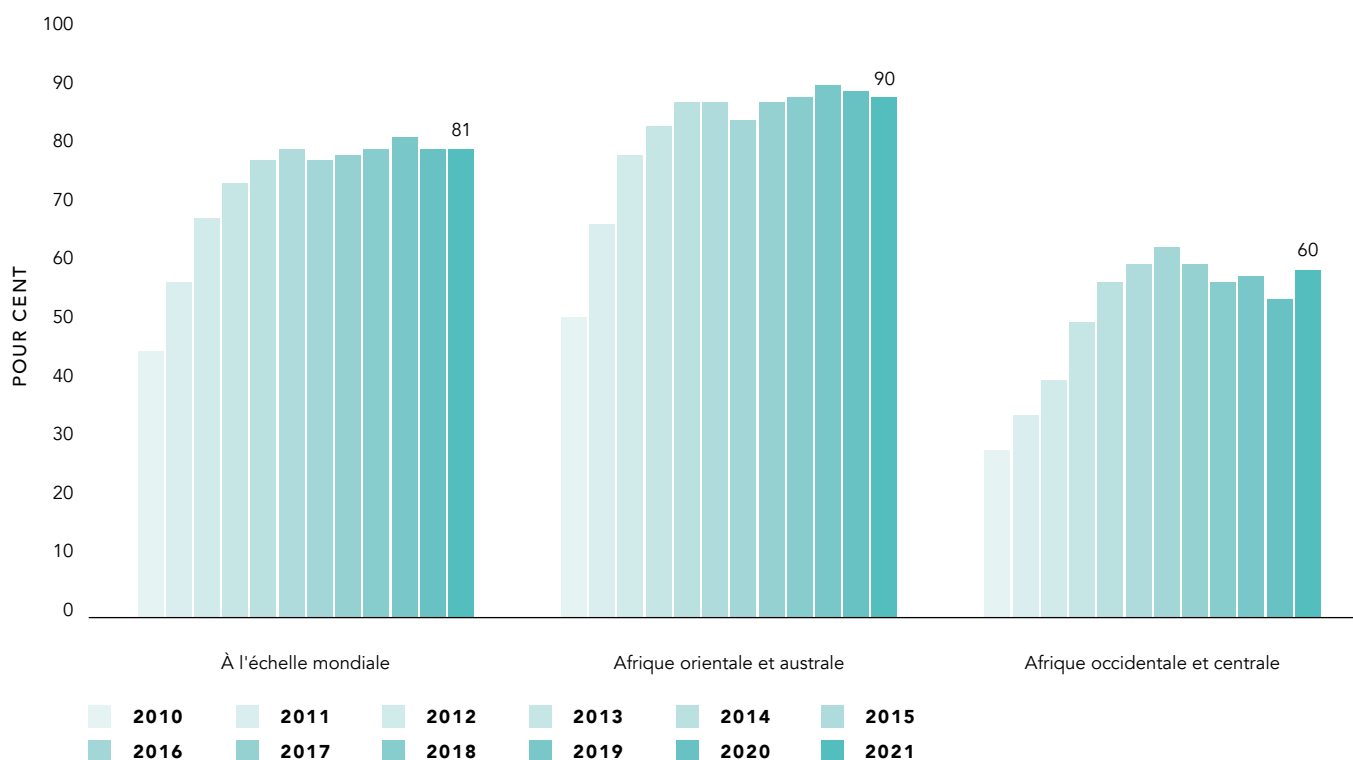
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE TOUTES LES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES VIVANT AVEC LE VIH BÉNÉFICIENT D'UNE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE À VIE, 95 % D'ENTRE ELLES ATTEIGNANT ET MAINTENANT UNE SUPPRESSION VIRALE AVANT L'ACCOUCHEMENT ET PENDANT L'ALLAITEMENT.

En 2021, 82 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu une thérapie antirétrovirale (figure 1.22). La couverture du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes et allaitantes n'a toutefois pas augmenté de manière significative depuis 2014. La stagnation de la couverture est particulièrement préoccupante en Afrique occidentale et centrale, car les niveaux de couverture actuels (60 % en 2021) sont nettement inférieurs à l'objectif fixé pour 2025. Quarante-trois pour cent de toutes les femmes enceintes vivant avec le VIH qui ne sont pas sous traitement antirétroviral en 2021 vivaient en Afrique occidentale et centrale.

FIGURE 1.22 Pourcentage de femmes enceintes recevant un traitement pour prévenir la transmission verticale du VIH, par région, 2010-2021



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

OBJECTIF 2025 :

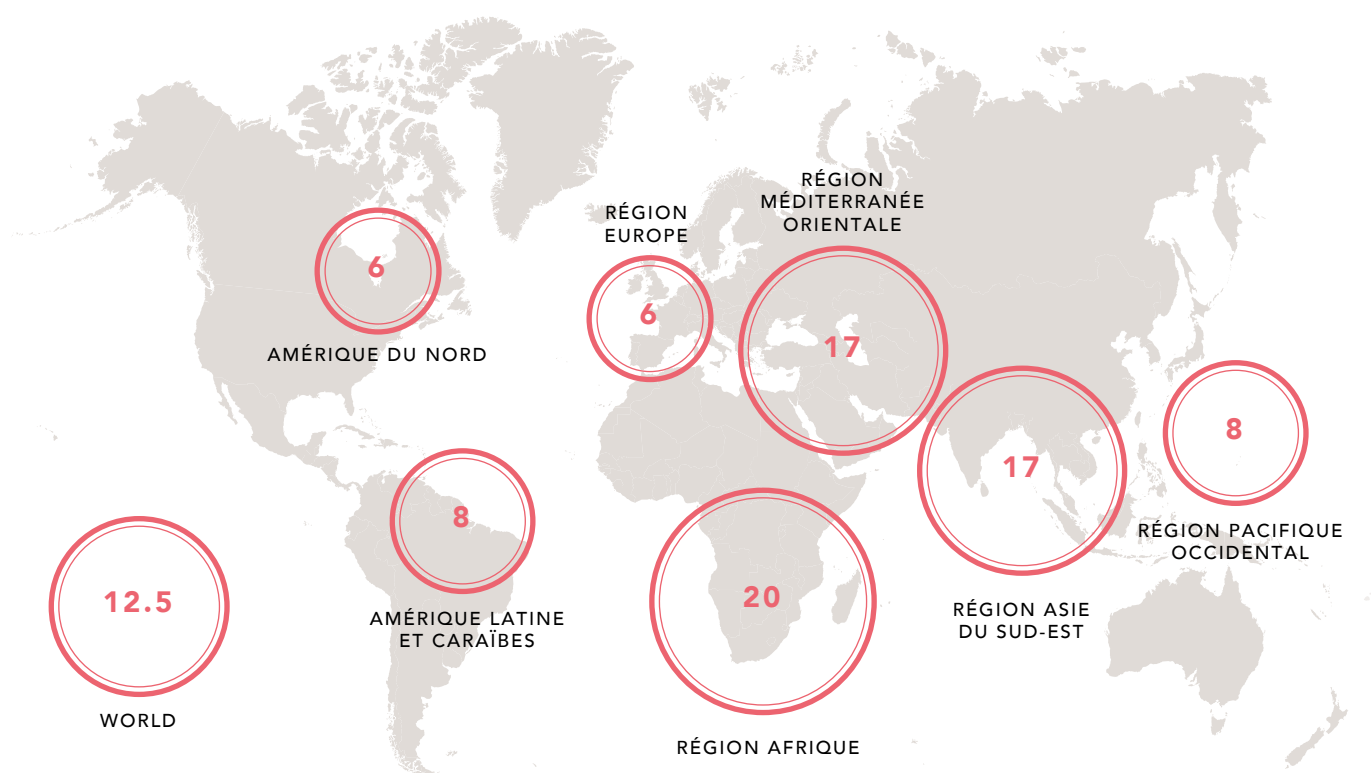
RÉDUIRE À 10 % AU MAXIMUM LE NOMBRE DE FEMMES, DE FILLES ET DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION ET AFFECTÉES PAR LE VIRUS QUI SUBISSENT DES INÉGALITÉS FONDÉES SUR LE SEXE ET DES VIOLENCES SEXUELLES ET SEXISTES.

ÉGALITÉ DES SEXES ET AUTONOMISATION DES FEMMES ET DES FILLES

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : RÉDUIRE À 10 % AU MAXIMUM LE NOMBRE DE FEMMES ET DE FILLES AYANT SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU SEXUELLES DE LA PART D'UN PARTENAIRE INTIME MASCULIN AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS D'ICI 2025.

Le monde est loin d'avoir atteint l'objectif consistant à réduire la violence physique ou sexuelle exercée par un partenaire intime à moins de 10 % d'ici 2025. Les données de 156 pays indiquent qu'environ 245 millions de femmes âgées de 15 ans et plus, qui ont déjà été mariées ou en couple, ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part de leur partenaire intime au cours des 12 derniers mois. La prévalence de la violence physique et sexuelle est particulièrement élevée dans les régions de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique, telles que définies par l'OMS (figure 1.23).

FIGURE 1.23 Prévalence estimée de la violence dans le cadre de relations intimes au cours des 12 derniers mois chez les femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été mariées ou en couple, par région de l'OMS, 2018

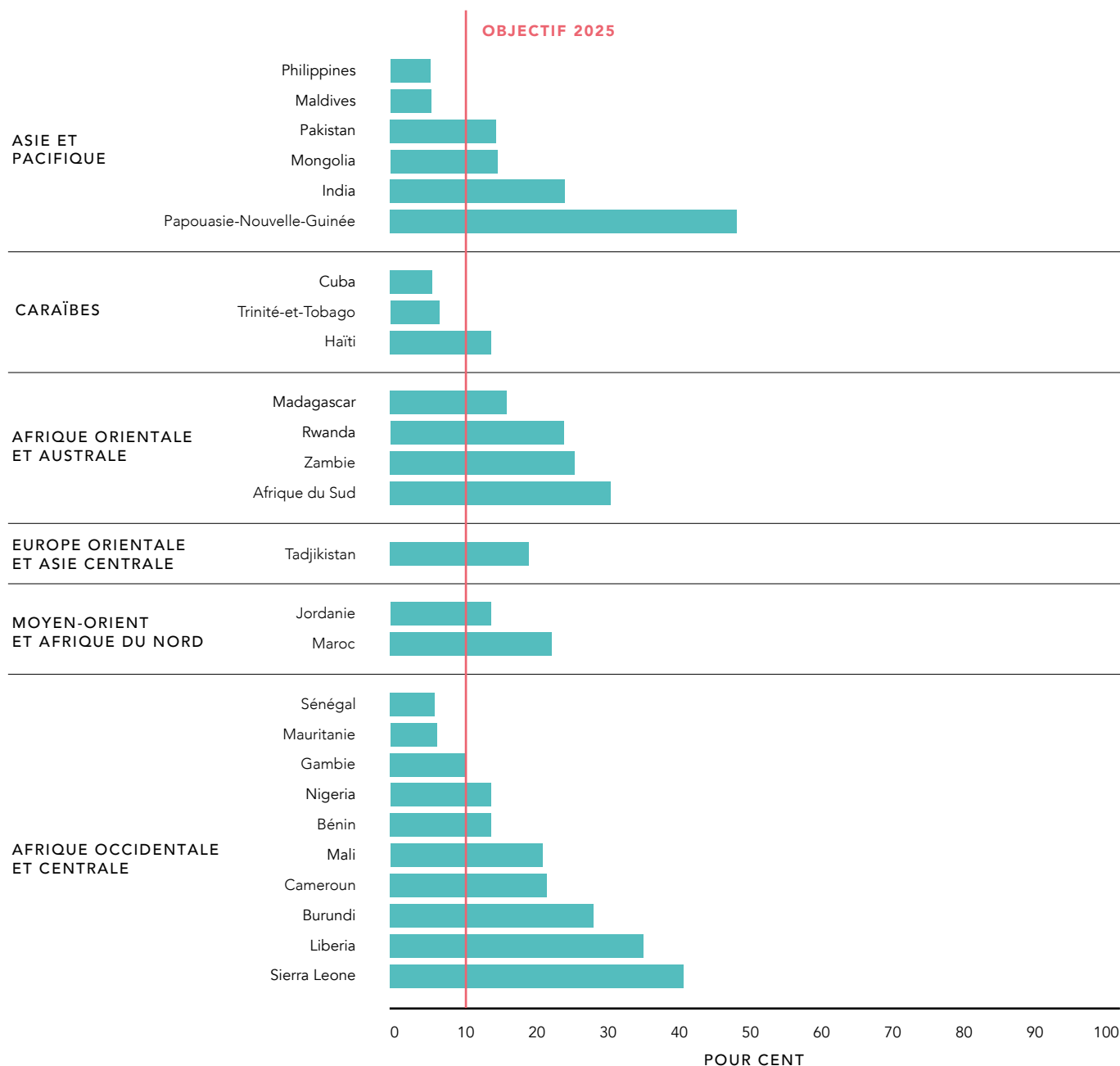


○ PRÉVALENCE DE LA VIOLENCE DANS LE CADRE DE RELATIONS INTIMES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS (%)

Source : Estimations mondiales, régionales et nationales de la prévalence de la violence à l'égard des femmes exercée par un partenaire intime et estimations de la prévalence mondiale et régionale de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021.

Dans les 26 pays pour lesquels des données sont disponibles de 2017 à 2021, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, qui ont subi des violences sexuelles ou physiques de la part d'un partenaire intime au cours de l'année écoulée varie de 5,5 % aux Philippines à 47,6 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée (figure 1.24). Dans 20 des 26 pays pour lesquels des données sont disponibles, plus de 10 % des femmes mariées ou en couple ont subi des violences de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois.

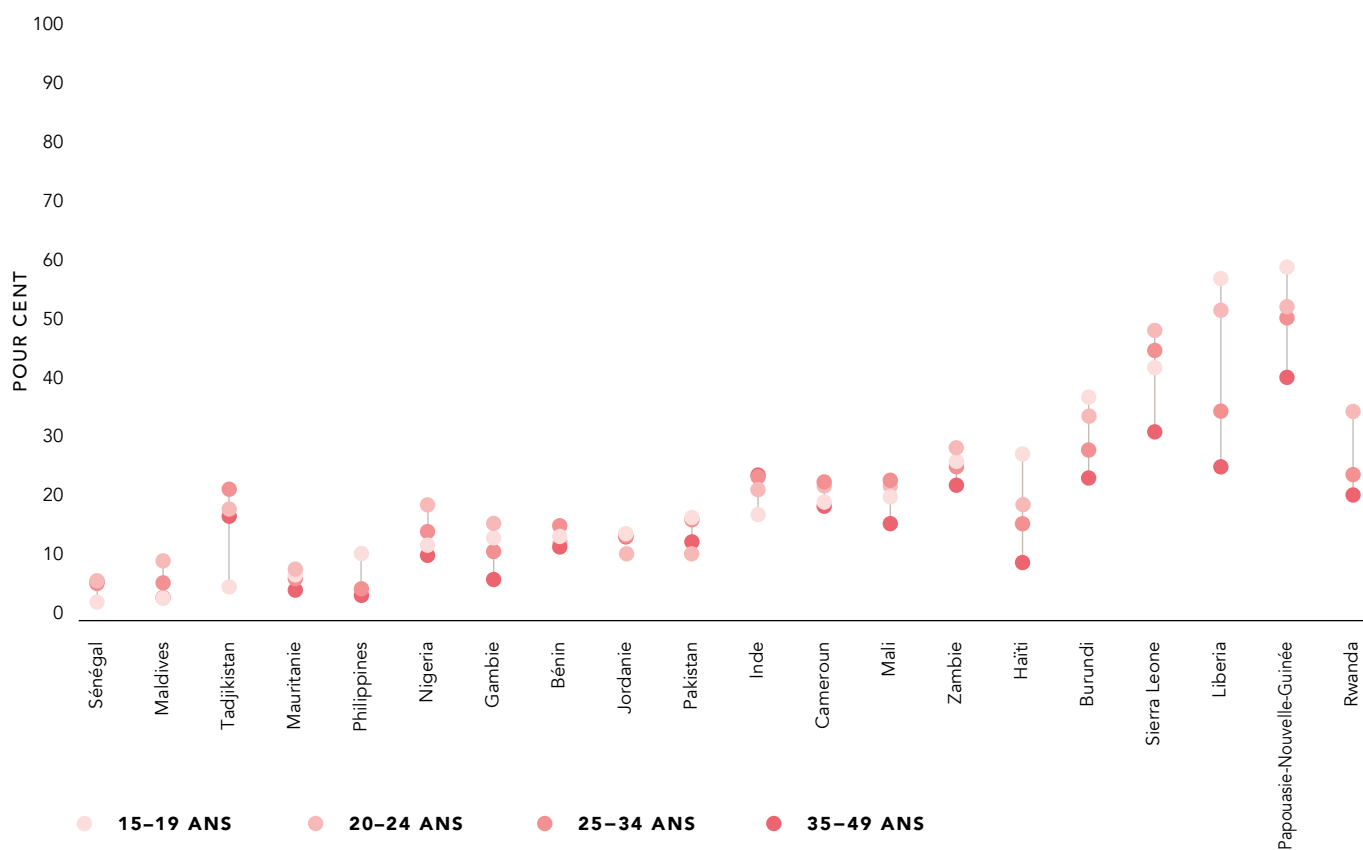
FIGURE 1.24 Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels les données sont disponibles, 2017-2021.



Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

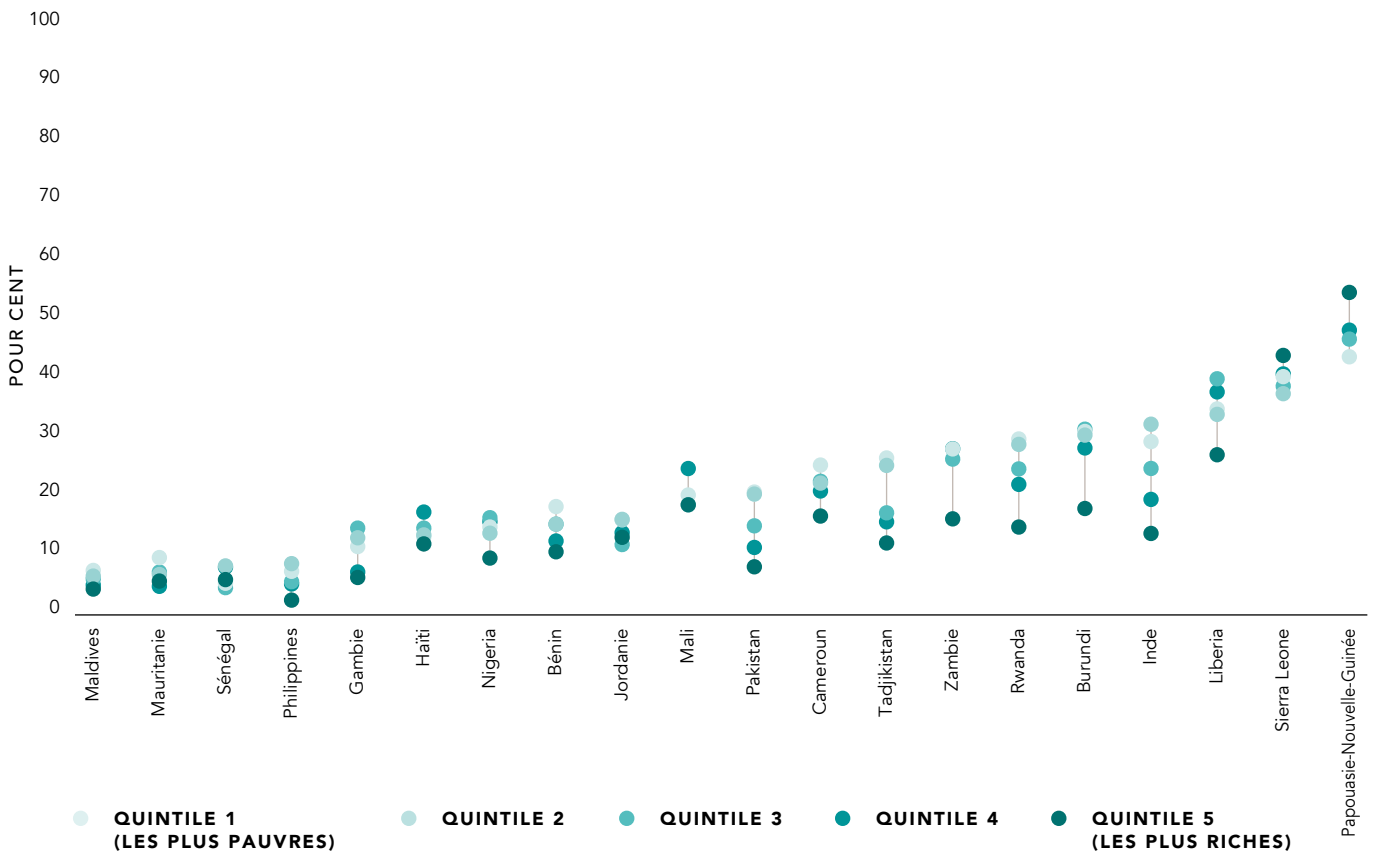
Les données de 20 pays indiquent que les différences selon les caractéristiques (telles que le niveau d'éducation, le quintile de richesse et le lieu de résidence) des femmes qui ont subi des violences de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois varient considérablement d'un pays à l'autre (figures 1.25, 1.26, 1.27).

FIGURE 1.25 Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, par groupe d'âge, pays pour lesquels les données sont disponibles, 2017-2021



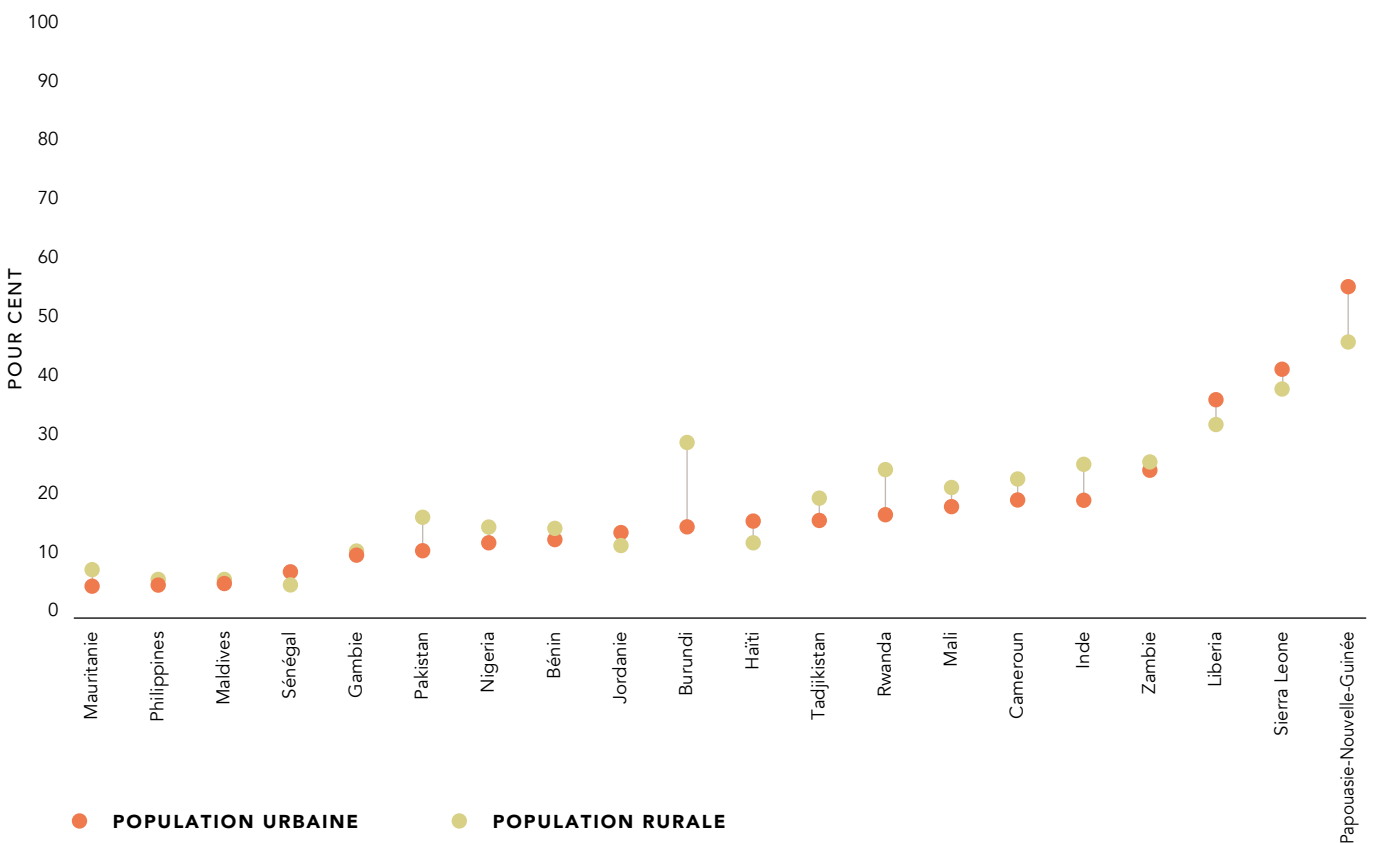
Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

FIGURE 1.26 Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, par quintile de richesse, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

FIGURE 1.27 Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime au cours des 12 derniers mois, par lieu de résidence, pays pour lesquels les données sont disponibles, 2017-2021.



Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

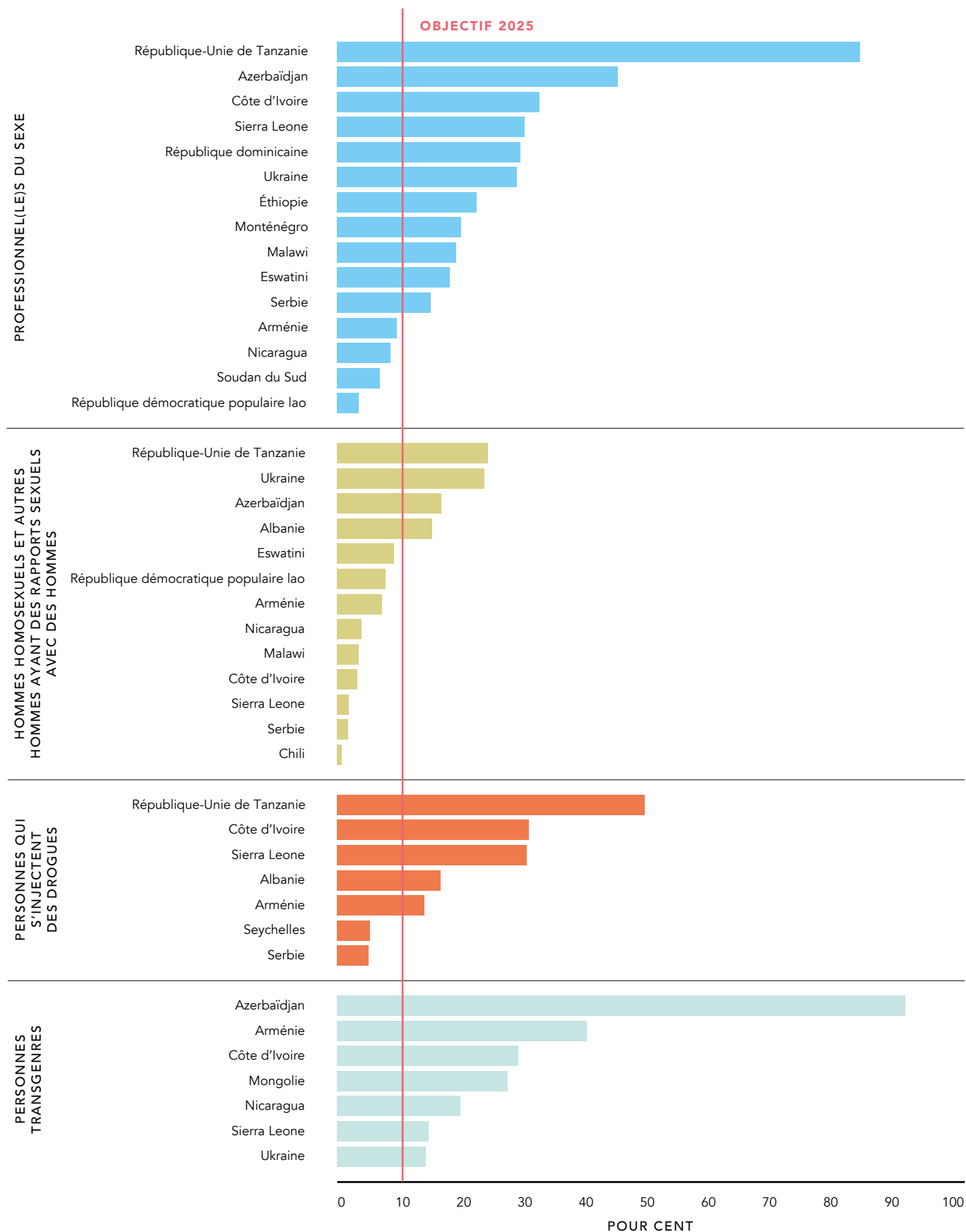
SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : RÉDUIRE À 10 % MAXIMUM LES POPULATIONS CLÉS QUI ONT SUBI DES VIOLENCES PHYSIQUES ET/OU SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS D'ICI 2025.

Des données récentes montrent de grandes différences dans les expériences de violence parmi les populations clés (figure 1.28). En médiane, plus d'une personne transgenre sur quatre a subi des violences au cours des 12 derniers mois (sept pays déclarants). Il en va de même pour un(e) professionnel(le) du sexe sur cinq (15 pays déclarants), une personne sur six qui s'injecte des drogues (sept pays déclarants) et un homme sur 14 parmi les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (13 pays déclarants). En outre, une forte proportion de femmes consommatrices de drogues subissent des violences psychologiques ou physiques de la part de leurs partenaires, ce qui dénote une vulnérabilité liée au sexe et la nécessité d'adopter des approches sexospécifiques dans les interventions de réduction des risques (3).



Anna, une femme transgenre d'Ouganda. Kigali, Rwanda, décembre 2019.

FIGURE 1.28 Populations clés déclarant avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021

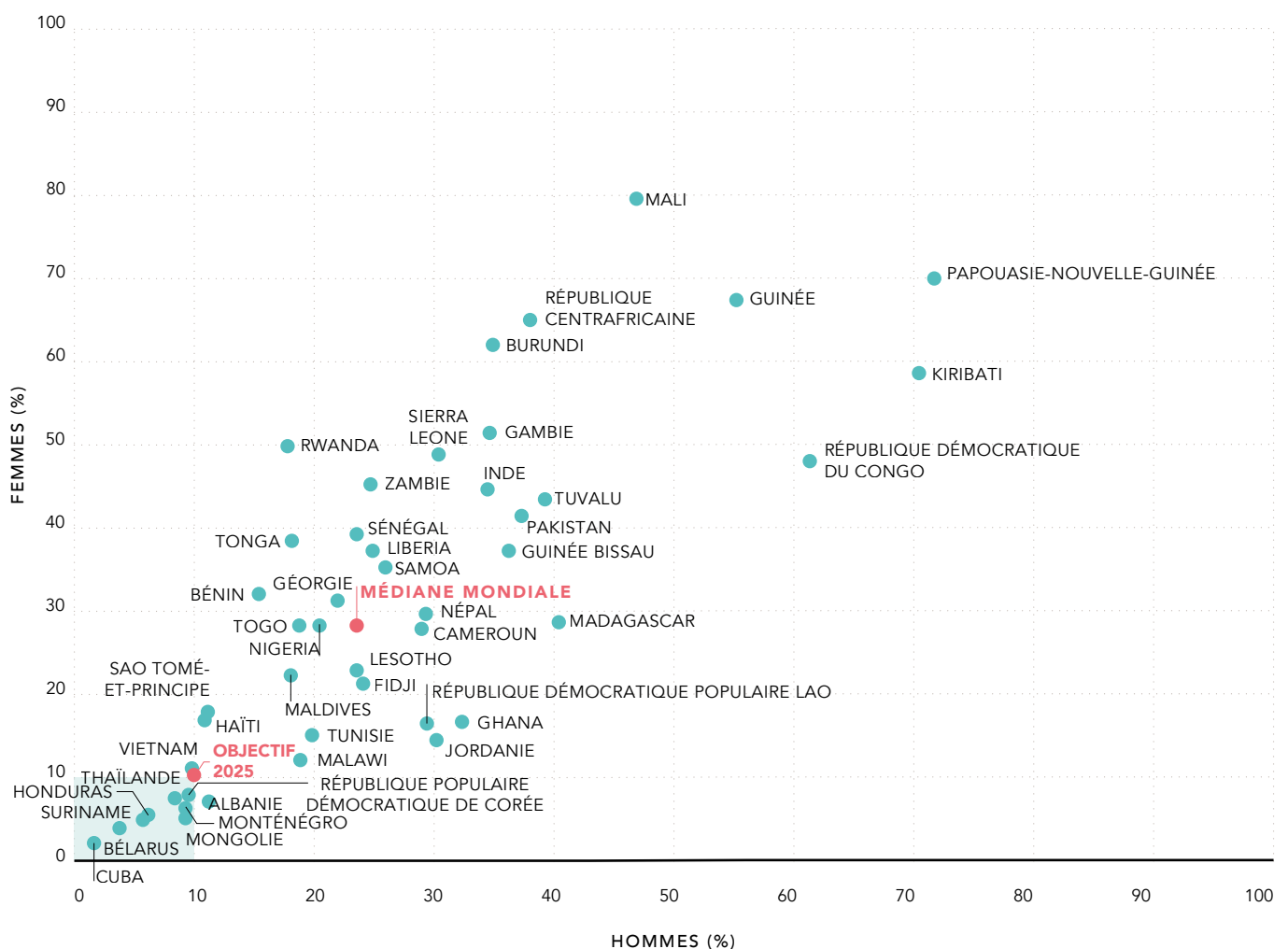


Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : RÉDUIRE À 10 % AU MAXIMUM LE NOMBRE DE PERSONNES QUI SOUTIENNENT DES NORMES SEXOSPÉCIFIQUES INÉQUITABLES D'ICI 2025.

Selon les données d'une enquête menée dans 46 pays auprès d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans, une médiane de 28,3 % des femmes et 23,9 % des hommes ont déclaré qu'il est justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme pour une raison spécifique (figure 1.29).⁴ La prévalence de ces attitudes est nettement supérieure à l'objectif fixé pour 2025, à savoir que les normes de genre inéquitables ne concernent pas plus de 10 % de la population.

FIGURE 1.29 Pourcentage d'hommes et de femmes (âgés de 15 à 49 ans) qui sont d'accord pour dire qu'il est justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme pour une raison spécifique,^a pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



^a Les raisons spécifiques sont les suivantes : si elle sort sans le prévenir, si elle néglige les enfants, si elle se dispute avec lui, si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui ou si elle brûle la nourriture.

Source : Enquêtes de population, 2017-2021, pays pour lesquels des données sont disponibles.

4 Parmi les raisons, citons le fait que la femme quitte la maison sans prévenir son mari, qu'elle néglige les enfants, qu'elle se dispute avec lui, qu'elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui ou qu'elle brûle la nourriture.

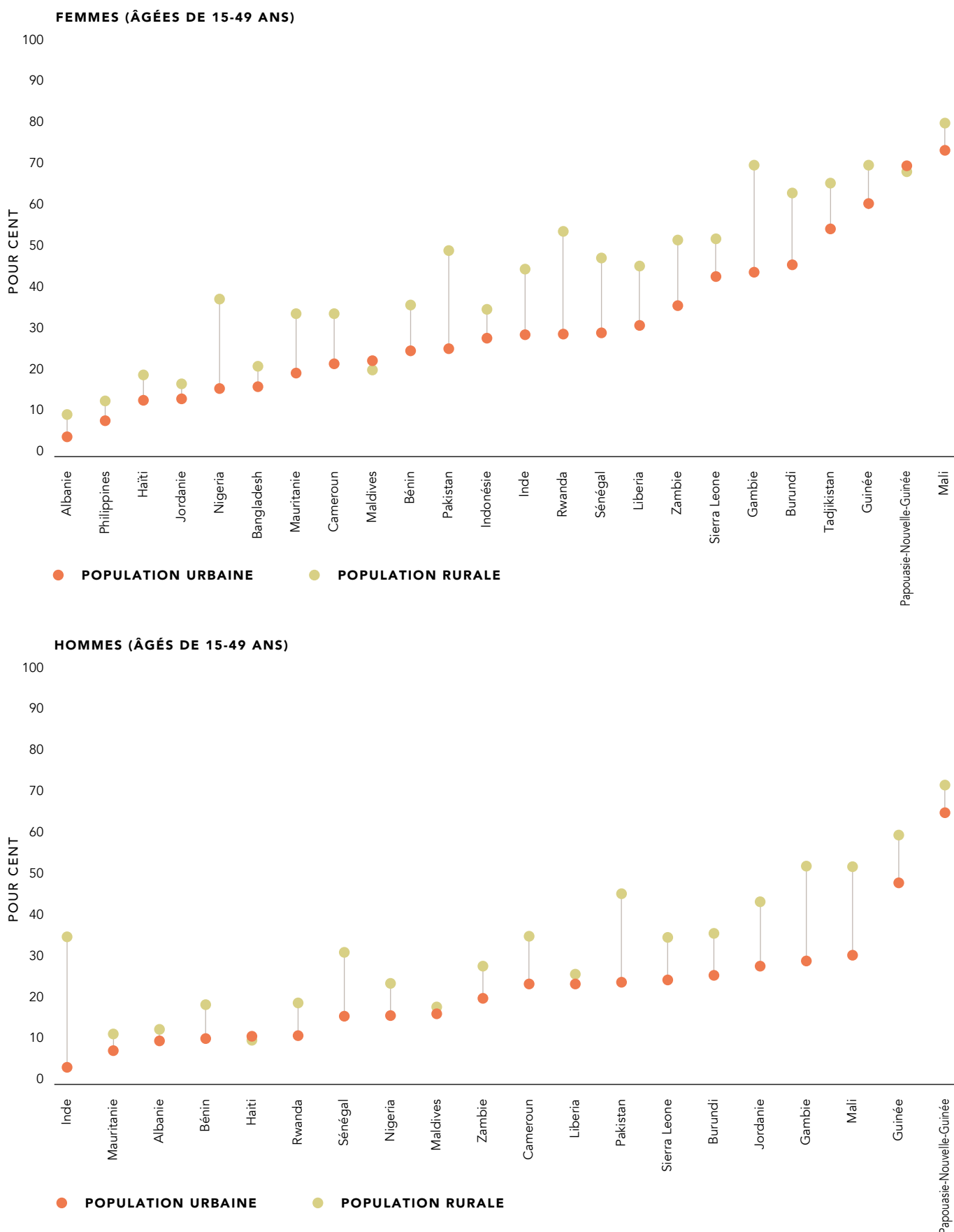
Huit pays (le Belarus, Cuba, la République populaire démocratique de Corée, le Honduras, la Mongolie, le Monténégro, le Suriname et la Thaïlande) ont atteint l'objectif de 10 % fixé pour 2025. Parmi les 46 pays pour lesquels on dispose de données sur les attitudes des hommes, le pourcentage d'hommes convenant qu'il est justifié pour un mari de frapper sa femme pour des raisons spécifiques allait de 1,7 % à Cuba à 71,9 % en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Parmi les 61 pays pour lesquels des données sur les attitudes des femmes sont disponibles, le pourcentage de femmes affirmant qu'il est justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme pour des raisons spécifiques varie de 1,6 % en Serbie à 79,4 % au Mali.

Parmi les hommes de 15 des 20 pays pour lesquels des données sont disponibles, les jeunes hommes et garçons (âgés de 15 à 19 ans) étaient plus susceptibles de croire qu'il était justifié que le mari frappe ou batte sa femme pour des raisons spécifiques que les hommes plus âgés (âgés de 35 à 49 ans). Les personnes appartenant au quintile de richesse le plus bas et celles vivant en zone rurale sont plus susceptibles de répondre par l'affirmative que celles appartenant au quintile de richesse le plus élevé et celles vivant en zone urbaine, respectivement (figure 1.30).



Lineo Tsikoane, lawyer and advocate for gender equality. November 2019, Lesotho.

FIGURE 1.30 Pourcentage de personnes (âgées de 15 à 49 ans) qui sont d'accord pour dire qu'il est justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme^a, par sexe et lieu de résidence, pays dont les données sont disponibles, 2017-2021



Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

^a Pour au moins une raison spécifique. Les raisons spécifiques sont les suivantes : si elle sort sans le prévenir, si elle néglige les enfants, si elle se dispute avec lui, si elle refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui, si elle brûle la nourriture.

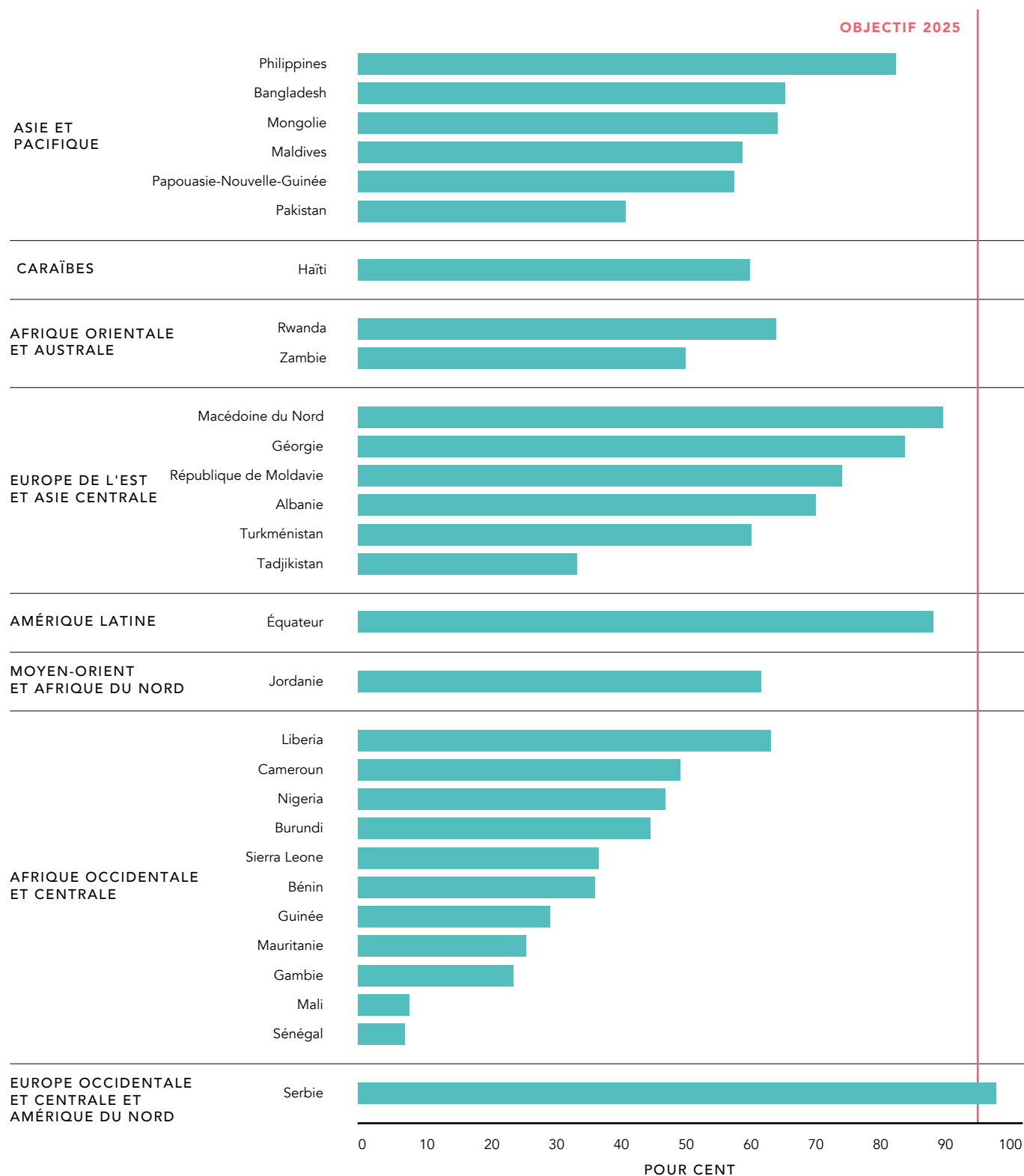
OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE 95 % DES FEMMES ET DES FILLES EN ÂGE DE PROCRÉER VOIENT LEURS BESOINS EN MATIÈRE DE VIH ET DE SOINS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE SATISFAITS, Y COMPRIS LES SOINS PRÉNATALS ET MATERNELS, L'INFORMATION ET LE CONSEIL.

Dans l'ensemble des enquêtes de population menées dans 29 pays entre 2017 et 2021, en médiane, seules 58 % des femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement en couple et utilisant des contraceptifs ont déclaré prendre elles-mêmes des décisions éclairées concernant les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs propres soins de santé (figure 1.31). En Afrique subsaharienne, où se trouvent 74 % des femmes nouvellement infectées par le VIH en 2021, les femmes luttent pour faire respecter leurs droits à la prise de décision en matière de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, dans 10 des 11 pays d'Afrique occidentale et centrale, moins de la moitié des femmes interrogées ont déclaré être en mesure de prendre leurs propres décisions en ce qui concerne les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs propres soins de santé.



FIGURE 1.31 Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement mariées ou en couple, qui utilisent des contraceptifs et qui prennent leurs propres décisions en connaissance de cause pour ce qui concerne les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs propres soins de santé, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



Source : Enquêtes auprès de la population, 2017-2021 ; base de données mondiale du FNUAP [base de données]. FNUAP ; c2022 (<https://www.unfpa.org/data>).

OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES FOURNISSENT 30 % DES SERVICES DE DÉPISTAGE ET DE TRAITEMENT, EN METTANT L'ACCENT SUR LE DÉPISTAGE DU VIH, L'ORIENTATION VERS LE TRAITEMENT, LE SOUTIEN À L'OBSERVANCE ET À LA RÉTENTION, ET LA CONNAISSANCE DU TRAITEMENT D'ICI 2025.

OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES FOURNISSENT 80 % DES SERVICES DE PRÉVENTION DU VIH AUX POPULATIONS À HAUT RISQUE D'INFECTION PAR LE VIH, NOTAMMENT AUX FEMMES DE CES POPULATIONS, D'ICI 2025.

OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE, D'ICI À 2025, LES ORGANISATIONS DIRIGÉES PAR LA COMMUNAUTÉ METTENT EN ŒUVRE 60 % DES PROGRAMMES VISANT À SOUTENIR LA RÉALISATION DES CATALYSEURS SOCIÉTAUX D'ICI 2025.

LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE

La stratégie mondiale de lutte contre le sida place les communautés au centre de la riposte au sida, en fixant des objectifs concrets pour la proportion communautaire des services et programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, afin de soutenir la réalisation des catalyseurs sociétaux. Comme les systèmes de suivi existants ne permettent généralement pas de suivre la proportion de services et de programmes fournis par des organisations dirigées par la communauté, l'ONUSIDA examine actuellement les options et consulte les parties prenantes sur l'élaboration de paramètres permettant de suivre les progrès accomplis vers les objectifs 30–80–60.

L'ONUSIDA modifie ses systèmes de suivi des ressources liées au VIH afin d'identifier clairement les flux de financement et les dépenses des organisations dirigées par la communauté. Ces informations peuvent éventuellement être recueillies dans le cadre des évaluations nationales des dépenses liées au sida ou dans le cadre d'exercices autonomes entrepris par des organisations communautaires ou des experts extérieurs. Ces exercices autonomes visent à saisir le travail non rémunéré, les dons en nature et les dépenses standard des programmes (comme les salaires et les produits de base). Les projets pilotes pour les exercices autonomes en sont à leur stade initial, dans l'attente de générer une preuve de concept et de fournir des orientations normatives sur la mise en œuvre, qui guideront ensuite le cycle mondial de reporting de 2023. Des données plus claires sur les ressources destinées aux services et programmes communautaires faciliteront la planification et la mobilisation des ressources par les donateurs, les gouvernements nationaux et infranationaux, et les organisations communautaires elles-mêmes.

Les informations limitées qui sont actuellement disponibles suggèrent qu'un travail considérable est nécessaire pour atteindre l'objectif de 80 % de prestation de services communautaires pour les services de prévention du VIH destinés aux populations clés.⁵ Dans l'ensemble des pays dont les données sont disponibles pour 2019-2021, les organisations dirigées par des populations clés ont touché 40 % des professionnel(le)s du sexe (35 pays), 31 % des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (35 pays), 26 % des personnes qui s'injectent des drogues (26 pays) et 37 % des personnes transgenres (17 pays) avec des interventions de prévention conçues pour eux.

Les organisations dirigées par des populations clés ont également fourni 19 % de toutes les aiguilles et seringues distribuées au cours des 12 mois précédents dans 35 pays dont les données sont disponibles entre 2019 et 2021. Dans les 18 pays ayant communiqué le nombre de personnes s'injectant des drogues qui ont reçu un traitement par agonistes opioïdes, aucune prestation n'a été signalée par des organisations dirigées par des populations clés.

Une certaine prudence s'impose lors de l'interprétation des données sur les services de prévention communautaires destinés aux populations clés : les valeurs rapportées à ce jour pour ces indicateurs peuvent sous-estimer les interventions de prévention, en fonction des mécanismes de collecte et de rassemblement des données disponibles dans les différents pays.

5 Les mécanismes existants dans le cadre du système de suivi mondial du sida pour surveiller la proportion de services de prévention du VIH fournis par des organisations dirigées par des populations clés sont décrits au chapitre 5 (pp. 33-35) du cadre de suivi mondial du sida, 2022-2026 : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_GAM_Framework_2022_EN.pdf.

OBJECTIF 2025 :

VEILLER À CE QUE MOINS DE 10 % DES PAYS DISPOSENT DE CADRES JURIDIQUES ET POLITIQUES RESTRICTIFS QUI CIBLENT INJUSTEMENT LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, EXPOSÉES À CE RISQUE OU AFFECTÉES PAR LE VIH, TELS QUE LES LOIS SUR L'ÂGE DU CONSENTEMENT ET LES LOIS RELATIVES À LA NON-DIVULGATION, À L'EXPOSITION ET À LA TRANSMISSION DU VIH, CELLES QUI IMPOSENT DES RESTRICTIONS DE VOYAGE LIÉES AU VIH ET DES TESTS OBLIGATOIRES, OU CELLES QUI CONDUISENT À REFUSER OU À LIMITER L'ACCÈS AUX SERVICES.

RÉALISER LES DROITS DE L'HOMME ET METTRE FIN À LA STIGMATISATION ET À LA DISCRIMINATION

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : MOINS DE 10 % DES PAYS CRIMINALISENT LE COMMERCE DU SEXE, LA POSSESSION DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUES, LES COMPORTEMENTS SEXUELS ENTRE PERSONNES DE MÊME SEXE ET LA TRANSMISSION, L'EXPOSITION OU LA NON-DIVULGATION DU VIH D'ICI 2025.

Le monde n'est pas sur la bonne voie pour que moins de 10 % des pays aient un environnement juridique et politique punitif (figure 1.32). Ce n'est qu'en ce qui concerne la criminalisation des personnes transgenres ou des relations sexuelles entre personnes de même sexe qu'une majorité de pays ne dispose pas de lois punitives : la plupart des pays criminalisent encore au moins un aspect du commerce du sexe, la possession d'une petite quantité de drogue pour usage personnel et la transmission, l'exposition ou la non-divulgence du VIH.

Certains progrès ont toutefois été réalisés ces dernières années. Le pourcentage de la population mondiale vivant dans une juridiction qui criminalise les relations sexuelles entre personnes de même sexe a nettement diminué, un pays et une province en 2022 ont décriminalisé le commerce du sexe (voir l'article de fond sur la Belgique et l'Australie au chapitre 3), et un certain nombre de pays ont pris des mesures pour abroger les lois criminalisant la transmission, l'exposition ou la non-divulgence du VIH. Deux nouveaux pays, le Mozambique et l'Ouganda, ont également commencé à mettre en œuvre des programmes de thérapie par agonistes opioïdes en 2020 (4).

FIGURE 1.32 Pays appliquant des lois discriminatoires et punitives, au niveau mondial, 2022

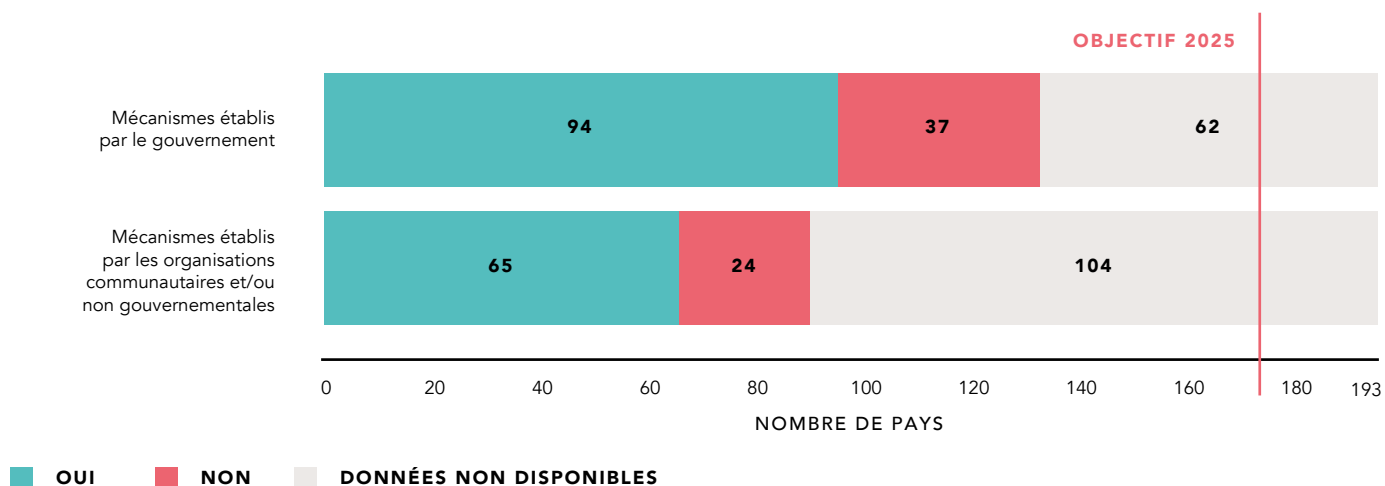


Source : Engagements nationaux et instrument politique 2017-2022 de l'ONUSIDA (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>), complétés par des sources supplémentaires (voir les références dans les chiffres du tableau de bord des lois et politiques dans les profils régionaux applicables).

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : 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.

Des changements marqués dans les approches juridiques et politiques nationales sont nécessaires pour permettre à toutes les personnes vivant avec le VIH et aux populations clés qui subissent des abus et des discriminations de demander réparation (Figure 1.33). En 2021, 107 pays (soit 61 % des pays) disposaient de mécanismes établis soit par le gouvernement, soit par des organisations communautaires ou non gouvernementales pour aider les personnes à se plaindre et à demander réparation en cas de discrimination fondée sur la perception de leur statut VIH ou de leur appartenance à une population clé. Quarante-quatre pays (24 % des pays) disposent de mécanismes établis par le gouvernement et 65 pays (37 % des pays) disposent de mécanismes établis par la communauté ou des organisations non gouvernementales pour signaler les cas de discrimination et demander réparation.

FIGURE 1.33 Pays ayant mis en place des mécanismes pour enregistrer et traiter les cas de discrimination liés au VIH, 2017-2022



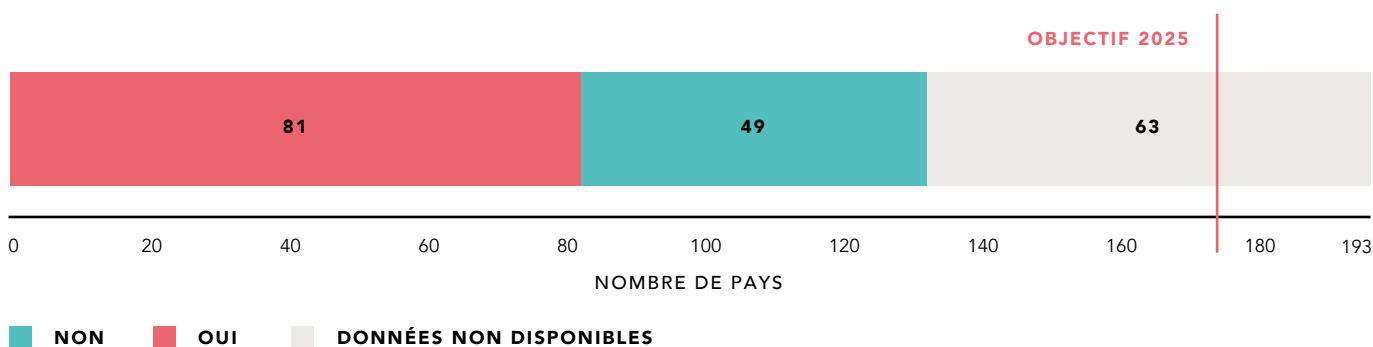
Source : Engagements nationaux et instrument politique ONUSIDA, 2017-2022.

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE CONTRE LE SIDA : MOINS DE 10 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DES POPULATIONS CLÉS N'ONT PAS ACCÈS À DES SERVICES JURIDIQUES D'ICI 2025.

Une grande partie des personnes vivant avec le VIH et des populations clés n'ont toujours pas accès au soutien juridique dont elles ont besoin pour protéger leurs droits. En 2017-2022, 41 % des pays (qui comptaient environ 78 % de toutes les personnes vivant avec le VIH en 2021) ont déclaré avoir mis en place des mécanismes permettant aux personnes vivant avec le VIH ou aux populations clés d'accéder à des services juridiques (Figure 1.34). Selon les rapports de la société civile et des communautés à l'ONUSIDA, les principaux obstacles à l'accès aux services juridiques sont l'absence de mécanisme opérationnel (15 pays), le fait que les mécanismes existants ne tiennent pas compte du VIH (21 pays), les contraintes financières auxquelles sont confrontées les personnes appartenant à des groupes marginalisés et affectés (35 pays) et le manque de sensibilisation ou de connaissances sur la manière d'utiliser ces mécanismes (47 pays).

Seuls 41 % des pays ont déclaré avoir mis en place des mécanismes permettant aux personnes vivant avec le VIH ou aux populations clés d'accéder à des services juridiques.

FIGURE 1.34 Pays ayant mis en place des mécanismes d'accès à des services juridiques abordables, 2017-2022



Source : Engagements nationaux et instrument politique ONUSIDA, 2017-2022.

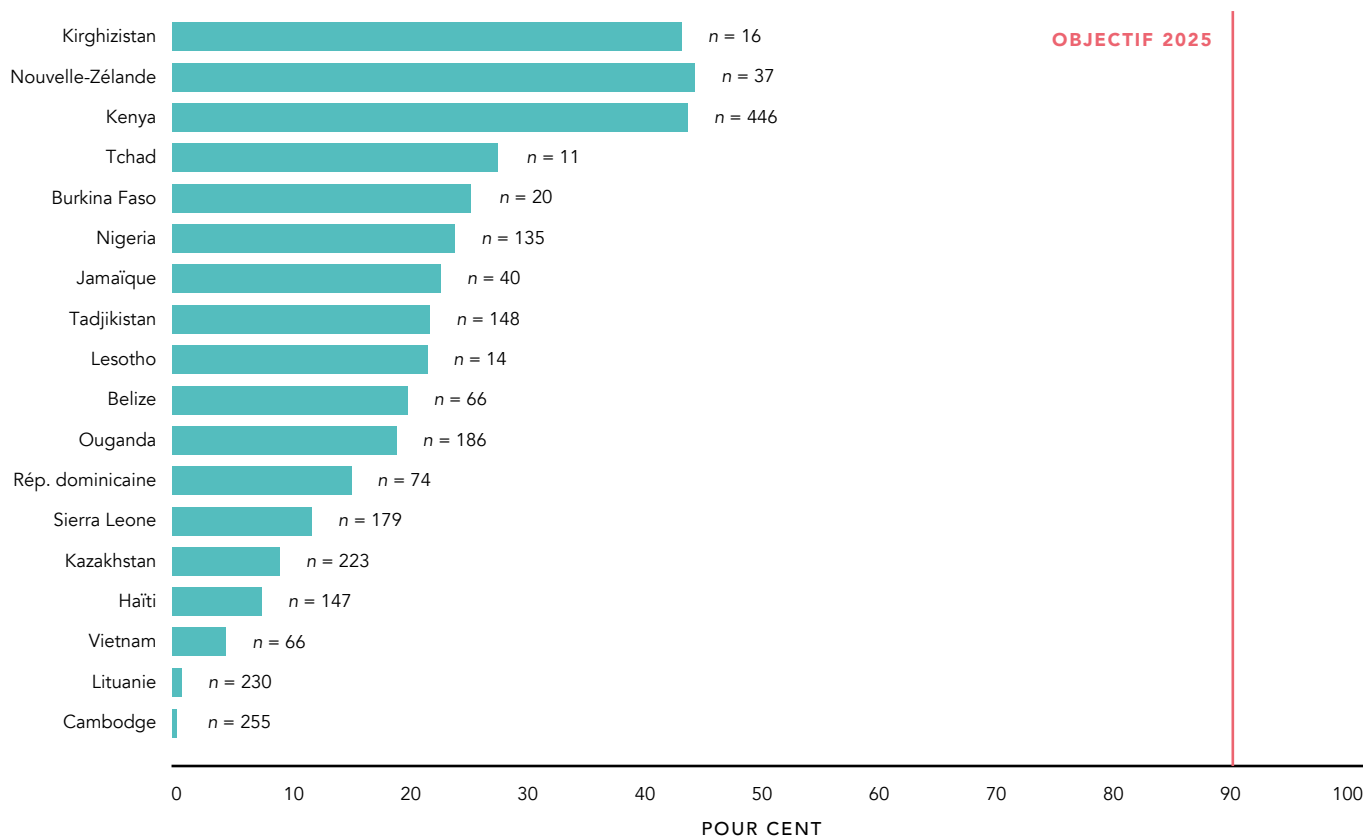
Remarque : Les pays sont considérés comme ayant des mécanismes en place pour accéder aux services juridiques s'ils ont déclaré avoir des systèmes d'aide juridique applicables aux affaires de VIH et au moins un des éléments suivants : services juridiques pro bono fournis par des cabinets d'avocats privés, services juridiques fournis par des cliniques juridiques, paravocats communautaires ou autres.

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : D'ICI 2025, PLUS DE 90 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET AYANT SUBI DES VIOLATIONS DE LEURS DROITS AURONT DEMANDÉ RÉPARATION.

Des environnements juridiques hostiles et une disponibilité insuffisante des services juridiques se traduisent par un faible recours au système juridique pour obtenir réparation. Selon les enquêtes de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH menées dans 18 pays en 2018-2021, moins de 50 % des personnes vivant avec le VIH qui ont subi des atteintes à leurs droits au cours des 12 derniers mois ont cherché à obtenir une réparation juridique (figure 1.35). Dans neuf pays, moins d'une personne sur cinq a demandé réparation en justice.

Dans 18 pays dont les données sont disponibles entre 2018 et 2021, moins de 50 % des personnes vivant avec le VIH qui ont été victimes d'atteintes à leurs droits au cours des 12 derniers mois ont demandé réparation en justice.

FIGURE 1.35 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant subi des atteintes aux droits au cours des 12 derniers mois et ayant demandé réparation, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2018-2021



Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2018-2021.

Remarque : Le fait d'avoir cherché une réparation formelle ou informelle inclut le fait d'avoir entrepris au moins une des actions suivantes : déposer une plainte, contacter un avocat, contacter un fonctionnaire ou un politicien, s'exprimer publiquement, contacter une organisation/un réseau communautaire de personnes vivant avec le VIH pour obtenir un soutien, ou entreprendre une autre action. La stratégie d'échantillonnage recommandée pour la mise en œuvre de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est une combinaison d'échantillonnage sur site et d'échantillonnage à chaîne limitée. D'autres stratégies d'échantillonnage ont été appliquées au Belize, en République dominicaine, en Haïti, en Jamaïque et en Nouvelle-Zélande.

OBJECTIF 2025 :

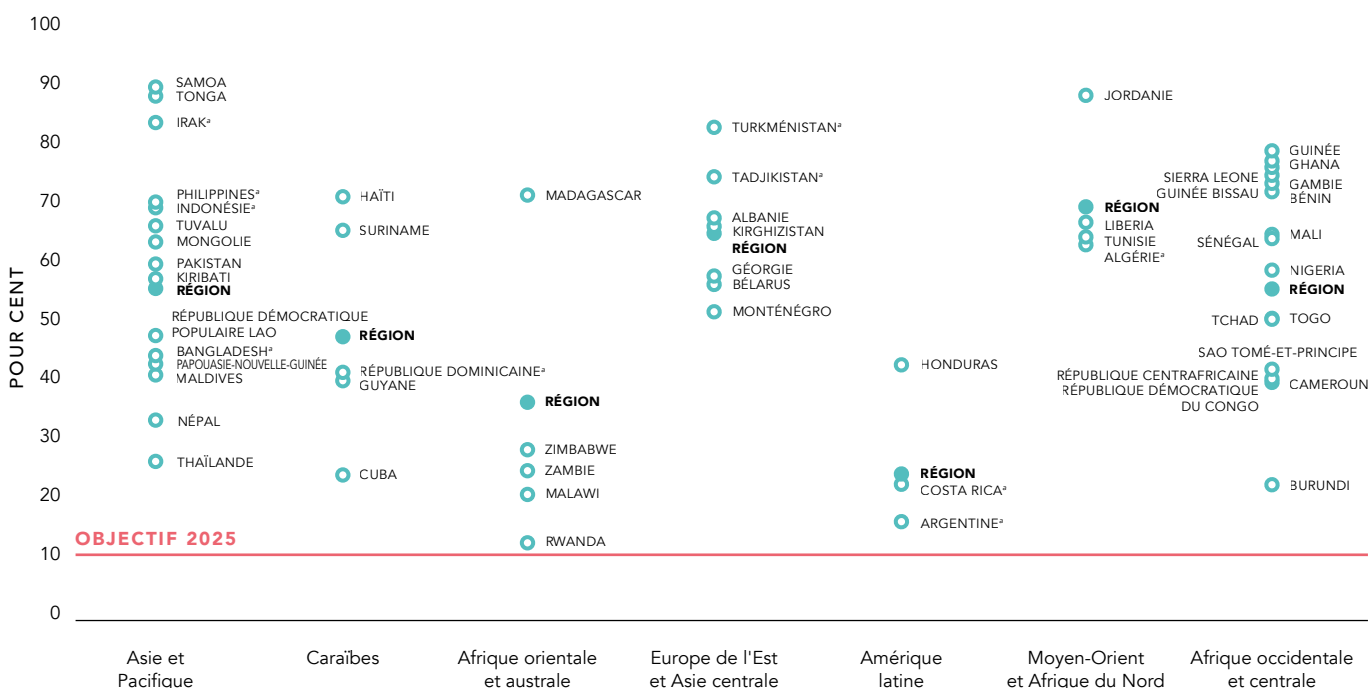
VEILLER À CE QUE MOINS DE 10 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION OU AFFECTÉES PAR LE VIRUS SOIENT VICTIMES DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION, NOTAMMENT EN EXPLOITANT LE POTENTIEL DE U = U (UNDETECTABLE = UNTRANSMISSIBLE).

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : MOINS DE 10 % DE LA POPULATION GÉNÉRALE FAIT ÉTAT D'ATTITUDES DISCRIMINATOIRES À L'ÉGARD DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH D'ICI 2025.

Les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH restent alarmantes dans toutes les régions, malgré des décennies de plaidoyer et d'éducation. Dans 55 pays disposant de données d'enquête récentes, une médiane de 59,1 % des personnes nourrit des attitudes discriminatoires, soit un niveau près de six fois supérieur à l'objectif mondial fixé pour 2025. Dans 34 des 55 pays disposant de données d'enquêtes en population générale en 2017-2021, plus de 50 % des personnes interrogées ont fait état d'attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH (figure 1.36). Dans 11 pays, plus de 75 % des personnes interrogées ont manifesté des sentiments discriminatoires.

Une prévalence inquiétante d'attitudes discriminatoires parmi le grand public est apparue dans toutes les régions, bien que les proportions régionales les plus faibles aient été observées en Amérique latine et en Afrique orientale et australe. Dans les enquêtes réalisées par l'Organisation internationale du Travail (OIT), près de quatre personnes sur dix interrogées dans 50 pays en 2021 sont, dans une certaine mesure, contre le fait d'autoriser les personnes vivant avec le VIH à travailler directement avec d'autres personnes qui n'ont pas le VIH (5).

FIGURE 1.36 Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui déclarent avoir des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2016-2021



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

Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

Remarque : Les attitudes discriminatoires sont mesurées par les réponses « Non » données 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 ? Les valeurs régionales sont des agrégats pondérés des données disponibles dans les pays de la région.

Les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH sont plus fréquentes chez les personnes à faible revenu et celles vivant dans les zones rurales, par rapport aux personnes du quintile de richesse le plus élevé et à celles vivant dans les zones urbaines (figures 1.37, 1.38, 1.39).

FIGURE 1.37 Pourcentage de personnes (âgées de 15 à 49 ans) signalant adopter des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, par sexe et par âge, pays disposant de données disponibles, 2017-2021

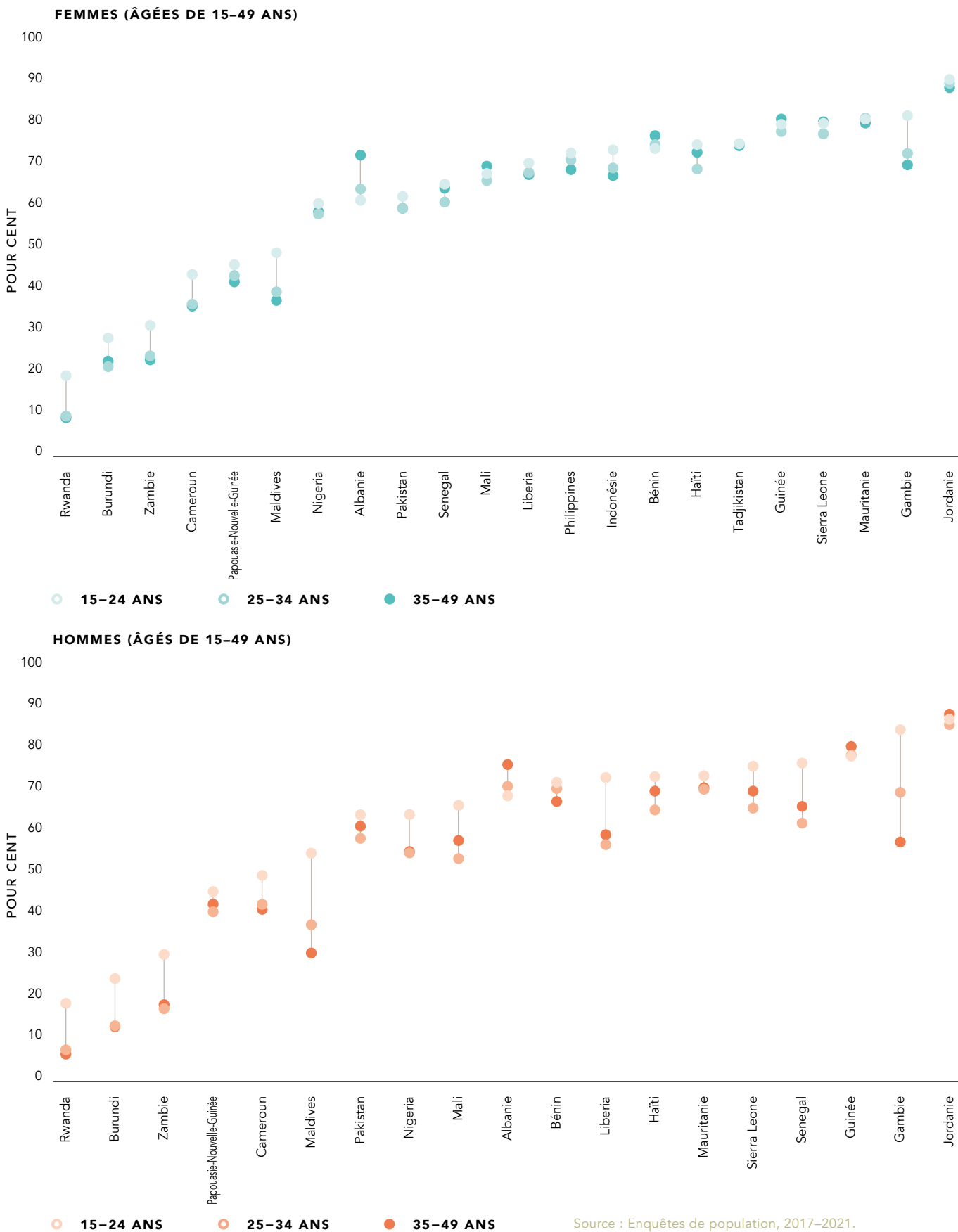
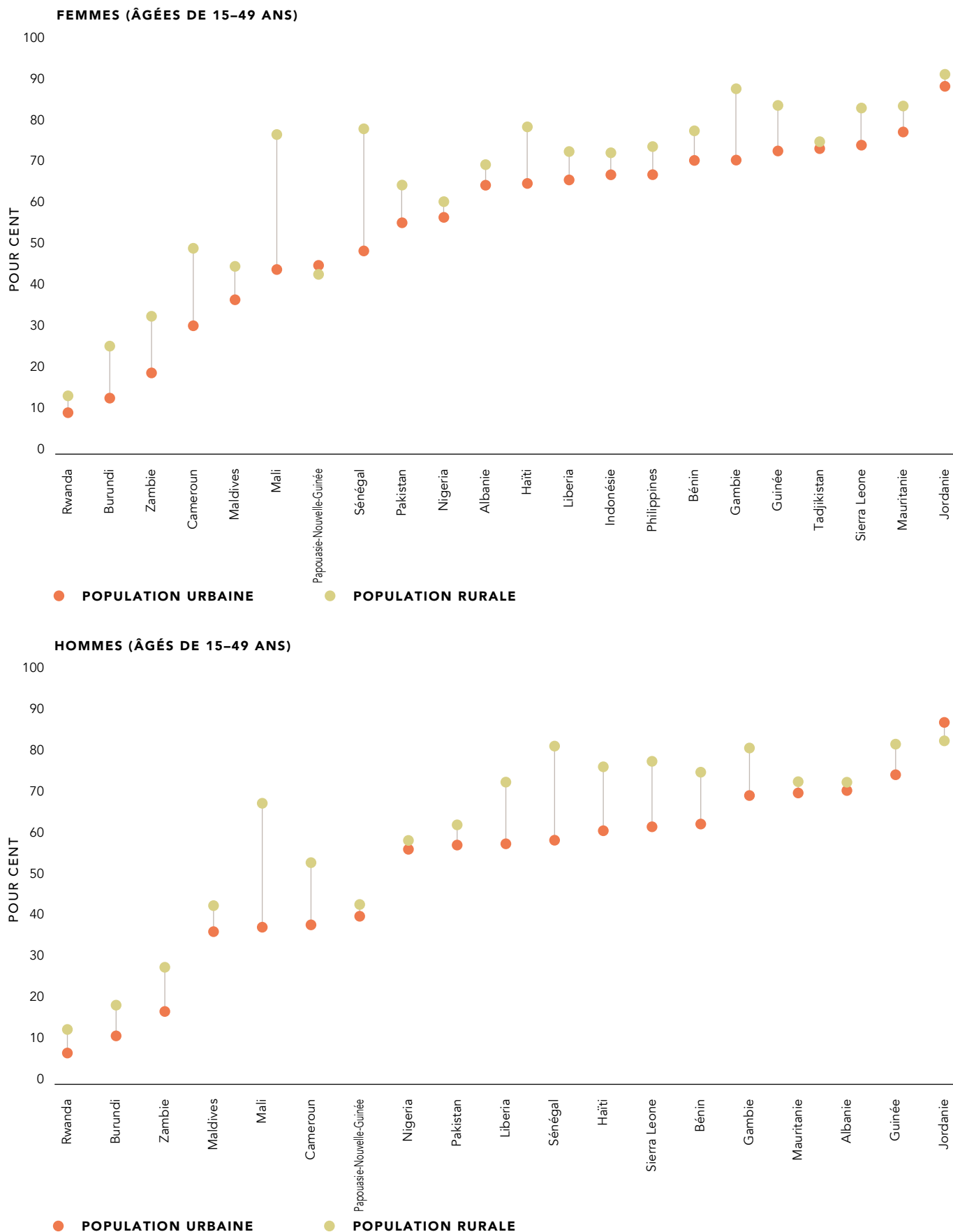
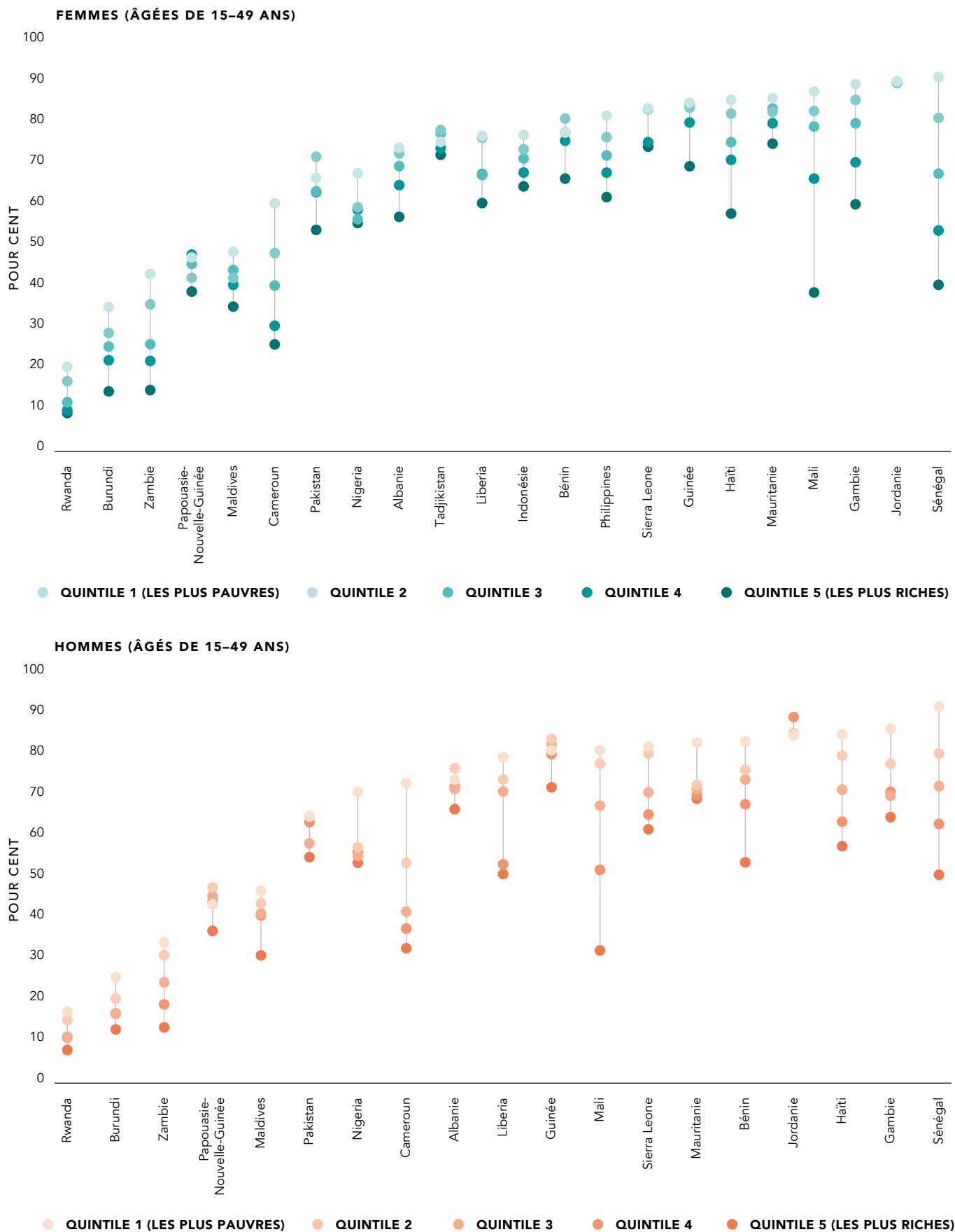


FIGURE 1.38 Pourcentage de personnes (âgées de 15 à 49 ans) signalant adopter des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, par sexe et par lieu de résidence, pays disposant de données disponibles, 2017-2021



Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

FIGURE 1.39 Pourcentage de personnes (âgées de 15 à 49 ans) signalant adopter des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, par sexe et par niveau de richesse, pays disposant de données disponibles, 2017-2021

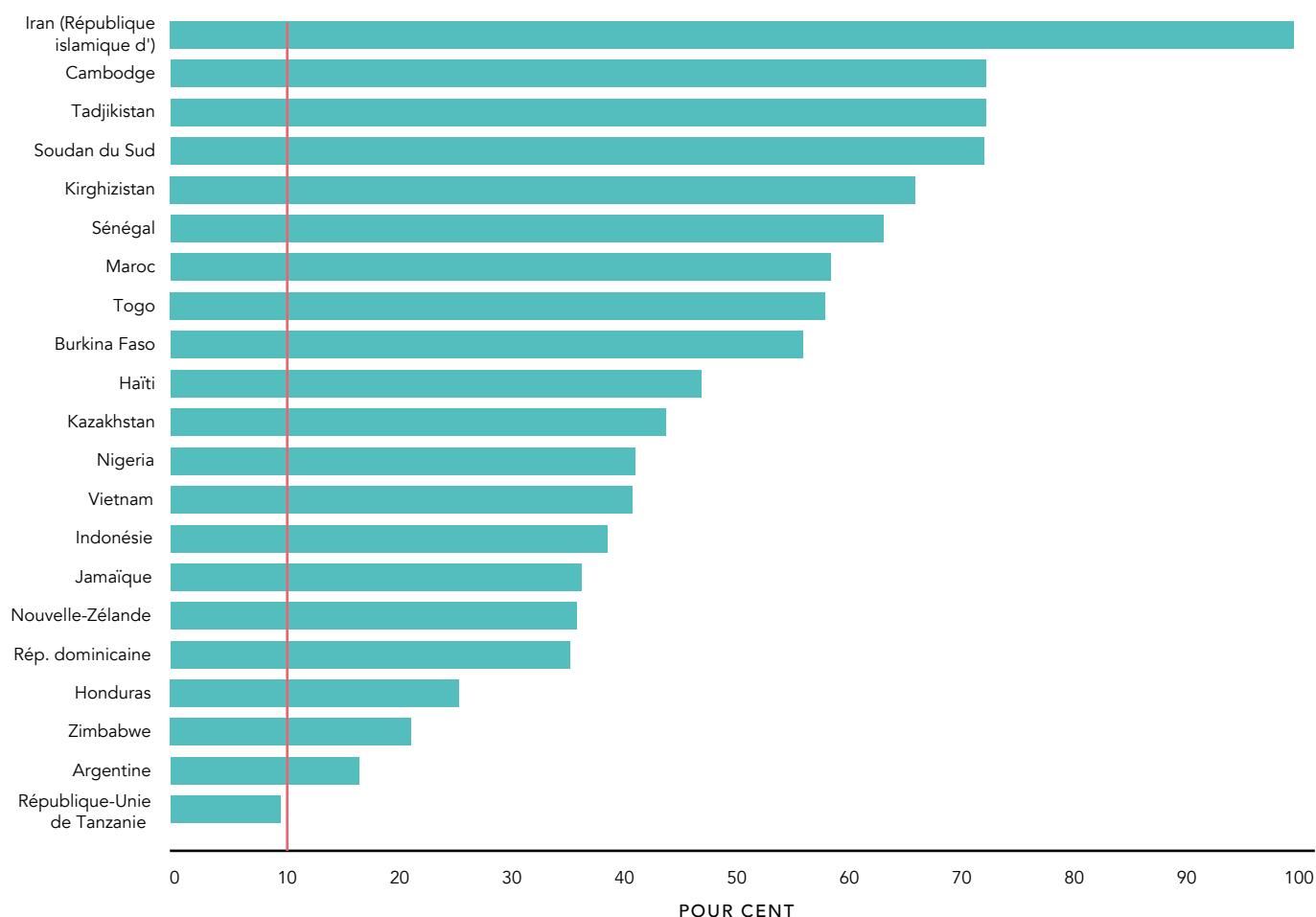


Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : MOINS DE 10 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH FONT ÉTAT D'UNE STIGMATISATION INTERNALISÉE D'ICI 2025.

La prévalence de l'auto-stigmatisation parmi les personnes vivant avec le VIH (c'est-à-dire le fait de déclarer avoir honte d'être séropositif) reste élevée dans de nombreux pays. Dans 20 des 21 pays disposant d'informations pertinentes issues des enquêtes de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH en 2018-2021, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant signalé une auto-stigmatisation a dépassé l'objectif de 10 % pour 2025 (figure 1.40). Dans neuf des 21 pays, plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH interrogées ont déclaré avoir honte d'être séropositives.

FIGURE 1.40 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui signalent une stigmatisation intériorisée, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



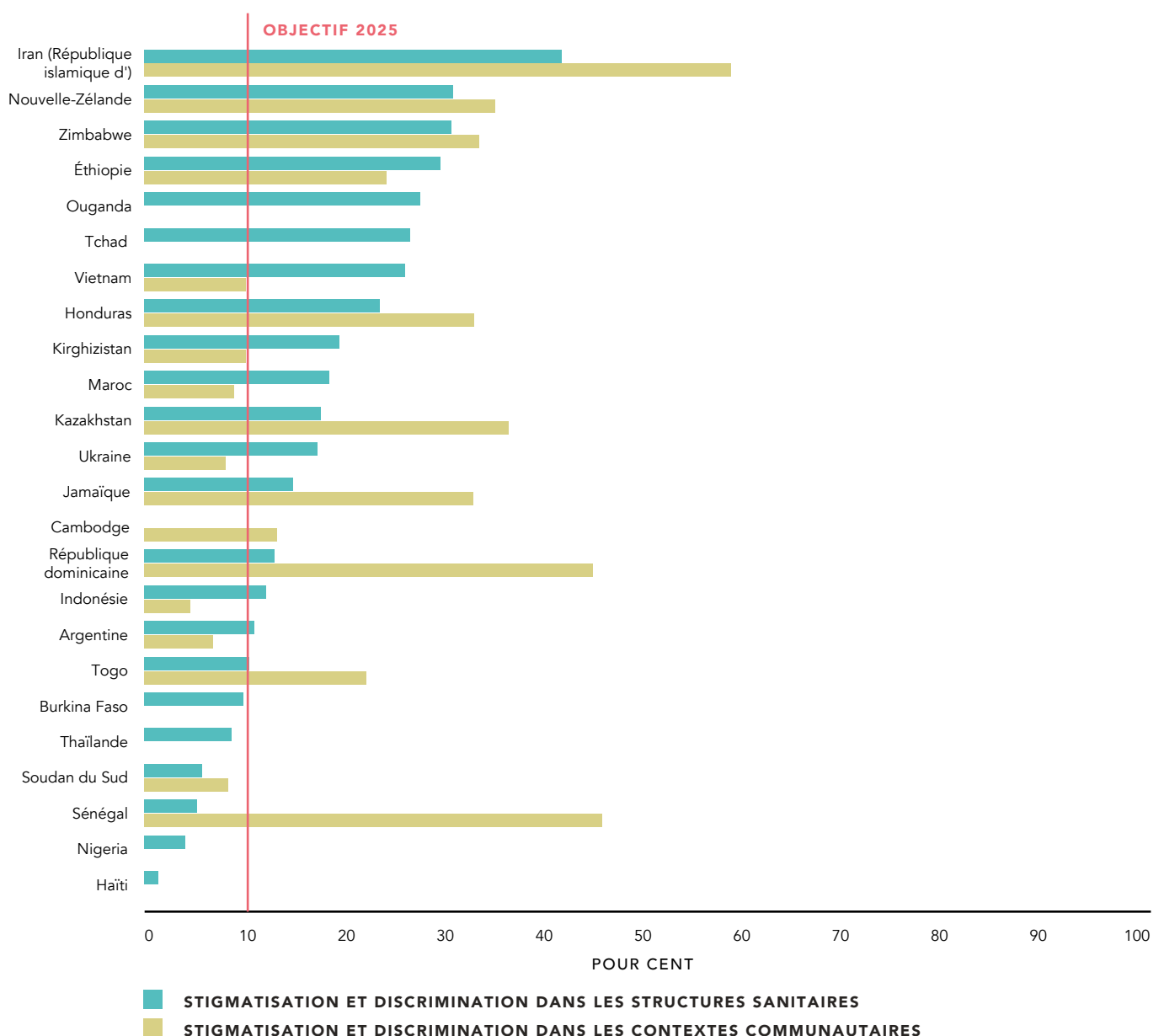
Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2018-2021.

Remarque : La stigmatisation intériorisée est mesurée par le nombre de personnes vivant avec le VIH qui déclarent avoir honte de leur séropositivité.

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : 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.

L'un des endroits les plus importants pour créer des atmosphères exemptes de stigmatisation est l'environnement des soins de santé et des communautés où les personnes vivant avec le VIH doivent se rendre pour obtenir des services et un soutien vitaux. Selon les enquêtes menées en 2017-2021, plus de 10 % des personnes vivant avec le VIH sont victimes de stigmatisation et de discrimination dans les milieux communautaires dans 13 des 18 pays et dans les milieux de soins de santé dans 17 des 23 pays (figure 1.41).

FIGURE 1.41 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont fait l'expérience de la stigmatisation et de la discrimination dans le cadre des soins de santé et de la communauté, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2018-2021



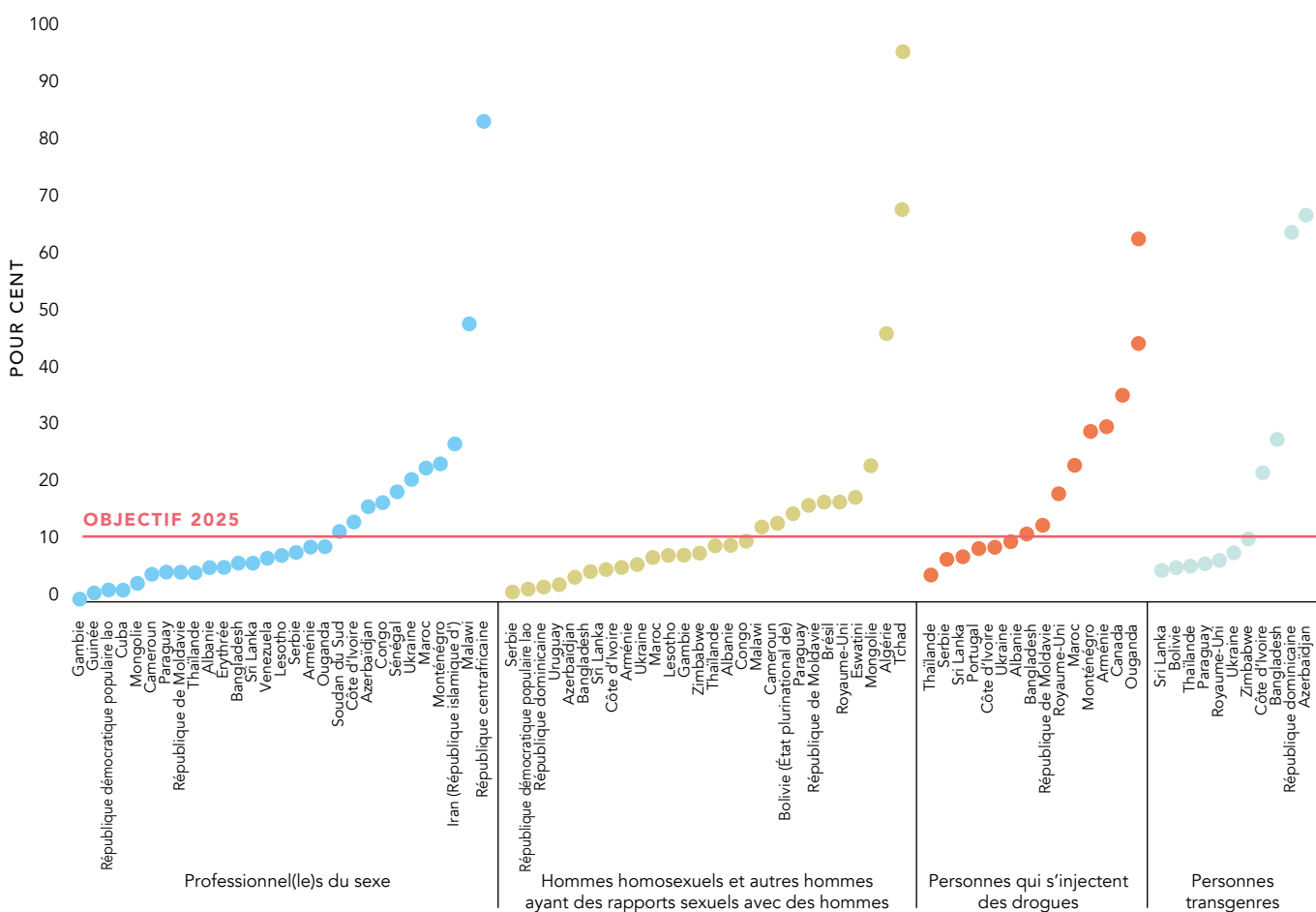
Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2018-2021.

Remarque : La stigmatisation et la discrimination dans les structures sanitaires comprennent l'expérience de l'une des situations suivantes en raison de la séropositivité au cours des 12 derniers mois : se voir refuser des soins en raison de la séropositivité, se voir conseiller de ne pas avoir de relations sexuelles, faire l'objet de commérages ou de propos négatifs, subir des violences verbales, subir des violences physiques, éviter les contacts physiques et faire part de sa séropositivité sans consentement. La stigmatisation et la discrimination dans les contextes communautaires comprennent l'expérience de l'une des situations suivantes en raison de la séropositivité au cours des 12 derniers mois : se sentir exclu des rassemblements ou activités sociales, se sentir exclu des activités religieuses ou des lieux de culte, se sentir exclu des activités familiales, se voir refuser un emploi ou une opportunité de travail, ou perdre une source de revenu ou un emploi.

Remarque : Les données sur la stigmatisation et la discrimination subies dans les établissements de soins de santé sont spécifiques aux services VIH uniquement en République dominicaine, au Nigeria, au Sénégal, au Sud-Soudan, au Togo, en Ouganda et au Zimbabwe.

La stigmatisation et la discrimination font partie des principaux obstacles que les populations clés doivent surmonter pour accéder à des services de santé de qualité. Parmi les populations clés, au moins 38 % des pays disposant de données d'enquête récentes ont indiqué que plus de 10 % des personnes interrogées évitent les soins de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination (Figure 1.42). Cette situation est particulièrement préoccupante chez les personnes qui s'injectent des drogues, où 67 % des pays déclarants ont déclaré que c'était le cas.

FIGURE 1.42 Populations clés ayant déclaré avoir évité des soins de santé au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



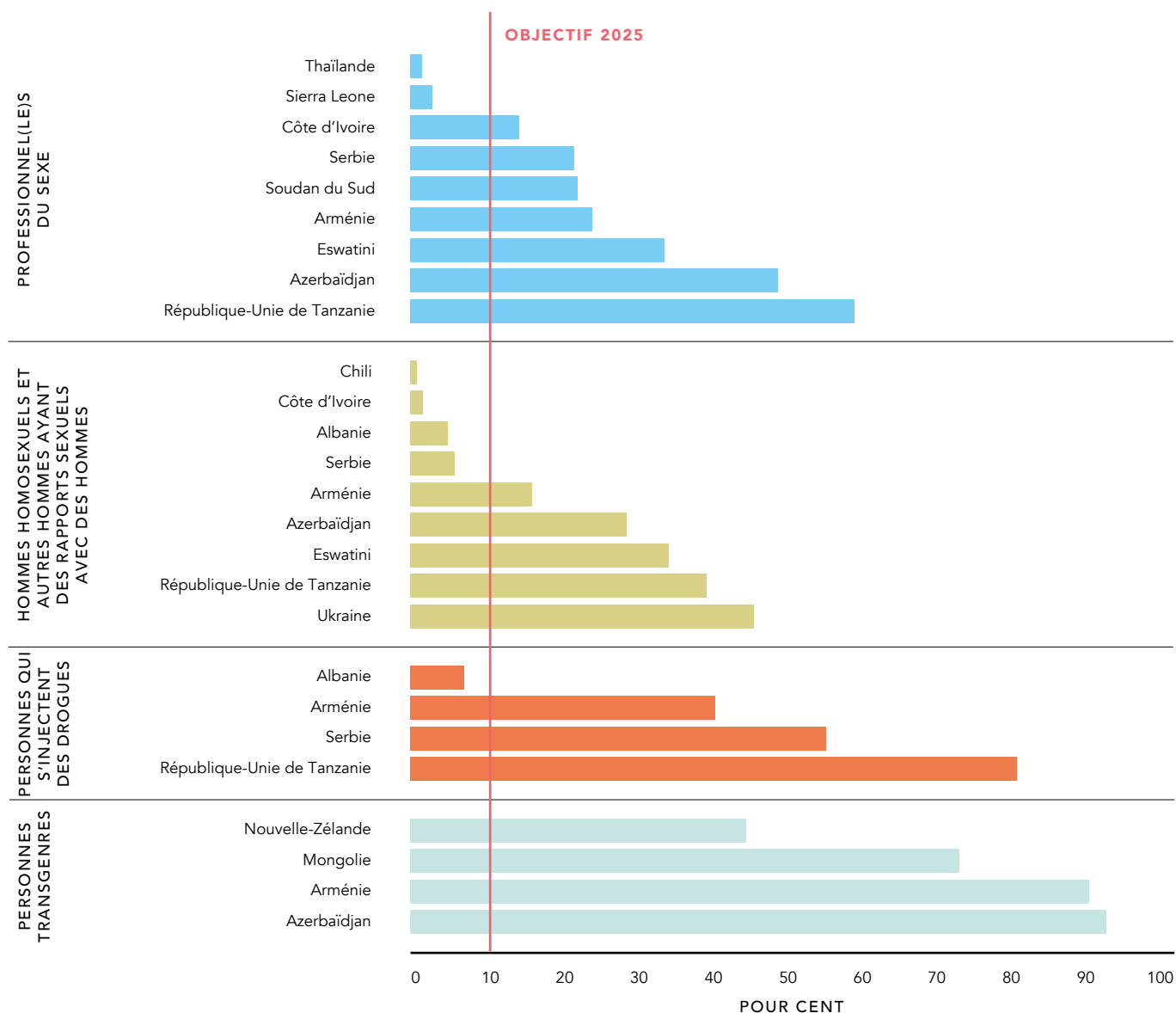
Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Remarque : La majorité des données présentées proviennent d'enquêtes, qui sont généralement menées dans des zones où des services sont disponibles et qui peuvent donc ne pas être totalement représentatives au niveau national.

SOUS-OBJECTIF DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : MOINS DE 10 % DES POPULATIONS CLÉS DÉCLARENT ÊTRE VICTIMES DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION D'ICI 2025.

Les données montrent des variations dans les niveaux de stigmatisation et de discrimination auxquels sont confrontées diverses populations clés, ce qui reflète la diversité des environnements sociétaux et juridiques dans les régions et les pays (Figure 1.43). Alors qu'une médiane de 16 % des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (neuf pays déclarants) et 22 % des professionnel(le)s du sexe (neuf pays déclarants) déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois, 47 % des personnes qui s'injectent des drogues (quatre pays déclarants) et 81 % des personnes transgenres (quatre pays déclarants) font état d'expériences similaires. Même dans les pays et les régions qui ont accompli de grands progrès pour mettre fin à leur épidémie de sida, la stigmatisation et la discrimination continuent d'entraver des progrès plus rapides et plus équitables. En outre, le manque de données disponibles sur les populations clés dans de nombreux contextes mine les efforts de plaidoyer et d'action programmatique fondés sur des preuves.

FIGURE 1.43 Pourcentage de populations clés qui déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination au cours des six derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



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

OBJECTIF 2025 :

INVESTIR DANS DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE SOLIDES, RÉSILIENTS, ÉQUITABLES ET FINANCÉS PAR DES FONDS PUBLICS, QUI FOURNISSENT À 90 % DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, EXPOSÉES AU RISQUE D'INFECTION OU AFFECTÉES PAR LE VIH DES SERVICES INTÉGRÉS CENTRÉS SUR LES PERSONNES ET ADAPTÉS AU CONTEXTE.

COUVERTURE DE SANTÉ UNIVERSELLE ET INTÉGRATION

Il est essentiel de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou risquant de le contracter tout au long de leur vie en leur fournissant des soins de santé axés sur les personnes, acceptables, accessibles, équitables, abordables et de qualité. Cela comprend tous les services connexes permettant de garantir le meilleur niveau possible de santé et de bien-être physique et mental, y compris la prévention et le traitement des comorbidités et des co-infections.

La charge croissante des maladies non transmissibles touche de manière disproportionnée les personnes vivant avec le VIH. Les maladies cardiovasculaires, la dépression, le diabète et le cancer sont particulièrement répandus parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : dans certains pays, jusqu'à la moitié des personnes ayant accès à un traitement contre le VIH vivent également avec des maladies non transmissibles (6). C'est pourquoi des efforts ont été déployés pour relier et intégrer les services de lutte contre les maladies non transmissibles à ceux de lutte contre le VIH et de gestion des comorbidités (7, 8).

Le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde, avec plus de 600 000 cas estimés et plus de 341 000 décès en 2020 (9). Il s'agit du cancer le plus fréquent chez les femmes vivant avec le VIH dans le monde et de la principale cause de décès par cancer chez les femmes d'Afrique subsaharienne : sur les quelque 110 000 femmes diagnostiquées chaque année avec ce cancer, environ 66 % en meurent (9–11).

Les femmes vivant avec le VIH ont six fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus, avec des formes souvent plus agressives et une mortalité plus élevée (12). Le cancer du col de l'utérus est une maladie évitable et curable, et il peut être éliminé en tant que problème de santé publique, mais les services nécessaires sont répartis et intégrés de manière inégale et inéquitable entre les pays et au sein de ceux-ci (10).

Les femmes vivant avec le VIH ont six fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus, avec des formes souvent plus agressives et une mortalité plus élevée.

La vaccination contre le papillomavirus humain (PVH) (à l'origine de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus) a progressé à l'échelle mondiale, mais les pays à revenu faible ou intermédiaire restent à la traîne, avec seulement trois filles sur dix vaccinées contre le PVH (contre neuf filles sur dix dans les pays à revenu élevé) (13). L'initiative Go Further – un partenariat entre le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEFPAR), l'Institut George W. Bush, l'ONUSIDA, Merck et Roche – a permis de réaliser 3,4 millions de dépistages du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH, qui ont été intégrés aux structures de soins du VIH dans 12 pays d'Afrique subsaharienne depuis 2018, avec un taux de traitement global de 71 % (14).

Sur les 80 pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont communiqué des données, 66 recommandent déjà le dépistage et le traitement intégrés du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH dans une stratégie ou une politique nationale. Cinquante-deux des 78 pays déclarants ont intégré le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus pour les femmes vivant avec le VIH dans leurs plans nationaux de lutte contre le sida (15).

Le cancer de l'anus (un autre cancer causé par le PVH) est plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale, et constitue le quatrième cancer le plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH. Un vaste essai clinique mené récemment aux États-Unis a révélé que le traitement des lésions précancéreuses de l'anus réduit de plus de la moitié le risque de développement d'un cancer de l'anus (16). Cela souligne encore plus la nécessité de services intégrés de soins pour le VIH et le cancer de l'anus pour les personnes vivant avec le VIH.

De même, les services de santé mentale doivent être plus systématiquement intégrés aux services de lutte contre le VIH. Une personne sur huit dans le monde vit avec un problème de santé mentale ; c'est la première cause d'années vécues avec un handicap dans le monde. Les troubles de la santé mentale sont plus répandus chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale, les femmes vivant avec le VIH étant sujettes à des taux particulièrement élevés de dépression et d'anxiété (17). Une récente étude systématique a montré que le risque de décès par suicide est 100 fois plus élevé chez les personnes vivant avec le VIH que dans la population générale (18).

La prévention et le traitement de la dépression et d'autres conditions et troubles de santé mentale peuvent également améliorer la rétention dans les soins et les résultats cliniques des personnes vivant avec le VIH (19, 20). Les associations entre le VIH et la santé mentale, et les facteurs de risque qui se chevauchent, ont suscité des appels en faveur de services de santé mentale et de lutte contre le VIH intégrés et centrés sur les personnes (7, 20, 21). Cependant, le traitement et les soins des troubles mentaux, neurologiques et de la toxicomanie sont encore rarement intégrés à d'autres services et soins essentiels, y compris pour le VIH (22).

Le manque de données disponibles ne permet souvent pas une évaluation actualisée de l'accès aux services intégrés de lutte contre le VIH parmi les personnes vivant dans des contextes humanitaires. Cependant, la croissance rapide des urgences humanitaires naturelles, induites par le climat et/ou les conflits est très préoccupante : en 2022, le nombre de personnes déplacées par la guerre, la violence, la persécution ou les violations des droits de l'homme a dépassé les 100 millions pour la première fois (23).

On estime que 1,8 milliard de personnes dans le monde, soit environ un quart de la population mondiale, vivent dans des zones touchées par des conflits (24). Les conflits ont des effets profonds sur la santé humaine et la capacité à répondre aux menaces contre la santé et le bien-être, comme l'exposition accrue au VIH. Les conflits entraînent fréquemment la destruction partielle ou totale des infrastructures de soins de santé, y compris la perte de professionnels de santé et la diminution de l'accès aux services de santé essentiels (25, 26). Par exemple, l'ONUSIDA et ses partenaires de recherche ont documenté la manière dont la migration forcée résultant d'un conflit, de persécutions ou de violations des droits de l'homme contribue à accroître la vulnérabilité personnelle et à entraver l'accès aux services essentiels (27). Dans les situations d'incertitude qui accompagnent l'effondrement de l'ordre social, on peut assister à une recrudescence des violences sexuelles liées aux conflits et à la transmission du VIH, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes. Les conflits civils rompent ou perturbent également les chaînes d'approvisionnement essentielles en médicaments, en produits diagnostiques et autres produits de santé (24).

OBJECTIF 2025 :

**VEILLER À CE QUE 90 %
DES PERSONNES VIVANT
DANS DES CONTEXTES
HUMANITAIRES AIENT
ACCÈS À DES SERVICES VIH
INTÉGRÉS.**

OBJECTIF 2025 :

**VEILLER À CE QUE, D'ICI
2025, 45 % DES PERSONNES
VIVANT AVEC LE VIH ET LE
SIDA, EXPOSÉES AU RISQUE
DE CONTAMINATION OU
AFFECTÉES PAR CES MALADIES,
AIENT ACCÈS AUX PRESTATIONS
DE PROTECTION SOCIALE.**

Les effets de la protection sociale peuvent être puissants, en particulier dans les contextes où les gens sont confrontés à de multiples menaces pour leur santé et leur bien-être. Elle s'attaque aux déterminants structurels de la santé, notamment la pauvreté, le manque d'éducation, le chômage et la désresponsabilisation (28, 29). Elle permet également aux gens de résister aux chocs de la vie et elle améliore le bien-être psychologique et augmente la quantité et la qualité de la nourriture disponible pour les bénéficiaires (30-34).

L'objectif de couverture de 45 % permettrait d'aligner l'accès des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH sur la couverture mondiale de la protection sociale, telle qu'estimée par l'OIT (35). La couverture de la protection sociale est plusieurs fois plus élevée dans les pays à revenu élevé qu'en Afrique subsaharienne (36).

Les études d'évaluation de l'impact du VIH sur la population (PHIA), qui ont été menées dans un nombre limité de pays, fournissent les données les plus complètes sur cet indicateur. Selon les enquêtes PHIA menées dans 12 pays à forte charge de VIH en 2015-2018, seules deux populations en Eswatini (adolescentes et jeunes femmes et orphelins et enfants vulnérables) et deux populations en Namibie (professionnelles du sexe et femmes vivant avec le VIH) ont une couverture d'au moins 45 % du soutien économique externe (figure 1.44). Au Malawi, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie, l'accès au soutien économique extérieur est beaucoup plus faible, avec une couverture inférieure à un tiers de l'objectif fixé pour 2025. Des données sur l'accès aux prestations de protection sociale des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le VIH sont nécessaires pour mieux estimer leur couverture sociale (37).



FIGURE 1.44 Prévalence estimée des ménages ayant bénéficié d'un soutien économique extérieur au cours des 12 derniers mois^a, par pays et groupe de population, 2015–2017



- POPULATION TOTALE (15-59 ANS)
- PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (FEMMES)
- PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH (HOMMES)
- HOMMES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES
- PROFESSIONNELLES DU SEXE (FEMMES)
- PROFESSIONNELS DU SEXE (HOMMES)
- ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES
- ORPHELINS ET ENFANTS VULNÉRABLES^b

^a L'aide économique extérieure combinée apportée au ménage au cours des 12 derniers mois comprend : la pension sociale ; l'aide matérielle ou financière pour le logement ; l'aide alimentaire fournie au ménage ou à une institution extérieure ; l'aide à la création de revenus en espèces ou en nature (par exemple, les intrants agricoles) ; l'aide matérielle à l'éducation (par exemple, les uniformes, les livres scolaires, l'éducation, l'aide à la scolarité et les bourses d'études) ; l'aide pour les frais de scolarité ; les transferts en espèces (par exemple, la pension, les allocations d'invalidité et les allocations familiales) ; et d'autres aides. Remarque : Les données pour l'Eswatini, la Namibie et le Rwanda se réfèrent aux trois derniers mois ; aucune variable sur 12 mois n'était incluse dans les ensembles de données. Dénominateur : Tous les adultes ≥ 15 ans interrogés inclus dans les définitions des groupes de population clés. Numérateur : Personnes ayant indiqué une couverture de protection sociale.

^b Soutien scolaire, social, matériel, émotionnel et médical combiné. Dénominateur : Enfants < 18 ans, à condition que l'enfant, la mère naturelle et/ou le père naturel aient été très malades pendant au moins trois mois au cours des 12 derniers mois (trop malades pour travailler ou faire des activités normales). Numérateur : Ceux qui ont indiqué avoir reçu une pension alimentaire au cours des 12 derniers mois.

Source : Évaluations de l'impact du VIH sur la population (PHIA), 2015-2017.

Remarque : Les estimations pour les professionnels du sexe au Malawi et en Zambie sont basées sur des observations de 25 à 49 personnes et doivent être interprétées avec prudence. Les résultats concernant les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnel(le)s du sexe (hommes et femmes) pour l'Eswatini sont supprimés car moins de 25 adultes de chaque groupe ont été identifiés dans l'enquête. Des tests d'association khi-carré de Rao-Scott tenant compte du plan d'échantillonnage complexe ont été calculés pour indiquer si les différences d'accès à la protection sociale différaient entre les femmes vivant avec le VIH et les autres femmes ne vivant pas avec le VIH, les hommes vivant avec le VIH et les autres hommes ne vivant pas avec le VIH, les professionnelles du sexe et les femmes non professionnelles du sexe, les professionnels du sexe et les hommes non professionnels du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes n'appartenant pas à ce groupe, les adolescentes et les jeunes femmes et les femmes de 25 ans ou plus. Les tests d'association khi-carré de Rao-Scott étaient significatifs à $\alpha = 0,10$ pour les adolescentes et les jeunes femmes par rapport aux femmes âgées de 25 ans et plus en Eswatini et pour les professionnel(le)s du sexe par rapport aux personnes qui n'étaient pas des professionnel(le)s du sexe (hommes et femmes) en République-Unie de Tanzanie.



El Hadj Diallo, patient et jardinier au CEPIAD, un centre de prise en charge intégrée de la toxicomanie à Dakar, Sénégal, 2021.

OBJECTIF 2025 :

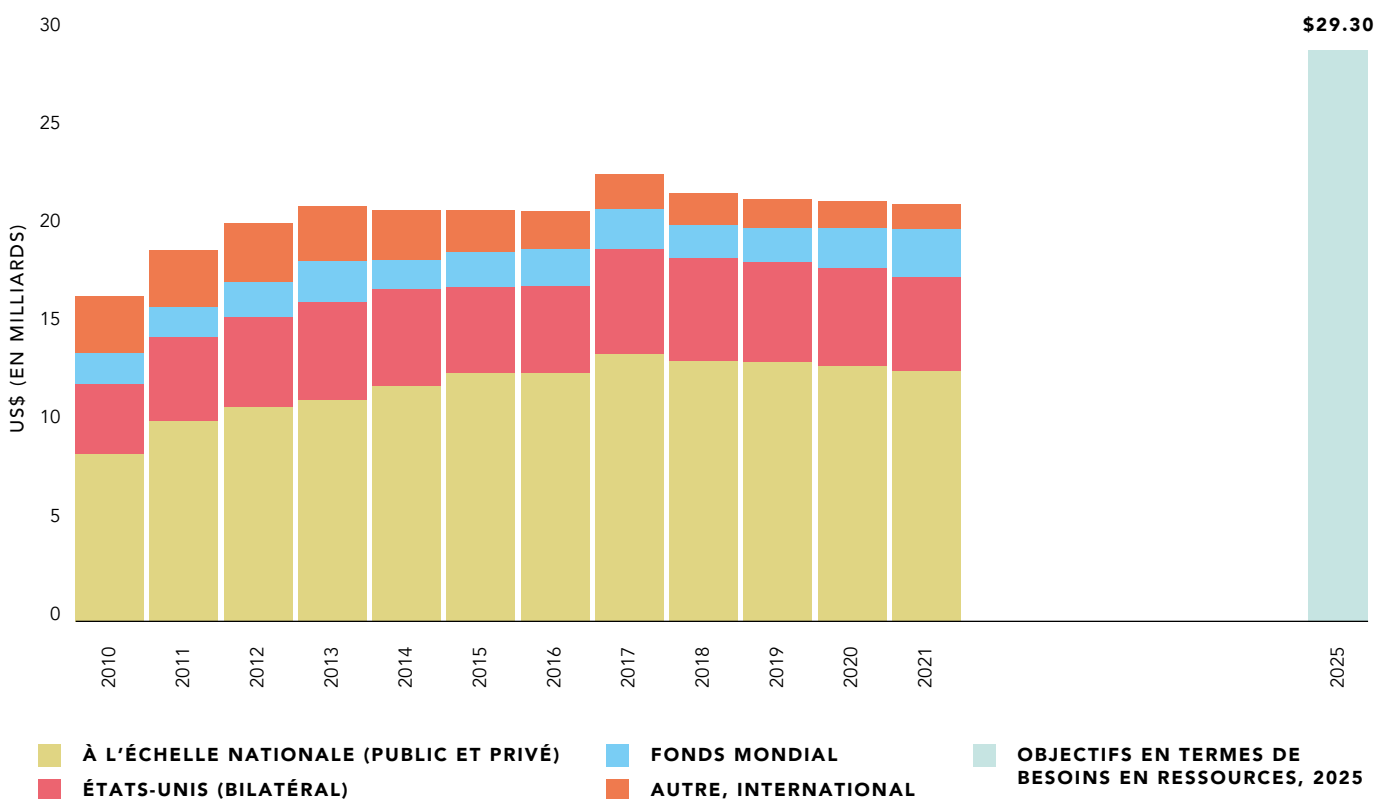
FINANCER PLEINEMENT LA RIPOSTE AU VIH EN PORTANT À 29 MILLIARDS DE DOLLARS US D'ICI 2025 LES INVESTISSEMENTS ANNUELS CONSACRÉS AU VIH DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE.

INVESTISSEMENTS ET RESSOURCES

Les fonds disponibles pour la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont continué à diminuer lentement malgré les engagements renouvelés pris par les États membres des Nations Unies dans la Déclaration politique sur l'élimination du sida de 2011. En 2021, 21,4 milliards de dollars US étaient disponibles, toutes sources confondues (figure 1.45), un chiffre inférieur de 27 % à l'objectif de mobilisation des ressources de 29,3 milliards de dollars US pour 2025. Les montants disponibles pour le VIH en 2021 étaient inférieurs de 1 % aux montants disponibles en 2020, poursuivant une tendance depuis 2017.

En 2021, les sources nationales représentaient 60 % des ressources disponibles pour les ripostes au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le financement bilatéral des États-Unis, le plus grand contributeur unique à la riposte mondiale au sida, est resté stable, alors que l'aide des autres donateurs bilatéraux a diminué de 81 % depuis la crise de la dette de l'euro en 2012-2013. Les ressources intérieures ont toutefois augmenté de 25 % au cours de la dernière décennie. Les allocations supplémentaires du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) aux pays pour préserver les services de lutte contre le VIH pendant la COVID-19 ont contribué à une modeste augmentation des dépenses liées au VIH disponibles auprès du Fonds mondial en 2021.

FIGURE 1.45 Disponibilité des ressources pour le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2010-2021 et objectif 2025



Source: UNAIDS financial estimates and projections, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>); Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. PLoS Med. 2021;18(10):e1003831.

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. Les pays inclus sont ceux qui ont été classés par la Banque mondiale en 2020 comme étant à revenu faible ou intermédiaire.

RÉFÉRENCES

1. Tenforde MW, Shapiro AE, Rouse B, Jarvis JN, Li T, Eshun-Wilson I et al. Treatment for HIV-associated cryptococcal meningitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(7):CD00564.
2. Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV. Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052178>).
3. Valencia J, Alvaro-Meca A, Troya J, Gutiérrez J, Ramón C, Rodríguez A et al. Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PLoS ONE*. 2020;15(3):e0230886.
4. Global State of Harm Reduction – 2021 Update. In: Harm Reduction International [Internet]. Harm Reduction International; c2022 (<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2021>).
5. The ILO global HIV discrimination in the world of work survey, 2021. Geneva: ILO; 2021.
6. Improving quality of life for communities living with HIV/AIDS, TB and Malaria. Briefing note. NCD Alliance; 2020 (<https://ncdalliance.org/resources/improving-quality-of-life-for-communities-living-with-hiv-aids-tb-and-malaria>).
7. The Global AIDS Strategy 2021–2026: end inequalities, end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021.
8. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021.
9. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71:209–49. doi:10.3322/caac.21660.
10. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020.
11. Jedy-Agba E, Joko WY, Liu B, Buziba NG, Borok M, Korir A et al. Trends in cervical cancer incidence in sub-Saharan Africa. *Br J Cancer*. 2020;123(1):148-54.
12. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Ibrahim Khalil A, Baussano I, Shah ASV et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):e161-e169.
13. WHO/IVB Database [database]. June 2022. Geneva: WHO; c2022 (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJljojNDIxZTFkZGUtMDQ1Ny00MDZkLThiZDktYWFYTDkOGU2NDcwlwidCl6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIslmMiQjh9>).
14. GoFurther: program-wide highlights. Go Further; May 2022 (https://gwbcenter.imgix.net/Publications/Resources/Go_Further_Highlights/2022_May/GoFurther_GlobalHighlights_v2_16_MAY_2022.pdf).
15. NCPI data, 2022.
16. Palefsky JM, Lee JY, Jay N, Goldstone SE, Darragh TM, Dunlevy HA et al. Treatment of anal high-grade squamous intraepithelial lesions to prevent anal cancer. *N Engl J Med*. 2022;386(24):2273-82.
17. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychy*. 2001;158(5):725-30.
18. Pelton M, Ciarletta M, Wisnousky H, Lazzara N, Manglani M, Ba DM et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatry*. 2021;34:e100247.

19. World Mental Health Report: transforming mental health for all. In: WHO.int [Internet]. Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>).
20. Integration of mental health and HIV interventions: key considerations. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_en.pdf).
21. 2022–2030 WHO global health sectors strategies for HIV, hepatitis and STIs. Geneva: WHO; 2022.
22. Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Smith CM, Von Isenburg M, Akimana B, Shakarishvili A et al. Mental health interventions for persons living with HIV in low- and middle-income countries: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(S2):e25722.
23. UNHCR: Global displacement hits another record, capping decade-long rising trend. In: UNHCR.org [Internet]. 16 June 2022. UNHCR; c2022 (<https://www.unhcr.org/en-us/news/press/2022/6/62a9d2b04/unhcr-global-displacement-hits-record-capping-decade-long-rising-trend.html>).
24. Building peace in fragile and conflict settings through health. Geneva; WHO; 2022 (<https://www.who.int/activities/building-peace-in-fragile-and-conflict-settings-through-health>).
25. A Decade of Destruction: Attacks on health care in Syria. In: International Rescue Committee [Internet]. 2 March 2021. International Rescue Committee; c2022 (<https://www.rescue.org/report/decade-destruction-attacks-health-care-syria-0>).
26. WHO records 100th attack on health care in Ukraine. In: WHO.int [Internet]. 7 April 2022. Geneva: WHO; c2022 (<https://www.who.int/news/item/07-04-2022-who-records-100th-attack-on-health-care-in-ukraine>).
27. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Lendeghem E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and the European Economic Area. *Lancet HIV* 2022;9:e428-e437.
28. Munodawafa D, Sookram C, Nganda B. A strategy for addressing the key determinants of health in the African region. Brazzaville: WHO, Regional Office for Africa; 2010.
29. Owusu-Addo E, Renzaho AMN, Smith BJ. The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Policy Plan.* 2018;33(5):675-96.
30. Handa S, Halpern CT, Pettifor A, Thirumurthy H. The Government of Kenya's cash transfer program reduces the risk of sexual debut among young people age 15–25. *PLoS ONE.* 2014;9(1):e85473.
31. Pettifor A, Wamoyi 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.
32. Schaefer R, Thomas R, Robertson L, Eaton JW, Mushati P, Nyamukapa C et al. Spillover HIV prevention effects of a cash transfer trial in East Zimbabwe: evidence from a cluster-randomised trial and general-population survey. *BMC Public Health.* 2020;20:1599.
33. Haushofer J, Shapiro J. The short-term impact of unconditional cash transfers to the poor: experimental evidence from Kenya. *Q J Econ.* 2016;131(4):973-2042.
34. Hidrobo M, Hoddinott J, Kumar N, Olivier M. Social protection, food security and asset formation. *World Dev.* 2018;101:88-103.
35. World social protection report. Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals, 2017–2019. Geneva: ILO; 2017

36. *SDG Indicator 1.3 [database]. United Nations Department of Economic and Social Affairs; c2022 (<https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>).*
37. *Chipanta D, Pettifor A, Edwards J, Giovenco D, Topazian HM, Bray RM. Access to social protection by people living with, at risk of, or affected by HIV in Eswatini, Malawi, Tanzania, and Zambia: results from population-based HIV impact assessments. AIDS Behav. 2022 Mar:1-11.*

UN NOUVEL ÉLAN EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION



Les nouvelles infections à VIH ont continué à diminuer dans le monde, mais l'année 2021 a enregistré la plus faible baisse de ces cinq dernières années. Dans certaines régions (notamment l'Europe orientale et l'Asie centrale, l'Amérique latine, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord) les tendances des nouvelles infections à VIH entre 2010 et 2021 vont dans la mauvaise direction. En outre, dans toutes les régions, les programmes de prévention sont incomplets, ne concernent pas les populations prioritaires ou sont de trop faible envergure pour avoir un impact décisif. Les obstacles les plus courants sont les suivants : leadership politique hésitant, manque de financement, mauvaise répartition des fonds et environnements juridiques et politiques obstructifs.

UNE PRÉVENTION DU VIH QUI FONCTIONNE DANS DIVERS CONTEXTES

Des pays aux épidémies et aux ressources diverses ont connu un succès marqué dans la réduction des infections à VIH chez les adultes grâce à des programmes de prévention combinés. Par exemple, alors que le Zimbabwe a enregistré une forte baisse des nouvelles infections chez les adultes dans les années 1990, en partie grâce à la promotion du préservatif, il a continué à réduire les nouvelles infections à VIH de plus de 70 % entre 2010 et 2021, tandis que l'expansion précoce des programmes destinés aux populations clés et l'augmentation de la couverture antirétrovirale en Côte d'Ivoire ont contribué à une baisse de 75 % des nouvelles infections à VIH chez les adultes entre 2010 et 2021. Au Malawi, les nouvelles infections à VIH ont diminué de 61 % au cours de la même période, car le pays a étendu le traitement du VIH en s'efforçant d'atteindre à la fois les femmes et leurs partenaires par le biais des soins prénatals, tandis que le Kenya a utilisé la même approche, ainsi qu'une couverture élevée des services de prévention parmi les populations clés, pour réduire de 48 % les nouvelles infections chez les adultes.

Dans d'autres régions, plusieurs pays ont obtenu une forte réduction des nouvelles infections à VIH en se concentrant sur les besoins des populations clés. Les nouvelles infections à VIH ont diminué de plus de 60 % entre 2010 et 2021 en Italie et au Vietnam, et d'environ la moitié au Sri Lanka. En Estonie, l'accès élargi aux services de réduction des risques a permis de réduire de 97 % les nouveaux diagnostics chez les personnes qui s'injectent des drogues entre 2007 et 2016.

Des programmes de prévention beaucoup plus étendus et équitables sont nécessaires pour les populations clés et leurs partenaires sexuels, qui représentent aujourd'hui plus de deux tiers des nouvelles infections à VIH dans le monde et plus de 90 % des nouvelles infections en dehors de l'Afrique subsaharienne. Les programmes doivent faire beaucoup mieux pour soutenir les services de lutte contre le VIH sensibles à la dimension de genre, y compris ceux destinés aux populations clés. Les interventions communautaires et dirigées par les communautés ont un énorme potentiel pour combler cette lacune, mais elles ne sont pas pleinement mises à profit.

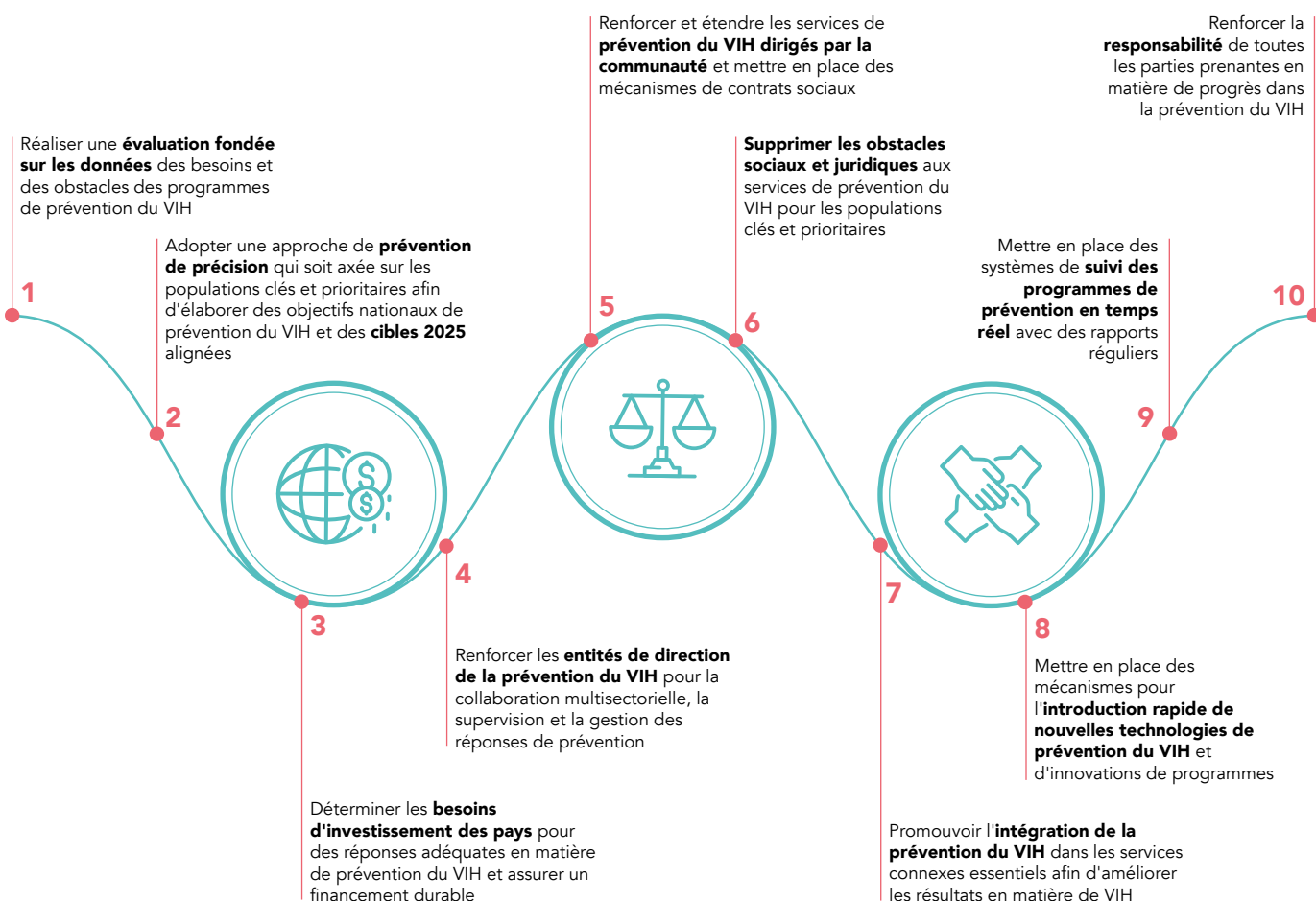
Quarante ans d'expérience nous ont appris que le VIH déjoue les raccourcis et les réponses descendantes. Les bonnes combinaisons de services doivent être disponibles aux bons endroits et accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin (voir encadré). Cela signifie qu'il faut donner la priorité aux interventions fondées sur des données probantes et sur les droits des personnes les plus exposées, respecter l'équité et l'efficacité, et réaffecter les investissements au détriment des interventions inefficaces et à faible impact. Il s'agit également d'élargir l'accès mondial aux nouvelles technologies de lutte contre le VIH, telles que les médicaments antirétroviraux injectables à longue durée d'action, en les rendant disponibles et abordables pour les personnes qui en ont le plus besoin. Cela ne peut se faire qu'en assurant un leadership plus résolu et un financement suffisant, en supprimant les obstacles juridiques et politiques, et en débarrassant les services de la stigmatisation et de la discrimination.

Il est également plus clair que jamais que les stratégies doivent éviter d'opposer la prévention au dépistage et au traitement, ou les interventions biomédicales aux interventions comportementales et structurelles. C'est lorsqu'elles sont utilisées en combinaison que ces approches ont le plus grand impact. Il est donc crucial de continuer à promouvoir et à renforcer la prévention primaire du VIH (1). Pour cela, il faut relancer les programmes de distribution de préservatifs, tirer le meilleur parti des interventions basées sur les médicaments antirétroviraux, y compris l'extension de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), et accroître la couverture des programmes de circoncision médicale masculine volontaire (CMMV) dans les pays prioritaires.

DIX ACTIONS QUI PEUVENT CHANGER L'ÉVOLUTION DE L'ÉPIDÉMIE DU VIH : LA FEUILLE DE ROUTE DE LA COALITION MONDIALE POUR LA PRÉVENTION DU VIH 2025

La nouvelle Feuille de route pour la prévention du VIH 2025 présente les actions qui permettront aux pays de se rapprocher des objectifs de prévention du VIH d'ici 2025 (2). Elle montre comment les pays peuvent réformer leurs ripostes nationales en matière de prévention, donner la priorité aux bonnes combinaisons d'interventions pour leurs contextes et concentrer les programmes là où ils sont le plus nécessaires. La feuille de route 2025 s'articule autour de dix actions prioritaires (figure 2.1) qui décrivent les mesures essentielles que les pays doivent prendre pour atteindre les objectifs de prévention fixés pour 2025.

FIGURE 2.1 Plan en 10 points de la feuille de route de la prévention du VIH pour 2025



Source : Feuille de route de la prévention du VIH pour 2025 : Se mettre sur la voie de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Genève : Coalition mondiale pour la prévention du VIH ; 2022 [à venir].

La Feuille de route 2025 décrit une approche de précision de la prévention en utilisant des informations granulaires sur l'incidence du VIH, les risques et les vulnérabilités afin de cibler les programmes de prévention pour obtenir un maximum de résultats. Conformément à cette approche, la Feuille de route 2025 met l'accent sur des programmes de prévention à fort impact pour les populations clés et prioritaires, sur l'utilisation de plateformes de services de confiance et sur des actions qui réduisent les inégalités d'accès à la prévention du VIH. Il faut pour cela que les outils de prévention du VIH qui ont fait leurs preuves soient plus largement disponibles et utilisés, de même que les nouveaux outils (tels que la PrEP vaginale et la PrEP injectable à longue durée d'action) et les nouvelles approches (telles que la sensibilisation via des plateformes en ligne et d'autres services virtuels). Elle souligne également l'importance du leadership politique, d'une gestion saine et d'une attention renouvelée à la responsabilité mutuelle entre les gouvernements, les communautés et les responsables de la mise en œuvre.



Lilian Namiiro, professionnelle du sexe ougandaise, milite et plaide pour la prévention du VIH. La prévention du VIH pour les populations clés et prioritaires a fait l'objet d'une urgence et d'une attention sans précédent dans la nouvelle stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026.

TIRER PLEINEMENT PROFIT DES PRÉSERVATIFS ET DES LUBRIFIANTS

Les préservatifs restent la méthode la plus largement utilisée pour prévenir le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), ainsi que les grossesses non désirées (3). Ils sont peu coûteux et rentables : selon le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le coût d'un préservatif masculin est inférieur à 0,03 USD, tandis que pour un préservatif féminin, il est d'environ 0,30 USD (4). Le préservatif est également une méthode de prévention connue de la plupart des gens. On estime que l'utilisation accrue du préservatif depuis 1990 a permis d'éviter 117 millions de nouvelles infections à VIH dans le monde (5).

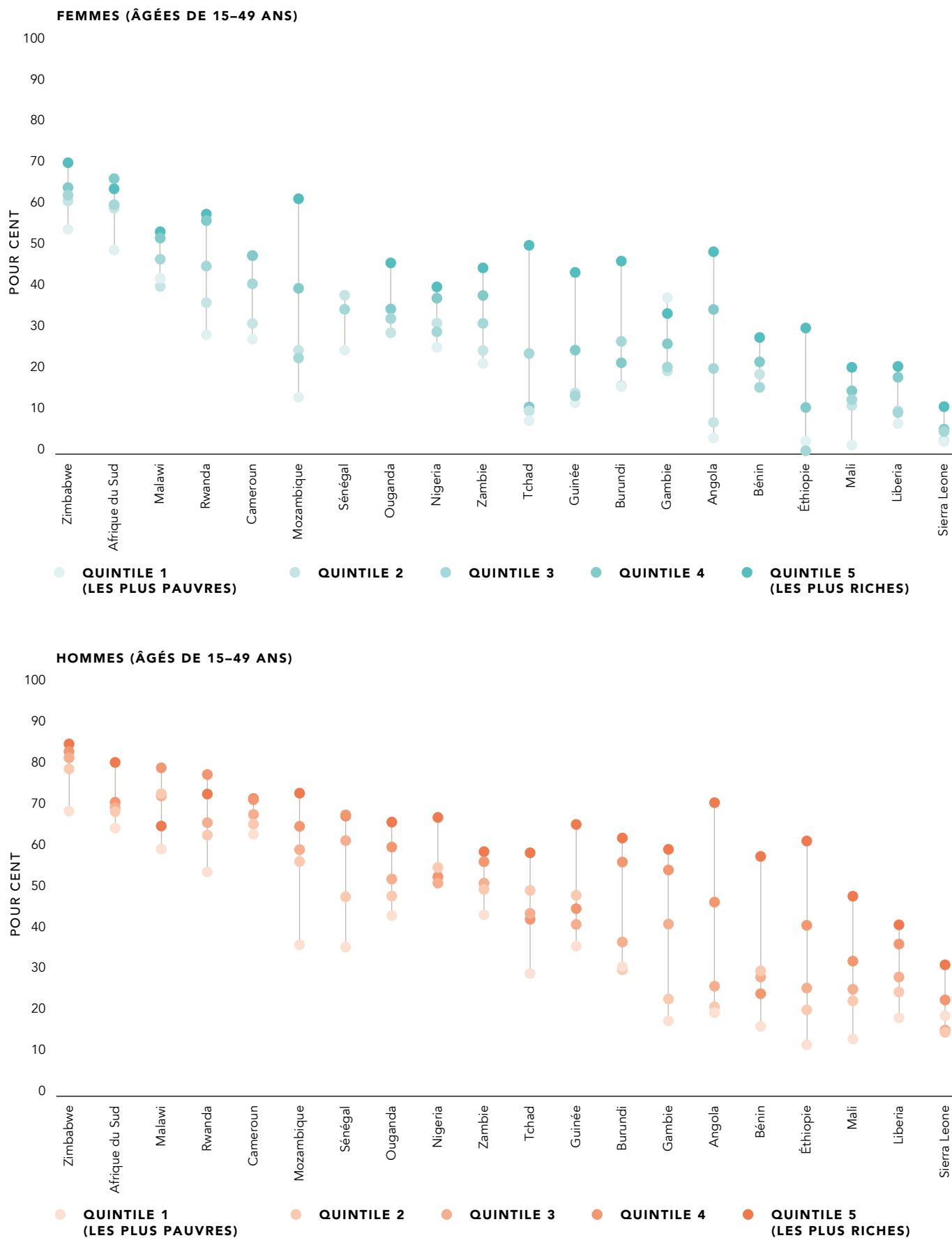
Pourtant, plusieurs décennies après le début de l'épidémie de VIH, le monde n'a toujours pas pris pleinement conscience des nombreux avantages de cette méthode de prévention. Les écarts et les inégalités en matière d'accès et d'utilisation des préservatifs persistent, et ils se creusent dans plusieurs pays dans un contexte de réduction des investissements dans les programmes de préservatifs. Les programmes de marketing social des préservatifs ne sont plus financés en Afrique subsaharienne ; la disponibilité et la promotion insuffisantes des préservatifs restent donc un obstacle majeur (6).¹

Dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles, l'utilisation du préservatif tend à être plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation élevé (figures 2.03a). Cependant, des pays comme le Malawi, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe montrent que les inégalités de richesse et d'éducation ne freinent pas nécessairement les programmes de préservatifs. Au Zimbabwe, par exemple, l'utilisation du préservatif, même chez les hommes les plus pauvres, est plus élevée que chez leurs homologues les plus riches dans de nombreux autres pays d'Afrique subsaharienne. Le programme de préservatifs du Zimbabwe a bénéficié d'un financement constant et est fortement décentralisé, utilisant une approche de « marché total » qui s'appuie sur les forces respectives des secteurs du marketing public et social pour atteindre les personnes dans différents contextes socio-économiques (7).

En Afrique subsaharienne, les programmes de marketing social de préservatifs ne sont plus financés.

¹ La pandémie de COVID-19 a également eu un impact : la demande mondiale de préservatifs aurait chuté de 40 % au cours de la première année de la pandémie, lorsque de nombreux gouvernements ont suspendu ou réduit les programmes de distribution de préservatifs. La demande est repartie à la hausse en 2021. Voir : Kumar PP. Malaysia's Karex: COVID lockdowns dented condom demand. Dans : Financial Times [Internet]. 10 janvier 2022. The Financial Times; c2022 (<https://www.ft.com/content/7c-d804e0-62d9-4eee-9cfe-be8af763b114>).

FIGURE 2.2 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire non régulier, par sexe et quintile de richesse, pays sélectionnés, 2015-2020



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

11

**PAYS SUR 83 RAPPORTENT
UNE UTILISATION DU
PRÉSERVATIF <50 % LORS
DU DERNIER RAPPORT
SEXUEL CHEZ LES
PROFESSIONNEL(LE)S DU
SEXE**

L'UTILISATION DU PRÉSERVATIF PARMI LES POPULATIONS CLÉS

La discrimination, le harcèlement et les lois punitives rendent particulièrement difficile l'accès et l'utilisation de préservatifs par les membres des populations clés, malgré leur risque plus élevé d'infection à VIH. Les lois punitives limitent la capacité des professionnel(le)s du sexe à négocier l'utilisation du préservatif avec les clients : il n'est pas rare que la police considère la possession de préservatifs et de lubrifiants comme une « preuve » du commerce du sexe et un motif de harcèlement, de corruption, d'arrestation ou de violence (8, 9).

Parmi les populations clés, l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel tend à être plus fréquente chez les professionnel(le)s du sexe (>90 % dans 24 des 83 pays ayant fourni des données récentes), bien qu'elle reste étonnamment peu fréquente dans certains endroits (70 % dans 25 des 82 pays ayant fourni des données à 70 % chez les personnes qui s'injectent des drogues, tandis que l'utilisation du préservatif chez les personnes transgenres varie de >70 % dans 19 des 39 pays ayant fourni ces données à <50 % dans neuf pays.

Il est manifestement nécessaire de relancer la distribution gratuite à grande échelle de préservatifs et de lubrifiants aux populations prioritaires qui en ont le plus besoin, notamment dans les zones rurales (12). Ces efforts porteront leurs fruits s'ils s'accompagnent d'une modification de la législation et des pratiques policières afin de faciliter l'obtention, le transport et l'utilisation des préservatifs en cas de besoin.



Sihle Mkhize, jeune ambassadeur, s'adresse à des jeunes filles (âgées de 12 à 17 ans) qui participent à un atelier sur la contraception et la prévention du VIH à la clinique Inanda Seminary dans le township d'Inanda, au nord de Durban, en Afrique du Sud, le 20 décembre 2021.

MAXIMISER L'IMPACT PRÉVENTIF DU TRAITEMENT

En plus de sauver des vies, le traitement antirétroviral est un outil puissant pour prévenir les infections à VIH, bien que son potentiel ne soit pas encore pleinement exploité. Les services de dépistage ne sont pas accessibles ou sont peu pratiques pour un grand nombre de personnes vivant avec le VIH, en particulier les personnes appartenant à des populations marginalisées et les hommes, qui continuent d'être moins susceptibles de connaître leur statut que les femmes vivant avec le VIH (voir chapitre 1). En outre, l'interruption du traitement chez les personnes qui parviennent à commencer un traitement antirétroviral devient une lacune de plus en plus importante dans la chaîne des services de prévention, de dépistage et de traitement.

Les programmes de dépistage et de traitement se sont remis des perturbations subies au début de la pandémie de COVID-19 (13). Cependant, ils sont également confrontés à d'autres difficultés plus durables. Des environnements juridiques et sociaux hostiles mettent le dépistage et le traitement hors de portée de nombreux membres des populations clés : le recours aux services peut être une expérience intimidante et frustrante pour ces personnes, ainsi que pour de nombreux jeunes et hommes en général. La couverture du traitement est sensiblement plus faible pour les enfants que pour les adultes, et elle est également plus faible pour les hommes adultes que pour les femmes adultes (voir chapitre 1). Il est essentiel de combler ce fossé, tant pour l'équité que pour briser le cycle de la transmission du VIH (14).

La couverture du traitement est sensiblement plus faible pour les enfants que pour les adultes, et elle est également plus faible pour les hommes adultes que pour les femmes adultes.

Presque tous les pays ont encore des possibilités inexploitées de tirer parti de l'utilisation du dépistage du VIH comme point d'entrée pour la prévention, et de l'utilisation de la prévention du VIH comme point d'entrée pour le dépistage et le traitement. Des services différenciés, adaptés aux épidémies locales et aux besoins des populations touchées, constituent une partie importante de la solution. Il s'agit notamment des tests menés par la communauté, de l'auto-dépistage, du transfert des tâches, de la décentralisation et des activités basées sur les pairs. Ces approches placent les personnes au centre, facilitent l'allocation efficace des ressources et peuvent améliorer la qualité et les résultats du traitement et des soins du VIH. En particulier, les interventions menées par les communautés sont cruciales pour garantir que les populations clés puissent accéder au traitement du VIH et en bénéficier pleinement. Les programmes de lutte contre le VIH (et les autres programmes de santé) peuvent également faire un usage plus systématique des innovations qui ont contribué à soutenir les services de traitement pendant la pandémie de COVID-19, notamment le recours plus large à l'auto-dépistage du VIH, la délivrance sur plusieurs mois de médicaments antirétroviraux et l'utilisation de plateformes numériques et d'espaces de rencontre virtuels pour le conseil et le soutien.

9,7

MILLIONS [5,2 MILLIONS-15,1 MILLIONS] DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH NE RECEVAIENT PAS ENCORE DE TRAITEMENT EN 2021

LE POTENTIEL INEXPLOITÉ DE LA PRÉVENTION BASÉE SUR LES ANTIRÉTROVIRAUX

Les antirétroviraux sont un élément essentiel et très efficace de la prévention combinée lorsqu'ils sont utilisés pour le traitement antirétroviral, la PrEP ou la prophylaxie post-exposition (PEP). Un accès complet et équitable à ces puissants outils de prévention du VIH permettra au monde de se rapprocher de l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

L'expansion massive du dépistage du VIH et de l'accès à des médicaments antirétroviraux améliorés depuis le début des années 2000 a sauvé des millions de vies et contribue à prévenir d'innombrables nouvelles infections à VIH, notamment en réduisant fortement la transmission verticale du VIH. L'utilisation soutenue de régimes de traitement efficaces contre le VIH permet aux personnes de réduire leur charge virale à des niveaux indétectables et d'arrêter ainsi la transmission sexuelle (15). L'anneau vaginal à la dapivirine constitue un autre choix de prévention pour les femmes qui présentent un risque important d'infection à VIH. Depuis que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé sous conditions sa mise à disposition en janvier 2021, l'Autorité de contrôle des médicaments du Zimbabwe et l'Autorité sud-africaine de réglementation des produits de santé ont approuvé l'utilisation de l'anneau vaginal dans leur pays (16, 17). Le suivi à long terme des personnes séropositives qui ont une charge virale indétectable montre que la suppression virale est rarement perdue, ce qui souligne la validité du message « indétectable = intransmissible », et l'utilisation de plus en plus répandue des antirétroviraux en tant que PrEP entraîne une forte réduction de l'incidence du VIH dans certains contextes (18).

Mais les progrès sur ces fronts sont très inégaux, et de nombreuses lacunes subsistent. En 2021, 9,7 millions [5,2 millions-15,1 millions] de personnes vivant avec le VIH ne recevaient pas encore le traitement qui peut protéger leur santé et, s'il est bien suivi, empêcher la transmission du virus.

SWING (Service Workers in Group) travaille avec des professionnel(le)s du sexe de tous les sexes, de toutes les cultures et de toutes les nationalités dans trois centres d'accueil dirigés par des pairs, des « points chauds » touristiques en Thaïlande.



LES INÉGALITÉS BIAISENT L'ACCÈS À LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION ORALE

Une décennie s'est écoulée depuis que l'OMS a recommandé pour la première fois l'utilisation de la PrEP orale comme option de prévention pour les personnes présentant un risque élevé d'infection à VIH. Malgré certaines perturbations dues à la COVID-19, l'utilisation de la PrEP orale a continué à augmenter (figure 2.3), avec environ 1,6 million de personnes dans au moins 86 pays qui en bénéficieront au moins une fois en 2021. Des adaptations telles que la distribution sur plusieurs mois, les activités de création de la demande virtuelle et la prestation de services décentralisée, communautaire et virtuelle ont coïncidé avec une augmentation de 157 % du nombre de personnes ayant initié la PrEP dans 21 pays entre avril 2020 et mars 2021 (par rapport à la même période un an plus tôt).^{2,3}

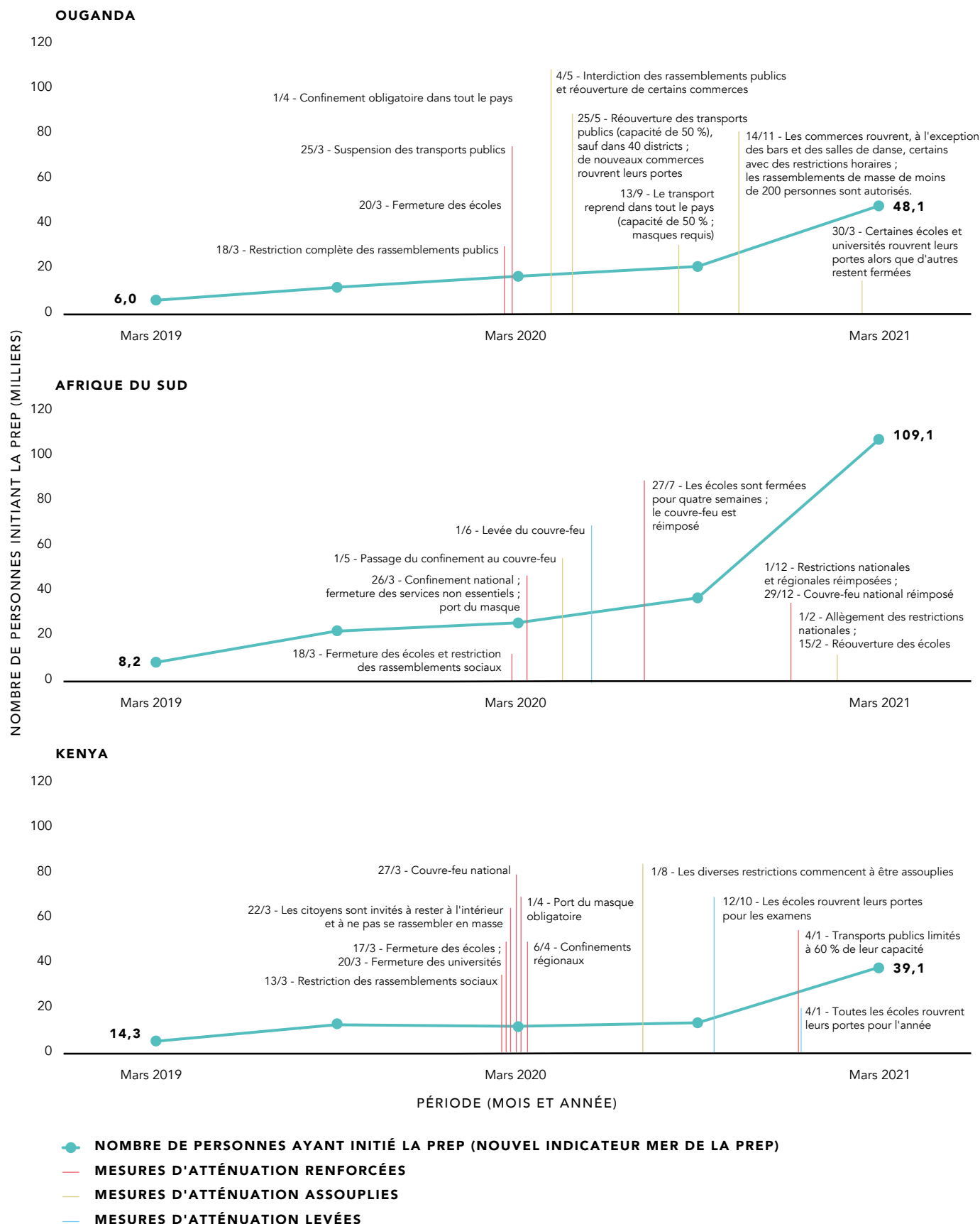
Dans ces 21 pays, dont la plupart se trouvent en Afrique subsaharienne, le nombre total de personnes utilisant la PrEP est passé d'un peu plus de 233 000 l'année précédant la pandémie de COVID-19 à près de 600 000 la première année de la pandémie (19).⁴



Clinique du Centre de recherche sur la santé sexuelle et le VIH/sida du Zimbabwe (CeSHHAR Zimbabwe), Mutare, Zimbabwe, 6 novembre 2019.

- 2 Les utilisateurs ont pu initier la PrEP grâce à des programmes soutenus par le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR).
- 3 Les 21 pays financés par le PEPFAR sont : l'Afrique du Sud, le Botswana, le Cameroun, la République démocratique du Congo, la République dominicaine, l'Eswatini, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, le Rwanda, la République-Unie de Tanzanie, la Thaïlande, l'Ouganda, l'Ukraine, le Vietnam, la Zambie et le Zimbabwe.
- 4 Les exceptions étaient la République dominicaine, la Thaïlande, l'Ukraine et le Vietnam.

FIGURE 2.3 Utilisation de la prophylaxie pré-exposition (PrEP), par pays et par période de référence, avec certaines stratégies d'atténuation de la COVID-19

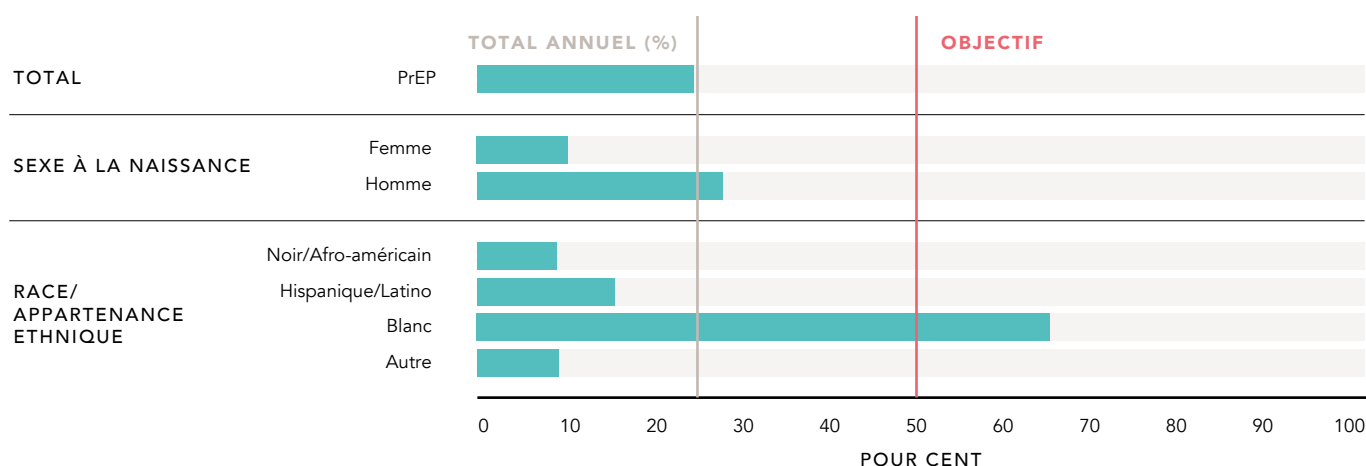


Source: Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries. PLoS One. 2022;17(4):e0266280.

Étant donné que la décision d'utiliser la PrEP appartient à l'individu et ne doit pas être négociée avec un partenaire, elle a un énorme potentiel pour aider à réduire les infections au VIH parmi les populations clés partout dans le monde et les filles et les femmes en Afrique subsaharienne. Une couverture et une utilisation élevées de la PrEP orale grâce à un déploiement à grande échelle ont permis de réduire considérablement les nouvelles infections à VIH dans certains pays à revenu élevé (notamment en Australie, en Angleterre et en Écosse, ainsi que dans certaines villes des États-Unis) au-delà des contributions du traitement du VIH, en particulier chez les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (17-23).

Cependant, l'accès à la PrEP orale reste beaucoup trop faible pour qu'elle puisse influencer sur le cours de l'épidémie mondiale. Malgré des augmentations récentes, l'utilisation de la PrEP orale est concentrée dans plusieurs pays à revenu élevé et dans cinq pays d'Afrique subsaharienne : l'Afrique du Sud, le Kenya, le Nigeria, l'Ouganda et la Zambie. Dans les pays à revenu élevé, les disparités raciales et socio-économiques faussent la connaissance et l'utilisation de la PrEP (24-26).

FIGURE 2.4 Couverture de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) en 2020 (pandémie de COVID-19) chez les personnes âgées de 16 ans et plus, par caractéristiques sélectionnées, États-Unis et Porto Rico



Source : HIV Surveillance Report. 2020. Vol. 33. Atlanta (GA) : Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis) ; 2022 (<https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance/vol-27-no-3/content/national-profile.html>).

**22-
60 %**

LES GROUPES DE SOUTIEN DE LA PREP, BASÉS DANS DES CENTRES D'ACCUEIL À NAIROBI (KENYA), ONT CONTRIBUÉ À AMÉLIORER L'ADHÉSION ET LA RÉTENTION À LA PREP CHEZ LES PROSTITUÉES, DE 22 % À 60 % APRÈS 12 MOIS

RENDRE LA PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION EFFICACE POUR TOUS CEUX QUI EN ONT BESOIN

Parvenir à une utilisation large et efficace de la PrEP peut être un défi. Il est essentiel de renforcer la sensibilisation et les connaissances des utilisateurs potentiels, notamment par le biais des réseaux sociaux, car la PrEP doit être normalisée en tant qu'option efficace de prévention du VIH. Il s'agit notamment d'en favoriser la compréhension et l'acceptabilité au sein des différentes communautés afin de réduire la stigmatisation associée à son utilisation (27). Mais surtout, il faut un financement prévisible et à grande échelle pour que la PrEP devienne une option réaliste et accessible à un plus grand nombre de personnes qui en ont besoin. Il s'agit d'un défi particulier dans les pays à revenu intermédiaire qui comptent un grand nombre de populations clés, mais où le financement des donateurs est fortement rationné.

Lorsque la PrEP est disponible, l'utilisation appropriée de méthodes de prestation de services différenciées (comme les pairs, les infirmières ou les pharmaciens) aidera les gens à tirer le meilleur parti de cette option de prévention (28). L'accès à la PrEP sera plus facile si les services sont conçus et proposés de manière flexible pour s'adapter aux besoins et à la vie des utilisateurs potentiels (par exemple, en utilisant des lieux et des heures d'ouverture pratiques). Les services de PrEP peuvent également être décentralisés et liés à d'autres services et soutiens communautaires capables de fournir les types de services différenciés dont les gens ont besoin et qu'ils utilisent. Par exemple, des groupes de soutien à la PrEP basés dans des centres d'accueil à Nairobi, au Kenya, ont contribué à améliorer l'adhésion et la rétention à la PrEP chez les prostituées, de 22 % à 60 % après 12 mois (29). L'Afrique du Sud et le Vietnam ont mis en place des cliniques mobiles de PrEP ; dans d'autres pays, les centres d'accueil communautaires ont été des points de service importants. Des adaptations telles que la distribution sur plusieurs mois, l'utilisation des technologies de l'information et le rôle plus important des organisations communautaires ont toutes été essentielles pour augmenter la couverture de la PrEP, et l'intégration de ces adaptations dans la prestation de services de routine permettra de toucher davantage de personnes (19). Quelle que soit la stratégie adoptée, il est toutefois crucial de reconnaître que la PrEP n'est pas une intervention isolée : il est préférable de la proposer dans le cadre d'un ensemble de services liés au VIH et à la santé sexuelle.

Il convient également d'éliminer ou de réduire au minimum les frais à la charge des patients et de sensibiliser le personnel soignant aux avantages de cette méthode de prévention (30). Les lois sur l'âge du consentement devraient être modifiées (ou des solutions de rechange devraient être explorées) si elles empêchent les jeunes populations clés de recevoir et d'utiliser la PrEP (31, 32). Les recherches montrent que les populations clés et prioritaires, en particulier les jeunes parmi ces groupes, ont parfois du mal à utiliser le protocole de la PrEP quotidienne de manière cohérente, ou qu'ils cessent de l'utiliser et le remplacent par une autre méthode de prévention. La peur de la stigmatisation, une connaissance incomplète du VIH et de la PrEP, ainsi que des préoccupations ou des expériences concernant les effets secondaires sont parmi les raisons citées pour interrompre ou arrêter l'utilisation de la PrEP (28, 33, 34).

Les stratégies qui visent à permettre aux individus d'aligner leur utilisation de la PrEP sur une exposition potentielle au VIH (c'est-à-dire une utilisation de la PrEP « à la demande ») peuvent aider les gens à prendre le contrôle de leurs choix de prévention (35). Le service ne doit pas porter de jugement, et la PrEP doit être présentée comme une option d'autonomisation, plutôt que strictement comme un moyen d'éviter le VIH. Ceci est particulièrement important pour les jeunes des populations clés et prioritaires, qui ont besoin d'accéder à la PrEP de manière informative, sans stigmatisation et dans le respect de la confidentialité (27).

L'INTENSIFICATION PROGRESSIVE DE LA PROPHYLAXIE PRÉ- EXPOSITION AU CAMBODGE

Le Cambodge a fait des progrès remarquables dans la lutte contre le VIH. En 2017, le pays avait atteint les objectifs de la stratégie d'accélération 90-90-90 pour le dépistage et le traitement du VIH. Depuis 2010, le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH a diminué de 50 %.

Aujourd'hui, le Cambodge entend franchir la dernière ligne droite pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2025, soit cinq ans avant l'objectif mondial. La généralisation de la PrEP est la pierre angulaire des efforts déployés par le Cambodge pour atteindre cette étape.

Aujourd'hui, le Cambodge entend franchir la dernière ligne droite pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2025, soit cinq ans avant l'objectif mondial.

Persuadé par l'ensemble des preuves de l'efficacité de la PrEP, le Cambodge a choisi de ne pas entreprendre de projet pilote de moindre envergure pour la PrEP, mais de se concentrer dès le départ sur un large déploiement. Le Centre national pour le VIH/sida, la dermatologie et les MST (NCHADS) a adopté une approche collaborative et partenariale de la planification et de l'extension, travaillant en tandem avec l'ONUSIDA, l'OMS, FHI360-EpiC et les communautés pour créer une dynamique en faveur du déploiement de la PrEP et garantir la qualité des services (Figure 2.5).

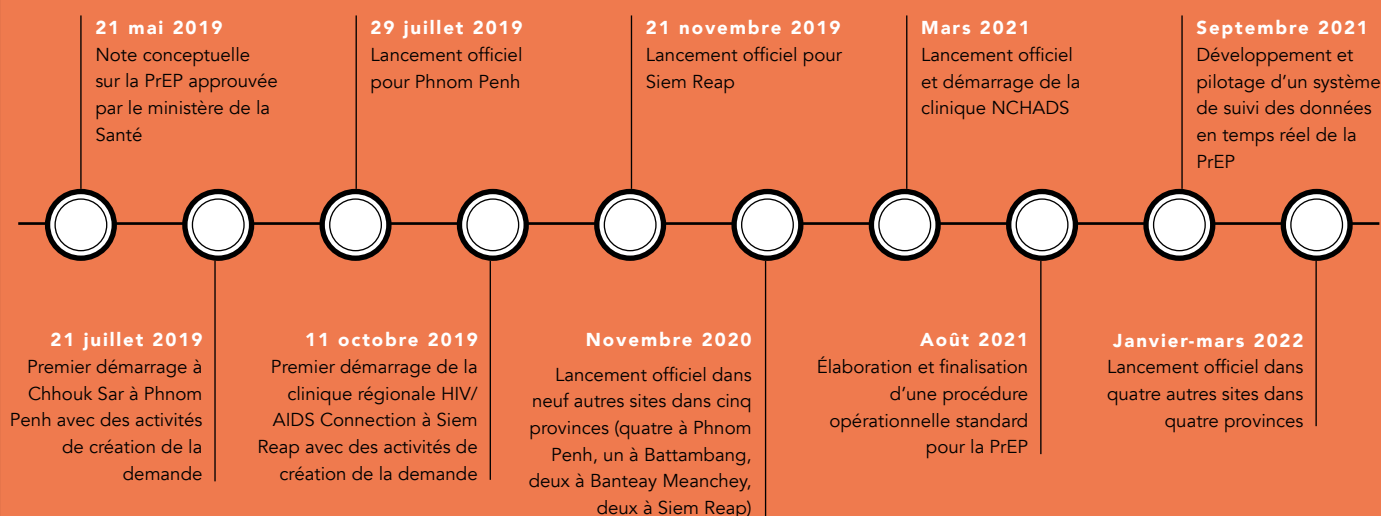
Sous la direction du NCHADS et avec le soutien de l'ONUSIDA, le Cambodge a évalué différents modèles de prestation de services de PrEP et de création de la demande afin de déterminer les approches optimales. Cet exercice a généré une série de recommandations pour guider la mise à l'échelle, y compris l'utilisation de la prestation de services de PrEP dirigée par la communauté. Le pays a adopté des procédures opérationnelles normalisées pour la PrEP en janvier 2022, notamment par la fourniture de la PrEP le jour même par des organisations communautaires.

Page suivante

Un nouveau client sous PrEP au dispensaire NCHADS de Phnom Penh, au Cambodge, le 17 juin 2022.



FIGURE 2.5 Mise en œuvre progressive de la prophylaxie pré-exposition au Cambodge, 2019-2022



Source: National Centre for HIV/AIDS, Dermatology and STD (NCHADS) presentation, Mai 2022. Cambodge.

In line with its Strategic Plan for HIV and STI Prevention and Care in the Health Sector 2021–2025 (HSSP 2021–2025), Cambodia endorsed a national target of enrolling 10 000 cumulative clients in 15 priority provinces by 2023. Additional funding has yet to be mobilized to cover the cost of PrEP for the remaining clients.

Cambodia used evidence to guide its PrEP implementation. Key populations at highest risk were prioritized for scale-up, and priority provinces for PrEP roll-out were selected based on population size estimates for key populations, with a particular focus on gay men and other men who have sex with men and transgender women. UNAIDS supported the national HIV programme in assessing health facilities in priority provinces to ensure sufficient infrastructure, staffing, equipment and resources for a smooth start-up and implementation.

L'équipe technique nationale a fourni un encadrement et un soutien technique sur place aux prestataires des sites de PrEP afin de soutenir la mise en œuvre et d'éliminer les goulots d'étranglement au fur et à mesure qu'ils se présentaient.

L'équipe technique nationale a fourni un encadrement et un soutien technique sur place aux prestataires des sites de PrEP afin de soutenir la mise en œuvre et d'éliminer les goulots d'étranglement au fur et à mesure qu'ils se présentaient. Le coaching a porté spécifiquement sur les aspects techniques des services de PrEP, ainsi que sur la collecte et l'utilisation de données en temps réel pour le suivi du programme.

3023

INDIVIDUS ONT INITIÉ LA PREP EN MARS 2022

30 %

DES UTILISATEURS DE LA PREP SONT DES JEUNES (ÂGÉS DE 15 À 24 ANS)

Les organisations et réseaux communautaires se sont efforcés de sensibiliser les communautés et de créer une demande de services de PrEP. Des groupes de prestataires et de travailleurs de proximité ont été créés sur chaque site de service à l'aide de l'application Telegram, qui permet de communiquer et de partager des informations sur la PrEP en temps voulu. En outre, les travailleurs de proximité sont en mesure d'utiliser ces groupes Telegram pour prendre des rendez-vous pour le service de PrEP pour leurs clients. Les activités de création de la demande centrées sur la communauté comprenaient des actions de sensibilisation physique, des événements spéciaux et l'utilisation des réseaux en ligne et sociaux (par le biais d'influenceurs et de leaders communautaires). Ces mesures ont été complétées par une campagne de changement social et comportemental du NCHADS, menée par le biais des réseaux sociaux. Les organisations communautaires orientent également les membres de la communauté vers les services de PrEP, et elles sont également intervenues pour alléger la charge économique (comme les frais de transport) qui peut être associée à l'accès à la PrEP.

En mars 2022, 3023 personnes ont commencé la PrEP et 1944 personnes l'utilisent actuellement. Parmi les utilisateurs de la PrEP, 69 % sont des homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 17 % sont des personnes transgenres et 12 % sont des travailleuses du secteur du divertissement.¹ Les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) représentent 30 % des utilisateurs de la PrEP. Phnom Penh, la capitale, compte 78 % des utilisateurs de la PrEP, et la rétention est très élevée : 70 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleuses du secteur du divertissement, et 80 % chez les femmes transgenres et les partenaires de personnes vivant avec le VIH.

La PrEP s'avère être un complément puissant et bienvenu aux efforts de prévention du VIH axés sur les populations les plus exposées. « Je prends la PrEP parce que je vends des services sexuels, que j'ai de nombreux partenaires, et que mes partenaires n'utilisent pas toujours un préservatif », a déclaré Pen, une femme transgenre de 34 ans vivant à Phnom Penh. « La PrEP contribue à me protéger de l'infection à VIH. »

La commodité de la PrEP est un argument de vente important pour les membres des populations clés au Cambodge. « Je n'ai pas trop de difficultés à prendre la PrEP puisque le service est disponible le week-end, je n'ai donc pas besoin de demander un congé à mon lieu de travail », explique Hay, un homme de 24 ans dont le partenaire masculin est séropositif. « Pour moi, la PrEP est facile à prendre, sans aucun effet secondaire. Je peux travailler au quotidien sans rien changer. »

Le Cambodge utilise désormais les données du programme pour identifier et relever les défis actuels. Des mesures sont prises pour renforcer les activités de création de la demande, rendre les cliniques aussi conviviales que possible, renforcer encore les capacités des prestataires, générer de meilleures données pour comprendre les raisons pour lesquelles les gens arrêtent d'utiliser la PrEP et renforcer les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour éviter les ruptures de stock de médicaments. Le pays s'efforce également d'assurer la viabilité à long terme de la PrEP en l'intégrant comme un service permanent dans les cliniques gérées par le gouvernement.

¹ Les travailleuses du secteur du divertissement sont définies comme des femmes ou des jeunes filles qui échangent des services sexuels contre de l'argent ou des biens, régulièrement ou occasionnellement.

LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DES PERSONNES TRANSGENRES AU BRÉSIL

Avec un risque de contracter le VIH 14 fois plus élevé que celui des femmes de la population adulte (âgées de 15 à 49 ans), les femmes transgenres ont un besoin urgent d'accéder à la PrEP et aux autres composantes de la prévention combinée. Cependant, l'exclusion sociale, à laquelle s'ajoutent la stigmatisation, la discrimination et le risque de violence, rend difficile pour de nombreuses personnes transgenres l'accès aux informations et aux services dont elles ont besoin.

En 2021, l'ONUSIDA a lancé le projet FRESH en partenariat avec Casa Florescer, un centre d'accueil pionnier pour les personnes transgenres à São Paulo, au Brésil. Le projet utilise la gestion des contingences, un processus de renforcement positif, pour promouvoir des comportements sains. Dans sa conception, le projet s'appuie sur les preuves que différents types d'incitations peuvent améliorer les résultats en matière de santé, notamment la suppression virale du VIH (36).

FRESH a débuté par un atelier destiné aux femmes transgenres, axé sur la gestion des contingences, l'autogestion des soins et l'association de mesures de prévention. Des ambassadeurs et des personnes influentes parmi les résidents de Casa Florescer ont été identifiés pour aider à promouvoir les objectifs du projet.

Au cours des dix jours qui ont suivi l'atelier, le photographe Sean Black, spécialisé dans les portraits de personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI), notamment de personnes vivant avec le VIH, a enseigné aux participants des techniques photographiques qu'ils ont ensuite utilisées pour documenter leurs propres expériences quotidiennes. Les 24 femmes transgenres qui ont terminé le programme de 10 jours ont été récompensées pour leurs photos en étant invitées à participer à une journée beauté, qui comprenait les services d'un styliste professionnel et une séance photos par Sean Black.

« Il était incroyable de réaliser, au fil des jours, combien de ces femmes avaient une opinion très négative d'elles-mêmes, reflétant la stigmatisation dont elles sont victimes de la part de la société. »

– Photographe Sean Black



« Il était incroyable de réaliser, au fil des jours, combien de ces femmes avaient une opinion très négative d'elles-mêmes, reflétant la stigmatisation dont elles sont victimes de la part de la société », a déclaré Mme Black. « Elles se sont découvertes comme les personnes belles et uniques qu'elles sont et ont compris combien il est fondamental de prendre soin de soi. »

Les photos de la séance ont été exposées lors d'un événement à São Paulo, célébrant la Journée internationale contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie. Au cours de l'événement, les participantes à l'initiative FRESH ont partagé leurs réflexions et leurs émotions concernant leur participation et les leçons qu'elles en ont tirées.

Au moins une des participantes au projet aurait commencé la PrEP. « La discussion sur l'association de mesures de prévention et la PrEP est très pertinente et a un impact important », a déclaré Amanda Félix, de Casa Florescer. « Je prends soin de moi [et] de mon mari aussi. Nous sommes ensemble depuis cinq ans. Les initiatives de ce type doivent se produire plus souvent et dans plus d'endroits. »

Dans le cadre du projet FRESH à São Paulo, au Brésil, les résidentes transgenres de la Casa Florescer ont été formées à la photographie par le photographe américain Sean Black, 2021.

LES TRAITEMENTS INJECTABLES À LONGUE DURÉE D'ACTION PEUVENT-ILS FAIRE PASSER LA PRÉVENTION DU VIH AU NIVEAU SUPÉRIEUR ?

Les antirétroviraux à action prolongée destinés à la prophylaxie peuvent donner un coup de fouet à la prévention du VIH, à condition que le prix et les autres obstacles limitant leur utilisation soient surmontés.

La PrEP orale et la PrEP injectable à longue durée d'action sont toutes deux sûres, bien tolérées et très efficaces pour prévenir l'infection à VIH (37). Alors que la PrEP orale est prise quotidiennement ou en prévision d'un rapport sexuel, le cabotégravir injectable (un nouveau médicament antirétroviral également utilisé pour traiter les personnes séropositives) assure une protection continue de huit semaines contre l'infection à VIH grâce à une seule injection intramusculaire. Cela peut permettre de contourner certains problèmes associés à la PrEP orale, tels que les difficultés à prendre des pilules par voie orale de manière constante et la crainte des gens de la stigmatisation associée à la prise d'antirétroviraux.

Deux essais contrôlés randomisés qui ont comparé le cabotégravir injectable à longue durée d'action à la PrEP orale ont révélé une réduction de 79 % du risque d'acquisition du VIH chez les participants à l'étude recevant le cabotégravir injectable à longue durée d'action (CAB-LA) par rapport aux participants recevant la PrEP orale. Il convient de souligner que la PrEP orale et le CAB-LA sont tous deux très efficaces pour réduire l'acquisition du VIH : dans les deux essais, l'adhésion nettement plus faible à la PrEP orale était en grande partie responsable de la réduction du risque plus élevée observée chez les personnes prenant le CAB-LA (38–40).^{5,6}

Deux essais contrôlés randomisés qui ont comparé le cabotégravir injectable à longue durée d'action à la PrEP orale ont révélé une réduction de 79 % du risque d'acquisition du VIH chez les participants à l'étude recevant le cabotégravir injectable à longue durée d'action (CAB-LA) par rapport aux participants recevant la PrEP orale.

5 L'étude HPTN 084 a recruté plus de 3200 femmes en Afrique du Sud, au Botswana, en Eswatini, au Kenya, au Malawi, en Ouganda et au Zimbabwe.

6 L'analyse des données de l'étude indique qu'il y a eu trois fois moins de nouvelles infections à VIH chez les personnes prenant des injections de CAB-LA que chez celles prenant une PrEP orale (utilisant le fumarate de ténofovir disoproxil plus emtricitabine, ou TDF/FTC). Le nombre total d'infections parmi les personnes prenant l'une ou l'autre version de la PrEP était très faible.

79 %

**RÉDUCTION DU RISQUE
D'ACQUISITION DU VIH CHEZ
LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE
RECEVANT DU CABOTÉGRAVIR
INJECTABLE À LONGUE DURÉE
D'ACTION**

Plutôt que de remplacer la PrEP orale, les traitements injectables à longue durée d'action offrent un choix supplémentaire qui permet d'augmenter le nombre de personnes utilisant des méthodes efficaces de prévention des infections à VIH. La Food and Drug Administration des États-Unis a accordé une autorisation réglementaire pour l'utilisation du CAB-LA pour la PrEP aux États-Unis en décembre 2021, et une autorisation réglementaire est attendue dans plusieurs autres pays (37). L'OMS publiera des lignes directrices sur le CAB-LA pour la prévention en juillet 2022.

Les traitements injectables à longue durée d'action ont cependant leurs propres défis. Par exemple, ils nécessitent un soutien clinique pour l'administration et le suivi des injections (41). Le développement rapide de la science de la mise en œuvre pour guider l'adoption à grande échelle de la PrEP injectable à longue durée d'action sera d'une importance vitale pour comprendre les questions en suspens et les approches de mise en œuvre pour les populations qui ont un besoin urgent de choix de prévention efficaces.

L'accessibilité financière est également une préoccupation majeure : le prix d'une année de CAB-LA était d'environ 22 200 dollars (1850 dollars par mois) aux États-Unis au début de 2022, et des études de modélisation menées en Afrique du Sud et aux États-Unis montrent que le prix actuel limite considérablement l'impact potentiel de cette option de prévention sur la santé publique (42–45).

Les États montrent que la tarification actuelle limite considérablement l'impact potentiel de cette option de prévention sur la santé publique.

Cela ne signifie pas que le CAB-LA ne peut pas être vendu à un prix abordable : une analyse effectuée par la Clinton Health Access Initiative suggère que des réductions significatives du coût des médicaments peuvent être obtenues grâce à un effort collectif et à la participation des fabricants de génériques à long terme. L'ONUSIDA, les réseaux communautaires et les organisations non gouvernementales exhortent le fabricant du médicament à accorder une licence générique pour sa production, ainsi que des transferts de technologie de soutien (46). Le fabricant a indiqué qu'il était disposé à étudier la possibilité d'accords de licence volontaire dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (47, 48).

EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE, LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES SONT CONFRONTÉES À DES RISQUES ÉLEVÉS D'INFECTION À VIH

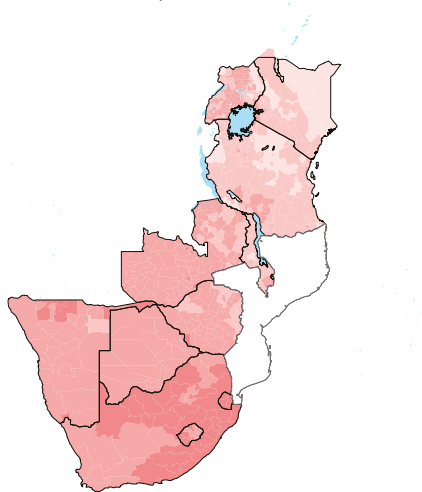
Dans le monde, près de trois jeunes sur cinq (soit 250 000 [150 000-360 000] sur 400 000 [250 000-570 000]) qui ont contracté le VIH en 2021 étaient des adolescentes et des jeunes femmes. En Afrique subsaharienne, ils représentaient près de quatre nouvelles infections sur cinq chez les jeunes. Au sein de ce groupe, il existe des sous-populations d'adolescentes et de jeunes femmes qui sont plus exposées au VIH que les autres (figure 2.6).

Près de trois jeunes sur cinq ayant contracté le VIH en 2021 étaient des adolescentes et des jeunes femmes.

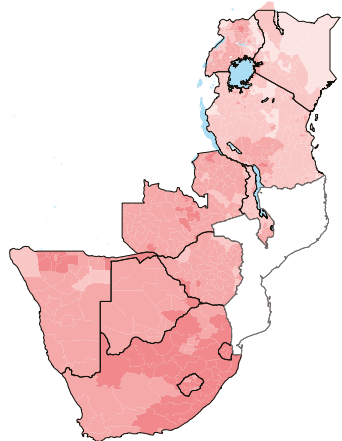
Dans les régions où l'incidence du VIH dépasse 1 %, il est nécessaire de mettre en place une prévention combinée intensive, comprenant l'utilisation de préservatifs, le dépistage du VIH, l'accès aux antirétroviraux (indéfectable = intransmissible), la sensibilisation des communautés et la disponibilité de la PrEP pour les personnes qui courent le plus grand risque d'infection. Les directives mondiales suggèrent que lorsque l'incidence du VIH dépasse 3 %, il faut également promouvoir largement la PrEP et en assurer une couverture élevée, ainsi qu'un soutien supplémentaire à l'autonomisation des personnes les plus vulnérables.

FIGURE 2.6 Incidence du VIH au niveau du district chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) par risque sexuel

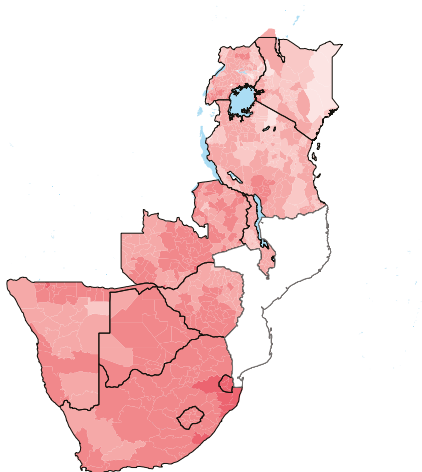
TOUTES LES ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES (ÂGÉES DE 15 À 24 ANS)



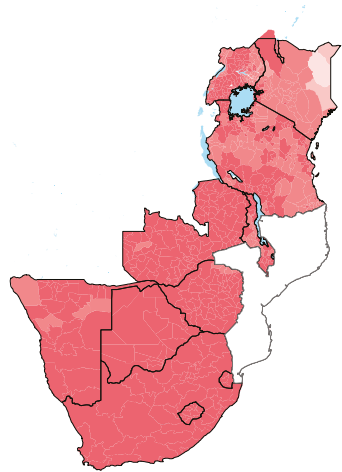
LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES (ÂGÉES DE 15 À 24 ANS) QUI SONT SEXUELLEMENT ACTIVES AVEC UN PARTENAIRE COHABITANT



LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES (ÂGÉES DE 15 À 24 ANS) QUI SONT SEXUELLEMENT ACTIVES ET ONT DES PARTENAIRES SEXUELS NON RÉGULIERS



ADOLESCENTES ET JEUNES FEMMES (ÂGÉES DE 15 À 24 ANS) ISSUES DE POPULATIONS CLÉS ET SEXUELLEMENT ACTIVES



< 1 (TRÈS FAIBLE)
 1-3 (FAIBLE)
 > 3-10 (ÉLEVÉ)
 > 10-30 (TRÈS ÉLEVÉ)
 > 30 (EXTRÊMEMENT ÉLEVÉ)

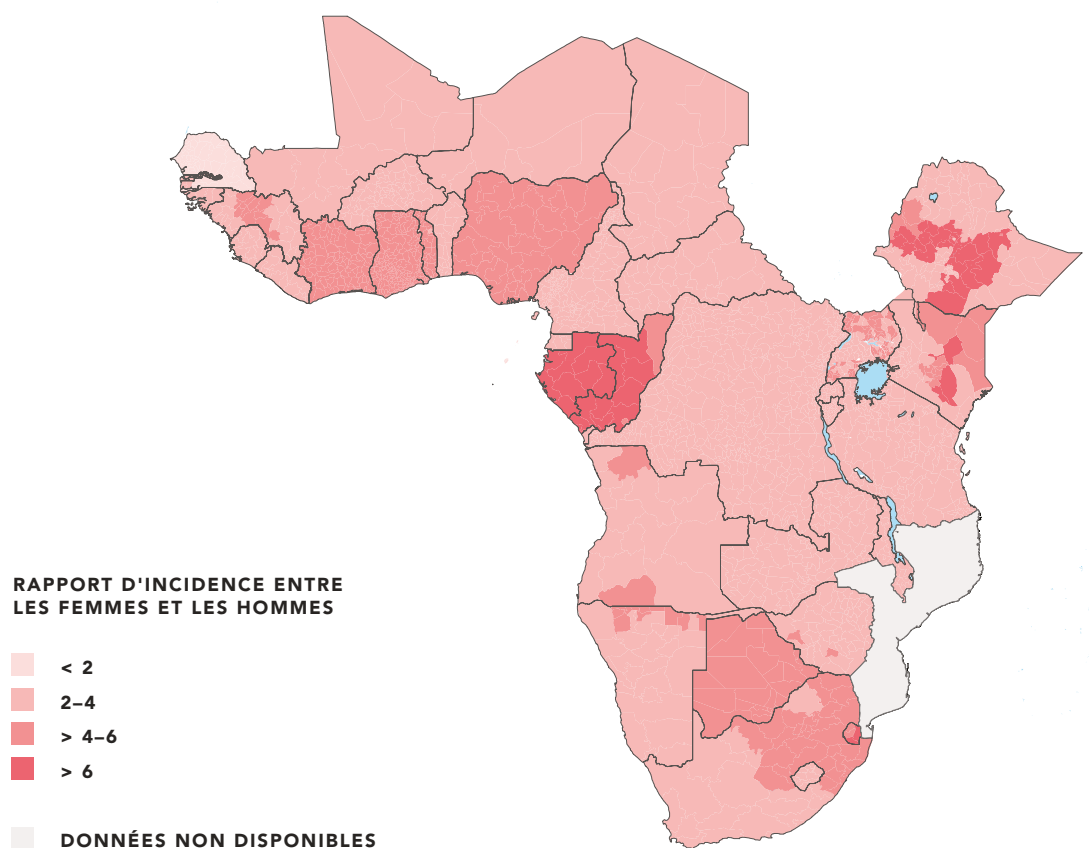
Source : Howes A, Risher KA, Kinh Nguyen V, Stevens O, Jia KM, Wolock TM, et al. Spatio-temporal estimates of HIV risk group proportions for adolescent girls and young women across 13 priority countries in sub-Saharan Africa. medRxiv. 2022:2022.2007.2012.22277551.

Remarque : Nouvelles infections à VIH par 1000 habitants non infectés.

Remarque : Douze pays figurent sur la carte.

De fortes disparités liées au sexe définissent l'épidémie de VIH en Afrique subsaharienne. En moyenne, le taux de nouvelles infections dans la région est plus de trois fois plus élevé chez les adolescentes et les jeunes femmes que chez leurs homologues masculins, un ratio qui s'est accru depuis 2000. Au niveau infranational, l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes de certains pays est plus de six fois supérieure à celle des hommes et des garçons (figure 2.7).

FIGURE 2.7 Rapport d'incidence du VIH entre les femmes et les hommes chez les adolescents (âgés de 15 à 24 ans), niveaux sous-nationaux, Afrique subsaharienne, 2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022.

Remarque : Analyse disponible pour 37 pays d'Afrique sub-saharienne avec les données requises au niveau sous-national. Les données requises comprennent une enquête sur la population avec des données sur le dépistage du VIH, la thérapie antirétrovirale et le programme de soins prénatals. Les pays d'Afrique subsaharienne non inclus sont les Comores, Djibouti, l'Érythrée, Madagascar, la Mauritanie, Maurice, le Mozambique, les Seychelles, la Somalie, le Sud-Soudan et le Soudan.

Les programmes de prévention axés sur les adolescentes et les jeunes femmes ont un impact : dans le monde entier, entre 2000 et 2021, les nouvelles infections à VIH ont diminué de 55 % chez elles, et le rythme de cette diminution s'est accéléré au cours de la dernière décennie. Des programmes de prévention combinés dédiés aux adolescentes et aux jeunes femmes sont en place dans plus de 40 % des endroits à forte incidence dans 19 pays d'Afrique subsaharienne, mais ils doivent devenir plus nombreux pour garantir un accès dans 95 % des endroits à forte incidence de VIH (49).

L'INÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ET LA DISCRIMINATION MAINTIENNENT L'ÉPIDÉMIE DU VIH EN PLACE

Les inégalités entre les sexes ralentissent les progrès dans la réduction des infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (50, 51). Elles privent les femmes et les filles de leurs droits fondamentaux à l'éducation, à la santé et à l'autonomie économique, et les privent du contrôle de leur vie sexuelle, la violence sexiste étant une menace permanente. En outre, les lois et les politiques semblent souvent nier le fait que, dans le monde entier, une proportion importante d'adolescentes commencent à avoir des rapports sexuels à un jeune âge (52, 53). Par conséquent, dans de nombreux pays, les adolescentes ne peuvent pas accéder aux informations sur le VIH, aux préservatifs et autres contraceptifs, ou aux services de santé sexuelle et reproductive sans le consentement d'un parent ou d'un tuteur (voir chapitre 3).

La prévention du VIH est plus efficace lorsque les femmes et les filles sont maîtres de leur corps et de leur vie sexuelle, qu'elles ne subissent aucune violence et qu'elles peuvent utiliser les services et recevoir le soutien dont elles ont besoin. Cela souligne l'intérêt de réunir les outils biomédicaux et les interventions comportementales et structurelles, et de les concentrer sur les milieux où l'incidence du VIH est la plus élevée (46, 49). Ces interventions combinées sont doublement importantes pour les femmes qui appartiennent à des populations clés, car elles subissent généralement de multiples formes de discrimination, de violence sexiste et d'injustice, et elles sont exposées à un risque très élevé d'infection à VIH (47, 50). En outre, les programmes de prévention combinés obtiennent les meilleurs résultats lorsque les jeunes femmes participent activement à leur élaboration et à leur mise en œuvre, ce qui rend vital un investissement accru dans les organisations dirigées par des femmes et ancrées dans la communauté.

Les programmes de prévention combinée donnent les meilleurs résultats lorsque les jeunes femmes participent activement à leur élaboration et à leur mise en œuvre.

L'échelle est un problème : la prévention du VIH doit passer de projets fragmentés à des programmes à grande échelle qui combinent la prévention du VIH, la prévention de la violence sexiste et l'accès à des services complets de santé sexuelle et reproductive avec des éléments qui aident les filles à rester à l'école, qui renforcent l'autonomie des femmes et des filles et qui instaurent des relations équitables entre les sexes. Le projet HERStory en Afrique du Sud, par exemple, met l'accent sur l'achèvement des études secondaires, les outils de prévention tels que les préservatifs et la PrEP, les services de santé sexuelle et reproductive, et les interventions visant à lutter contre la violence sexiste (48).

Les outils biomédicaux restent également cruciaux. Les technologies telles que la PrEP (y compris les versions injectables à action prolongée et les anneaux vaginaux) sont très prometteuses et doivent encore être étendues et mises à la disposition de la plupart des femmes et des adolescentes qui courent un risque élevé de contracter le VIH (47).

ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ

Une éducation complète à la sexualité de qualité permet aux jeunes d'acquérir les connaissances, les attitudes et les compétences dont ils ont besoin pour prendre des décisions judicieuses concernant leur vie sexuelle et reproductive et rester à l'abri du VIH (51). Il a été démontré qu'elle retardait l'initiation sexuelle, augmentait l'utilisation des préservatifs et des contraceptifs, réduisait les grossesses chez les adolescentes et contribuait à la prévention du VIH et des autres IST (52-55). Lorsque l'éducation sexuelle aborde les inégalités entre les sexes et la dynamique du pouvoir dans les relations, elle peut être cinq fois plus efficace pour prévenir les IST et les grossesses non désirées que les programmes qui ignorent ces questions (61).

Malgré cela, l'éducation complète à la sexualité ne fait pas l'unanimité, les adultes de certaines communautés affirmant qu'elle encourage la promiscuité et la prise de risques. Les faits ne confirment pas ces croyances, et au moins 85 % des 155 pays ayant répondu à l'enquête ont désormais des politiques ou des lois qui prévoient l'offre d'une éducation sexuelle dans les écoles, selon la dernière analyse de l'éducation complète à la sexualité dans le monde menée par l'UNESCO (56). Au total, 78 pays imposent une éducation au VIH et à la sexualité basée sur les compétences de vie dans les écoles primaires et secondaires (56).

Les cadres politiques et juridiques ne garantissent toutefois pas une mise en œuvre concertée ou de qualité ; en effet, l'analyse de l'UNESCO a révélé que les programmes d'enseignement étaient mal enseignés dans de nombreux pays (56). En conséquence, les informations que les jeunes reçoivent sont souvent incomplètes et ambiguës. Par exemple, les données d'enquêtes menées en Afrique subsaharienne (2015-2020) montrent que seulement 37,6 % des jeunes (âgés de 15 à 24 ans) avaient des connaissances complètes sur le VIH (62, 63). Ces lacunes en matière de connaissances s'étendent à d'autres aspects de la santé sexuelle et reproductive, notamment les autres IST et la contraception.

Une éducation complète à la sexualité et de qualité doit être accessible à tous les adolescents et jeunes, à l'école et en dehors de l'école, et elle doit intégrer les questions de genre, de droits et d'identité sexuelle. Idéalement, les programmes scolaires devraient refléter le fait que le sexe est lié à la recherche du plaisir, à la curiosité et à l'expression de soi, comme le font certains programmes au Ghana et au Kenya, par exemple (64, 65). Des approches consultatives, impliquant les enseignants, les apprenants, les parents et la société civile, peuvent être utilisées pour mettre à jour les programmes scolaires, comme l'ont fait des pays aussi divers que la Jamaïque, la République démocratique populaire lao et la Suède. Des liens fiables avec des services de santé et de droits sexuels et reproductifs adaptés aux jeunes, et, dans les contextes où le VIH constitue une menace majeure, avec des services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du VIH, constituent un élément essentiel d'une éducation complète à la sexualité de qualité (56).

85 %

DES 155 PAYS AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE DISPOSENT DÉSORMAIS DE POLITIQUES OU DE LOIS PRÉVOYANT UNE ÉDUCATION SEXUELLE À L'ÉCOLE, SELON LA DERNIÈRE ANALYSE DE L'ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ DANS LE MONDE MENÉE PAR L'UNESCO.

78

PAYS IMPOSENT UNE ÉDUCATION AU VIH ET À LA SEXUALITÉ BASÉE SUR LES COMPÉTENCES DE VIE DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES ET SECONDAIRES

COUVERTURE INÉGALE DE LA PRÉVENTION POUR LES POPULATIONS CLÉS

L'accès aux services de prévention combinée du VIH parmi les populations clés reste limité dans la majeure partie du monde (voir la figure 1.4 du chapitre 1). Dans certains contextes, les services de prévention destinés à certaines populations clés sont totalement absents, alors qu'elles courent un risque nettement plus élevé de contracter le VIH que l'ensemble de la population (figure 0.9 de l'introduction). Les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 70 % des infections à VIH dans le monde en 2021 et 94 % des infections en dehors de l'Afrique subsaharienne (voir la figure 0.8 de l'introduction). Leurs vulnérabilités se recoupent parfois aussi : un examen d'enquêtes récentes a révélé qu'en moyenne 3,6 % des professionnel(le)s du sexe et 1,8 % des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes s'injectaient des drogues, contre 0,2 % dans la population mondiale adulte (âgée de 15 à 64 ans) (figure 2.8).

EXTENSION DES PROGRAMMES DE RÉDUCTION DES RISQUES

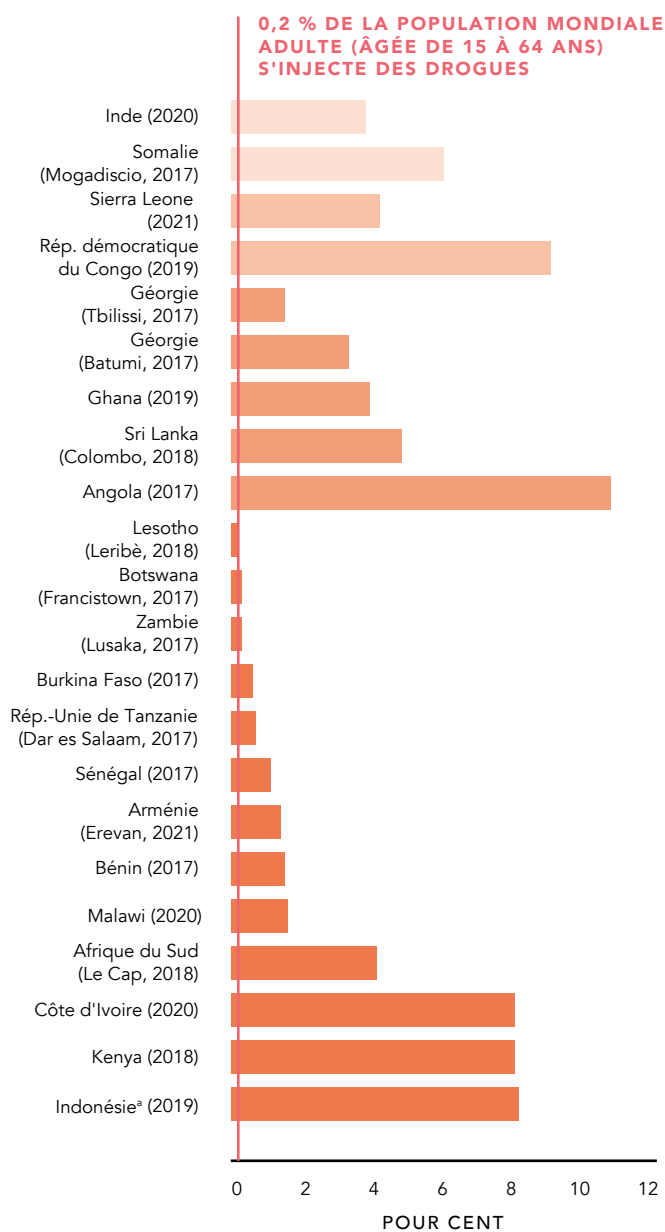
Les services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues sont rarement fournis à une échelle significative dans toutes les régions. En 2021, des services de réduction des risques étaient disponibles dans 87 pays, le plus souvent à petite échelle et principalement dans les zones urbaines. En Asie et dans le Pacifique ainsi qu'en Europe orientale et en Asie centrale, régions où la consommation de drogues injectables est un moteur important de nombreuses épidémies nationales, le traitement par agonistes opioïdes n'a touché que 9 % et 4 %, respectivement, des personnes qui s'injectent des drogues. En revanche, les personnes qui s'injectent des drogues représentaient 10 % des nouvelles infections à VIH chez les adultes dans le monde en 2021, cette proportion atteignant près de 20 % en dehors de l'Afrique subsaharienne. Dans la plupart des régions ayant fourni des données, des pourcentages relativement élevés (>70 %) de personnes s'injectant des drogues ont déclaré avoir utilisé une aiguille et une seringue stériles lors de leur dernière injection, mais seulement 42 % environ ont bénéficié d'une gamme complète de services de prévention du VIH.

Dans le monde entier, 64 pays appuient expressément la réduction des risques dans leurs stratégies nationales, et bien que l'adoption de stratégies de réduction des risques au sein des pays ait été lente, il existe des exemples encourageants de changement. Par exemple, l'Ouganda a introduit des services de thérapie par agonistes opioïdes dans tout le pays en 2021 (66). L'Algérie, l'Égypte et le Pakistan ont également approuvé le traitement par agonistes opioïdes en 2021-2022, et le Vietnam a approuvé l'extension de son programme de distribution de méthadone à domicile (voir l'article sur le Vietnam au chapitre 2) (67, 68).

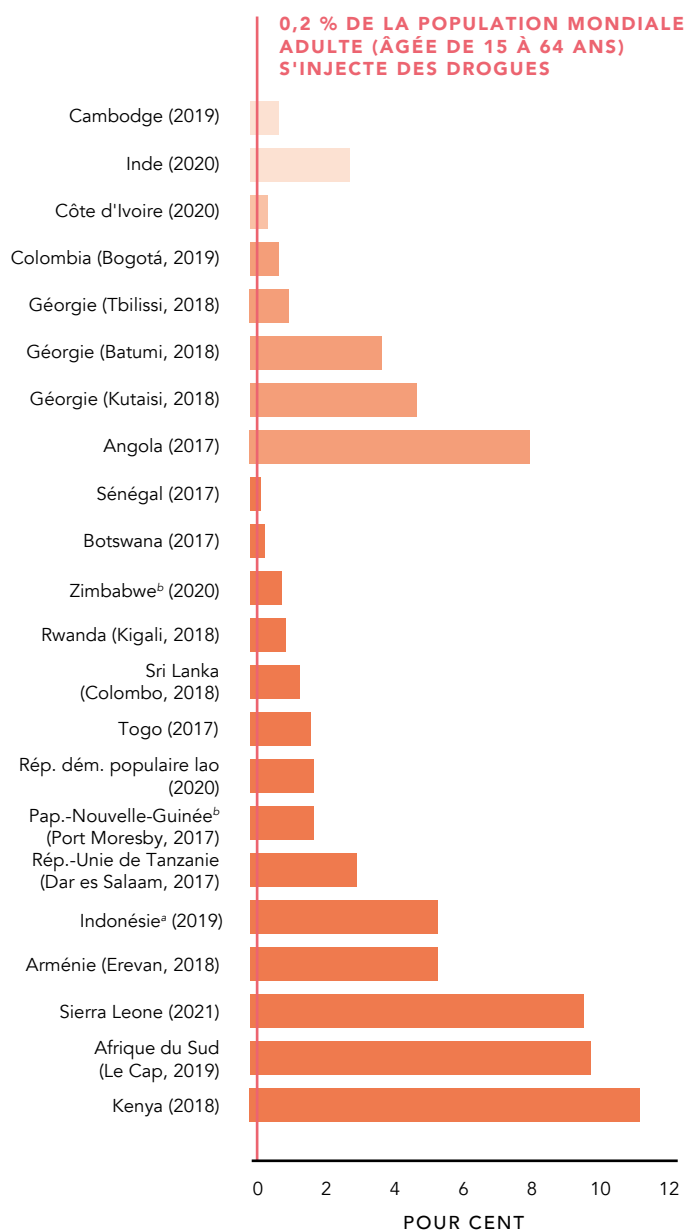
Dans l'ensemble des populations clés, la stigmatisation et la discrimination ainsi que les lois et politiques punitives augmentent la vulnérabilité au VIH et réduisent l'accès aux services de prévention. Dans le cas des personnes qui s'injectent des drogues, une action immédiate est nécessaire pour remplacer toutes les formes de dépistage obligatoire de la drogue et du VIH et de traitement obligatoire de la toxicomanie par des approches volontaires et non coercitives.

FIGURE 2.8 Chevauchement des couches de vulnérabilité chez les professionnel(le)s du sexe et les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 2017-2021

PROFESSIONNEL(LE)S DU SEXE



HOMMES HOMOSEXUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES



- S'EST INJECTÉ DES DROGUES AU COURS DES TROIS DERNIERS MOIS
- S'EST INJECTÉ DES DROGUES AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS
- S'EST INJECTÉ DES DROGUES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS
- S'EST DÉJÀ INJECTÉ DES DROGUES

^a Adolescents et jeunes gens uniquement

^b Y compris les femmes transgenres

Source : Enquêtes biologiques et comportementales intégrées (voir les références à la fin du chapitre) ; Rapport mondial sur les drogues 2021. Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime ; 2021 (<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>).



Atelier sur la réduction des risques au centre d'accueil du réseau ougandais de réduction des risques à Mukono, en Ouganda, le 24 octobre 2019.

INTENSIFICATION DES PROGRAMMES DE MÉTHADONE À DOMICILE AU VIETNAM

Lorsque les confinements liés à la COVID-19 ont menacé la capacité des personnes à accéder à la méthadone, le ministère vietnamien de la Santé, avec le soutien actif de l'ONUSIDA et d'autres agences des Nations Unies, a mis en œuvre une nouvelle politique pour les doses de méthadone à emporter. Un projet pilote national mené dans trois provinces, ainsi qu'un programme distinct à Ho Chi Minh-Ville, ont démontré l'efficacité de la méthadone à emporter comme stratégie pour garantir un accès continu aux services et améliorer les résultats sanitaires parmi les personnes qui s'injectent des drogues.

Si les mesures nationales prises de manière précoce avaient permis d'éviter une flambée des infections à la COVID-19 pendant les premières vagues de la pandémie, le Vietnam a connu un pic de cas en août et septembre 2021 (69). Le pic de 2021 a augmenté la charge qui pesait sur les systèmes de santé, et les confinements rigoureux ont perturbé les services et fait hésiter les gens à se rendre quotidiennement dans les cliniques.

Ces interruptions ont rendu difficile l'accès à la méthadone. Le Vietnam fournit une thérapie d'entretien à la méthadone depuis 2008 ; en mars 2021, plus de 51 000 personnes recevaient une thérapie d'entretien à la méthadone dans 341 cliniques et 232 points de distribution de médicaments dans 63 provinces ou villes.

Ces programmes ont atteint des niveaux élevés de rétention, 88 % des personnes inscrites au projet pilote multiprovincial recevant toujours de la méthadone à domicile après six mois.

Au cours de l'étude pilote nationale, la méthadone à emporter a été fournie à 232 personnes dans sept centres de la province de Lai Chau, à 355 personnes dans neuf centres de Dien Bien et à 361 personnes dans cinq centres de Hai Phong. Dans le programme distinct de Ho Chi Minh Ville, la méthadone à emporter a touché 4415 personnes dans 23 cliniques. Parmi les personnes recevant de la méthadone à emporter plusieurs fois par jour, la prévalence du VIH était élevée – 18,1 % dans le projet pilote des trois provinces et 30,1 % à Hô Chi Minh-Ville, et la prévalence de l'hépatite C était encore plus élevée (70, 71).

Page suivante

Mme Oanh, âgée de 56 ans et vivant avec le VIH, s'est inscrite à la fois à un traitement antirétroviral et à un traitement d'entretien à la méthadone depuis 2017. Dien Bien, Vietnam, mai 2022.



Ces programmes ont atteint des niveaux élevés de rétention, 88 % des personnes inscrites au projet pilote multiprovincial recevant toujours de la méthadone à domicile après six mois. À mesure que le nombre de doses à emporter augmentait, les faibles taux d'abandon ont encore diminué. De faibles taux d'effets indésirables ont également été signalés, aucune des personnes inscrites au programme de Ho Chi Minh Ville n'ayant présenté de symptômes de surdosage, et seulement 3,2 % des participants ayant intentionnellement réduit ou sauté une dose.

« Un examen indépendant à mi-parcours a montré que cette initiative répondait à la demande des clients [de l'entretien à la méthadone] », a déclaré le Dr Phan Thi Thu Huong, directrice générale de l'autorité vietnamienne de lutte contre le VIH/sida. « Le projet pilote a également montré que, moyennant un suivi approprié, les clients peuvent emporter des doses de méthadone chez eux en toute sécurité. Cette initiative a été particulièrement significative et très appréciée par les clients dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 où il était très difficile de se rendre quotidiennement dans les cliniques pour recevoir la méthadone.

Nous avons doublé la portée géographique du projet pilote en 2022 et nous prévoyons d'intégrer des conseils pour les doses à emporter dans la mise à jour de la directive nationale sur les traitements de substitution aux opiacés en 2023. »

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des personnes inscrites aux projets multiprovinces et à celui de Ho Chi Minh-Ville se sont déclarées satisfaites du programme.

Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des personnes inscrites aux projets multiprovinces et à celui de Ho Chi Minh-Ville se sont déclarées satisfaites du programme. La méthadone à emporter a permis de surmonter certains des principaux obstacles à l'utilisation des services cités par les clients, notamment les frais, le transport et le temps nécessaire pour se rendre à la clinique. D'après les entretiens qualitatifs avec les participants et les praticiens, la méthadone à emporter a également amélioré l'adhésion au traitement et augmenté le potentiel de gain en réduisant la nécessité pour les travailleurs de se rendre à la clinique chaque jour.

Ces avantages étaient évidents pour Mme Oanh, âgée de 56 ans et vivant avec le VIH à Dien Bien, qui suivait à la fois un traitement antirétroviral et un traitement d'entretien à la méthadone depuis 2017. Avant la pandémie de COVID-19, Mme Oanh parcourait chaque jour, par tous les temps, quatre kilomètres à vélo pour se rendre à la clinique de méthadone. La thérapie d'entretien à la méthadone lui a permis d'éviter de consommer de l'héroïne et a amélioré sa santé et son bien-être général. Après avoir obtenu le droit de recevoir le maximum de six doses à emporter au cours du projet pilote, Mme Oanh ne doit se rendre au dispensaire qu'une fois par semaine, ce qui lui laisse plus de temps pour elle et lui permet de rester à la maison lorsque le temps est mauvais. Elle espère que la méthadone à domicile sera maintenue et étendue, et elle insiste pour que cette approche reste accessible et sans coût supplémentaire pour les personnes qui s'injectent des drogues et qui, comme elle, ont des revenus limités.

Cette importante réforme constitue une étape clé vers une approche de la consommation de drogues fondée sur des interventions intégrées de réduction des risques et de lutte contre la stigmatisation fondées sur la santé et les droits de l'homme. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour maintenir et développer cette initiative innovante de traitement d'entretien à la méthadone à domicile sur plusieurs jours, afin d'améliorer la qualité de vie des toxicomanes au Vietnam.

Page suivante

Dose de méthadone délivrée au Centre de santé du district de South Tu Liem, Hanoï, Vietnam.

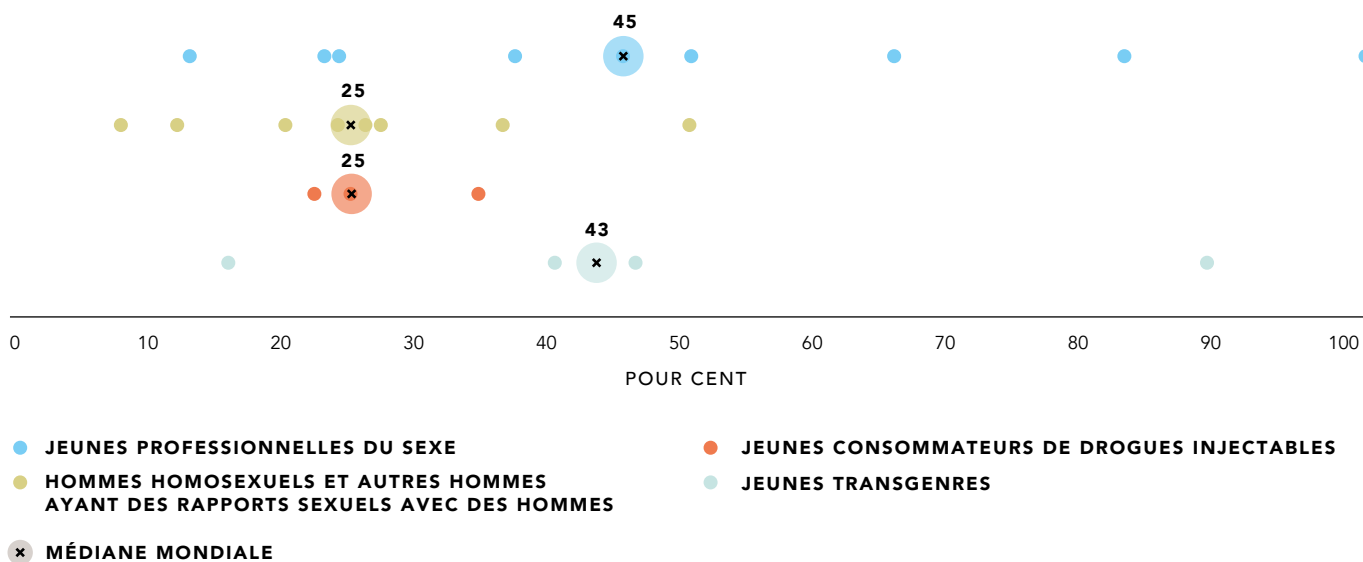


LES JEUNES POPULATIONS CLÉS LAISSÉES DANS L'OMBRE

Les besoins en matière de VIH des jeunes populations clés sont particulièrement négligés. Les données sur les tendances en matière d'infection à VIH et la couverture des services parmi les jeunes populations clés font souvent défaut, mais lorsque les pays recueillent et étudient ces données, ils découvrent qu'en dehors de l'Afrique subsaharienne, les jeunes populations clés représentent la plupart des nouvelles infections chez les jeunes. En Asie et dans le Pacifique, par exemple, presque toutes les nouvelles infections à VIH chez les jeunes concernent les populations clés et leurs partenaires sexuels (72).

Les données disponibles indiquent que les jeunes populations clés rencontrent au moins autant d'obstacles aux services de prévention du VIH, y compris l'accès et l'utilisation de la PrEP, que leurs pairs plus âgés. En Asie et dans le Pacifique, moins de la moitié des jeunes populations clés en moyenne avaient accès à des services complets de prévention du VIH entre 2017 et 2021 (avec des variations importantes entre les pays et les différentes populations clés) (Figure 2.9) (72). La criminalisation de leurs comportements, le harcèlement et la violence aux mains des forces de l'ordre, ainsi que la stigmatisation et la discrimination quotidiennes éloignent ces jeunes des services et du soutien dont ils ont besoin. Les exigences relatives à l'âge du consentement et les attitudes de jugement du personnel de santé, ainsi que les préoccupations relatives à la vie privée et à la confidentialité, constituent des obstacles supplémentaires (73).

FIGURE 2.9 Couverture complète de la prévention du VIH parmi les jeunes populations clés (âgées de 15 à 24 ans), dans certains pays d'Asie et du Pacifique, 2017-2021



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

Remarque : La couverture de la prévention est mesurée comme le pourcentage de personnes dans une population clé qui déclarent avoir reçu un ensemble combiné d'interventions de prévention du VIH au cours des trois derniers mois (au moins deux services sur trois) : (1) ont reçu des préservatifs et des lubrifiants ; (2) ont reçu des conseils sur l'utilisation des préservatifs et les rapports sexuels protégés ; (3) ont subi un test de dépistage des IST pour les transsexuels, les professionnel(le)s du sexe et les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou ont reçu des aiguilles ou des seringues stériles pour les personnes qui s'injectent des drogues).

Remarque : La médiane de la couverture de prévention des jeunes populations clés est calculée sur la base de neuf pays déclarants pour les professionnelles du sexe, huit pays déclarants pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, quatre pays déclarants pour les transsexuels et trois pays déclarants pour les personnes qui s'injectent des drogues.

Ces obstacles sont tous surmontables. Les interventions en matière de VIH destinées aux jeunes populations clés sont susceptibles de donner de meilleurs résultats si elles incluent un soutien par les pairs et si elles sont conçues et gérées par des organisations dirigées par la communauté qui incluent des adolescents et des jeunes (74). Des réformes juridiques ou des solutions de rechange peuvent permettre de contourner les lois et pratiques obstructives, tandis que la formation et un suivi plus étroit peuvent réduire la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé. Les heures d'ouverture des cliniques et les services peuvent également être adaptés aux réalités vécues par les jeunes populations clés.

Les services de santé en ligne constituent une innovation prometteuse, particulièrement pratique et pertinente pour les jeunes populations clés. Les programmes de lutte contre le VIH peuvent mieux utiliser l'Internet, les réseaux sociaux et les plateformes de rencontre pour partager des informations et mettre en relation les jeunes populations clés avec les services pertinents (73). Le projet LoveYourSelf aux Philippines, par exemple, gère un service de distribution de préservatifs en ligne, basé sur une application, appelé SafeSpacesPH, qui permet aux jeunes d'accéder à des préservatifs sans gêne ni stigmatisation. En Thaïlande, le système TestMeNow permet aux jeunes de réserver facilement un test de dépistage du VIH en ligne, puis de passer ce test dans une clinique communautaire ou du secteur privé (75).



L'entreprise sociale Lighthouse est une organisation LGBTI dirigée par des jeunes qui fournit des services de prévention du VIH aux personnes issues des populations clés, notamment les jeunes, Vietnam, 2021.

**5
FOIS****LES PERSONNES INCARCÉRÉES
SONT CINQ FOIS PLUS
SUSCEPTIBLES DE VIVRE AVEC
LE VIH QUE LES ADULTES DE
LA POPULATION GÉNÉRALE****PERSONNES INCARCÉRÉES :
LOIN DES YEUX, LOIN DU CŒUR**

Le VIH, la tuberculose, l'hépatite virale (notamment l'hépatite C) et maintenant la COVID-19 sont des menaces majeures pour les près de 12 millions de personnes dans le monde qui sont détenues dans des prisons et des centres de détention chaque jour (76). Les personnes incarcérées sont cinq fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les adultes de l'ensemble de la population ; les données communiquées à l'ONUSIDA ces dernières années montrent qu'en moyenne, plus de 3 % de la population carcérale mondiale vit avec le VIH. Le surpeuplement, la mauvaise ventilation et la malnutrition, qui exposent les personnes vivant et travaillant dans des prisons et d'autres milieux fermés à un risque accru d'infection à VIH et à la tuberculose, les exposent également à un risque accru d'infection au SARS-CoV-2 et de subir de graves conséquences sanitaires lorsqu'elles sont infectées (77, 78).

Bien que les femmes ne représentent qu'une minorité (7 %) de la population carcérale mondiale, certaines études suggèrent que les femmes incarcérées sont plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes en prison ou les femmes de la communauté au sens large (79-81). Les groupes les plus exposés au risque d'infection à VIH sont souvent aussi ceux qui courent un risque accru d'incarcération, comme les personnes qui s'injectent des drogues et les professionnel(le)s du sexe, car de nombreux pays criminalisent leurs comportements. La prévalence moyenne du VIH chez les femmes en prison était de près de 4 % (n = 25 pays) jusqu'en 2021, contre près de 3 % (n = 50 pays) chez les hommes.

Un nombre restreint, mais en lente augmentation, de pays fournissent au moins certains services liés au VIH dans les lieux d'incarcération : entre 2017 et 2022, 52 pays ont déclaré fournir des préservatifs et des lubrifiants, sept avaient des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et 27 fournissaient un traitement par agonistes opioïdes aux détenus et autres personnes incarcérées. Nombre de ces services dépendent fortement du financement et du soutien des donateurs. Ils sont également répartis de manière inégale dans les prisons et ont tendance à être mal reliés aux programmes nationaux de lutte contre le VIH, de santé publique ou de santé et sécurité au travail. Le manque de volonté politique est le principal obstacle sous-jacent (82-84).

Il existe toutefois des exemples encourageants de changement. En 2020, le Kenya a mis en place son premier site de thérapie par agonistes opioïdes en milieu carcéral pour les femmes, les hommes, le personnel et les communautés environnantes. En 2021, des programmes de prévention du VIH, comprenant la distribution de préservatifs, étaient mis en œuvre dans les prisons du Kazakhstan. L'Ukraine a lancé en 2021 un petit programme de thérapie par agonistes opioïdes en milieu carcéral et traitait 72 personnes dans six établissements en septembre 2021, et des plans sont en cours pour étendre ce programme. Le Canada a mis en place des programmes d'échange de seringues dans 11 établissements correctionnels fédéraux. En République de Moldavie, l'administration pénitentiaire nationale a fourni 142 000 aiguilles et seringues dans les prisons en 2021, et cinq organisations de la société civile se sont associées pour proposer un dépistage du VIH dans les prisons. Quinze des dix-sept prisons ont désormais été certifiées comme offrant le même niveau de services de soins de santé que la communauté au sens large. Au Malawi, avec le soutien de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), les cliniques des prisons fournissent des soins de santé à environ 1200 personnes vivant et travaillant dans quatre prisons.

PRÉVENTION COMBINÉE POUR LES GARÇONS ET LES HOMMES

À l'échelle mondiale, le nombre d'hommes et de garçons (âgés de 15 à 49 ans) qui contractent le VIH a diminué de 27 % depuis 2010, contre 32 % chez les femmes et les filles. Cependant, la majorité des nouvelles infections à VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne surviennent chez les hommes et les garçons, principalement lors de rapports sexuels non protégés avec d'autres hommes ou de la consommation de drogues injectables à risque. En Afrique subsaharienne, la plupart des hommes qui contractent le VIH le font lors de rapports hétérosexuels non protégés.

La connaissance du VIH chez les hommes et les garçons a encore tendance à être faible : dans presque toute la région Asie-Pacifique et en Afrique subsaharienne, moins de la moitié d'entre eux ont des connaissances de base sur le VIH. Dans la plupart des régions, les hommes adultes sont moins susceptibles que les femmes adultes de connaître leur statut VIH et, s'ils sont séropositifs, de commencer et de poursuivre un traitement antirétroviral (85). Ces tendances sont en partie façonnées par les codes de masculinité dominants qui mettent l'accent sur le stoïcisme, l'indépendance et la force ; des stéréotypes qui induisent en erreur les hommes et leurs soignants. Les approches utilisées dans One Man Can (en Afrique du Sud), MAISHA (en République-Unie de Tanzanie) et d'autres projets ont montré qu'il était possible d'améliorer les normes de genre, de changer les codes de masculinité nuisibles et de soutenir l'engagement des garçons et des hommes dans les services de lutte contre le VIH et autres services de santé (86-90). D'autres facteurs entrent également en jeu. De nombreux modèles de services de santé, et les hommes eux-mêmes, présentent les soins de santé comme une préoccupation essentiellement féminine, et les professionnels de santé sont souvent mal équipés pour aborder les problèmes de santé des hommes (91). Dans certaines régions, les services VIH en établissement sont souvent organisés autour des services de santé reproductive, maternelle et infantile (14, 92-94). Les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les personnes transgenres, sont confrontés à des obstacles supplémentaires dus à la stigmatisation et à la discrimination, voire à une homophobie et une transphobie flagrantes.

Les services de lutte contre le VIH ne sont pas non plus suffisamment intégrés dans les services de santé que les hommes fréquentent, qu'ils y aillent en leur nom propre ou en tant qu'aidants. Des études menées au Malawi montrent que 82 % des hommes se sont rendus dans des établissements de santé au cours des 12 mois précédents, souvent en accompagnant leurs enfants ou leurs épouses, mais que la plupart de ces visites ont eu lieu dans des services de consultation externe, où les services liés au VIH sont rarement proposés (95, 96). Au Brésil, on estime que neuf futurs pères sur dix accompagnent leur partenaire féminine lors d'au moins une visite de soins prénatals (97). Ce sont des occasions idéales pour offrir aux hommes des informations et des services sur le VIH et d'autres questions de santé. L'accès aux services peut également être amélioré en prolongeant les heures d'ouverture des cliniques plusieurs fois par semaine, en réduisant les temps d'attente, en disposant d'espaces de consultation offrant une certaine intimité et en formant les professionnels de santé à rendre les visites médicales moins intimidantes pour les hommes (94). Les stratégies de sensibilisation doivent également être renforcées pour atteindre les hommes et les adolescents dans les lieux où ils se rassemblent (98, 99).

Pour un meilleur impact, les programmes doivent éviter de traiter les hommes comme un groupe indifférencié. Elles sont diverses et les raisons pour lesquelles elles n'utilisent pas les services varient selon les classes sociales, les groupements et les contextes (14). Les stratégies qui utilisent une approche centrée sur les personnes et fournissent des services VIH de manière pertinente, respectueuse et pratique seront plus efficaces pour prévenir le VIH chez les hommes et les garçons, et amélioreront les résultats pour tous (100).

82 %

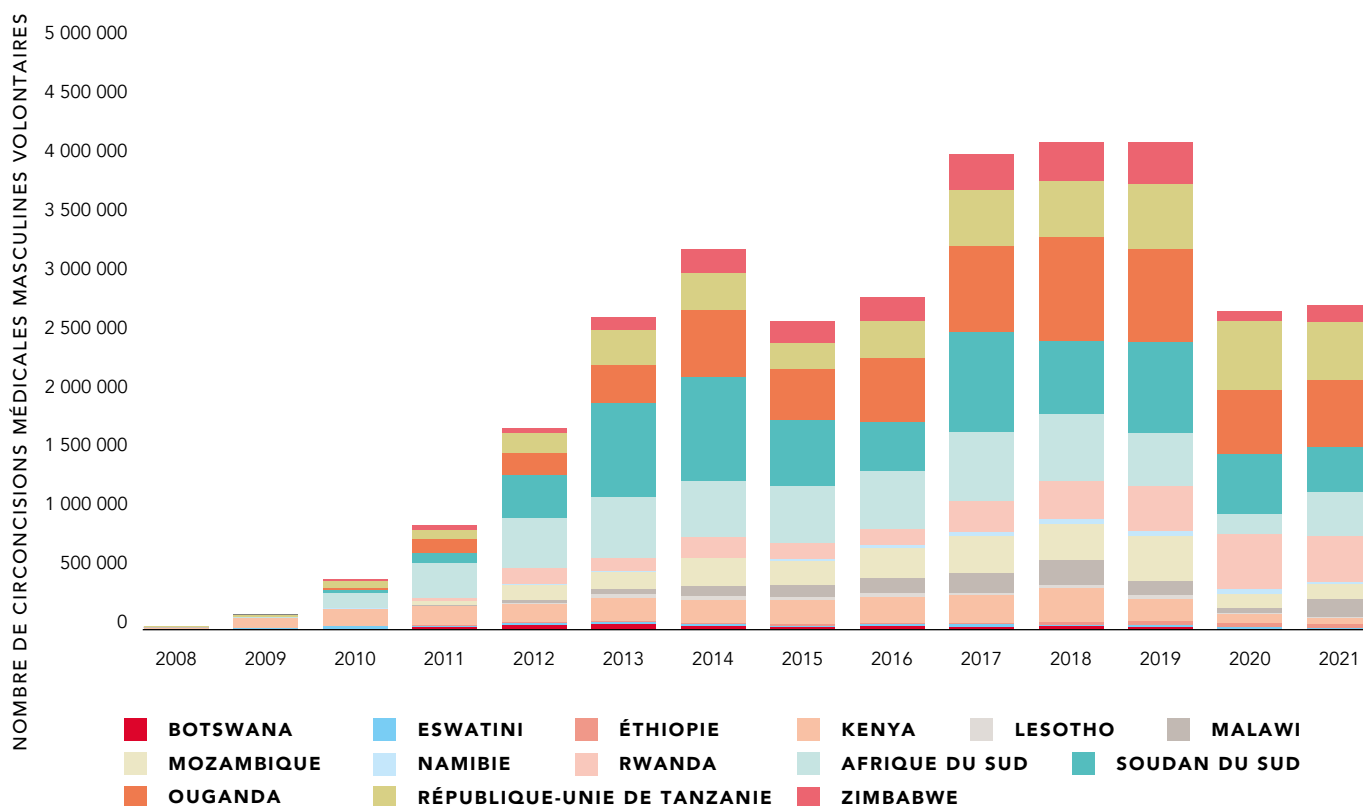
DES HOMMES AU MALAWI SE SONT RENDUS DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS

LA CIRCONCISION MASCULINE MÉDICALE VOLONTAIRE : UNE INTERVENTION PONCTUELLE, EFFICACE ET ABORDABLE

Une couverture élevée de la CMMV peut contribuer à réduire considérablement les nouvelles infections à VIH en Afrique orientale et australe (où se trouvent les 15 pays prioritaires pour les programmes CMMV), surtout si elle est associée à des niveaux élevés de thérapie antirétrovirale chez les femmes et les filles (101). En tant qu'intervention unique, la CMMV est considérablement plus rentable que les interventions de prévention qui nécessitent des prestations répétées (1).

Plus d'une douzaine de pays africains ont mis en place des programmes de CMMV depuis 2007, mais ces programmes ont été fortement perturbés au cours de la première année de la pandémie de COVID-19 (Figure 2.10). Selon une estimation, on constate une réduction de 34 % du nombre de CMMV réalisées en 2020 dans 15 pays prioritaires par rapport à 2019 (102). Les pays ont depuis repris leurs programmes, mais l'adoption n'a généralement pas retrouvé les niveaux d'avant la COVID-19, en partie à cause de la réduction du financement.

FIGURE 2.10 Nombre annuel de circoncisions médicales masculines volontaires, 15 pays prioritaires, Arica orientale et australe, 2008-2021



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

Jusqu'à présent, les programmes de CMMV ont touché des groupes d'âge plus jeunes, retardant ainsi leur impact sur la transmission du VIH (103). L'accent est désormais mis sur l'augmentation de la couverture parmi les hommes adultes qui sont plus exposés au risque d'infection à VIH, ce qui peut être plus difficile. Il faut investir dans des adaptations qui permettent de lever les obstacles à l'accès et de stimuler la demande, en particulier pour les hommes aux revenus les plus faibles et ceux qui vivent dans les zones rurales. Parmi les obstacles, citons les inquiétudes des hommes quant à la douleur et aux effets indésirables possibles, la faible perception du risque de VIH et la crainte que la circoncision soit considérée comme anormale dans leur communauté (104-107). Les inquiétudes liées à la perte de revenus pendant l'intervention et la convalescence, ainsi que les frais de transport, semblent également freiner la participation (108). Les services de CMMV qui sont proposés principalement dans les zones urbaines et sur les lieux de travail et dans les écoles peuvent également passer à côté de nombreux hommes à faibles revenus, en particulier dans les zones rurales.

Il a été démontré que la sensibilisation mobile permet de toucher davantage d'hommes et de garçons dans les zones mal desservies. Par exemple, des services de proximité construits autour de partenariats avec des organisations communautaires en Zambie ont permis de décupler le recours à la CMMV chez les hommes âgés de 19 à 34 ans (109). Il existe également des indications selon lesquelles une compensation financière peut augmenter l'adoption de la CMMV : lorsque l'équivalent de deux jours de salaire minimum (environ 6 USD) a été proposé pour couvrir les pertes de salaire au Malawi, les hommes âgés de 20 ans et plus étaient beaucoup plus susceptibles d'accepter une offre de CMMV (110, 111). De même, l'introduction d'incitations financières dans une étude réalisée en Zambie coïncidait avec une augmentation du recours à la CMMV de 3 à 37 % (108).

En Zambie, des services de proximité construits autour de partenariats avec des organisations communautaires ont permis de décupler le nombre de circoncisions médicales volontaires chez les hommes âgés de 19 à 34 ans.

L'association de la CMMV avec des services destinés aux partenaires féminins s'est également avérée prometteuse (111). Au Rwanda, un programme de CMMV se concentre sur les partenaires des adolescentes et des jeunes femmes qui participent à l'initiative PEPFAR DREAMS, tandis qu'un projet au Botswana se concentre sur les partenaires masculins des femmes qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus (111). Les programmes de CMMV durables nécessiteront une évolution progressive vers l'intégration du service dans les systèmes de santé nationaux.

NOUS POUVONS FAIRE MIEUX POUR PRÉVENIR ET TRAITER LE VIH CHEZ LES ENFANTS

Les enfants sont moins nombreux à contracter le VIH qu'il y a dix ans, mais l'on dénombrait encore 160 000 [110 000-230 000] nouvelles infections chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) en 2021. L'analyse des données permet de comprendre pourquoi et où ces infections se produisent encore. Les pays qui ont considérablement réduit la transmission verticale du VIH l'ont fait grâce à une couverture très élevée du dépistage et du traitement du VIH chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, ce qui a été réalisé en partie grâce à un passage complet à des politiques de traitement intégral (voir le reportage sur le Botswana dans ce chapitre). Cette approche permet aux femmes vivant avec le VIH de commencer un traitement antirétroviral bien avant la conception et d'atteindre une faible charge virale pendant la grossesse et au-delà.

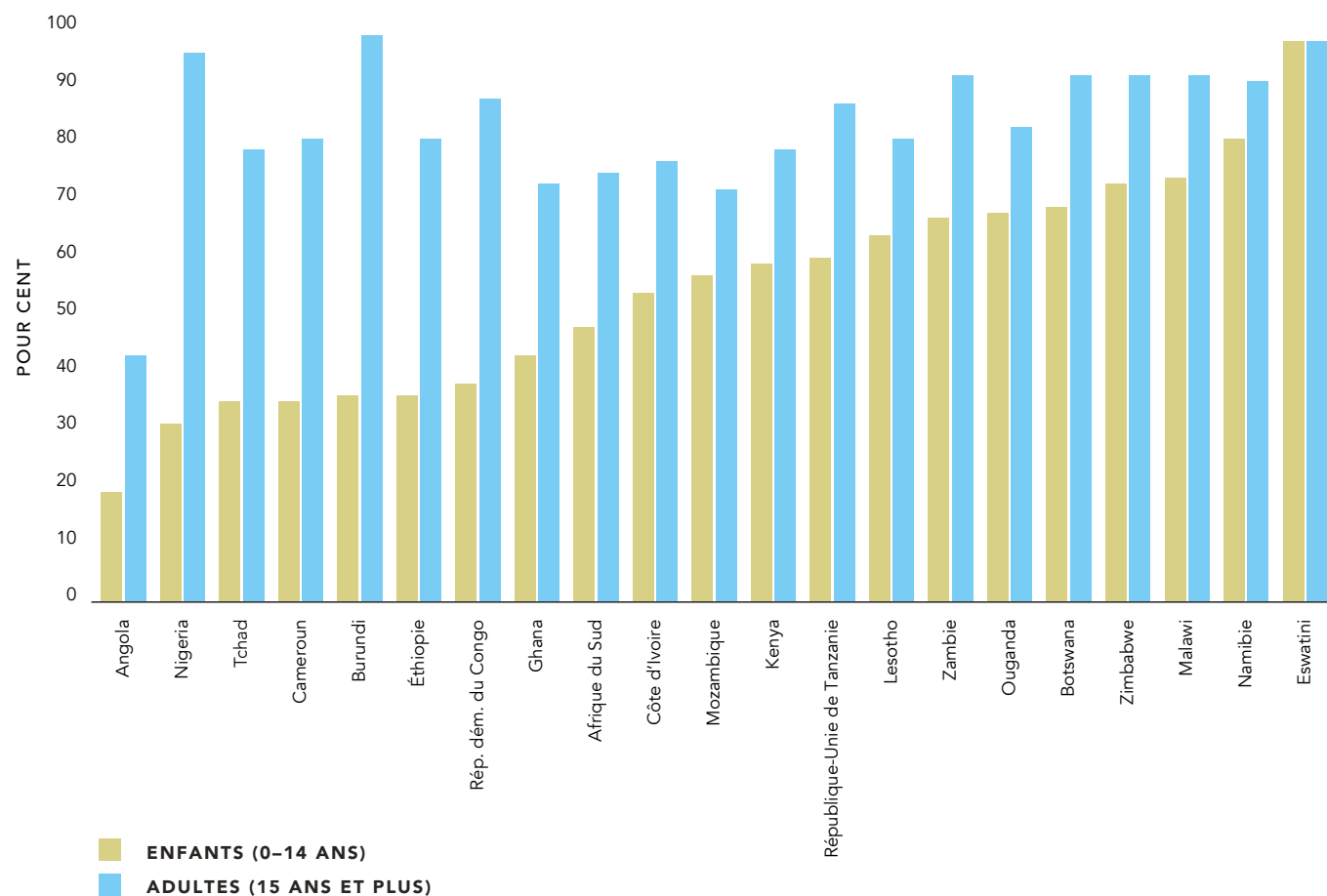
160 000

NOUVELLES INFECTIONS À
VIH CHEZ LES ENFANTS (ÂGÉS
DE 0 À 14 ANS) EN 2021

Les mères et les femmes enceintes doivent pouvoir accéder aux services de santé de manière sûre et pratique. Les droits de l'homme, l'égalité des sexes et l'engagement communautaire doivent donc être au cœur des stratégies nationales visant à éliminer la transmission verticale du VIH. Ceci est souligné par des rapports selon lesquels des femmes vivant avec le VIH dans certains pays (dont le Botswana, le Kenya, le Malawi, l'Ouganda, les États-Unis, la Zambie et le Zimbabwe) ont été poursuivies pour avoir allaité et avoir prétendument exposé des nouveau-nés à l'infection à VIH (112, 113).

En outre, on estime à 800 000 [640 000-990 000] le nombre d'enfants vivant avec le VIH qui ne reçoivent toujours pas de traitement contre le VIH, la couverture de la thérapie antirétrovirale chez l'enfant étant particulièrement faible en Afrique occidentale et centrale (35 % [28-41 %]) et en Afrique orientale et australe (56 % [45-71 %]) (voir figure 2.11). Cette situation est principalement due au fait que tous les enfants exposés au VIH ne sont pas testés et que ceux qui ont contracté le virus ne bénéficient pas d'un traitement et de soins. Les données représentatives de sept pays d'Afrique orientale et australe de 2015 à 2017 montrent que 10 % des enfants diagnostiqués séropositifs n'étaient pas sous traitement, et que 48 % n'étaient pas sous suppression virale (114). En garantissant un dépistage au point de service, en réduisant le coût des trousseaux de dépistage et en simplifiant les procédures de dépistage, on peut améliorer les chances d'identifier les enfants séropositifs non diagnostiqués et faire en sorte qu'ils reçoivent un traitement vital.

FIGURE 2.11 Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants (âgés de 0 à 14 ans) et les adultes (âgés de 15 ans et plus) vivant avec le VIH, pays sélectionnés, 2021



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

POURQUOI TANT D'ENFANTS CONTINUENT D'ÊTRE INFECTÉS PAR LE VIH ?

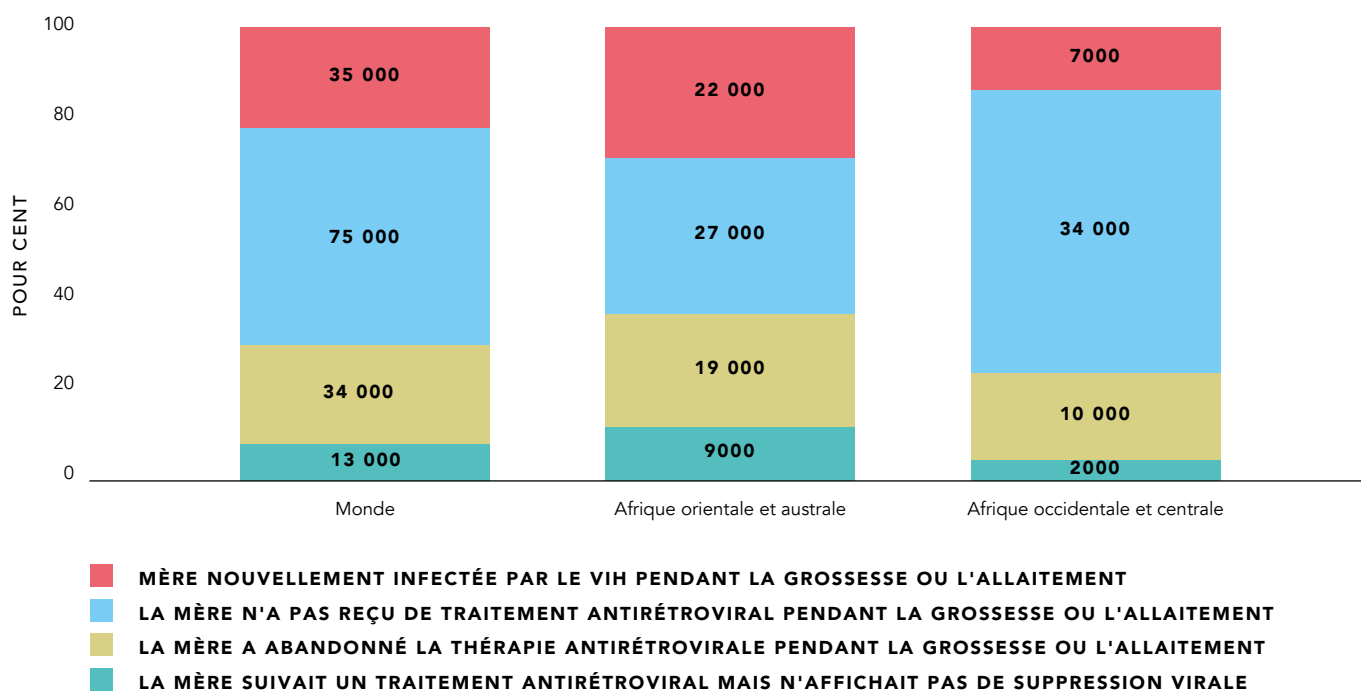
On commence à mieux comprendre pourquoi tant d'enfants sont encore contaminés par le VIH. L'analyse des données provenant des programmes de lutte contre le VIH et de la modélisation (figure 2.12) montre que près de la moitié des nouvelles infections à VIH chez les enfants (75 000 des 160 000 infections estimées) sont dues à des femmes séropositives qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral. Les services de lutte contre le VIH passent à côté de ces femmes, qui sont nombreuses à éviter les services de lutte contre le VIH par crainte de la stigmatisation et de la discrimination. Les barrières juridiques (telles que les réglementations relatives à l'âge du consentement et les lois qui criminalisent les populations clés) font également qu'il leur est difficile de faire un test de dépistage du VIH et de commencer une thérapie antirétrovirale avant la grossesse. Il en résulte davantage de cas non diagnostiqués et davantage de transmission. Ces obstacles juridiques doivent être supprimés.

Près de la moitié des nouvelles infections à VIH chez les enfants sont dues à des femmes séropositives qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral.

En outre, plus de 34 000 nouvelles infections à VIH chez l'enfant surviennent lorsque les mères ne sont pas en mesure de poursuivre leur traitement pendant la grossesse ou l'allaitement. L'accès limité aux installations, les coûts imprévus (y compris les frais d'utilisation), la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, les effets secondaires des médicaments et les difficultés à suivre le traitement sont autant de facteurs qui contribuent à une faible rétention. La suppression des frais d'utilisation (voir l'article de fond sur le Cameroun au chapitre 5) et l'amélioration de la qualité du traitement et des soins (notamment l'utilisation de schémas thérapeutiques optimisés et le soutien fiable de mères mentors et d'autres pairs) peuvent contribuer à éliminer ces obstacles (115).

En outre, 35 000 nouvelles infections se produisent lorsque les programmes ne prennent pas en compte les femmes et les jeunes filles qui contractent le VIH pendant la grossesse ou l'allaitement. Il s'agit d'un facteur important de la transmission verticale du VIH en Afrique orientale et australe, où près de la moitié des nouvelles infections d'enfants se produisent. Les choix éprouvés en matière de prévention du VIH, y compris la PrEP, doivent être encouragés pour les femmes enceintes et allaitantes et leurs partenaires dans les zones à forte incidence du VIH. Les femmes enceintes et allaitantes qui ne connaissent pas leur statut VIH doivent être encouragées et soutenues pour accéder au dépistage et, si nécessaire, commencer rapidement un traitement. Enfin, les 13 000 infections verticales restantes sont survenues parce que la mère recevait un traitement mais n'affichait pas une suppression de la charge virale.

FIGURE 2.12 Pourcentage de nouvelles infections verticales à VIH par cause de transmission, au niveau mondial et dans certaines régions, 2021



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

La violence entre partenaires intimes est une menace omniprésente. Outre le préjudice subi par les survivants, la violence peut également empêcher les femmes vivant avec le VIH de poursuivre leur traitement ou leur prise en charge, les exposant ainsi à des maladies liées au VIH et exposant leurs enfants au VIH. Dans un récent examen systématique de 14 études réalisées en Afrique subsaharienne, la prévalence de la violence chez les femmes enceintes séropositives allait de 18 % à 63 % (116, 117). Toutes les femmes, y compris les femmes enceintes et celles qui allaitent, doivent être protégées contre la violence du partenaire intime et bénéficier d'un soutien et d'une réparation plus solides si elles sont victimes de cette violence (118).

LE BOTSWANA OUVRE LA VOIE DE LA CERTIFICATION DES PAYS À FORTE CHARGE DE VIH SUR LA VOIE DE L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION VERTICALE DU VIH

En décembre 2021, le Botswana est devenu le premier pays à forte charge de VIH à être certifié par le Comité consultatif mondial de validation (GVAC) de l'OMS comme ayant atteint une étape critique sur la voie de l'élimination de la transmission verticale du VIH. Toutefois, ce qui est aussi frappant que ce que le Botswana a réalisé, c'est la manière dont il a procédé pour documenter cette réalisation, à savoir en utilisant le processus de certification comme un moyen d'autonomiser les femmes vivant avec le VIH et de renforcer leurs droits fondamentaux.¹

Le Botswana est le premier pays à forte charge de VIH à être certifié pour avoir atteint les indicateurs requis pour le niveau Argent sur les critères de la « Voie vers l'élimination du VIH » qui ont été introduits en 2017 (Figure 2.13) (119). Le niveau Argent requiert un taux de cas de VIH inférieur à 500 pour 100 000 naissances vivantes, un taux de transmission verticale du VIH inférieur à 5 % et la fourniture de soins prénatals et d'un traitement antirétroviral à plus de 90 % des femmes enceintes.

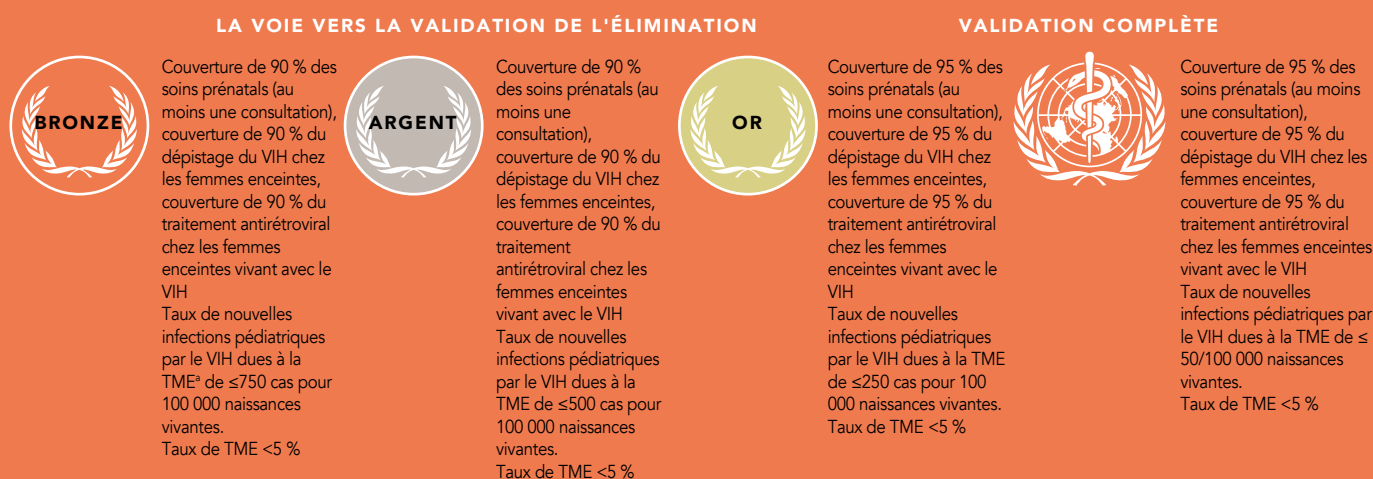
Page suivante

L'aide-soignante Thapelo Makgokgowe en consultation avec une mère et son enfant dans une clinique de Gaborone, au Botswana, en mai 2022.

¹ En décembre 2021, 15 pays et territoires (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, l'Arménie (VIH uniquement), le Bélarus, les Bermudes, les îles Caïmans, Cuba, la Dominique, la Malaisie, les Maldives, la République de Moldavie (syphilis uniquement), Montserrat, le Sri Lanka, Saint-Kitts-et-Nevis et la Thaïlande) ont reçu une certification pour l'élimination de la transmission verticale du VIH et de la syphilis. Les pays posent leur candidature selon des critères normalisés pour évaluer les performances des programmes, des données et des systèmes de laboratoire, et ils veillent à l'intégration des droits de l'homme, de l'égalité des sexes et de l'engagement communautaire dans le cadre d'un processus supervisé par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le FNUAP, l'OMS et l'ONUSIDA.



FIGURE 2.13 La voie vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant



Source : Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. Genève : OMS ; 2021. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>).

^a TME = Transmission mère-enfant du VIH.

95 %

DES FEMMES ENCEINTES AU BOTSWANA RECEVAIENT UN TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL EN 2021

Les données de l'ONUSIDA montrent que plus de 95 % des femmes enceintes au Botswana recevaient une thérapie antirétrovirale en 2021, contre 77 % en 2010. Les taux de transmission verticale n'étaient que de 2,2 %, contre 9,0 % dix ans plus tôt. Une femme vivant avec le VIH à Kgalagadi South déclare : « J'ai trois enfants... Je les ai allaités tous les trois, et ils ont tous reçu des médicaments pour prévenir le VIH. »

Le Botswana a placé les femmes vivant avec le VIH au centre du processus de documentation du succès de la prévention dans le pays. Avec le soutien de l'ONUSIDA, la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH a orienté les réseaux de femmes vivant avec le VIH vers l'administration de l'outil d'évaluation des droits de l'homme à leurs réseaux dans 10 des districts du Botswana.² Ces réseaux ont dirigé le processus, et le gouvernement du Botswana a fourni un soutien logistique pour garantir la participation des femmes vivant avec le VIH dans un espace sûr. Les femmes vivant avec le VIH, qui sont représentées au sein du comité national de validation, ont également examiné une ébauche du rapport de validation national.

Le GVAC a validé la conformité des programmes et services du Botswana visant à éliminer la transmission verticale du VIH aux normes internationales, régionales et nationales en matière de droits de l'homme, d'égalité des sexes et d'engagement communautaire. Comme le fait remarquer une femme vivant avec le VIH à Kweneng West : « Les infirmières et les agents de santé donnent à tous l'option du dépistage et du traitement. C'est toujours un choix clair, et non un choix forcé. »

Le ministère de la Santé du Botswana, avec l'engagement des femmes vivant avec le VIH et le soutien du Programme commun, a organisé un atelier en mai 2022 pour favoriser l'implication des partenaires et des parties prenantes afin de s'assurer que les approches fondées sur les droits sont utilisées pour maintenir la certification de niveau Argent du pays et son éventuelle progression vers le niveau Or.

Page suivante

« Je ne sais pas si cela fait 13 ou 14 ans que je vis avec le VIH. J'ai ce merveilleux garçon, qui est né sans VIH. Il s'appelle Luce. Mon mari est également séropositif. Nous savions tous deux qu'un jour, il y aurait un moyen pour nous d'élever des enfants sans VIH. » Kesego Basha-Mupelli, Botswana, décembre 2014.

² Il s'agit notamment du Botswana Network of People Living with HIV (BONEPWA+), de Bomme Isago (un partenaire local de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH) et du Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA).



RÉFÉRENCES

1. Kripke K, Eakle R, Cheng A, Rana S, Torjesen K, Stover J et al. The case for prevention–primary HIV prevention in the era of universal test and treat: a mathematical modeling study. *EClinicalMedicine*. 2022;46:101347.
2. HIV Prevention 2025 Road Map: getting on track to end AIDS as a public health threat by 2030. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; 2022 [forthcoming].
3. Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Cogan M et al. The case for investing in the male condom. *PLoS One*. 2017;12(5):e0177108.
4. UNFPA Product Catalogue [database]. New York (NY): UNFPA; c2021 (<https://www.unfpaprocedure.org/products>).
5. Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic [version 1]. *Gates Open Res*. 2022;5:91.
6. Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf).
7. Zimbabwe condom case study. *Mann Global Health*; 2017 (https://mannglobal-health.com/wp-content/uploads/2017/11/MGH_Condom-Case-Study_Zimbabwe_Final_091117.pdf).
8. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza J. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):E134-E140.
9. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002680.
10. Tan SY, Melendez-Torres GJ. A systematic review and metasynthesis of barriers and facilitators to negotiating consistent condom use among sex workers in Asia. *Cult Health Sex*. 2016;18(3):249-64.
11. AIDSinfo [database]. Geneva: UNAIDS; c2022 (AIDSinfo.unaids.org).
12. Developing effective condom programmes. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNAIDS_TechBrief.pdf).
13. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report, November–December 2021. Geneva: WHO; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).
14. Cornell M, Majola M, Johnson L, Dubula-Majola V. HIV services in sub-Saharan Africa: the greatest gap is men. *Lancet*. 2021;397(10290):2130-2.
15. Havlir D, Lockman S, Ayles H, Larmarange J, Chamie G, Gaolathe T et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? *J Int AIDS Soc*. 2020;23(2):e25455.
16. Gwarisa M. #BREAKING: Dapivirine, Vaginal Ring Approved For Use in Zimbabwe. In: *HealthTimes* [Internet]. 14 July 2021. *HealthTimes*; c2021 (<https://healthtimes.co.zw/2021/07/14/breaking-dapivirine-vaginal-ring-approved-for-use-in-zimbabwe/>).
17. Fokazi S. More HIV prevention options for SA women as vaginal ring is approved. In: *Sunday Times Live* [Internet]. 16 March 2022. *Arena Holdings (Pty) Ltd*; c2022 (<https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2022-03-16-more-hiv-prevention-options-for-sa-women-as-vaginal-ring-approved/>).
18. Madeddu G, De Vito A, Cozzi-Lepri A, Cingolani A, Maggiolo F, Perno CF et al. Time spent with HIV-RNA \leq 200copies/ml in a cohort of people with HIV during the U=U era. *AIDS*. 2021;35(7):1103-12.
19. Kerzner M, De AK, Yee R, Keating R, Djomand G, Stash S et al. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake and service delivery adaptations during the first wave of the COVID-19 pandemic in 21 PEPFAR-funded countries. *PLoS One*. 2022;17(4):e0266280.

20. Holt M, Broady T, Mao L, Chan C, Rule J, Ellard J. Increasing pre-exposure prophylaxis use and "net prevention coverage" in behavioural surveillance of Australian gay and bisexual men, 2014–19. *AIDS*. 2021;35(5):835-40.
21. Estcourt C, Yeung A, Nandwani R, Goldberg D, Cullen B, Steedman N et al. Population-level effectiveness of a national HIV preexposure prophylaxis programme in MSM. *AIDS*. 2021;35(4):665-73.
22. Smith DK, Sullivan PS, Cadwell B, Waller LA, Siddiqi A, Mera-Giler R et al. Evidence of an association of increases in pre-exposure prophylaxis coverage with decreases in human immunodeficiency virus diagnosis rates in the United States, 2012–2016. *Clin Infect Dis*. 2020;71(12):3144-51.
23. Celum C, Baeten JM. Lesson on PrEP from the SEARCH study in east Africa. *Lancet HIV*. 2020;7:e219-e220.
24. Hanum N, Cambiano V, Sewell J, Phillips A, Rodger A, Speakman A et al. Use of HIV pre-exposure prophylaxis among gay, bisexual and other men who have sex with men in England. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Poster PEC0367.
25. Hojilla JC, Hurley LB, Marcus JL, Silverberg MJ, Skarbinski J, Satre DD et al. Characterization of HIV preexposure prophylaxis use behaviors and HIV incidence among US adults in an integrated health care system. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2122692.
26. Kifetew CA, Mukiwa T, Sparrowhawk A. HIV pre-exposure prophylaxis and Black people in England: addressing health information inequities through a national campaign. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract O015.
27. Hillis A, Germain J, Hope V, McVeigh J, Van Hout MC. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM): a scoping review on PrEP service delivery and programming. *AIDS Behav*. 2020;24(11):3056-70.
28. Celum CL, Delany-Moretlwe S, Baeten JM, van der Straten A, Hosek S, Bukusi EA et al. HIV pre-exposure prophylaxis for adolescent girls and young women in Africa: from efficacy trials to delivery. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(Suppl 4):e25298.
29. Mwangi S, Miloyo C, Gacheru J, Kwala D, Oiyoo L, Mwangi P. Structured support groups improves PrEP uptake among female sex workers in Nairobi: a case study of BHESP. International AIDS Conference, 18–21 July 2021. Abstract OAD0504.
30. Lau JY, Hung CT, Lee SS. A review of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) programmes by delivery models in the Asia–Pacific through the healthcare accessibility framework. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(7):e25531.
31. Chinbunchorn T, Nampaisarn O, Ramautarsing R, Sanyam S, Sangpasert T, Chanlearn P et al. Factors associated with accessing free PrEP services in Thailand. 23rd International AIDS Conference, 6–10 July 2020. Abstract PED1282.
32. PrEP innovation and implementation in Asia and the Pacific: virtual regional discussion, 15–16 December 2020. Meeting report. Geneva; 2021 (<https://unitaid.org/assets/PrEP-innovation-and-implementation-in-Asia-and-the-Pacific-Meeting-Report-2020.pdf>).
33. Velloza J, Khoza N, Scorgie F, Chitukuta M, Mutero P, Mutiti K et al. The influence of HIV-related stigma on PrEP disclosure and adherence among adolescent girls and young women in HPTN 082: a qualitative study. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(3):e25463.
34. Atukunda EC, Owembabazi M, Pratt MC, Psaros C, Muyindike W, Chitneni P et al. A qualitative exploration to understand barriers and facilitators to daily oral PrEP uptake and sustained adherence among HIV-negative women planning for or with pregnancy in rural southwestern Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2022;25(3):e25894.

35. Reed JB, Shrestha P, Were D, Chakare T, Mutegi J, Wakhutu B et al. HIV PrEP is more than ART-lite: longitudinal study of real-world PrEP services data identifies missing measures meaningful to HIV prevention programming. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(10):e25827.
36. Pollock S, Toegel F, Holtyn AF, Rodewald AM, Leoutsakos J, Fingerhood M et al. Effects of incentives on viral suppression in people living with HIV who use cocaine or opiates. *Drug and Alcohol Dependence.* 2020;212:108000.
37. Delany-Moretlwe S, Hughes JP, Bock P, Ouma SM, Hunidzarira P, Kalonji D et al. Cabotegravir for the prevention of HIV-1 in women: results from HPTN 084, a phase 3, randomised clinical trial. *Lancet.* 2022;399(10337):1779-89.
38. Eshleman SH, Fogel JM, Piwowar-Manning E, Chau G, Cummings V, Agyei Y et al. Characterization of human immunodeficiency virus (HIV) infections in women who received injectable cabotegravir or tenofovir disoproxil fumarate/emtricitabine for HIV prevention: HPTN 084. *J Infect Dis.* 2022;225(10):1741-9.
39. Landovitz RJ, Donnell D, Clement ME, Hanscom B, Cottle L, Coelho L et al. Cabotegravir for HIV prevention in cisgender men and transgender women. *N Engl J Med.* 2021;385(7):595-608.
40. Landovitz RL, Donnell D, Tran H, Kallas EG, Magnus M, Marzinke M et al. Updated efficacy, safety and case studies in HPTN 083: CAB-LA vs TDF/FTC for PrEP. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 12–16 February 2022. Abstract 96.
41. Scott H. Preparing for the plate of prevention options: how can we deliver. Conference on Retroviral and Opportunistic Infections, 12–16 February 2022. Abstract 57.
42. MSF response: ViiV will not license new game-changing long-acting HIV prevention drug to generic manufacturers. In: *Médecines Sans Frontières* [Internet]. 4 March 2022. Geneva: Médecines Sans Frontières; c2022 (<https://msf-access-campaign.prezly.com/msf-response-viiv-will-not-license-new-game-changing-long-acting-hiv-prevention-drug-to-generic-manufacturers#>).
43. Pillay Y, Venter F, Hassan F. What is the use of anti-HIV injections when those who need it most can't use it? In: *Bhekisisa.org* [Internet]. 30 March 2022. Johannesburg: Bhekisisa; c2022 (<https://bhekisisa.org/article/2022-03-30-what-is-the-use-of-anti-hiv-injections-when-those-who-need-it-most-cant-use-it/>).
44. Neilan AM, Landovitz RJ, Le MH, Grinsztejn B, Freedberg KA, McCauley M et al. Cost-effectiveness of long-acting injectable HIV preexposure prophylaxis in the United States: a cost-effectiveness analysis. *Ann Intern Med.* 2022;175(4):479-89.
45. Jamieson L. The relative cost-effectiveness of long-acting injectable cabotegravir versus oral pre-exposure prophylaxis: a modelled economic evaluation and threshold analysis in South Africa based on the HPTN 083 and 084 trials. *The Lancet.* 2022;1 March. Preprint.
46. Community position statement: CAB-LA must be immediately licensed to generic suppliers to enable affordable, widespread access for all people at risk of HIV. *Afrocab*; 2022 (<http://www.afrocab.info/wp-content/uploads/2022/03/CAB-LA-Community-Statement-Final.pdf>).
47. CADO 4/PADO 5: approach to delivery of LA ARVs for HIV treatment and prevention in LMICs: cabotegravir as a precedent-setting case study. Video presentation by Clinton Health Access Initiative (<https://www.longactinghiv.org/files/inline-files/DavidRipin-LEAP2022.mp4>).
48. ViiV Healthcare open to voluntary licensing as part of approach to enable greater access to Cabotegravir LA for PrEP in low- and middle-income countries. Media release. In: *ViiV Healthcare* [Internet]. 4 April 2022. Brentford (UK): ViiV Healthcare; c2021 (<https://viivhealthcare.com/hiv-news-and-media/news/company-statements/viiv-healthcare-and-medicines-patent-pool/>).

49. Key findings from the 2021 scorecards of the Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Mabaso M, Makola L, Naidoo I, Mlangeni LL, Jooste S, Simbayi L. HIV prevalence in South Africa through gender and racial lenses: results from the 2012 population-based national household survey. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):167.
51. McKinnon LR, Karim QA. Factors driving the HIV epidemic in southern Africa. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016;13(3):158-69.
52. We've got the power: women, adolescent girls and the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf).
53. HERStory2: process evaluation of the combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women (AGYW), Global Fund grant period 2019 to 2022. Pretoria: South African Medical Research Council; 2021 (<https://www.samrc.ac.za/sites/default/files/attachments/2021-07-27/HERStory2%20Process%20Evaluation%20Report%20Overview.pdf>).
54. Muthoni CN, Kneipp SM, Gichane MW, Caiola CE, Pettifor AE, Williams JR. A systematic review of HIV interventions for young women in sub-Saharan Africa. *AIDS Behav*. 2020;24(12):3395-413.
55. Lacombe-Duncan A, Kia H, Logie CH, Todd KP, Persad Y, Leblanc G et al. A qualitative exploration of barriers to HIV prevention, treatment and support: perspectives of transgender women and service providers. *Health Soc Care Community*. 2021;29(5):e33-e46.
56. The journey towards comprehensive sexuality education. Paris: UNESCO; 2021 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/The%20journey%20towards%20comprehensive%20sexuality%20education%20C%20Global%20status%20report.pdf>).
57. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School-based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(3):e89692.
58. Goldfarb ES, Lieberman LD. Three decades of research: the case for comprehensive sex education. *J Adolesc Health*. 2021;68(1):13-27.
59. Mark NDE, Wu LL. More comprehensive sex education reduced teen births: quasi-experimental evidence. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2022;119(8):e2113144119.
60. Facing the facts: the case for comprehensive sexuality education. Policy paper 39. Paris: UNESCO; 2019 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000368231>).
61. Haberland N. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: a comprehensive review of evaluation studies. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015;41(1):31-42.
62. The DHS Program STATcompiler [database]. The DHS Program; c2022 (<http://www.statcompiler.com>).
63. Population-based surveys, 2015–2020.
64. Logie CH, Perez-Brumer A, Parker R. The contested global politics of pleasure and danger: sexuality, gender, health and human rights. *Glob Public Health*. 2021;16(5):651-63.
65. Singh A, Both R, Philpott A. "I tell them that sex is sweet at the right time" – a qualitative review of "pleasure gaps and opportunities" in sexuality education programmes in Ghana and Kenya. *Glob Public Health*. 2021;16(5):713-88.
66. Global state of harm reduction: 2021 update [Internet]. Harm Reduction International; 2021 (<https://www.hri.global/global-state-of-harm-reduction-2021>).
67. Algeria: Addressing the Needs of People who Inject Drugs. In: UNODC.org [Internet]. 7 June 2022. Vienna: UNODC; c2022 (<https://www.unodc.org/romena/en/Stories/2022/June/algeria-addressing-the-needs-of-people-who-inject-drugs.html>).

68. UNODC. Unified budget results and accountability framework (UBRAF), 2016–2021. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://open.unaids.org/sites/default/files/documents/UNODC_Organizational%20report_2020.pdf).
69. Pollack T, Thwaites G, Rabaa M, Choisy M, van Doorn R, Van Tan L et al. Emerging COVID-19 success story: Vietnam's commitment to containment. In: *Our World in Data* [Internet]. 5 March 2021. Global Change Data Lab; c2022 (<https://ourworldindata.org/covid-exemplar-vietnam>).
70. Assessment of the emergency multiday take-home dose methadone distribution in Ho Chi Minh City in the context of COVID-19. Ho Chi Minh City: UNAIDS, HCDC, UMP Vietnam; 2021.
71. Results after 6 months of the pilot implementation of the methadone take-home program on patients undergoing opioid-type drug addiction treatment in three provinces of Vietnam in 2021. Hanoi: Vietnam Authority of HIV/AIDS Control, Center for Training and Research on Substance Abuse—HIV (Hanoi Medical University); 2021.
72. Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific, 2022. Bangkok: UNAIDS Regional Support Team; 2022 [forthcoming].
73. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(2 Suppl 1):19833.
74. Confronting inequalities: lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS—Global AIDS Update 2021. Geneva: UNAIDS; 2021.
75. Doing it from a distance: how telehealth is preserving HIV service delivery during COVID-19. In: *EpiC Blog* [Internet]. 21 October 2020. EpiC Blog; c2021 (<https://epicproject.blog/2020/10/21/doing-it-from-a-distance-how-telehealth-is-preserving-hiv-service-delivery-during-covid-19/>).
76. Walmsley R. World prison population list. 12th ed. London: Institute for Crime and Justice Policy Research; 2018.
77. Kim H, Hughes E, Cavanagh A, Norris E, Gao A, Bondy SJ et al. The health impacts of the COVID-19 pandemic on adults who experience imprisonment globally: a mixed methods systematic review. *PLoS One.* 2022;17(5):e0268866.
78. Mitigating the disruptive impact of infection prevention and control measures in prisons: core principles and recommendations. COVID-19 guidance note. Vienna: UNODC; July 2021.
79. Data matters. Vienna: UNODC; 2021 (https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/DataMatters1_prison.pdf).
80. Pillay N, Chimbaga D, Van Hout MC. Gender inequality, health rights and HIV/AIDS among women prisoners in Zimbabwe. *Health Hum Rights.* 2021;23(1):225-36.
81. Women in prison, HIV and hepatitis C. Ottawa (ON): Canadian HIV/AIDS Legal Network; 2020 (<https://whai.ca/wp-content/uploads/2020/01/Women-in-Prison-HIV-and-Hepatitis-C.pdf>).
82. Van Hout MC, Stöver H, Benamara K, Bauer P, Salah E. 90–90–90: catalysing the response to HIV by enhancing prison visibility in the Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) strategy beyond 2021. *Public Health.* 2021;190:e5-e6
83. World drug report 2019. Booklet 2. Vienna: UNODC; 2019.
84. The Joint WHO–ILO–UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services: a guidance note. Geneva: WHO, ILO, UNAIDS; 2011 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_149714.pdf).
85. Kusemererwa S, Akena D, Nakanjako D, Kigozi J, Nanyunja R, Nanfuka M et al. Strategies for retention of heterosexual men in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS One.* 2021;16(2):e0246471.

86. Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237084.
87. Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260425.
88. Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. *Cult Health Sex*. 2021;23(10):1313-28.
89. Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyango N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(1):e2100137.
90. Global sexual and reproductive health package for men and adolescent boys. New York (NY): UNFPA; 2017 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IPPF_UNFPA_GlobalSRHPackageMenAndBoys_Nov2017.pdf).
91. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. A scoping review on the role of masculine norms in men's engagement in the HIV care continuum in sub-Saharan Africa. *AIDS Care*. 2019;31(11):1435-46.
92. Chikovore J, Gillespie N, McGrath N, Orne-Gliemann J, Zuma T. Men, masculinity and engagement with treatment as prevention in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 3:74-82.
93. Dovel K, Yeatman S, Watkins S, Poulin M. Men's heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. *AIDS*. 2015;29(10):1123-5.
94. Beia T, Kielmann K, Diaconu K. Changing men or changing health systems? A scoping review of interventions, services and programmes targeting men's health in sub-Saharan Africa. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):87.
95. Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. *Bull World Health Organ*. 2021;99(9):618-26.
96. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23 (Suppl 2):e25517.
97. Barker G, Contreras M, Heilman B, Singh A, Verma R, Nascimento M. Evolving men: initial results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES). Washington (DC): International Center for Research on Women; 2011 (<http://www.icrw.org/sites/default/files/publications/Evolving-Men-Initial-Results-from-the-International-Men-and-Gender-Equality-Survey-IMAGES-1.pdf>).
98. Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*. 2017;14(4):e1002262.
99. Atkins K, Yeh PT, Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Service delivery interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227755.
100. Makusha T, van Rooyen H, Cornell M. Reframing the approach to heterosexual men in the HIV epidemic in sub-Saharan Africa. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(Suppl 2):70-71.
101. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, de Oliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun*. 2019;10(1):5482.

102. Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services, 2020. *International AIDS Conference, 18–21 July 2021*. Abstract PEC281.
103. Davis SM, Hines JZ, Habel M, Grund JM, Ridzon R, Baack B et al. Progress in voluntary medical male circumcision for HIV prevention supported by the US President's Emergency Plan for AIDS Relief through 2017: longitudinal and recent cross-sectional programme data. *BMJ Open*. 2018;8:e021835.
104. Palmer E. The factors that affect the low uptake of voluntary medical male circumcision among adult males (20–39 years of age) in Gauteng Province, South Africa. *22nd International AIDS Conference, 23–27 July 2018*. Poster THPED419.
105. Mejia C, Swai M, Zimmerman E, McElwee E, Mphuru L, Lweno Z. Behavior design methodology for uptake of voluntary medical male circumcision among fisherfolks in the lake zone of Tanzania. *22nd International AIDS Conference, 23–27 July 2018*. Poster PDD0504.
106. Odero K, Otenyo J, Odima S, Akolong G, Ophwette A, Pulkol S. Barriers to uptake of voluntary medical male circumcision (VMMC) among men aged above 24 years in Turkana West Subcounty, Kenya. *ICASA 20th Conference, 2–7 December 2019*. Poster FRPEC217.
107. Sangweni PN, Mavundla TR, Moab PS. Factors hindering effective uptake of medical male circumcision at Untunjambili area in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA*. 2019;24:a1305.
108. Carrasco MA, Wilkinson J, Kasdan B, Fleming P. Systematic review of barriers and facilitators to voluntary medical male circumcision in priority countries and programmatic implications for service uptake. *Glob Public Health*. 2019;14(1):91-111.
109. Durrell M, Aladesanmi L, Laube C, Mohan D, Kaira F, Chituwo O et al. Financial compensation increases voluntary medical male circumcision uptake among high-risk men in Zambia. *ICASA 20th Conference, 2–7 December 2019*. Abstract FRPEC209.
110. Kennedy CE, Yeh PT, Atkins K, Fonner VA, Sweat MD, O'Reilly KR et al. Economic compensation interventions to increase uptake of voluntary medical male circumcision for HIV prevention: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227623.
111. Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: enhancing uptake of VMMC among adolescent boys and men at higher risk for HIV—evidence and case studies. *Technical brief*. Geneva: WHO; 2021.
112. Cameron S. It takes more than a village to end HIV criminalisation. In: *HIV Justice Network [Internet]*. 23 September 2021. HIV Justice Network; c2022 (<https://www.hivjustice.net/news/feature-it-takes-more-than-a-village/>).
113. HIV Justice Network. Beyond blame. Challenging criminalization for HIV Justice Worldwide [webinar]. In: *You Tube [Internet]*. 9 December 2021 (https://www.youtube.com/watch?v=NztI96PINck&ab_channel=HIVJusticeNetwork).
114. Teasdale CA, Zimba R, Abrams EJ, Sachathep K, Ndagije F, Nuwagaba-Biribonwoha H et al. Estimates of the prevalence of undiagnosed HIV among children living with HIV in Eswatini, Lesotho, Malawi, Namibia, Tanzania, Zambia, and Zimbabwe from 2015 to 2017: an analysis of data from the cross-sectional Population-based HIV Impact Assessment surveys. *Lancet HIV*. 2022;9(2):e91-e101.
115. One hundred and fifty thousand preventable new HIV infections among children in 2020. In: *UNAIDS.org [Internet]*. 31 January 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/january/20220131_preventable-new-HIV-infections-among-children).

116. Omonaiye O, Kusljic S, Nicholson P, Manias E. Medication adherence in pregnant women with human immunodeficiency virus receiving antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):805.
117. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2022;22(1):220.
118. *No responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*; Geneva: WHO; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_e).
119. *Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus*. Geneva: WHO; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039360>).

RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES POUR LA FIGURE 2.8

Références pour les travailleurs du sexe

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Cartographie programmatique, estimation de la taille et enquête biocomportementale parmi les populations clés (PS, HSH, UD) au Burkina Faso.

Enquête bio-comportementale et cartographique en direction des travailleuses de sexe dans cinq localités de la Côte d'Ivoire. 2020.

Enquête de Surveillance de Deuxième Génération Relative aux IST, VIH et sida au Bénin (ESDG-2017). Travailleuses de sexe, serveuses de bar et restaurants et clients PS. 2017.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les professionnelles du sexe et leurs clients au Togo. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance and population size estimation survey among female sex workers in Tbilisi and Batumi, Georgia. 2017.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among female sex workers in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017

Integrated bio-behavioural surveillance survey (IBBSS2) report for key populations in Lesotho. 2019.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological and behavioural survey among female sex workers in Zambia. 2016–2017.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated HIV and sexually transmitted infections (STIs) bio-behavioural survey (IBBS) amongst key populations in Somalia.

Malawi biological and behavioural surveillance survey. 2019–2020.

National AIDS Control Support project. India; 2020.

Population size estimates and integrated biological and behavioural survey among female sex workers and their intimate partners in Ghana. 2019.

Rapport de l'enquête sur la cartographie programmatique et estimation de taille des populations clés exposées aux risques du VIH/sida et des IST dans 12 provinces de la RDC.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among female sex workers in South Africa. 2018.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.

Références pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Behavioral and biological assessment and population size estimation for men who have sex with men (MSM) in Kigali, Rwanda. 2018.

Biological and behavioural surveillance survey of HIV/STIs among select key populations, Botswana. 2017.

Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia. 2019.

Enquête bio comportementale chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) dans les villes de Divo, Daloa, Abengourou, Bouaflé et Korhogo, Côte d'Ivoire. 2020.

Enquête séro-comportementale de deuxième génération chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes au Togo. 2017.

HIV and STI biobehavioural survey among men who have sex with men, transgender women and genderqueer individuals in Zimbabwe. 2020.

HIV Prevention 2.0 (HP2). Achieving an AIDS-free generation in Senegal. 2017.

HIV risk and prevention behaviors among men who have sex with men in Tbilisi, Batumi and Kutaisi, Georgia. 2018.

Integrated bio-behavioral surveillance survey among men who have sex with men in Dar es Salaam, United Republic of Tanzania. 2017.

Integrated bio-behavioral surveillance surveys and key population size estimations among people who inject drugs, female sex workers, men who have sex with men and transgender persons, Armenia. 2021.

Integrated bio-behavioural survey and key population size estimation among female sexual workers (FSW), men who have sex with men (MSM), persons who inject drugs (PWID), transgender (TG) and people in closed settings (PCS) in Sierra Leone. 2021.

Integrated biological and behavioural survey among men who have sex with men and transgender women in Cambodia. 2019.

Integrated biological and behavioural surveillance (IBBS) survey among key populations at higher risk of HIV in Sri Lanka. 2018.

Integrated biological-behavioural surveillance survey among adolescent and young people who inject drugs, female sex workers, males who have sex with males and male to female transgender persons in Indonesia. 2018–2019.

Integrated biological-behavioral surveillance survey among female sex workers and men who have sex with men in Lao People's Democratic Republic. 2020.

Key findings from the Key Population Integrated Bio-Behavioural Survey, Port Moresby, Papua New Guinea. 2017.

National AIDS Control Support project. India; 2020.

Relatório final: mapeamento programático e prevalência de VIH e outras ITS entre Populações Chave de Angola: Estudo PLACE 2017. Chapel Hill, NC: UNC, INLS, FHI360; 2018.

South African Men's Health Monitoring Survey: a biological and behavioural survey among men who have sex with men in South Africa. 2019.

Third National Behavioural Assessment of Key Populations in Kenya. Polling booth survey report. 2018.

RÉALISATION DES DROITS



La discrimination omniprésente et les inégalités structurelles poussent davantage encore dans l'ombre les populations ostracisées et sabotent les efforts visant à mettre fin à l'épidémie de sida. Ancrées dans les relations sociales et codifiées dans les lois et les politiques, ces injustices privent des millions de personnes de la perspective d'une vie saine et épanouie et alimentent une épidémie mondiale de VIH qui en est à sa cinquième décennie. La pandémie de COVID-19 a encore accru et renforcé ces inégalités et cette discrimination systémique, notamment par les confinements, qui ont particulièrement porté préjudice aux femmes et aux populations marginalisées (1, 2).

Parallèlement à l'augmentation de la disponibilité des outils biomédicaux pour enrayer la pandémie de VIH, les pays doivent prendre des mesures pour remplir leurs obligations plus larges en matière de droits de l'homme et réduire les inégalités sous-jacentes et les formes croisées de discrimination qui freinent les progrès contre l'épidémie mondiale de VIH. Pour ce faire, il est nécessaire de procéder à des réformes dans le domaine juridique, de modifier les normes sociétales néfastes, d'élargir la répartition des ressources et des opportunités au sein des sociétés et d'accroître la participation des organisations communautaires à la planification, à la fourniture et au suivi des services (3). Ces réformes constituent la base des objectifs 10-10-10 pour 2025, qui englobent les changements clés nécessaires pour éliminer les obstacles sociétaux et juridiques à un environnement favorable aux services de lutte contre le VIH.

« Reconnaissant que la réalisation pleine et universelle des droits de l'homme et des libertés fondamentales est un élément essentiel de l'action mondiale contre l'épidémie de VIH/sida, notamment dans les domaines de la prévention, des soins, de l'appui et du traitement, et qu'elle réduit la vulnérabilité au VIH/sida »

– Résolution 47/14 du Conseil des droits de l'homme sur les droits de l'homme dans le contexte du VIH et du sida, 27 juillet 2021

DÉCRIMINALISATION

La criminalisation de certaines activités ou de certains comportements expose les populations clés et les personnes vivant avec le VIH à des dommages en les éloignant du soutien et des services qui peuvent les aider à protéger leur santé (4, 5). Cela inclut la criminalisation du commerce du sexe, des relations sexuelles entre personnes de même sexe, de la diversité et de l'expression des genres, de l'exposition au VIH ou de sa non-divulgaration, ainsi que de la consommation de stupéfiants ou de leur possession pour un usage personnel.

Par exemple, une étude menée dans 10 pays d'Afrique subsaharienne a révélé que des sanctions pénales sévères pour les relations sexuelles entre personnes de même sexe étaient associées à un risque presque huit fois plus élevé d'infection à VIH chez les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par rapport aux endroits dépourvus de telles lois (6). De même, une méta-analyse d'études a montré que le risque de violence sexuelle ou physique est presque trois fois plus élevé dans les milieux où le commerce du sexe fait l'objet d'une surveillance intensive (7). Une autre étude réalisée en Afrique subsaharienne a révélé que la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe était sept fois moins élevée dans les pays qui avaient décriminalisé, même partiellement, le commerce du sexe, par rapport aux pays qui maintenaient une approche criminalisante du commerce du sexe (4). Il existe également des preuves établissant un lien entre la criminalisation de la consommation de drogues et l'augmentation de la stigmatisation et de la violence internes, un accès plus difficile aux services et un effet négatif sur la prévention et le traitement du VIH pour les personnes consommant des drogues (8, 9).

La Commission mondiale sur le VIH et le droit recommande aux pays d'appliquer les principes des droits de l'homme et de la santé publique pour supprimer ou réformer les lois et les politiques qui empêchent les gens d'accéder aux services de santé dont ils ont besoin, notamment en matière de VIH (10). C'est pourquoi les pays doivent prendre des mesures immédiates en vue d'une décriminalisation totale et adopter des pratiques d'application de la loi qui soutiennent, plutôt qu'elles n'entravent, les ripostes au VIH. En outre, l'utilisation de lois plus générales pour cibler les personnes vivant avec le VIH et les populations clés (comme celles relatives au vagabondage ou aux délits mineurs) doit également cesser.

Des dizaines de pays ont évolué vers un environnement juridique plus favorable (voir chapitre 1), généralement en réponse au plaidoyer et à l'activisme des populations marginalisées et de leurs organisations. La Belgique est le pays le plus récent à avoir décriminalisé le commerce sexuel (voir l'article de fond sur la Belgique dans ce chapitre), tandis que des réformes similaires ont été introduites dans certaines parties de l'Australie (Nouvelle-Galles du Sud, Territoire du Nord et Victoria) (11).¹ En Nouvelle-Zélande, qui est devenue en 2003 le premier pays à décriminaliser le commerce du sexe, les professionnel(le)s du sexe ont les mêmes droits que les autres travailleurs, notamment en matière de santé et de sécurité au travail et de protection des droits de l'homme (12). La Cour suprême de l'Inde a également affirmé récemment que les professionnel(le)s du sexe ont droit à une protection égale au regard de la loi, en publiant des directives visant à protéger les professionnel(le)s du sexe contre la violence et le harcèlement de la police, et à garantir leur accès aux services sociaux (13).

Depuis 2016, au moins six pays ont supprimé les lois criminalisant les relations sexuelles entre personnes de même sexe,² et au moins neuf ont introduit des voies légales pour changer les marqueurs de genre et les noms sans avoir à subir une chirurgie de réassignation de genre (14).³

DES EXPERTS EN DROITS DE L'HOMME DEMANDENT LA FIN DE LA GUERRE AUX DROGUES

En juin 2022, 25 experts indépendants des droits de l'homme des Nations Unies (ONU) ont publié une déclaration appelant à la fin de la « guerre aux drogues » et à la promotion par les gouvernements de politiques tenant compte de la dimension de genre et ancrées dans les droits de l'homme (21). Les experts ont noté que les politiques menées dans le cadre de la guerre aux drogues ont « des répercussions négatives de grande ampleur sur un maximum de droits de l'homme », notamment le droit à la santé. Ils ont souligné que la consommation de drogue et la dépendance ne devaient pas être traitées comme une affaire criminelle et ont demandé la fermeture des centres de traitement de la toxicomanie obligatoires.

1 Parmi les autres pays où le commerce du sexe est légal ou décriminalisé, citons : l'Allemagne, l'Autriche, l'Équateur, la Grèce, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, l'État plurinational de Bolivie, la Suisse et l'Uruguay.

2 Ces pays sont : l'Angola, le Bhoutan, le Botswana, le Gabon, l'Inde et les Seychelles.

3 Ces pays sont : la Belgique, le Chili, la France, la Grèce, l'Islande, le Luxembourg, le Pakistan, le Portugal et l'Uruguay.

D'autres pays, plus récemment le Zimbabwe, ont réformé leurs lois qui criminalisent la transmission ou la non-divulgence du VIH (15). Malheureusement, d'autres pays ont également modifié leurs lois pendant cette période pour permettre des peines plus sévères en cas d'exposition au VIH (16).⁴

L'inégalité est profondément ancrée dans les politiques mondiales en matière de drogues, qui touchent de manière disproportionnée les personnes marginalisées en raison de leur sexe, de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle et de leur statut socio-économique. L'indice mondial des politiques en matière de drogues (qui documente, mesure et compare les politiques nationales en matière de drogues) révèle un profond fossé entre les approches des États en matière de drogues, les scores des cinq pays en tête du classement étant trois fois plus élevés que ceux des cinq pays les moins bien classés (17).⁵

Certaines juridictions ont déjà effectué ce changement habilitant. En novembre 2020, l'Oregon est devenu le premier État des États-Unis à décriminaliser la possession de toutes les drogues et à accroître l'accès aux services de santé de soutien (18). Plus récemment, la province canadienne de la Colombie-Britannique a obtenu une exemption des lois fédérales sur les drogues, ce qui lui permet de décriminaliser la possession de petites quantités de drogues plus dures, tandis que la Thaïlande est le premier pays d'Asie et du Pacifique, en dehors de l'Australie, à décriminaliser la possession de marijuana pour usage personnel (19, 20).

« La communauté dans son ensemble est heureuse de ce verdict [de la Cour suprême de l'Inde] et nous espérons que toutes les recommandations seront suivies par tous, en particulier par la police et la presse, qui ont été spécifiquement mentionnées. Nous espérons que le gouvernement, au niveau central et au niveau des États, apportera son soutien à tous les professionnel(le)s du sexe par tous les moyens possibles. Nous espérons que ces recommandations permettront de réduire la stigmatisation et la discrimination dont sont souvent victimes les membres de cette communauté. »

- Mme Bharati Dey et Mme Bishakha Laskar, du Comité Durbar Mahila Samanwaya, un collectif d'environ 65 000 professionnel(le)s du sexe au Bengale occidental, en Inde, commentant un arrêt de la Cour suprême de l'Inde selon lequel les professionnel(le)s du sexe bénéficient d'une protection égale au regard de la loi

4 Les pays qui ont adopté des peines plus sévères en cas d'exposition au VIH sont la Colombie, le Mexique, le Mozambique et les Philippines.

5 Les pays qui obtiennent les meilleurs résultats sont ceux qui ont et mettent en œuvre des politiques de lutte contre la drogue conformes aux principes des Nations Unies en matière de droits de l'homme, de santé et de développement.



En mars 2022, l'ONUSIDA a lancé Unbox Me pour défendre les droits des enfants transgenres à l'approche de la Journée internationale de visibilité des personnes transgenres. En Inde, plus de 90 % des personnes transgenres quittent leur foyer ou sont mises à la porte avant l'âge de 15 ans. Inévitablement, beaucoup vivent dans la rue, sans argent ni éducation, et dépendent souvent du commerce du sexe. La stigmatisation, la discrimination et la criminalisation tendent à rendre invisibles les personnes transgenres et celles dont le genre est différent, les formes extrêmes de discrimination allant jusqu'à nier l'existence de ces personnes.

AVANCÉES EN MATIÈRE DE DÉCRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE EN BELGIQUE ET À VICTORIA (AUSTRALIE)

**30
FOIS**

**LES PROFESSIONNELLES DU
SEXE ONT 30 FOIS PLUS DE
RISQUES DE CONTRACTER LE
VIH QUE LES FEMMES DE LA
POPULATION GÉNÉRALE**

Ces derniers mois ont été marqués par des avancées importantes dans les efforts visant à décriminaliser le commerce du sexe, les professionnel(le)s du sexe ayant remporté des victoires législatives en Belgique et dans l'État australien de Victoria. Ironie du sort, la pandémie de COVID-19, qui a dévasté les professionnel(le)s du sexe du monde entier, a en fait stimulé les actions visant à protéger leur santé, leurs droits et leur bien-être.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida exige la réalisation d'objectifs ambitieux mais réalisables parmi les groupes de population clés. Parmi les groupes les plus touchés par le VIH figurent les professionnelles du sexe, qui ont 30 fois plus de risques de contracter le VIH que les femmes de la population générale. Des études montrent que la décriminalisation du commerce du sexe permettrait d'éviter 33 à 46 % des nouvelles infections à VIH chez les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sur une période de 10 ans (21).

En mars 2022, la Belgique est devenue le premier pays d'Europe à décriminaliser le commerce du sexe (voir encadré), et le seul autre pays au monde à le faire après la Nouvelle-Zélande. Le mouvement en faveur de la décriminalisation du commerce du sexe a reçu un soutien fort et influent de la part d'experts universitaires et de Vincent Van Quickenborne, le ministre belge de la Justice. En vertu de la nouvelle loi, les professionnel(le)s du sexe indépendants ont les mêmes droits que les autres travailleurs indépendants, y compris l'accès aux mêmes mesures de protection sociale que celles accordées aux autres secteurs du travail. La nouvelle loi décriminalise également les tiers, qui ne seront plus pénalisés pour avoir ouvert un compte bancaire ou loué un espace à un(e) professionnel(le) du sexe, et elle autorise les professionnel(le)s du sexe à faire de la publicité pour leurs services.

Le vote fort en faveur de la décriminalisation (71-4, avec 40 abstentions) est le résultat direct du plaidoyer des professionnel(le)s du sexe pour une protection sociale renforcée pendant la COVID-19, qui a sensibilisé le gouvernement et le public. « La Belgique a un niveau de vie élevé grâce à un énorme filet de sécurité, dont nous pouvons être vraiment fiers », a déclaré Daan Bauwens, directeur d'Utsopi, une organisation de professionnel(le)s du sexe. « Les gens ont donc été assez choqués [d'apprendre] que les professionnel(le)s du sexe n'ont bénéficié d'aucune aide gouvernementale [pendant la pandémie de COVID-19] alors que tous les autres secteurs en ont bénéficié... Les gens pouvaient voir des files de professionnel(le)s du sexe dans les rues faisant la queue pour les distributions de nourriture. »

M. Van Quickenborne a déclaré qu'il se sentait soulagé et satisfait après le vote. « L'existence du commerce du sexe est une réalité indéniable dans toutes les sociétés. Et il ne devrait pas y avoir de tabou lorsque des professionnel(le)s du sexe adultes choisissent librement cette voie. La mise en place d'un cadre législatif permet non seulement de reconnaître et de respecter les professionnel(le)s du sexe, mais aussi d'améliorer considérablement leur vie », a déclaré le ministre. « Nous sommes le deuxième pays au monde à accorder une reconnaissance et des droits aussi étendus aux professionnel(le)s du sexe. J'espère que de nombreux autres pays suivront bientôt notre exemple. »

Page suivante

Un « Apéro Pute », une réunion mensuelle organisée par Utsopi pour engager la communauté des professionnel(le)s du sexe dans un espace sûr où ils peuvent parler de leur travail avec leurs pairs, partager leurs préoccupations, donner des idées sur ce qu'il faut faire collectivement dans l'organisation. Bruxelles, Belgique, juillet 2022.



DÉCRIMINALISATION VS LÉGALISATION DU COMMERCE DU SEXE

La légalisation est un terme souvent confondu avec la décriminalisation. Selon le Global Network of Sex Work Projects, la décriminalisation fait référence à la suppression ou à l'absence de lois pénales ou autres qui oppriment les professionnel(le)s du sexe, tandis que la légalisation est l'introduction de lois visant à imposer la réglementation de l'État et à contrôler le commerce du sexe (2). Parmi les exemples de légalisation, citons les lois d'urbanisme locales qui limitent le nombre, l'emplacement et les règles d'exploitation des entreprises de commerce du sexe, ou les lois de santé publique qui exigent l'enregistrement obligatoire et/ou le dépistage obligatoire des infections sexuellement transmissibles (IST) ou du VIH pour les professionnel(le)s du sexe. Il en résulte un système à deux vitesses entre les professionnels du sexe légaux et illégaux, ce qui peut entraîner des conditions de travail abusives et des violations des droits de l'homme pour ceux qui se trouvent dans l'illégalité. Des sanctions pénales peuvent également être appliquées en cas de non-respect des conditions de légalisation (22).

La décriminalisation n'implique pas nécessairement l'absence d'une forme de réglementation visant à respecter et à protéger les droits de l'homme et du travail des professionnel(le)s du sexe, comme les normes de santé et de sécurité au travail. Cette situation se distingue de la légalisation, où la réglementation de l'État est conçue pour contrôler et limiter le commerce du sexe et est souvent appliquée par la police.

Des professionnel(le)s du sexe et des politiciens se tiennent devant le Parlement à Melbourne, en Australie, alors que la loi 2022 sur la décriminalisation du commerce du sexe est adoptée par la Chambre haute du Parlement de Victoria, le 10 février 2022.

Page suivante

Daan Bauwens, directeur d'Utsopi, une organisation de professionnel(le)s du sexe, coiffe la perruque de Ruth juste avant son interview pour la télévision française. Bruxelles, Belgique, juin 2022.

La décision des législateurs belges fait suite à une décision prise plus tôt en 2022 par le parlement de l'État australien de Victoria de décriminaliser le commerce du sexe et d'introduire des protections juridiques pour les professionnel(le)s du sexe. La loi de Victoria supprime les infractions et les sanctions pénales liées au commerce du sexe, élimine le système d'enregistrement et de licence qui était en place, abroge la criminalisation de la transmission du VIH et met fin aux dispositions relatives au dépistage obligatoire et à l'utilisation du préservatif. La législation de Victoria est le résultat d'une consultation et d'une collaboration ouvertes, transparentes et inclusives entre les représentants du gouvernement et les organisations de professionnel(le)s du sexe.

« L'abrogation de ces lois aura un impact positif sur les professionnel(le)s du sexe en réduisant la discrimination et en améliorant l'accès à l'éducation par les pairs, à la prévention du VIH, [et] aux services de dépistage et de traitement, ce qui améliorera les résultats en matière de santé publique pour l'ensemble de la communauté », a déclaré Jules Kim, PDG de Scarlet Alliance, l'association australienne des professionnel(le)s du sexe. Si le projet de loi constitue une avancée importante pour les professionnel(le)s du sexe, Dylan O'Hara, directeur par intérim de Vixen, une organisation de professionnel(le)s du sexe de Victoria, promet que ces derniers/dernières « continueront à plaider pour d'autres réformes indispensables pour garantir que la décriminalisation ne laisse aucun(e) professionnel(le) du sexe pour compte ».

La suppression de ces lois est un pas important vers la protection et la promotion de la santé et du bien-être des professionnel(le)s du sexe. Même si les arrestations de professionnel(le)s du sexe sont rares en vertu des lois pénales, les incertitudes créées lorsque les sanctions pénales sont inscrites dans les livres peuvent être source d'anxiété pour les professionnel(le)s du sexe. « L'application de la loi était assez arbitraire [avant la décriminalisation] », se souvient Daan Bauwens d'Utsopi. « Parfois, les professionnel(le)s du sexe étaient ciblés et poursuivis au hasard pour avoir fait de la publicité de leurs services. [Ce n'était] pas une bonne situation pour leurs droits ou leur bien-être psychologique. »

La décriminalisation permet non seulement de lever ces craintes, mais aussi de reconnaître les professionnel(le)s du sexe comme des membres à part entière de la société. « Nous pouvons dire que la Belgique te reconnaît comme un travailleur, une personne ayant les mêmes droits que les autres ! » a déclaré Laïs, membre du conseil d'administration et coprésident d'Utsopi. « C'est énorme ! Plus encore que l'aspect pratique, c'est ce que cela signifie pour nous à un niveau personnel. Nous ne sommes plus invisibles. »





LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION EMPÊCHENT ENCORE D'ALLER DE L'AVANT

Plus de 40 ans après le début de l'épidémie de VIH, la stigmatisation et la discrimination continuent de ruiner des vies et de saper les efforts pour mettre fin au sida. Des formes superposées de discrimination humilient les personnes, les dissuadent d'utiliser les services de santé et autres services essentiels, et nuisent à leur santé. Les personnes déjà marginalisées, notamment celles appartenant à des populations clés, sont particulièrement vulnérables et sont régulièrement exposées à la discrimination et aux mauvais traitements, même lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins de santé (24-27).

Les études de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH sont une source de données informative sur les expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH.⁶ Plus de 100 pays ont réalisé des enquêtes depuis l'introduction de l'indice en 2008, et plus de 100 000 personnes vivant avec le VIH ont participé au processus.⁷ Les résultats de ces études confirment d'autres preuves de la nature omniprésente et pernicieuse de la stigmatisation et de la discrimination et de leurs effets sur les personnes vivant avec le VIH et les populations clés partout dans le monde (voir chapitre 1). Les enquêtes de surveillance biologique et comportementale intégrées ont également contribué à fournir des données épidémiologiques sur la stigmatisation et la discrimination afin d'aider les décideurs, les planificateurs de programmes et les exécutants à orienter la riposte au VIH.

100

PAYS ONT RÉALISÉ
DES ENQUÊTES DEPUIS
L'INTRODUCTION DE L'INDICE
DE STIGMATISATION DU VIH
EN 2008

Les études de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH sont une source de données informative sur les expériences de stigmatisation et de discrimination parmi les personnes vivant avec le VIH.

⁶ L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est une initiative de recherche communautaire qui rassemble des données sur les différentes formes de stigmatisation et de discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH. L'indice de stigmatisation est géré par le Partenariat international des PVVIH (une coalition dirigée par le GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et l'ONUSIDA, avec le soutien de l'Université Johns Hopkins.

⁷ Une nouvelle itération de l'enquête, Indice de stigmatisation 2.0, est en cours. Huit pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Nigeria, Togo et Ukraine) l'ont mis en œuvre et 40 autres sont en passe de le faire.

CRÉER DES SERVICES ET DES ESPACES DE SOINS DE SANTÉ NON STIGMATISANTS

Les personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque de le contracter continuent de faire état de jugements et d'attitudes hostiles de la part du personnel de santé, de violations de la confidentialité, de soins et de conseils médiocres, voire d'un refus catégorique de traitement lorsqu'elles ont accès aux services de santé (28-29). Ces expériences sapent la confiance des gens dans les conseils médicaux et les dissuadent de chercher ou de continuer à se faire soigner lorsqu'ils en ont besoin, ce qui compromet leur santé et sape les efforts pour mettre fin à l'épidémie de sida (30).

Les services de santé doivent être proposés de manière respectueuse, compréhensive et conviviale pour tous (y compris les populations clés et les personnes vivant avec le VIH) et ils doivent être exempts de stigmatisation et de discrimination. Pour cela, il faut disposer de politiques qui obligent les prestataires de soins de santé à offrir des soins de qualité en temps utile à tous, sans discrimination, et former le personnel à comprendre les réalités et les besoins des gens, en particulier ceux des jeunes, et à y répondre de manière appropriée (31, 32). Les activités de suivi menées par la communauté, comme le projet Ritshidze en Afrique du Sud, sont essentielles pour responsabiliser les prestataires de soins de santé (33).

« Ils ne savent pas que je suis un(e) professionnel(le) du sexe. Je ne veux pas qu'ils le sachent, car le traitement serait mauvais pour moi. Ils ne traitent pas bien les autres professionnel(le)s du sexe. »

– Un(e) professionnel(le) du sexe à la clinique de Bloemspruit, dans la province de l'État libre d'Afrique du Sud, lors d'un entretien avec le projet Ritshidze en mars 2021

CRÉER UN ÉLAN POUR ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION LIÉES AU VIH

Les pays intensifient leurs efforts pour éliminer la stigmatisation et la discrimination. Sur 131 pays ayant présenté un rapport entre 2017 et 2022, 94 ont déclaré que des mécanismes officiels établis par le gouvernement étaient en place pour que les populations clés et les personnes vivant avec le VIH puissent signaler les abus et la discrimination et demander réparation. En 2022, les représentants des communautés et les partenaires non gouvernementaux de 84 pays ont signalé des obstacles à l'accès à la justice par le biais de mécanismes formels et informels : ces obstacles comprennent des contraintes financières (35 pays) et une sensibilisation ou des connaissances limitées sur la manière d'utiliser ces mécanismes (47 pays). Des organisations communautaires et d'autres organisations non gouvernementales ont mis en place des procédures dans 53 pays pour enregistrer et traiter les plaintes individuelles, tandis que 81 pays disposent de mécanismes permettant d'accéder à des services juridiques abordables.

Nombre de ces efforts sont en cours dans les 30 pays qui ont rejoint le Partenariat mondial d'action pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH depuis son lancement en 2018.⁸ Le Partenariat mondial combine les efforts des gouvernements, de la société civile, des donateurs, du monde universitaire et des Nations Unies pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH par le biais d'engagements politiques sur des interventions fondées sur des données probantes. Pour ce faire, il facilite l'assistance technique et soutient les efforts visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination dans les domaines des soins de santé, de la justice, de l'éducation, du lieu de travail, de l'aide humanitaire et des communautés.

Les efforts du partenariat ont permis à 19 pays d'accélérer la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dans des contextes prioritaires.⁹

81

**PAYS DISPOSENT DE
MÉCANISMES D'ACCÈS À
DES SERVICES JURIDIQUES
ABORDABLES**

8 Les 30 pays qui ont rejoint le Partenariat sont : l'Angola, l'Argentine, le Botswana, la République centrafricaine, le Costa Rica, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, l'Équateur, la Gambie, le Guatemala, la Guinée, la Guyane, la République islamique d'Iran, la Jamaïque, le Kazakhstan, le Kirghizstan, la République démocratique populaire lao, le Lesotho, le Liberia, le Mozambique, le Népal, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, la République de Moldavie, le Sénégal, l'Afrique du Sud, le Tadjikistan, la Thaïlande, l'Ouganda et l'Ukraine.

9 Ces pays sont les suivants : Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République islamique d'Iran, Jamaïque, Kazakhstan, Kirghizstan, République démocratique populaire lao, Liberia, Népal, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République de Moldavie, Sénégal, Thaïlande, Ouganda et Ukraine.



« L'attitude envers la plupart des gens est mauvaise. À cause de cette mauvaise attitude, je cacherais toujours le fait que je suis un(e) professionnel(le) du sexe. J'ai vu des gens [professionnel(le)s du sexe] se faire crier dessus, alors je ne veux pas qu'on me crie dessus. Les professionnel(le)s du sexe se plaignent toujours du fait qu'on s'occupe d'eux/d'elles en dernier et on leur dit que leur travail se fait la nuit et qu'il n'y a pas d'urgence. La plupart des professionnel(le)s du sexe ont décidé de ne plus aller à la clinique. Les homosexuels sont également mal traités. On leur crie toujours dessus. »

– Un(e) professionnel(le) du sexe utilisant la clinique Phuthaditjhaba en Afrique du Sud lors d'un entretien avec le projet Ritshidze en août 2021

Dix-huit pays ont également introduit des réformes juridiques et/ou amélioré l'accès à la justice pour les populations clés.¹⁰ Par exemple, en République centrafricaine, les ministères de la Santé et de la Justice travaillent avec des parlementaires pour décriminaliser la transmission du VIH, mieux protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, et abaisser l'âge du consentement au dépistage du VIH. De même, la République islamique d'Iran a promulgué fin 2020 sa toute première réglementation antidiscrimination dans les établissements de soins de santé, qui exige que les établissements de soins de santé publics et privés protègent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés contre la stigmatisation et la discrimination. Les prestataires de services reçoivent une formation sur le sujet, et les procédures opérationnelles standard ont été mises à jour pour soutenir la mise en œuvre des politiques.

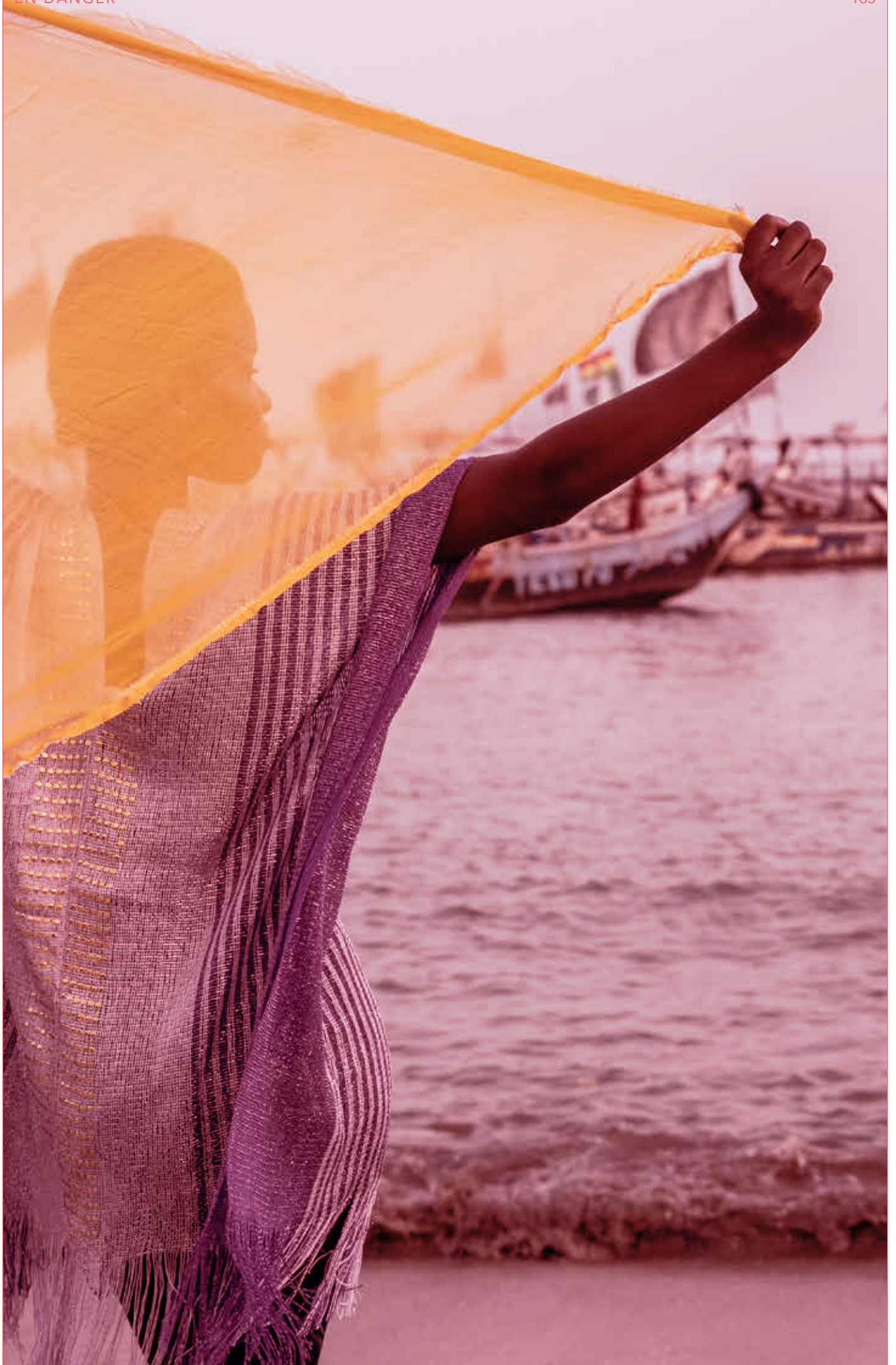
La Jamaïque, le Népal, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'Afrique du Sud et la Thaïlande figurent parmi les autres pays qui déploient désormais des efforts plus concertés pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et la Côte d'Ivoire, le Malawi et l'Ouganda disposent désormais de politiques sensibles au VIH sur le lieu de travail. Un modèle de plan d'action pour l'Afrique occidentale et centrale a également facilité la rédaction et le chiffrage de plans d'action visant à réduire la stigmatisation et la discrimination dans six pays de cette région.¹¹

Page suivante

En grandissant à Jamestown, l'un des plus anciens quartiers d'Accra, au Ghana, Susana Dartey a été témoin des violences et de l'exploitation dont sont victimes quotidiennement les professionnelles du sexe, ce qui l'a incitée à créer la Women of Dignity Alliance (WODA) afin de renforcer l'autonomie des professionnelles du sexe et de lutter contre les inégalités dont elles sont victimes. Accra, Ghana, février 2022.

10 Ces pays sont les suivants : Angola, Argentine, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Gambie, Guinée, Jamaïque, Kazakhstan, Kirghizstan, République démocratique populaire lao, Liberia, Népal, République de Moldavie, Sénégal, Afrique du Sud, Thaïlande, Ukraine et Ouganda.

11 Ces pays sont : la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, la Gambie, la Guinée, le Liberia et le Sénégal.



PROGRÈS DANS L'ADOPTION D'UNE NOUVELLE LÉGISLATION ANTI-DISCRIMINATION AU LIBAN

Si la décriminalisation du VIH et des populations clés est le but ultime des défenseurs de la société civile, des organisations du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord utilisent la réforme juridique pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination et faire évoluer les cœurs et les esprits dans toute la région.

Au Liban, Soins Infirmiers et Développement Communautaire (SIDC), une organisation non gouvernementale dédiée à la prévention et à la prise en charge du VIH, s'efforce depuis 10 ans de documenter les violations des droits de l'homme à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, afin de mieux répondre aux inégalités qui alimentent l'épidémie de VIH et de mieux les comprendre. Dans le cadre de son travail, SIDC s'efforce actuellement de faire progresser une loi anti-discrimination complète afin de permettre une riposte nationale au VIH plus inclusive et efficace au Liban.

Les efforts de SIDC arrivent à un moment important. Si la prévalence globale du VIH au Liban est faible, la charge du VIH est élevée (12 %) chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. La riposte nationale au VIH du pays intervient après des décennies d'instabilité politique, de récentes manifestations populaires et l'effondrement de la monnaie nationale. Le taux de pauvreté a également doublé depuis 2019, laissant plus de 80 % de la population vivre dans la pauvreté en 2021, et l'afflux de millions de réfugiés d'Irak, de Palestine et de la République arabe syrienne a exercé des pressions supplémentaires sur les services sanitaires et sociaux du pays.

En outre, la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés sont ancrées dans les lois et politiques nationales du Liban. Les relations sexuelles entre personnes du même sexe sont criminalisées, tout comme le commerce du sexe et la consommation et la possession de drogues. Ces lois, ainsi que la stigmatisation sociale plus large qu'elles reflètent et renforcent, réduisent l'accès aux services pour les populations clés.

Alors que la société civile libanaise s'est mobilisée et a innové pour fournir des services de prévention et de dépistage du VIH aux populations clés, SIDC plaide également pour un changement de politique et une réforme juridique. En 2020, elle a réuni une équipe d'avocats pour cartographier les articles et les lois de la Constitution libanaise qui contiennent ou font référence à la discrimination fondée sur le sexe, l'âge, la race, la religion, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'incarcération et le statut de réfugié. Afin de rédiger une loi anti-discrimination et d'obtenir un soutien pour sa promulgation, SIDC a ensuite organisé une série de réunions et de tables rondes avec différents groupes, notamment des organisations de la société civile, des ministères, des organismes nationaux, des avocats, des juges et des militants.

12 %

**DE CHARGE DU VIH CHEZ
LES HOMOSEXUELS ET
AUTRES HOMMES AYANT
DES RAPPORTS SEXUELS
AVEC DES HOMMES AU
LIBAN**



Le projet de législation qui en résulte vise à éliminer toutes les formes de discrimination. Un parlementaire a accepté de défendre l'initiative de réforme juridique et de transformer le projet de loi anti-discrimination en une législation à présenter au cabinet. La législation proposée sera introduite dans un parlement nouvellement élu, à un moment où le pays bénéficie d'un soutien croissant en faveur d'une réforme juridique progressive, offrant ainsi une opportunité potentielle d'aligner le cadre juridique et politique du pays en matière de VIH sur les principes des droits de l'homme.

Les progrès réalisés jusqu'à présent par SIDC soulignent l'importance de relier la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des populations clés à d'autres inégalités que les défenseurs de la communauté s'efforcent également de combattre. « Pour combattre la discrimination, nous ne pouvons pas parler d'une discrimination et laisser les autres de côté. Il faut que tout soit inclusif », déclare Nadia Badran, directrice exécutive de SIDC. De vastes alliances au sein de la société et du gouvernement, qui vont au-delà du secteur de la santé pour inclure des secteurs tels que la justice et l'éducation, offrent le meilleur espoir de parvenir à un changement significatif.

LA JAMAÏQUE PREND DES MESURES POUR S'ATTAQUER AUX PROBLÈMES EN MATIÈRE DE DROITS DE L'HOMME ET AUX OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LE VIH

65 %

**DES HOMOSEXUELS ET
AUTRES HOMMES AYANT DES
RAPPORTS SEXUELS AVEC DES
HOMMES EN JAMAÏQUE ONT
ÉTÉ VICTIMES D'AGRESSIONS
VERBALES AU COURS DES 12
DERNIERS MOIS**

La dynamique en faveur d'une action concrète sur les catalyseurs sociétaux de la riposte au VIH s'intensifie. En 2020, la Jamaïque est devenue l'un des premiers pays à rejoindre le Partenariat mondial d'action pour l'élimination de toutes les formes de stigmatisation et de discrimination liées au VIH. Depuis lors, un partenariat pionnier entre la société civile, le ministre de la Santé et du Bien-être et les dirigeants parlementaires a travaillé au niveau national pour traduire cet engagement en actions concrètes.

La nécessité de prendre des mesures fondées sur des données probantes pour s'attaquer aux droits de l'homme et aux obstacles à l'accès au VIH et aux autres services sanitaires et sociaux en Jamaïque est évidente : bien que la prévalence globale du VIH chez les adultes en Jamaïque soit de 1,3 %, plus de la moitié (51 %) des femmes transgenres et 30 % des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivent avec le VIH.

La stigmatisation et la discrimination restent également des obstacles majeurs aux progrès réalisés pour éradiquer le sida en Jamaïque. Près de la moitié (48 %) des personnes vivant avec le VIH déclarent être victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur statut VIH ; 38 % indiquent avoir retardé le dépistage et 30 % le début du traitement par crainte de la stigmatisation et de la discrimination (34). Selon des enquêtes, 83 % des femmes transgenres et 65 % des homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont subi des violences verbales au cours des 12 mois précédents, et près de la moitié des femmes transgenres ont subi des violences physiques (34). « La peur de la stigmatisation pousse certaines personnes à se cacher et à s'éloigner des services de santé dont elles ont tant besoin », déclare Juliet Cuthbert Flynn, ministre d'État au ministère de la Santé et du Bien-être.

Le Partenariat pour la Jamaïque s'efforce d'optimiser la coordination, la cohérence et la responsabilité entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux et les partenaires internationaux du développement. Son objectif est de supprimer les obstacles sociopolitiques, culturels et autres à une riposte efficace. Pour ce faire, le partenariat a élaboré un plan opérationnel, des fiches d'évaluation des droits de l'homme pour toutes les parties prenantes de la riposte nationale, des rapports annuels, des rapports à mi-parcours et en fin d'année sur les résultats des fiches d'évaluation, ainsi qu'un tableau de bord en ligne pour la responsabilisation des résultats.

Pour traduire sa vision en actions concrètes visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination, le partenariat s'attache à susciter un soutien politique en faveur des réformes nécessaires. Plus de 140 personnes ont été formées sur la manière d'impliquer les acteurs politiques et de construire des alliances multipartites.



Le partenariat a également organisé 11 réunions avec des acteurs politiques et des personnes influentes aux niveaux national et local dans le but de cultiver des champions de la lutte contre le sida et de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Une réunion parlementaire de haut niveau, animée par le ministre d'État au ministère de la Santé et du Bien-être et le porte-parole de l'opposition pour la santé, a débouché sur un accord visant à créer un groupe parlementaire bipartite chargé de lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH. S'étant engagé à examiner périodiquement les données relatives à la stigmatisation et à la discrimination, le groupe de travail parlementaire a accepté d'élaborer et de soutenir une législation protectrice sur les relations sexuelles entre personnes de même sexe et le commerce du sexe. Le groupe de travail a également convenu de contester les lois néfastes et d'organiser des dialogues avec les personnes vivant avec le VIH et les communautés affectées.

Le personnel de Jamaica AIDS Support for Life (JASL). Depuis 2020, l'ONUSIDA et le PNUD apportent un soutien technique et financier à JASL pour appuyer le déploiement d'une enquête nationale sur les perspectives et les expériences du public en matière de stigmatisation et de discrimination en Jamaïque. Kingston, Jamaïque, janvier 2022.

« Le renforcement des droits des personnes et les efforts collectifs visant à garantir que chaque Jamaïcain puisse vivre une vie exempte de stigmatisation, de discrimination et de violence ne sont pas l'affaire d'une seule personne, d'une seule entité ou d'un seul parti politique », déclare Morais Guy, porte-parole de l'opposition pour la santé. « C'est notre affaire à tous de travailler en partenariat pour la dignité de tous les Jamaïcains ».

LES PROGRAMMES « AVEUGLES » NE FONCTIONNENT PAS

Malgré les progrès réalisés en matière d'égalité des sexes dans la plupart des régions, la discrimination à l'égard des femmes et des filles dans toute leur diversité existe encore partout, ce qui nuit à leur santé et à leur bien-être et les expose à un risque accru d'infection à VIH. Dans de nombreuses sociétés, les normes de genre préjudiciables qui prévalent dénigrent également les minorités sexuelles et alimentent la stigmatisation, la discrimination et la violence à l'égard des communautés lesbiennes, gays, bissexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI).

Les lois et pratiques discriminatoires, les normes sexospécifiques néfastes et les inégalités entre les sexes omniprésentes amoindrissent l'autonomie des femmes et des personnes LGBTI, les exposent à la violence, leur refusent le contrôle de leur vie sexuelle et reproductive et limitent leur accès au VIH et aux autres services susceptibles de protéger leur santé. Ces facteurs contribuent à alimenter des risques excessifs de VIH pour les femmes et les adolescentes, comme on le voit en Afrique subsaharienne, et pour les jeunes LGBTI dans le monde entier.

Les droits de l'homme, y compris la santé et les droits sexuels et reproductifs, doivent être respectés.

Les droits de l'homme, y compris la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR), doivent être respectés. Les lois et les politiques qui portent atteinte à la santé publique et qui sont discriminatoires en raison du sexe et de la sexualité doivent être remplacées par des lois et des politiques qui favorisent l'égalité. Il s'agit notamment de lois exigeant le consentement des parents ou des tuteurs légaux pour que les femmes et les adolescents aient accès au VIH et à d'autres services de santé sexuelle et reproductive. La sensibilisation, la mobilisation communautaire, l'éducation juridique et l'accès à la justice doivent accompagner ces changements législatifs, et ces actions doivent également toucher et bénéficier aux femmes des populations clés.

Les normes sociales qui perpétuent les inégalités entre les hommes et les femmes ne sont pas figées : elles peuvent être remises en question et modifiées, et les programmes de transformation du genre qui s'avèrent efficaces à cet égard devraient être mis en œuvre à une échelle susceptible d'avoir un impact sociétal. Même à une échelle limitée, certaines de ces interventions s'avèrent efficaces pour réduire la violence sexiste, promouvoir le dialogue et la prise de décision partagée autour des pratiques sexuelles sûres, et augmenter l'utilisation des services de lutte contre le VIH pour les femmes et les hommes (35-40). En fin de compte, cependant, les programmes et services de lutte contre le VIH restent trop souvent aveugles aux questions de genre : on peut et on doit faire beaucoup plus pour mettre en avant l'inégalité et la justice entre les sexes dans les ripostes au VIH, et pour impliquer les hommes et les garçons dans ces efforts. Pour cela, il faut renforcer les organisations dirigées par des femmes, investir dans ces dernières et veiller à ce qu'elles participent de manière significative à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des programmes relatifs au VIH.

LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS NE SONT PAS UN PRIVILÈGE

La capacité de prendre librement des décisions concernant sa santé sexuelle et reproductive est au cœur de l'autonomisation des femmes, et elle est essentielle pour leur permettre de vivre en bonne santé et d'éviter le VIH. Malgré cela, des millions de femmes et d'adolescentes n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et reproductive.¹² AEn conséquence, on estime que 257 millions de femmes et d'adolescentes (âgées de 15 à 49 ans) dans le monde qui souhaitent éviter une grossesse n'utilisent pas de méthodes modernes de contraception (40). Une étude de 2019 portant sur les données de 47 pays a révélé qu'environ 40 % des femmes sexuellement actives souhaitant éviter une grossesse n'utilisaient aucune méthode contraceptive, et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) estime qu'environ 121 millions de grossesses non désirées se produisent chaque année dans le monde (40, 41).

40 %

**DES FEMMES SEXUELLEMENT
ACTIVES DANS 47 PAYS
SOUHAITANT ÉVITER UNE
GROSSESSE N'UTILISAIENT
AUCUNE MÉTHODE
CONTRACEPTIVE**

Il ne s'agit pas seulement d'une question d'absence ou d'insuffisance de services : les femmes et les filles sont souvent empêchées de prendre leurs propres décisions en matière de relations sexuelles, d'utilisation de contraceptifs et de besoins de soins de santé. Les femmes des populations clés sont particulièrement touchées, y compris lorsqu'elles cherchent à se faire soigner. Des données provenant de 57 pays (dont la majorité se trouve en Afrique subsaharienne) montrent qu'un peu plus de la moitié (55 %) des femmes âgées de 15 à 49 ans qui étaient mariées ou avaient un partenaire prenaient leurs propres décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive (42). Certains pays codifient encore de telles restrictions : sept d'entre eux exigent le consentement du conjoint pour que les femmes mariées aient accès à tout service de santé sexuelle et reproductive, et cinq exigent le consentement du conjoint pour que les femmes mariées fassent un test de dépistage du VIH.¹³

D'autres inégalités durcissent ces contraintes : les données de l'Enquête démographique et de santé 2017-2021 de 22 pays répartis dans cinq régions indiquent que le pouvoir de décision concernant leurs propres soins de santé tend à être le plus faible chez les femmes et les filles les moins instruites et dans le quintile de richesse le plus bas (43). D'autres inégalités durcissent ces contraintes : Les données de l'Enquête démographique et de santé 2017-2021 de 22 pays répartis dans cinq régions indiquent que le pouvoir de décision concernant leurs propres soins de santé tend à être le plus faible chez les femmes et les filles les moins instruites et dans le quintile de richesse le plus bas (43).

Dans son rapport 2021, la Commission indépendante de haut niveau sur le Sommet de Nairobi sur le suivi de la CIPD25 a déploré un « échec moral et politique... [qui était] évident dans l'érosion des services, la perte de financement et la diminution de la responsabilité politique pour la santé et les droits sexuels et reproductifs » (47).¹⁴

12 Les services de santé sexuelle et reproductive englobent l'éducation complète à la sexualité, la contraception, la planification familiale, les soins prénatals et l'accouchement sans risque, les soins postnatals, les services de prévention des IST (y compris le VIH), ainsi que les services de dépistage, de diagnostic et de traitement préventifs des maladies liées à la santé reproductive, y compris le cancer du sein et du col de l'utérus.

13 Les pays qui exigent le consentement du conjoint pour que les femmes mariées aient accès à tout service de santé sexuelle et reproductive sont l'Afghanistan, le Botswana, la Chine, Cuba, l'Eswatini, le Koweït et la Lituanie. Les pays qui exigent le consentement du conjoint pour que les femmes mariées fassent un test de dépistage du VIH sont l'Afghanistan, le Botswana, Cuba, le Honduras et la Pologne.

14 Les engagements pris lors du sommet de Nairobi de 2019 sur la CIPD25 s'inscrivent dans le cadre d'un effort international visant à garantir la réalisation du programme d'action de la CIPD et de l'agenda 2030, et à faire en sorte que les femmes disposent d'une autonomie sur leur corps et leur vie. Voir : Accélérer les promesses : le rapport du Sommet de Nairobi sur la CIPD25. New York (NY) : FNUAP ; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Corrected_Final_copy_2nd_June_2020_UNFPA-NairobiSummitReport.pdf).

57

PAYS (LA MAJORITÉ D'ENTRE EUX EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE) MONTRENT QU'UN PEU PLUS DE LA MOITIÉ (55 %) DES FEMMES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS QUI ÉTAIENT MARIÉES OU EN COUPLE PRENAIENT LEURS PROPRES DÉCISIONS CONCERNANT LEUR SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Les mauvais traitements et les violations des droits dont sont victimes les femmes vivant avec le VIH dans les établissements de santé (notamment la stérilisation forcée et les pratiques contraceptives coercitives) doivent également cesser. La reconnaissance publique par le Chili, en mai 2022, de la responsabilité internationale pour la stérilisation des femmes vivant avec le VIH sans leur consentement a créé un précédent important (48).

Des données provenant d'Afrique subsaharienne montrent que la suppression ou l'assouplissement des lois exigeant le consentement parental avant le dépistage du VIH améliore les comportements de recherche de la santé des adolescents et des jeunes (49). Les pays qui ont récemment révisé leurs lois ou leurs politiques pour faciliter l'accès des adolescents au dépistage du VIH et à d'autres services liés au VIH comprennent la République démocratique populaire lao, le Myanmar, le Népal, la Nouvelle-Zélande, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines, le Sri Lanka, la Thaïlande et le Vietnam (50, 51).

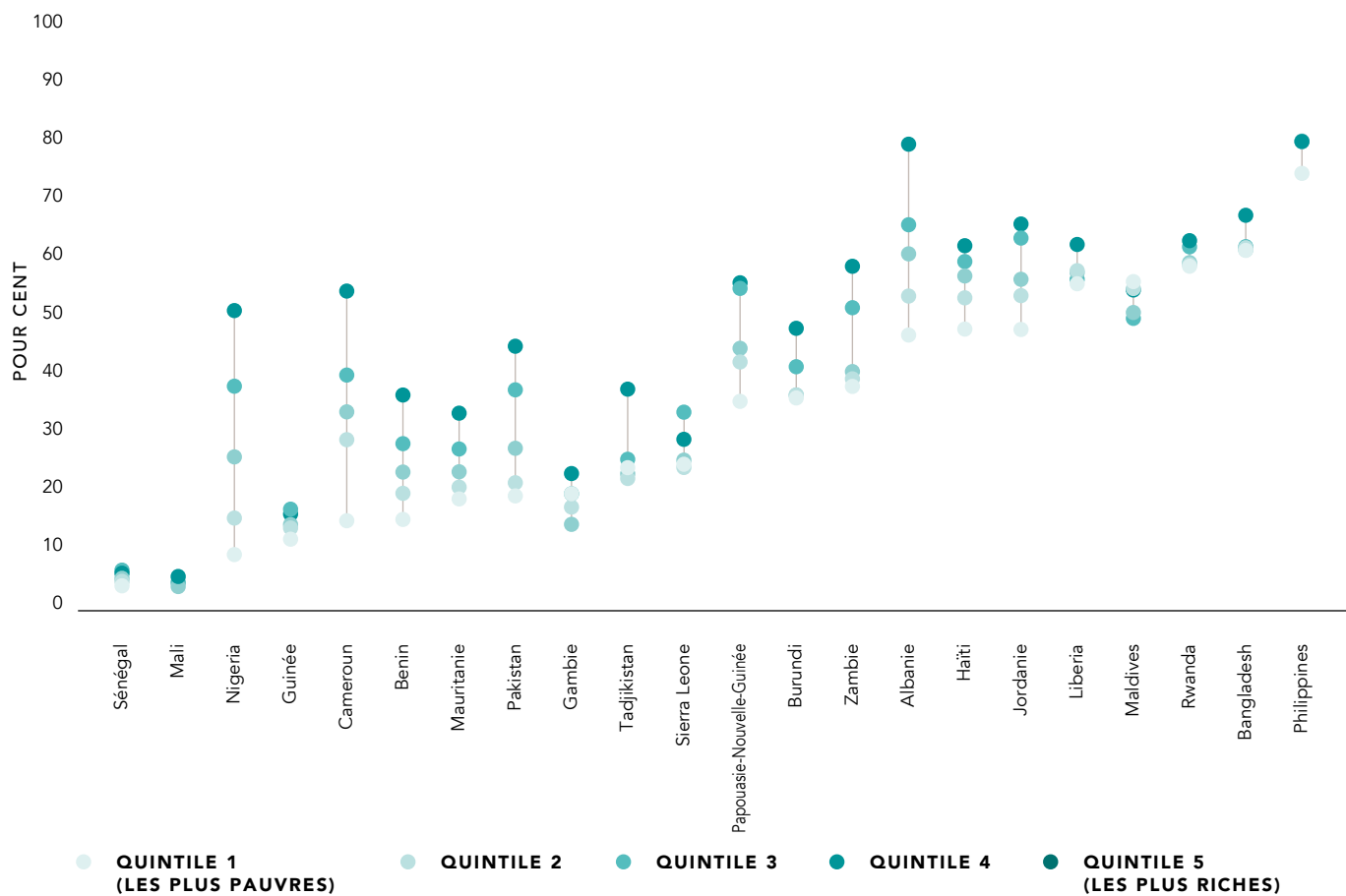
Les programmes peuvent et doivent répondre aux divers besoins des adolescentes et des jeunes femmes, y compris celles vivant avec le VIH et/ou appartenant à des populations clés (47). Les interventions dirigées par la communauté peuvent avoir un impact énorme, comme on a pu le constater lorsque l'Ashodaya Samithi a mis en place des services intégrés de lutte contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive pour les professionnel(le)s du sexe à Mysore, dans le sud de l'Inde (52).¹⁵ Un suivi communautaire lié à des mécanismes de plainte et de recours peut également permettre aux femmes et aux filles de tenir les prestataires de soins de santé responsables des services qu'ils fournissent ou refusent.

L'accès peut encore être amélioré en intégrant et en reliant les services de santé sexuelle et reproductive, de lutte contre le VIH et la violence sexiste, en les proposant dans des centres d'accueil, en faisant appel à la sensibilisation de la communauté et au soutien des pairs, et en tirant parti des technologies de téléphonie mobile et des plateformes de médias sociaux (53). Les services de santé et de droits sexuels et reproductifs qui répondent mieux aux besoins des adolescents et qui sont plus conviviaux pour eux, qui adoptent des approches d'affirmation de la sexualité (ou de sexualité positive) et qui sont fournis avec soutien et sans jugement ont plus de chances d'être accessibles et utilisés. Les services de santé et de droits sexuels et reproductifs qui répondent mieux aux besoins des adolescents et qui sont plus conviviaux pour eux, qui adoptent des approches d'affirmation de la sexualité (ou de sexualité positive) et qui sont fournis avec soutien et sans jugement ont plus de chances d'être accessibles et utilisés.

Les inégalités faussent l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive. Les femmes les plus pauvres et celles des zones rurales ont tendance à avoir le moins accès aux informations et aux services de contraception (Figures 3.1 et 3.2) (57). Les études montrent que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale, de santé maternelle et d'autres services de santé sexuelle et reproductive sont particulièrement élevés parmi les populations clés féminines, notamment les professionnelles du sexe et les femmes qui s'injectent des drogues (58). Les lois criminalisantes, la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé, ainsi que les difficultés économiques limitent leur accès aux services et sapent leur capacité à poursuivre en toute sécurité leurs intentions en matière de procréation (53).

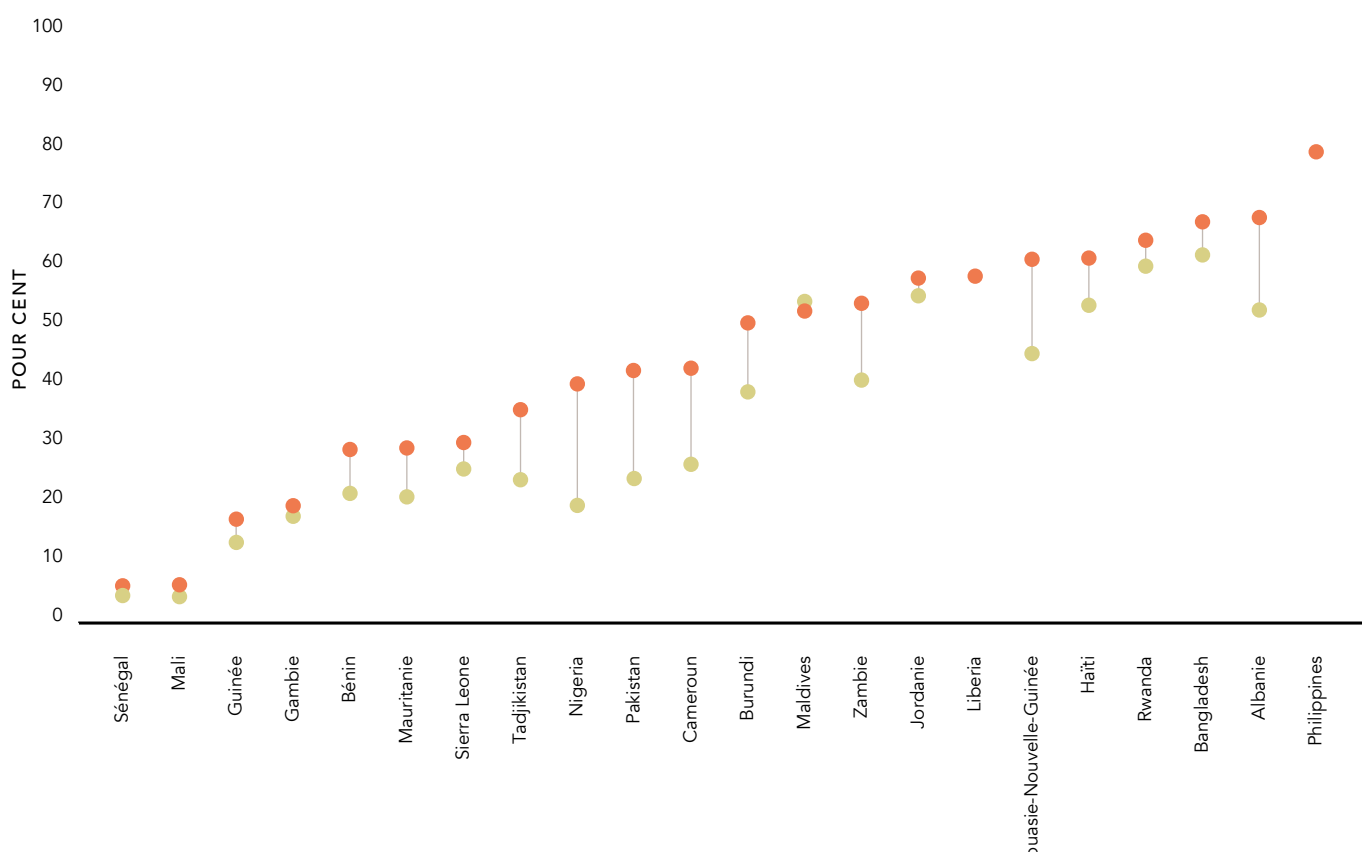
15 La proportion de professionnel(le)s du sexe ayant utilisé un service de santé sexuelle et reproductive au cours de l'année précédente a doublé pour atteindre 51 %, le recours au dépistage et au traitement du cancer du col de l'utérus a considérablement augmenté, passant de 12 % à 56 %, et le dépistage du VIH au cours des trois mois précédents est passé de 26 % à 73 %.

FIGURE 3.1 Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans actuellement mariées ou en couple, qui utilisent des contraceptifs et qui prennent leurs propres décisions en connaissance de cause pour ce qui concerne les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs propres soins de santé, par quintile de richesse, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2017-2021



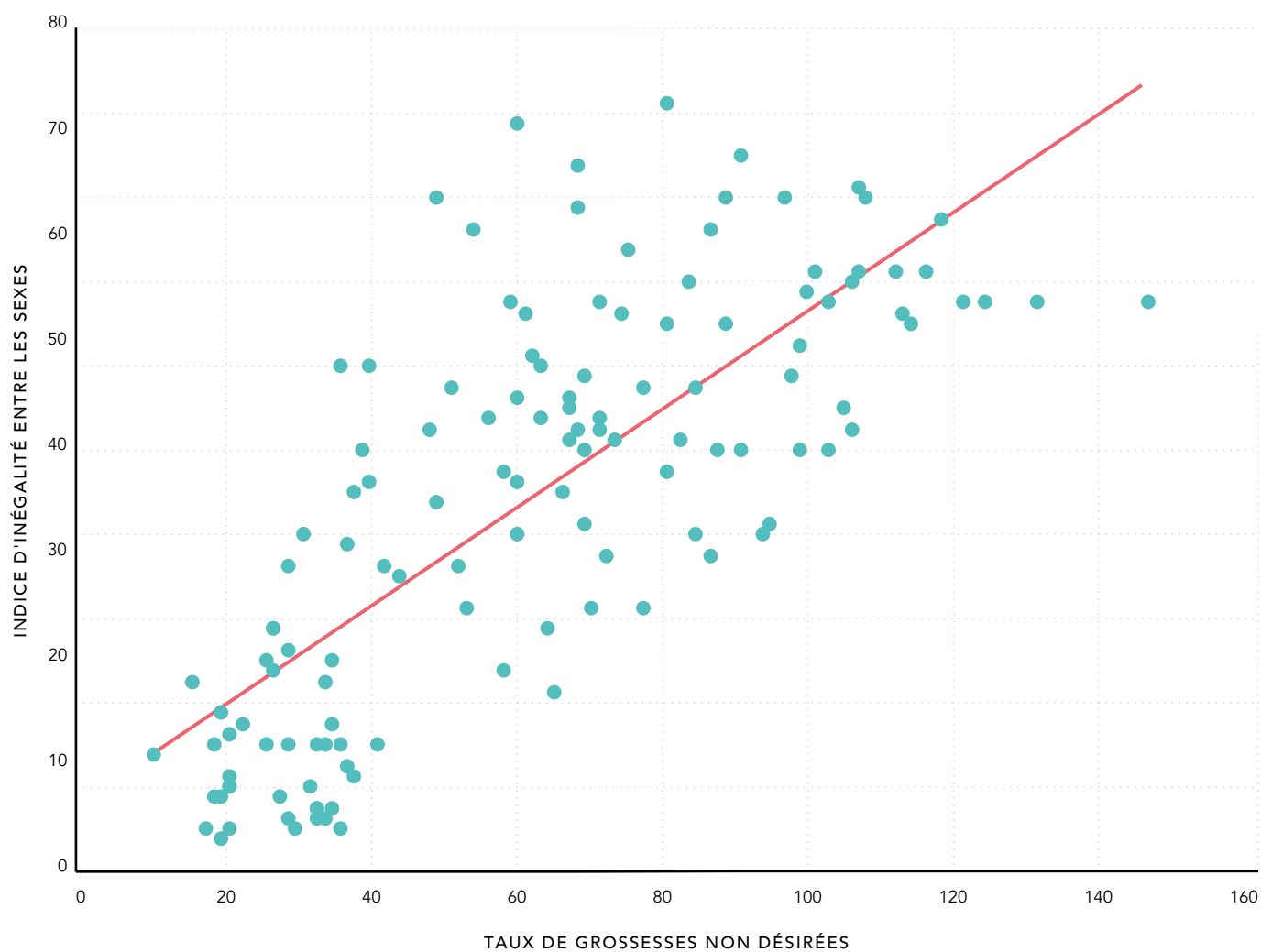
Source : Enquêtes de population, 2017-2021.

FIGURE 3.2 Pourcentage de femmes actuellement mariées, âgées de 15 à 49 ans, qui utilisent une méthode contraceptive et prennent leurs propres décisions concernant les relations sexuelles, l'utilisation de la contraception et les soins de santé, par lieu de résidence, pays pour lesquels les données sont disponibles, 2017-2021



Source : Enquêtes de population, 2017–2021.

L'analyse effectuée par le FNUAP montre que les pays et territoires présentant des niveaux plus élevés d'inégalité entre les sexes, tels que mesurés par l'indice d'inégalité entre les sexes du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), avaient des taux plus élevés de grossesses non planifiées en 2015-2019 (figure 3.3). Indépendamment du groupe de revenu du pays, l'inégalité entre les sexes est apparue comme le facteur prédictif le plus important des grossesses non désirées. Les programmes qui visent à élargir et à renforcer l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive doivent affronter et modifier ces inégalités sous-jacentes.

FIGURE 3.3 Corrélation entre le taux de grossesses non désirées, 2015-2019, et l'indice d'inégalité entre les sexes, 2019

Source : State of world population 2022: Seeing the unseen—the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. New York : FNUAP ; 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf) ; Bearak, Jonathan et al, 2022. Country-Specific estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019. *BMJ Global Health*, sous presse. Les informations sur la méthodologie sont disponibles sur le site <https://data.guttmacher.org/countries>.

LA CRISE INCESSANTE DE LA VIOLENCE SEXISTE

La violence sexiste reste une crise mondiale. L'analyse de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) montre qu'environ 736 millions de femmes et d'adolescentes âgées de 15 ans et plus en 2018 ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime et/ou d'un partenaire non intime au moins une fois au cours de leur vie (59).

Les femmes vivant avec le VIH et celles appartenant à des populations clés et à des communautés de genre divers sont confrontées à des risques de violence encore plus élevés. Selon une estimation, 45 à 75 % des professionnelles du sexe adultes ont subi des violences physiques et/ou sexuelles sur le lieu de travail (59). On estime que les pratiques policières répressives multiplient par trois le risque de violence physique ou sexuelle pour les professionnelles du sexe et par deux le risque de contracter le VIH ou d'autres IST (7). Les femmes transgenres et les femmes qui s'injectent des drogues signalent également des taux élevés de violence physique, en particulier de la part de leurs partenaires, mais aussi de la part des agents de la force publique (61-63). Dans des études réalisées en Afrique subsaharienne, on a constaté que les femmes séropositives couraient un risque considérable de violence de la part de leur partenaire masculin après avoir révélé leur statut VIH (61). Un autre examen de 14 études réalisées en Afrique subsaharienne a révélé qu'entre 18 % et 63 % des femmes vivant avec le VIH avaient subi des violences de la part de leur partenaire intime pendant leur grossesse (65). Les violences physiques, sexuelles et autres à l'encontre des personnes LGBTI, y compris les violences sexuelles liées aux conflits, restent également élevées dans de nombreuses régions du monde, même si elles sont souvent sous-déclarées (66-70).

La violence et la peur de la violence alimentent les risques excessifs de VIH et d'autres problèmes de santé auxquels sont confrontées de nombreuses femmes et filles, en particulier celles issues de communautés marginalisées (71). Elles peuvent bloquer leurs tentatives de négocier l'utilisation du préservatif et entraver leur capacité à accéder au VIH et à d'autres services de santé, notamment la prise d'une prophylaxie pré-exposition (PrEP), le dépistage du VIH, la mise en relation avec des services de soins du VIH, le début et l'observance d'une thérapie antirétrovirale et l'obtention d'une suppression virale (72-77). De nombreuses femmes évitent également de révéler leur séropositivité à leur partenaire ou aux membres de leur famille par crainte d'éventuelles violences (71, 75, 78). La maltraitance pendant la grossesse rend moins probable le fait que les femmes recherchent un test de dépistage du VIH ou des services pour prévenir la transmission verticale à leur nouveau-né (65, 79). Les hommes auteurs de violences à l'égard des femmes ont également tendance à être plus exposés au risque de transmettre ou d'acquérir le VIH eux-mêmes, comme le montrent des études menées au Cameroun et au Népal (80, 81).

736
MILLIONS

**DE FEMMES (ÂGÉES DE
15 ANS ET PLUS) EN 2018
ONT SUBI DES VIOLENCES
PHYSIQUES OU SEXUELLES
AU MOINS UNE FOIS DANS
LEUR VIE**

UN BESOIN URGENT DE RENFORCER L'ACTION ET LA RESPONSABILITÉ POUR METTRE FIN À LA VIOLENCE SEXISTE

Les interventions visant à réduire la violence sexiste et à s'attaquer à ses liens avec le VIH doivent être considérées comme prioritaires et intégrées dans les ripostes nationales au VIH, avec les allocations budgétaires correspondantes (3). Les pays ont un long chemin à parcourir ; les États consacrent des ressources et des efforts insuffisants à ce problème. Une étude de l'OMS publiée en 2021 a révélé que moins de la moitié (42 %) des 153 pays allouaient des fonds aux politiques de lutte contre la violence à l'égard des femmes (82).¹⁶ On estime que moins de 1 % du total de l'aide mondiale au développement à l'étranger est consacré aux programmes de lutte contre la violence à l'égard des femmes (83).

40 %

DES JEUNES HOMMES ET FEMMES (ÂGÉS DE 15 À 24 ANS) DANS 11 PAYS ONT DÉCLARÉ QU'IL ÉTAIT JUSTIFIÉ POUR UN MARI D'AGRESSER PHYSIQUEMENT SA FEMME DANS CERTAINES CIRCONSTANCES

Malgré cela, il existe de nombreuses actions et approches multisectorielles qui peuvent modifier les relations de pouvoir inégales qui sous-tendent la violence, protéger les personnes exposées à la violence et soutenir les survivants. Elles devraient faire partie intégrante de la riposte au VIH (84-86). Une composante importante de cette approche consiste à investir dans la prévention de la violence contre et parmi les enfants et les adolescents, filles et garçons, notamment par l'éducation (87). En outre, les efforts visant à modifier les attitudes à l'égard de la violence sexiste doivent commencer tôt : dans de nombreux pays, les jeunes générations sont tout aussi susceptibles que la génération de leurs parents de justifier la violence contre les femmes (88-89). Les données de l'enquête démographique et de santé de 24 pays pour 2017-2021 montrent qu'au moins 40 % des jeunes hommes et femmes (âgés de 15 à 24 ans) dans 11 de ces pays ont déclaré qu'il était justifié pour un mari d'agresser physiquement sa femme dans certaines circonstances (43).

Les écoles et autres lieux d'apprentissage doivent garantir des conditions de sécurité et dispenser une éducation qui promeut la tolérance zéro à l'égard de la violence sexiste et favorise des normes équitables en matière de genre.

Les bonnes pratiques en matière d'interventions visant à transformer et à autonomiser les femmes existent et devraient être mises en œuvre à une échelle beaucoup plus grande (et avec un investissement accru) afin de réduire le VIH et la violence à l'égard des femmes (39, 90-92). Les interventions adaptées aux besoins des adolescents, et celles visant à l'autonomisation sociale et économique des femmes, nécessitent une attention et un soutien accrus, tout comme l'éducation de groupe et la mobilisation communautaire visant à transformer les normes et pratiques sexospécifiques néfastes (93). Les approches qui sont dirigées par la communauté et qui regroupent différentes interventions ont tendance à mieux réussir à contrer la violence sexiste (94, 95). Le soutien social organisé et l'orientation vers des services de sécurité, de conseil et de recours juridique, ainsi que des protections sociales plus larges, sont des éléments essentiels d'une réponse efficace. Les prestataires de soins de santé ont besoin de la formation et des ressources nécessaires pour réagir de manière appropriée, tout comme les responsables de l'application des lois (94, 96, 97).

En fin de compte, une responsabilité beaucoup plus grande est nécessaire. L'incapacité à tenir les auteurs responsables de leurs actes, la faiblesse des mécanismes de signalement, la réticence à faire de la violence sexiste une question de droits de l'homme et l'insuffisance des efforts pour s'attaquer au problème de manière systématique créent une culture de l'impunité qui permet à la violence de se poursuivre (98).

¹⁶ Pour les pays hors des Amériques, les données étaient celles de 2018-2019 ; pour ceux des Amériques, les données étaient celles de 2020.

L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES FILLES ET LES FEMMES AU NIGERIA ET EN AFRIQUE DU SUD

Les rapports faisant état d'une recrudescence de la violence sexiste pendant la pandémie de COVID-19 en raison d'un isolement accru des réseaux de protection sociale et économique et d'un stress social et économique plus important ont mis en garde contre le risque qu'elle représente pour des décennies d'avancées durement acquises en matière de droits et de bien-être des femmes.

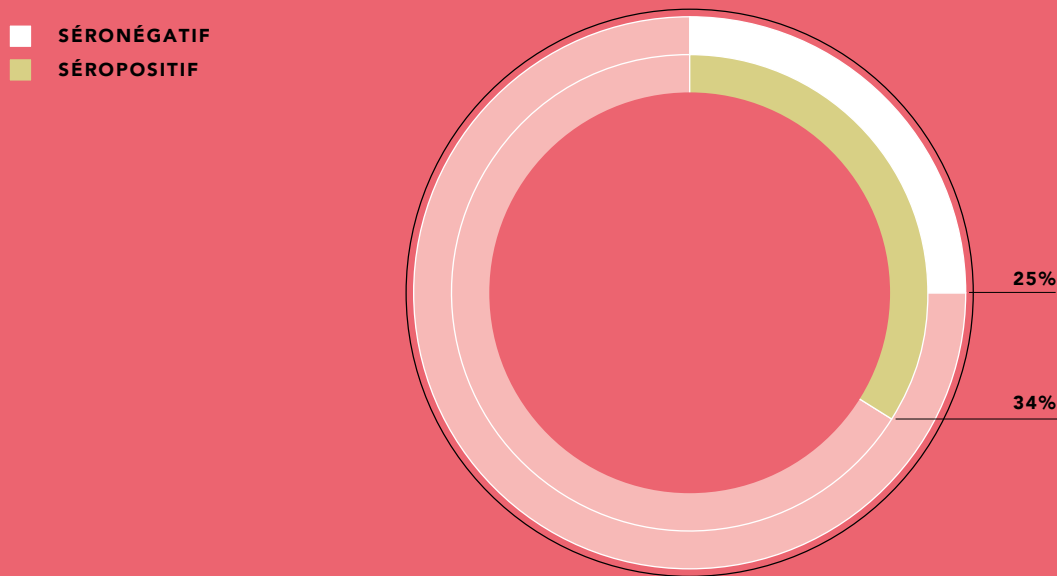
En 2021, l'ONUSIDA s'est associée à des organisations communautaires et à des partenaires de recherche pour réaliser des enquêtes transversales auprès de filles et de femmes vivant avec le VIH ou exposées au risque d'infection au Nigeria et en Afrique du Sud, afin d'évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur leur vie. Les participants ont été recrutés de juin à décembre 2021 à l'aide d'une combinaison de méthodes d'échantillonnage de commodité sur place et en boule de neige.¹ Au Nigeria, les chercheurs ont interrogé 4541 femmes et jeunes filles de plus de 15 ans dans 10 États où la charge du VIH est élevée ; 62 % avaient moins de 30 ans et 47 % vivaient avec le VIH. En Afrique du Sud, 2812 femmes et filles de plus de 15 ans provenant de quatre provinces à forte charge de morbidité ont participé, dont 61 % avaient moins de 30 ans et 45 % vivaient avec le VIH.

Un tiers (30 %) des 6689 femmes et filles ont déclaré avoir subi des violences sexistes depuis le début de la pandémie de COVID-19, les adolescentes et les femmes vivant avec le VIH étant plus exposées à la violence (Figure 3.4). Treize pour cent des 6689 personnes interrogées ont déclaré être confrontées à plus de violence qu'avant la pandémie de COVID-19. Par rapport aux femmes plus âgées, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) étaient systématiquement plus susceptibles d'avoir subi chaque forme de violence ou d'abus étudiée : violence physique et sexuelle ou abus émotionnel et économique de la part de partenaires intimes, ou violence sexuelle de la part de partenaires non intimes.

¹ La population de l'étude comprenait des femmes consentantes âgées de plus de 15 ans qui déclaraient vivre avec le VIH ou être à haut risque de contracter le VIH et qui appartenaient à des groupes clés et vulnérables. Il s'agit des adolescentes et des jeunes femmes (définies comme étant âgées de 15 à 24 ans), des professionnelles du sexe (définies comme étant des femmes engagées dans le commerce du sexe), des femmes LGBTI (femmes s'identifiant comme ayant des relations sexuelles avec des femmes exclusivement, ayant des relations sexuelles avec des femmes et des hommes, ayant des orientations sexuelles non hétérosexuelles ou étant transgenres), des personnes en déplacement (définies comme des migrantes, des réfugiées, des demandeuses d'asile, des migrantes de retour et des personnes déplacées), les femmes handicapées (définies comme des personnes souffrant de handicaps physiques ou sensoriels à long terme) et les femmes consommatrices de drogues (définies pour cette étude comme des femmes s'injectant ou consommant des drogues illégales).



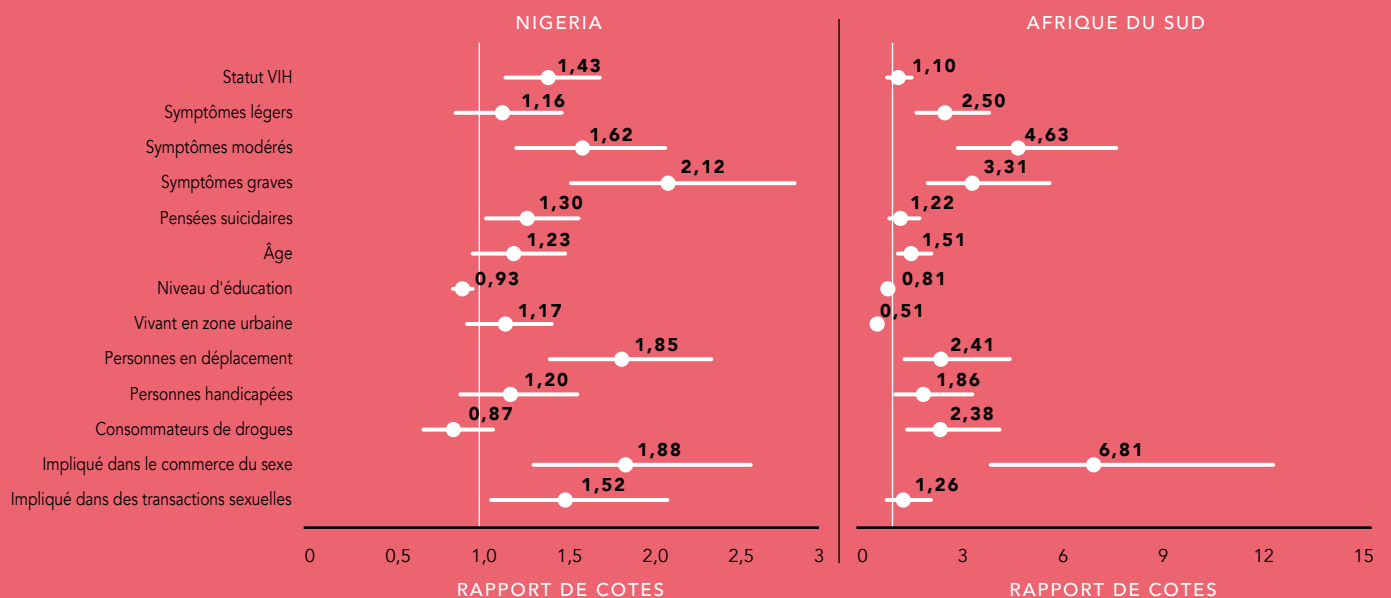
FIGURE 3.4 Pourcentage de la population étudiée qui a déclaré avoir subi des violences sexistes depuis le début de la pandémie de COVID-19, par statut VIH



Source : Lamontagne E, Yakusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Sexual, physical, economic and emotional violence faced by women and adolescent girls living with HIV and at high risk of HIV in South Africa and Nigeria in time of COVID-19. 24^e Conférence internationale sur le sida, 29 juillet-2 août.

Remarque : Répondants (n = 5922) ; manquants (n = 452). Données recueillies entre juin et décembre 2021 au Nigeria et en Afrique du Sud.

FIGURE 3.5 Association de la violence sexuelle à d'autres caractéristiques dans la population étudiée, par pays, 2021



Source : Lamontagne E, Yakusik A, Humphries H, Lewis L, Choonara S, Arjie O et al. Sexual, physical, economic and emotional violence faced by women and adolescent girls living with HIV and at high risk of HIV in South Africa and Nigeria in time of COVID-19. 24^e Conférence internationale sur le sida, 29 juillet-2 août.

Remarque : Participants nigériens = 2413. Données recueillies entre juin et octobre 2021 dans 10 États du Nigeria. Participants sud-africains = 1290. Données collectées entre septembre et décembre 2021 dans les provinces de Eastern Cape, Gauteng, KwaZulu Natal et Western Cape.

L'étude a révélé que les filles et les femmes vivant avec le VIH étaient plus susceptibles que les filles et les femmes séronégatives de subir des violences sexistes. En outre, les victimes de violences sexistes au Nigeria et en Afrique du Sud sont respectivement plus de deux (aOR 2,12 ; IC 95 % : 1,56-2,88) et trois (aOR 3,31 ; IC 95 % : 1,97-5,58) fois plus susceptibles de signaler des symptômes graves de dépression et d'anxiété que les personnes qui ne sont pas victimes de violences. Les personnes en déplacement et celles qui travaillent dans le commerce du sexe sont les plus susceptibles de subir des violences sexistes (figure 3.5).

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, davantage de femmes (10 % au Nigeria et 15 % en Afrique du Sud) ont déclaré avoir recours au commerce du sexe ou aux transactions sexuelles pour assurer leur subsistance, et 9 % des professionnelles du sexe au Nigeria et 5 % en Afrique du Sud ont commencé à avoir des rapports sexuels plus fréquents sans préservatif. Les femmes qui vendent ou échangent des services sexuels ont déclaré avoir subi une baisse substantielle de leurs revenus (53 % au Nigeria et 38 % en Afrique du Sud) depuis le début de la pandémie.

Enfin, les enquêtes ont montré que, par rapport aux adolescentes et jeunes femmes séronégatives, les adolescentes et jeunes femmes vivant avec le VIH étaient plus susceptibles de manger moins ou de sauter des repas depuis le début de la pandémie de COVID-19 parce qu'elles n'avaient pas assez d'argent pour se nourrir. Elles étaient également plus susceptibles d'avoir bénéficié d'une allocation spéciale COVID-19 ou d'autres mesures de soutien. Néanmoins, ces mesures de soutien spéciales COVID-19 n'ont touché que 4 % et 10 % des adolescentes et jeunes femmes vivant avec le VIH qui devaient manger moins ou sauter des repas au Nigeria et en Afrique du Sud, respectivement.

Les adolescentes et les jeunes femmes vivant avec le VIH étaient plus susceptibles de manger moins ou de sauter des repas depuis le début de la pandémie de COVID-19.

Les effets sociaux et économiques négatifs de la pandémie de COVID-19, notamment l'aggravation de la violence sexiste, sont particulièrement ressentis par les membres les plus marginalisés de la société. Des interventions plus féministes visant à lutter contre ces préjugés doivent être conçues et mises en œuvre en collaboration avec des groupes dirigés par des professionnelles du sexe, des organisations de femmes et des organisations de personnes vivant avec le VIH.

Les résultats de cette enquête transversale fournissent quelques indications préliminaires sur la manière dont la pandémie de COVID-19 a pu exacerber la vulnérabilité préexistante des femmes à haut risque de VIH et des personnes vivant avec le VIH dans les populations vulnérables. L'approche écologique a mis en évidence le fait que ce ne sont pas nécessairement des facteurs uniques, mais plutôt la façon dont de multiples facteurs se croisent, qui ont servi à exacerber la vulnérabilité. Les facteurs de risque traditionnels, tels que l'âge, l'expérience de la violence sexiste, le statut social, la pauvreté et la résilience des ménages, se sont conjugués aux restrictions de mouvement, aux confinements et au choc économique qui en a résulté pour accroître le risque des femmes déjà à risque dans les groupes clés et vulnérables. Ces intersections de risques doivent être mieux comprises et étudiées afin de concevoir des interventions de santé publique plus résilientes et plus réactives pour les futures pandémies.

L'ÉDUCATION DES FILLES FAIT TOUTE LA DIFFÉRENCE

Chaque enfant a le droit de terminer sa scolarité et de recevoir une éducation de qualité. Lorsque ce droit est respecté, il réduit la pauvreté, améliore les résultats en matière de santé et stimule le développement social et économique. Les effets sont particulièrement importants pour les filles : leurs revenus au cours de leur vie augmentent, les inégalités sont réduites et l'inclusion sociale est renforcée (99-101). Leur risque de contracter le VIH et d'autres IST est également réduit, comme le montrent des études menées en Inde et en Afrique australe (102-110). Lorsque le Botswana a étendu l'enseignement secondaire obligatoire, par exemple, il a constaté que chaque année supplémentaire de scolarité après la neuvième année était associée à une réduction de 12 % des risques de contracter le VIH pour les filles (108).

Malgré cela, une adolescente sur trois (âgée de 10 à 19 ans) issue des ménages les plus pauvres du monde n'a jamais été scolarisée (109). La pauvreté, la discrimination sexuelle, les conflits politiques et les crises humanitaires sont les principaux facteurs qui empêchent les enfants d'aller à l'école (110).

Education Plus demande instamment aux gouvernements de mettre en place un programme d'enseignement secondaire universel et gratuit pour les filles et les garçons, qui donne des moyens d'action aux adolescentes et aux jeunes femmes.

12

**PAYS ONT REJOINT
L'INITIATIVE EDUCATION PLUS**

Les obstacles à l'éducation des filles doivent être supprimés. L'initiative Education Plus (convoquée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le FNUAP, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes), l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et l'ONUSIDA) a été lancée en 2021 pour faire en sorte que toutes les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique subsaharienne puissent accéder à une éducation secondaire de qualité, parallèlement à une éducation vitale, à des opportunités socio-économiques et à des services de santé. L'initiative s'appuie sur un plaidoyer politique de haut niveau pour autonomiser les adolescentes et les jeunes femmes et faire progresser l'égalité entre les sexes en Afrique subsaharienne, l'enseignement secondaire constituant un point d'entrée stratégique. Elle contribue également à mobiliser des coalitions et des réseaux à grande échelle, y compris au niveau communautaire, à impliquer les organisations de femmes, de jeunes et de la société civile, les réseaux de femmes et de filles vivant avec le VIH, les associations d'enseignants et de parents, et les leaders culturels et religieux, et à les rassembler autour d'un objectif commun.

Page suivante

L'initiative Education Plus a été lancée par la première dame de Gambie, S.E. Fatoumata Bah Barrow, au centre de conférence international Sir Dawda Kairaba Jawara le 7 juillet 2022.

LES ACQUIS ANTÉRIEURS SONT À NOUVEAU MENACÉS

Avant la COVID-19, les 20 dernières années ont vu le nombre de filles non scolarisées diminuer de 79 millions dans le monde. C'est le résultat de décennies d'efforts pour amener plus de filles dans les salles de classe et pour réduire l'écart entre les sexes dans l'accès à l'éducation (111).

Malgré ces progrès, les filles étaient toujours plus nombreuses que les garçons parmi les enfants d'âge scolaire qui ne fréquentaient pas l'école primaire (32,3 millions contre 26,8 millions dans le monde), leur taux d'achèvement était plus faible et elles étaient plus susceptibles que les garçons d'être définitivement exclues de l'éducation (111). En Afrique subsaharienne, environ 38 % des filles et 35 % des garçons en âge de fréquenter l'école secondaire n'étaient pas scolarisés en 2018, et dans la plupart des pays d'Afrique occidentale et centrale, les filles en âge de fréquenter l'école primaire ou secondaire étaient plus susceptibles que les garçons de ne pas être scolarisées (112, 113). En outre, la qualité de l'éducation des filles dans de nombreux pays souffre encore de la discrimination dont elles sont victimes dans leurs écoles et leurs communautés (111).

La pandémie de COVID-19 rend encore plus difficile la scolarisation et le maintien des filles à l'école. Fin 2021, les fermetures d'écoles liées à la COVID-19 avaient affecté plus de 1,6 milliard d'apprenants dans le monde, selon les estimations de l'UNICEF. Des évaluations au niveau des pays (Italie, Mexique, Pakistan et Afrique du Sud, par exemple) suggèrent que les pertes d'apprentissage ont été plus lourdes pour les filles que pour les garçons (114). La pandémie menace d'annuler les progrès réalisés au cours des deux dernières décennies, laissant environ 20 millions de filles en âge de fréquenter l'école secondaire non scolarisées dans les pays en développement (la plupart en Afrique) une fois la crise de la COVID-19 passée (115).

Education Plus demande instamment aux gouvernements de mettre en place un programme d'enseignement secondaire universel et gratuit pour les filles et les garçons, qui donne des moyens d'action aux adolescentes et aux jeunes femmes. L'initiative met l'accent sur l'accès universel à une éducation complète à la sexualité, la réalisation des droits sexuels et reproductifs, l'absence de violence sexiste et sexuelle, la transition entre l'école et le travail, la sécurité économique et l'autonomisation des femmes. Douze pays se sont engagés au plus haut niveau politique à mettre en œuvre l'initiative : Afrique du Sud, Bénin, Cameroun, Gabon, Gambie, Lesotho, Malawi, Sénégal, Sierra Leone, Ouganda et Zambie. Certains ont déjà pris des mesures concrètes (voir le reportage sur Education plus dans ce chapitre), et des dossiers d'investissement sont en cours de préparation au Bénin, au Cameroun, au Lesotho et en Sierra Leone. Des cadres politiques sont également en cours d'élaboration en Afrique du Sud (sur la prévention des grossesses chez les apprenants et le soutien aux politiques et dispositions de rétention scolaire pour les filles enceintes), au Lesotho (sur la rétention des apprenants à l'école), ainsi qu'au Malawi et en Sierra Leone (stratégies sectorielles).



L'Afrique du Sud a lancé une politique visant à prévenir la grossesse chez les jeunes filles et à retenir et soutenir les apprenantes enceintes, tout en les mettant en relation avec les services de protection sociale et de soutien psychosocial nécessaires, dans le cadre des efforts déployés pour réduire les disparités entre les sexes dans l'éducation.

« Il est essentiel que les filles apprennent à prendre soin d'elles-mêmes, mais aussi qu'on leur donne tous les moyens nécessaires pour le faire », déclare Ketcha Pertulla Ezigha, fondatrice de Leap Girl Africa. « La connaissance et l'autonomisation sont cruciales pour protéger les jeunes filles et les adolescents de l'abandon scolaire, des abus et des maladies infectieuses comme le VIH. »



Campagne Education Plus pour encourager les filles à fréquenter l'école secondaire, Cameroun, 2022.

EDUCATION PLUS : CRÉER L'IMPULSION

Education Plus contribue à des changements importants en Afrique. La Sierra Leone, l'un des premiers pays à rejoindre l'initiative, introduit la gratuité de l'enseignement dans les écoles primaires et secondaires pour aider à atteindre la parité des sexes. Sa politique d'inclusion radicale garantit que les apprenantes enceintes continuent d'accéder à l'éducation et bénéficient en outre de services d'aide sociale. Un programme complet d'éducation à la sexualité pour les écoles secondaires de premier cycle a été élaboré et les écoles sont également rendues plus accessibles, par exemple en installant des rampes et en fournissant d'autres aides aux apprenants handicapés. Un programme de bourses d'études en sciences, technologies, ingénierie et mathématiques a également été mis en place afin d'accroître la participation des filles aux activités scientifiques et industrielles.

En outre, les ministères de l'Éducation et de la Santé ont élaboré une nouvelle stratégie de santé scolaire et un plan opérationnel pour guider la prestation des services de santé scolaire, y compris les services de santé sexuelle et reproductive. Les deux ministères collaborent avec le ministère de la Jeunesse pour veiller à ce que des services adaptés aux jeunes soient facilement accessibles dans les centres de jeunesse. En outre, les objectifs d'Education Plus ont été intégrés dans le plan sectoriel d'éducation de la Sierra Leone.

Au Cameroun, seules 49 % des filles en âge d'être scolarisées fréquentaient l'école secondaire en 2019, et les taux d'abandon scolaire étaient élevés, en partie à cause de la pauvreté, du nombre élevé de grossesses précoces et non planifiées, et des mariages précoces. Le gouvernement camerounais coordonne désormais des activités axées sur l'éducation au sein de 10 ministères et travaille avec plus de 70 organisations de la société civile pour identifier et planifier les changements prioritaires. Une nouvelle politique de gestion des apprenantes enceintes vient d'être mise en place afin de garantir que les filles enceintes aient accès à l'école et à un soutien multisectoriel par couches.

Au Bénin, un comité composé de huit ministères pilote l'initiative Education Plus, et le gouvernement a approuvé une série d'activités qui répondent aux principales priorités de l'initiative.¹ La gratuité de l'enseignement secondaire est un objectif clé, et le gouvernement examine les réformes juridiques et politiques nécessaires, tandis que les agences des Nations Unies l'aident à obtenir le soutien des donateurs pour en faire une réalité.

Le Lesotho prépare une politique de rétention scolaire pour maintenir les apprenants à l'école, et il a entamé un processus pour aider les filles à retourner à l'école après les fermetures liées à la COVID-19 en 2020-2021. Une campagne a été lancée pour obtenir un soutien en faveur de la gratuité de l'enseignement secondaire, soutenue par un dossier d'investissement.

¹ Les principaux domaines d'action d'Education Plus sont les suivants : achèvement d'un enseignement secondaire de qualité ; accès universel à une éducation complète à la sexualité ; réalisation des droits sexuels et reproductifs ; fin des violences sexistes et sexuelles ; transition réussie entre l'école et le travail ; sécurité économique et autonomisation des jeunes femmes.

African Union 

 OAFIAD
OPDAD

EDUCATION PLUS INITIATIVE

 UNAIDS  unesco  WFP  unicef  WOMEN



LE PASSAGE À DES APPROCHES QUI INCLUENT LES PERSONNES HANDICAPÉES

Même si l'on estime qu'un milliard de personnes (15 % de la population mondiale) souffrent d'un handicap, les personnes handicapées ont été négligées dans de nombreuses ripostes au VIH (116).¹⁷ Des données provenant d'Afrique subsaharienne suggèrent que le risque d'infection à VIH peut être jusqu'à 1,5 fois plus élevé chez les hommes et 2,2 fois plus élevé chez les femmes handicapées par rapport aux personnes non handicapées (117). Ce risque élevé est lié à plusieurs facteurs, comme le montrent des études menées au Burundi, en Éthiopie et en Afrique du Sud (118-120). La discrimination et la négligence générale des besoins des personnes handicapées peuvent compromettre leurs connaissances sur le VIH, limiter leur accès au VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive, et affecter la qualité des soins qu'elles reçoivent (121, 122). D'autres facteurs affectent leur accès aux services, notamment l'inaccessibilité physique des services, les hypothèses erronées selon lesquelles les personnes handicapées ne sont pas sexuellement actives, et le manque de compétences des prestataires de soins de santé pour servir et communiquer avec les personnes handicapées. Le manque de données désagrégées, la mauvaise gouvernance et le manque de financement prolongent cette situation (116, 122-125).

Par conséquent, des études suggèrent que les personnes handicapées ont environ 10 % moins de chances de connaître leur statut VIH et de recevoir une thérapie antirétrovirale que les personnes non handicapées (116, 126). L'adhésion au traitement tend également à être faible chez les personnes vivant avec le VIH et les handicaps, et des études menées aux États-Unis ont révélé des taux élevés de mortalité liée au sida dans cette population (116, 127-129). Il sera difficile d'atteindre les objectifs de dépistage et de traitement du VIH sans la pleine inclusion des personnes handicapées (116).

Bien que tardivement, on reconnaît de plus en plus l'importance d'inclure le handicap dans une riposte globale au VIH. Quatorze des 18 plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH en Afrique orientale et australe, par exemple, identifient actuellement les personnes handicapées comme une population marginalisée confrontée à un risque élevé d'infection à VIH, et les enquêtes et études de surveillance nationales commencent à recueillir des données ventilées par handicap. Le plan stratégique national sud-africain, en particulier, tient largement compte du handicap et peut servir d'exemple à d'autres pays (130, 131). Les organisations de la société civile peuvent également promouvoir l'inclusion en veillant à ce que les personnes handicapées soient représentées dans l'élaboration des plans stratégiques nationaux et dans les mécanismes de coordination nationale du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial). L'offre inclusive d'une éducation complète à la sexualité (comme dans l'approche Breaking the Silence en Afrique du Sud) et une formation sur les handicaps pour les professionnels de santé peuvent contribuer à réduire la vulnérabilité et les risques (132, 133). En outre, les programmes de lutte contre le VIH devraient renforcer les liens avec les services de réinsertion afin que les personnes vivant avec le VIH et les handicaps puissent s'épanouir (116).

¹⁷ La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées exige des pays qu'ils préservent les droits des personnes handicapées à participer et à être intégrées dans tous les domaines de la vie. Cela inclut le droit d'accéder aux services de santé.

ÉLIMINER LES OBSTACLES AUX SERVICES SDRS ET CEUX LIÉS AU VIH POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES AU KENYA

Un milliard de personnes, soit 15 % de la population mondiale, présentent un ou plusieurs handicaps (117). Dans de nombreuses régions du monde, leurs besoins ne sont souvent pas pleinement pris en compte dans la prestation des services de santé et de lutte contre le VIH, ce qui se traduit par des obstacles à l'accès aux services, notamment des installations inaccessibles, un manque de services adaptés à leurs besoins et des attitudes stigmatisantes de la part des professionnels de santé (118).

La satisfaction des besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des femmes handicapées constitue un déficit particulièrement grave. C'est pourquoi le This Ability Trust, un organisme à but non lucratif dirigé par des femmes au Kenya, qui se consacre à la promotion des droits et de l'inclusion des femmes et des filles handicapées, s'efforce de faire en sorte que ces groupes ne soient pas laissés pour compte en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive.

Une enquête récente de This Ability a révélé que 53 % des professionnels de santé ne donnent pas la priorité aux besoins des femmes handicapées en matière de santé sexuelle et reproductive. « La société pense que les femmes handicapées ne sont pas sexuellement actives, ce qui les prive d'informations et de soins de santé », a déclaré Anne Wanjiru, une activiste handicapée de la ville côtière de Mombasa. « La pauvreté aggrave le problème. La conséquence est que de nombreuses femmes prennent de mauvaises décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive. Ou, plutôt, les décisions concernant leur sexualité sont prises pour elles sans leur consentement. »

L'enquête de This Ability a révélé que la plupart des établissements de santé disposaient d'infrastructures inaccessibles aux femmes handicapées, et que seuls 20 % des prestataires interrogés déclaraient que des sessions sur le handicap avaient été intégrées dans la formation initiale du personnel médical et non médical.

Cependant, This Ability a fait plus que documenter le problème. Avec le soutien du FNUAP, l'organisation s'efforce de combler les importantes lacunes des services destinés aux femmes handicapées.

Hesabika, une plateforme mobile développée par This Ability, envoie des informations sur la santé sexuelle, le VIH, la violence sexuelle et le COVID-19 deux fois par semaine en kiswahili et en anglais à plus de 17 000 personnes. En 2021, pendant les 16 jours d'activisme contre la violence envers les femmes, This Ability a également coordonné un festival d'art de cinq jours axé sur le handicap, la sexualité et l'autonomie corporelle. Enfin, This Ability a utilisé SKILLS, une plateforme d'apprentissage en ligne, pour former 90 professionnels de santé de neuf comtés sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes handicapées.



Parallèlement à ces activités, This Ability gère une ligne d'appel gratuite dans huit des 47 comtés du Kenya. Grâce à ces lignes téléphoniques, huit femmes handicapées, appelées « Mama Siris » (« Siri » signifiant « secret » en kiswahili), ont fourni des informations et des conseils sur la santé sexuelle, le VIH et la violence sexiste à plus de 8000 personnes depuis le lancement du programme en 2020.

Le programme d'appel ne constitue pas seulement une source essentielle d'informations et de soutien pour les femmes handicapées, mais il a également renforcé les capacités des Mama Siris elles-mêmes. Lizzie Kiama, fondatrice et administratrice déléguée de l'association This Ability Trust, a déclaré : « Le changement chez les Mama Siris est incroyable. Leurs compétences et leur confiance se sont accrues. Elles ont acquis une légitimité dans leurs communautés et ont développé leurs compétences en matière de leadership, au point que plusieurs d'entre elles envisagent de se présenter aux prochaines élections locales. »

Ces initiatives centrées sur la communauté doivent maintenant être complétées par des réformes plus larges. Des améliorations tangibles sont nécessaires dans les infrastructures de santé, le type d'informations sanitaires disponibles pour les femmes handicapées, et les attitudes des professionnels de santé concernant le VIH et la SDRS pour les personnes handicapées.

RÉFÉRENCES

1. Amnesty International report, 2020/21. London: Amnesty International; 2021.
2. Flor LS, Friedman J, Spencer CN, Cagney J, Arrieta A, Herbert ME et al. Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social and economic indicators: a comprehensive review of data from March, 2020, to September, 2021. *Lancet*. 2022;399(10344):P2381-P2397.
3. We've got the power—women, adolescent girls and the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/2020_women-adolescent-girls-and-hiv).
4. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11(1):773.
5. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):e134-e140.
6. 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. Abstract OAF0403.
7. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15:e1002680.
8. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357-e374.
9. Batchelder AW, Foley JD, Wirtz MR, Mayer K, O'Cleirigh C. Substance use stigma, avoidance coping, and missed HIV appointments among MSM who use substances. *AIDS Behav*. 2021;25(5):1454-63.
10. Global Commission on HIV and the Law. *Risks, rights and health: supplement*. New York (NY): UNDP; 2018 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf).
11. Global mapping of sex worker laws [Internet]. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; c2021 (<https://www.nswp.org/sex-work-laws-map>).
12. How sex work laws are implemented on the ground and their impact on sex workers. Briefing paper. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2019 (https://www.nswp.org/sites/default/files/how_sw_laws_are_implemented_their_impact_-_nswp_2019_0.pdf).
13. Order dated 19 May 2022 in the case of Budhadev Karmaskar v The State of West Bengal. No 135 of 2010. Supreme Court of India; 2022 (https://main.sci.gov.in/supremecourt/2007/37388/37388_2007_5_20_35996_Order_19-May-2022.pdf).
14. Legal and policy trends: impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
15. UNAIDS welcomes parliament's decision to repeal the law that criminalizes HIV transmission in Zimbabwe. In: UNAIDS.org [Internet]. 18 March 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/march/20220318_law-hiv-transmission-zimbabwe).
16. Report on progress on actions to reduce stigma and discrimination in all its forms. Report submitted to the 49th meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, 7–10 December 2021, Geneva.

17. *The global drug policy index, 2021*. Harm Reduction Consortium; 2021 (<https://globaldrugpolicyindex.net/wp-content/themes/gdpi/uploads/GDPI%202021%20Report%20EN.pdf>).
18. Drug Decriminalization in Oregon, One Year Later: Thousands of Lives Not Ruined by Possession Arrests, 300 Million+ in Funding for Services. In: Drugpolicy.org [Internet]. 3 November 2021. Drug Policy Alliance; c2022 (<https://drugpolicy.org/press-release/2021/11/drug-decriminalization-oregon-one-year-later-thousands-lives-not-ruined>).
19. Ghossoub M. B.C. will decriminalize up to 2.5 grams of hard drugs. Drug users say that threshold won't decriminalize them. In: CBC News [Internet]. 3 June 2022. Toronto (ON): CBC; c2022 (<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/drug-decrim-threshold-1.6477327>).
20. Vejpongsa T, Peck G. Thailand makes marijuana legal, but smoking discouraged. In: IDPC.net [Internet]. 9 June 2022. International Drug Policy Consortium; c2022 (<https://idpc.net/alerts/2022/06/thailand-makes-marijuana-legal-but-smoking-discouraged>).
21. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385:55-71.
22. Sex work and the law: understanding legal frameworks and the struggle for sex work law reforms. Edinburgh: NSWP; 2014. (<https://www.nswp.org/resource/nswp-publications/sex-work-and-the-law-understanding-legal-frameworks-and-the-struggle-sex>).
23. End 'war on drugs' and promote policies rooted in human rights: UN experts. In: OHCHR.org [Internet]. 24 June 2022. Media statement. Geneva: OHCHR; c2022 (<https://www.ohchr.org/en/statements/2022/06/end-war-drugs-and-promote-policies-rooted-human-rights-un-experts#:~:text=GENEVA%20%2824%20June%202022%29%20-%20UN%20human%20rights,June%202022%2C%20the%20experts%20issued%20the%20following%20statement%3A>).
24. Evidence for eliminating HIV-related stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_en.pdf).
25. 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 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(5):561-70.
26. Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yuniastuti E, Santella AJ, Ranauta A et al. HIV and stigma in the healthcare setting. *Oral Dis*. 2020;26 Suppl 1:103-11.
27. Putting young key populations first: HIV and young key populations in Asia and the Pacific, 2022. Bangkok: UNAIDS Regional Support Team; [forthcoming].
28. Galal YS, Khairy WA, Mohamed R, Esmat G, Negm M, Alaty WHA et al. HIV-related stigma and discrimination by healthcare workers in Egypt. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2022;116(7):636-44.
29. Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDS*. 2020;34(1):38-50.
30. Pantelic M, Casale M, Cluver L, Toska E, Moshabela M. Multiple forms of discrimination and internalized stigma compromise retention in HIV care among adolescents: findings from a South African cohort. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(5):e25488.
31. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2 Suppl 1):19833.

32. Looking out for adolescents and youth from key populations: formative assessment on the needs of adolescents and youth at risk of HIV—case studies from Indonesia, the Philippines, Thailand and Viet Nam. Bangkok: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office; 2019.
33. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
34. Jamaica Network of Seropositives, Health Policy Plus. The People Living with HIV Stigma Index: Jamaica. Washington (DC): Palladium, Health Policy Plus; 2020 (<https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2020/06/Jamaica-SI-Report-2020.pdf>).
35. Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation and International Center for Research on Women. Evidence-based strategies to engage men and boys in gender-integrated health interventions. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2014 (http://www.healthpolicyproject.com/pubs/382_MenandBoysBrief.pdf).
36. Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa. *J Int AIDS Soc.* 2018;21:e25134.
37. Increasing male engagement in the HIV response: promising practices in eastern and southern Africa. Cape Town: Sonke Gender Justice; 2017.
38. Stewart R, Wright B, Smith L, Roberts S, Russell N. Gendered stereotypes and norms: a systematic review of interventions designed to shift attitudes and behaviour. *Heliyon.* 2021;7(4):e06660.
39. Leddy AM, Gottert A, Haberland N, Hove J, West RL, Pettifor A et al. Shifting gender norms to improve HIV service uptake: qualitative findings from a large-scale community mobilization intervention in rural South Africa. *PLoS One.* 2021;16(12):e0260425.
40. Seeing the unseen: the case for action in the neglected crisis of unintended pregnancy. State of world population 2022. New York (NY): UNFPA; 2022 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SWP22%20report_0.pdf).
41. Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health.* 2019;16(1):148.
42. United Nations Population Fund global databases, 2020. Based on the Demographic and Health Surveys (DHS), Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) and other national surveys conducted in the 2007–2018 period. For more information, see: Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG Target 5.6. New York (NY): UNFPA; 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf>).
43. Demographic and Health Surveys, 2017–2021.
44. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health.* 2021;18(1):135.
45. Robert K, Maryline M, Jordan K, Lina D, Helgar M, Annrita I et al. Factors influencing access of HIV and sexual and reproductive health services among adolescent key populations in Kenya. *Int J Public Health.* 2020;65(4):425–32.
46. Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually transmitted infection services for adolescents and youth in low- and middle-income countries: perceived and experienced barriers to accessing care. *J Adolesc Health.* 2016;59(1):7–16.

47. No exceptions, no exclusions: realizing sexual and reproductive health, rights and justice for all. 2021 report of the High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. High-Level Commission on the Nairobi Summit; 2021 (https://www.nairobisummiticpd.org/sites/default/files/NairobiHLC-ENGLISH_0.pdf).
48. UNAIDS welcomes Chile's public apology in landmark case of involuntary sterilization of women living with HIV. Press statement. In: UNAIDS.org [Internet]. 27 May 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220527_chile-involuntary-sterilization-women-living-with-HIV#:~:text=Government's%20public%20acknowledgem-,GENEVA%2C%2027%20May%202022%E2%80%94UNAIDS%20welcomes%20the%20Chilean%20Government's%20public,were%20sterilized%20without%20their%20consent).
49. McKinnon B, Vander Morris A. National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity-score matched study. *Bull World Health Organ.* 2019;97(1):42-50.
50. Young people and the law: laws and policies impacting young people's sexual and reproductive health and rights in the Asia-Pacific region. 2020 update. Bangkok: UNFPA; 2020 (https://asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/young_people_and_the_law_-_laws_and_policies_impacting_young_peoples_sexual_and_reproductive_health_and_rights_in_the_asia-pacific_region_2020_update_2.pdf).
51. Legal and policy trends impacting people living with HIV and key populations in Asia and the Pacific, 2014–2019. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
52. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venkumar KT, Lakshmi B, Roy A et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: a mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One.* 2019;14(6):e0218654.
53. Ippoliti NB, Nanda G, Wilcher R. Meeting the reproductive health needs of female key populations affected by HIV in low- and middle-income countries: a review of the evidence. *Stud Fam Plann.* 2017;48(2):121-51.
54. Zaneva M, Philpott A, Singh A, Larsson G, Gonsalves L. What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE.* 2022;17(2):e0261034.
55. Sladden T, Philpott A, Braeken D, Castellanos-Usigli A, Yadav V, Christie C et al. Sexual health and wellbeing through the life course: ensuring sexual health, rights and pleasure for all. *Inter J Sex Health.* 2021;33(4):565-71.
56. Ford JV, Corona Vargas E, Finotelli I Jr, Fortenberry JD, Kismödi E, Philpott A et al. Why pleasure matters: its global relevance for sexual health, sexual rights and wellbeing. *Inter J Sex Health.* 2019;31(3):217-30.
57. Family planning fact sheet. In: UNFPA.org [Internet]. Updated 16 August 2021. New York (NY): UNFPA; c2022 (<https://www.unfpa.org/family-planning#readmore-expand>).
58. Twizelimana D, Muula AS. Unmet contraceptive needs among female sex workers (FSWs) in semi urban Blantyre, Malawi. *Reprod Health.* 2021 Jan 19;18(1):11.
59. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women, and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: WHO; 2021.
60. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014;104:e42-e54.

61. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health*. 2020;110(9):e1-e14.
62. Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette KZ et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: a cross-sectional analysis. *PLoS Med*. 2017;14(11):e1002422.
63. Folch C, Casabona J, Majó X, Meroño M, González V, Colom J et al. Women who inject drugs and violence: need for an integrated response. *Adicciones*. 2021;33(4):299-306.
64. Meskele M, Khuzwayo N, Taylor M. Mapping the evidence of intimate partner violence among women living with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(5):e041326.
65. Yonga AM, Kiss L, Onarheim KH. A systematic review of the effects of intimate partner violence on HIV-positive pregnant women in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2022;22(1):220.
66. Kiss L, Quinlan-Davidson M, Pasquero L, Tejero PO, Hogg C, Theis J et al. Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries. *Confl Health*. 2020;14:11.
67. Flores AR, Langton L, Meyer IH, Romero AP. Victimization rates and traits of sexual and gender minorities in the United States: results from the National Crime Victimization Survey, 2017. *Sci Adv*. 2020;6(40):eaba6910.
68. Schwab-Reese LM, Currie D, Mishra AA, Peek-Asa C. A comparison of violence victimization and polyvictimization experiences among sexual minority and heterosexual adolescents and young adults. *J Interpers Violence*. 2021;36(11-12):NP5874-NP5891.
69. Hate crimes against LGBTQ on the rise in Switzerland. In: *swissinfo.ch* [Internet]. 17 May 2022. SWI [swissinfo.ch](https://www.swissinfo.ch/eng/hate-crimes-against-lgbtq-on-the-rise-in-switzerland/47599858); c2022 (<https://www.swissinfo.ch/eng/hate-crimes-against-lgbtq-on-the-rise-in-switzerland/47599858>).
70. UNITY Platform publishes annual report on violence against sexual and gender minorities in Cameroon. In: *UNAIDS.org* [Internet]. 5 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210505_cameroon).
71. Leddy AM, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):897.
72. Leis M, McDermott M, Koziarz A, Szadkowski L, Kariri A, Beattie TS et al. Intimate partner and client-perpetrated violence are associated with reduced HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) uptake, depression and generalized anxiety in a cross-sectional study of female sex workers from Nairobi, Kenya. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(Suppl 2):e25711.
73. Mendoza C, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Fleming PJ, Decker MR et al. Violence from a sexual partner is significantly associated with poor HIV care and treatment outcomes among female sex workers in the Dominican Republic. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;74(3):273-8.
74. Ogbonnaya IN, Reed E, Wanyenze RK, Wagman JA, Silverman JG, Kiene SM. Perceived barriers to HIV care and viral suppression comparing newly diagnosed women living with HIV in rural Uganda with and without a history of intimate partner violence. *J Interpers Violence*. 2021 Jun 26:8862605211028284.
75. Hatcher AM, Brittain K, Phillips TK, Zerbe A, Abrams EJ, Myer L. Longitudinal association between intimate partner violence and viral suppression during pregnancy and postpartum in South African women. *AIDS*. 2021;35(5):791-9.

76. Hampanda KM. Intimate partner violence and HIV-positive women's non-adherence to antiretroviral medication for the purpose of prevention of mother-to-child transmission in Lusaka, Zambia. *Social Sci Med.* 2016;153:123-30.
77. Kidman R, Violari A. Dating violence against HIV-infected youth in South Africa: associations with sexual risk behavior, medication adherence, and mental health. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;77(1):64-71.
78. Orza LB, Bell E, Crone ET, Damji N, Dilmitis S, Tremlett L et al. In women's eyes: key barriers to women's access to HIV treatment and a rights-based approach to their sustained well-being. *Health Hum Rights.* 2017;19(2):155-68.
79. Wetzel EC, Tembo T, Abrams EJ, Mazenga A, Chitani MJ, Ahmed S et al. The relationship between intimate partner violence and HIV outcomes among pregnant women living with HIV in Malawi. *Malawi Med J.* 2021;33(4):242-52.
80. Fiorentino M, Sow A, Sagaon-Teyssier L, Mora M, Mengue MT, Vidal L et al. Intimate partner violence by men living with HIV in Cameroon: prevalence, associated factors and implications for HIV transmission risk (ANRS-12288 EVOLCAM). *PLoS One.* 2021;16(2):e0246192.
81. Shrestha R, Copenhaver MM. Association between intimate partner violence against women and HIV-risk behaviors: findings from the Nepal Demographic Health Survey. *Violence Against Women.* 2016;22(13):1621-41.
82. Addressing violence against women in health and multisectoral policies: a global status report. Geneva: WHO; 2021.
83. Mago A, Dartnall E. Funding ethically: better funding for violence against women and violence against children—research in lower- and middle-income countries. Pretoria: Sexual Violence Research Initiative; 2022 (https://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2022-01-20/FullReport_Ethical_Funding.pdf).
84. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Are interventions focused on gender-norms effective in preventing domestic violence against women in low and lower-middle income countries? A systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2019;16(1):93.
85. John N, Casey SE, Carino G, McGovern T. Lessons never learned: crisis and gender-based violence. *Dev World Bioeth.* 2020;20(2):65-8.
86. Dworkin SL, Treves-Kagan S, Lippman SA. Gender-transformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS Behav.* 2013 Nov;17(9):2845-63.
87. Annual report to the Human Rights Council: investing in child protection and violence prevention should be seen as a vaccine to end the pandemic of violence against children. New York (NY): Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence Against Children; 2022 (https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/hrc_report_2022.pdf).
88. Sánchez-Prada A, Delgado-Alvarez C, Bosch-Fiol E, Ferreira-Basurto V, Ferrer-Perez VA. Psychosocial implications of supportive attitudes towards intimate partner violence against women throughout the lifecycle. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17):6055.
89. Anaba EA, Manu A, Ogum-Alangea D, Modey EJ, Addo-Lartey A, Torpey K. Young people's attitudes towards wife-beating: analysis of the Ghana Demographic and Health Survey 2014. *PLoS One.* 2021;16(2):e0245881.
90. Gottert A, Pulerwitz J, Haberland N, Mathebula R, Rebombo D, Spielman K et al. Gaining traction: promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. *PLoS One.* 2020;15(8):e0237084.
91. Lees S, Marchant M, Selestine V, Mshana G, Kapiga S, Harvey S. The transformative effects of a participatory social empowerment intervention in the MAISHA intimate partner violence trial in Tanzania. *Cult Health Sex.* 2021;23(10):1313-28.

92. Park E, Wolfe SJ, Nalugoda F, Stark L, Nakyanjo N, Ddaaki W et al. Examining masculinities to inform gender-transformative violence prevention programs: qualitative findings from Rakai, Uganda. *Glob Health Sci Pract.* 2022;10(1):e2100137.
93. Jones N, Pincock K, Baird S, Yadete W, Hamory Hicks J. Intersecting inequalities, gender and adolescent health in Ethiopia. *Int J Equity Health.* 2020;19(1):97.
94. Yount KM, Krause KH, Miedema SS. Preventing gender-based violence victimization in adolescent girls in lower-income countries: systematic review of reviews. *Soc Sci Med.* 2017;192:1-13.
95. Ferrari G, Torres-Rueda S, Chirwa E, Gibbs A, Orangi S, Barasa E et al. Prevention of violence against women and girls: a cost-effectiveness study across 6 low- and middle-income countries. *PLoS Med.* 2022;19(3):e1003827.
96. Gibbs A, Reddy T, Closson K, Cawood C, Khanyile D, Hatcher A. Intimate partner violence and the HIV care and treatment cascade among adolescent girls and young women in DREAMS, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2022;89(2):136-42.
97. Meinck F, Pantelic M, Spreckelsen TF, Orza L, Little MT, Nittas V et al. Interventions to reduce gender-based violence among young people living with or affected by HIV/AIDS in low-income and middle-income countries. *AIDS.* 2019;33(14):2219-36.
98. Manjoo R. Accountability and impunity: developments and challenges in realizing justice for women victims of violence. *International Review of Contemporary Law;* March 2020.
99. The International Commission on Financing Global Education Opportunity. *The learning generation: investing in education for a changing world.* New York (NY): The Education Commission; 2016 (http://report.educationcommission.org/wp-content/uploads/2016/08/Learning_Generation_Exec_Summary.pdf).
100. UNESCO strategy on education for health and well-being: contributing to the Sustainable Development Goals. Paris: UNESCO; 2016 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246453>).
101. Wodon Q, Montenegro C, Nguyen J, Onagoruwa A. *Missed opportunities: the high cost of not educating girls.* Washington (DC): World Bank; 2018 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/29956/HighCostOfNotEducatingGirls.pdf?sequence=6&isAllowed=y>).
102. Population-based surveys, 2012–2018.
103. David JK, Pant R, Allam RR, Priya VM. The relationship between educational attainment and HIV prevalence among pregnant women attending antenatal clinics in sex states of India: sentinel surveillance from 2010 to 2017. *Indian J Pub Health.* 2020;64(Suppl):S15-S21.
104. Mensch BS, Grant MJ, Soler-Hampejsek E, Kelly CA, Chalasani S, Hewett PC. Does schooling protect sexual health? The association between three measures of education and STIs among adolescents in Malawi. *Popul Stud (Camb).* 2020;74(2):241-61.
105. Lindskog A, Durevall D. To educate a woman and to educate a man: gender-specific sexual behavior and human immunodeficiency virus responses to an education reform in Botswana. *Health Econ.* 2021;30(3):642-58.
106. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol.* 2008;37:1266-73.
107. Pettifor A, MacPhail C, Selin A, Gómez-Olivé FX, Rosenberg M, Wagner RG et al. HPTN 068: a randomized control trial of a conditional cash transfer to reduce HIV infection in young women in South Africa—study design and baseline results. *AIDS Behav.* 2016;20:1863-82.

108. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470-e477.
109. Addressing the learning crisis: an urgent need to better finance education for the poorest children. New York (NY): UNICEF; 2020 (<https://www.unicef.org/media/63896/file/Addressing-the-learning-crisis-advocacy-brief-2020.pdf>).
110. A future stolen: young and out of school. New York (NY): UNICEF; September 2018 (<https://data.unicef.org/resources/a-future-stolen/>).
111. United Nations Children's Fund, UN Women and Plan International. A new era for girls: taking stock of 25 years of progress. New York (NY): UNICEF; 2019 (https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2020/03/A-New-era-for-girls-progress-report-English_2020.pdf).
112. New methodology shows that 258 million children, adolescents and youth are out of school. Montreal (QC): UNESCO Institute for Statistics; September 2019 (<http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/new-methodology-shows-258-million-children-adolescents-and-youth-are-out-school.pdf>).
113. UNESCO Institute for Statistics, most recent values from 2010 to 2018. Cited in: Adolescent girls in West and central Africa: data brief. New York (NY): UNICEF; 2019 (<https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2019/10/Adolescent-girls-WCAR-brochure-English-2019.pdf>).
114. The state of the global education crisis: a path to recovery. Washington (DC), Paris, New York (NY): The World Bank, UNESCO and UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/111621/file/%20The%20State%20of%20the%20Global%20Education%20Crisis.pdf%20.pdf>).
115. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impacts of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020 (<https://malala.org/newsroom/archive/malala-fund-releases-report-girls-education-covid-19>).
116. Kuper H, Heydt P, Davey C. A focus on disability is necessary to achieve HIV epidemic control. *Lancet HIV*. 2022;9(4):e293-e298.
117. De Beaudrap P, Pasquier E, Tchoumkeu A, Touko A, Essomba F, Brus A et al. HandiVIH: a population-based survey to understand the vulnerability of people with disabilities to HIV and other sexual and reproductive health problems in Cameroon—protocol and methodological considerations. *BMJ Open*. 2016;6:e008934.
118. Pengpid S, Peltzer K. HIV status, knowledge, attitudes and behaviour of persons with and without disability in South Africa: evidence from a national population-based survey. *Pan Afr Med J*. 2019;33:302.
119. Mekonnen AG, Bayleyegn AD, Aynalem YA, Adane TD, Muluneh MA, Zeru AB. Determinants of knowledge, attitudes and practices in relation to HIV/AIDS and other STIs among people with disabilities in North-Shewa zone, Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15(10):e0241312.
120. DeBeaudrap P, Beninguisse G, Mouté C, Temgoua CD. The multidimensional vulnerability of people with disability to HIV infection: results from the handiSSR study in Bujumbura, Burundi. *EClinicalMedicine*. 2020;25:100477.
121. Disability and HIV. Geneva: UNAIDS; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2905_disability-and-HIV_en.pdf).
122. Myezwa H, Hanass-Hancock J, Ajidahun AT, Carpenter B. Disability and health outcomes—from a cohort of people on long-term anti-retroviral therapy. *SAHARA J*. 2018;15:50-9.
123. Bright T, Kuper H. A systematic review of access to general healthcare services for people with disabilities in low- and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9):1879.

124. Ganle JK, Baatiema L, Quansah R, Danso-Appiah A. Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238585.
125. Tun W, Okal J, Schenk K, Esantsi S, Mutale F, Kyeremaa RK et al. Limited accessibility to HIV services for persons with disabilities living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(5 Suppl 4):20829.
126. Olakunde BO, Pharr JR. HIV-related risk behaviors and HIV testing among people with sensory disabilities in the United States. *Int J STD AIDS*. 2020;31:1398-406.
127. Hanass-Hancock J, Myezwa H, Carpenter B. Disability and living with HIV: baseline from a cohort of people on long-term ART in South Africa. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143936.
128. Carpenter BS, Hanass-Hancock J, Myezwa H. Looking at antiretroviral adherence through a disability lens: a cross-sectional analysis of the intersection of disability, adherence, and health status. *Disabil Rehabil*. 2020;42:806-13.
129. Turrini G, Chan SS, Klein PW, Cohen SM, Dempsey A, Hauck H et al. Assessing the health status and mortality of older people over 65 with HIV. *PLoS One*. 2020;15(11):e0241833.
130. Ward E, Hanass-Hancock J, Amon JJ. Left behind: persons with disabilities in HIV prevalence research and national strategic plans in east and Southern Africa. *Disabil Rehabil*. 2020;44:1-10.
131. Let our actions count: South Africa's national strategic plan for HIV, TB, and STIs 2017–2022. Pretoria: South African National AIDS Council (SANAC); 2017 (https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201705/nsp-hiv-tb-stia.pdf).
132. Hanass Hancock J, Chappel P, Johns R, Nene S. Breaking the silence through delivering comprehensive sexuality education to learners with disabilities in South Africa: educators experiences. *Sex Disabil*. 2018;36:105-21.
133. Hanass-Hancock J, Alli F. Closing the gap: training for healthcare workers and people with disabilities on the interrelationship of HIV and disability. *Disabil Rehabil*. 2015;37:2012-21.
134. Factsheet on Persons with Disabilities. In: United Nations Department of Economic and Social Affairs [Internet]. United Nations; c2022 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/factsheet-on-persons-with-disabilities.html>).
135. Common barriers to participation experienced by people with disabilities. Atlanta (GA): United States Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability-barriers.html>).

RIPOSTES COMMUNAUTAIRES

IV

L'activisme, la mobilisation et le travail sur le terrain des organisations communautaires ont défini la riposte au VIH et sauvé d'innombrables vies.

Les organisations communautaires dirigent les ripostes au VIH de nombreuses manières. Elles exigent que les programmes de lutte contre le VIH respectent les droits et la dignité des personnes, plaident pour des changements juridiques et politiques et demandent un accès abordable aux médicaments et aux services. Dans de nombreux endroits, elles fournissent toute une série de services liés au VIH directement aux membres de la communauté, et elles renforcent les programmes centrés sur les établissements en rendant les services plus accessibles, en intégrant les idées de la communauté dans la planification et la mise en œuvre, et en utilisant le suivi à la base pour renforcer la surveillance et la responsabilité (1).

L'ADAPTABILITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES S'EST AVÉRÉE PARTICULIÈREMENT CRUCIALE AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

Les organisations communautaires et les populations clés opèrent aux niveaux mondial, régional, national et local, et les ripostes au VIH fonctionnent de manière optimale lorsque chacun est en mesure de demander des comptes aux organes de décision à ces différents niveaux.

Des études montrent que les interventions menées par la communauté peuvent améliorer les connaissances et les attitudes des gens en matière de VIH, accroître l'accès aux services et améliorer les résultats en matière de prévention, de traitement et de soins. Elles y parviennent en proposant des services plus pratiques et plus pertinents, en instaurant un climat de confiance et de respect entre les prestataires et les patients, et en réduisant les pratiques discriminatoires (1, 2). Ces services peuvent être plus efficaces que les plateformes standard des établissements de santé pour atteindre les populations marginalisées et mal desservies, en particulier lorsqu'ils sont soutenus par le développement des capacités (1, 3). Les interventions communautaires ont contribué à réduire l'incidence du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) chez les professionnel(le)s du sexe (comme on l'a vu en Inde et en République-Unie de Tanzanie), à donner aux professionnel(le)s du sexe (dont beaucoup sont des autochtones ou des femmes de couleur) de Vancouver, au Canada, les moyens de profiter des services de santé, et à permettre aux adolescents de poursuivre leur traitement contre le VIH au Zimbabwe en répondant à leurs besoins psychosociaux (4-7).

L'adaptabilité des services communautaires s'est avérée particulièrement cruciale au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, lorsque les organisations communautaires ont mis en place des systèmes et des sites de collecte de médicaments et de nourriture, organisé des livraisons à domicile et transféré le travail de proximité vers des plateformes virtuelles (8-10).

Les États membres des Nations Unies (ONU) se sont engagés à augmenter la proportion de services liés au VIH fournis par des organisations communautaires à 30 % des services de dépistage et de traitement du VIH, à 80 % des services de prévention du VIH pour les populations à haut risque et à 60 % des programmes visant à créer des environnements socialement favorables, le tout d'ici 2025 (11). Pour atteindre ces objectifs et réaliser tout le potentiel des interventions communautaires en matière de VIH, les gouvernements et les autres parties prenantes doivent respecter le principe GIPA (Participation accrue des personnes infectées ou affectées par le VIH/sida) et faire des efforts concertés pour garantir la pleine participation des personnes vivant avec le VIH et des populations clés (notamment les femmes, les adolescentes et les jeunes) dès le début et à tous les stades de la riposte au VIH. Il reste encore beaucoup à faire pour comprendre la communauté en tant que concept organisationnel afin de garantir la pleine expression et la participation de ceux qui sont traditionnellement laissés pour compte, notamment toutes les populations clés et les personnes vivant avec le VIH, ainsi que les adolescents (filles et garçons), les femmes, les personnes handicapées, les migrants et les réfugiés affectés par le VIH (12, 13).

Les parties prenantes doivent transformer l'engagement politique en action et intégrer les interventions dirigées par la communauté dans les réponses existantes du secteur de la santé pour la planification, la mise en œuvre et le suivi à tous les niveaux. Les lois et politiques obstructives doivent être modifiées et les communautés doivent bénéficier d'un soutien accru. De nouvelles politiques, de nouvelles orientations et de nouveaux modèles sont nécessaires pour intensifier les ripostes communautaires, et un financement et un soutien au renforcement des capacités plus cohérents et plus facilement accessibles devraient être mis à disposition pour permettre aux populations clés, aux femmes et aux jeunes d'assumer des rôles de leadership dans la riposte au VIH.

DES SERVICES LIÉS AU VIH QUI ATTEIGNENT ET FONCTIONNENT POUR LES GENS

Les personnes vivant avec le VIH et les populations clés hésitent souvent à rechercher les services dont elles ont besoin en raison des attitudes discriminatoires qu'elles rencontrent dans les établissements de santé. Comme les processus de santé ne tiennent souvent pas compte de la vulnérabilité et de la marginalisation, de nombreuses communautés parmi les plus touchées par le VIH sont exclues de la conception, de la planification et du suivi des services de lutte contre le VIH, ce qui affecte directement leur capacité à accéder ou à utiliser efficacement ces services. En particulier, le manque d'expertise en matière de genre et de population clé entraîne une exclusion systématique des interventions, notamment des femmes vivant avec le VIH, des femmes membres des populations clés et des adolescentes.

Par rapport aux services de lutte contre le VIH fournis de manière descendante, il a été démontré que les services impliquant un fort engagement communautaire permettent une meilleure compréhension et un plus grand respect des membres marginalisés de la communauté sans compromettre la qualité. Au Nigeria, par exemple, des professionnel(le)s du sexe, des personnes qui s'injectent des drogues, des homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, qui ont bénéficié de services dans des structures dirigées par des pairs dans quatre États, ont déclaré que les services étaient plus abordables dans ces structures, que leurs préoccupations étaient prises au sérieux et que leur vie privée et leur confidentialité étaient respectées (14).

Des études montrent que la qualité des services communautaires destinés aux populations marginalisées, en particulier les populations clés et les jeunes, peut dépasser ce qui est offert dans les cliniques et les hôpitaux. Un examen récent de 48 études sur les interventions communautaires en matière de VIH, la plupart dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et beaucoup impliquant des jeunes, a révélé des résultats positifs dans les domaines de l'amélioration des connaissances liées au VIH, des comportements à risque, de l'éducation sanitaire, de l'adhésion à la prévention et au traitement du VIH, et de la suppression virale (1).¹

Des études montrent que la qualité des services communautaires destinés aux populations marginalisées peut dépasser celle des services offerts dans les cliniques et les hôpitaux.

L'impact de ces services communautaires étant de plus en plus évident, ils sont de plus en plus souvent intégrés aux programmes nationaux de lutte contre le VIH. Au Vietnam, les groupes d'entraide des populations clés se sont transformés en organisations communautaires et en entreprises sociales qui proposent des tests de dépistage du VIH (y compris des autotests), une prophylaxie pré-exposition (PrEP) et d'autres services de santé. Les résultats ont été suffisamment bons pour que le ministère de la Santé décide en 2020 de déployer des services de dépistage et de PrEP à l'échelle communautaire dans près de la moitié des 63 provinces du pays. Des services clés axés sur la population ont désormais été intégrés au plan national de lutte contre le VIH du pays (15).² Cependant, les services gérés par les communautés sont encore relativement rares dans le monde en raison de contextes juridiques et politiques restrictifs et de contraintes financières qui peuvent limiter le développement de leurs capacités techniques.

1 Plus de la moitié d'entre eux ont fait état d'une amélioration des comportements de prévention (y compris l'utilisation du préservatif), huit ont signalé une amélioration de l'observance du traitement et de la suppression virale, et dix ont fait état d'une amélioration de l'accès, de l'utilisation et de la qualité des services. Un engagement communautaire et une cohésion sociale accrus ont également été signalés. Neuf des études ont fait état de différences mixtes ou nulles dans les résultats entre les bras d'intervention et de comparaison des études.

2 Pour plus de détails, voir : Inégalités, impréparation, menaces : pourquoi une action audacieuse contre les inégalités est nécessaire pour mettre fin au sida, arrêter le COVID-19 et se préparer aux futures pandémies. Rapport de la journée mondiale de lutte contre le sida. Genève : ONUSIDA ; 2020. Geneva: UNAIDS; 2020.

Les contrats sociaux sont un moyen de soutenir financièrement l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité et de la pertinence des services. Les programmes nationaux et les autres partenaires doivent également renforcer les capacités techniques et opérationnelles des organisations communautaires et allouer des fonds à leurs activités, qui font partie intégrante de la mise en œuvre des plans nationaux. Pour exploiter le potentiel des services communautaires, il sera important de bien comprendre les conditions dans lesquelles ces approches fonctionnent le mieux et comment elles peuvent s'articuler de la manière la plus productive avec des systèmes et des réponses de santé plus larges.

« L'accès équitable aux services de lutte contre le VIH et l'hépatite C pour les personnes qui consomment des drogues signifie que nos communautés sont en mesure d'entrer, de poursuivre et de quitter les programmes de la même manière que la population générale : par choix, de notre propre initiative et de notre propre volonté. Nous sommes en mesure d'accéder à des services et à des traitements abordables et de qualité, indépendamment de notre statut de toxicomane. Nous n'avons pas à éviter de recourir aux services de santé en raison de la criminalisation, de la crainte de la stigmatisation et du jugement, et [nous] recevons une éducation et des informations précises en matière de santé. Nous sommes habilités à prendre des décisions éclairées sur notre propre corps, qui sont prises au sérieux par les prestataires de soins. »

– Judy Chang, International Network of People who use Drugs (INPUD), présentation à la pré-conférence de la Commission des stupéfiants de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), mars 2022.

APPORTER UNE NOUVELLE ÉNERGIE À LA RIPOSTE AU VIH

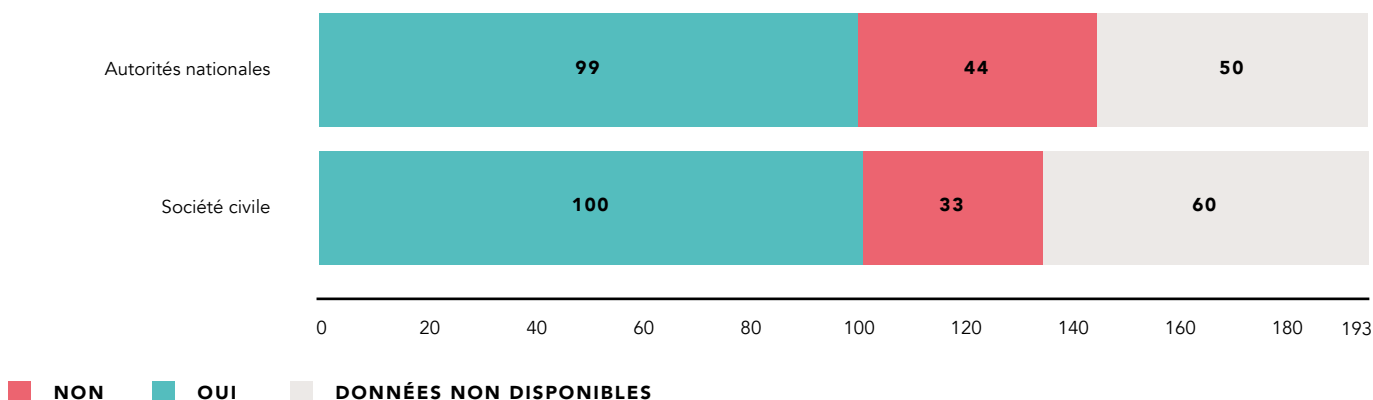
Les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) représentaient plus d'un quart (27 %) des nouvelles infections à VIH dans le monde en 2021 et plus de trois nouvelles infections sur 10 (31 %) en Afrique subsaharienne. Malgré cela, les services adaptés aux jeunes en matière de VIH, de santé sexuelle et reproductive et de réduction des risques, qui reflètent la diversité des jeunes et répondent aux besoins spécifiques des jeunes populations clés, ne sont toujours pas la norme. Trop souvent, les jeunes sont jugés, stigmatisés ou discriminés en raison de leur identité sexuelle, de leur activité sexuelle ou de leur séropositivité.

Les jeunes comprennent leurs propres défis et besoins, et ils ont un rôle vital à jouer en se mobilisant autour de revendications fondées sur les droits et en rendant les services liés au VIH pertinents et accessibles. Il existe de nombreux exemples de la perspicacité et de l'impact que les jeunes apportent aux programmes VIH. Ils vont du projet Teenergizer en Europe orientale et en Asie centrale au vaste travail de YouthLEAD avec les jeunes populations clés en Asie et dans le Pacifique, en passant par le travail de YouthRise avec les jeunes sur la réduction des risques et la réforme de la politique en matière de drogues et le soutien que Ground Up ! apporte aux jeunes vivant avec le VIH en Afrique orientale et australe (16-19). Les services de dépistage du VIH dirigés par des pairs sont très acceptés par les jeunes, comme on l'a vu, par exemple, chez les étudiants universitaires en République démocratique du Congo, en Afrique du Sud et au Zimbabwe, dans le cadre du projet « Yathu, Yathu » à Lusaka, en Zambie, et au Nigeria (20-24). Mais ce type de services est encore peu répandu, généralement à petite échelle et avec peu de financement. Le #UPROOT Scorecard, un outil de suivi dirigé par des jeunes, par exemple, montre encore une participation, un partenariat et un leadership inégaux des jeunes dans les ripostes au VIH (25).

Le tableau de bord #UPROOT, un outil de suivi dirigé par les jeunes, montre encore une participation, un partenariat et un leadership inégaux des jeunes dans les ripostes au VIH.

Un nombre important de pays n'offrent toujours pas aux jeunes la possibilité de participer à l'élaboration des politiques nationales de santé (figure 4.1).

FIGURE 4.1 Pourcentage de pays déclarant que les jeunes âgés de 15 à 24 ans participent à l'élaboration des politiques, directives et stratégies nationales relatives à leur santé, au niveau mondial, 2017-2022



Source : Engagements nationaux et instrument politique, 2017–2022 (see <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Les gouvernements et les donateurs devraient tirer parti des connaissances et de la créativité que les jeunes apportent aux ripostes au VIH, et ils devraient respecter les engagements qu'ils ont pris dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et la Déclaration politique sur le sida de 2021. Ils peuvent le faire en impliquant de manière significative les jeunes dans les décisions et la définition des priorités qui façonnent les programmes relatifs au VIH, à la santé sexuelle et reproductive et à la réduction des risques, et en soutenant les organisations dirigées par des jeunes par un financement cohérent et un développement continu des capacités. Cela permettra aux jeunes de contribuer pleinement à la réussite des programmes de lutte contre le VIH pour eux-mêmes et pour leurs pairs.

Page suivante

Engagement des jeunes à Inanda, Durban, Afrique du Sud, février 2022. La National Association of Child Care Workers a été engagée dans le cadre d'un projet communautaire visant à soutenir les enfants et les jeunes d'Inanda, le plus grand township d'eThekweni (Durban). L'objectif principal était d'atteindre les enfants et les jeunes avec des services liés au VIH, en veillant à ce que les personnes vivant avec le VIH restent dans les soins, et de lutter contre la stigmatisation dans la communauté.



LES JEUNES SE LÈVENT POUR EN FINIR AVEC LE VIH UNE FOIS POUR TOUTE

Si nous espérons mettre fin au sida d'ici 2030, les jeunes devront montrer la voie. L'ONUSIDA a joué un rôle clé dans la coordination de #GenEndIt, une coalition d'organisations au service des jeunes financée en 2016 pour soutenir le leadership des jeunes du monde entier dans la riposte au VIH.¹

La Stratégie mondiale de lutte contre le sida donne la priorité aux partenariats comme stratégie centrale pour mettre la riposte au VIH sur la voie de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique, et l'initiative #GenEndIt illustre l'importance cruciale du partenariat pour tenir les promesses de la Stratégie pour les jeunes.

#GenEndIt est un exemple particulièrement fort de mécanisme visant à garantir des investissements durables dans des programmes répondant aux besoins des jeunes. Avec le soutien de la Oak Foundation et de Restless Development, #GenEndIt a recruté et formé 15 jeunes leaders, appelés « ambassadeurs », dans le monde entier, pour qu'ils deviennent des défenseurs et des militants des ripostes au VIH qui s'appuient sur l'engagement, le leadership et la solidarité des jeunes. Il utilise également des communications axées sur les jeunes et la mobilisation communautaire pour accroître les connaissances et la sensibilisation des jeunes en matière de VIH. La coalition plaide pour un changement des pratiques culturelles et religieuses qui réduisent l'accès des jeunes à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR) et à une éducation complète à la sexualité. La coalition s'efforce également de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, notamment à l'encontre des jeunes vivant avec le VIH et des jeunes populations clés.

Les campagnes de plaidoyer #GenEndIt sont conçues et mises en œuvre par et pour les jeunes. La coalition a déjà touché 4457 jeunes aux Fidji grâce à des programmes radio axés sur les jeunes, a généré plus de 15 000 engagements sur les réseaux sociaux liés au VIH au Nigeria et a touché 118 jeunes par le biais de dialogues communautaires au Cameroun.

En plaçant les jeunes au centre de la prise de décision et du leadership et en renforçant leur capacité à diriger les efforts pour mettre fin au sida, #GenEndIt offre une voie pour une riposte durable au VIH. Grâce à des investissements ciblés, #GenEndIt a étendu son action auprès des jeunes, en particulier auprès des jeunes des populations clés, en combinant des actions de sensibilisation menées par des pairs avec les réseaux sociaux et d'autres plateformes de communication.

¹ #GenEndIt est une initiative collaborative composée de Grassroot Soccer, de l'Elizabeth Taylor AIDS Foundation, de l'Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, de la Elton John AIDS Foundation, de The PACT, du Charlize Theron Africa Outreach Project, de Sentebale, d'Avert, de MTV Staying Alive et de l'ONUSIDA.



« L'INCLUSION DU POUVOIR DES JEUNES DANS UN ENGAGEMENT ET UN LEADERSHIP SIGNIFICATIFS DANS LES PROCESSUS ET LA PRISE DE DÉCISION LIÉS AU VIH A ÉTÉ ENTRAVÉE PAR UNE SIMPLE SYMBOLIQUE. IL FAUDRAIT CRÉER DAVANTAGE D'ESPACES LOCAUX ET MONDIAUX DE COLLABORATION ET D'ENGAGEMENT POUR LES JEUNES AFIN DE CRÉER PLUS D'OPPORTUNITÉS ET DE PLATEFORMES POUR SOUTENIR LEURS PLAIDOYERS ET LEURS INITIATIVES. »

« J'AI SOUVENT DIT CECI AUX JEUNES : « L'IGNORANCE EST LE PLUS GRAND FREIN AU PROGRÈS. NE SOYONS DONC PAS FIERS DE NE PAS SAVOIR CE QUI SE PASSE AUTOUR DE NOUS ! ». IL Y A ENCORE UN GRAND MANQUE DE CONNAISSANCES, ET IL EST VITAL D'UTILISER L'APPROCHE DE PAIR À PAIR POUR FORMER LES JEUNES SUR LE VIH. JE CROIS QUE NOUS AVONS BESOIN D'UNE APPROCHE ASCENDANTE, OÙ LES JEUNES REÇOIVENT UNE ÉDUCATION COMPLÈTE À LA SEXUALITÉ DÈS LES PREMIÈRES ÉTAPES DE LEUR VIE. DE CETTE MANIÈRE, ILS PEUVENT PROPOSER DES IDÉES ET CONTRIBUER DE MANIÈRE SIGNIFICATIVE À LA RIPOSTE AU VIH. »

Les ambassadeurs sélectionnés rassemblent des jeunes militants des mouvements de lutte contre le VIH, la santé sexuelle et reproductive, le changement climatique et le féminisme. Voici quelques-unes de leurs histoires.

Bipana Dhakal apporte à #GenEndIt cinq années de travail sur des initiatives de développement, d'action sociale et de développement du leadership. Elle est la fondatrice de The Learning Fortress, une initiative visant à créer un environnement d'enseignement et d'apprentissage non formel dans les communautés rurales du Népal. En plus de son travail en tant que jeune ambassadrice #GenEndIt, elle est une WEDU Rising Star 2021 et une ambassadrice YouthxPolicyMakers 2021.



Tanyaradzwa Makotore est une jeune Zimbabwéenne de 22 ans qui utilise les réseaux sociaux comme outil pour mettre fin au sida d'ici 2030. En 2020, elle a lancé I Just Want To Be Heard, qui encourage les adolescentes et les jeunes femmes à utiliser leur voix pour mettre fin aux injustices sociales auxquelles elles sont confrontées. Tanyaradzwa est également ambassadrice de l'initiative DREAMS, menée par le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), et elle a été sélectionnée en 2021 pour faire partie des 20 militants mondiaux qui assisteront à la réunion de haut niveau sur le sida afin de plaider en faveur d'une éducation complète pour toutes les populations touchées par le VIH. SRHR Africa Trust l'a désignée comme l'une des principales activistes nationales en matière de santé sexuelle et reproductive en 2021.



Faith Onu a fait son premier volontariat à l'âge de 14 ans, lorsqu'elle a commencé à travailler comme conseillère-dépisteuse au Nigeria avec le Youth Network on HIV and AIDS. Elle a commencé à faire du bénévolat à l'âge de 16 ans auprès de l'Institut de virologie humaine pour soutenir et encadrer les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH. Faith est bien connue au Nigeria comme porte-parole efficace des jeunes. Elle a fondé le Young People's Network for Sustainable Lifestyle and Health (YOUPEN4SLAH), qui milite pour que l'on prête attention à la santé des jeunes dans toute leur diversité. L'objectif de Faith est de faire en sorte que, dans chaque société, chaque jeune soit en bonne santé et économiquement autonome.

« LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION ONT ÉTÉ L'UN DES PLUS GRANDS OBSTACLES À LA LUTTE CONTRE LE VIH, ET L'UNE DES FAÇONS DE SURMONTER CET OBSTACLE EST DE FAIRE PRESSION POUR L'ADOPTION D'UNE LOI CONTRE LA STIGMATISATION QUI PROTÈGE LES DROITS DES JEUNES, EN PARTICULIER CEUX QUI VIVENT AVEC LE VIH DANS TOUS LES PAYS. IL EST NÉCESSAIRE QUE LES PERSONNES AU POUVOIR PUISSENT CÉDER LE POUVOIR AUX JEUNES. IL EST NÉCESSAIRE QUE LES PARTENAIRES FASSENT TOTALEMENT CONFIANCE AUX JEUNES SI NOUS VOULONS METTRE FIN AU SIDA. CEUX QUI SONT AU POUVOIR OU QUI OCCUPENT DES POSTES DE DIRECTION DEVRAIENT CESSER D'ÊTRE ÉGOCENTRIQUES ET ASSUMER LEURS RESPONSABILITÉS EN POUSSANT LES AUTRES JEUNES DANS L'ESPACE MONDIAL, ET PAS SEULEMENT AU NIVEAU NATIONAL. CELA CONTRIBUERA GRANDEMENT À RÉDUIRE LES ÉCARTS. »

« AU NIGERIA ET DANS D'AUTRES PAYS AFRICAINS, LES LOIS PUNITIVES RESTENT L'UNE DES PRINCIPALES LIMITES EMPÊCHANT L'ENGAGEMENT SIGNIFICATIF DES JEUNES DANS LE PROCESSUS LIÉ AU VIH. LES DÉCIDEURS POLITIQUES DOIVENT VEILLER À CE QUE LES LOIS DE LEUR ÉTAT RESPECTENT LES PRINCIPES DE DIVERSITÉ, D'ÉGALITÉ ET D'INCLUSION. LA LOI DE CHAQUE NATION DOIT RECONNAÎTRE L'ÉGALITÉ DE TOUTES LES PERSONNES ; LES DROITS DE L'HOMME ET LA DIGNITÉ DE CHACUN DOIVENT ÊTRE PROTÉGÉS INDÉPENDAMMENT DE LEUR ORIENTATION SEXUELLE, DE LEUR IDENTITÉ/EXPRESSION DE GENRE ET DE LEURS CARACTÉRISTIQUES SEXUELLES; »



Emmanuel Onwe est un scientifique biomédical nigérian et un spécialiste qualifié en matière de santé sexuelle et reproductive. Croyant fermement à la diversité, à l'égalité et à l'inclusion, Emmanuel se consacre à la promotion des droits de l'homme et de la dignité des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes (LGBTI) nigériens par le biais d'un plaidoyer stratégique, de lobbying et d'un engagement actif des décideurs politiques. Dans le cadre de son travail de jeune ambassadeur #GenEndIt, Emmanuel : (a) mène des actions de plaidoyer en faveur de la décriminalisation du VIH et des personnes vivant avec le VIH ; (b) s'attaque aux problèmes de stigmatisation, de discrimination et de soutien juridique ; et (c) défend le plaidoyer sur le traitement du VIH en tant que prévention, le test et le traitement, la PrEP et l'égalité d'accès au traitement du VIH.



APPORTER LE DÉPISTAGE DU VIH À CEUX QUI EN ONT BESOIN

Le diagnostic tardif des infections à VIH est une pierre d'achoppement majeure dans la riposte mondiale au VIH. Les taux de VIH non diagnostiqué sont particulièrement élevés parmi les populations clés, les adolescents et les hommes. Le diagnostic tardif de l'infection compromet la santé, et parfois coûte la vie, des personnes qui ne cherchent à se faire soigner qu'après être tombées gravement malades. Il donne également au VIH tout le temps nécessaire pour se propager à d'autres personnes.

De nombreuses raisons expliquent le recours inégal au dépistage du VIH.

There are many reasons for the uneven uptake of HIV testing. The presence of punitive laws, fear of being stigmatized, and concerns about privacy and confidentiality discourage people, especially members of key populations, from testing. HIV testing is also offered mostly in health-care facilities, which can be costly to attend, inconvenient and intimidating (25–29). Best practices show that HIV testing approaches that strongly engage community organizations, especially if they are also community-led, can sidestep many of those hindrances.

- Une méta-analyse de sept essais cliniques contrôlés de services de dépistage dirigés par des pairs chez des homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a révélé que les taux de dépistage étaient nettement plus élevés dans les groupes d'intervention où les participants avaient accès à des services dirigés par des pairs (30).
- Les services dirigés par des pairs testés dans le cadre d'un essai au Zimbabwe ont effectué plus de deux fois plus de tests de dépistage du VIH (2606 contre 1151) chez les professionnelles du sexe et ont presque doublé le nombre de diagnostics du VIH (1052 contre 546) (31).
- Dans les zones rurales du Malawi, des campagnes d'autodépistage de sept jours parmi les adolescents et les hommes, conçues et menées par des groupes de santé communautaires, ont montré une augmentation marquée du recours au dépistage du VIH. Le pourcentage de personnes diagnostiquées qui ont commencé un traitement antirétroviral dans les trois mois suivant le diagnostic était deux fois plus élevé dans la branche communautaire de cet essai randomisé (32).
- Le dépistage de proximité et d'autres activités menées par la Technological Clinic, un établissement de services VIH dirigé par la communauté à Bangkok, ont permis de diagnostiquer des femmes transgenres et des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ne savent pas qu'ils vivent avec le VIH. La commodité, la flexibilité des heures de service, le soutien du suivi par les pairs et la confiance du personnel ont été les facteurs clés (33).
- Dans trois États du Nigéria (Akwa Ibom, Cross River et Lagos), le test de dépistage des partenaires effectué par la communauté s'est révélé très efficace pour diagnostiquer l'infection à VIH chez les partenaires sexuels des personnes qui s'injectent des drogues et chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (34).

Ces exemples ne sont toutefois pas encore la norme : les organisations communautaires se heurtent à des obstacles considérables, notamment des conditions juridiques et opérationnelles hostiles. Les avantages supplémentaires qu'ils peuvent apporter au dépistage du VIH exigent de supprimer ces obstacles et de nouer des partenariats tactiques avec les prestataires de soins de santé publics et autres, notamment pour faire en sorte que les personnes diagnostiquées séropositives soient efficacement mises en relation avec un traitement et des soins. Une représentation adéquate et diversifiée au sein de la communauté, en plus d'une gouvernance et d'une coordination sanitaires inclusives, est essentielle pour que cela fonctionne, tout comme le renforcement des compétences techniques et administratives des prestataires de services dirigés par la communauté.



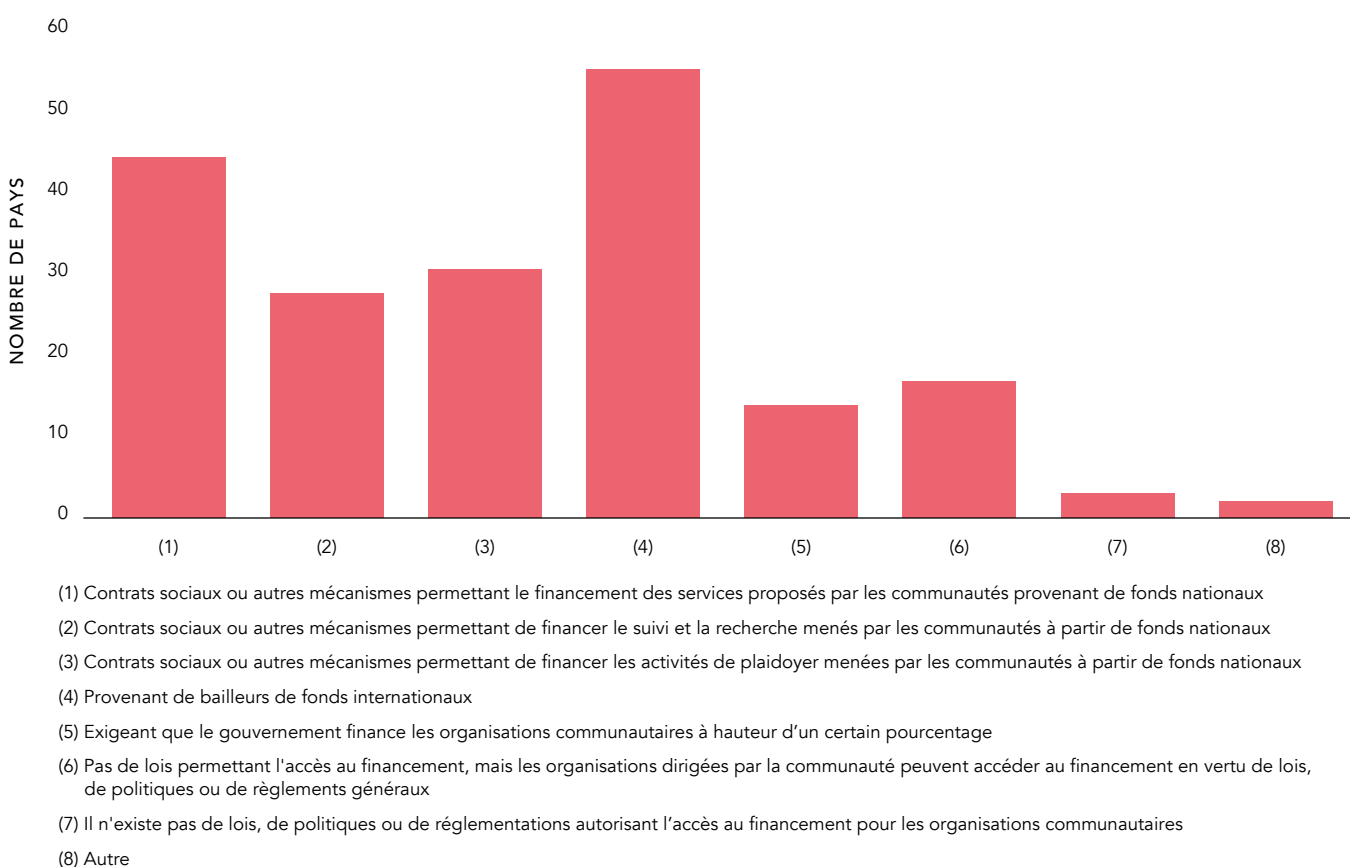
Agent de santé communautaire à la clinique J.C Ménard à Port au Prince, le 30 novembre 2021. La Fondation SEROVie est une organisation communautaire haïtienne qui fournit des services de santé aux Haïtiens depuis plus de 20 ans en offrant gratuitement des services spécialisés en matière de santé sexuelle et reproductive, un soutien psychosocial et des services d'aide aux familles.

METTRE EN ŒUVRE LES CONTRATS SOCIAUX

Un financement fiable est un défi majeur pour les organisations communautaires, en particulier celles qui servent les populations clés : l'engagement et la bonne volonté ne paient pas leurs factures. La passation de contrats sociaux est un moyen de financer ces organisations et de leur permettre d'exploiter leurs avantages uniques pour travailler avec des populations mal desservies ou oubliées par les services VIH standard. Le contrat social consiste pour les gouvernements à passer des contrats avec des organisations non gouvernementales et à les payer pour qu'elles remplissent certains rôles, tels que la fourniture de services, la recherche et le suivi.

Les avantages potentiels sont nombreux. Les contrats sociaux peuvent étendre la portée et la pertinence des programmes, favoriser des partenariats pragmatiques entre les organisations communautaires et les systèmes de santé publique, et apporter un financement indispensable aux organisations et, par extension, aux personnes qui fournissent les services à ceux qui en ont le plus besoin. Les gouvernements établissent de plus en plus de mécanismes pour faciliter une certaine forme de contrat social, tout comme les donateurs internationaux (figure 4.2). Sur les 80 pays ayant communiqué ces données en 2022, 45 ont autorisé le financement national de la prestation de services par des organisations dirigées par la communauté, 28 l'ont fait pour le suivi et la recherche, et 31 pour le plaidoyer mené par les communautés.

FIGURE 4.2 Pays déclarant disposer de lois, de politiques ou de réglementations permettant l'accès au financement des organisations communautaires, au niveau mondial, 2022



Source : Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017–2021 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Remarque : Les données incluses dans cette figure proviennent de 68 pays. Les données ne sont pas disponibles pour 125 pays.

Le contrat social peut être très efficace. Une évaluation réalisée au Vietnam a montré que les services de prévention du VIH fournis dans quatre provinces par des organisations communautaires sous contrat avaient un impact nettement supérieur à celui des services en établissement, tout en étant moins coûteux (35). On estime qu'ils ont permis d'éviter presque deux fois plus d'infections à VIH (238 contre 124) et presque deux fois plus d'années de vie corrigées de l'incapacité (1 088 contre 577). De même, le programme national de lutte contre le sida du Guyana a passé des contrats avec des organisations dirigées par des professionnels du sexe pour qu'elles fournissent des services de prévention et de dépistage du VIH à leurs pairs. Dans le cadre d'un projet pilote, plus de 1000 professionnel(le)s du sexe de la région de Demerara-Mahaica ont reçu des préservatifs et des lubrifiants, des informations sur le VIH et un dépistage de la santé mentale et de la violence pendant six mois, et le taux d'acceptation du dépistage du VIH était proche de 100 % (36).

Mais il faut travailler pour que ces dispositions fonctionnent. Comme pour tout prestataire de services liés au VIH, le financement des contrats sociaux doit être fiable et de solides mécanismes de responsabilité doivent être mis en place, comme l'ont souligné des recherches menées en Europe orientale et en Thaïlande (37, 38). Des cadres réglementaires appropriés et des procédures de passation de marchés transparentes sont essentiels, tout comme des mécanismes et des procédures claires pour que le financement public parvienne aux organisations dirigées par la communauté qui fournissent des services, assurent le suivi et mènent des actions de sensibilisation. Le contrat social fonctionne mieux lorsque le bailleur de fonds travaille en partenariat avec les membres de la communauté qui sont les plus touchés par les interventions, en veillant à ce que la communauté concernée dirige la définition des cibles et des objectifs et qu'elle dispose d'un soutien adéquat pour les réaliser. Par le biais de son mécanisme d'appui technique, l'ONUSIDA aide les pays à conclure des accords de contrats sociaux, à évaluer les coûts associés et à résoudre les questions juridiques (telles que l'enregistrement et la conformité réglementaire). Ce travail est en cours dans 85 pays, comme l'évaluation des coûts et l'intégration de la prestation communautaire dans le paquet de couverture sanitaire universelle de la Thaïlande.

Le financement des contrats sociaux doit être fiable et des mécanismes de responsabilité solides doivent être mis en place.

SURVEILLER ET RESPONSABILISER LES DÉTENTEURS D'OBLIGATIONS

Il est essentiel d'identifier et de supprimer rapidement les obstacles au VIH et aux autres services de soins et de soutien. Cependant, il n'existe souvent pas de canaux fiables pour signaler les problèmes, exprimer les griefs, documenter et agir sur les violations des droits de l'homme, et élaborer des solutions. Le suivi effectué ou dirigé par des organisations de personnes vivant avec le VIH, des réseaux de populations clés ou d'autres groupes affectés peut combler cette lacune et responsabiliser les porteurs de devoirs (39).

Le suivi mené par la communauté implique plusieurs phases de travail, à commencer par la collecte d'informations dans les établissements ou les communautés, l'analyse des données, le plaidoyer en faveur de changements pratiques ou politiques, puis le suivi de la mise en œuvre des changements. Les modèles les plus performants sont fondés sur la collaboration et s'associent étroitement aux prestataires de services et aux décideurs pour conseiller des améliorations et suivre les résultats (40). Lorsqu'ils sont intégrés à des activités de plaidoyer efficaces, ces projets se sont révélés capables d'accroître l'accès aux services et leur utilisation, de réduire les temps d'attente, d'inciter à la modernisation des installations et d'améliorer les relations entre les communautés et les prestataires de soins de santé (41). Cela, à son tour, établit une base pour des services plus efficaces pour le VIH et d'autres besoins de soins de santé.

Un suivi communautaire réussi peut apporter une contribution précieuse à la réalisation d'un accès équitable au VIH et aux services de santé. En Afrique occidentale et centrale, par exemple, les observatoires communautaires du traitement ont permis d'augmenter les taux de dépistage du VIH parmi les populations clés, de réduire les ruptures de stock de médicaments, d'améliorer la rétention dans les soins et de développer les capacités de test de la charge virale (42-45). Au Ghana, au Mali et en Sierra Leone, ils ont plaidé avec succès en faveur d'une réorientation des politiques vers des services différenciés pour les populations clés, et ils ont utilisé des données de suivi pour s'assurer que les politiques étaient mises en œuvre. Ils ont également joué un rôle déterminant dans l'abandon des frais d'utilisation des services et des soins liés au VIH dans les établissements de santé publique au Cameroun (voir le reportage sur le Cameroun au chapitre 5). De même, le projet de surveillance Ritshidze en Afrique du Sud a utilisé ses résultats pour plaider avec succès en faveur de changements dans de nombreuses cliniques peu performantes (43, 46).³

Lorsque des fiches d'évaluation communautaires ont été utilisées au Malawi, la participation des hommes et des jeunes aux services de santé sexuelle et reproductive a augmenté, et la qualité des services pour les femmes enceintes et les jeunes mères s'est améliorée (47).⁴ Au Kenya, au Pérou et au Zimbabwe, l'introduction de comités d'établissements de santé dans les cliniques a entraîné une augmentation de 20 % de l'utilisation des services de soins prénatals, les résidents à faible revenu étant les plus avantagés après la réduction des frais d'utilisation (48).⁵

20 %

D'AUGMENTATION DE
L'UTILISATION DES SERVICES
DE SOINS PRÉNATALS AU
KENYA, AU PÉROU ET
AU ZIMBABWE GRÂCE À
L'INTRODUCTION DE COMITÉS
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
DANS LES CLINIQUES

3 Pour plus de détails, voir : Inégalités, impréparation, menaces : pourquoi une action audacieuse contre les inégalités est nécessaire pour mettre fin au sida, arrêter le COVID-19 et se préparer aux futures pandémies. Genève : ONUSIDA ; 2021.

4 Les cartes de score communautaires sont utilisées pour suivre les performances des systèmes de santé à l'aide d'indicateurs élaborés et approuvés conjointement par les membres de la communauté et les prestataires de soins de santé. Les résultats peuvent ensuite être utilisés comme base pour les plans d'action.

5 Les comités des établissements de santé documentent les griefs des patients et travaillent ensuite avec les prestataires de soins de santé pour les résoudre.



Anastasiia Yeva Domani est directrice de Cohort, experte du groupe de travail des personnes transgenres sur le VIH et la santé en Europe de l'Est et en Asie centrale et représentante de la communauté transgenre au sein du Conseil national ukrainien sur le VIH/sida et la tuberculose. Kyiv, Ukraine, 30 mars 2022.

LA VOIX PUISSANTE DU SUIVI COMMUNAUTAIRE EN OUGANDA

L'expérience récente en Ouganda souligne l'impact puissant du suivi communautaire. Au cours des deux dernières années, la Coalition pour la promotion de la santé et le développement social (HEPS-Ouganda), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH en Afrique de l'Est (ICWEA) et Sexual Minorities Uganda (SMUG) ont mené des activités de suivi communautaire afin d'apporter une perspective communautaire indépendante, avec le soutien technique de l'amfAR et de Health GAP pour renforcer la collecte de données et améliorer la gestion, l'analyse et la capacité de plaidoyer.

Les parties prenantes de la riposte nationale attestent de l'impact concret du suivi communautaire. « La collaboration entre les organisations est vraiment étonnante ; elle est très efficace en matière de plaidoyer », a déclaré un observateur qui a participé à une évaluation du programme de suivi menée par l'université de Georgetown. « Quand ils parlent, ils parlent vraiment, et ils sont vraiment reconnus. »

Le suivi communautaire des organisations, qui vise à garantir la responsabilité du PEPFAR et du ministère de la Santé, surveille les services dans plus de 300 établissements de santé du pays, générant des données trimestrielles sur les faiblesses et les forces du programme. Les conclusions du suivi communautaire sont ensuite synthétisées dans un rapport annuel, *The people's voice Uganda*, qui est largement diffusé et partagé avec le PEPFAR (49).

Le suivi communautaire a mis en évidence un certain nombre de lacunes dans la riposte nationale de l'Ouganda au VIH et dans les programmes de prévention, par exemple, le fait que si le pays n'a pas réussi à atteindre l'objectif national d'extension de la PrEP, cela était dû en grande partie au fait qu'il n'avait pas su tirer parti de la capacité des communautés à promouvoir la PrEP. L'utilisation de conditionnements peu conviviaux pour les populations clés et les adolescentes et jeunes femmes a également ralenti l'adoption de la PrEP. De même, le suivi a révélé que si des progrès ont été réalisés dans l'intensification des programmes de prévention du VIH pour les populations clés, le soutien inadéquat à la fourniture de services dirigés par les populations clés a entraîné des lacunes persistantes dans les services. La coalition communautaire a également constaté que de nombreuses cliniques de soins de santé restent encombrées, même après le déploiement de la distribution multimensuelle des médicaments antirétroviraux.

Page suivante

Entretien de suivi communautaire dans une clinique de santé. Ouganda, 2021.



Parmi les autres lacunes identifiées par le suivi communautaire, citons les faibles niveaux de connaissance des traitements, qui soulignent la nécessité de programmes de connaissance des traitements conçus par des personnes vivant avec le VIH. La prise en charge de la co-infection VIH-tuberculose reste également inadéquate : seules 61 % des personnes vivant avec le VIH déclarent avoir subi un dépistage des symptômes de la tuberculose, et la plupart des cliniques accueillant des personnes vivant avec le VIH manquent de matériel d'information sur la prévention de la tuberculose. Les agents de santé communautaires sont sous-payés et subissent fréquemment des interruptions de rémunération pendant des mois, tandis que les ruptures de stock d'antirétroviraux sont courantes : une clinique a manqué de traitements contre les IST pendant au moins six mois. Enfin, de nombreuses personnes en Ouganda qui viennent d'être diagnostiquées séropositives ignorent que leur participation au test d'indexation est totalement volontaire.

Ces résultats et d'autres ont été utilisés pour élaborer une série de recommandations à l'intention du PEPFAR afin d'améliorer la portée et les résultats des programmes. Le PEPFAR a considérablement élargi ses contacts avec la société civile (notamment la coalition de suivi communautaire et la société civile en général) lors de l'élaboration du plan opérationnel national annuel du PEPFAR et d'autres processus du PEPFAR. Cela comprend des réunions de mise à jour bihebdomadaires et un sommet scientifique annuel.

Les conclusions et recommandations du suivi communautaire ont un impact démontrable sur la riposte nationale au VIH. Comme l'a fait remarquer une partie prenante, « il y a eu des changements radicaux dans nos politiques et l'adoption de bonnes pratiques suite à leurs évaluations ». Selon une autre personne ayant participé à l'évaluation du projet, le processus a changé « la façon dont le suivi communautaire est considéré comme un outil... ou un modèle pour accroître le dialogue entre le PEPFAR et les communautés sur la prestation de services ».



Lancement de *The people's voice Uganda*, un rapport annuel qui synthétise les résultats du suivi communautaire en Ouganda, 2021. Crédit : Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH en Afrique de l'Est (ICWEA).



Un groupe de discussion communautaire avec des mères à Kyenjojo, en Ouganda, 2021. Crédit : Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH en Afrique de l'Est (ICWEA).

L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE DANS LA RECHERCHE SUR LE VIH

Les organisations communautaires peuvent jouer un rôle essentiel dans la recherche sur le VIH centrée sur la personne. Dans le Queensland, en Australie, la recherche sur la stigmatisation menée par les organisations de professionnel(le)s du sexe est utilisée pour faire campagne en faveur de la suppression des lois nuisibles et discriminatoires sur le travail du sexe et pour parvenir à la décriminalisation du commerce du sexe (50). La recherche menée par les consommateurs de drogues, qui documente les rôles, les mécanismes, les impacts et les résultats de l'implication des pairs dans les services de réduction des risques, a permis de pousser le plaidoyer sur la valeur de l'implication significative des personnes qui consomment des drogues dans les réponses de prévention et de traitement du VIH (51). L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est une initiative communautaire de longue date qui recueille et analyse des données sur la stigmatisation et la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH dans leurs communautés, sur leurs lieux de travail et lorsqu'elles accèdent aux services de santé et autres services publics. Les résultats sont ensuite utilisés pour le plaidoyer visant à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH (voir le chapitre sur les droits).

En général, les organisations communautaires ne disposent pas des ressources nécessaires pour mener des recherches à grande échelle (52). Un examen récent de la littérature publiée a également révélé des taux sporadiques et très faibles de signalement de l'engagement communautaire dans les études d'intervention à fort impact sur le VIH, et aucune des études examinées n'a fait état de l'engagement communautaire à toutes les étapes du processus de recherche. Il est nécessaire de modifier la manière dont les projets de recherche sont conçus, mis en œuvre et communiqués. L'une des recommandations est d'introduire des exigences normalisées en matière de rapports et des mécanismes de responsabilité dans le secteur de la recherche afin de saisir l'engagement communautaire de manière plus précise (53).

Il est nécessaire de modifier la manière dont les projets de recherche sont conçus, mis en œuvre et communiqués.

FAIRE PRESSION POUR L'ÉQUITÉ ET L'ÉGALITÉ

Le plaidoyer et l'activisme dirigés par la communauté ont façonné la riposte au VIH depuis les premiers jours de la pandémie. Les communautés organisées ont défié et souvent vaincu une stigmatisation profonde, l'indifférence politique et l'inertie institutionnelle. Elles ont permis de mobiliser un soutien financier sans précédent pour les programmes de lutte contre le VIH, de faire baisser les prix des médicaments et autres produits liés au VIH, de placer les droits de l'homme au centre de la lutte mondiale contre le VIH et de demander des comptes aux décideurs (54-58).

Les actions de sensibilisation menées par les communautés sont plus importantes que jamais pour susciter des changements progressifs dans les politiques et les lois au niveau national, pour faire respecter les droits de l'homme des communautés ostracisées et négligées, pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité, le caractère abordable et la qualité des services, et pour éliminer la stigmatisation et la discrimination. Ceci est particulièrement important pour les populations fortement criminalisées, telles que les personnes qui consomment des drogues et les professionnel(le)s du sexe. Des communautés autonomes contribuent également à rendre l'accès aux services VIH plus équitable en tenant les prestataires de soins et les bureaucrates responsables de leurs actes et omissions.

Le plaidoyer communautaire peut être particulièrement efficace pour étendre le pouvoir de la responsabilité et du soutien de la communauté aux personnes handicapées qui sont systématiquement exclues des services liés au VIH. Il peut s'agir de reconnaître l'existence d'une stigmatisation aggravée, de s'attaquer aux barrières comportementales, de promouvoir des ripostes participatives, de susciter une volonté politique et de générer des preuves de haute qualité pour guider la réponse continue. Par exemple, les personnes handicapées qui ont participé à une étude qualitative multipays au Kenya, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie ont exprimé le souhait de voir se multiplier les activités de sensibilisation au sein de la communauté pour aborder les questions liées au VIH et au handicap. Ces activités emploient des messages pertinents pour les personnes handicapées et non handicapées, notamment l'importance du partage des responsabilités, la promotion du leadership des pairs et l'augmentation de la participation active et visible des personnes handicapées aux activités d'intervention (59).

En Côte d'Ivoire, les frais d'utilisation des services de santé ont été supprimés à la suite d'un plaidoyer fondé sur des preuves, élaboré à partir d'un suivi communautaire mené par l'Observatoire communautaire des traitements.

Le plaidoyer dirigé par la communauté peut prendre de nombreuses formes, de la mobilisation communautaire et des campagnes publiques à l'analyse des politiques nationales, aux litiges et aux procédures de responsabilité. Dans l'État de Victoria, en Australie, les défenseurs des droits des professionnel(le)s du sexe ont mobilisé le soutien des politiciens en faveur d'un processus de réforme juridique qui a conduit à la décriminalisation du commerce du sexe. En Colombie-Britannique, au Canada, les communautés de consommateurs de drogues étaient en première ligne pour plaider en faveur d'une exemption, à l'échelle de la province, des lois fédérales sur la criminalisation des drogues, ainsi que pour l'accès à un approvisionnement sûr en médicaments afin d'atténuer les dégâts d'une crise d'overdose (60). Des efforts similaires ont récemment permis de décriminaliser le commerce du sexe en Belgique (voir l'article sur la Belgique au chapitre 3). En Côte d'Ivoire, les frais d'utilisation des services de santé ont été supprimés à la suite d'un plaidoyer fondé sur des données probantes, élaboré à partir d'un suivi communautaire mené par l'Observatoire communautaire des traitements (61).

Au niveau local, les défenseurs de la santé des organisations communautaires informent les communautés de leurs droits, documentent les doléances et travaillent avec les autorités sanitaires pour apporter des améliorations (62). Au Mozambique, ces défenseurs locaux ont permis d'accélérer la prestation de services aux patients atteints du VIH et de la tuberculose, d'améliorer les installations, de recourir davantage aux cliniques mobiles et plus encore (63). Au Kenya, une organisation dirigée par des professionnels du sexe a sensibilisé les officiers de police dans le but de réduire le harcèlement et la discrimination (64).

Malgré toutes ces réussites, la valeur du plaidoyer communautaire est sous-estimée par de nombreux décideurs et planificateurs. Cela se traduit par le manque de soutien financier et politique des gouvernements de nombreux pays (figure 4.2). Pour remplir pleinement leur rôle, les organisations et réseaux communautaires ont besoin de ressources, notamment de financement, de formation et de renforcement des capacités. En Afrique occidentale et centrale, l'Institut de la société civile pour le VIH et la santé est un modèle prometteur qui renforce la voix et la visibilité des organisations de la société civile et leur fournit une assistance, notamment en matière de développement des capacités et de mobilisation des ressources. L'Institut jette les bases d'une coordination accrue des communautés et de la société civile dans la région.

RÉFÉRENCES

1. Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260555.
2. Ibiloye O, Masquillier C, Jwanle P, Van Belle S, van Olmen J, Lynen L et al. Community-based ART service delivery for key populations in sub-Saharan Africa: scoping review of outcomes along the continuum of HIV care. *AIDS Behav*. 2022;26(7):2314-37.
3. Kiragu M, Fonner VA, Munywiny S, Izulla P, Pantelic M, Restoy E et al. Does capacity development increase demand for health services and rights among key populations affected by HIV? A systematic review of evidence from low- and middle-income countries. *AIDS Behav*. 2020;24(8):2268-81.
4. Kerrigan D, Mbwambo J, Likindikoki S, Davis W, Mantsios A, Beckham SW et al. Project Shikamana: community empowerment-based combination HIV prevention significantly impacts HIV incidence and care continuum outcomes among female sex workers in Iringa, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;82(2):141-8.
5. Beattie T, Mohan HL, Bhattacharjee P, Chandrashekar S, Isac S, Wheeler T et al. Community mobilization and empowerment of female sex workers in Karnataka State, South India: associations with HIV and sexually transmitted infection risk. *Am J Public Health*. 2014;104(8):1516-25.
6. Pearson J, Shannon K, McBride B, Krüsi A, Machat S, Braschel M et al. Sex work community participation in criminalized environments: a community-based cohort study of occupational health impacts in Vancouver, Canada: 2010–2019. *Int J Equity Health*. 2021;21(1):18.
7. Mavhu W, Willis N, Mufuka J, Bernays S, Tshuma M, Mangenah C et al. Effect of a differentiated service delivery model on virological failure in adolescents with HIV in Zimbabwe (Zvandiri): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):e264-e275.
8. Community-led package services in response to COVID-19 in high-density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS; 2021.
9. Consultation calls for the global AIDS response to build on emergency adaptations to COVID-19, tackle structural barriers and ensure that country programmes fully recover from COVID-19 disruptions and end AIDS. In: UNAIDS. org [Internet]. 3 February 2022. Geneva: UNAIDS; c2022 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2022/february/20220203_HIV-services-during-COVID19-pandemic).
10. Living with HIV in the time of COVID-19: report from a survey of networks of people living with HIV. GNP+, ICW, Y+ Global; 2020 (https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/07/BeyondLIVING_COVID-19_English.pdf).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. New York: United Nations; 2021.
12. Breaking the glass ceiling: increasing the meaningful involvement of women living with HIV/AIDS (MIWA) in the design and delivery of HIV/AIDS services. *Heath Care for Women Internation*. 2015; 36(8):936-64.
13. Makofane K, Lusimbo R, Macharia P, Makanjuola O, Malone S, Mokabedi A et al. Understanding community as a basis for targeting and shaping service delivery. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(Suppl 3):e25712.
14. Ochonye B, Folayan MO, Fatusi AO, Emmanuel G, Adepoju O, Ajidagba B et al. Satisfaction with use of public health and peer-led facilities for HIV prevention services by key populations in Nigeria. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):856.

15. Vu B, Le S, Nguyen P, Vu H, Nguyen D, Green K et al. Leading from the community: how key population organizations in Vietnam transformed from peer support groups to clinical service providers. *International AIDS Conference*, 6–10 July 2020. Abstract OAE802.
16. "HIV mobilizes people in a great way": We created the youth organization Teenergizer. In: *Teenergizer!* [Internet]. 19 June 2020. Kyiv: Teenergizer; c2022 (<https://teenergizer.org/en/life-with-hiv/>).
17. YouthLead: what we do. In: *Youth Lead* [Internet]. Bangkok: Youth Lead; c2022 (<https://www.youthleadap.org/what-we-do>).
18. Mission Statement. In: *Youth RISE* [Internet]. Youth RISE: Promoting Harm Reduction & Drug Policy Reform; c2022 (<https://youthrise.org/>).
19. Y+, UNICEF Eastern and Southern Africa Office. Youth-led networks at the frontline of the HIV and SRH response. In: *UNICEF.org* [Internet]. 23 February 2022. UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/esa/stories/youth-led-networks-frontline-hiv-and-srh-response>).
20. Tonen-Wolyec S, Mbopi-Kéou F-X, Batina-Agasa S, Kalla GCM, Noubom M, Mboumba Bouassa R-S et al. Acceptability of HIV self-testing in African students: a cross-sectional survey in the Democratic Republic of the Congo. *Pan Afr Med J*. 2019;33:83.
21. Mokgatle MM, Madiba S. High acceptability of HIV self-testing among technical vocational education and training college students in Gauteng and North West provinces: what are the implications for the scale-up in South Africa? *PLoS ONE*. 2017;12:e0169765.
22. Koris AL, Stewart KA, Ritchwood TD, Mususa D, Ncube G, Ferrand RA et al. Youth-friendly HIV self-testing: acceptability of campus-based oral HIV self-testing among young adult students in Zimbabwe. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253745.
23. Hensen B, Phiri M, Schaap A, Sigande L, Simwinga M, Floyd S et al. Uptake of HIV testing services through novel community-based sexual and reproductive health services: an analysis of the pilot implementation phase of the Yathu Yathu intervention for adolescents and young people aged 15–24 in Lusaka, Zambia. *AIDS Behav*. 2022;26(1):172-82.
24. Iwelunmor J, Ezechi O, Obiezu-Umeh C, Gbaja-Biamila T, Musa AZ, Nwaozuru U et al. Enhancing HIV self-testing among Nigerian youth: feasibility and preliminary efficacy of the 4 Youth by Youth study using crowdsourced youth-led strategies. *AIDS Patient Care STDS*. 2022;36(2):64-72.
25. #UPROOT Scorecards. In: *The Pact* [Internet] (<https://theyouthpact.org/uproot-2/>).
26. Hlongwa M, Mashamba-Thompson T, Makhunga S, Hlongwana K. Barriers to HIV testing uptake among men in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Afr J AIDS Res*. 2020;19(1):13-23.
27. Hamilton A, Shin S, Taggart T, Whembolua GL, Martin I, Budhwani H et al. HIV testing barriers and intervention strategies among men, transgender women, female sex workers and incarcerated persons in the Caribbean: a systematic review. *Sex Transm Infect*. 2020;96(3):189-96.
28. Nnko S, Kuringe E, Nyato D, Drake M, Casalini C, Shao A et al. Determinants of access to HIV testing and counselling services among female sex workers in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019;19(1):15.
29. Campbell CK, Lippman SA, Moss N, Lightfoot M. Strategies to increase HIV testing among MSM: a synthesis of the literature. *AIDS Behav*. 2018;22(8):2387-412.
30. Shangani S, Escudero D, Kirwa K, Harrison A, Marshall B, Operario D. Effectiveness of peer-led interventions to increase HIV testing among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care*. 2017;29(8):1003-13.

31. Busza J, Chiyaka T, Musemburi S, Fearon E, Davey C, Chabata S et al. Enhancing national prevention and treatment services for sex workers in Zimbabwe: a process evaluation of the SAPPH-IRe trial. *Health Policy Plan.* 2019;34(5):337-45.
32. Indravudh PP, Fielding K, Sande LA, Maheswaran H, Mphande S, Kumwenda MK et al. Pragmatic economic evaluation of community-led delivery of HIV self-testing in Malawi. *BMJ Glob Health.* 2021;6(Suppl 4):e004593.
33. Jommaroeng R, Chankang W. Community-led comprehensive HIV facility for men who have sex with men and transgender women: a case study of Rainbow Sky Association of Thailand. *Thai J Public Health.* 2021;51(2):159-69.
34. Onovo A, Kalaiwo A, Agweye A, Emmanuel G, Keiser O. Diagnosis and case finding according to key partner risk populations of people living with HIV in Nigeria: a retrospective analysis of community-led index partner testing services. *EClinicalMedicine.* 2022;43:101265.
35. Nguyen Thi Mai H, Hoang Van M, Nguyen Thuy D, Pham Thai H, Nguyen Mai T. Social contracting with civil society organizations: an effective approach for sustainable HIV/AIDS response. *International AIDS Conference, 6–10 July 2020.* Abstract PEE1370.
36. Shipley S, Tamayo-Jimenez N, Moore R, Gordon-Boyle K. Social contracting: a way forward in HIV prevention among female sex workers in Guyana. *International AIDS Conference, 6–10 July 2020.* Abstract PED0906.
37. Domnenko I. Piloting social contracting mechanisms for government procurement of HIV services in the EECA region. *International AIDS Conference, 18–21 July 2021.* Abstract PED497.
38. Pudpong N, Viriyathorn S, Wanwong Y, Witthayapipopsakul W, Wangbanjongkun W, Patcharanbarunpol W et al. Public contracting with civil society organizations for HIV/AIDS service provisions: a key strategy to ending AIDS in Thailand. *J HIV/AIDS & Soc Services.* 2021;20(4):285-301.
39. Health Gap, O'Neill Institute for National and Global Health Law, Treatment Action Campaign, International Treatment Preparedness Coalition, International Community of Women Living with HIV Eastern Africa. *Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. White paper. Health Gap; 2020* (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).
40. *Establishing community-led monitoring of HIV services. Geneva: UNAIDS; 2021* (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf).
41. Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(5):415-21.
42. Oberth G, Baptiste S, Jallow W, Manouan A, Garcia P, Traore A et al. Understanding gaps in the HIV treatment cascade in eleven West African countries: findings from a regional community treatment observatory. Working paper 441. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2019 (<http://www.cssr.uct.ac.za/cssr/pub/wp/441>).
43. *Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021* (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
44. "They keep us on our toes": how the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; September 2020 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>).

45. Ellie M, Kibe P, Flomo B, Ngwatu B. Breaking barriers: using evidence from a Community Treatment Observatory (CTO) to enhance uptake of HIV services in Sierra Leone. *J Health Design*. 2019;4(1):163-7.
46. Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanagh M. Using community-led monitoring to hold national governments' and PEPFAR HIV programmes accountable to the needs of people living with HIV for quality, accessible health services. *International AIDS Conference, 18–21 July 2021*. Abstract PED453.
47. Gullo S, Galavotti C, Kuhlmann AS, Msiska T, Hastings P, Marti CN. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: a cluster-randomized controlled evaluation. *Plos One*. 2017;12(2):e0171316.
48. McCoy D, Hall J, Ridge M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2011;27(6):449-66.
49. The people's voice Uganda: community priority recommendations for PEPFAR. 2022 (<http://pepfarwatch.org/wp-content/uploads/2022/03/Peoples-Voice-Uganda-COP22.pdf>).
50. Respect Inc, DecrimQLD. *Respect Inc and DecrimQLD submission on Queensland Anti-Discrimination Act Review*. Victoria: Respect Inc, DecrimQLD; 2022.
51. Chang J, Shelly S, Busz M, Stoicescu C, Iryawan AR, Madybaeva D et al. Peer driven or driven peers? A rapid review of peer involvement of people who use drugs in HIV and harm reduction services in low- and middle-income countries. *Harm Reduct J*. 2021;18:15.
52. Pantelic M, Stegling C, Shackleton S, Restoy E. Power to participants: a call for person-centred HIV prevention services and research. *J Int AIDS Soc*. 2018;21 Suppl 7(Suppl Suppl 7):e25167.
53. Pantelic M, Steinert JI, Ayala G, Sprague L, Chang J, Thomas RM et al. Addressing epistemic injustice in HIV research: a call for reporting guidelines on meaningful community engagement. *J Int AIDS Soc*. 2022;25(1):e25880.
54. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005;95(7):1162-72.
55. Lawson L. *Side effects: the story of AIDS in South Africa*. Cape Town: Double Storey Publishers; 2008.
56. *A nongovernmental organization's national response to HIV: the work of the All-Ukrainian Network of People Living with HIV*. Geneva: UNAIDS; 2007.
57. GNP+. *Our health, our right: securing access to generic ARV medicines in Asia*. Amsterdam: GNP+; 2008.
58. Specter, M. How ACT UP changed America. *The New Yorker*. 14 June 2021. *New Yorker Magazine*; 2021 (<https://www.newyorker.com/magazine/2021/06/14/how-act-up-changed-america>).
59. Schenk KD, Tun W, Sheehy M, Okal J, Kuffour E, Moono G et al. "Even the fowl has feelings": access to HIV information and services among persons with disabilities in Ghana, Uganda and Zambia. *Disabil Rehabil*. 2020;2(3):335-48.
60. B.C. applies for decriminalization in next step to reduce toxic drug deaths. In: *BC Gov News [Internet]*. 1 November 2021. Victoria (BC): Government of British Columbia (Canada); c2022 (<https://news.gov.bc.ca/releases/2021MMHA0059-002084>).
61. Peerun N, Perez S. *Endline assessment of the regional community treatment observatory in West Africa*. Johannesburg: International Treatment Preparedness Coalition; May 2020.

62. Baptiste S, Manouan A, Garcia P, Etya'ale H, Swan T, Jallow W. Community-led monitoring: when community data drives implementation strategies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2020;17(5):415-21.
63. Feinglass E, Gomes N, Maru V. Transforming policy into justice: the role of health advocates in Mozambique. *Health Hum Rights.* 2016;18(2):233-46.
64. Woensdregt L, Nencel L. Taking small steps: sensitising the police through male sex workers' community-led advocacy in Nairobi, Kenya. *Glob Public Health.* 2021;18:1-13.

FINANCEMENT DURABLE ET ÉQUITABLE DES RIPOSTES AU VIH

V

Partout dans le monde, les pays doivent faire face à des demandes accrues de dépenses sociales et de santé, souvent dans un contexte de baisse des recettes et d'instabilité des financements publics. Avant même la pandémie de COVID-19 et les perturbations économiques qui lui sont associées, les ressources disponibles pour le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire avaient plafonné : bien qu'elles aient augmenté au cours de la décennie précédente, les ressources nationales consacrées au VIH avaient commencé à diminuer avant 2020, et les investissements limités dans les populations clés ont freiné une riposte équitable au VIH. En conséquence, les 21,4 milliards de dollars US (en dollars US constants de 2019) disponibles pour le VIH en 2021 étaient bien loin des 29,3 milliards de dollars US nécessaires en 2025 pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030.

57 %**DE DIMINUTION DE L'AIDE
AU DEVELOPPEMENT POUR
LE VIH DE LA PART DES
DONATEURS BILATÉRAUX, À
L'EXCEPTION DES ÉTATS-UNIS**

Les effets en cascade de la crise de la COVID-19 et, plus récemment, de la guerre en Ukraine, posent désormais des défis supplémentaires. Ces crises remodelent les décisions de financement du développement et menacent les investissements publics dans la santé, y compris les programmes de lutte contre le VIH.

Les investissements nationaux ont contribué à alimenter la riposte au VIH, mais seule une minorité de pays à forte charge de morbidité est en mesure de financer des programmes de lutte contre le VIH à part entière à partir des caisses nationales : parmi les pays à revenu faible et intermédiaire, seuls 26 % financent actuellement au moins 70 % ou plus de leurs dépenses liées au VIH à partir de sources nationales. Les reprises économiques post-COVID-19 dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont été inégales et la croissance économique devrait ralentir en 2022 et 2023, selon les projections du Fonds monétaire international (FMI).¹ Les inégalités entre les pays se creusent en raison de leur vulnérabilité inégale à ces chocs économiques, et les finances publiques des pays à revenu faible et intermédiaire sont soumises à une pression massive (1, 2).

La diminution substantielle des ressources internationales disponibles pour le VIH aggrave la situation financière difficile de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire. Hormis le gouvernement des États-Unis d'Amérique, l'aide au développement pour le VIH provenant de donateurs bilatéraux a diminué de 57 % au cours de la dernière décennie. Les décaissements importants et relativement stables en provenance des États-Unis ont toutefois masqué ces tendances.

Dans le même temps, les dépenses personnelles restent une source majeure de financement des soins de santé, malgré leur effet appauvrissant sur les ménages à faibles revenus et l'obstacle qu'elles représentent pour l'utilisation du VIH et d'autres services de soins de santé. La proportion de la population mondiale qui consacre au moins 10 % des dépenses de son ménage aux soins de santé a augmenté de 40 % depuis 2000 (3).² Il existe des alternatives viables et plus équitables (voir le reportage sur le Cameroun dans ce chapitre).

La COVID-19 continue de souligner l'importance cruciale de systèmes de santé publique équitables et efficaces.

La COVID-19 continue de souligner l'importance cruciale de systèmes de santé publique équitables et efficaces, d'un personnel de santé adéquat et bien protégé, et de services et produits de santé abordables partout. L'interconnexion des sociétés du monde entier a rarement été aussi évidente. Il y a un besoin massif de raviver la solidarité mondiale.

Page suivante

La vie d'Elisabeth Emetini a changé il y a près d'un an. Auparavant, elle devait payer pour les bilans de santé, les analyses de laboratoire et tout ce qui concernait son état de santé. « L'abolition des frais d'utilisation au Cameroun pour les services liés au VIH a eu un effet positif réel sur moi », a-t-elle déclaré. Non seulement cela pèse moins sur son portefeuille, mais cela lui enlève aussi un poids sur les épaules. « Maintenant, je suis plus motivée pour prendre mes médicaments contre le VIH, car il n'est pas difficile d'obtenir une ordonnance. J'ai également fait tester gratuitement ma charge virale et j'ai réalisé un test de tuberculose », a déclaré la résidente de Yaoundé. Cameroun, juillet 2022.

- 1 Les projections du FMI d'avril 2022 prévoient un ralentissement de la croissance économique dans les pays à revenu faible et intermédiaire, qui passerait de 6,8 % en 2021 à 3,8 % en 2022 et 4,4 % en 2023. Voir : Perspectives de l'économie mondiale, avril 2022. Washington (DC) : Fonds monétaire international ; 2022 (<https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/WEO/2022/April/English/text.ashx>).
- 2 Il est passé de 9,4 % en 2000 à 13,2 % en 2017, selon les estimations les plus récentes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.UHC.OOPC.10.ZS?view=chart>).



SUPPRESSION DES FRAIS D'UTILISATION AU CAMEROUN

La facturation de frais d'utilisation dans les établissements de santé publique limite l'accès des gens aux services et enfonce les ménages déjà pauvres plus profondément encore dans la pauvreté (4). Les frais d'utilisation et autres dépenses personnelles sont les principales causes des dépenses de santé catastrophiques, qui touchent près d'un milliard de personnes chaque année (5).¹ Le libre accès aux services de soins de santé dans les établissements de santé publique, en revanche, augmente l'utilisation et favorise l'accès équitable. Il peut améliorer les résultats sanitaires et stimuler les progrès vers la réalisation des objectifs mondiaux en matière de VIH et de santé (6-9). Malgré cela, des frais d'utilisation sont encore perçus dans les cliniques et les hôpitaux de nombreux pays, ce qui a suscité des appels et des campagnes en faveur de la suppression des frais d'utilisation pour le VIH, la tuberculose et les services connexes dans les établissements de santé publique, y compris les cliniques de soins maternels.

Ce travail a porté ses fruits au Cameroun, où le gouvernement a décidé de supprimer les frais d'utilisation des services et des soins liés au VIH dans les établissements de santé publics de tout le pays. Les médicaments antirétroviraux sont théoriquement gratuits au Cameroun depuis 2007, mais les dépenses connexes (consultations médicales, tests de laboratoire, médicaments contre les infections opportunistes et hospitalisation) ne sont pas gratuites (10). En outre, de nombreux prestataires de soins de santé ont exigé le paiement d'honoraires non officiels.²

Médecins Sans Frontières, des organisations communautaires, l'ONUSIDA et le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) ont commandé une recherche documentant les effets des frais d'utilisation sur l'utilisation des services de santé et les résultats, explorant les voies pour les supprimer et identifiant les pièges à éviter lors de leur suppression. Des activités de plaidoyer et des consultations approfondies ont encouragé la décision du gouvernement de supprimer les frais d'utilisation des services et des soins liés au VIH dans les établissements de santé publique et les organisations communautaires affiliées dans tout le pays, à partir de janvier 2020. Après la décision du gouvernement de supprimer les frais d'utilisation des services liés au VIH et aux soins maternels, une assistance technique a été mise en place pour estimer les besoins budgétaires afin de compenser les pertes de revenus et pour définir les mécanismes de gestion financière permettant de faire face à tout manque à gagner.

La suppression des frais d'utilisation a dû être planifiée et mise en œuvre avec soin pour éviter les perturbations dues à la perte de revenus au niveau des établissements (11).

C'était un défi pour le Cameroun, où les dépenses de santé à la charge des patients représentaient environ 70 % des dépenses totales de santé, en raison de la faiblesse des dépenses publiques de santé (la moyenne pour l'Afrique subsaharienne est de 39 %) (12).

Page suivante

La vie de Baudelaire Etogue a également changé depuis la suppression des droits d'utilisation. Il peut utiliser l'argent pour payer le transport et d'autres éléments essentiels. En outre, il a eu accès à un traitement médical supplémentaire. « Parce que je suis séropositif, je n'étais pas autorisé à passer des radiographies ou à consulter un dermatologue, mais ce n'est plus le cas », a-t-il déclaré. Cameroun, juillet 2022.

1 Les dépenses de santé catastrophiques sont les dépenses de santé à la charge des ménages qui dépassent 10 % de leurs dépenses ou de leurs revenus. Voir : Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smits MF, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries : a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e169-e179.

2 Dans une étude portant sur 76 établissements de santé publique en 2016, l'organisation camerounaise Treatment Action Watch a constaté que plus de la moitié exigeait des patients qu'ils paient plus que les prix officiels pour les services. Voir : Status of access to care for PLHIV in Cameroon. Yaoundé : Treatment Action Watch ; 2016.



70 %

**DES DÉPENSES TOTALES
DE SANTÉ AU CAMEROUN
PROVIENNENT DES FRAIS À
LA CHARGE DES PATIENTS**

Il était également important de veiller à ce que les fonds de remplacement parviennent en temps voulu aux établissements de santé, en particulier ceux situés dans des zones reculées, et de maintenir ou d'améliorer la qualité des services.

Un soutien fort au plus haut niveau du gouvernement a motivé la décision du Cameroun. Elle a également permis la création d'un groupe de travail chargé de gérer le processus et l'introduction de réformes essentielles pour remplacer les recettes perdues. Une voie claire pour le changement a été élaborée, avec des jalons alignés sur le système budgétaire du pays et sur une assistance technique de soutien à long terme. Au cœur du processus se trouvaient également des réformes qui prévoyaient une augmentation des dépenses nationales de santé publique pour remplacer les recettes perdues provenant des redevances. L'assistance technique visant à permettre le décaissement et l'utilisation en temps voulu a également contribué à renforcer la gestion des finances publiques.

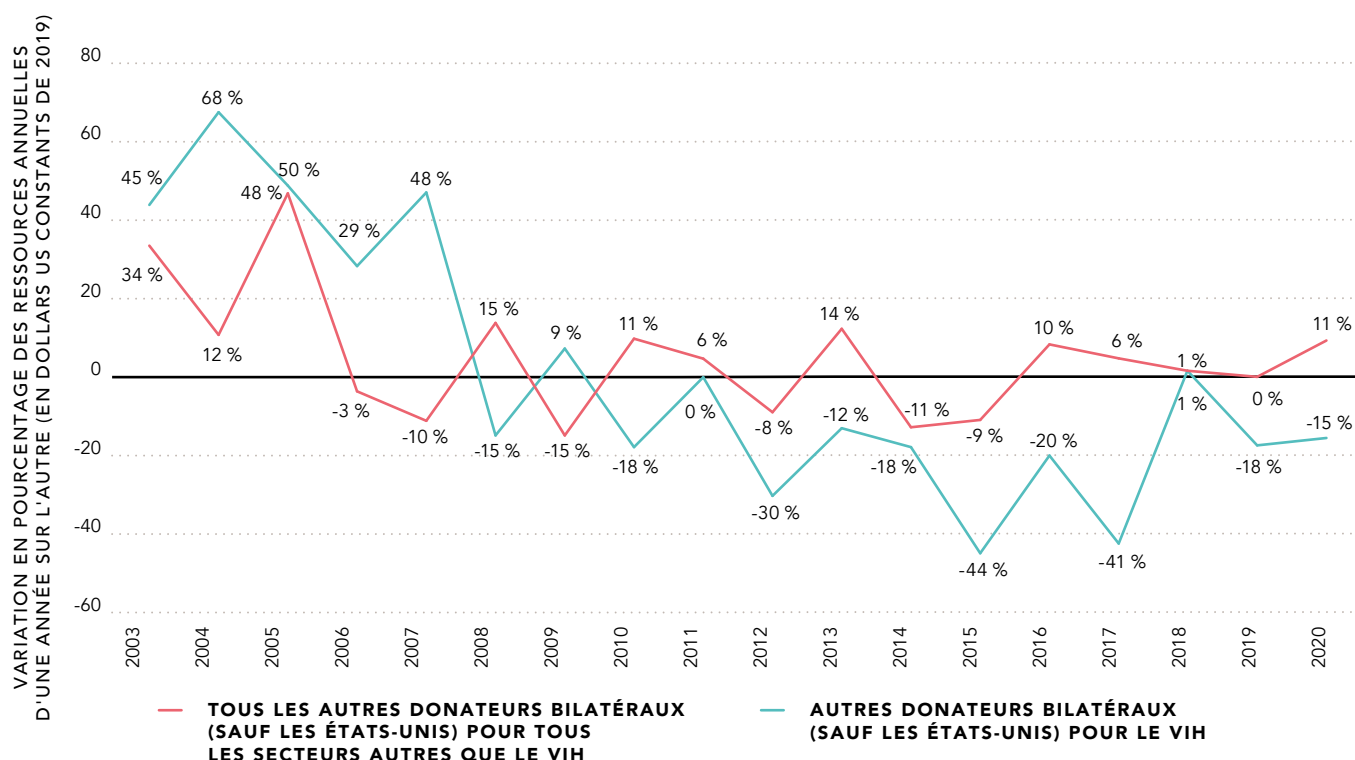
Malgré la réduction des recettes publiques et d'autres défis liés à la COVID-19, le gouvernement du Cameroun est resté fidèle à sa décision, qui faisait suite à des réductions antérieures des frais d'utilisation de certains autres services de santé (tels que la vaccination, la prévention et le traitement du paludisme pour les femmes enceintes et les enfants, et la chimiothérapie pour les patients atteints de cancer). Les perturbations de la COVID-19 ont rendu difficile l'évaluation de l'impact du changement de politique jusqu'à présent, mais les premiers éléments indiquent une augmentation de l'utilisation des services VIH et la poursuite de la mise en œuvre de la décision de garantir un accès gratuit dans les établissements de santé publics.

STABILISATION DES INVESTISSEMENTS INTERNATIONAUX DANS LE DOMAINE DU VIH

En 2021, seuls 21,4 milliards de dollars US (en dollars US constants de 2019) étaient disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (voir la figure 0.4 du chapitre 1). En outre, les données sur la disponibilité des ressources compilées par l'ONUSIDA montrent que le financement national et international de la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire se stabilisait bien avant la pandémie de COVID-19.

En 2021, les ressources internationales consacrées au VIH étaient inférieures d'environ 6 % à celles de 2010, et elles n'ont cessé de diminuer depuis 2012-2013. Les réductions globales auraient été beaucoup plus fortes sans les niveaux élevés et soutenus de financement du gouvernement des États-Unis et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), qui ont augmenté d'environ 36 % et 56 %, respectivement, depuis 2010.³ Les contributions bilatérales du gouvernement des États-Unis représentent actuellement près d'un quart (23 %) du total des ressources annuelles disponibles pour le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, tandis que le Fonds mondial en représente un peu plus d'un dixième (12 %). Les autres financements internationaux en faveur de la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, provenant principalement de donateurs bilatéraux, ont fortement diminué (de 82 %) depuis 2008, bien que la tendance varie selon les donateurs. Il est toutefois remarquable que la tendance de l'aide au développement fournie par les donateurs bilatéraux à des secteurs autres que le VIH ne montre pas une telle diminution (figure 5.1).⁴

FIGURE 5.1 Évolution annuelle de l'aide publique au développement pour le VIH et tous les autres secteurs de développement de la part des gouvernements donateurs (bilatéraux, sauf États-Unis), 2003–2020

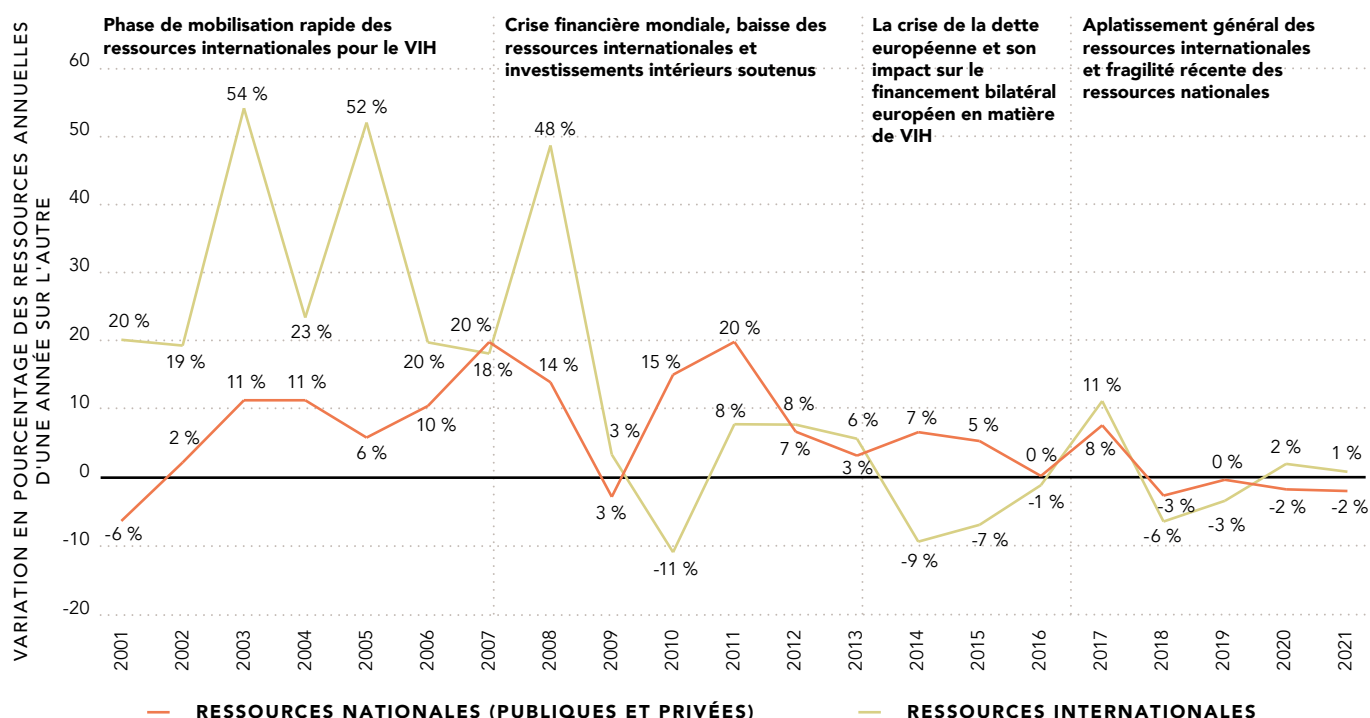


Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 ; données du Système de notification des pays créanciers de l'OCDE.

- 3 L'augmentation des décaissements du Fonds mondial en 2021 est principalement due aux ressources supplémentaires allouées pour atténuer l'impact de la COVID-19 sur les services liés au VIH. Ces décaissements supplémentaires ne devraient pas se poursuivre au-delà de 2021.
- 4 Mesuré en proportion de leur revenu national brut (RNB).

Les tendances passées montrent que les chocs économiques ont eu un impact négatif disproportionné sur l'aide au développement pour le VIH (figure 5.2). Les baisses d'une année sur l'autre du total des ressources internationales disponibles pour le VIH ont été fortement corrélées à la crise financière mondiale de 2008 et à la crise de la dette européenne de 2014, par exemple. Les changements de priorités en matière de dépenses liés à la pandémie de COVID-19 et à la guerre en Ukraine risquent donc de réduire davantage le soutien de l'aide au développement à l'étranger pour les programmes de lutte contre le VIH et de restreindre les efforts visant à combler le déficit de financement du VIH.

FIGURE 5.2 Variation annuelle de la disponibilité des ressources pour le VIH provenant de sources nationales et internationales, pays à revenu faible et intermédiaire, 2001-2021



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Remarque : Les ressources internationales comprennent tous les financements multilatéraux (par exemple, le Fonds mondial et divers organismes et programmes des Nations Unies), tous les financements bilatéraux (y compris ceux du gouvernement des États-Unis) et les financements provenant de sources philanthropiques.

L'INVESTISSEMENT NATIONAL DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH MENACÉ

Les ressources intérieures pour le VIH ont diminué de 2 % en 2021 par rapport à 2020, après une baisse similaire l'année précédente. Cette source de financement a été le principal moteur de la croissance des ressources disponibles pour la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire au cours de la dernière décennie : le financement national était en augmentation depuis le début des années 2000 et a continué à le faire même après la crise financière mondiale de 2008. Il est important de noter que ce financement a compensé les fortes réductions du financement du VIH provenant de sources internationales après cette crise et à nouveau en 2013-2014 (figure 5.2). Toutefois, les augmentations sont devenues plus faibles à partir du milieu des années 2010, puis se sont arrêtées en 2018. Cette évolution est de mauvais augure, car les investissements nationaux dans le domaine du VIH représentent environ 60 % des ressources totales disponibles pour la pandémie de VIH.

Les chocs économiques subis par les pays à revenu faible et intermédiaire pendant la crise de la COVID-19, et les effets d'entraînement de la guerre en Ukraine, pourraient encore réduire les ressources nationales consacrées au VIH. Une analyse récente de l'ONUSIDA a révélé que les principaux facteurs prédictifs des dépenses des gouvernements nationaux en matière de VIH étaient la production économique nationale des pays (mesurée par le produit intérieur brut), les résultats de l'indice de développement humain, la prévalence du VIH et la part des dépenses publiques générales en matière de santé (13). Plusieurs de ces indicateurs sont menacés. La Banque mondiale a prévenu que les dépenses publiques par habitant devraient chuter et rester en deçà des niveaux antérieurs à la COVID-19 jusqu'en 2026 au moins dans 52 pays, pour la plupart à revenu faible ou intermédiaire, dont plusieurs connaissent une forte épidémie de VIH. À moins qu'une plus grande priorité ne soit accordée à la santé, la Banque mondiale s'attend également à ce que les dépenses publiques de santé par habitant restent inférieures aux niveaux de 2019, voire diminuent, dans bon nombre de ces pays (1). La réduction de la production économique (et des recettes fiscales) et la diminution de l'importance accordée à la santé dans les budgets gouvernementaux auront probablement une incidence sur les dépenses nationales liées au VIH.

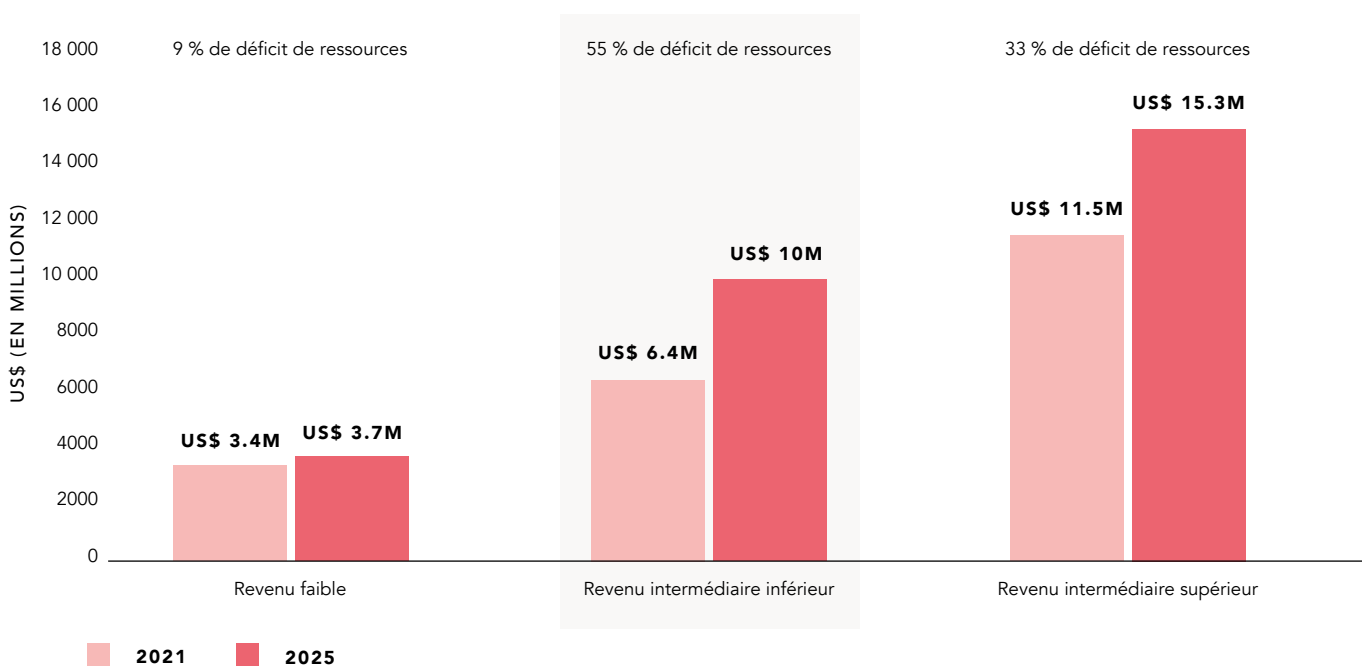
La guerre en Ukraine pourrait également avoir des répercussions plus directes sur la situation en Europe orientale et en Asie centrale, une région où l'incidence du VIH a augmenté au cours de la dernière décennie.

La guerre en Ukraine pourrait également affecter plus directement la situation en Europe de l'Est et en Asie centrale, une région où l'incidence du VIH a augmenté au cours de la dernière décennie (voir chapitre 1) et où de nombreux programmes de lutte contre le VIH dépendent fortement du financement national. Il existe un risque que la crise ukrainienne, y compris les besoins de dépenses liés à l'accueil d'un grand nombre de réfugiés du conflit, entraîne également une réduction des dépenses liées au VIH dans certains pays voisins. Si l'on peut s'attendre à ce que la majeure partie du financement nécessaire pour atteindre les objectifs de 2025 en matière de VIH provienne de ressources nationales, les donateurs et autres partenaires de développement doivent s'engager à nouveau à financer durablement les besoins restants.

OÙ SE SITUENT LES PLUS GRANDS DÉFICITS DE FINANCEMENT ?

Les ressources allouées à la lutte contre le VIH varient selon les régions, avec des déficits de financement particulièrement importants en Europe orientale et en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ainsi qu'en Asie et dans le Pacifique. D'une manière générale, le déficit le plus important en matière de financement de la lutte contre le VIH (environ 3,5 milliards US\$) se situe dans les pays à revenu moyen inférieur : les ressources disponibles dans ces pays pour 2021 sont inférieures de 55 % aux besoins prévus pour 2025 (figure 5.3). L'impact économique de la pandémie de COVID-19 dans certains de ces pays risque également d'être sévère, ce qui rendra encore plus difficile pour eux de combler leur déficit de financement avec les seules ressources nationales.

FIGURE 5.3 Ressources pour le VIH, 2021, et besoins estimés en ressources, 2025, par classification des revenus des pays



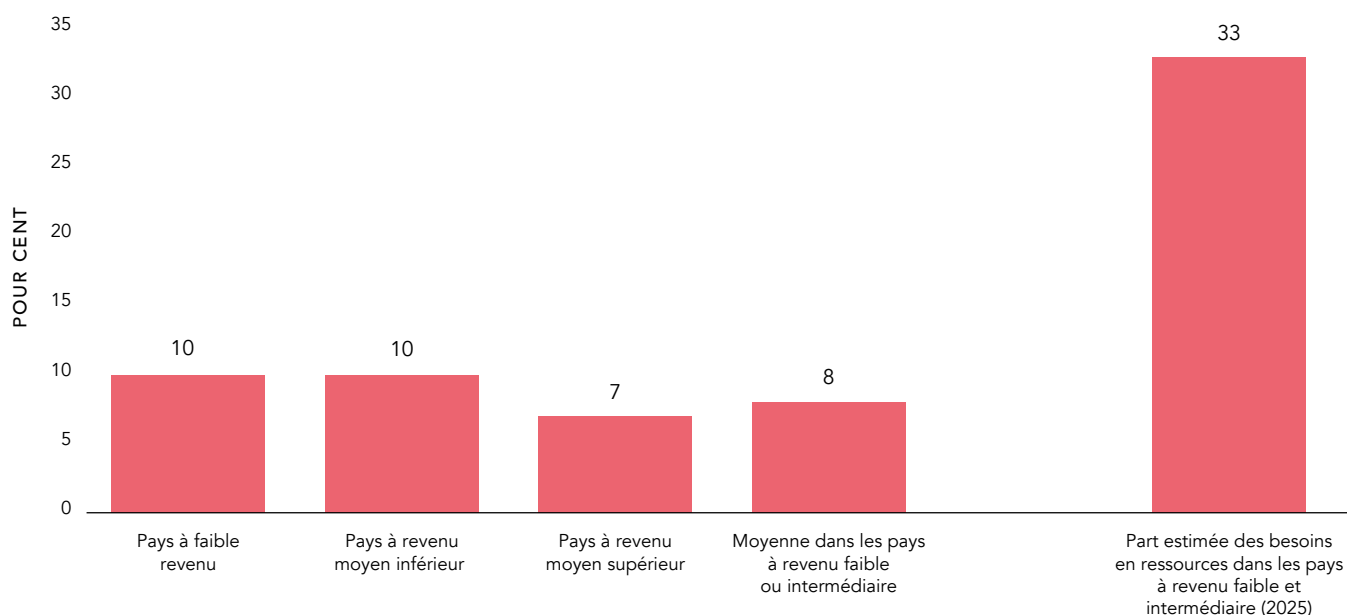
Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>) ; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by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

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. Les pays inclus sont ceux qui ont été classés par la Banque mondiale en 2020 comme étant à revenu faible ou intermédiaire.

Les engagements des donateurs en faveur de la prévention du VIH se sont améliorés au cours des dernières années, mais il existe toujours de grandes lacunes dans le financement des programmes de prévention du VIH dans les différents groupes de revenus des pays (figure 5.4). Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les 9,5 milliards de dollars qui seront requis pour la prévention du VIH en 2025 afin de mettre les pays sur la voie de la fin de l'épidémie de sida d'ici la fin de la décennie. Les données communiquées par 86 pays à revenu faible ou intermédiaire montrent que, en 2021, 8 % en moyenne des dépenses totales consacrées au VIH étaient affectées à des programmes de prévention. Cette part des dépenses liées au VIH devra passer à 33 % d'ici 2025.

Des ressources supplémentaires sont nécessaires pour atteindre les 9,5 milliards de dollars qui seront requis pour la prévention du VIH en 2025 afin de mettre les pays sur la voie de la fin de l'épidémie de sida d'ici la fin de la décennie.

FIGURE 5.4 Part en pourcentage des dépenses totales consacrées au VIH pour la prévention, 2021, et part estimée nécessaire pour la prévention en 2025, pays à revenu faible et intermédiaire



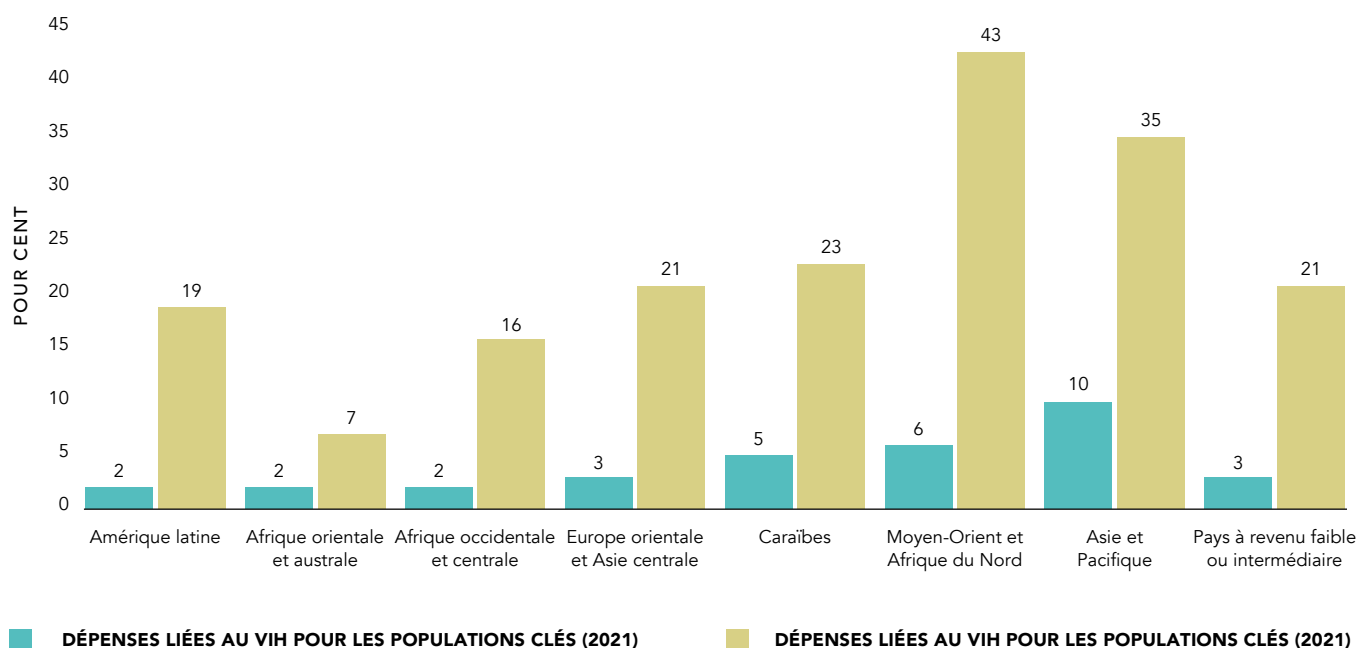
Source : Estimations de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial du sida, 2022 ; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. *PLoS Med.* 2021;18(10):e1003831.

Remarque : La figure contient les données de 86 pays qui ont déclaré leurs dernières dépenses en matière d'interventions de prévention.

Dans l'ensemble, les pays à revenu faible et intermédiaire financent environ 72 % de leurs programmes de traitement et de soins du VIH avec des ressources nationales, mais seulement 42 % de leurs programmes de prévention (14). Certains pays à faible revenu continuent de dépendre presque exclusivement de financements extérieurs pour leurs programmes de prévention du VIH. Le financement de la prévention du VIH parmi les populations clés ne représente encore qu'une très faible proportion des dépenses totales consacrées au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, même dans les régions où la grande majorité des nouvelles infections à VIH se produisent dans ces populations (figure 5.5). La majeure partie de ce financement (au moins deux tiers) provient de sources internationales, les interventions en faveur des prisonniers et des détenus étant la seule exception. Cette dépendance expose les programmes de prévention destinés aux populations clés à de nouvelles réductions potentielles du financement international.

Dans l'ensemble, les pays à revenu faible et intermédiaire financent environ 72 % de leurs programmes de traitement et de soins du VIH avec des ressources nationales, mais seulement 42 % de leurs programmes de prévention.

FIGURE 5.5 Pourcentage des dépenses totales consacrées au VIH pour les programmes de prévention et les catalyseurs sociétaux destinés aux populations clés, 2021, et estimation de la part totale nécessaire, 2025, dans les pays à revenu faible et intermédiaire et par région



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

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

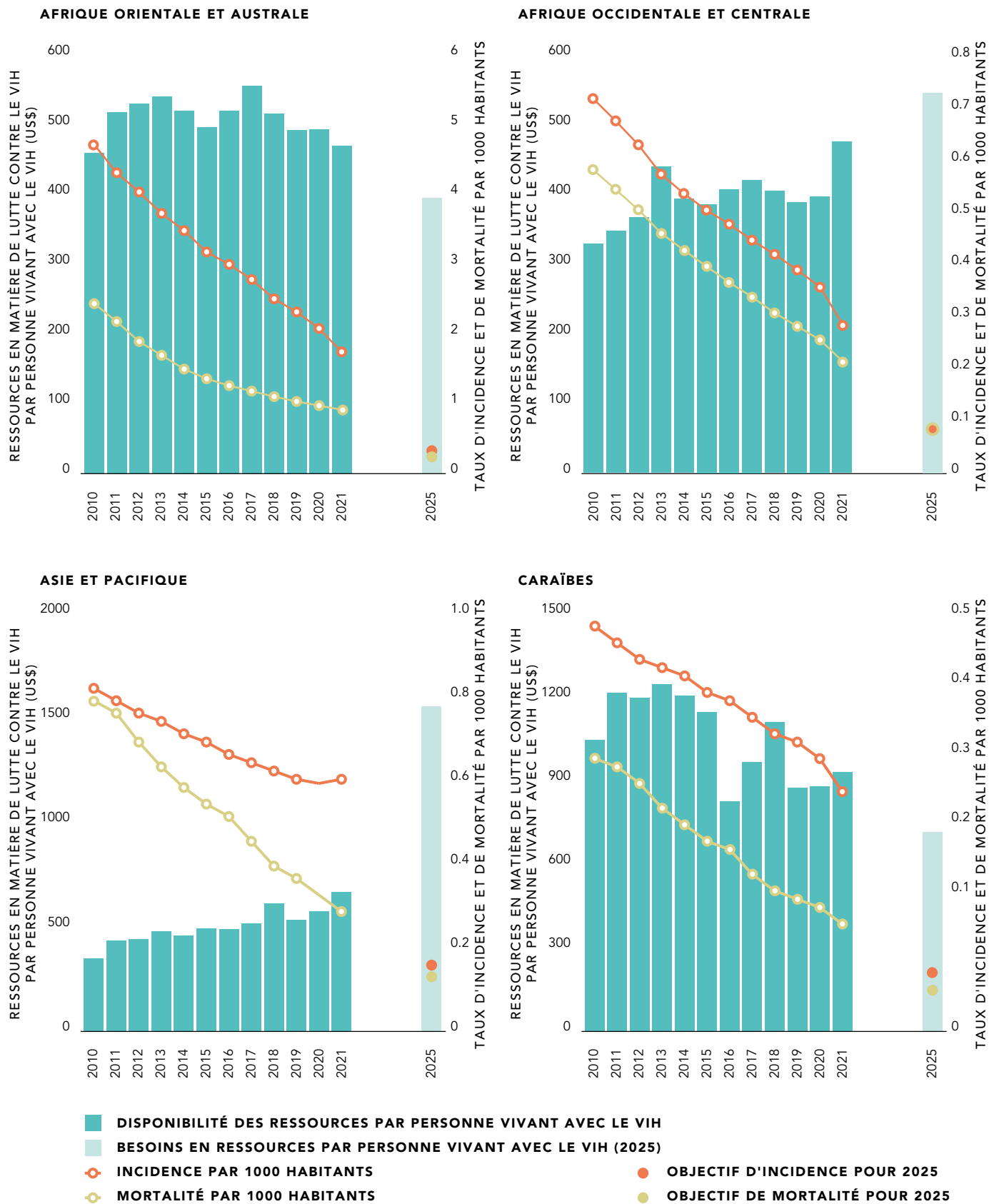
PROGRÈS MITIGÉS AVEC DES INVESTISSEMENTS INÉGAUX DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH

Les niveaux d'investissement par personne vivant avec le VIH varient considérablement selon les pays et les régions. En raison des prix élevés de produits tels que les médicaments antirétroviraux et des coûts de la prestation de services et de certaines interventions de prévention, les investissements nécessaires d'ici 2025 peuvent atteindre 4750 dollars US par personne et par an (en dollars US constants de 2019) au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, 2034 dollars US en Europe orientale et en Asie centrale, 1741 dollars US en Amérique latine et 1574 dollars US en Asie et dans le Pacifique. Les montants correspondants sont de 725 dollars par personne et par an dans les Caraïbes, 400 dollars en Afrique orientale et australe, et 539 dollars en Afrique occidentale et centrale.⁵ Si l'on compare les ressources disponibles pour le VIH en 2021 à celles nécessaires pour atteindre les objectifs de 2025, les écarts de financement sont également très variables. Dans certaines régions, les ressources de 2021 sont proches des quantités totales nécessaires en 2025, mais dans d'autres, les écarts sont assez importants : ils vont d'un écart de 21 % en Afrique occidentale et centrale et de 57 % dans les régions Asie et Pacifique et Europe orientale et Asie centrale, à 82 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (figure 5.6). Il est important de noter que toutes les régions doivent utiliser ces ressources avec une plus grande efficacité.

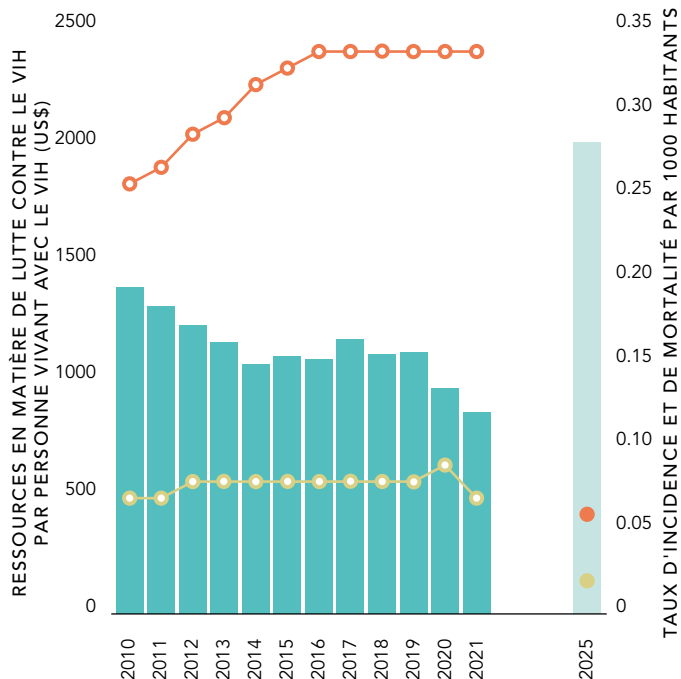
Si l'on compare les ressources disponibles pour le VIH en 2021 à celles nécessaires pour atteindre les objectifs de 2025, les écarts de financement sont également très variables.

⁵ Pour rendre les montants comparables, les investissements ont été convertis en dollars américains constants de 2019 et ajustés en fonction de l'inflation. Les montants totaux sont également ajustés en fonction de la taille de la population et de la prévalence du VIH. La mesure qui en résulte est la dépense totale pour le VIH par personne vivant avec le VIH, et elle comprend le dépistage, le traitement, la prévention et les investissements pour améliorer les facteurs sociétaux. Comme le montre la figure 5.6, le niveau des investissements ajustés peut être corrélé à des mesures d'impact telles que l'incidence du VIH et les taux de mortalité liés au sida pour 1000 habitants, afin d'évaluer la suffisance et l'efficacité des ressources.

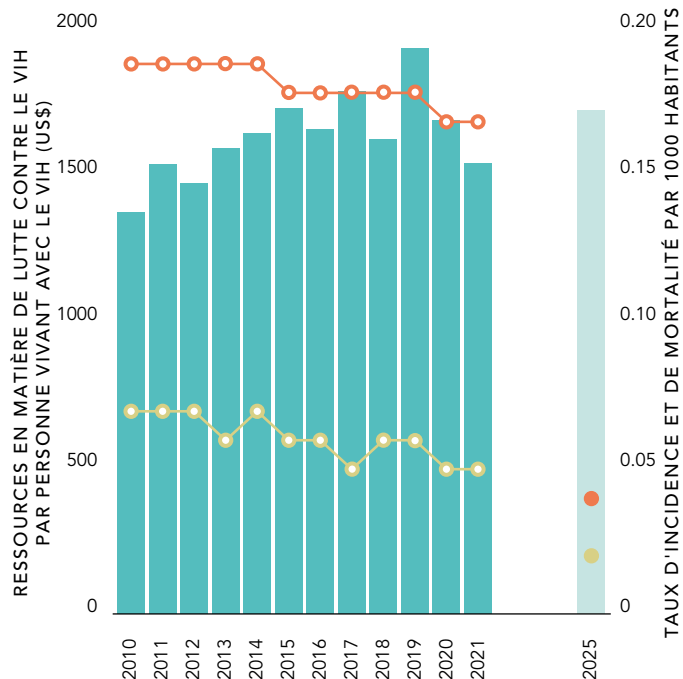
FIGURE 5.6 Disponibilité totale des ressources pour le VIH par personne vivant avec le VIH, incidence du VIH et taux de mortalité liée au sida dans les pays à faible et moyen revenu, par région, objectif 2010-2021 et 2025



EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE



AMÉRIQUE LATINE



MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD



- **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES PAR PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH**
- **BESOINS EN RESSOURCES PAR PERSONNE VIVANT AVEC LE VIH (2025)**
- **INCIDENCE PAR 1000 HABITANTS**
- **OBJECTIF D'INCIDENCE POUR 2025**
- **MORTALITÉ PAR 1000 HABITANTS**
- **OBJECTIF DE MORTALITÉ POUR 2025**

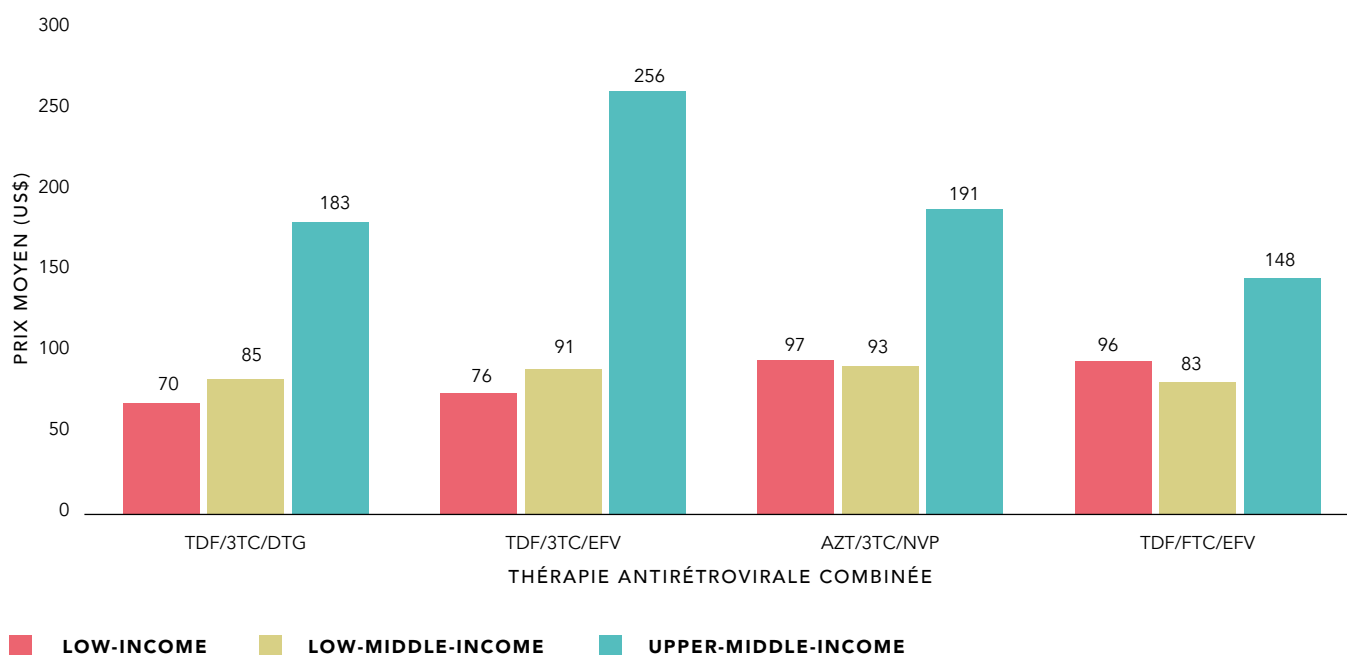
Source : Analyse basée sur les estimations et projections épidémiologiques et financières de l'ONUSIDA, 2022.

FAIRE FRUCTIFIER L'ARGENT

Lors de l'évaluation des résultats de la lutte contre le VIH, le rôle des réductions de prix et des gains de rentabilité est parfois négligé. L'activisme et le plaidoyer ont fait baisser les coûts unitaires, en particulier pour les médicaments antirétroviraux, et les innovations en matière de prestation de services ont permis de faire fructifier les fonds consacrés au VIH. Les réductions de prix des produits anti-VIH ont également permis de dégager des fonds pour étendre davantage les programmes et améliorer les interventions à fort impact (telles que les nouvelles formulations antirétrovirales et la prophylaxie pré-exposition, ou PrEP). La baisse des coûts de traitement par personne a permis à de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire d'élargir massivement leurs programmes de traitement du VIH au cours de la dernière décennie.

Les réductions de prix ont toutefois été inégales. Les prix des produits de base pour le VIH et d'autres problèmes de santé varient considérablement entre les régions et les groupes de revenus des pays. Les pays à revenu intermédiaire supérieur paient des prix très élevés pour les antirétroviraux (figure 5.7), en particulier pour les régimes antirétroviraux de deuxième et troisième intention. Dans toutes les régions, le traitement antirétroviral de deuxième intention reste beaucoup plus cher que les régimes de première intention (figure 5.8).

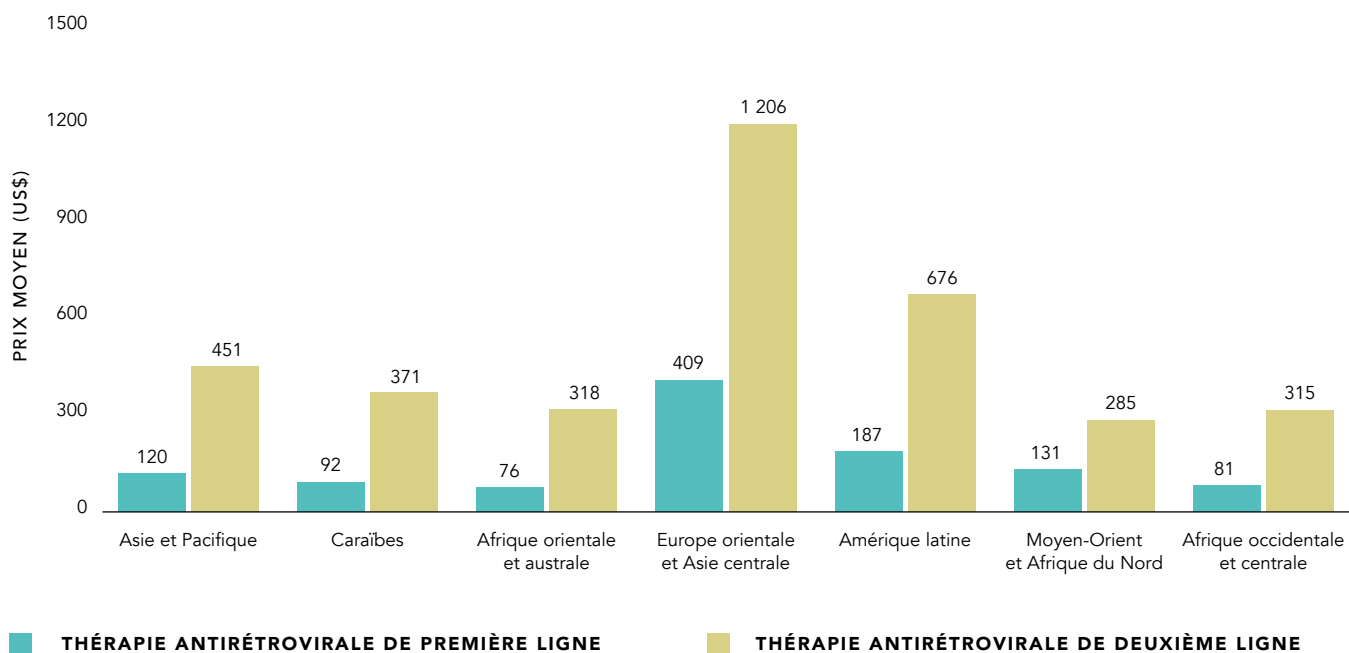
FIGURE 5.7 Prix moyen (US\$) par personne-année pour différents protocoles de traitement antirétroviral, par groupe de revenu du pays, 2021



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, déc. 2021 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>) ; Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Remarque : Les données concernent 89 pays qui ont communiqué leurs données à l'ONUSIDA dans le cadre du Suivi mondial du sida 2022.

Remarque : TDF = fumarate de ténofovir disoproxil ; 3TC = lamivudine ; DTG = dolutégravir ; EFV = éfavirenz ; AZT = azidothymidine ; NVP = névirapine ; et FTC = emtricitabine.

FIGURE 5.8 Prix moyen (USD) par personne-année pour le traitement antirétroviral de première et de deuxième intention, par région, 2021

Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>) ; Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Remarque : Les données concernent 89 pays qui ont communiqué leurs données à l'ONUSIDA dans le cadre du Suivi mondial du sida 2021 et 2022.

L'efficacité technique des investissements dans le domaine du VIH s'est également améliorée au fil du temps, permettant à un plus grand nombre de personnes de bénéficier des programmes de lutte contre le VIH. Une nouvelle étude couvrant 78 pays, pour la plupart à revenu faible ou intermédiaire, a révélé que le même montant de dépenses liées au VIH a été utilisé presque deux fois plus efficacement en 2018 (15).⁶

Ces réductions de prix et ces gains d'efficacité devraient être maintenus, et ils peuvent être étendus à d'autres produits et pays. La PrEP, en particulier les nouvelles versions injectables à longue durée d'action, est un candidat important pour des réductions de prix importantes (voir chapitre 2). Chaque dollar économisé augmente potentiellement l'accès aux services et aux produits vitaux, mais si les économies et les gains d'efficacité peuvent contribuer à élargir l'espace budgétaire pour le VIH, ils ne suffisent pas à combler les lacunes de financement qui freinent les ripostes au VIH. De nouvelles interventions au niveau international sont nécessaires.

Ces réductions de prix et ces gains d'efficacité devraient être maintenus, et ils peuvent être étendus à d'autres produits et pays.

⁶ L'étude a considéré la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les programmes de thérapie antirétrovirale comme les principaux résultats. Ces réductions de prix et ces gains d'efficacité devraient être maintenus, et ils peuvent être étendus à d'autres produits et pays.

SAUVEGARDE DU VIH ET DÉPENSES DE SANTÉ

Si la pandémie de COVID-19 a limité la croissance économique et imposé d'énormes coûts supplémentaires dans le monde entier, elle renforce également la nécessité de réformer le financement de la santé et de libérer les pays à revenu faible et intermédiaire de cycles sans fin de dettes paralysantes.

La COVID-19 a modifié la politique fiscale dans de nombreux pays à revenu élevé et dans certains pays à revenu intermédiaire. Les pays dotés de monnaies souveraines fortes ont pu financer en partie le soutien supplémentaire apporté aux entreprises et aux ménages grâce à des niveaux records d'emprunts et d'émissions obligataires. Cependant, la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire ne disposent pas de ces options et connaissent des détériorations majeures du financement public. Nombre d'entre eux ont dû s'endetter davantage et réaffecter des fonds provenant d'autres secteurs, notamment l'éducation et les infrastructures (16, 17).

En moyenne, la dette publique des pays à revenu faible et intermédiaire est passée de 58 % à 65 % du produit intérieur brut entre 2019 et 2021, ce qui équivaut à la somme vertigineuse de 2300 milliards de dollars (18). Le département des affaires économiques et sociales des Nations Unies a estimé que, en 2021, les pays à faible revenu consacraient en moyenne environ 14 % de leur revenu national aux seuls intérêts de la dette, soit près de quatre fois plus que les pays à revenu moyen supérieur et à revenu élevé (19). Le poids élevé de la dette a tendance à avoir un impact direct sur les budgets de la santé et du VIH.

L'austérité budgétaire risque de se généraliser dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de la période à venir, puisque quelque 140 pays devraient procéder à des réductions des dépenses publiques.

L'austérité budgétaire risque de se généraliser dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de la période à venir, puisque quelque 140 pays devraient procéder à des réductions des dépenses publiques (voir l'article sur la Zambie au chapitre 3) (20, 21). Il est essentiel d'éviter de telles réactions, qui portent généralement préjudice aux sections les plus vulnérables de la société. Les options existantes doivent être activées et accélérées : l'annulation et l'allègement de la dette sont nécessaires, ainsi que des financements supplémentaires hautement concessionnels et une réaffectation ciblée des droits de tirage spéciaux non utilisés émis en 2021. L'éligibilité des pays aux financements concessionnels (c'est-à-dire à des coûts d'emprunt plus faibles) doit être assouplie en fonction de critères clairs qui servent l'intérêt public (22). En raison des impacts combinés de COVID-19 et de la guerre en Ukraine, les plans visant à s'éloigner des financements concessionnels, y compris les subventions pour le VIH, doivent être reconsidérés.

Au lieu d'exiger des pays à faible revenu qu'ils réduisent les budgets et les effectifs de leurs services publics, les mécanismes de prêt devraient leur permettre de renforcer leurs systèmes de santé et d'autres piliers du développement socio-économique (19, 20, 23). Une plus grande solidarité mondiale est demandée : les pays à haut revenu doivent respecter leurs engagements en matière d'aide au développement. Les pays à revenu faible et intermédiaire ont besoin de l'aide des donateurs pour combler leur déficit de financement des programmes de prévention du VIH, en particulier pour les populations clés. La réduction des prix des produits liés au VIH, notamment en Amérique latine, en Europe orientale et en Asie centrale, sera également essentielle.

Les financements concessionnels supplémentaires et le développement à l'étranger ne sont cependant pas suffisants en soi : des interventions sont nécessaires pour garantir que les ressources supplémentaires sont utilisées pour soutenir ou reconstruire les services publics plutôt que pour rembourser les créanciers en période de forte tension budgétaire. Le secteur de la santé avait été particulièrement vulnérable à l'augmentation des obligations de remboursement de la dette à l'approche de la crise de la COVID-19. En 2019, par exemple, 64 pays dépensaient plus pour le service de leur dette extérieure que pour leur système de santé publique (mesuré en pourcentage des recettes publiques). Des dépenses moindres en matière de soins de santé affaiblissent la capacité à répondre au VIH et à d'autres pandémies (20). Des actions ambitieuses pour obtenir un allègement de la dette, y compris son annulation pure et simple, sont nécessaires (19, 23).

Au lieu d'exiger des pays à faible revenu qu'ils réduisent les budgets et les effectifs de leurs services publics, les mécanismes de financement internationaux devraient leur permettre de renforcer leurs systèmes de santé et d'autres piliers du développement socio-économique.



LA COVID-19 ET LES MESURES D'AUSTÉRITÉ MENACENT LA RIPOSTE DE LA ZAMBIE AU SIDA

Pour la riposte de la Zambie au VIH, c'est le moment de vérité. Si la Zambie a vu les nouvelles infections à VIH chuter de 47 % depuis 2010, ce qui correspond à l'ensemble de l'Afrique orientale et australe (avec une baisse de 44 %), les décès liés au sida n'ont diminué que de 40 % (contre 58 % pour l'ensemble de la région), et le nombre de personnes nécessitant un traitement à vie continue d'augmenter. La riposte nationale au VIH reste également fortement dépendante des sources externes, les donateurs internationaux couvrant plus de 95 % des dépenses du pays liées au VIH. La Zambie ayant accédé au statut de pays à revenu intermédiaire, les perspectives de mobilisation de l'aide internationale pour mettre la riposte nationale au sida sur les rails sont toutefois incertaines.

47 %

**DE DIMINUTION DU NOMBRE
DE NOUVELLES INFECTIONS À
VIH EN ZAMBIE DEPUIS 2010**

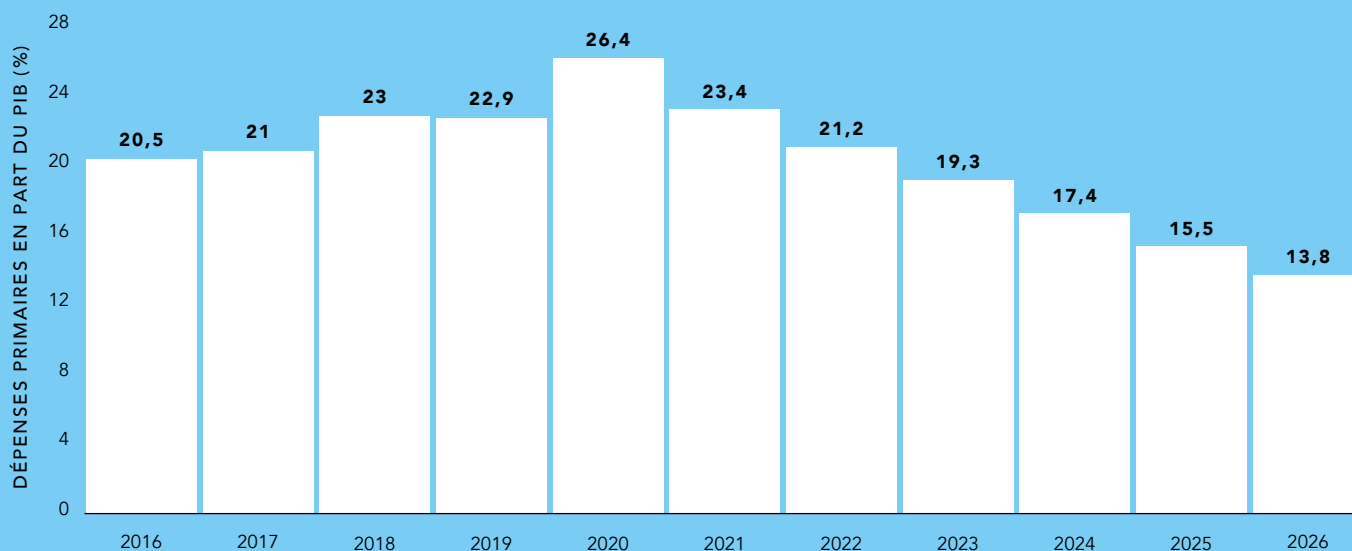
L'augmentation des dépenses nationales consacrées au sida, à la santé, à l'éducation et aux autres piliers essentiels d'une riposte forte au VIH est une priorité nationale urgente. Cependant, les espoirs de réaliser ces augmentations nécessaires des dépenses intérieures sont compromis par la situation macroéconomique du pays et la crise de la dette. Après une forte croissance économique avant la pandémie de COVID-19, l'économie s'est contractée de 2,8 % en 2020 en raison des confinements et d'autres effets de la COVID-19 (24). Lors d'une enquête de population réalisée en 2021, huit ménages sur dix en Zambie ont déclaré que leur entreprise ou leur emploi avait été affecté par la COVID-19, un sur trois faisant état d'une baisse de revenus ou d'une perte d'emploi pendant la pandémie (25).

Bien que l'économie zambienne ait depuis partiellement rebondi, sa capacité à tirer parti de la reprise pour financer les services de santé et les services sociaux a été compromise par la situation d'endettement du pays : après avoir servi à financer des investissements publics accrus, la dette publique de la Zambie dépasse désormais 100 % du produit intérieur brut et n'est pas viable (26). En 2020, la Zambie est devenue le premier État souverain depuis l'émergence de la COVID-19 à faire défaut sur sa dette nationale (27). Près de la moitié (46 %) de la dette de la Zambie est due à des prêteurs privés : 22 % à la Chine, 8 % à d'autres gouvernements et 18 % à des institutions multilatérales. La primauté des prêteurs privés rend difficile la restructuration de la dette de la Zambie, car les prêteurs privés sont généralement moins disposés que les prêteurs gouvernementaux ou multilatéraux à renoncer aux montants dus ou à les réduire.



Pour faire face à la crise de la dette, le gouvernement a conclu un accord avec le FMI. En échange d'un soutien économique, le pays s'est engagé à réduire considérablement les dépenses publiques. En vertu de cet accord, les dépenses publiques en 2026 (en pourcentage du produit intérieur brut) représenteront environ la moitié des dépenses de 2020 (figure 5.9).

FIGURE 5.9 Dépenses primaires du gouvernement (en pourcentage du produit intérieur brut), Zambie, 2016-2026



Source : Analyse de : World economic outlook: recovery during a pandemic. Health concerns, supply disruptions and price pressures. Washington (DC) : Fonds Monétaire International ; 2021.

L'austérité budgétaire est une réponse courante, mais souvent destructrice, aux crises de la dette. L'austérité budgétaire implicitement préconisée par cet accord met en péril la capacité de la Zambie à réaliser des investissements publics nationaux essentiels dans le domaine du VIH et de la santé, ou à investir dans d'autres secteurs qui influent sur la vulnérabilité au VIH et l'utilisation des services, comme l'éducation et la protection sociale.

Des actions urgentes sont nécessaires pour éviter des réductions potentiellement sévères des dépenses publiques en matière de santé et de protection sociale et pour permettre les types d'investissements centrés sur les personnes qui sont nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique. Une action internationale est nécessaire pour atténuer le fardeau de la dette du pays, en veillant particulièrement à persuader les prêteurs privés de participer à l'allégement de la dette. Les droits de tirage spéciaux du FMI, qui sont des actifs de réserve porteurs d'intérêts alloués aux États membres du FMI, devraient être réaffectés pour permettre une augmentation des liquidités en Zambie. Sur le plan intérieur, le pays devrait s'orienter vers un système d'imposition progressive, associé à des réformes institutionnelles visant à garantir la capacité du pays à collecter les impôts dus.

Page suivante

Des responsables de centres de jeunes au centre de développement communautaire du conseil municipal de Lusaka à Mandevu, Lusaka, Zambie, juin 2022.

INTERNATIONAL
**MANDEVU
YOUTH
PROJECT**
LCC

OFFICE

**CARPI
CLA**



RÉFÉRENCES

1. Kurowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery—implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: widening rifts. Washington (DC): World Bank; September 2021.
2. Global economic prospects, June 2022. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/37224/9781464818431.pdf>).
3. World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs. Geneva: WHO; 2022.
4. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018;6(2):e169-e179.
5. Global monitoring report on financial protection in health 2021. Geneva: WHO; 2021.
6. Qin VM, Hone T, Millett C, Moreno-Serra R, McPake B, Atun R et al. The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ Glob Health*. 2019;3(Suppl 3):e001087.
7. Steele SJ, Sugianto H, Baglione Q, Sedlimaier S, Niyibizi AA, Duncan K et al. Removal of user fees and system strengthening improves access to maternity care, reducing neonatal mortality in a district hospital in Lesotho. *Trop Med Int Health*. 2019;24(1):2-10.
8. Ridde V. From institutionalization of user fees to their abolition in West Africa: a story of pilot projects and public policies. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(Suppl 3):S6.
9. Zombré D, De Allegri M, Ridde V. Immediate and sustained effects of user fees exemption on health care utilization among children under five in Burkina-Faso; a controlled interrupted time-series analysis. *Soc. Sci Med*. 2017;179:27-35.
10. Case study of the elimination of HIV user fees: what can we learn from Cameroon. Geneva: UNAIDS; [forthcoming in 2022].
11. Atchessi N, Ridde V, Zunzunegui M-V. User fees exemption alone are not enough to increase indigent use of health services. *Health Policy Plan*. 2016;31:674-81.
12. Ministry of Public Health (Cameroon). Health sector strategy, 2016–2027. Yaoundé: Government of Cameroon; 2016.
13. UNAIDS internal analysis, 2022.
14. UNAIDS financial estimates, July 2022, and Global AIDS Monitoring reporting, using data from 96 countries that reported their latest expenditures on prevention and treatment interventions.
15. Allel K, Abou Jaoude GJ, Birungi C, Palmer T, Skordis J, Haghparasat-Bidgoli H. Technical efficiency of national HIV/AIDS spending in 78 countries between 2010 and 2018: a data envelopment analysis. *PLOS Global Public Health*. Forthcoming.
16. The monetary policy response to COVID-19: the role of asset purchase programmes. DESA policy brief no. 129. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs; February 2022 (<https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/un-desa-policy-brief-no-129-the-monetary-policy-response-to-covid-19-the-role-of-asset-purchase-programmes/>).
17. The monetary–fiscal policy nexus in the wake of the pandemic. BIS papers no. 122. Basel: Bank for International Settlements (Monetary and Economic Department); March 2022 (<https://www.bis.org/publ/bppdf/bispap122.pdf>).
18. World economic outlook: recovery during a pandemic. Health concerns, supply disruptions and price pressures. Washington (DC): International Monetary Fund; 2021.

19. *Financing for sustainable development report 2022: bridging the finance divide*. New York (NY): UN Department of Economic and Social Affairs; 2022 (<https://developmentfinance.un.org/fsdr2022>).
20. *A pandemic triad: HIV, COVID-19 and debt in developing countries*. Geneva: UNAIDS; 2022.
21. Ortiz I, Cummins M. *Global austerity alert: looming budget cuts in 2021–25 and alternative pathways*. New York (NY): Initiative for Policy Dialogue, Columbia University; 2021 (<https://policydialogue.org/files/publications/papers/Global-Austerity-Alert-Ortiz-Cummins-2021-final.pdf>).
22. *Fund concessional financial support for low-income countries—responding to the pandemic*. Washington (DC): International Monetary Fund; 2021 (<https://www.imf.org/en/Publications/Policy-Papers/Issues/2021/07/22/Fund-Concessional-Financial-Support-For-Low-Income-Countries-Responding-To-The-Pandemic-462520>).
23. *Developing countries must be provided with debt relief to prevent financial brink, preserve progress, Deputy Secretary-General tells Development Finance Dialogue*. In: *United Nations Meetings Coverage and Press Releases* [Internet]. 20 April 2022; DG/SM/1718. New York (NY): United Nations; c2022 (<https://www.un.org/press/en/2022/dsgsm1718.doc.htm>).
24. *The World Bank in Zambia*. In: *The World Bank* [Internet]. Updated 17 April 2022. Washington (DC): The World Bank; c2022 (<https://www.worldbank.org/en/country/zambia/overview#1>).
25. *Socio-economic impact assessment of COVID-19 on households in Zambia*. Lusaka: Zambia Statistics Agency; 2021 (<https://www.zamstats.gov.zm/backup/phocadownload/Socio%20Economic/Socio-economic%20Impact%20Assessment%20of%20COVID-19%20on%20Households%20in%20Zambia.pdf>).
26. *Zambia Economic Outlook*. In: *African Development Bank Group* [Internet]. African Development Bank; c2022 (<https://www.afdb.org/en/countries-southern-africa-zambia/zambia-economic-outlook>).
27. Smith E. *Zambia becomes Africa's first coronavirus-era default: what happens now?* In: *CNBC* [Internet]. 23 November 2020. CNBC LLC; c2022 (<https://www.cnbc.com/2020/11/23/zambia-becomes-africas-first-coronavirus-era-default-what-happens-now.html>).

PROFILS RÉGIONAUX

VI

PROFILS RÉGIONAUX

AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE



L'Afrique orientale et australe reste la région la plus touchée par le VIH, avec 20,6 millions [18,9 millions-23 millions] de personnes – 54 % de toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde. Des progrès considérables ont toutefois été réalisés au niveau régional, plus que dans toute autre région : le nombre de nouvelles infections à VIH, tous âges confondus, a diminué de 44 % entre 2010 et 2021 (38 % chez les femmes contre 52 % chez les hommes).

La région a également réalisé des progrès notables dans la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants : une baisse de 61 % depuis 2010. Néanmoins, le taux de transmission verticale du VIH après l'allaitement est encore estimé à 8,6 %. Dans la région, le Botswana, est le premier pays à forte charge de morbidité à obtenir le statut Argent sur la voie de l'élimination de la transmission verticale du VIH (voir le reportage sur le Botswana au chapitre 2).

Malgré ces progrès, la réduction des nouvelles infections à VIH doit s'accélérer pour que la région puisse mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Les gains régionaux masquent également des progrès plus lents dans des pays tels que Madagascar et le Soudan du Sud, où les nouvelles infections à VIH ont augmenté depuis 2010.

Les femmes et les filles continuent d'être touchées de manière disproportionnée par le VIH, représentant 63 % des nouvelles infections à VIH de la région en 2021. Les nouvelles infections à VIH sont trois fois plus élevées chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) que chez les hommes du même âge. Depuis 2010, la baisse des nouvelles infections à VIH a été beaucoup plus marquée chez les adolescents et les jeunes hommes (56 %) que chez les adolescentes et les jeunes femmes (42 %) ou les femmes plus âgées (25 à 49 ans) (29 %). Les lois sur l'âge de consentement entravent également les efforts visant à garantir l'accès des adolescentes et des jeunes femmes au dépistage du VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive.

20,6
MILLIONS

**DE PERSONNES VIVANT AVEC
LE VIH DANS LA RÉGION**

L'Afrique orientale et australe est la seule région où les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent moins de la moitié des nouvelles infections à VIH (46 % en 2021). Cependant, les populations clés de la région ont un risque relatif de contracter le VIH plus élevé que la population générale, les professionnel(le)s du sexe étant particulièrement exposé(e)s. Les lois qui criminalisent les populations clés dans de nombreux pays sapent les efforts visant à les atteindre et à les faire participer aux ripostes nationales au VIH.

Au moins six pays d'Afrique orientale et australe ont atteint les objectifs 90-90-90 en matière de dépistage et de traitement du VIH d'ici 2020 (Botswana, Eswatini, Malawi, Rwanda, Zambie et Zimbabwe). Quatre autres pays ont atteint une suppression virale de 73 % des personnes vivant avec le VIH d'ici à la fin de 2020 (Afrique du Sud, Kenya, Namibie et Ouganda). Si de nombreux pays ont atteint les deuxième et troisième objectifs 95-95-95 pour 2025 (plus de 95 % des personnes qui connaissent leur statut sérologique ont accès au traitement et plus de 95 % des personnes sous traitement ont supprimé leur charge virale), le premier objectif, à savoir que plus de 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, n'a été atteint par aucun pays de la région. Les hommes sont moins susceptibles que les femmes d'accéder aux services essentiels de lutte contre le VIH, ce qui souligne la nécessité d'approches innovantes pour : (a) garantir l'utilisation des services par les hommes vivant avec le VIH ou exposés au risque de le contracter ; (b) améliorer leur état de santé ; et (c) prévenir la transmission du VIH à leurs partenaires sexuels.

La riposte régionale au VIH est confrontée à d'importants défis, notamment les effets persistants de la pandémie de COVID-19, qui a perturbé les services et conduit certains pays à réaffecter leurs ressources sanitaires limitées à la lutte contre le VIH. Les troubles civils, la sécheresse et les inondations entravent également la fourniture de services liés au VIH et affectent l'engagement des pays à continuer de donner la priorité à la riposte au VIH.

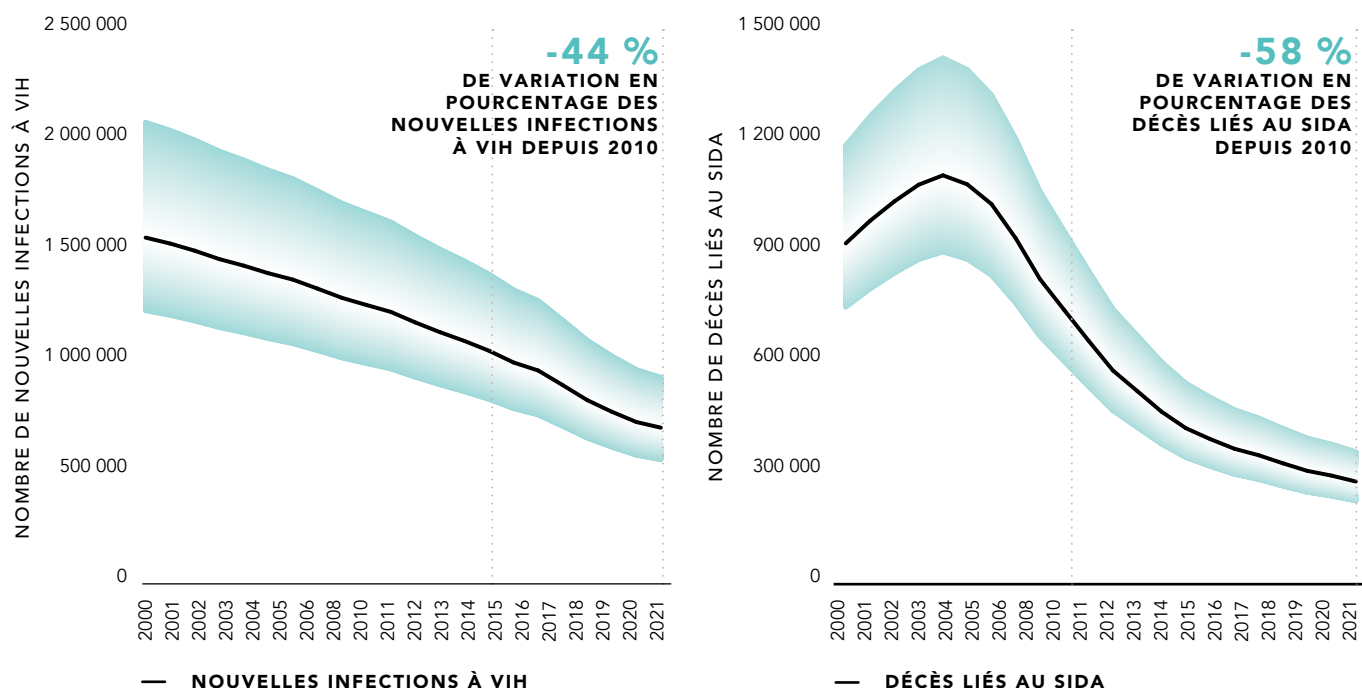
63 %

**DES NOUVELLES INFECTIONS
À VIH DANS LA RÉGION EN
2021 CONCERNAIENT DES
FEMMES ET DES FILLES**



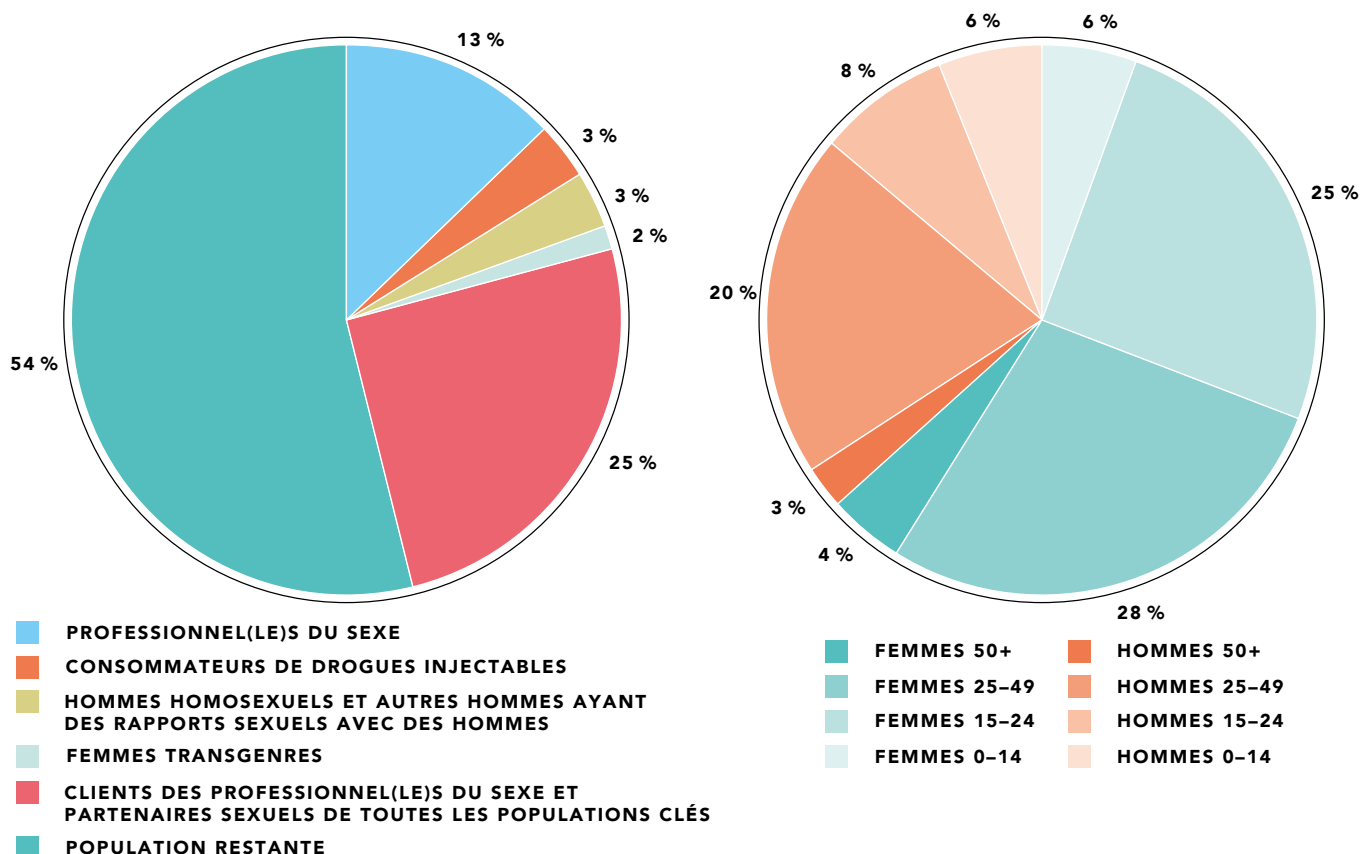
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 6.1 Nombre de nouvelles infections par le VIH et de décès liés au sida, Afrique orientale et australe, 2000-2021



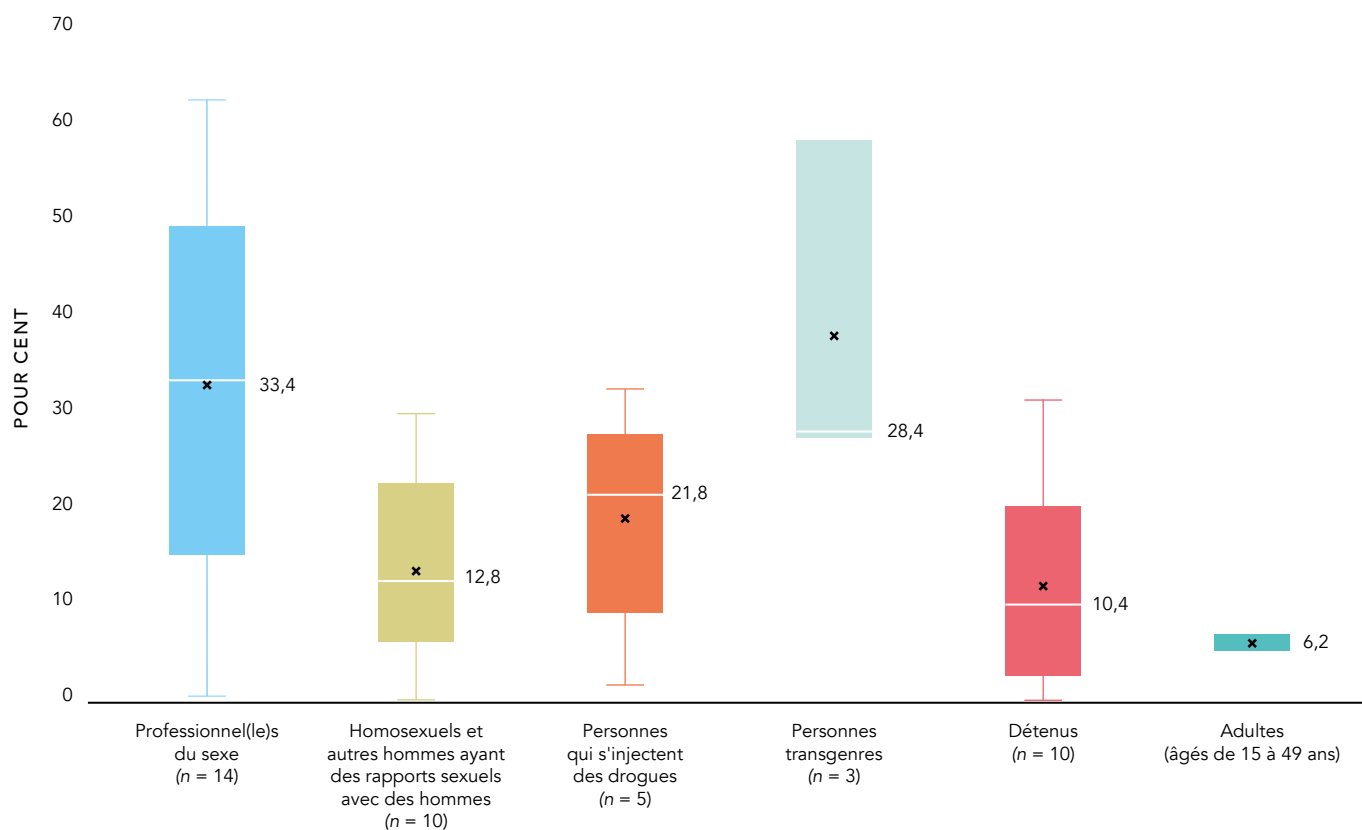
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 6.2 Répartition de l'acquisition de nouvelles infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Afrique orientale et australe, 2021

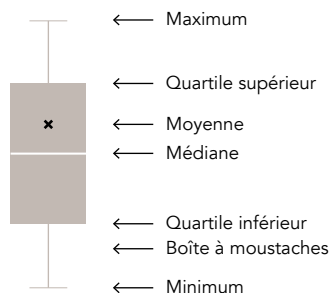


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 6.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés, pays déclarants d’Afrique orientale et australe, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données en Afrique orientale et australe était de:

- 33,4 %** chez les professionnel(le)s du sexe.
- 12,8 %** du sexe ; 12,8 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 21,8 %** chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- 28,4 %** chez les personnes transgenres.
- 10,4 %** chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de **6,2 % [5,5–6,9 %]**.

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

Notes : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 21.

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

TABLEAU 6.1 Estimation de la taille des populations clés, Afrique orientale et australe, 2018–2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Comores	450 000										
Eswatini	600 000	7 100		4 000	0,68 %					46 800	7,94 %
Kenya	25 700 000	197 000	0,79 %					4 400			
Lesotho	1 000 000	7 500		6 100							
Madagascar	14 000 000										
Malawi	9 200 000	36 100	0,41 %					1 000		14 200	
Namibie	1 300 000	3 900		2 200							
Rwanda	6 600 000	13 700	0,23 %	5 900							
Seychelles	99 000									280	0,29 %
Afrique du Sud	32 000 000	146 000	0,46 %	310 000	0,98 %			179 000	0,56 %	166 000	0,53 %
Soudan du Sud	6 500 000	8 400									
Ouganda	20 700 000										
République-Unie de Tanzanie	28 200 000										
Zambie	10 500 000									22 400	0,21 %
Zimbabwe	8 200 000			23 300						20 100	0,25 %
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			0,55 %	0,73 %							

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module Demproj de Spectrum, 2021 ; Perspectives de la population mondiale 2019 [Internet]. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies ; 2019 (données personnalisées acquises via le site web).

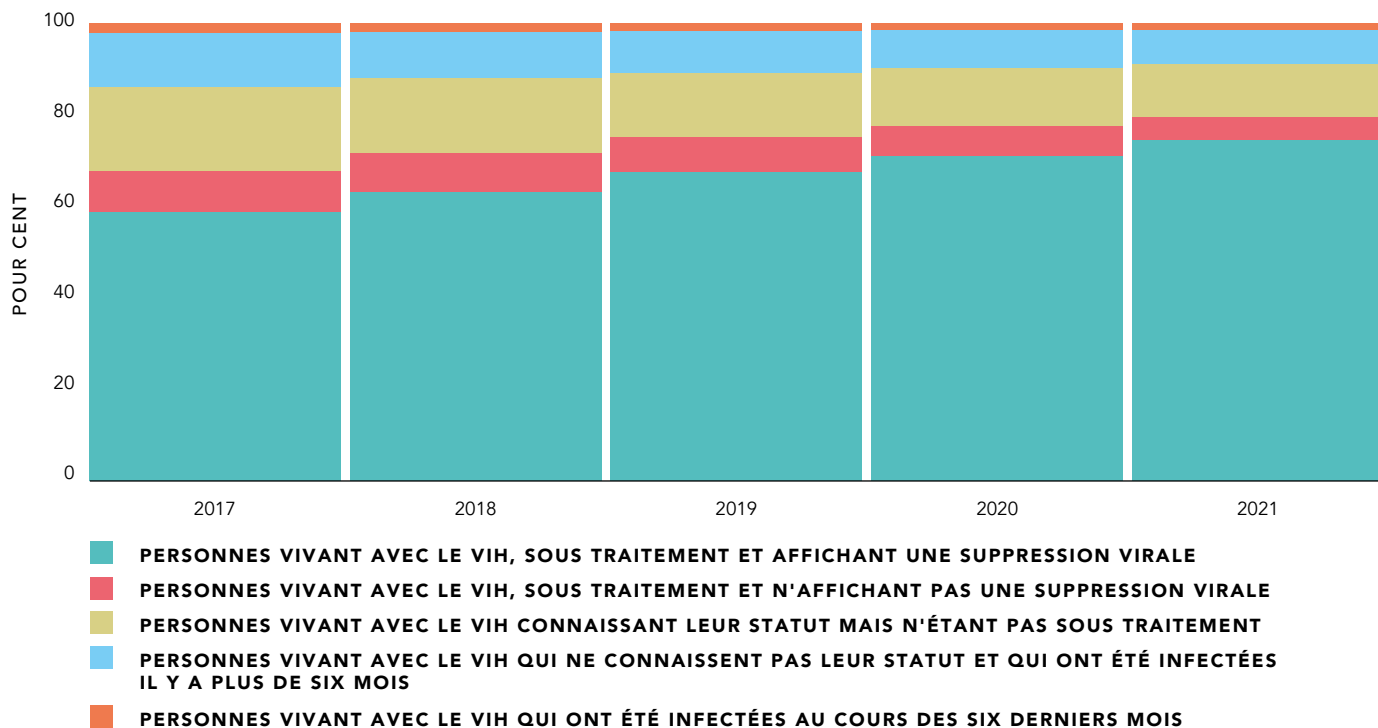
Remarque : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Remarque : Les régions couvertes par l'estimation de la taille de la population locale sont les suivantes :

- Namibie : Windhoek.
- Lesotho : Butha Buthe, Leribe, Mafeteng et Maseru.
- Malawi (personnes transgenres) : Blantyre, Lilongwe, Mzuzu, Chikwawa et Nkhotakota ; Blantyre, Chikwawa, Chitipa, Dedza, Karonga, Kasungu, Lilongwe, Mangochi, Mulanje, Mzimba, Mzuzu, Nkhata Bay, Nkhotakota, Ntcheu, Ntchisi, Nsanje, Rumphi, Thyolo et Zomba (détenus).
- Rwanda : Kigali.
- Soudan du Sud : Wau et Yambio.
- Zimbabwe : Bulawayo et Harare.

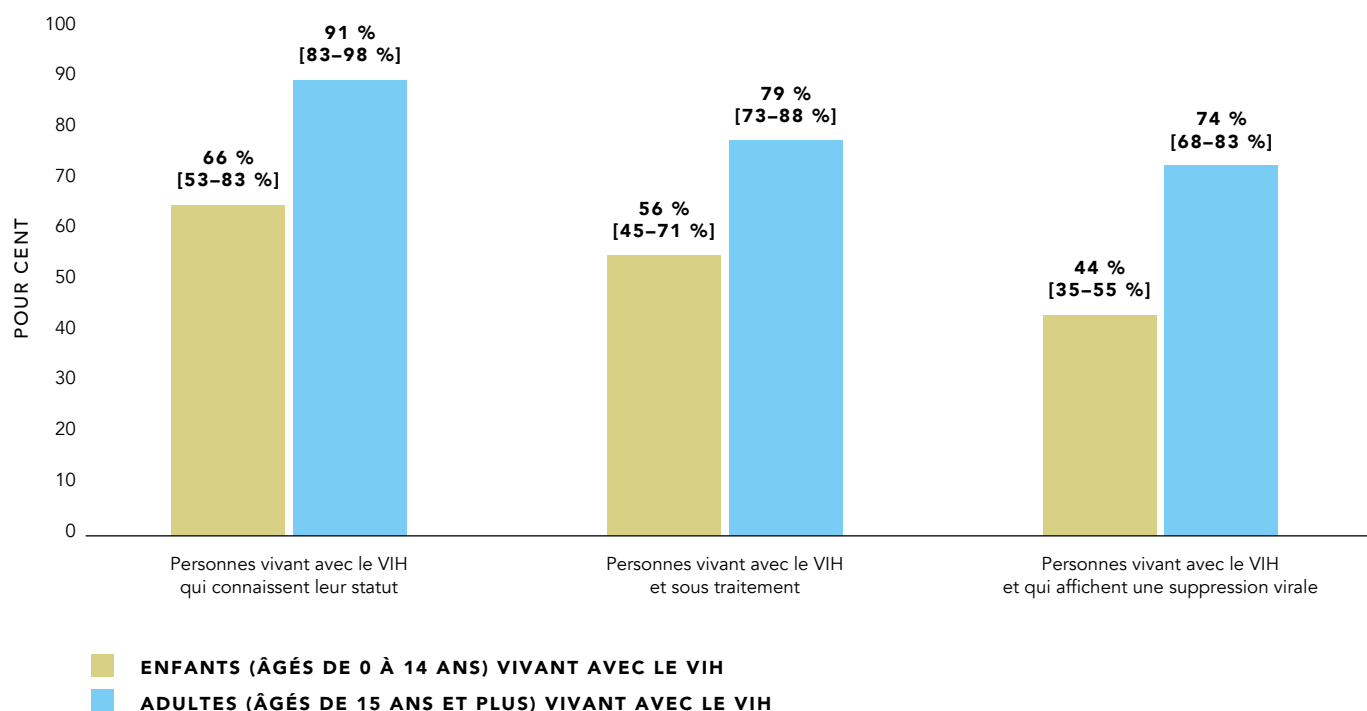
HIV SERVICES

FIGURE 6.4 Personnes vivant avec le VIH, personnes nouvellement infectées au cours des six derniers mois, et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de 15 ans et plus), Afrique orientale et australe, 2017-2021



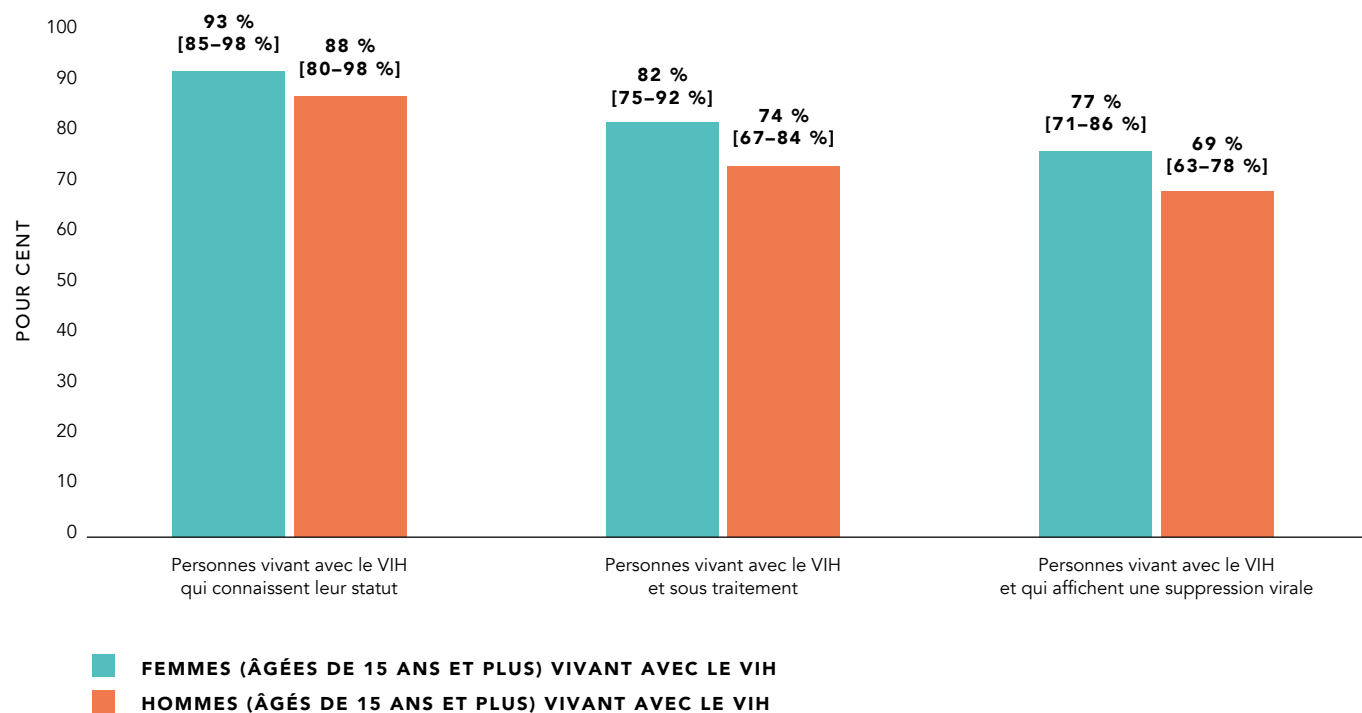
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 6.5 Dépistage et traitement en cascade du VIH, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), Afrique orientale et australe, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 6.6 Dépistage et traitement en cascade du VIH, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Afrique orientale et australe, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

LOIS ET POLITIQUES

TABLEAU 6.2 Laws and policies scorecard, eastern and southern Africa, 2022

	LOIS PUNITIVES							
	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du commerce du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe en privé	Criminalisation de la possession de petites quantités de drogue	Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH ²¹	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
Angola	5	6	13	17	1		22	3
Botswana	2	2	2	2	1		2	3
Comores	1	1	2	2	1		2	1
Érythrée		1	2	18	1			1
Eswatini	2	7	2	1	1		1	1
Éthiopie	4	3	1	2	2		23	2
Kenya	1	1	14	1	2		1	1
Lesotho	3	8	1	19	3		24	3
Madagascar	2	9	2	2	2		2	2
Malawi	1	1	1	1	1		1	1
Maurice	3	3	13	3	1		2	3
Mozambique	3	3	1	3	3		25	3
Namibie	3	10	15	20	1		26	2
Rwanda	1	11	1	1	1		27	1
Seychelles	1	1	1	1	1		1	1
Afrique du Sud	1	1	1	1	1		1	1
Soudan du Sud	3	1	16	1	1		3	1
Ouganda	1	1	1	1	1		1	1
République-Unie de Tanzanie	1	1	1	1	1		28	1
Zambie	1	12	1	2	1		1	1
Zimbabwe	1	1	1	1	29		1	1

CRIMINALISATION DES PERSONNES TRANSGENRES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU MÊME SEXE EN PRIVÉ

- Peine de mort
- Emprisonnement (14 ans-à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée
- Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

LOI CRIMINALISANT LA NON-DIVULGATION, L'EXPOSITION OU LA TRANSMISSION DU VIH

- Oui
- Non, mais des poursuites existent sur la base du droit pénal général
- Non
- Données non disponibles

LOIS ET POLITIQUES RESTREIGNANT L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

- Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Aucune restriction

CONSENTEMENT PARENTAL REQUIS POUR L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AU DÉPISTAGE DU VIH

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DÉPISTAGE OBLIGATOIRE DU VIH POUR LES PERMIS DE MARIAGE, DE TRAVAIL OU DE SÉJOUR OU POUR CERTAINS GROUPES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

	LOIS PROTECTRICES				
	Lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière de commerce du sexe	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'orientation sexuelle	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'identité de genre	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination pour les personnes qui s'injectent des drogues
Angola					3
Botswana	2	2	2	2	2
Comores		2	2		2
Érythrée					
Eswatini	1	1		1	1
Éthiopie	2				4
Kenya	1	1	2	1	1
Lesotho					3
Madagascar	1	2	2	2	1
Malawi	1	2	2	1	1
Maurice	3				3
Mozambique	3				3
Namibie	2				3
Rwanda	1	1	1	1	1
Seychelles	1	1	1	1	1
Afrique du Sud	1	1	1	1	1
Soudan du Sud	1			1	3
Ouganda	1	1	1	1	1
République-Unie de Tanzanie	1	1	1	1	1
Zambie	1	1	1	1	1
Zimbabwe	1	1	1	1	1

LOIS INTERDISANT TOUTE DISCRIMINATION FONDÉE SUR LA SÉROPOSITIVITÉ

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE COMMERCE DU SEXE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'ORIENTATION SEXUELLE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'IDENTITÉ DE GENRE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

Remarques : Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination : il s'agit de savoir si les interdictions constitutionnelles de discrimination ont été interprétées de manière à inclure le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues par les tribunaux/la politique gouvernementale et/ou s'il existe d'autres dispositions législatives de non-discrimination qui spécifient le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues.

1. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2022 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2021 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Angola. Código Penal. Article 189 (https://governo.gov.ao/fotos/frontend_1/gov_documentos/novo_codigo_penal_905151145fad02b10cd11.pdf).
6. Angola. Código Penal. I Série, Numéro 179. 11 nov. 2020 (<https://gazettes.africa/archive/ao/2020/ao-government-gazette-dated-2020-11-11-no-179.pdf>).
7. Eswatini. Loi sur les infractions sexuelles et la violence domestique, 2018. Articles 13–18; Eswatini. Loi sur les crimes, 61 de 1889. Article 49 (<http://www.osall.org.za/docs/2011/03/Swaziland-Crimes-Act-61-of-1889.pdf>) ; Engagements nationaux et instrument politique, 2022.
8. Lesotho. Loi sur le Code pénal (n° 6 de 2012), 2010. Article 55 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ls/ls022en.pdf>).
9. Madagascar. Code pénal, article 334bis, alinéa 9 (<http://www.justice.mg/wp-content/uploads/textes/1TEXTES%20NATIONAUX/DROIT%20PRIVE/les%20codes/CODE%20PENAL.pdf>).
10. Namibie. Articles 2 et 5 de la loi de 1980 sur la lutte contre les pratiques immorales (<https://commons.laws.africa/akn/na/act/1980/21/eng@2019-01-30.pdf>).
11. Rwanda. Loi organique instituant le Code pénal. Section 4 (https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/rwa/1999/penal-code-of-rwanda_html/Penal_Code_of_Rwanda.pdf).
12. Zambie Code pénal, Article 178a (<http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Penal%20Code%20Act.pdf>) ; Engagements nationaux et instrument politique, 2022.
13. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Genève : ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
14. Kenya. Code pénal, section 163–165 (<http://kenyalaw.org:8181/exist/kenyalex/actview.xql?actid=CAP.%2063>).
15. Namibie. Article 299 de la loi de 2004 sur les procédures pénales ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/ImplementingLaws.xsp?documentId=270C1710ED0A0ECCC12576CE004F3845&action=openDocument&xp_countrySelected=NA&xp_topicSelected=GVAL-992BU6&from=state&SessionID=DYHWPVAPG4#:~:text=Act%20No.,related%20matters%20in%20criminal%20proceedings.&text=The%20Criminal-20Procedure%20Act%20\(Act,Gazette%20on%2024%20December%202004\)](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/ImplementingLaws.xsp?documentId=270C1710ED0A0ECCC12576CE004F3845&action=openDocument&xp_countrySelected=NA&xp_topicSelected=GVAL-992BU6&from=state&SessionID=DYHWPVAPG4#:~:text=Act%20No.,related%20matters%20in%20criminal%20proceedings.&text=The%20Criminal-20Procedure%20Act%20(Act,Gazette%20on%2024%20December%202004))).
16. Soudan du Sud. Article 248 du Code pénal (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ss/ss014en.pdf>).
17. Angola. Artigo 23 lei sobre o tráfico e consumo de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores 1999 (<https://gazettes.africa/archive/ao/1999/ao-government-gazette-dated-1999-08-06-no-32.pdf>).
18. Érythée Code pénal de l'État d'Érythrée, 2015. Article 395 (<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/101051/121587/F567697075/ERI101051%20Eng.pdf>).
19. Lesotho. Loi de 2008 sur les drogues illicites (<https://www.lesothotradingportal.org.ls/kcfinder/upload/files/DRUGS%20OF%20ABUSE%20ACT%202008.pdf>).
20. Centre de réadaptation 41 de 1991 pour les substances produisant des abus et des dépendances.
21. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
22. Angola. Protocolo Servicios de Testagem para o VIH, 2017 (https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00MV73.pdf).
23. Éthiopie. HIV testing guidelines, 2007 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_125384.pdf).
24. Lesotho. Loi sur la protection et le bien-être des enfants, 2011. Section 233.
25. Mozambique. Loi 19/2014 Lei de Protecçao da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego vivendo con HIV e SIDA. Article 26 (http://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_361981/lang-en/index.htm).
26. Namibie. Directives nationales pour la thérapie antirétrovirale, 2016.
27. Directives nationales pour la prévention et la gestion du VIH et des IST. Édition 2016. Centre biomédical du Rwanda, ministère de la Santé de la République du Rwanda ; 2016 (https://rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/guide/SIGNED%20ENGLISH%20202016%20VERSION.pdf).
28. République-Unie de Tanzanie Directives nationales pour la gestion du VIH et du sida. Programme national de lutte contre le sida ; 2022 (<https://nacp.go.tz/download/national-guidelines-for-the-management-of-hiv-and-aids-april-2019/>).
29. Zimbabwe. Loi sur les mariages 2022 (https://www.veritaszim.net/sites/veritas_d/files/MARRIAGES%20ACT%20%20No.%201%20of%202022.pdf) ; Code pénal, section 79 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/72803/74195/F858899812/ZWE72803.pdf>).

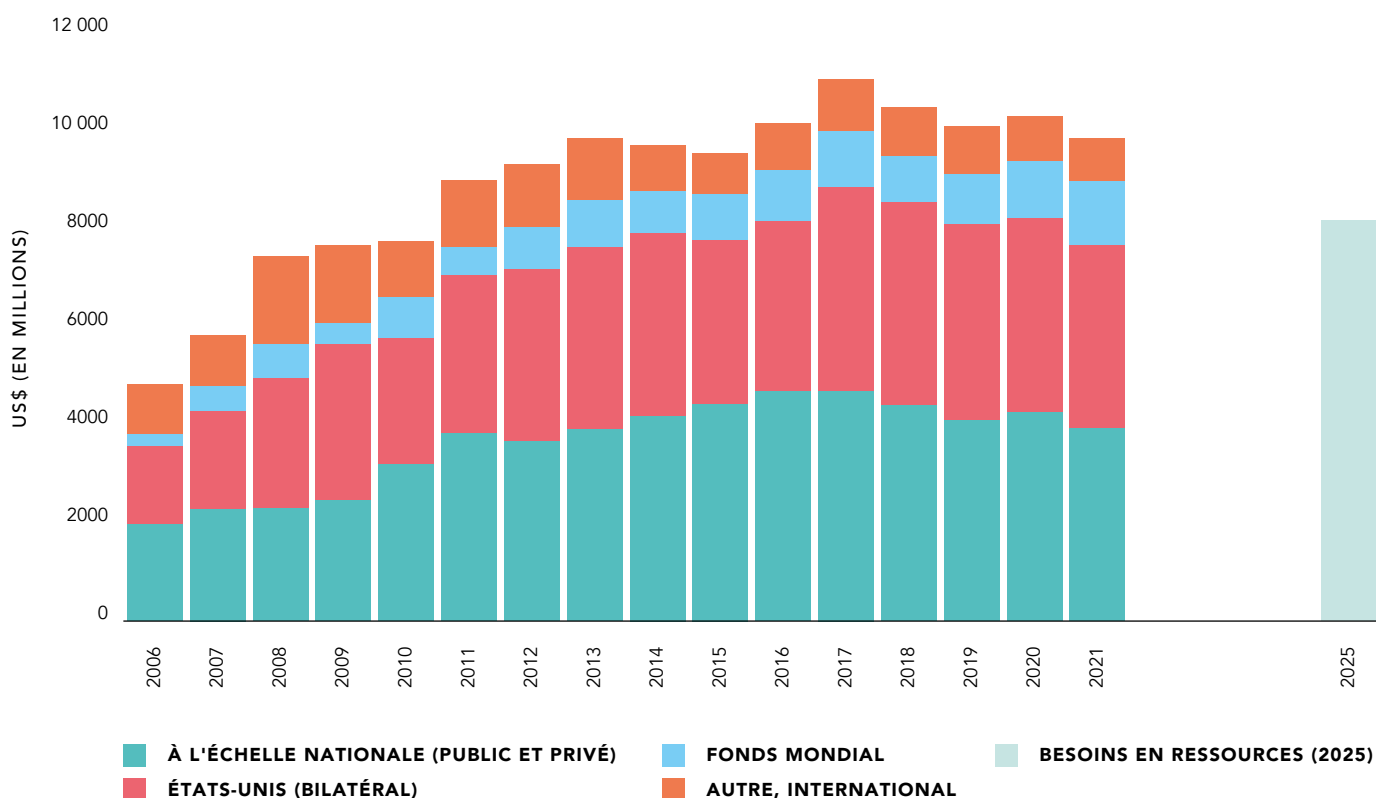
INVESTIR POUR METTRE FIN AU SIDA

L'Afrique orientale et australe a réussi à la fois à mobiliser des ressources et à réduire les nouvelles infections et la mortalité liée au sida. Toutefois, malgré les récentes augmentations des ressources annuelles, on constate une diminution de 5 % des ressources annuelles consacrées au VIH dans la région en 2021 (figure 6.7). Le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) ont respectivement contribué à concurrence de 38 % et 13 % des ressources régionales ; 40 % des ressources ont été mobilisées auprès de sources nationales.

Malgré le succès de la mobilisation des ressources, la part des ressources nationales était de 22 % du total. Sur la base des dernières données relatives aux dépenses nationales, cinq pays ont augmenté les ressources publiques nationales consacrées au VIH au cours des cinq dernières années, tandis que neuf pays ont diminué les dépenses publiques. Dix pour cent des ressources totales consacrées au VIH ont été allouées aux interventions de prévention dans la région. La part des dépenses liées au VIH allouée aux populations clés était très faible (2 %), et elle continue de dépendre des ressources internationales.

Par rapport aux besoins annuels en ressources en 2025, les ressources disponibles en 2021 étaient suffisantes. La région devra mettre l'accent sur l'efficacité de l'allocation pour les interventions les plus efficaces, augmenter les ressources provenant de sources nationales et internationales pour les populations clés et les groupes vulnérables, et améliorer les processus d'efficacité technique pour utiliser efficacement les ressources disponibles.

FIGURE 6.7 Disponibilité des ressources pour le VIH, Afrique orientale et australe, 2006-2021, et estimation des besoins en ressources pour le VIH à l'horizon 2025



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

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. US\$ (EN MILLIONS).



On estime à 80 000 le nombre de personnes ayant participé à la Kabaka Birthday Run 2022, un événement annuel ayant pour thème « Les hommes pour la santé et l'éradication du sida d'ici 2030 ». Buganda, Ouganda, juillet 2022.

PROFILS RÉGIONAUX

AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE



Le VIH continue d'avoir un impact majeur sur la santé et le bien-être en Afrique occidentale et centrale, avec 5 millions [4,5 millions-5,6 millions] de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2021. La région a la troisième charge la plus élevée de personnes vivant avec le VIH dans le monde, avec cinq pays représentant environ deux tiers de toutes les personnes vivant avec le VIH dans la région.¹

Des progrès régionaux substantiels ont été accomplis vers l'objectif d'éradication du sida : le nombre de nouvelles infections à VIH, tous âges confondus, a diminué de 43 % entre 2010 et 2021, avec une baisse plus rapide chez les hommes (49 %) que chez les femmes (38 %). Le taux d'incidence est plus de trois fois plus élevé chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) que chez les hommes du même âge. Depuis 2010, la baisse des nouvelles infections à VIH a été beaucoup plus rapide chez les adolescents et les jeunes hommes (56 %) que chez les adolescentes et les jeunes femmes (39 %). En 2021, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 74 % des nouvelles infections à VIH.

Dans certains pays, la lutte contre le VIH donne de meilleurs résultats, mais les progrès accomplis pour mettre fin au sida restent insuffisants en raison d'une combinaison de facteurs, notamment un manque de volonté politique, des systèmes de santé fragiles, un faible soutien aux organisations communautaires, des lois punitives et une dépendance continue à l'égard des frais d'utilisation des services de santé. De nombreux pays et communautés de la région sont fragiles, touchés par des conflits, l'insécurité et des crises humanitaires. Les effets économiques et sociaux de la pandémie de COVID-19 représentent un fardeau supplémentaire dont la riposte régionale au VIH ne s'est pas encore totalement remise.

Les avancées programmatiques n'ont pas suffi à répondre aux besoins régionaux en matière de services liés au VIH centrés sur les personnes. En raison de cadres juridiques punitifs et d'environnements sociaux hostiles, de nombreuses populations clés se méfient des services de traitement et de dépistage standard. La pénurie de services de lutte contre le VIH et de services de santé sexuelle et reproductive tenant compte des spécificités de chaque sexe, et l'incapacité à intégrer pleinement les services existants, contribuent au fardeau disproportionné que l'épidémie fait peser sur les femmes et les filles.

¹ Ces cinq pays sont le Cameroun, la Côte d'Ivoire, la République démocratique du Congo, le Ghana et le Nigeria..

La région continue de progresser vers les objectifs 95-95-95. En 2021, 80 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique, 98 % des personnes connaissant leur séropositivité accédaient à un traitement (78 % de toutes les personnes vivant avec le VIH) et 88 % des personnes sous traitement avaient supprimé leur charge virale (69 % de toutes les personnes vivant avec le VIH). Les progrès récents se reflètent dans l'expansion des modèles de prestation de services différenciés qui ont contribué à atténuer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'accès aux services, mais les enfants vivant avec le VIH sont laissés pour compte : seuls 35 % d'entre eux avaient accès au traitement antirétroviral en 2021. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour transformer ces avancées en réponses structurelles et faire de l'Afrique occidentale et centrale une région véritablement transformatrice. Cela peut se faire en s'attaquant aux inégalités qui augmentent la vulnérabilité, diminuent l'accès aux services et aggravent les disparités liées au VIH. Sous la direction du gouvernement du Sénégal, le sommet de haut niveau de Dakar, qui s'est tenu en novembre 2021, a appelé à « réinventer la riposte à la pandémie de VIH » et témoigne d'un engagement politique renouvelé en faveur de la riposte au VIH (1).

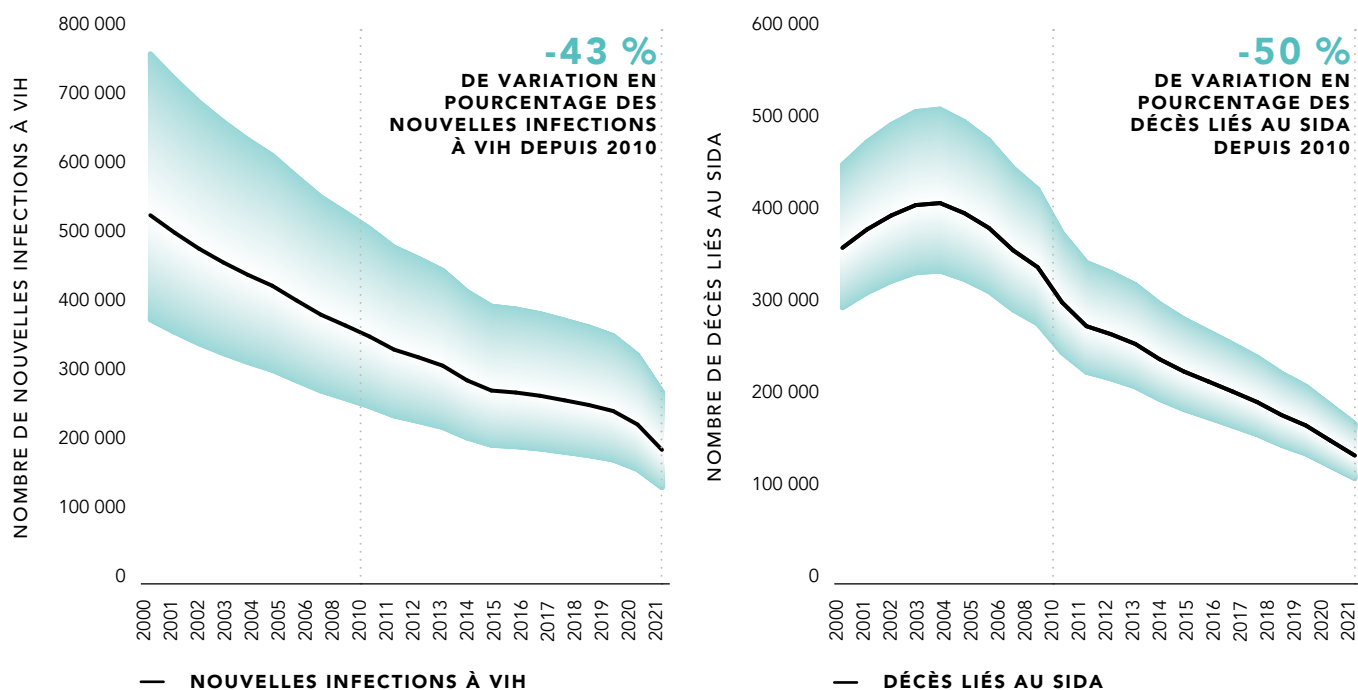
74 %

**DES NOUVELLES
INFECTIONS À VIH EN
2021 CONCERNAIENT
LES POPULATIONS CLÉS
ET LEURS PARTENAIRES
SEXUELS**



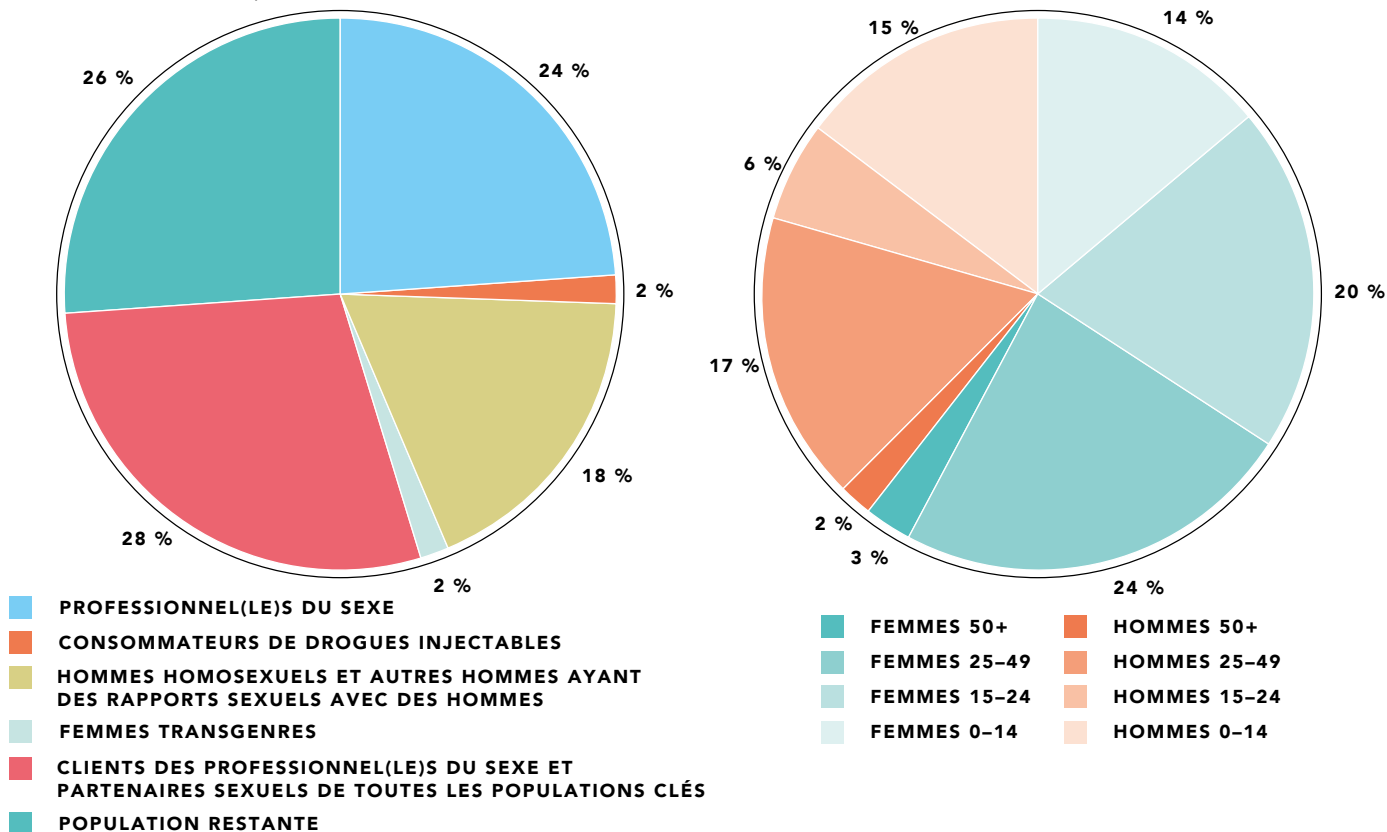
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 7.1 Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, Afrique occidentale et centrale, 2000-2021



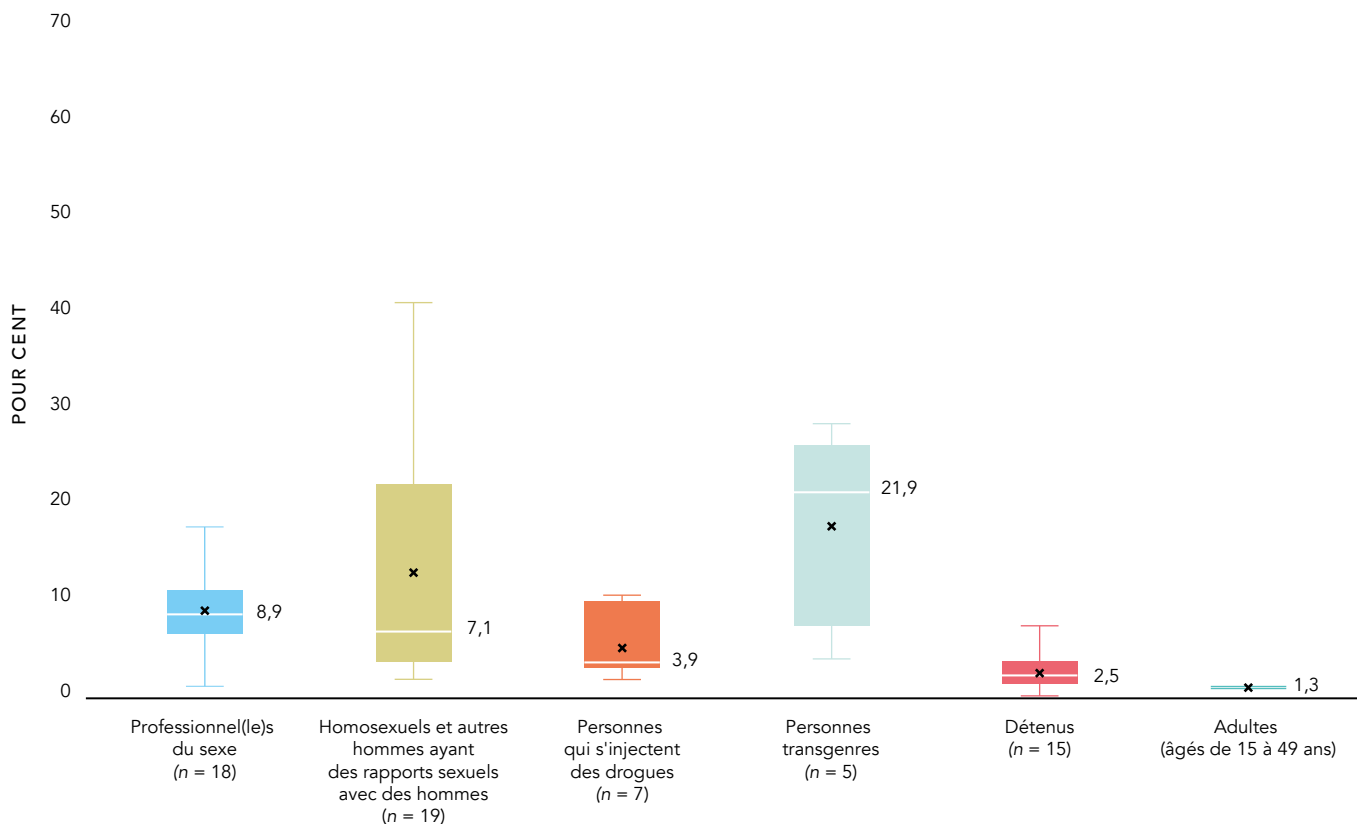
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 7.2 Répartition de l'acquisition de nouvelles infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Afrique occidentale et centrale, 2021

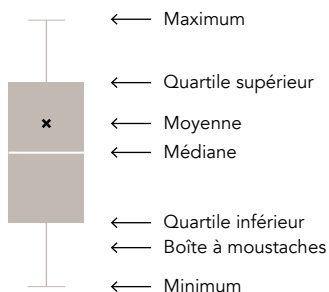


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 7.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés par rapport aux adultes (âgés de 15 à 49 ans), pays déclarants d'Amérique latine, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données en Asie et dans le Pacifique était de :

- 8,9 % chez les professionnel(le)s du sexe.
- 7,1 % sexe ; 14,4 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 3,9 % chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- 21,9 % chez les personnes transgenres.
- 2,5 % chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de **1,3 % [1,1-1,4 %]**.

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

Remarques : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 25.

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

TABLEAU 7.1 Estimation de la taille des populations clés, Afrique occidentale et centrale, 2018–2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Bénin	5 900 000										
Burkina Faso	10 000 000									5 000	0,05 %
Cameroun	13 300 000										
République centrafricaine	2 300 000	3900		3000							
Tchad	7 700 000	33 800		8200		710					
Côte d'Ivoire	13 300 000			56 000				660		42 400	0,33 %
Rép. démocratique du Congo	51 000 000	350 000	0,76 %			156 000	0,34 %			36 700	0,07 %
Gambie	1 200 000	4700		1700						710	0,06 %
Guinée	6 500 000	26 600	0,41 %	27 400	0,42 %						
Mali	9 300 000	18 100		4100		5600		500			
Mauritanie	2 100 000	8500		7600							
Niger	10 600 000										
Nigeria	105 000 000					326 000	0,32 %			70 800	0,07 %
Sénégal	8 100 000			52 500	0,67 %					11 000	0,14 %
Sierra Leone	4 000 000	11 500		3200		7600		1100			
Togo	4 100 000	29 400	0,72 %							5100	0,13 %
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			1,50 %		0,64 %		0,09 %		0,09 %		-

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Module Demproj de Spectrum, 2022.

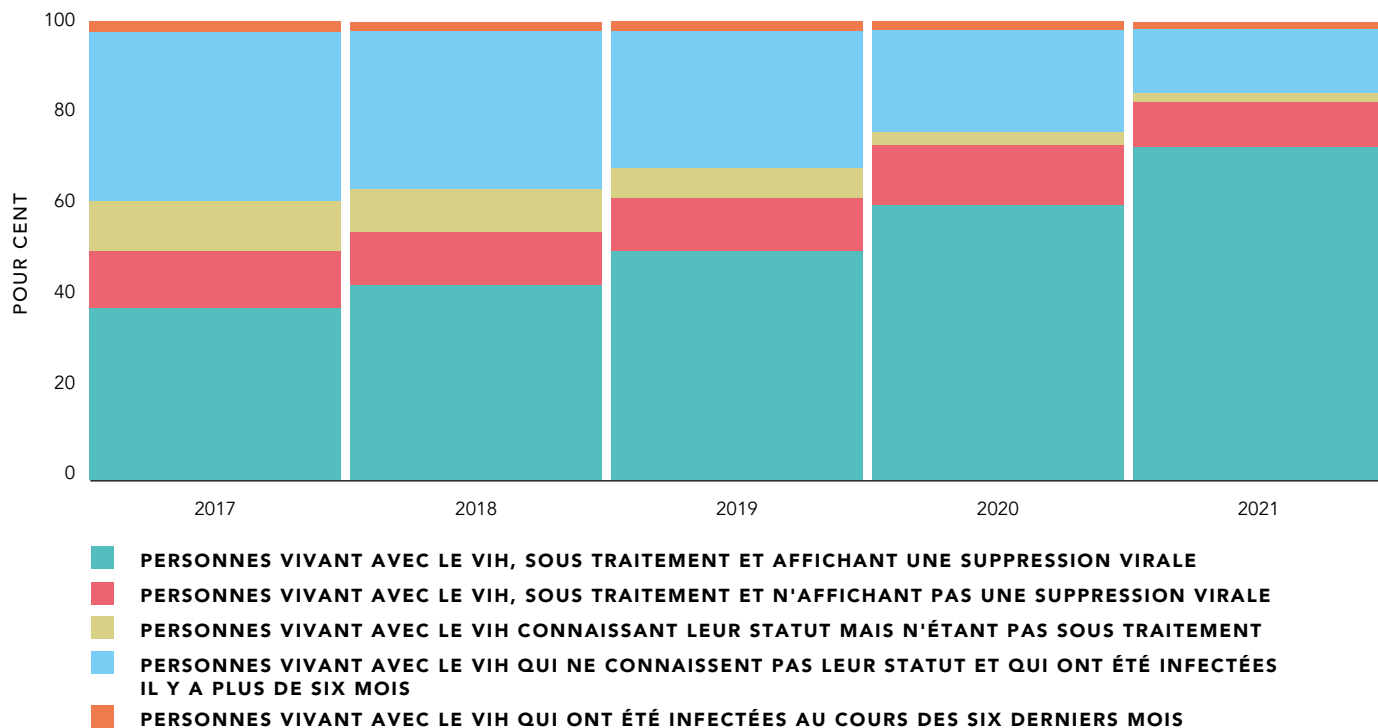
Remarque : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Remarque : Les régions couvertes par l'estimation de la taille de la population locale sont les suivantes :

- République centrafricaine : Capitale (Bangui), Préfectures (Berberati et Bouar), Sous-préfectures (Boali et Carnot).
- Tchad : Ati/Oum-Hadjer N'Djaména Moundou Doba Koumra Bongor Sarh Abéché (professionnel(le)s du sexe) ; Abéché N'Djaména Ati Oum-Hadjer Sarh Bongor Moundou Koumra (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ; 11 villes (personnes s'injectant des drogues). Côte d'Ivoire : Abengourou, Abidjan, Bouaké, Divo, Gagnoa, Issia, Korhogo, Man, Ouangolo, San-Pédro et Yakro (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ; Bouaké, San-Pédro et Yamoussoukro (personnes s'injectant des drogues) ; Abidjan (personnes transgenres).
- Gambie : Banjul.
- Mali : Bamako, Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso (professionnel(le)s du sexe) ; Bamako, Gao, Kayes, Koulikoro, Mopti, Ségou et Sikasso (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ; District de Bamako et les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti (personnes s'injectant des drogues) ; Bamako, Kayes, Koulikoro, Sikasso ; Ségou et Mopti (personnes transgenres).
- Mauritanie : les six plus grandes villes du pays.
- Sierra Leone : Bombali (Nord), Bo (Sud), Kenema (Est), Port Loko (Nord-Ouest), Western Rural et Western Urban (professionnel(le)s du sexe, personnes qui s'injectent des drogues et personnes transgenres) ; Bombali (Nord), Bo (Sud), Kenema (Est), Kono (Est), Port Loko (Nord-Ouest), Western Rural et Western Urban (hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).

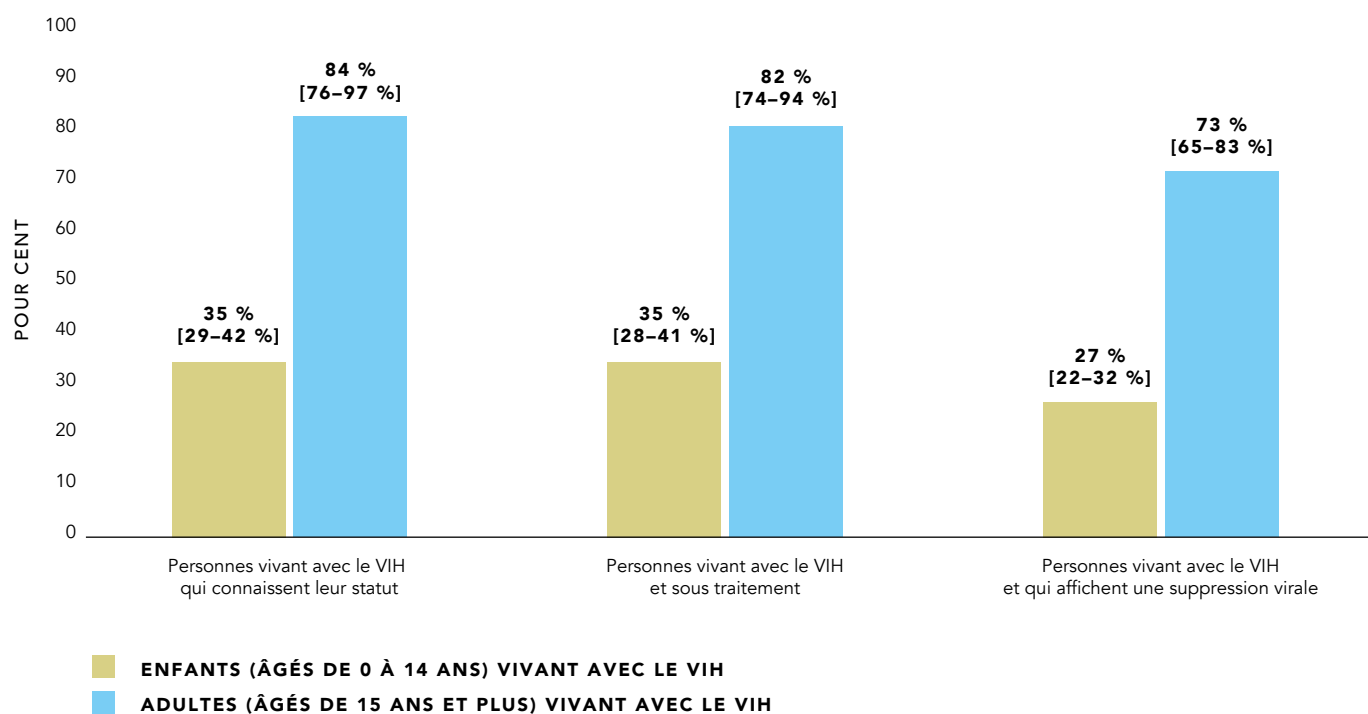
SERVICES LIÉS AU VIH

FIGURE 7.4 Personnes vivant avec le VIH, personnes nouvellement infectées au cours des six derniers mois, et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de 15 ans et plus), Afrique orientale et australe, 2017-2021



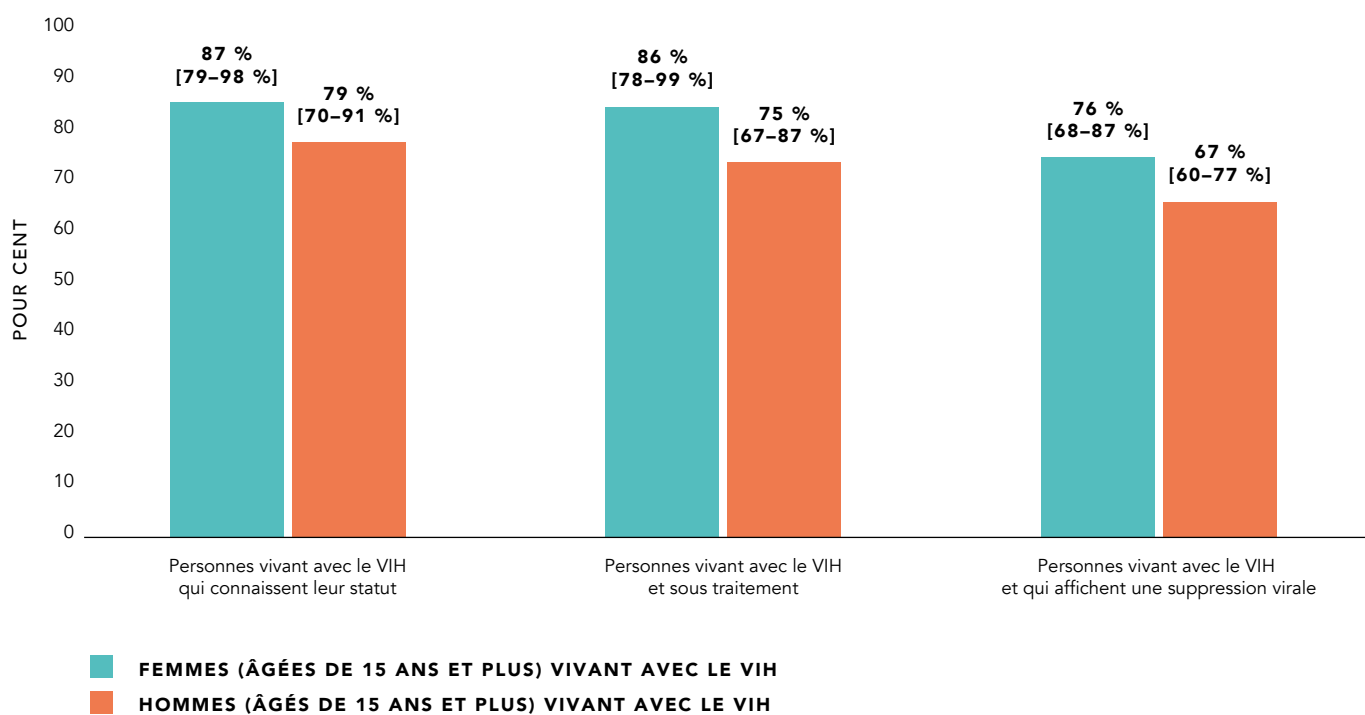
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 7.5 Dépistage et traitement en cascade du VIH, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), Afrique occidentale et centrale, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 7.6 Dépistage et traitement en cascade du VIH, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Afrique occidentale et centrale, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

LOIS ET POLITIQUES

TABLEAU 7.2 Laws and policies scorecard, western and central Africa, 2022

	LOIS PUNITIVES							
	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du commerce du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe en privé	Criminalisation de la possession de petites quantités de drogue	Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH ²⁴	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
Bénin	1	1	1	1	1		3	1
Burkina Faso	1	6	1	1	1		1	1
Burundi	5	11	18		23		4	4
Cap Vert		13	18		23			
Cameroun	1	1	1	1	1		25	1
République centrafricaine	1	7	1	1	1		1	31
Tchad	1	8	1	1	1		26	1
Congo	3	3	3	3	3		3	3
Côte d'Ivoire	1	1	1	1	1		1	1
République démocratique du Congo	3	3	18		22		29	3
Guinée équatoriale	2	14	1		2		30	2
Gabon	1	1	1	1	1			1
Gambie		12	18	19	22		3	2
Ghana	1	1	1	1	1		1	1
Guinée	1	9	15	1	1		27	1
Guinée Bissau	3	3	3	20	23			3
Liberia	1	1	1	1	1		1	1
Mali	2	10	2	2	1		28	2
Mauritanie	1	1	1	1	1		2	1
Niger	2	1	1	1	1		1	1
Nigeria	1	1	1	1	1		1	1
Sao Tomé-et-Principe	3	3	3	3	3		3	3
Sénégal	1	1	16	1	1		1	1
Sierra Leone	1	1	1	1	21		1	1
Togo	1	1	17	1	1		1	1

CRIMINALISATION DES PERSONNES TRANSGENRES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU MÊME SEXE EN PRIVÉ

- Peine de mort
- Emprisonnement (14 ans-à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée
- Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

LOI CRIMINALISANT LA NON-DIVULGATION, L'EXPOSITION OU LA TRANSMISSION DU VIH

- Oui
- Non, mais des poursuites existent sur la base du droit pénal général
- Non
- Données non disponibles

LOIS ET POLITIQUES RESTREIGNANT L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

- Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Aucune restriction

CONSENTEMENT PARENTAL REQUIS POUR L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AU DÉPISTAGE DU VIH

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DÉPISTAGE OBLIGATOIRE DU VIH POUR LES PERMIS DE MARIAGE, DE TRAVAIL OU DE SÉJOUR OU POUR CERTAINS GROUPES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

	LOIS PROTECTRICES				
	Lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière de commerce du sexe	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'orientation sexuelle	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'identité de genre	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination pour les personnes qui s'injectent des drogues
Bénin	1	2	2	1	2
Burkina Faso	1	1	1	1	1
Burundi					5
Cap Vert					
Cameroun	1	2	1	2	2
République centrafricaine	1	1	1	1	1
Tchad	1	1	1	1	1
Congo	3				3
Côte d'Ivoire	1	1	1	1	1
République démocratique du Congo					3
Guinée équatoriale	2	2	2		2
Gabon	1		1		3
Gambie					
Ghana	1	1	1	1	1
Guinée	1	2	2		2
Guinée Bissau	3				3
Liberia	1	1	1	1	1
Mali	2	2	2		2
Mauritanie	2			2	2
Niger	1	1	1	1	1
Nigeria	1	1	2	2	2
Sao Tomé-et-Principe	3				3
Sénégal	1	1	1	1	1
Sierra Leone	1	1	1	1	1
Togo	1	1	1	1	1

LOIS INTERDISANT TOUTE DISCRIMINATION FONDÉE SUR LA SÉROPOSITIVITÉ

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE COMMERCE DU SEXE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'ORIENTATION SEXUELLE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'IDENTITÉ DE GENRE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

Remarques : Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination : il s'agit de savoir si les interdictions constitutionnelles de discrimination ont été interprétées de manière à inclure le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues par les tribunaux/la politique gouvernementale et/ou s'il existe d'autres dispositions législatives de non-discrimination qui spécifient le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues.

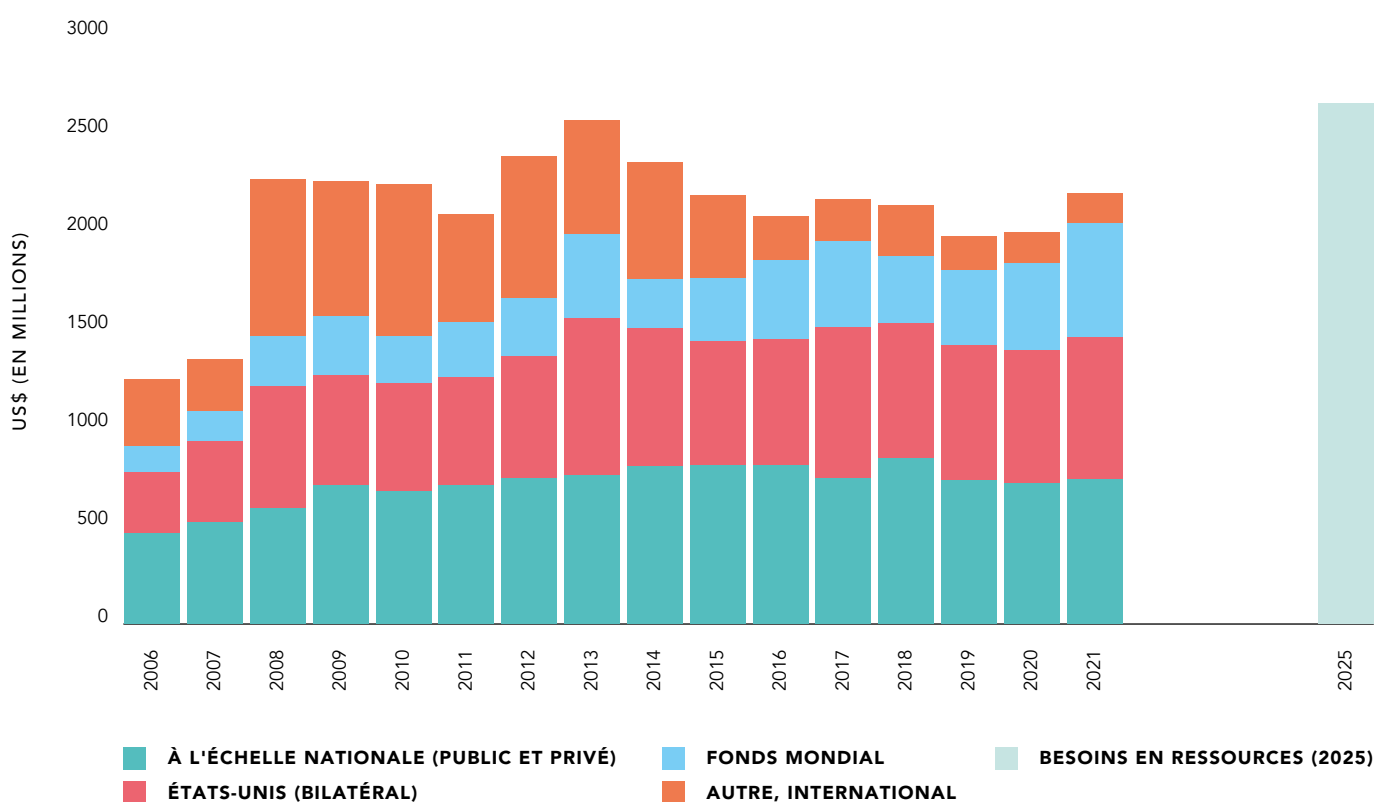
1. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2022 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2021 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Burkina Faso. Loi no. 025-2018, Article 533-20 (<https://www.refworld.org/docid/3ae6b5cc0.html>); Burkina Faso. Code pénal 2019, Article 533-20.
7. République centrafricaine. Article 90 du Code pénal (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cf/cf003fr.pdf>).
8. Tchad. Code pénal 2017, Articles 351, 335 et 336 (<https://www.droit-afrique.com/uploads/Tchad-Code-penal-2017.pdf>).
9. Guinée. Code pénal, Articles 346 et 351 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
10. Mali. Code pénal, Article 179 (<https://wipolex.wipo.int/en/text/193676>).
11. Burundi. Code pénal, Articles 548, 539–546 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/\\$FILE/Code%20P%C3%A9nal%20du%20Burundi%20.pdf](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl-nat.nsf/0/cb9d300d8db9fc37c125707300338af2/$FILE/Code%20P%C3%A9nal%20du%20Burundi%20.pdf)).
12. Mauritanie. Loi sur le Code pénal, article 253 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mu/mu008en.pdf>).
13. Cap Vert. Code pénal (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/pt/cv/cv001pt.pdf>).
14. Guinée équatoriale. Code pénal, Article 452(bis) (<https://acjr.org.za/resource-centre/penal-code-of-equatorial-guinea-1963/view>).
15. Guinée. Code pénal, Article 274 (<https://www.refworld.org/docid/44a3eb9a4.html>).
16. Sénégal. Code pénal, Article 319 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70562/85594/F-2143944421/SEN-70562.pdf>).
17. Togo Code pénal, Articles 392 et 393 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/104616/127692/F-194593081/TGO-104616.pdf>).
18. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Genève : ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
19. Gambie. Loi sur le contrôle des stupéfiants (2003), Article 35 (<http://www.dleag-gambia.org/en/article/drug-laws>).
20. Guinée Bissau. Decreto-Lei n° 2-B, de 28 de Outubro de 1993 (<https://fecong.org/pdf/crianca/CodigoPenal.pdf>).
21. Sierra Leone. Loi de 2011 sur la Commission nationale du VIH et du sida (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/94292/110645/F-1423921567/SLE94292%20Eng.pdf>).
22. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2. Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016 (<https://www.scribd.com/doc/312008825/Advancing-HIV-Justice-2-Building-momentum-inglobal-advocacy-against-HIV-criminalisation>).
23. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2019.
24. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
25. Cameroun. Directives nationales de prévention et de prise en charge du VIH au Cameroun, 2014 (https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2017-05/Cameroon_National-Integrated-HIV-Guidelines2014.pdf).
26. Tchad. Loi N°019/PR/2007 du 15 novembre 2007 portant lutte contre VIH/sida/IST et protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH/sida. Articles 10 et 21 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126793.pdf).
27. Guinée. Article 22a, Ordonnance n°056/2009/PRG/SGG relative à la Prévention, la Prise en Charge et le Contrôle du VIH / sida en République de Guinée (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/110861/138035/F369965148/GIN-110861.pdf>).
28. Mali. Normes et Procédures des Services de Dépistage du VIH au Mali: Haut Conseil National de Lutte Contre le sida, 2017.
29. République démocratique du Congo. Article 37 Loi No. 18/012 du 09 juillet 2018 modifiant et complétant la Loi n° 08/011 du 14 juillet 2008 portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des personnes affectées (<https://toolkit.hivjusticeworldwide.org/fr/resource/loi-n18012-du-09-juillet-2018-modifiant-et-complétant-la-loi-n-08011-du-14-juillet-2008-portant-protection-des-droits-des-personnes-vivant-avec-le-vihsida-et-des-personnes-affectees/>).
30. Guinée équatoriale. Article 25 Loi N 3/2005 du 9 mai 2005 sur la prévention et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles/VIH/sida et la défense des droits de l'homme des personnes concernées.
31. République centrafricaine. Loi n°06.030 de 2006 établissant les droits et obligations des personnes vivant avec le VIH/sida.

INVESTIR POUR METTRE FIN AU SIDA

En 2021, on observe une augmentation annuelle de 9 % des ressources totales consacrées au VIH dans la région (figure 7.08). Cette augmentation est principalement due aux décaissements du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), qui ont augmenté les ressources de 24 % et 6 %, respectivement. Malgré l'augmentation annuelle en 2021, les ressources totales consacrées au VIH sont inférieures de 2 % à celles de 2010. Si l'on compare les besoins annuels en ressources estimés en 2025 et la disponibilité en 2021, on constate un déficit de financement de 22 % dans la région.

La mobilisation des ressources nationales est également une préoccupation. Alors que les ressources intérieures ont augmenté de 3 % en 2021, les ressources annuelles provenant de sources intérieures ont baissé de 13 % en 2021 par rapport à 2018. Les ressources tant extérieures qu'intérieures doivent augmenter pour pouvoir atteindre les objectifs de 2025, et le financement des programmes de prévention devra être renforcé. La part nationale du financement des programmes de prévention dans la région était de 24 %, tandis que 33 % de toutes les ressources pour le traitement provenaient de ressources nationales. La région est très dépendante des ressources externes pour les produits antirétroviraux (81 %).

FIGURE 7.7 Disponibilité des ressources pour le VIH, Afrique occidentale et centrale, 2010-2020, et estimation des besoins en ressources pour le VIH à l'horizon 2025



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>) ; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. *PLoS Med.* 2021;18(10):e1003831.

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. US\$ (EN MILLIONS).

RÉFÉRENCES

1. *Dakar Call to Reinvent the Response to the HIV Pandemic: a renewed commitment to end AIDS in West and central Africa*. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-dakar-call_en.pdf).

PROFILS RÉGIONAUX

ASIE ET PACIFIQUE



La région Asie-Pacifique a fait des progrès importants dans la lutte contre la plus grande épidémie régionale en dehors de l'Afrique subsaharienne. En 2021, l'Asie et le Pacifique comptaient 6 millions de personnes vivant avec le VIH [4,9 millions – 7,2 millions], dont les effets touchent de manière disproportionnée les communautés les plus marginalisées. La région continue d'améliorer la couverture du dépistage, du diagnostic et du traitement, ainsi que les taux de suppression virale parmi les personnes traitées. En 2021, 76 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique et 86 % des personnes qui connaissaient leur séropositivité accédaient à un traitement (66 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH). Parmi les personnes sous traitement, 91 % avaient une charge virale supprimée, ce qui correspond à une suppression virale de 60 % de toutes les personnes vivant avec le VIH. Des approches innovantes sont introduites dans toute la région (notamment la prophylaxie pré-exposition orale (PrEP), l'auto-dépistage du VIH et les interventions virtuelles) mais il faut maintenant intensifier les efforts pour porter ces approches à grande échelle afin de combler les importantes lacunes qui subsistent dans la couverture des services parmi les populations clés.

Malgré ces progrès, un certain nombre de pays sont confrontés à des défis importants. Depuis 2010, l'incidence chez les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été multipliée par cinq aux Philippines. Les progrès de la riposte au niveau régional ont été entravés par l'augmentation de certains comportements à haut risque, tels que la consommation de drogues stimulantes. La détention obligatoire pour traitement de la toxicomanie reste également persistante dans toute l'Asie de l'Est et du Sud-Est, malgré les preuves qui documentent clairement les coûts financiers et humains extraordinaires de cette approche inefficace et contre-productive (1).

La stigmatisation et la discrimination restent des obstacles majeurs à une riposte régionale efficace au VIH. Les efforts régionaux pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination ont été renforcés par l'établissement d'une communauté de pratique régionale sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et par la mise en œuvre de méthodes d'amélioration de la qualité pour les activités de réduction de la stigmatisation et de la discrimination. Des efforts accrus sont nécessaires pour créer un environnement favorable à une riposte au VIH axée sur les droits de l'homme dans la région.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence le rôle essentiel des ripostes communautaires pour atteindre les populations les plus vulnérables et promouvoir la continuité de l'accès aux services liés au VIH. Cependant, la capacité des communautés à mener des efforts pour éradiquer le sida est entravée par un financement inadéquat, un espace réduit pour l'engagement civique et des environnements juridiques et politiques punitifs, y compris des pratiques hostiles d'application de la loi. La transition des ripostes communautaires de la dépendance au financement international vers des sources nationales durables est une priorité régionale urgente.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence de manière frappante les insuffisances et les inégalités dans la fourniture d'investissements dans le domaine de la santé publique, et elle a encore compliqué les défis déjà importants de la transition vers un financement national durable. Alors que de nombreux pays de la région passent d'une riposte dépendante des dons à des investissements nationaux plus importants, de nombreux programmes de couverture de santé universelle excluent les populations clés, renforçant et approfondissant les inégalités qui stimulent les épidémies de VIH dans la région (2).

Les principales priorités de la riposte au VIH en Asie et dans le Pacifique consistent à accélérer l'intégration des services, à donner la priorité aux ripostes destinées aux populations clés (y compris les jeunes), à intégrer et à élargir les innovations, à maintenir les communautés au centre de la riposte, à mettre en œuvre des réformes juridiques et politiques et à jeter les bases d'un financement durable de la riposte.

6

MILLIONS

DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH DANS LA RÉGION ASIE ET PACIFIQUE EN 2021

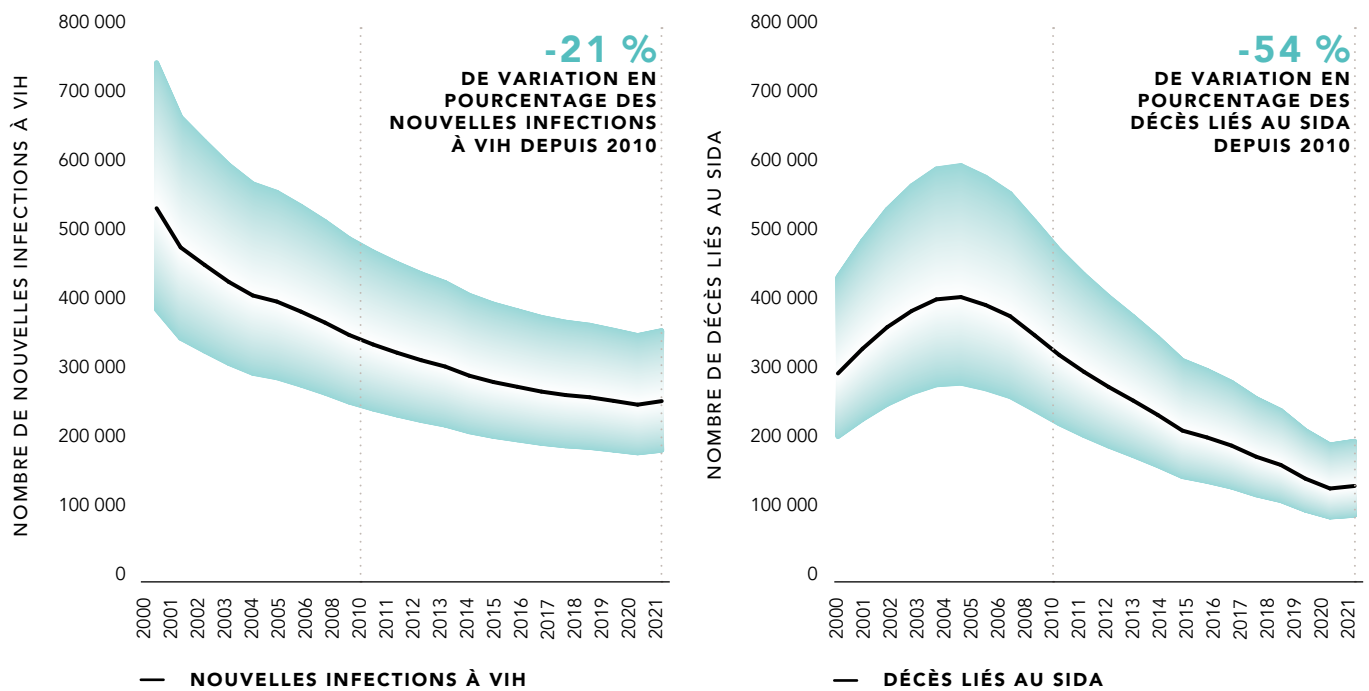
86 %

DES PERSONNES QUI CONNAISSAIENT LEUR SÉROPOSITIVITÉ ACCÉDAIENT À UN TRAITEMENT



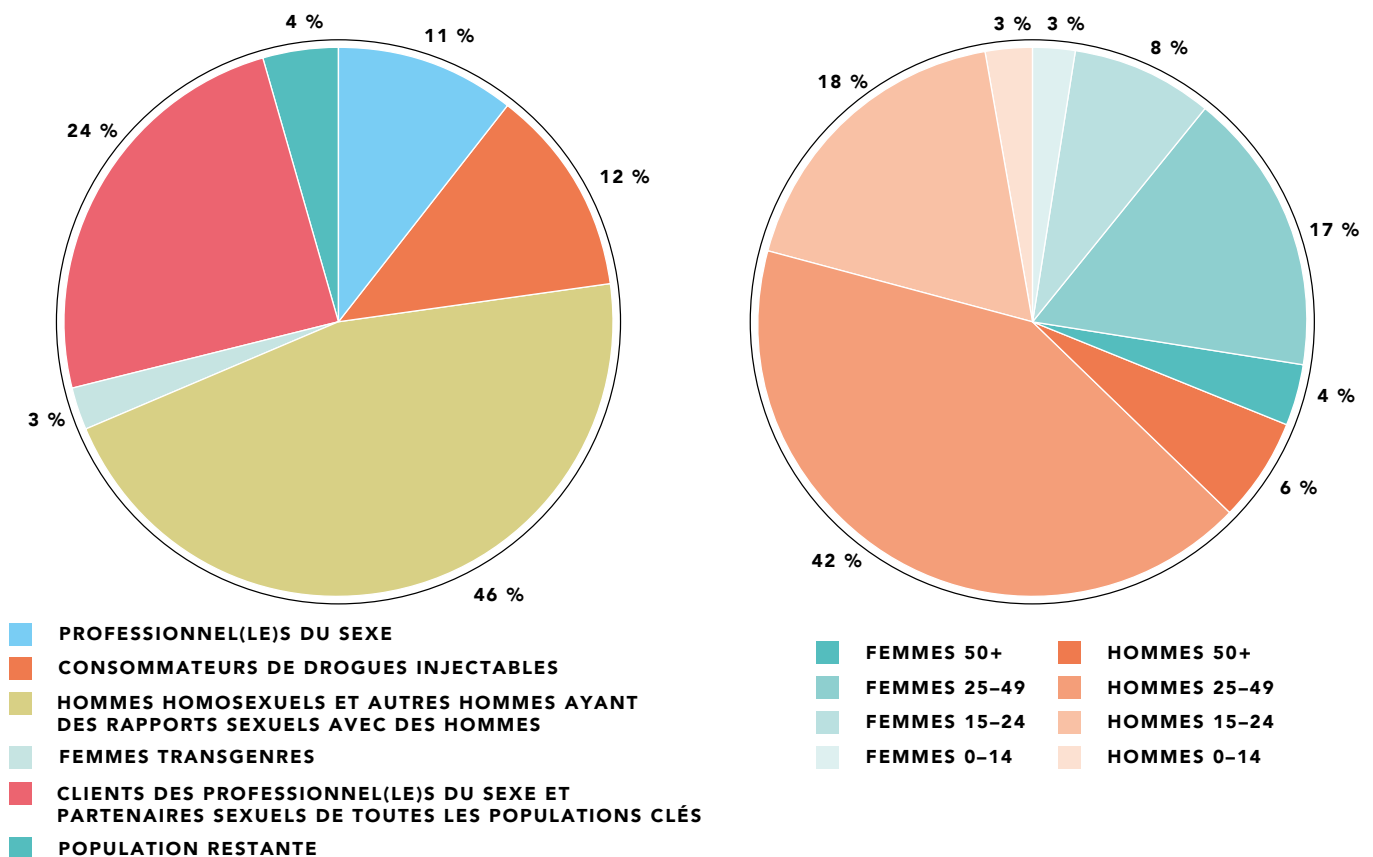
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 8.1 Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, Asie et Pacifique, 2000-2021



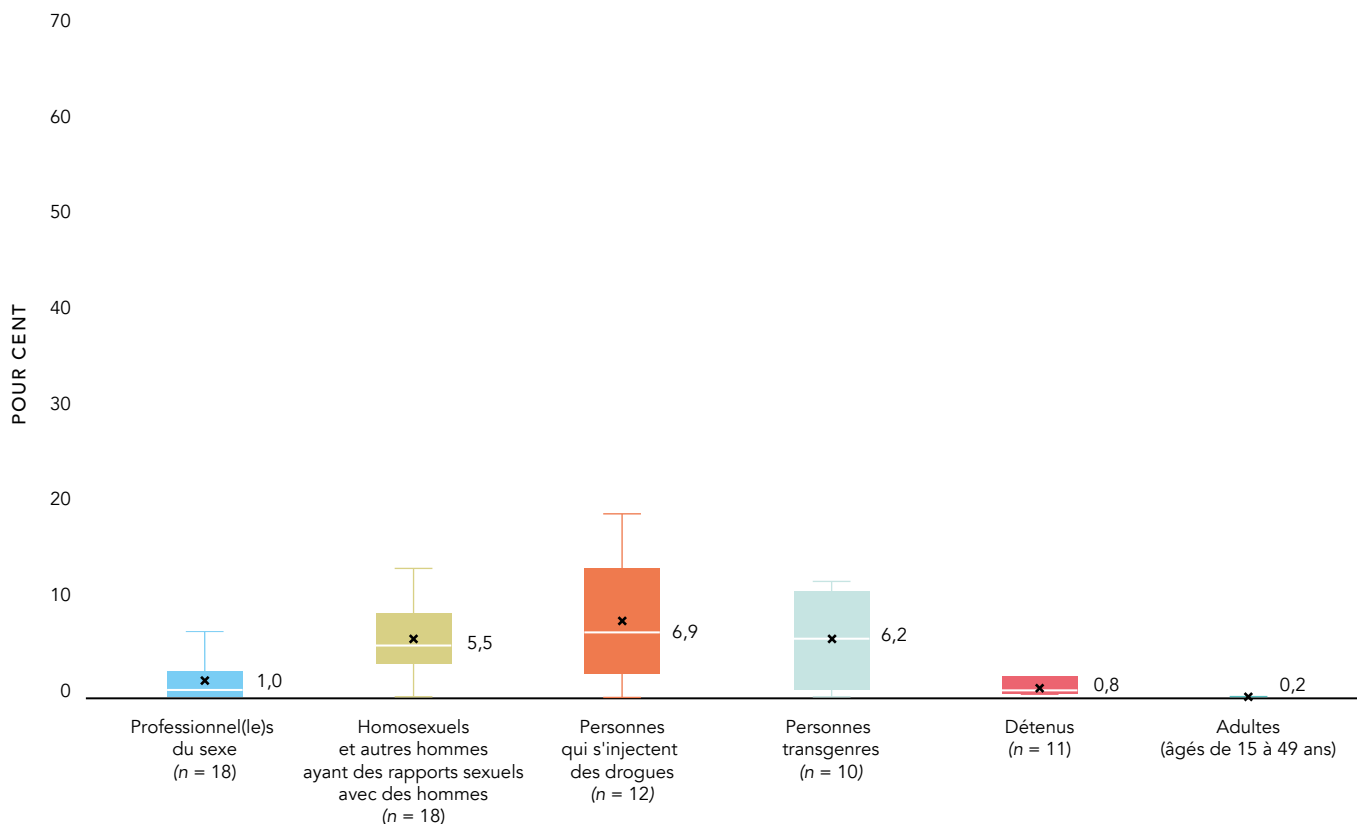
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 8.2 Répartition de l'acquisition de nouvelles infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Asie et Pacifique, 2021

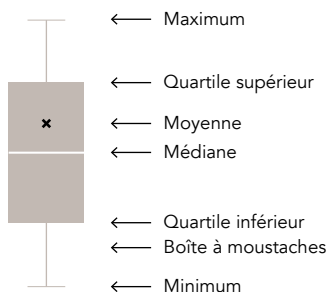


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 8.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés par rapport aux adultes (âgés de 15 à 49 ans), pays déclarants d'Asie et du Pacifique, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données en Asie et dans le Pacifique était de :

- 1,0 % chez les professionnel(le)s du sexe.
- 5,5 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 6,9 % chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- 6,2 % chez les personnes transgenres.
- 0,8 % chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de **0,2 % [0,2–0,2 %]**.

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

Notes : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 42.

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

TABLEAU 8.1 Estimation de la taille des populations clés, Asie et Pacifique, 2018–2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Afghanistan	19 400 000			10 100		25 700					
Bhoutan	450 000	600	0,14 %					380	0,09 %		
Cambodge	9 300 000										
Inde	760 000 000									2 100 000	0,28 %
Indonésie	146 000 000	278 000	0,19 %			34 500	0,02 %	34 700	0,02 %	268 000	0,19 %
Iran (République islamique d')	46 400 000	138 000	0,30 %			90 200	0,19 %			172 000	0,37 %
République démocratique populaire lao	3 900 000										
Malaisie	18 300 000					75 000	0,42 %				
Mongolie	1 700 000	6000		6500				820			
Népal	16 500 000					33 000	0,20 %			22 000	0,15 %
Nouvelle-Zélande	2 200 000									10 000	0,46 %
Papouasie-Nouvelle-Guinée	4 800 000	50 800	1,06 %	37 800	0,79 %						
Philippines	59 200 000	229 000	0,39 %	687 100	1,16 %	7200		205 000	0,35 %		
Singapour	1 800 000									11 900	0,66 %
Sri Lanka	10 300 000	30 000	0,29 %	73 800	0,72 %	2700	0,03 %	2200	0,02 %		
Thaïlande	33 800 000									286 000	0,85 %
Vietnam	51 600 000			256 000	0,50 %						
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			0,30 %		0,82 %		0,18 %		0,12 %		-

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Source : UNAIDS Global AIDS Monitoring, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2022.

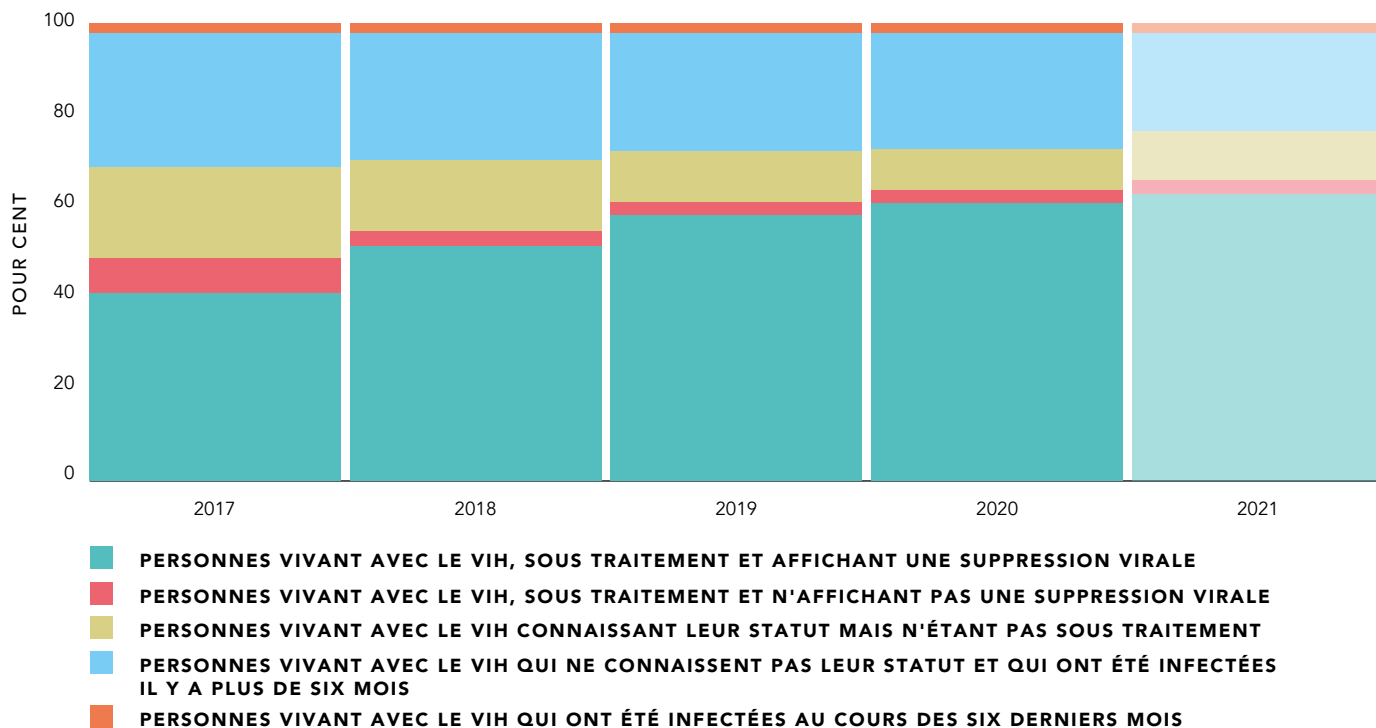
Remarque : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Remarque : Les régions couvertes par l'estimation de la taille de la population locale sont les suivantes :

- Afghanistan : Herat, Jalalabad, Kaboul, Kandahar, Kunduz et Mazar (hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) ; Faizabad, Herat, Jalalabad, Kaboul, Kandahar, Kunduz, Mazar et Zaranj (personnes s'injectant des drogues).
- Mongolie : Darkhan, Dornod, Khövsgöl et Oulan-Bator (professionnel(le)s du sexe) ; Darkhan, Dornod, Orkhon et Oulan-Bator (homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes).
- Philippines : Cebu, province de Cebu, Danao, Lapu-Lapu, Mandaue, Naga et Talisay (personnes s'injectant des drogues). Cebu Province, Cebu, Mandaue, Danao, LapuLapu, Naga, and Talisay.

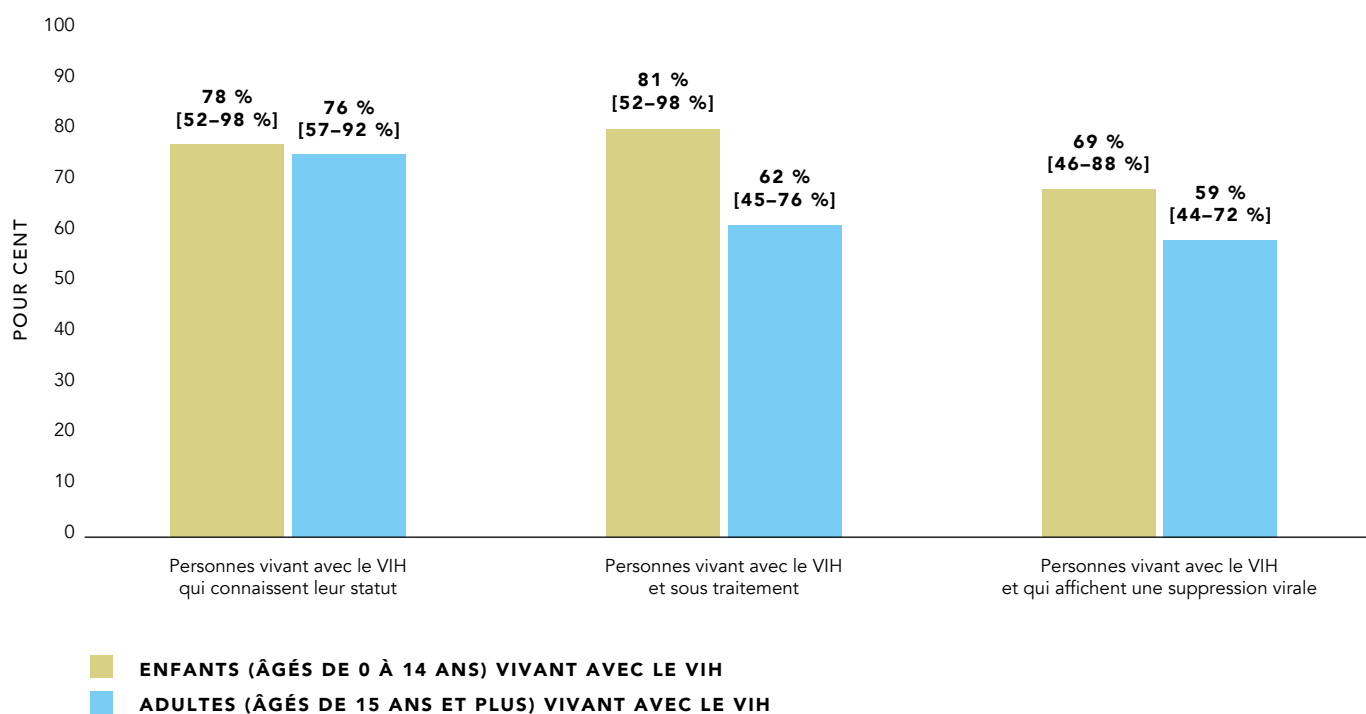
SERVICES LIÉS AU VIH

FIGURE 8.4 Personnes vivant avec le VIH, personnes nouvellement infectées au cours des six derniers mois, et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de 15 ans et plus), Asie et Pacifique, 2017-2021



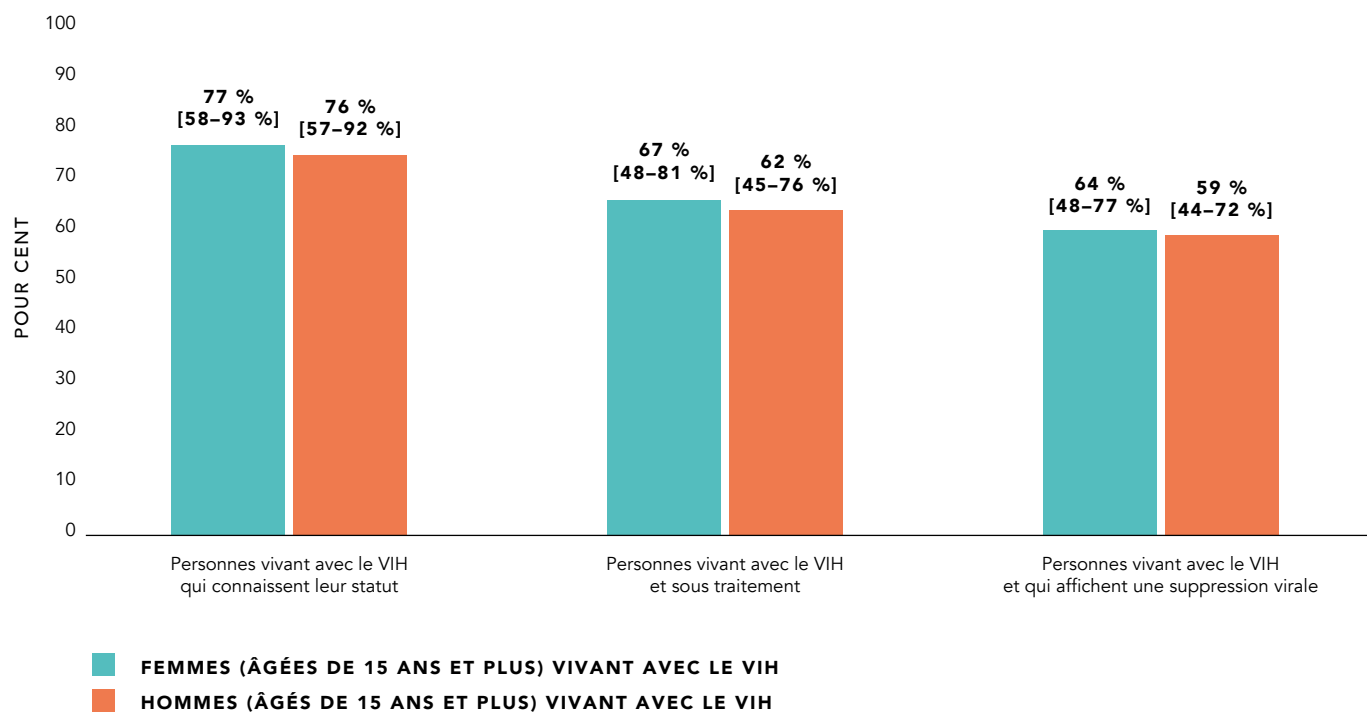
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 8.5 Dépistage et traitement en cascade du VIH, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), Asie et Pacifique, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 8.6 Dépistage et traitement en cascade du VIH, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Afrique orientale et australe, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

LOIS ET POLITIQUES

TABLEAU 8.2 Tableau de bord des lois et politiques, Asie et Pacifique, 2022

	LOIS PUNITIVES							
	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du commerce du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe en privé	Criminalisation de la possession de petites quantités de drogue	Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Laws or policies restricting the entry, stay and residence of people living with HIV42	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
Afghanistan	1	1	1	1	1		1	1
Australie	6	7	25		35			
Bangladesh	1	1	26	1	1		3	1
Bhoutan	2	2	45		35			2
Brunei Darussalam	6	8	25		35		3	3
Cambodge	2	2	2	2	1		2	2
Chine	2	2	2	1	1		43	2
Îles Cook					36			
Rép. populaire démocratique de Corée		9	25		36			
Fidji	5	10	25	5	37		2	
Inde	1	1	1	34	1		1	1
Indonésie	1	1	27	1	1		1	1
Iran (République islamique d')	1	1	1	1	1		2	1
Japon		11	25		36			2
Kiribati	3	12	28	3	3		2	3
Rép. démocratique populaire lao	1	1	1	1	1		1	1
Malaisie	1	13	1	1	38		3	1
Maldives		14	25		36			
Îles Marshall	5	15	25		39		5	5
Micronésie (États fédérés de)	5	16	25		5		5	5
Mongolie	1	1	1	1	1		3	1
Myanmar	3	3	29	3	3		3	3
Nauru	5	17	25	5	5		5	5
Népal	1	1	1	1	1		1	1
Nouvelle-Zélande	1	1	1	1	1		1	1
Niue	5		5	5	5		5	5
Pakistan	1	1	1	1	40		2	1
Palaos	5	18	25		5		5	5
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2	2	30	2	2		2	2
Philippines	2	2	1	2	1		44	1
Rép. de Corée	3	3	31		3		3	3
Samoa	5	19	25		36		4	4
Singapour	3	3	32	3	1		2	3
Îles Salomon		20	25		36			3
Sri Lanka	2	2	33	2	2		2	2
Thaïlande	1	1	1	1	1		1	1
Timor-Leste		21	25		36			
Tonga	5	22	25	5	5		5	5
Tuvalu	5	23	25		5		5	5
Vanuatu	5	24	25	5	5		5	5
Vietnam	3	3	3		41		3	3

**CRIMINALISATION DES PERSONNES
TRANSGENRES**

- Oui
- Non
- Données non disponibles

**CRIMINALISATION DU COMMERCE DU
SEXE**

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- Données non disponibles

**CRIMINALISATION DES RELATIONS
SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU
MÊME SEXE EN PRIVÉ**

- Peine de mort
- Emprisonnement (14 ans-à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée
- Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique
- Données non disponibles

**CRIMINALISATION DE LA POSSESSION
DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE**

- Oui
- Non
- Données non disponibles

**LOI CRIMINALISANT LA NON-
DIVULGATION, L'EXPOSITION OU LA
TRANSMISSION DU VIH**

- Oui
- Non, mais des poursuites existent sur la base du droit pénal général
- Non
- Données non disponibles

**LOIS ET POLITIQUES RESTREIGNANT
L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH**

- Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Aucune restriction

**CONSENTEMENT PARENTAL REQUIS
POUR L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AU
DÉPISTAGE DU VIH**

- Oui
- Non
- Données non disponibles

**DÉPISTAGE OBLIGATOIRE DU VIH POUR
LES PERMIS DE MARIAGE, DE TRAVAIL
OU DE SÉJOUR OU POUR CERTAINS
GROUPES**

- Oui
- Non
- Données non disponibles

	LOIS PROTECTRICES				
	Lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière de commerce du sexe	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'orientation sexuelle	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'identité de genre	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination pour les personnes qui s'injectent des drogues
Afghanistan	1	1	1	1	1
Australie					
Bangladesh	1	1	1	1	1
Bhoutan	2				
Brunei Darussalam					
Cambodge	2	2	2	2	2
Chine	1				2
Îles Cook					
Rép. populaire démocratique de Corée					
Fidji					5
Inde	1			1	2
Indonésie	1	1	1	1	1
Iran (République islamique d')	2	1	2	2	2
Japon					
Kiribati	3				3
Rép. démocratique populaire lao	1	1	1	1	1
Malaisie		1	1	2	2
Maldives					
Îles Marshall					5
Micronésie (États fédérés de)					5
Mongolie	1	1	1	1	1
Myanmar	3				3
Nauru					5
Népal	1	1	1	1	1
Nouvelle-Zélande	1		1	1	1
Niue					5
Pakistan	1	2	2	2	2
Palao					5
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2	2	2		2
Philippines	2	2	2		2
Rép. de Corée					3
Samoa					5
Singapour	3				3
Îles Salomon					
Sri Lanka	2	2	2	2	2
Thaïlande	1	1	1	1	1
Timor-Leste					
Tonga					5
Tuvalu					5
Vanuatu					5
Vietnam	3				3

Remarques : Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination : il s'agit de savoir si les interdictions constitutionnelles de discrimination ont été interprétées de manière à inclure le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues par les tribunaux/la politique gouvernementale et/ou s'il existe d'autres dispositions législatives de non-discrimination qui spécifient le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues.

**LOIS INTERDISANT TOUTE
DISCRIMINATION FONDÉE SUR LA
SÉROPOSITIVITÉ**

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE COMMERCE DU SEXE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'ORIENTATION SEXUELLE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'IDENTITÉ DE GENRE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

1. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2022 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2021 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Genève : ILGA World ; 2020.
7. Australie du Sud. Loi sur les infractions sommaires de 1953. Section 25 ; Victoria. Loi de 1994 sur le travail du sexe. Section 13 ; New South Wales. Loi sur les infractions sommaires de 1988. Section 19 ; Australie occidentale. Loi de 2000 sur la prostitution. s25.
8. Brunei Darussalam. Code pénal, articles 294A (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/bn/bn024en.pdf>) ; loi sur la protection des femmes et des filles (<https://www.agc.gov.bn/AGC%20Images/LOB/PDF/Chp.120.pdf>).
9. République populaire démocratique de Corée Droit pénal, articles 18 et 261 ([https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20\(1\).pdf](https://www.hrnk.org/uploads/pdfs/The%20Criminal%20Law%20of%20the%20Democratic%20Republic%20of%20Korea_2009_%20(1).pdf)).
10. Fidji Décret sur les infractions, 2009, article 230 ([https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/0/152337C8E9F5B6D4C12576BA004EF21F#:~:text=The%20Decree%20provides%20for%20imprisonment,years\)%20for%20the%20other%20crimes](https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/0/152337C8E9F5B6D4C12576BA004EF21F#:~:text=The%20Decree%20provides%20for%20imprisonment,years)%20for%20the%20other%20crimes)).
11. Japon Loi anti-prostitution, 1956.
12. Kiribati. Code pénal, Article 167.
13. Malaisie Code pénal, Article 372 (<http://www.agc.gov.my/agcportal/uploads/files/Publications/LOM/EN/Penal%20Code%20%5BAct%20574%5D2.pdf>) ; Engagements nationaux et instrument politique, 2022.
14. Maldives. Code pénal, Articles 615, 620 et 621 (<https://www.law.upenn.edu/live/files/4203-maldives-penal-code-2014>).
15. Îles Marshall Code pénal 2011, Article 251 (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/2011/2011-0059/CriminalCode2011_1.pdf).
16. États fédérés de Micronésie. Code de l'État de Chuuk. Titre 12, chapitre 28 (http://fsmilaw.org/chuuk/code/title12/T12_CH28.htm).
17. Nauru. Loi sur les crimes 2016, Article 107 (https://tbineternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/NRU/INT_CEDAW_ARL_NRU_28029_E.pdf).
18. Palaos. Code de Palaos. Loi anti-prostitution, Chapitre 36 (<https://www.legal-tools.org/doc/1c32a2/pdf>).
19. Samoa. Loi sur les crimes 2013, Articles 72 et 73 (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=93579&p_country=WSM&p_classification=01.04).
20. Îles Salomon Code pénal, Article 153 (http://www.paclii.org/sb/legis/consol_act/pc66/).
21. Timor-Leste Code pénal, Article 177 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/106091/129951/F608341342/TLS106091%20Port.pdf>).
22. Tonga. Loi sur les infractions pénales, section 81 (https://ago.gov.to/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1924/1924-0010/CriminalOffencesAct_2.pdf).
23. Tuvalu. Code pénal, sections 145 et 146 (http://tuvalu-legislation.tv/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1965/1965-0007/PenalCode_1.pdf).
24. Vanuatu. Code pénal, Section 148 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/88512/101229/F1616956608/VUT88512.pdf>).
25. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Genève : ILGA ; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
26. Bangladesh. Code pénal, Article 377 (<http://bdlaws.minlaw.gov.bd/act-11/section-3233.html>).
27. Indonésie. Aceh (loi sur la syaria 2014) ; ordonnance provinciale sur l'éradication des comportements immoraux (n° 13/2002) à Sumatra Sud.
28. Kiribati. Code pénal [Cap 67], édition révisée de 1977, sections 153, 154 et 155. (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=70701&p_country=KIR&p_count=62&p_classification=01&p_classcount=21).
29. Myanmar. Code pénal, Article 377 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/mm/mm004en.pdf>).
30. Papouasie-Nouvelle-Guinée Code pénal, Article 210 (http://www.paclii.org/pg/legis/consol_act/cca1974115.pdf).
31. République de Corée Loi pénale militaire, article 92-6 (https://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=40239&lang=ENG).
32. Singapour. Code pénal, Article 377A (<https://sso.agc.gov.sg/act/pc1871?Provids=pr377A-#pr377A->).
33. Sri Lanka. Code pénal, Article 365 (http://hrlibrary.umn.edu/research/srilanka/statutes/Penal_Code.pdf).
34. Inde. La loi sur les stupéfiants et les substances psychotropes de 1985 (<https://legislative.gov.in/sites/default/files/A1985-61.pdf>).
35. Base de données mondiale sur la criminalisation du VIH [base de données]. Amsterdam : HIV Justice Network (<https://www.hivjustice.net/global-hiv-criminalisation-database/>).
36. HIV Justice Network [base de données]. Amsterdam : HIV Justice Foundation ; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
37. Fidji Décret de 2011 sur le VIH/sida (amendement) (http://www.health.gov.fj/wp-content/uploads/2014/09/10_HIV-AIDS-Amendment-Decree-20111.pdf).
38. Malaisie Code pénal, Articles 269-270 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/61339/117909/F-833274986/MYS61339%202018.pdf>).
39. Loi de 1988 sur la prévention et le contrôle des maladies transmissibles dans les îles Marshall (s1511) (http://rmiparliament.org/cms/images/LEGISLATION/PRINCIPAL/1988/1988-0028/CommunicableDiseasesPreventionandControlAct1988_1.pdf).
40. Pakistan Code pénal et loi Sindh n° LII de 2013 – Loi sur le contrôle, le traitement et la protection contre le VIH et le sida.
41. Vietnam Loi sur la prévention et le contrôle du VIH/sida (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_113364.pdf).
42. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
43. Tendances juridiques et politiques : impact sur les personnes vivant avec le VIH et les populations clés en Asie et dans le Pacifique, 2014-2019. Genève : ONUSIDA ; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/legal-and-policy-trends-asia-pacific_en.pdf).
44. Philippines. Loi de la République n° 11166, section 29 de (https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra_11166_2018.html#:~:text=%2D%20Sans%20autre%20disposition%20dans%20la%20Section,a%20été%20exposé%20au%20VIH).
45. Bhoutan. Code pénal (amendement), 2021 (https://www.nab.gov.bt/assets/uploads/docs/acts/2021/Penal_Code_Amendment_Act_of_Bhutan_2021.pdf).

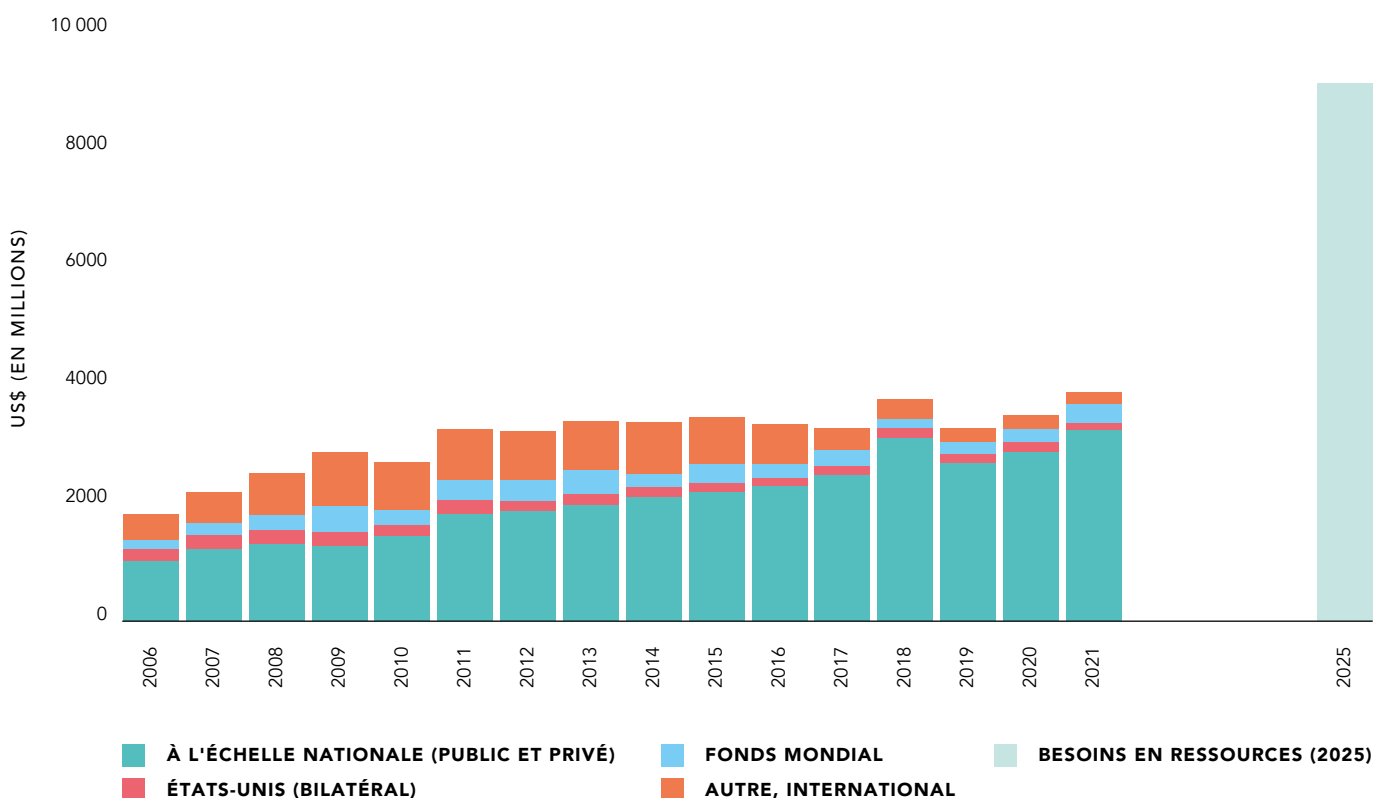
INVESTIR POUR METTRE FIN AU SIDA

Depuis 2010, les ressources totales consacrées au VIH en Asie et dans le Pacifique ont augmenté de 30 % (figure 8.7). Les ressources intérieures ont été la principale source de cette augmentation : les sources intérieures ont été multipliées par 2,3 depuis 2010, tandis que les ressources extérieures provenant du gouvernement des États-Unis et d'autres gouvernements donateurs ont diminué de 30 % et 74 %, respectivement. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a augmenté ses ressources régionales de 20 % au cours de la dernière décennie.

Sur la base de données récentes provenant de 15 pays, 10 % des dépenses totales liées au VIH ont été allouées aux populations clés. Il existe de grandes différences entre les pays en ce qui concerne les allocations pour la prévention : 53 % des pays déclarants consacrent moins de 10 % de la part nationale des dépenses totales en matière de VIH aux interventions de prévention. Les ressources consacrées à la lutte contre le VIH par personne vivant avec le virus ont stagné en Asie et dans le Pacifique, et si les interventions en matière de traitement ont permis de réduire considérablement la mortalité, les ressources consacrées à la prévention doivent être augmentées pour atteindre les objectifs de 2025.

Il existe un écart de 57 % dans les besoins annuels estimés en ressources pour atteindre les objectifs de 2025. La mobilisation des ressources nationales et l'efficacité des investissements pour les interventions à fort impact sont essentielles pour mettre fin au sida dans la région. Certains pays pourraient continuer à dépendre des ressources des donateurs pour assurer le maintien des interventions de prévention et de traitement afin d'atteindre les objectifs de 2025 et 2030.

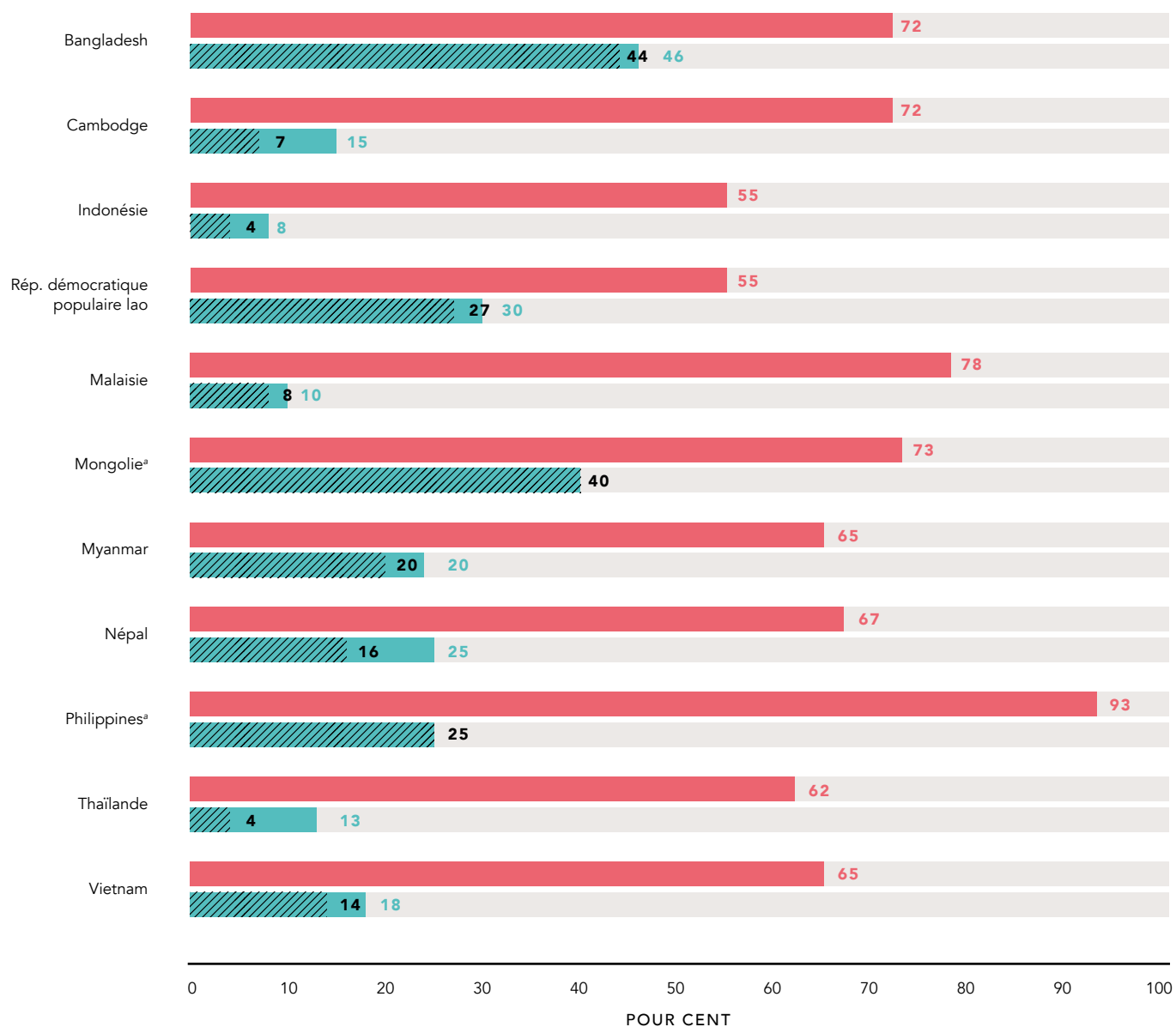
FIGURE 8.7 Disponibilité des ressources pour le VIH, Asie et Pacifique, 2010-2020, et estimation des besoins en ressources pour le VIH à l'horizon 2025



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

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. US\$ (EN MILLIONS).

FIGURE 8.8 Proportion de nouvelles infections à VIH parmi les populations clés, dépenses de prévention du VIH et dépenses consacrées aux programmes de prévention du VIH pour les populations clés, pays sélectionnés, 2017-2021



- PROPORTION DU TOTAL DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH SURVENUES DANS LES POPULATIONS CLÉS
- PROPORTION DES DÉPENSES POUR LA PRÉVENTION DU VIH PAR RAPPORT AU TOTAL DES DÉPENSES POUR LE VIH
- ▨ PROPORTION DES DÉPENSES DE PRÉVENTION DU VIH POUR LES POPULATIONS CLÉS PAR RAPPORT AU TOTAL DES DÉPENSES POUR LE VIH

^a Les autres données sur les dépenses de prévention du VIH ne sont pas disponibles pour la Mongolie et les Philippines.

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 ; Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Rapports nationaux d'évaluation des dépenses liées au sida.

RÉFÉRENCES

1. *Compulsory drug treatment and rehabilitation in east and southeast Asia*. Bangkok: UNODC; 2022.
2. *Key populations are being left behind in Universal Health Coverage: landscape review of health insurance schemes in the Asia–Pacific region*. Geneva: UNAIDS; 2022.

PROFILS RÉGIONAUX

AMÉRIQUE LATINE



L'Amérique latine n'a guère progressé dans la réduction des nouvelles infections à VIH dans la région depuis 2000, leur nombre ayant augmenté de 5 % entre 2010 et 2021. En 2021, 2,2 millions de personnes dans la région (1,5 million-2,8 millions) vivaient avec le VIH. Parmi les personnes vivant avec le VIH en 2021, 82 % connaissaient leur statut sérologique, 69 % accédaient à un traitement (85 % de celles qui connaissaient leur statut sérologique) et 63 % étaient sous suppression virale (91 % de celles sous traitement). La couverture du diagnostic et du traitement reste plus faible pour les hommes que pour les femmes, bien que cet écart se réduise. La couverture des enfants reste bien inférieure à celle des adultes et s'est moins améliorée au fil du temps ; en fait, la couverture de la transmission verticale du VIH en 2020–2021 est tombée en dessous des niveaux atteints en 2019.

Bien que la région ait réalisé d'importants progrès dans l'élargissement de l'accès au traitement du VIH, les efforts pour garantir un diagnostic et une inscription aux soins en temps opportun restent insuffisants, l'adhésion au traitement continue d'être un défi et les ruptures de stock de médicaments antirétroviraux aggravent les résultats du traitement du VIH. En 2021, trente et un pour cent des personnes vivant avec le VIH en Amérique latine ne recevaient toujours pas de traitement antirétroviral, et le pourcentage de personnes nouvellement diagnostiquées avec une infection à VIH avancée variait de 10 % en Uruguay à 44 % au Paraguay. Seuls 10 pays ont inclus la prophylaxie pré-exposition (PrEP) orale quotidienne dans leurs directives nationales à la fin de 2021, et beaucoup d'entre eux ne mettent en œuvre cette politique que dans certains districts. Quatre pays de la région ont mis en place une politique d'auto-dépistage du VIH, mais un seul (le Brésil) met à disposition des trousse de dépistage dans les services de santé publics ou privés ou dans les pharmacies. La couverture des protocoles privilégiés à base de dolutégravir pour le traitement antirétroviral de première ligne n'est pas uniforme, allant de 0 % en Colombie à 100 % au Venezuela.

Les formes croisées de stigmatisation et de discrimination en Amérique latine entravent l'accès aux services liés au VIH et augmentent la vulnérabilité. La région compte le plus grand nombre de crimes haineux contre les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) au monde : rien que d'octobre 2020 à septembre 2021, 311 femmes transgenres ont été tuées à travers 15 pays d'Amérique latine (1, 2).

Des inégalités profondément ancrées sapent les efforts régionaux visant à mettre fin au sida d'ici à 2030. L'Amérique latine présente des niveaux d'inégalité de richesse parmi les plus élevés de toutes les régions, et tant la pauvreté absolue que le coefficient de GINI ont augmenté en 2020 (3, 4). En Amérique latine, plus d'une femme sur quatre (27 %) a subi des violences domestiques au cours de sa vie (5). En outre, l'Amérique latine continue de se débattre avec certaines des plus grandes crises humanitaires du monde, qui touchent de nombreux pays, dont la République bolivarienne du Venezuela, Haïti et le triangle nord de l'Amérique centrale.

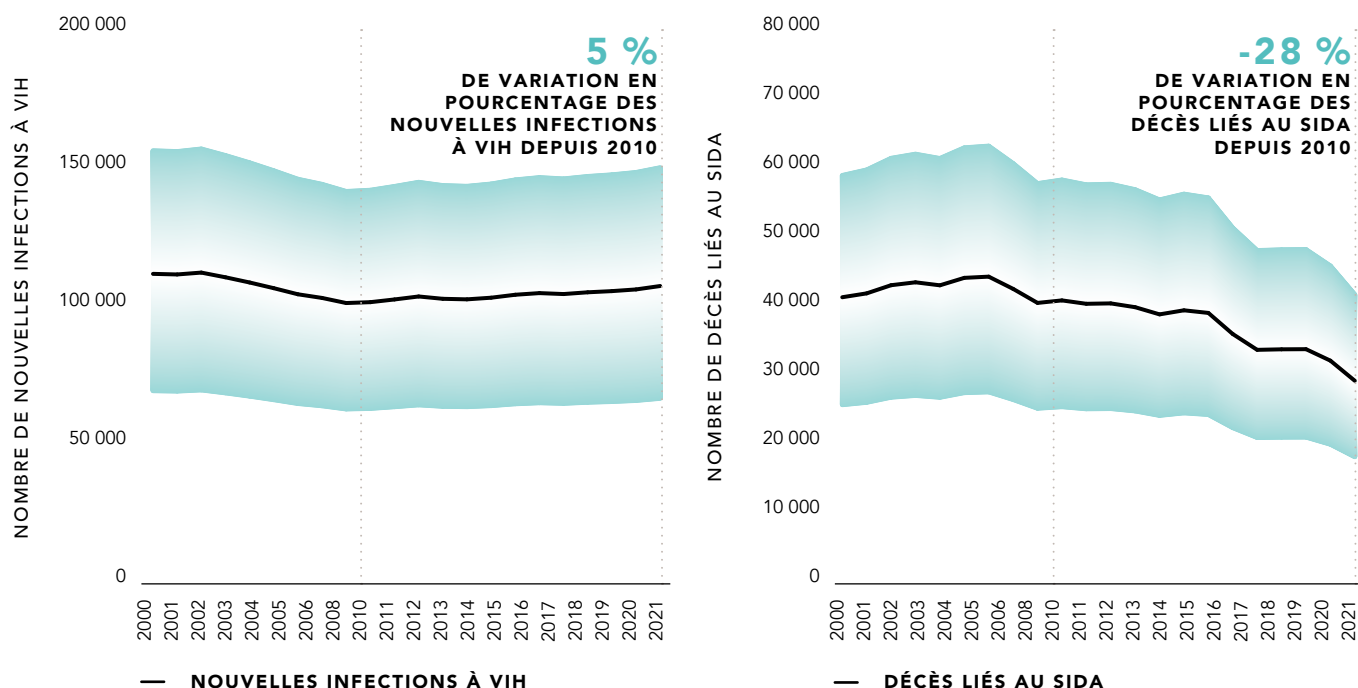
27 %

**DES FEMMES EN AMÉRIQUE
LATINE ONT SUBI DES
VIOLENCES DOMESTIQUES AU
COURS DE LEUR VIE**



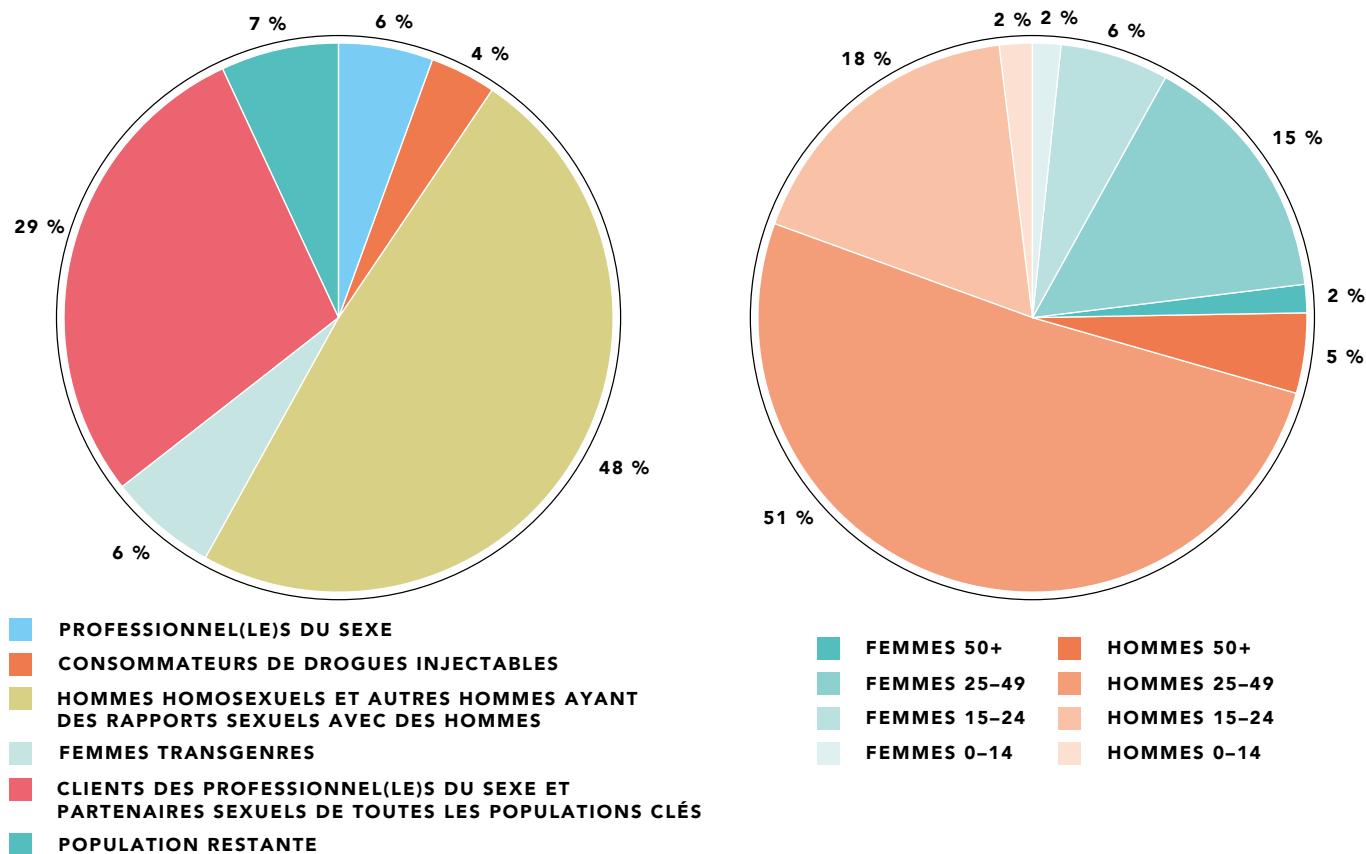
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 9.1 Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, Amérique latine, 2000-2021



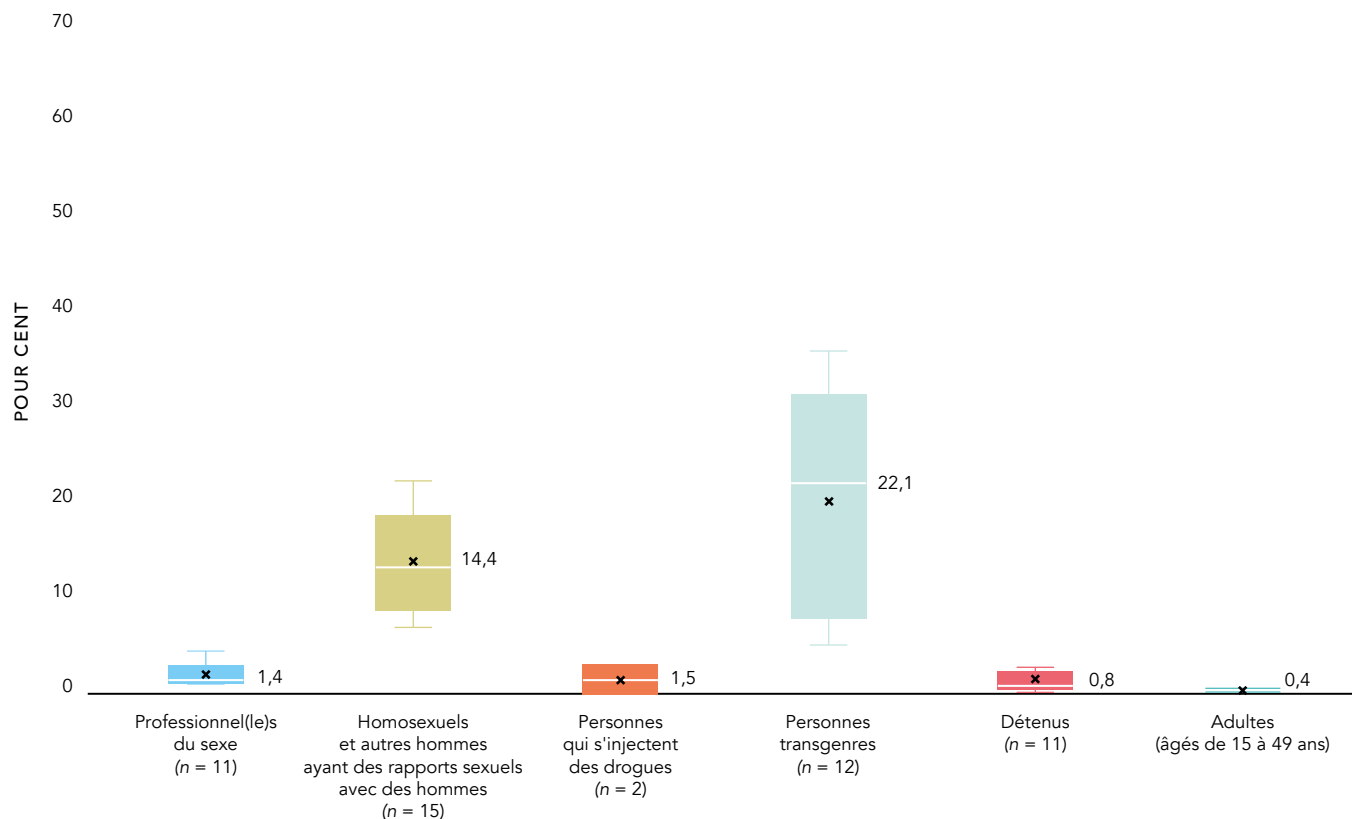
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 9.2 Répartition de l'acquisition de nouvelles infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Amérique latine, 2021

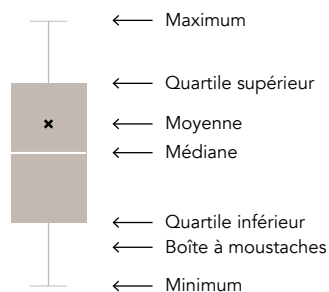


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 9.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés par rapport aux adultes (âgés de 15 à 49 ans), pays déclarants d’Afrique occidentale et centrale, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données en Afrique occidentale et centrale était de :

- 1,4 % chez les professionnel(le)s du sexe.
- 14,4 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 1,5 % chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- 22,1 % chez les personnes transgenres.
- 0,8 % chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de 0,5 % [0,3–0,6 %].

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

Notes : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 17.
 Les limites d’incertitude de la prévalence adulte définissent la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle (si elle peut être mesurée). Des limites étroites indiquent qu’une estimation est précise, tandis que des limites larges indiquent une plus grande incertitude concernant l’estimation.

TABLEAU 9.1 Estimation de la taille des populations clés, Amérique latine, 2018–2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Bolivie (État plurinational de)	6 200 000			35 500							
Brésil	114 000 000									821 000	0,72 %
Chili	9 800 000			123 000	1,24 %			19 600	0,20 %	38 800	0,40 %
Colombie	27 600 000			357 000	1,29 %					124 000	0,45 %
Costa Rica	2 600 000							420		15 800	0,61 %
Guatemala	9 400 000			116 000	1,27 %			4 300	0,05 %	24 500	0,26 %
Mexique	68 400 000	244 000	0,37 %	1 226 000	1,85 %			123 000	0,19 %	202 000	0,31 %
Nicaragua	3 700 000									21 700	0,59 %
Panama	2 200 000	8 700		29 700				2 000			
Paraguay	3 900 000	9 000		27 700				1 200			
Pérou	17 400 000			260 000	1,52 %			6 500			
Uruguay	1 700 000			28 600	1,68 %			1 600	0,09 %		
Venezuela (Rép. bolivarienne du)	15 000 000							14 600	0,10 %		
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			0,38 %		1,69 %		0,16 %		0,09 %		-

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
 ■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module Demproj de Spectrum, 2021.

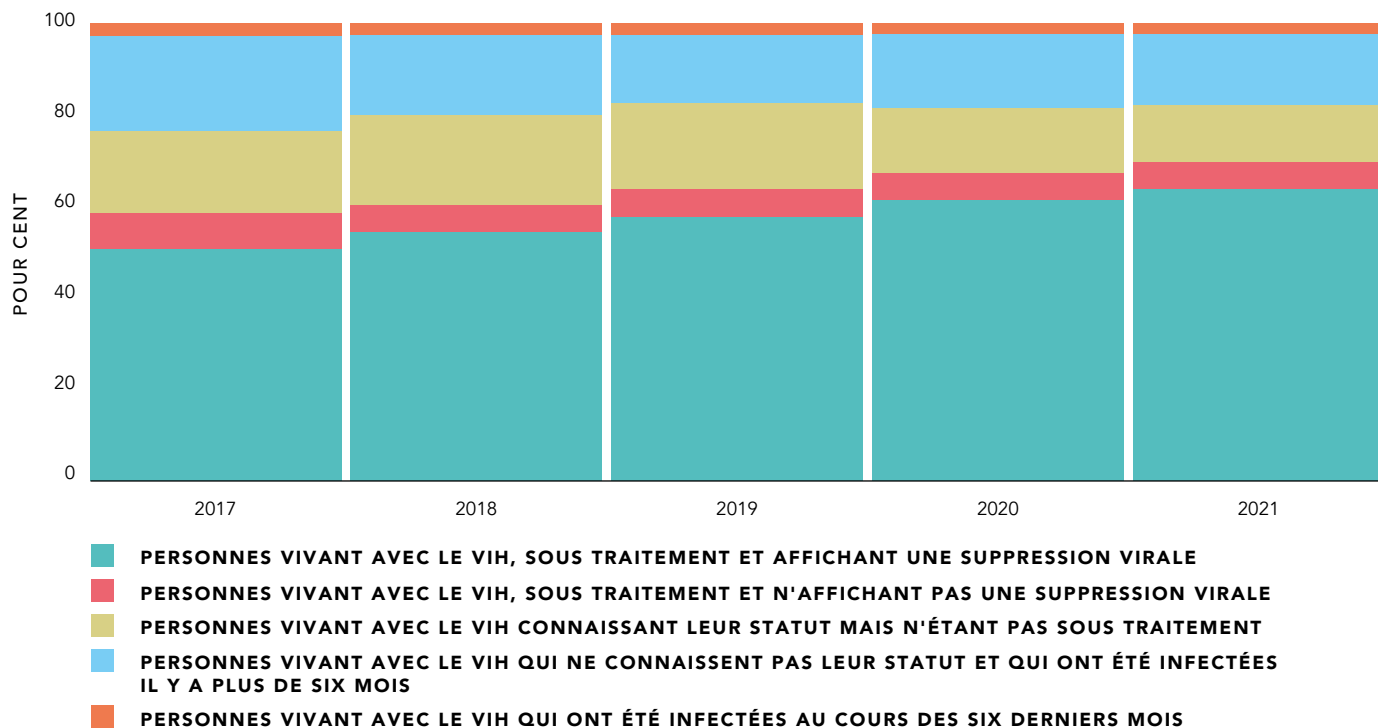
Remarque : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Remarque : Les régions couvertes par l'estimation de la taille de la population locale sont les suivantes :

- Bolivie (Plurinational State of): La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz.
- Colombia: Bogotá, Cali and Medellín.
- Costa Rica: Gran Área Metropolitana.
- Panama: Azuero, Bocas del Toro, Chiriquí, Coclé, Comarca Ngäbe-Buglé, Panamá Centro, Panamá Este, Panamá Norte, Panamá Oeste and Veraguas.
- Paraguay: Alto Paraná, Amambay, Área Metropolitana (Asunción and Central) and Caaguazú (sex workers); Alto Paraná, Asunción, Caaguazú and Central (gay men and other men who have sex with men); Amambay, Asunción and Central (transgender people).
- Peru: Lima-Callao, Iquitos Piura, Sullana, Trujillo, Ica, Pisco, Chincha, Pucallpa, Tarapoto.

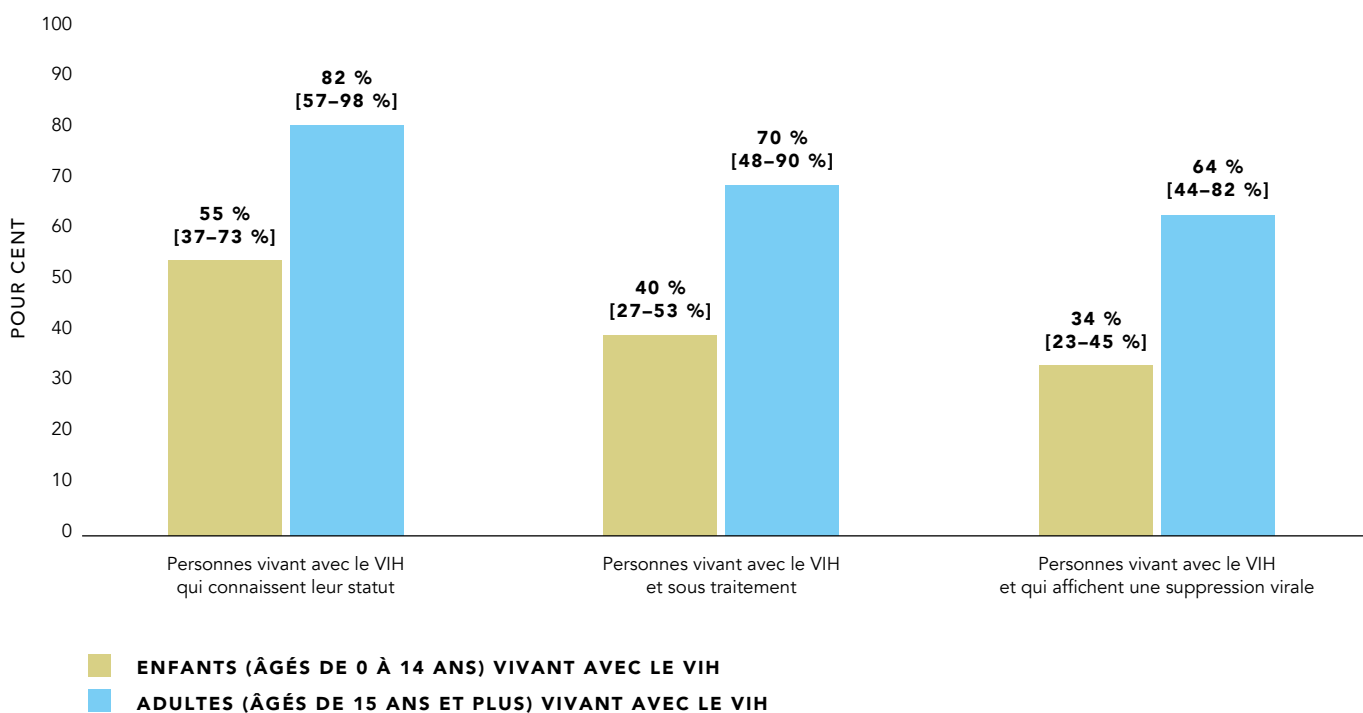
SERVICES LIÉS AU VIH

FIGURE 9.4 Personnes vivant avec le VIH, personnes nouvellement infectées au cours des six derniers mois et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de plus de 15 ans), Amérique latine, 2017-2021



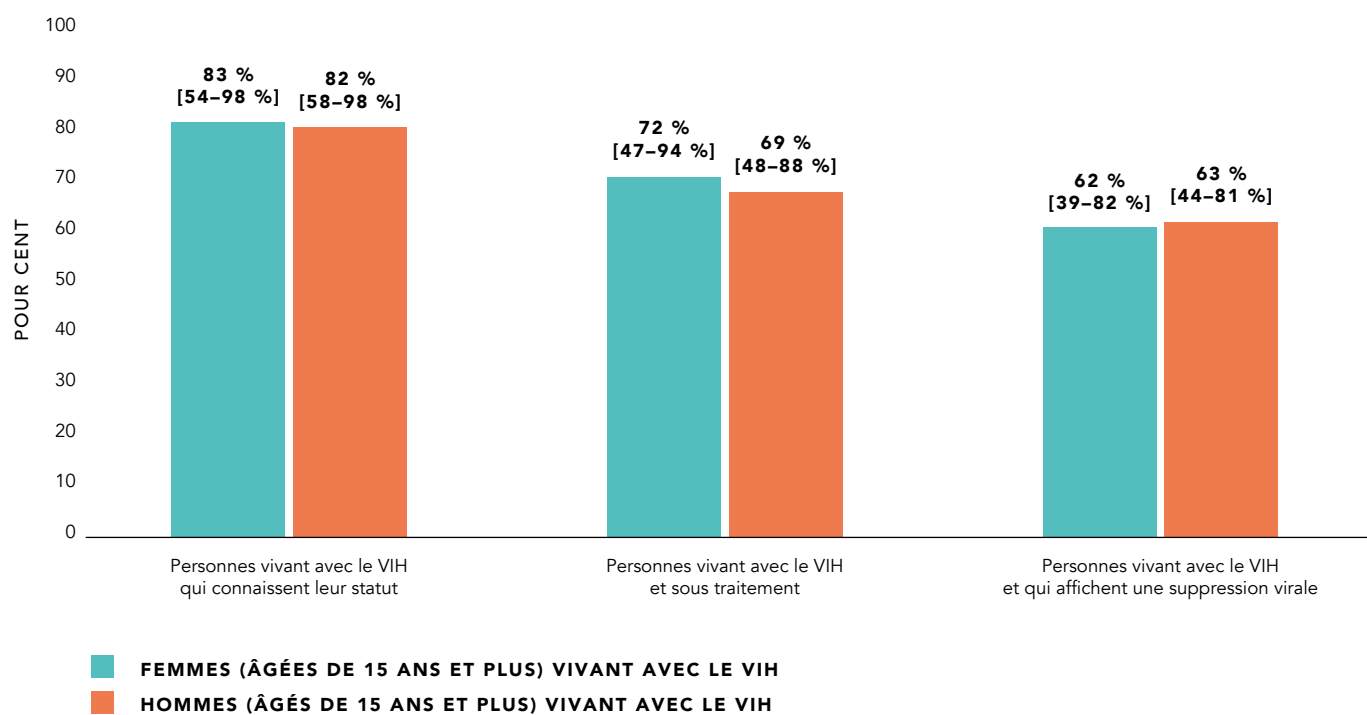
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 9.5 Dépistage et traitement en cascade du VIH, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), Amérique latine, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 9.6 Dépistage et traitement en cascade du VIH, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Amérique latine, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

LOIS ET POLITIQUES

TABLEAU 9.2 Laws and policies scorecard, Latin America, 2022

	LOIS PUNITIVES							
	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du commerce du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe en privé	Criminalisation de la possession de petites quantités de drogue	Loi criminalisant la non-divulgation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH/S	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
Argentine	1	1	1	1	1		1	1
Bolivie (État plurinational de)	1	3	1	1	1		1	1
Brésil	1	1	1	1	1		1	1
Chili	1	1	1	1	1		1	1
Colombie	1	1	1	1	1		1	1
Costa Rica	1	1	1	2	1		1	1
Équateur	1	1	1	1	12		1	1
El Salvador	1	4	1	10	13		1	1
Guatemala	1	5	1	1	1		1	1
Honduras	2	2	2	2	1		16	2
Mexique	2	2	2	2	1		2	2
Nicaragua	1	6	1	1	1		1	1
Panama	1	1	1	1	14		17	1
Paraguay	1	1	1	1	1		1	1
Pérou	2	7	9	11	1		18	2
Uruguay	3	3	3		1		3	2
Venezuela (République bolivarienne du)	1	8	1	1	1		1	1

CRIMINALISATION DES PERSONNES TRANSGENRES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU MÊME SEXE EN PRIVÉ

- Peine de mort
- Emprisonnement (14 ans-à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée
- Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

LOI CRIMINALISANT LA NON-DIVULGATION, L'EXPOSITION OU LA TRANSMISSION DU VIH

- Oui
- Non, mais des poursuites existent sur la base du droit pénal général
- Non
- Données non disponibles

LOIS ET POLITIQUES RESTREIGNANT L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

- Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Aucune restriction

CONSENTEMENT PARENTAL REQUIS POUR L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AU DÉPISTAGE DU VIH

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DÉPISTAGE OBLIGATOIRE DU VIH POUR LES PERMIS DE MARIAGE, DE TRAVAIL OU DE SÉJOUR OU POUR CERTAINS GROUPES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

	LOIS PROTECTRICES				
	Lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière de commerce du sexe	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'orientation sexuelle	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'identité de genre	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination pour les personnes qui s'injectent des drogues
Argentine	1	1	1	1	1
Bolivie (État plurinational de)	1	1	1	1	1
Brésil	1	1	1	1	1
Chili	1	1	1	1	1
Colombie	1		1	1	3
Costa Rica	1	1	1	1	2
Équateur	1	1		1	1
El Salvador	1	1	1	1	1
Guatemala	1	1	1	1	1
Honduras	2	2	2	2	2
Mexique	2	2		2	3
Nicaragua	1	1	1	1	1
Panama	1	1	1	1	1
Paraguay	1	1	1	1	1
Pérou					
Uruguay	3				3
Venezuela (République bolivarienne du)	1	1	1	1	1

LOIS INTERDISANT TOUTE DISCRIMINATION FONDÉE SUR LA SÉROPOSITIVITÉ

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE COMMERCE DU SEXE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'ORIENTATION SEXUELLE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'IDENTITÉ DE GENRE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

Remarques : Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination : il s'agit de savoir si les interdictions constitutionnelles de discrimination ont été interprétées de manière à inclure le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues par les tribunaux/la politique gouvernementale et/ou s'il existe d'autres dispositions législatives de non-discrimination qui spécifient le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues.

1. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2022 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2021 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. El Salvador. Code pénal, Articles 170 et 170A.
5. Guatemala. Article 39 du Décret 9-2009 (<https://www.refworld.org/pdfid/4a03e3d22.pdf>).
6. Nicaragua. Code pénal, amendé par la loi n° 641, 2007. Article 178 (https://www.poderjudicial.gob.ni/pjupload/noticia_reciente/CP_641.pdf).
7. Décret législatif N°635, Code pénal Articles 179 and 181. Lima : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ; 2022 (<https://lpderecho.pe/codigo-penal-peruano-actualizado/>).
8. République bolivarienne du Venezuela Code pénal, Article 382 (http://oas.org/juridico/spanish/mesicic3_ven_anexo6.pdf).
9. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Genève : ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
10. El Salvador. Article 34 de la loi réglementant les activités liées aux drogues (<https://elsalvador.eregulations.org/media/Ley%20reguladora%20de%20las%20actividades%20relativas%20a%20las%20drogas.pdf>).
11. Décret législatif N°635, Code pénal Douzième édition officielle. Article 299. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2016 (http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf).
12. Équateur Loi 11, Journal officiel 58, 14 avril 2000. Loi pour la prévention et la prise en charge globale du VIH et du sida (https://oig.cepal.org/sites/default/files/2002_reglamentoleyvih_ecu.pdf).
13. El Salvador. Article 15 de la loi sur la prévention et le contrôle de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_proteccion_control_infeccion_provocada_por_vih.pdf).
14. Panama. Code pénal, Article 308 (<https://en.calameo.com/read/0005798491847eb9f9501>).
15. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
16. Honduras. Loi spéciale sur le VIH/sida, 1999. Article 60 (https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/hn_0290.pdf).
17. Panama. Normes techniques et administratives du programme national pour la santé intégrale des adolescents, 2006 (https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/norma_adolescentes_panama_0.pdf); Article 19.2 de la loi 68 régissant les droits et obligations des patients en matière d'information et de libre choix (https://www.hospitalsantotomas.gob.pa/download/transparencia/otros_documentos_y_normas/9.6.0-LEY-68-DERECOS-PACIENTE.pdf).
18. Pérou. Article 6.2.2.2 de la NTS N° 167-2020-MINSA/2020/DGIESP : « Norma Técnica de Salud para el Atención Integral de la Niñas, Niños y Adolescentes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) » (<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1402571/RM%20N%C2%B0882-2020-MINSA.PDF.PDF>).

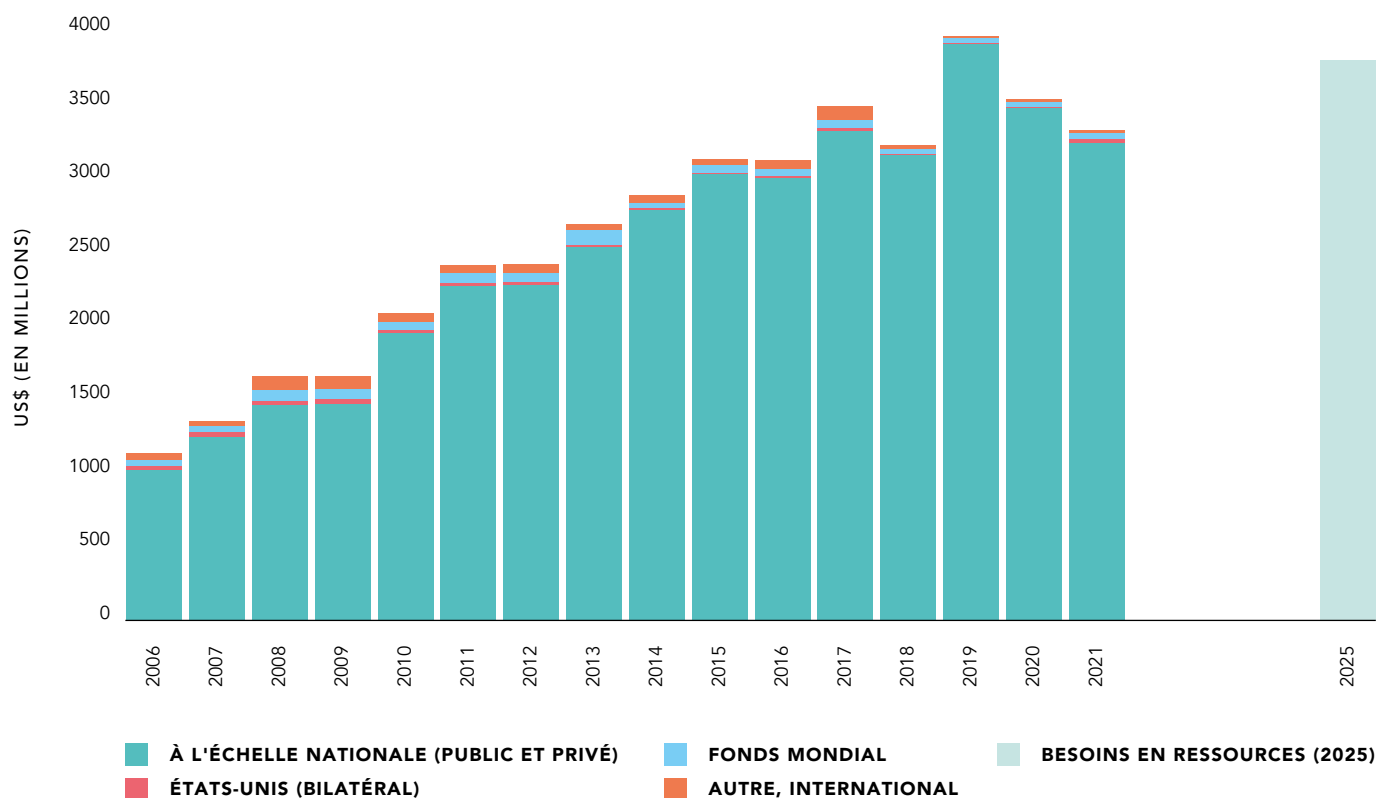
INVESTIR POUR METTRE FIN AU SIDA

L'Amérique latine est en position d'atteindre l'objectif de 2025 pour les besoins en ressources : un déficit de financement de 13 % doit être comblé pour y arriver. Les ressources intérieures ont été les principaux moteurs de la croissance des ressources dans la région : elles ont augmenté de 67 % entre 2010 et 2021, malgré une baisse de 38 % des sources internationales. Les ressources nationales représentaient une part de 97 % de toutes les ressources VIH dans la région en 2021. Certains pays, comme le Salvador, le Guatemala, le Honduras et le Paraguay, dépendent encore d'un soutien extérieur pour certains programmes de lutte contre le VIH, en particulier ceux qui sont axés sur les populations clés, et il sera essentiel pour ces pays d'élaborer des plans de durabilité.

Pour atteindre l'objectif de 2025, les investissements nationaux doivent se concentrer sur les programmes de prévention de base. Sur la base des dernières données relatives aux dépenses de 11 pays, la part régionale moyenne (1,5 %) des dépenses totales consacrées au VIH pour les programmes de prévention auprès des populations clés est inférieure à la moyenne mondiale (3,5 %). Si certains pays (notamment le Salvador, le Honduras et le Paraguay) allouent des ressources importantes aux programmes destinés aux populations clés, d'autres indiquent qu'ils consacrent une part insignifiante de leurs dépenses totales aux interventions en faveur des populations clés, malgré des investissements importants dans les programmes de lutte contre le VIH.

La région devrait mettre l'accent sur les processus d'efficacité allocative et technique et les mettre en œuvre dans ses programmes afin d'utiliser efficacement les ressources disponibles. Il est également nécessaire de faire baisser les prix unitaires des antirétroviraux : la réduction des prix des traitements antirétroviraux de deuxième intention dans la région permettrait de réaliser des économies importantes.

FIGURE 9.7 Disponibilité des ressources pour le VIH, Amérique latine, 2010-2020, et estimation des besoins en ressources pour le VIH à l'horizon 2025



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>) ; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. *PLoS Med.* 2021;18(10):e1003831.

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. US\$ (EN MILLIONS).

RÉFÉRENCES

1. Moloney A. LGBT+ murders at 'alarming' levels in Latin America – study. In: Reuters [Internet]. 8 August 2019. Reuters; c2022 (<https://www.reuters.com/article/us-latam-lgbt-killings/lgbt-murders-at-alarming-levels-in-latin-america-study-idUSKCN1UY2GM>).
2. Trans day of remembrance: an urgent call to combat transphobia in Latin America. In: Race and Equality [Internet]. 20 November 2021. Washington (DC): Institute on Race, Equality and Human Rights; c2018 (<https://raceandequality.org/english/trans-day-of-remembrance-2021/>).
3. World Inequality Database [database]. WID.World; c2022 (https://wid.world/es/mundo#sptinc_p90p100_z/US;FR;DE;CN;ZA;GB;WO/last/eu/k/p/yearly/s/false/23.469/80/curve/false/country).
4. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). Special analysis 2021 (<https://www.cepal.org/en/publications/47719-social-panorama-latin-america-2021>).
5. SIGI 2020 regional report for Latin America and the Caribbean. Paris: Social Institutions and Gender Index, OECD; 2020 (<https://doi.org/10.1787/cb7d45d1-en>).

PROFILS RÉGIONAUX

CARAÏBES



Les Caraïbes ont la prévalence du VIH la plus élevée de toutes les régions en dehors de l'Afrique subsaharienne, mais la région a fait des progrès importants dans sa riposte au VIH. Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en 2021 (14 000 [9500-18 000]) était inférieur de 28 % à celui de 2010, et les décès liés au sida (5700 [4200-7600] en 2021) ont diminué de 50 %. Les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont diminué de 47 % entre 2010 et 2021.

Parmi les personnes vivant avec le VIH dans la région en 2021, 84 % connaissaient leur statut sérologique et 83 % des personnes qui connaissaient leur statut sérologique accédaient à un traitement (70 % de toutes les personnes vivant avec le VIH). Parmi les personnes sous traitement, 87 % avaient une charge virale supprimée (61 % de toutes les personnes vivant avec le VIH). La couverture du diagnostic et du traitement reste plus faible chez les hommes que chez les femmes, avec un écart qui ne se réduit pas (figure 10.6).

Seuls six pays de la région ont inclus la prophylaxie pré-exposition orale quotidienne (PrEP) dans leurs directives nationales, cinq pays fournissant la PrEP dans des établissements publics et un pays la mettant à disposition par le biais d'une distribution communautaire.^{1,2} Les stratégies de lutte contre le VIH menées par les communautés doivent être étendues et garantir une intégration adéquate dans les ripostes nationales. Les stratégies de lutte contre le VIH menées par les communautés doivent être étendues et garantir une intégration adéquate dans les ripostes nationales (1).

1. Les six pays sont : Les Bahamas, la Barbade, la République dominicaine, Haïti, la Jamaïque et Sainte-Lucie.
2. The five countries are: Bahamas, Barbados, the Dominican Republic, Haiti and Saint Lucia.

Il faut intensifier les efforts pour tirer parti des facteurs sociétaux favorables, tels que l'égalité des sexes, la lutte contre la discrimination et la protection sociale/financière, afin d'améliorer le dépistage, l'initiation du traitement et les résultats de celui-ci. La stigmatisation et la discrimination persistantes à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, ainsi que les niveaux élevés de violence sexiste, entravent l'efficacité des ripostes au sida dans la région (2-5). Le leadership politique, l'examen et la réforme des lois, ainsi que la communication de masse, les campagnes en faveur des droits de l'homme et les dialogues communautaires sont nécessaires de toute urgence pour s'attaquer aux facteurs structurels qui limitent l'accès aux services et augmentent la vulnérabilité au VIH.

Les données stratégiques sur les domaines clés de l'épidémie et de la riposte, telles que les estimations de la taille des populations clés et la prestation de services, font souvent défaut. Un soutien technique et des investissements sont nécessaires pour améliorer et utiliser efficacement les données en vue d'obtenir un impact, notamment en assurant un suivi efficace des efforts déployés pour mettre fin aux inégalités et en intégrant pleinement le suivi mené par les communautés dans les systèmes d'information stratégiques nationaux.

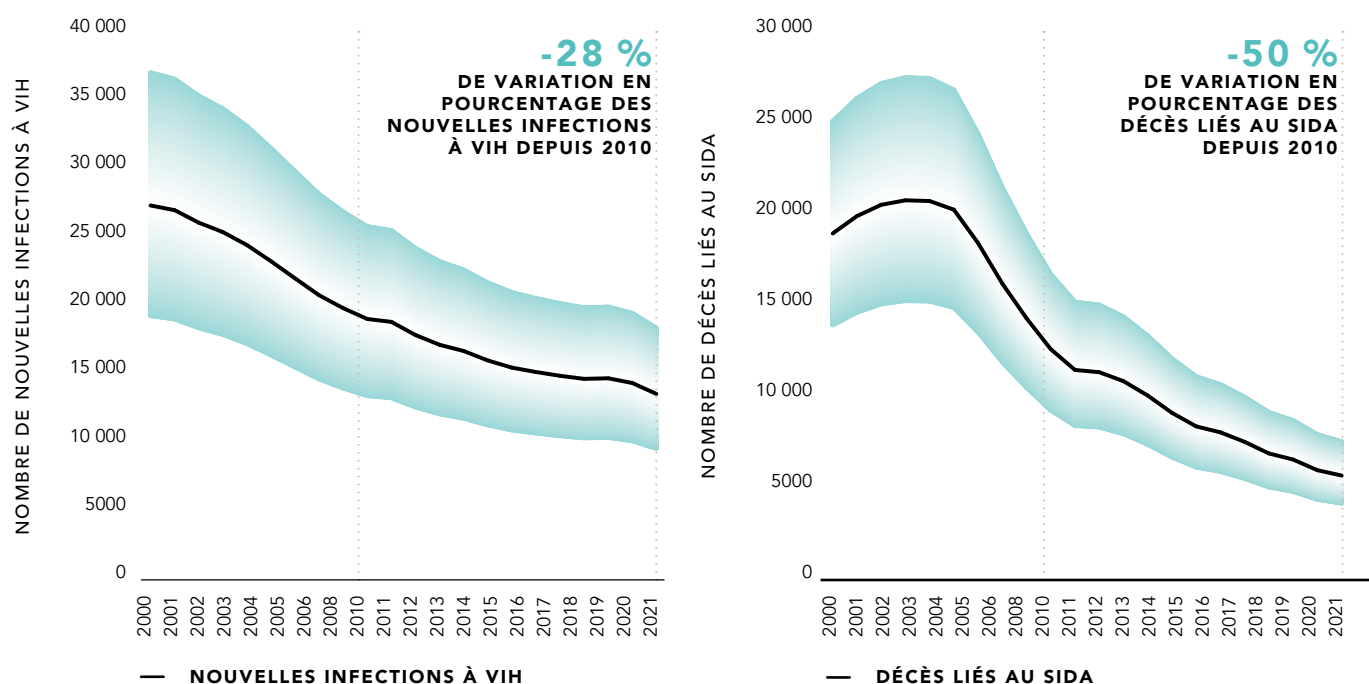
6

**PAYS DE LA RÉGION QUI
ONT INCLUS LA PREP ORALE
QUOTIDIENNE DANS LEURS
DIRECTIVES NATIONALES**



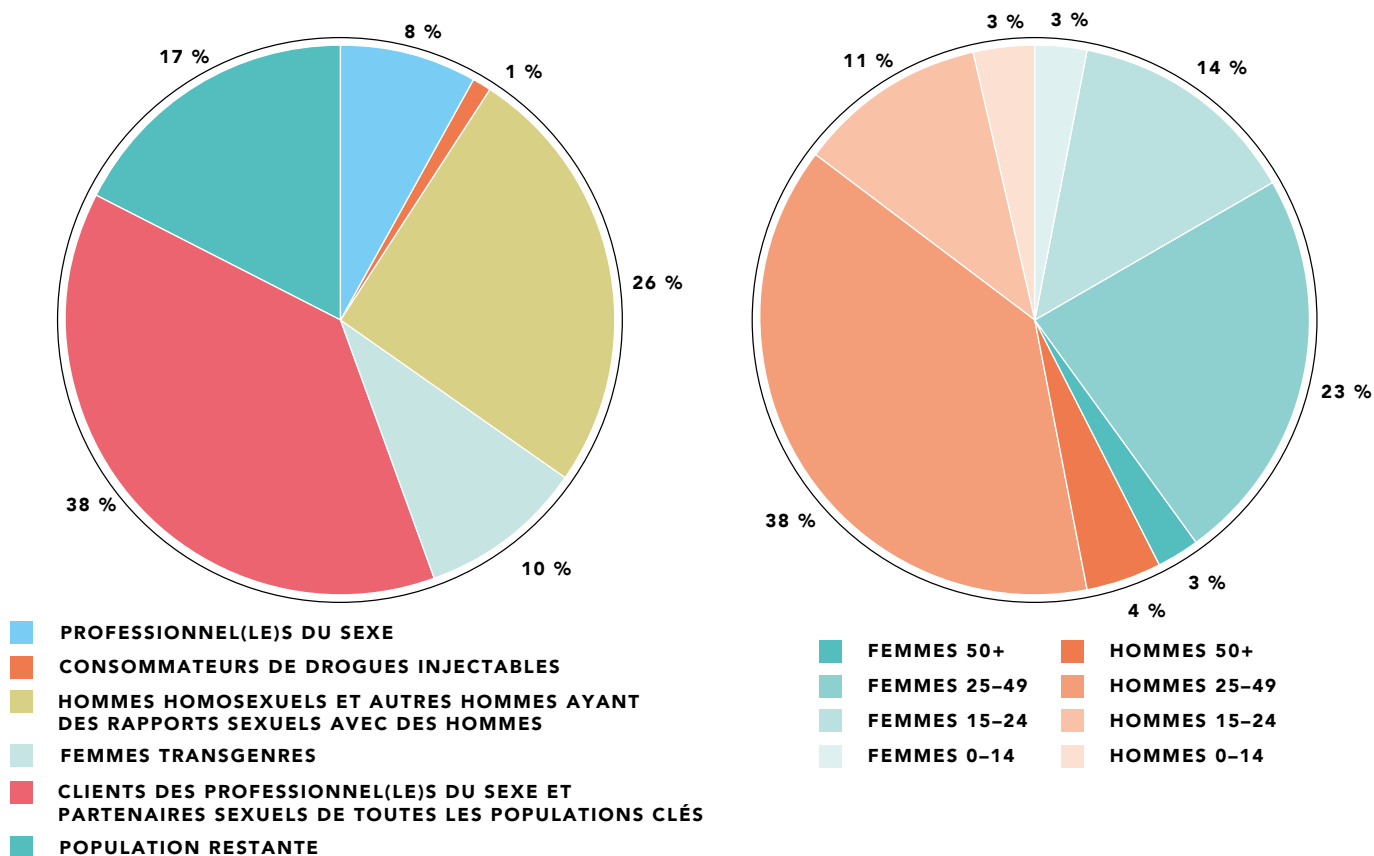
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 10.1 Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, Caraïbes, 2000-2021



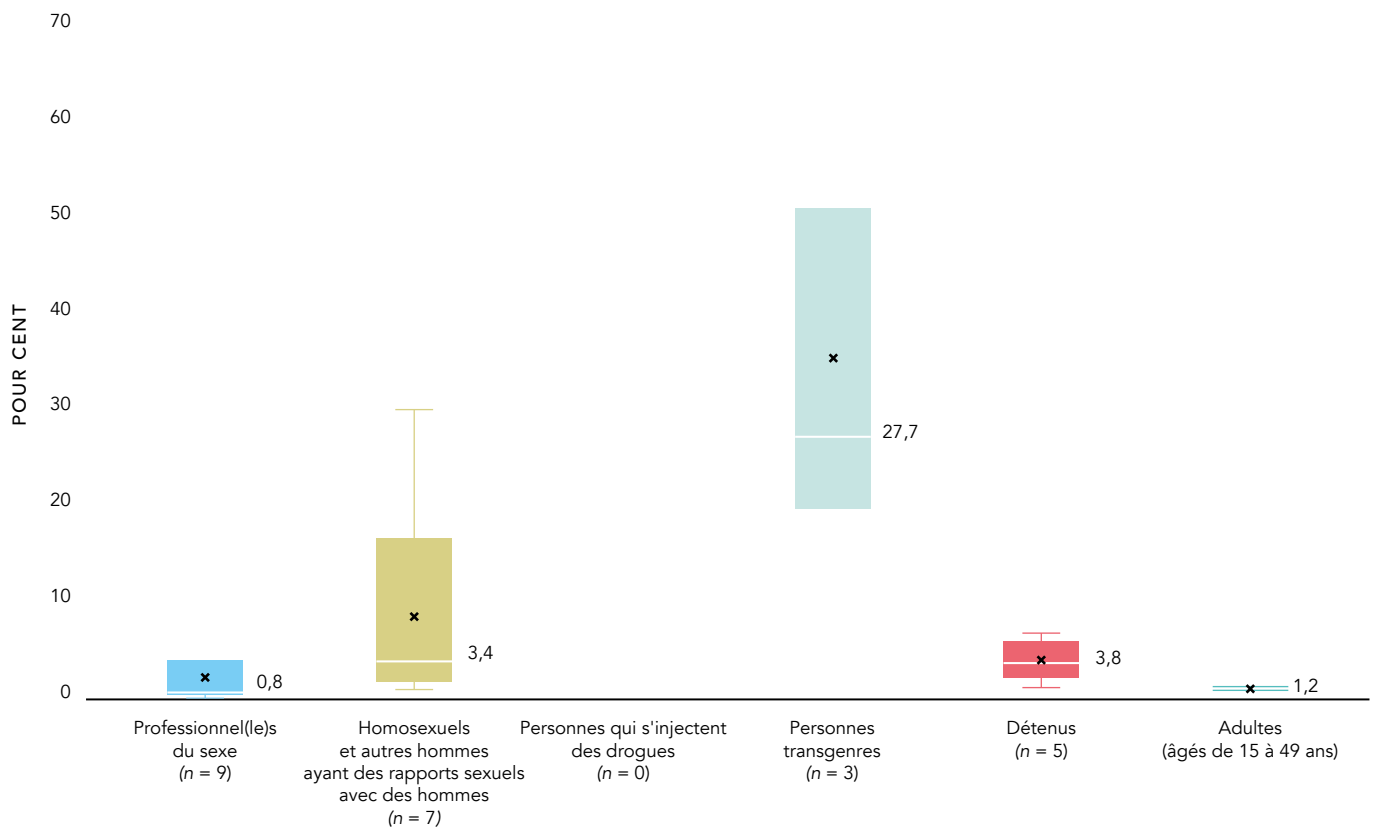
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 10.2 Répartition de l'acquisition de nouvelles infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Caraïbes, 2021

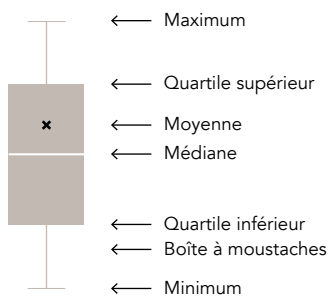


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 10.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés par rapport aux adultes (âgés de 15 à 49 ans), pays déclarants des Caraïbes, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données dans les Caraïbes était de :

- 0,8 % chez les professionnel(le)s du sexe.
- 3,4 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 27,7 % chez les personnes transgenres.
- 3,8 % chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de **1,2 % [1,0-1,3 %]**.

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

Notes : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 17.

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

TABLEAU 10.1 Estimation de la taille des populations clés, Caraïbes, 2018–2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Bahamas	210 000									2300	1,11 %
République dominicaine	5 800 000									29 100	0,50 %
Haïti	6 200 000									11 300	0,18 %
Jamaïque	1 600 000			42 400	2,62 %			3800	0,24 %		
Sainte-Lucie	184 000			3000	1,65 %					500	0,26 %
Saint-Vincent-et-Grenadines	111 000										
Suriname	300 000										
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			1,57 %	1,36 %	-	0,18 %	-				

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
 ■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

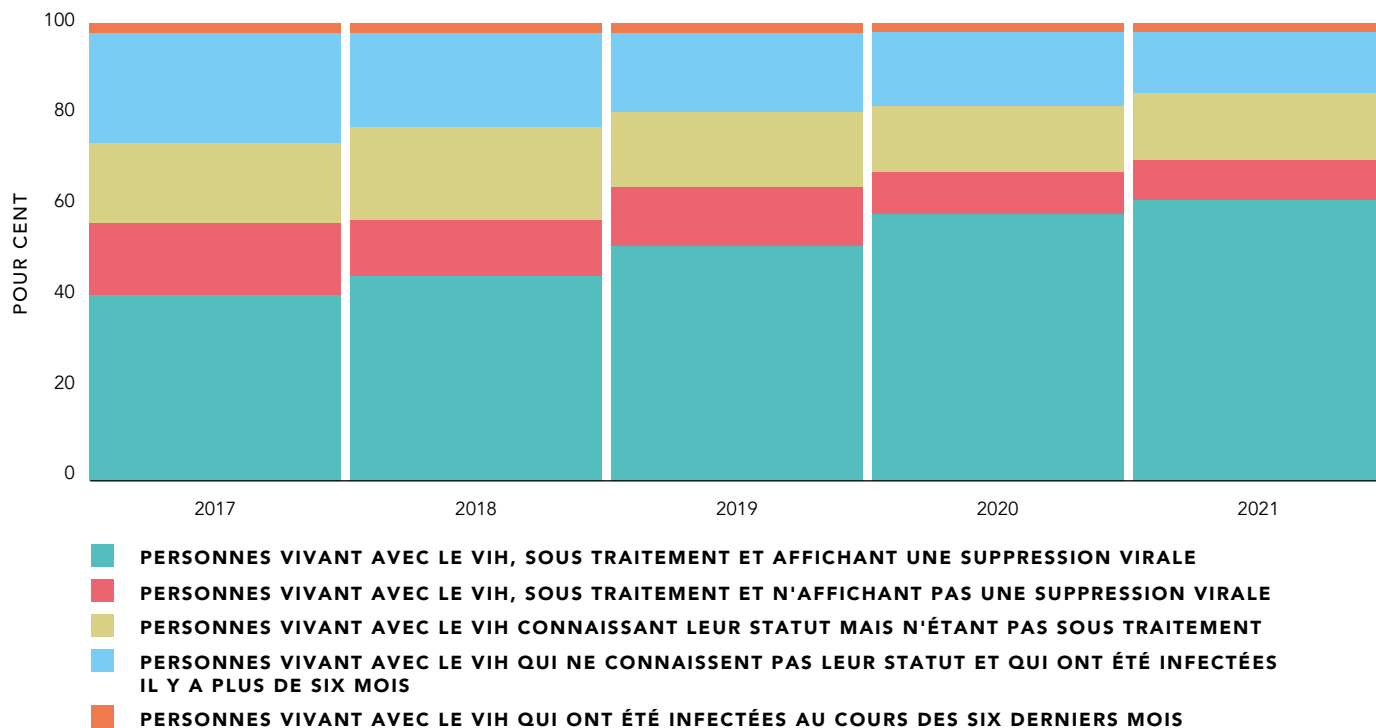
^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module Demproj de Spectrum, 2021 ; Perspectives de la population mondiale 2019 [Internet]. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies ; 2019 (données personnalisées acquises via le site web).

Remarque : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

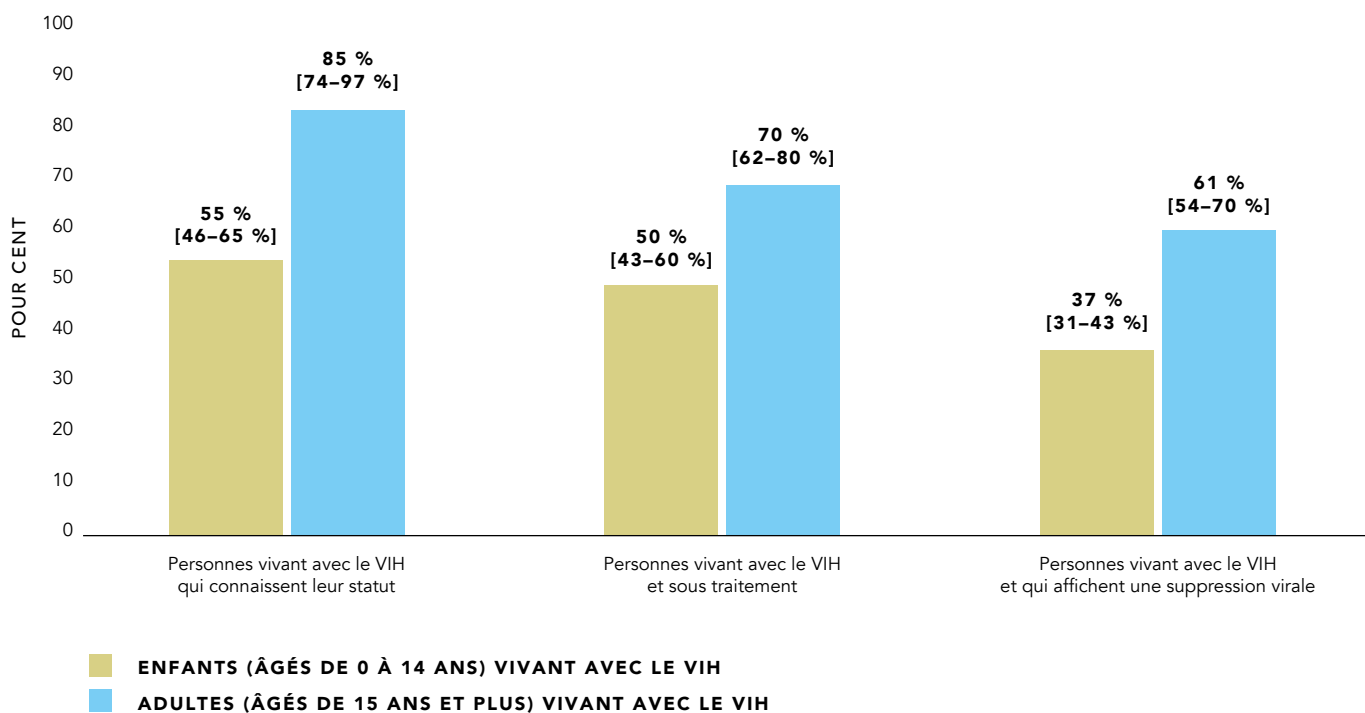
SERVICES LIÉS AU VIH

FIGURE 10.4 Personnes vivant avec le VIH, personnes nouvellement infectées au cours des six derniers mois, et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de 15 ans et plus), Caraïbes, 2017-2021



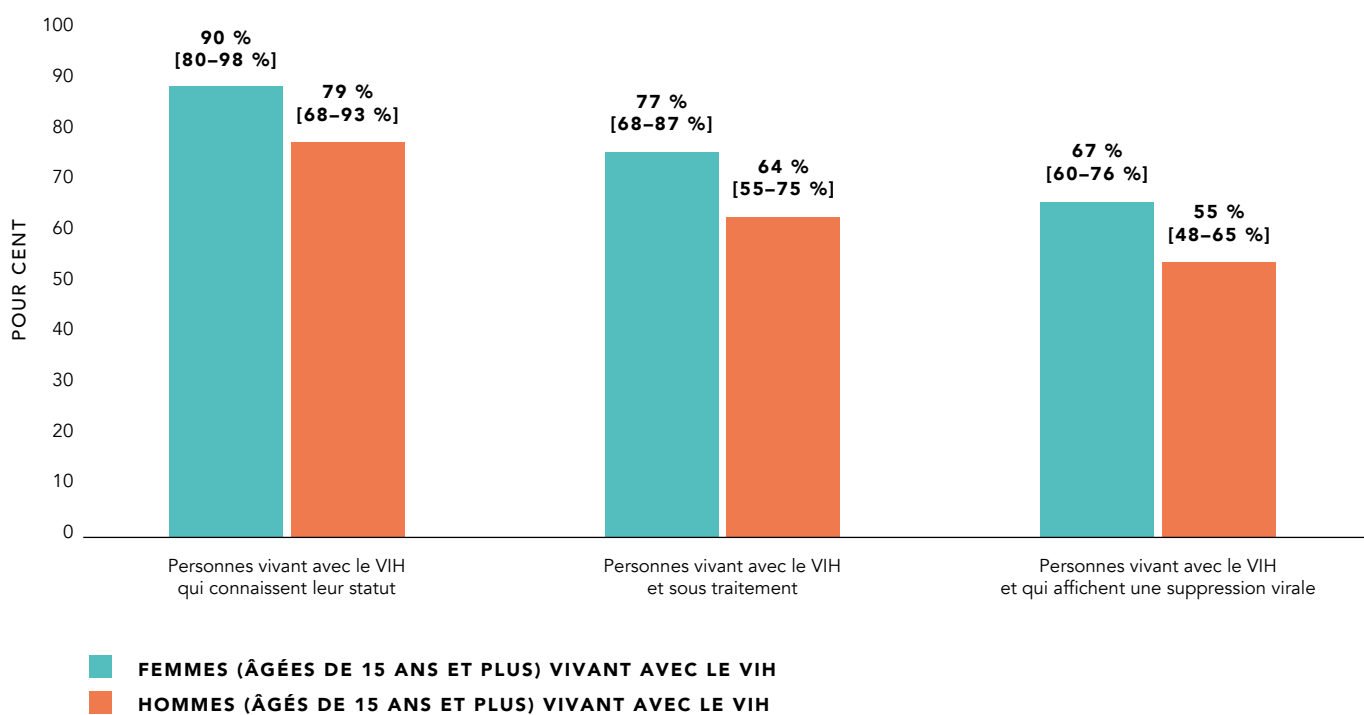
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 10.5 Dépistage et traitement du VIH en cascade, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), Caraïbes, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 10.6 Dépistage et traitement du VIH en cascade, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Caraïbes, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

LOIS ET POLITIQUES

TABLEAU 10.2 Tableau de bord des lois et politiques, Caraïbes, 2022

	LOIS PUNITIVES							
	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du commerce du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe en privé	Criminalisation de la possession de petites quantités de drogue	Loi criminalisant la non-divulagation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH ²⁶	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
Antigua & Barbuda	3	7	15	1	1		3	3
Bahamas	2	2	2	2	2		2	2
Barbade	2	8	8	2	3		3	1
Belize	6	9	16	20	24		27	
Cuba	3	10	16	5	3		3	3
Dominique	5	11	16		5		5	5
République dominicaine	1	12	1	1	1		1	1
Grenade		13	16	21	25			
Guyane	3	14	17	3	1		27	3
Haïti	1	1	1	1	1		2	1
Jamaïque	1	1	1	1	1		1	1
Saint-Kitts-et-Nevis	2	2	2	22	2		2	2
Sainte-Lucie	1	1	1	1	1		1	1
Saint-Vincent-et-Grenadines		3	18	23	3			3
Suriname	5		16		5		4	4
Trinité-et-Tobago	1	2	19	2	1		2	2

CRIMINALISATION DES PERSONNES TRANSGENRES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU MÊME SEXE EN PRIVÉ

- Peine de mort
- Emprisonnement (14 ans-à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée
- Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

LOI CRIMINALISANT LA NON-DIVULGATION, L'EXPOSITION OU LA TRANSMISSION DU VIH

- Oui
- Non, mais des poursuites existent sur la base du droit pénal général
- Non
- Données non disponibles

LOIS ET POLITIQUES RESTREIGNANT L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

- Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Aucune restriction

CONSENTEMENT PARENTAL REQUIS POUR L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AU DÉPISTAGE DU VIH

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DÉPISTAGE OBLIGATOIRE DU VIH POUR LES PERMIS DE MARIAGE, DE TRAVAIL OU DE SÉJOUR OU POUR CERTAINS GROUPES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

	LOIS PROTECTRICES				
	Lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière de commerce du sexe	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'orientation sexuelle	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'identité de genre	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination pour les personnes qui s'injectent des drogues
Antigua & Barbuda	1				3
Bahamas	2		2		2
Barbade					2
Belize					
Cuba	3				3
Dominique					5
République dominicaine	1	1	1	1	1
Grenade					
Guyane	3				3
Haïti	1	1	1	1	1
Jamaïque	1	1	1	1	1
Saint-Kitts-et-Nevis	2	2	2	2	2
Sainte-Lucie	1	1	1	1	1
Saint-Vincent-et-Grenadines					
Suriname					5
Trinité-et-Tobago	2	2	2	2	2

LOIS INTERDISANT TOUTE DISCRIMINATION FONDÉE SUR LA SÉROPOSITIVITÉ

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE COMMERCE DU SEXE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'ORIENTATION SEXUELLE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'IDENTITÉ DE GENRE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

Remarques : Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination : il s'agit de savoir si les interdictions constitutionnelles de discrimination ont été interprétées de manière à inclure le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues par les tribunaux/la politique gouvernementale et/ou s'il existe d'autres dispositions législatives de non-discrimination qui spécifient le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues.

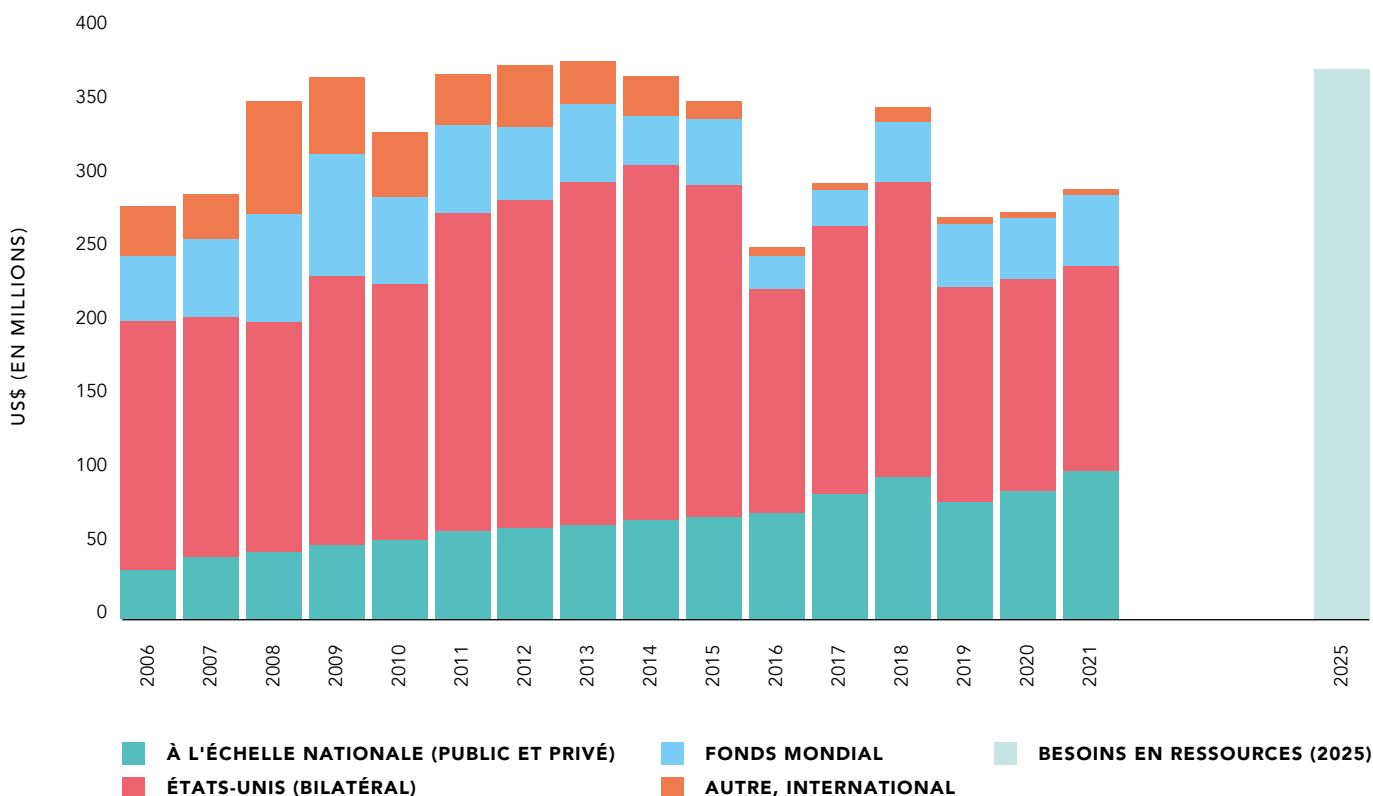
1. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2022 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2021 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Genève : ILGA World ; 2020.
7. Antigua & Barbuda La loi sur les infractions sexuelles, 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/42538/79312/F1146620290/ATG42538.pdf>).
8. Barbade Loi sur les infractions sexuelles, 1992. Section 9 (<http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/ngos/lgbti2.pdf>).
9. Belize. Code pénal, chapitre 101. Article 49 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/68422/66703/F1776464508/BLZ68422.pdf>).
10. Cuba. Code pénal, Article 302 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu004es.pdf>).
11. Dominique. Loi sur les délits sexuels (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/49696/87821/F1766139650/DMA49696.pdf>).
12. République dominicaine. Code pénal, article 334 (<https://www.oas.org/dil/esp/C%C3%B3digo%20Penal%20de%20la%20Rep%C3%BAblica%20Dominicana.pdf>) ; Engagements nationaux et instrument politique, 2022.
13. Grenade. Code pénal, chapitre 72A (76 de 1958). Section 137 (30) (https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=686&Itemid=183).
14. Guyane. Articles 165-168, Juridiction sommaire (infractions) (http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_guy_summ.pdf).
15. Haute Cour de justice d'Antigua-et-Barbuda. Orden David et al v The Attorney General Of Antigua and Barbuda (<https://www.eccourts.org/orden-david-et-al-v-the-attorney-general-of-antigua-and-barbuda/>).
16. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Genève : ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
17. Guyane. Droit pénal (infractions), chapitre 8:01. Article 352 (<https://mola.gov.gy/sites/default/files/Cap%20801.pdf#page=184>).
18. Saint-Vincent-et-Grenadines Code pénal, section 146 (http://www.oas.org/en/sla/dlc/mesicic/docs/mesicic5_svg_annex8.pdf).
19. Jugement de la Haute Cour de Trinité-et-Tobago, 2018. Jason Jones contre le procureur général de Trinité-et-Tobago (<https://dloc.com/AA00063330/00001>).
20. Belize. Loi sur l'abus de drogues, chapitre 103. Édition révisée (2000). Section 7 (http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/BZ/misuse_of_drugs_act.pdf).
21. Grenade. Loi sur la prévention et le contrôle de l'abus de drogues (7 de 1992). Chapitre 84A, section 6 (https://laws.gov.gd/index.php?option=com_edocman&view=category&id=710&Itemid=184).
22. Saint-Christophe-et-Nevis. Loi sur les drogues (prévention et réduction de l'abus et du mauvais usage des drogues) (amendement). (<https://aglcskn.info/wp-content/documents/Annual-Laws/2019/ACTs/Act-6-Drugs-Amendment-2019.pdf>).
23. Saint-Vincent-et-Grenadines Loi sur les drogues (prévention de l'abus). Édition révisée de 1990. Chapitre 219. Art. 7(1) (http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/VC/drugs_act.pdf).
24. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network ; mai 2019.
25. HIV Justice Network [base de données]. Amsterdam: HIV Justice Foundation ; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
26. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : UNUSIDA, PNUD ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
27. Sexual Rights Initiative Database [base de données]. Sexual Rights Initiative ; c2016 (<http://sexualrightsdatabase.org/map/21/Adult%20sex%20work>).

INVESTIR POUR METTRE FIN AU SIDA

La riposte régionale au VIH reste fortement dépendante des sources extérieures, les ressources nationales ne représentant que 31 % du financement régional du VIH en 2021. Le financement bilatéral du gouvernement des États-Unis est la principale source de financement externe dans la région, contribuant à 48 % de toutes les ressources régionales en 2021 ; vient ensuite le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), avec 16 %. Dans l'ensemble, les ressources nationales consacrées au VIH dans la région ont augmenté de 87 % au cours de la période 2010-2021, tandis que les principales sources de financement externe (le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial) ont diminué leurs ressources de 20 % et 19 %, respectivement. Les autres sources de financement bilatérales ont diminué de 91 % au cours de la même période.

La région présente un déficit de financement de 22 % pour atteindre les objectifs de 2025 en matière de besoins en ressources. Les ressources totales consacrées au VIH ont diminué de 12 % au cours de la dernière décennie, et la région doit élaborer un plan global de mobilisation des ressources. La dépendance à l'égard des donateurs internationaux est particulièrement prononcée pour les services de prévention combinés destinés aux populations clés. Les gouvernements doivent s'efforcer d'accroître les investissements nationaux dans le domaine du VIH et de la santé, d'utiliser les ressources disponibles de la manière la plus efficace possible et de plaider pour que les donateurs internationaux retardent leur retrait de la région, compte tenu des dommages économiques causés par la pandémie de COVID-19.

FIGURE 10.7 Disponibilité des ressources pour le VIH, Caraïbes, 2010-2020, et estimation des besoins en ressources pour le VIH à l'horizon 2025



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

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. US\$ (EN MILLIONS).

RÉFÉRENCES

1. More Territories ready to Invest in Social Contracting. In: Pan Caribbean Partnership against HIV/AIDS [Internet]. 27 April 2022. PANCAP; c2022 (<https://pancap.org/pancap-releases/pancap-collaborating-with-regional-stakeholders-to-advocate-for-social-contracting-as-a-valuable-tool-for-the-hiv-response/>).
2. Global commitments, local action. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-commitments-local-action_en.pdf).
3. Confronting inequalities: lessons from pandemic responses from 40 years of AIDS. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf).
4. HIV and stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf).
5. GBV In The Caribbean. In: UN Women Caribbean [Internet]. New York: UN Women (<https://caribbean.unwomen.org/en/caribbean-gender-portal/caribbean-gbv-law-portal/gbv-in-the-caribbean>).

PROFILS RÉGIONAUX

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD



Les nouvelles infections à VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ont augmenté de 33 % entre 2010 et 2021, ce qui en fait l'une des trois seules régions du monde, avec l'Europe orientale et l'Asie centrale et l'Amérique latine, où le VIH est toujours en hausse.¹ L'épidémie de VIH dans la région est principalement due à la transmission parmi les populations clés qui, avec leurs partenaires sexuels, sont à l'origine de 85 % des nouvelles infections.

Si la mortalité liée au sida a diminué de 22 % depuis 2010, c'est nettement moins que la baisse mondiale de 52 %, et les progrès ont encore stagné depuis 2019. Les retards dans le dépistage du VIH contribuent à de mauvais résultats : en 2021, seules 67 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut VIH. L'inefficacité du dépistage et la sous-optimalité du traitement entraînent un sous-diagnostic, une transmission persistante, un traitement tardif et une mortalité croissante (1). Une étude récente a révélé que le pourcentage de personnes nouvellement diagnostiquées se présentant pour un dépistage à un stade avancé de la maladie à VIH est passé de 27 % en 2017 à 37 % en 2019 (1).

En outre, les services de dépistage du VIH ne sont pas axés sur les populations clés les plus exposées (1). Si le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord sont les régions où la charge du VIH est la plus faible au monde (180 000 [150 000-210 000] personnes vivant avec le VIH à la fin de 2021), c'est aussi la région où la couverture du traitement du VIH est la plus faible au monde (50 % des personnes vivant avec le VIH en 2021) et où la proportion de personnes vivant avec le VIH et ayant une suppression virale est la plus faible (44 % en 2021). La couverture du diagnostic et du traitement chez les femmes est inférieure à celle des hommes (contrairement à la plupart des autres régions), et la couverture du traitement des enfants et de la prévention de la transmission verticale du VIH sont les plus faibles du monde. En outre, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord est la seule région où les infections infantiles n'ont pas diminué depuis 2010 : seuls 40 % des enfants vivant avec le VIH avaient accès aux services de traitement du VIH en 2021, et beaucoup d'entre eux reçoivent des régimes VIH sous-optimaux (1).

1. Lors du cycle d'estimation 2022, la République islamique d'Iran est passée de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord à la région Asie et Pacifique (voir l'annexe sur les méthodes).

Malgré cette lenteur régionale, certains pays font des progrès bienvenus. Au Liban et en Algérie, par exemple, plus de 80 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique et, en Algérie, plus de 90 % des personnes qui connaissent leur statut sérologique ont accès à un traitement. Plusieurs pays se dirigent vers l'élimination de la transmission verticale du VIH. Avec le soutien du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), les ripostes communautaires prennent également un nouvel élan et l'accès aux services de lutte contre le VIH pour les populations clés et vulnérables touchées par les urgences humanitaires a été renforcé.

Pour profiter de cet élan, il faudra coordonner les efforts afin de relever les principaux défis. Les informations stratégiques sur le VIH au sein des populations clés restent limitées ou obsolètes (Figure 11.4), ce qui nuit aux efforts visant à comprendre pleinement la nature et l'ampleur de l'épidémie et à se concentrer sur les communautés qui en ont le plus besoin. Les conflits armés et les catastrophes naturelles, aggravés par les effets persistants de la COVID-19, ont également accru les vulnérabilités liées au VIH. Le sida est une maladie négligée dans la région, ne recevant que peu d'attention politique ou d'investissement dans de nombreux pays. Pour que la riposte régionale soit sur la bonne voie, il faut : (a) une plus grande responsabilisation des communautés et de la société civile ; (b) un engagement politique plus fort, se traduisant par une augmentation du financement national pour le VIH ; (c) une meilleure intégration du VIH dans le programme de développement au sens large ; et (d) une action concertée pour éliminer la stigmatisation et la discrimination profondément enracinées, notamment l'abrogation des lois punitives qui alimentent les inégalités à l'origine de l'épidémie.

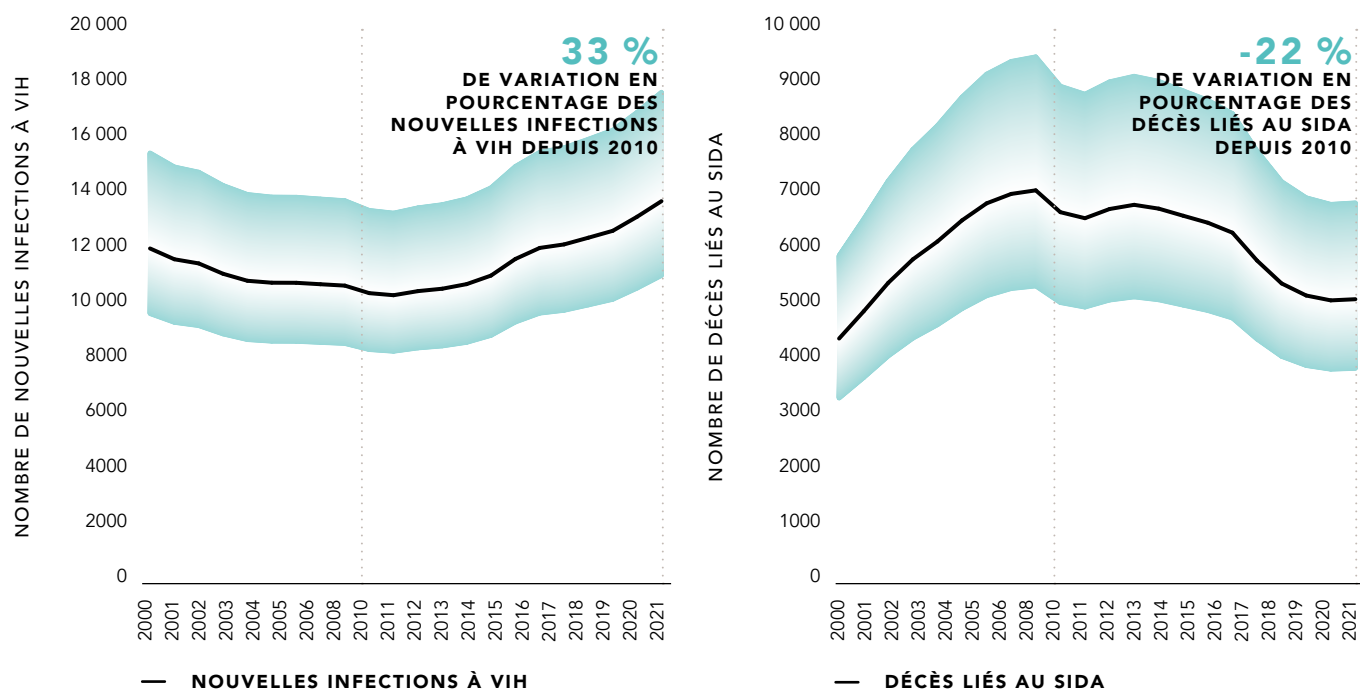
33 %

**AUGMENTATION DES
NOUVELLES INFECTIONS À
VIH DANS LA RÉGION ENTRE
2010 ET 2021**



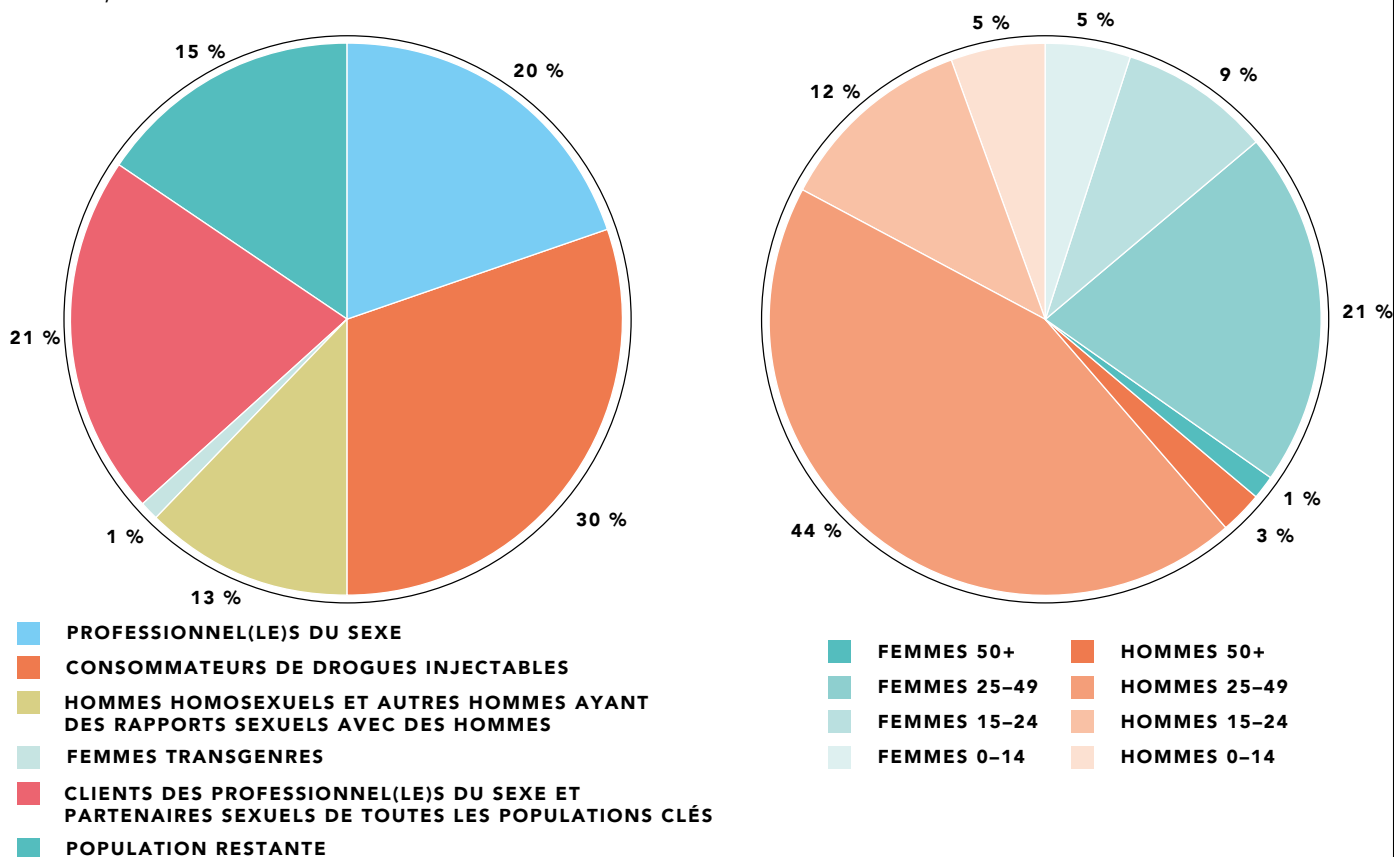
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 11.1 Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2000-2021



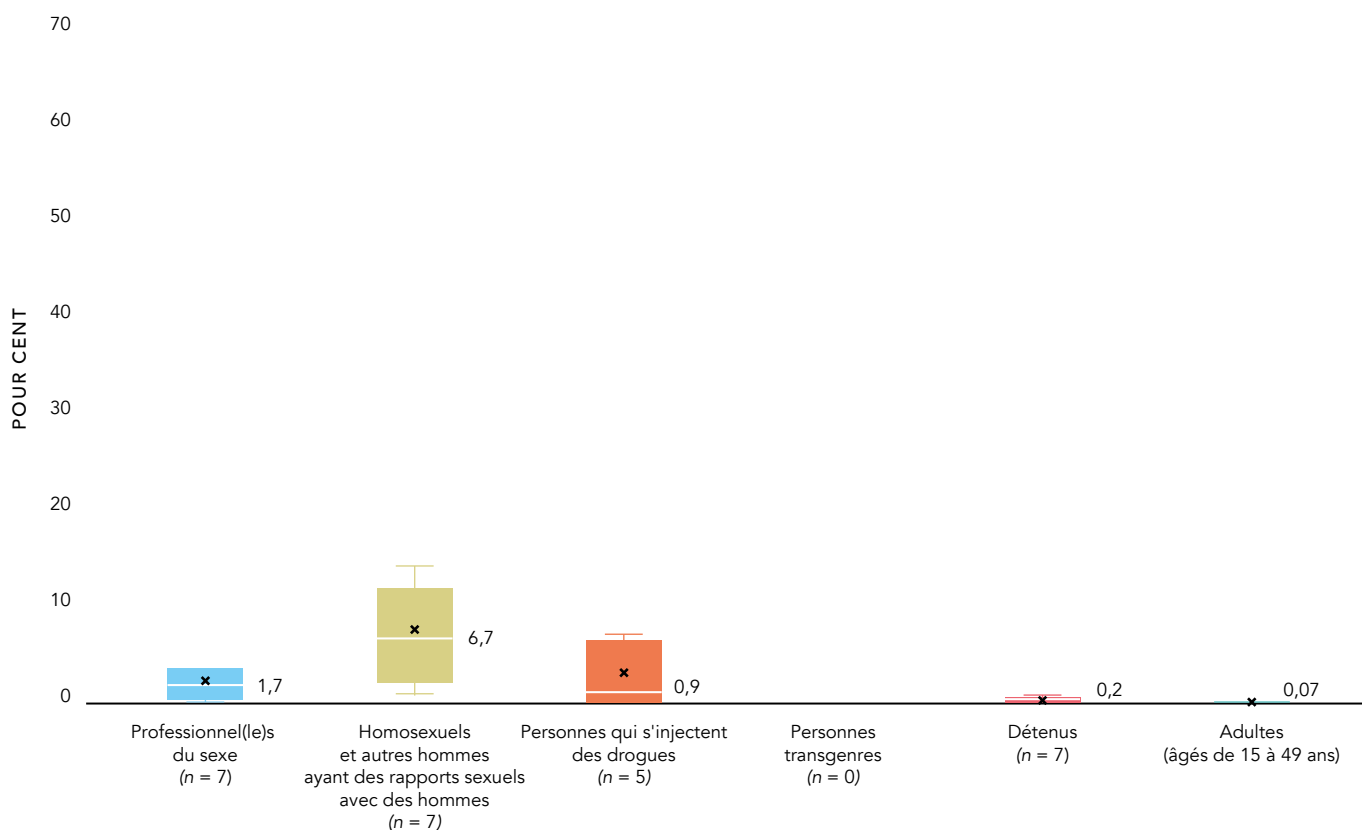
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 11.2 Répartition de l'acquisition des infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2021

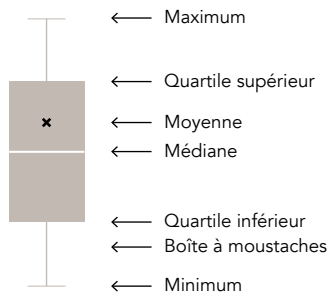


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 11.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés, pays déclarants du Moyen-Orient et de l’Afrique du Nord, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données au Moyen-Orient et en Afrique du Nord était de :

- 1,7 % chez les professionnel(le)s du sexe.
- 6,7 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 0,9 % chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- 0,2 % chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de **0,07 % [0,06–0,08 %]**.

Suivi mondial du sida de l’ONUSIDA, 2022 ; Estimations épidémiologiques de l’ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Notes : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 20.

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

TABLEAU 11.1 Estimation de la taille des populations clés, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2018–2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Koweït	710 000									5200	0,74 %
Liban	3 200 000			16 500	0,50 %						
Maroc	19 100 000									88 900	0,47 %
Oman	1 400 000									3500	
Tunisie	6 100 000									22 000	0,36 %
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			0,40 %	0,51 %	0,20 %	-	-				

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

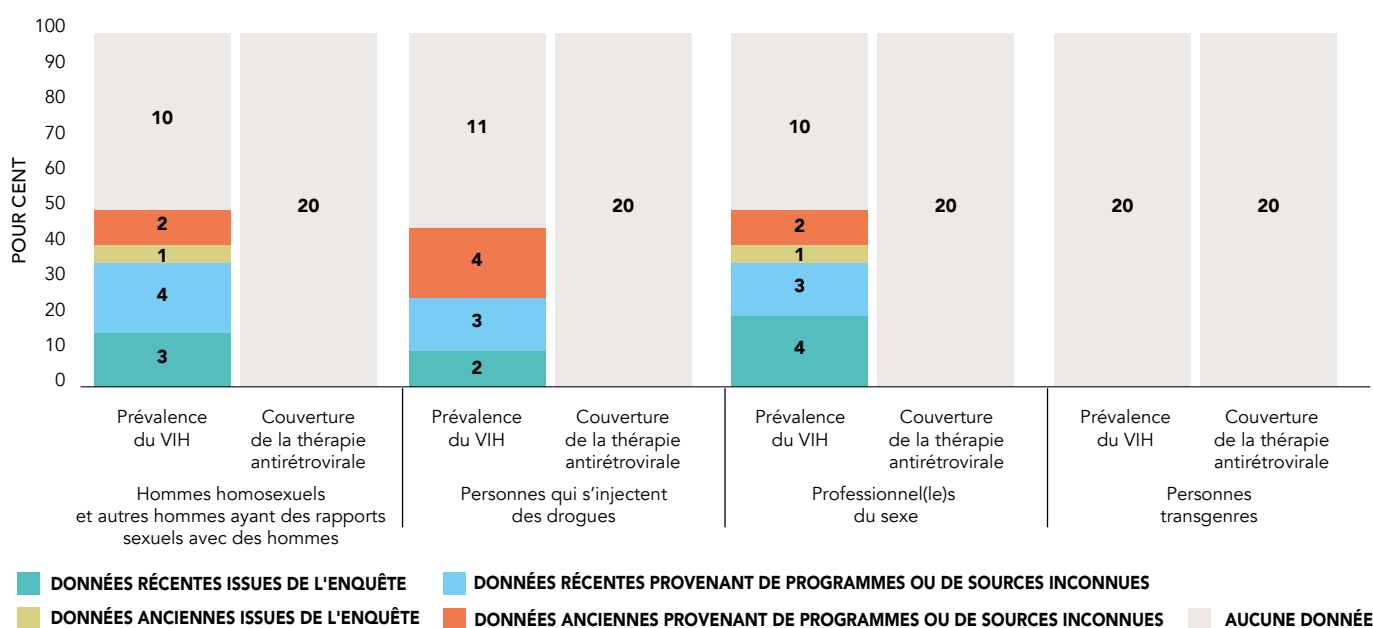
Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module Demproj de Spectrum, 2021.

Remarque 1 : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

Remarque 2 : Les régions couvertes par les estimations de la taille de la population locale sont les suivantes :

- Oman : Prison centrale.

FIGURE 11.4 Disponibilité des données sur les populations clés, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2011-2021

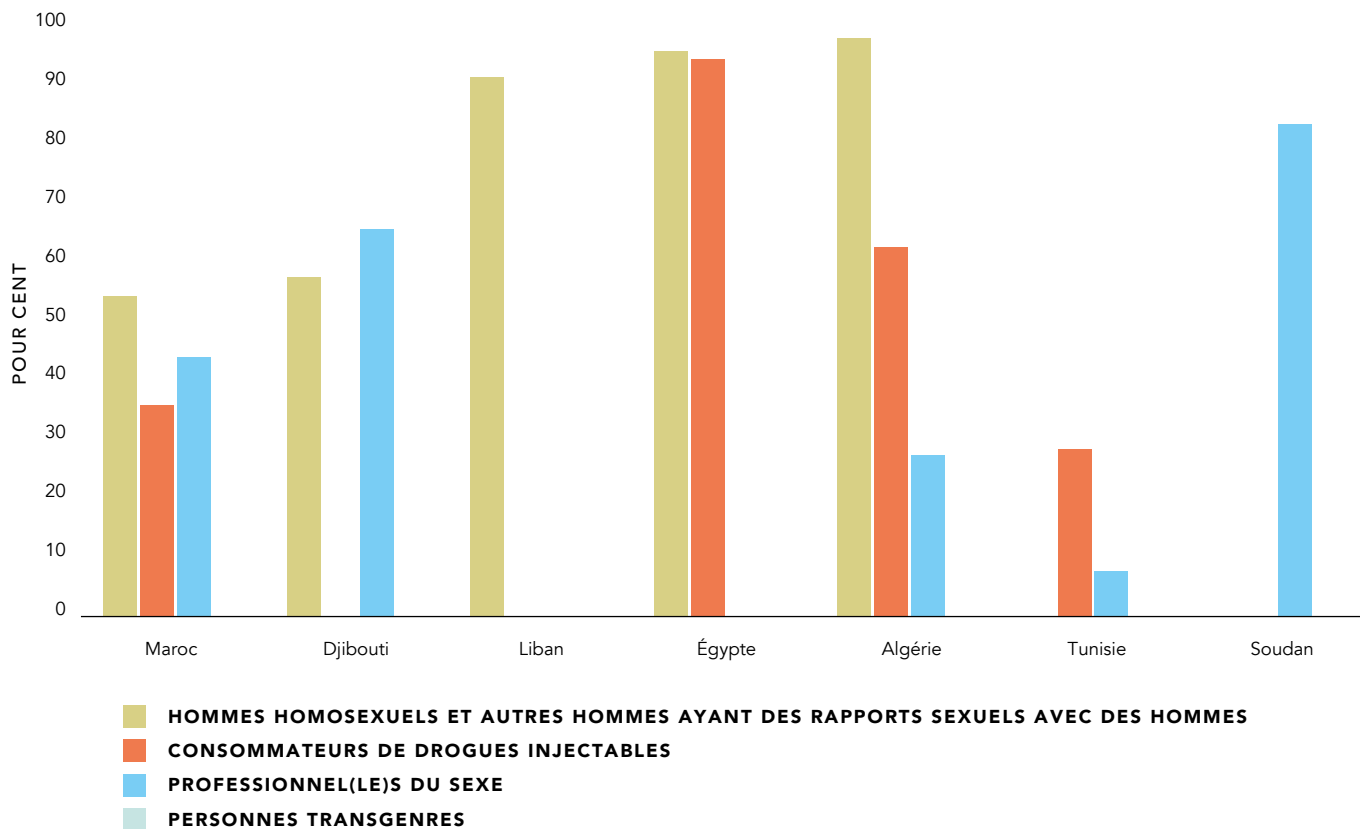


Source : Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

Remarque : Les chiffres dans chaque barre correspondent au nombre de pays dans chaque catégorie, sur un total de 20 pays déclarants dans la région. L'année indiquée dans le tableau correspond à l'année des données les plus récentes. Les données de prévalence du VIH chez les personnes transgenres ne sont collectées que depuis 2015. Les données relatives à la couverture de la thérapie antirétrovirale parmi toute population clé ne sont collectées que depuis 2016. Dans ce contexte, « récent » signifie au cours des cinq dernières années (2017-2021).

SERVICES LIÉS AU VIH

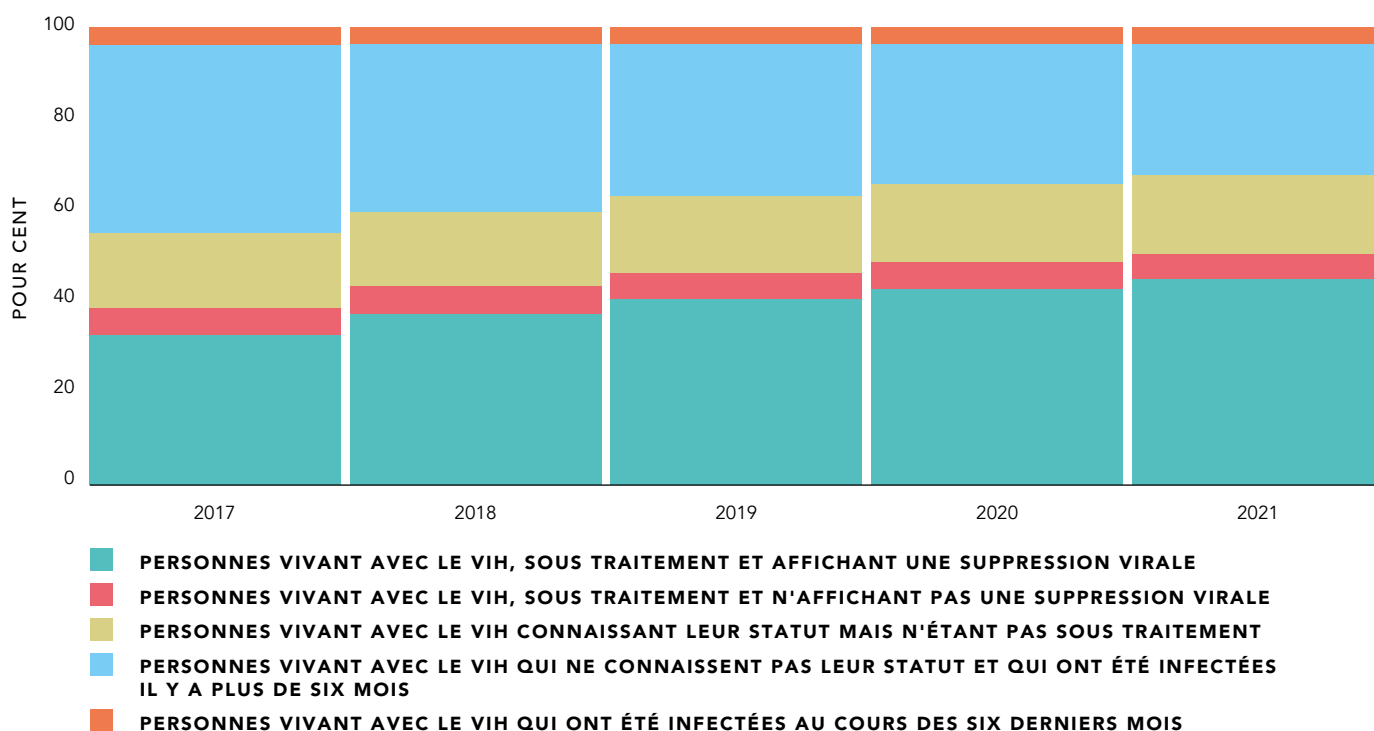
FIGURE 11.5 Connaissance du statut VIH parmi les populations clés, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2017-2021



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

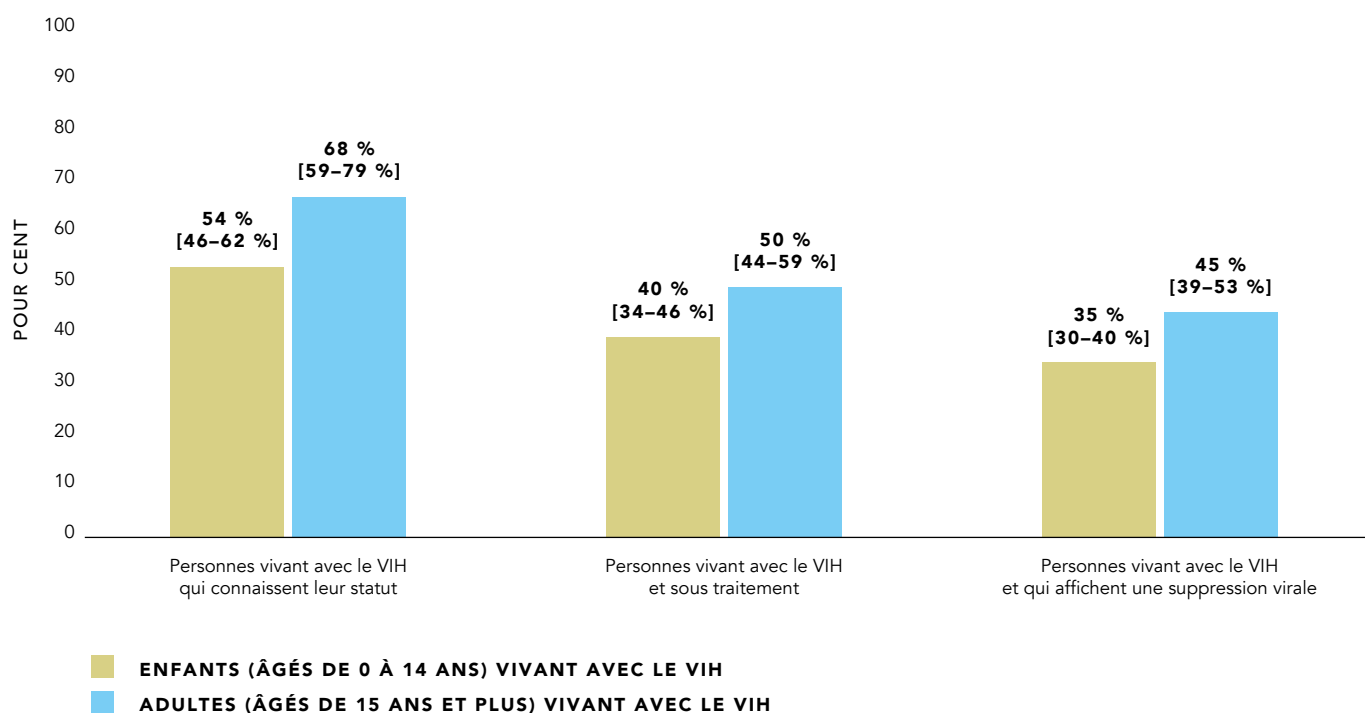
Remarque : Les données incluent les membres des populations clés qui se sont soumis à un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui savent que leurs résultats sont négatifs, et les membres des populations clés qui ont déjà été testés et qui savent qu'ils vivent avec le VIH.

FIGURE 11.6 Personnes vivant avec le VIH et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de 15 ans et plus), Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2017-2021



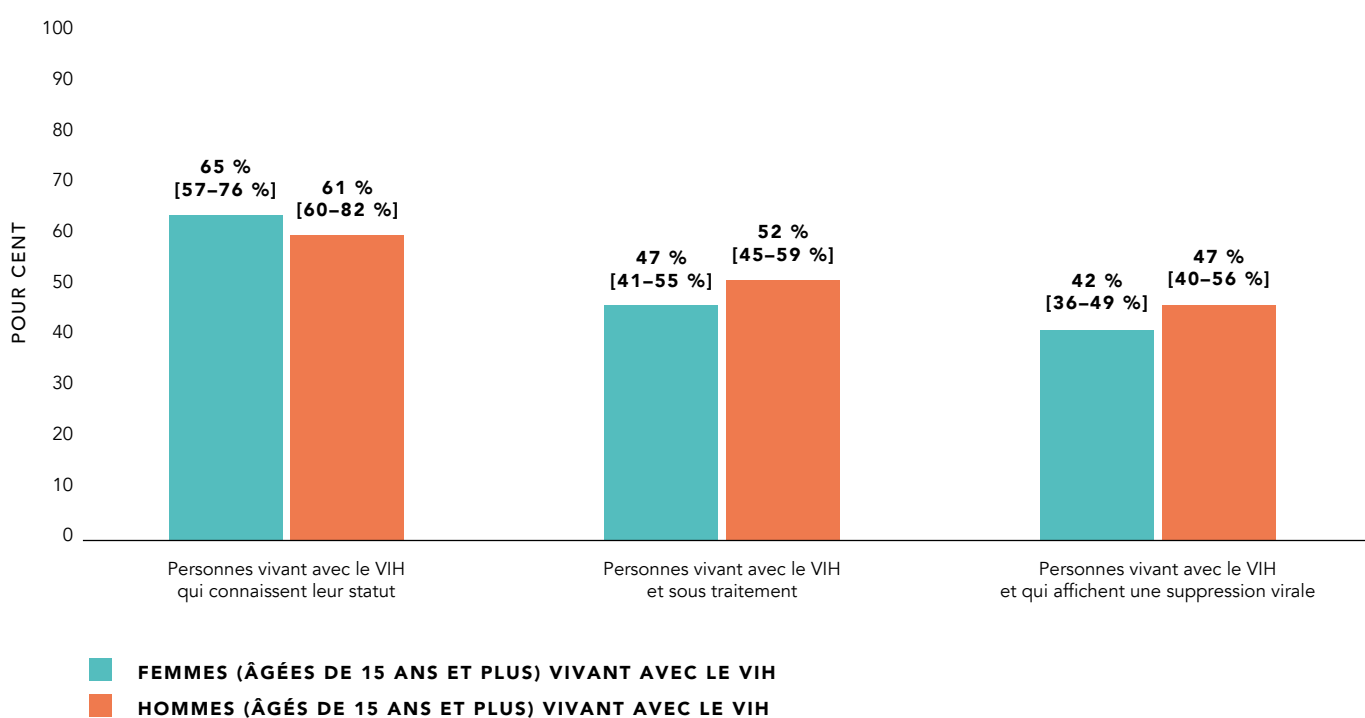
Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 11.7 Dépistage et traitement du VIH en cascade, enfants (âgés de 0 à 14 ans) par rapport aux adultes (âgés de 15 ans et plus), Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 11.8 Dépistage et traitement du VIH en cascade, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

LOIS ET POLITIQUES

TABLEAU 11.2 Tableau de bord des lois et politiques, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2012

	LOIS PUNITIVES							
	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du commerce du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe en privé	Criminalisation de la possession de petites quantités de drogue	Loi criminalisant la non-divuligation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH ²⁴	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
Algérie	5	10	15		5		4	4
Bahreïn		11	15	19	21			
Djibouti		6	15	6	21		26	
Égypte	1	1	15	1	1		1	1
Irak		12	15	20	23			
Jordanie		13	15				2	4
Koweït	5	13	15	5	5		4	4
Liban		7	15	17				
Libye	1	1	1	2	1		2	1
Maroc	1	1	1	2	1		1	1
Oman	1	1	1	1	1		1	1
Qatar		3	15	3	22			3
Arabie saoudite	3	3	15	3	5		3	3
Somalie		9	15		21		2	
Soudan	1	1	1	1	1		25	1
République Arabe Syrienne	5	5	15		5		5	5
Tunisie	3	3	16	3	3		3	3
Émirats Arabes Unis	5	8	15	18	5			5
Yémen		14	15		23			

CRIMINALISATION DES PERSONNES TRANSGENRES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU MÊME SEXE EN PRIVÉ

- Peine de mort
- Emprisonnement (14 ans-à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée
- Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

LOI CRIMINALISANT LA NON-DIVULGATION, L'EXPOSITION OU LA TRANSMISSION DU VIH

- Oui
- Non, mais des poursuites existent sur la base du droit pénal général
- Non
- Données non disponibles

LOIS ET POLITIQUES RESTREIGNANT L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

- Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Aucune restriction

CONSENTEMENT PARENTAL REQUIS POUR L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AU DÉPISTAGE DU VIH

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DÉPISTAGE OBLIGATOIRE DU VIH POUR LES PERMIS DE MARIAGE, DE TRAVAIL OU DE SÉJOUR OU POUR CERTAINS GROUPES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

	LOIS PROTECTRICES				
	Lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière de commerce du sexe	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'orientation sexuelle	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'identité de genre	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination pour les personnes qui s'injectent des drogues
Algérie					5
Bahreïn					
Djibouti					
Égypte	1	1	1	1	1
Irak					
Jordanie					
Koweït					5
Liban					
Libye	1	1	2	2	2
Maroc	1	1	1	2	1
Oman	1	1	1	1	1
Qatar					
Arabie saoudite	3				3
Somalie					
Soudan	1	1	1	1	1
République Arabe Syrienne					5
Tunisie	3				3
Émirats Arabes Unis					
Yémen					

LOIS INTERDISANT TOUTE DISCRIMINATION FONDÉE SUR LA SÉROPOSITIVITÉ

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE COMMERCE DU SEXE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'ORIENTATION SEXUELLE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'IDENTITÉ DE GENRE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

Remarques : Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination : il s'agit de savoir si les interdictions constitutionnelles de discrimination ont été interprétées de manière à inclure le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues par les tribunaux/la politique gouvernementale et/ou s'il existe d'autres dispositions législatives de non-discrimination qui spécifient le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues.

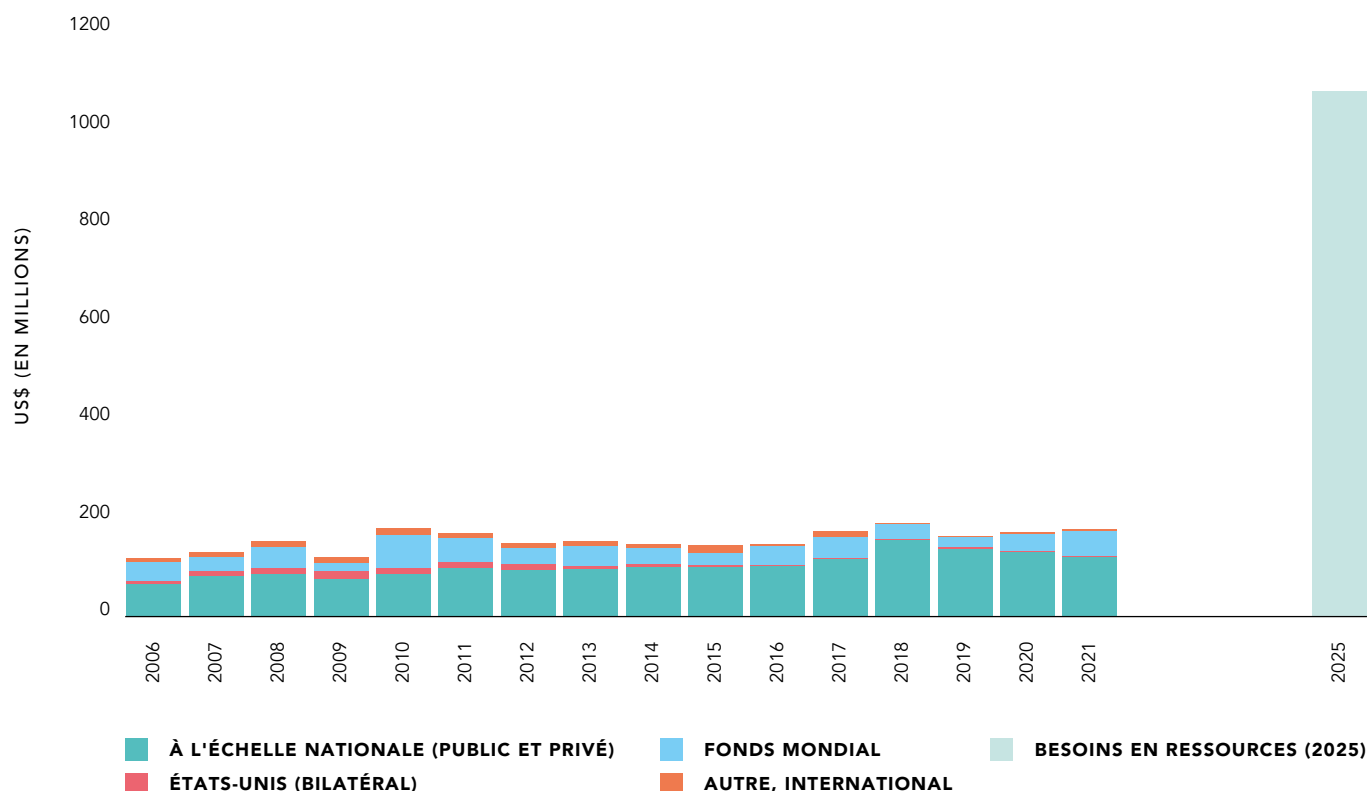
1. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2022 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2021 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2018 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
5. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2017 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
6. Dibouti. Code pénal de Djibouti, 1995 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/MONOGRAPH/111743/139414/F1148501931/DJI-111743.pdf>).
7. Liban Code pénal, Article 523 (https://sherloc.unodc.org/cld/legislaion/lbn/lebanon_penal_code/_/article_523-524/article_523-524.html?lng=en).
8. Émirats Arabes Unis Code pénal, Article 360, 363, 365, 366, 368 (<https://cdn.expatwoman.com/s3fs-public/UAE%20Penal%20Code.pdf>).
9. Somalie. Code pénal, Articles 405 and 407 (<https://www.refworld.org/docid/4bc5906e2.html>).
10. Algérie. Code pénal, Article 343 (<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/dz/dz020fr.pdf>).
11. Bahreïn. Code pénal de Bahreïn, 1976. Article 326 (https://sherloc.unodc.org/cld/uploads/res/document/bhr/1976/penal-code_html/Bahrain_Penal_Code_Decree_No_15_of_1976_EN_translation_-_non_official.pdf).
12. Iraq: gender justice and the law. New York : Programme des Nations Unies pour le développement ; 2018 (https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Iraq%20Country%20Assessment%20-%20English_0.pdf).
13. Overview of trafficking and prostitution laws in the Middle East and Africa. Londres : Thomson Reuters Foundation; 2012 (<https://www.trust.org/contentAsset/raw-data/1035fde5-b945-49ed-8cd4-166bc1ec156b/file>).
14. Yémen. Décret républicain pour la loi n° 12 de l'année 1994 concernant les délits et les peines (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/83557/92354/F1549605860/YEM83557.pdf>).
15. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Genève : ILGA; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
16. Tunisie. Code pénal, Article 230 (<https://learningpartnership.org/sites/default/files/resources/pdfs/Tunisia-Penal-Code-2010-French.pdf>).
17. Liban. Loi libanaise sur les infractions en matière de drogues (<https://www.aub.edu.lb/faid/Documents/LEBANESE%20SANCTIONS%20ON%20DRUG%20LAW%20VIOLATION.pdf>).
18. Gouvernement des Émirats arabes unis. Loi fédérale 14, 1995 (<https://government.ae/en/information-and-services/healthand-fitness/drugs-and-controlled-medicines>).
19. Royaume de Bahreïn. Loi n° 15 de 2007 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes. Article 2.
20. République d'Irak. Loi n° 11 de 1998 relative aux stupéfiants et aux substances psychotropes.
21. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; mai 2019.
22. Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV justice 2: building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton and Amsterdam: HIV Justice Network, GNP+; 2016.
23. HIV Justice Network [base de données]. Amsterdam: HIV Justice Foundation ; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
24. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
25. Directives nationales consolidées pour les services de dépistage du VIH. Gouvernement du Soudan : Ministère fédéral de la Santé ; 2016.
26. République de Djibouti. Décret N° 2008-0182/PR/MS portant Institution des Normes et Directives en Matière de Conseil Dépistage Volontaire du VIH/sida en République de Djibouti. Article 19 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_126992.pdf).

INVESTIR POUR METTRE FIN AU SIDA

Par rapport à d'autres régions et aux objectifs fixés pour 2025 dans la stratégie mondiale de lutte contre le sida, la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord est à la traîne en ce qui concerne le financement de la riposte au VIH dans la région. Au cours de la dernière décennie, le financement total du VIH dans la région n'a augmenté que de 4 % (figure 11.9). Le financement national représentait 68 % de toutes les ressources disponibles pour le VIH dans la région en 2021, soit une augmentation de 21 % au cours de la dernière décennie. Toutefois, le total des ressources internationales a diminué de 20 % au cours de cette période.

En 2021, 30 % de l'ensemble des financements destinés au VIH dans la région provenaient du Fonds mondial. Le niveau des décaissements du Fonds mondial a augmenté de 10 % dans la région au cours de la dernière décennie, mais les ressources de tous les autres bailleurs de fonds internationaux ont diminué de 83 % au cours de la même période. Pour combler le déficit de financement afin d'atteindre les objectifs de 2025, tous les partenaires financiers, y compris les gouvernements nationaux, les autres donateurs, les banques de développement, les fondations philanthropiques et les institutions de financement du développement, devront s'unir et œuvrer à la mobilisation des ressources nécessaires. Les tendances en matière de VIH dans la région vont dans la mauvaise direction, ce qui reflète un besoin urgent de financer davantage le dépistage, le traitement et, surtout, la prévention.

FIGURE 11.9 Disponibilité des ressources pour le VIH, Moyen-Orient et Afrique du Nord, 2010-2020, et estimation des besoins en ressources pour le VIH à l'horizon 2025



Source : Estimations et projections financières de l'ONUSIDA, 2022 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>) ; Stover J, Glaubius R, Teng Y, Kelly S, Brown T, Hallett TB et al. Modelling the epidemiological impact of the UNAIDS 2025 targets to end AIDS as a public health threat by 2030. *PLoS Med.* 2021;18(10):e1003831.

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. US\$ (EN MILLIONS).

RÉFÉRENCES

1. Mugisa B, Sabry A, Hutin Y, Hermez J. HIV epidemiology in the WHO Eastern Mediterranean region: a multicountry programme review. *The Lancet HIV*. 2022;9(2):E112-E119.

PROFILS RÉGIONAUX

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE



L'Europe orientale et l'Asie centrale connaissent la croissance la plus rapide de l'épidémie de VIH dans le monde. En 2021, 160 000 [130 000-180 000] personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, soit une augmentation de 48 % depuis 2010. Le nombre de décès liés au sida dans la région en 2021 (44 000 [36 000-53 000]) est supérieur de 32 % au nombre de décès en 2010.

La couverture régionale des services de prévention et de traitement du VIH reste insuffisante. En 2021, 63 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut, 81 % des personnes connaissant leur séropositivité étaient sous traitement (51 % de toutes les personnes vivant avec le VIH) et 94 % des personnes sous traitement étaient sous suppression virale (48 % de toutes les personnes infectées). Les pratiques d'injection à risque restent un facteur important de l'épidémie dans la région. Le traitement par agonistes opioïdes est disponible en Arménie, au Kazakhstan, au Kirghizstan et en République de Moldavie, mais il touche peu de personnes au Kazakhstan et n'est pas disponible en Ouzbékistan ou au Turkménistan.

La stigmatisation et la discrimination continuent de bloquer les ripostes efficaces au sida. Des études ont mis en évidence des niveaux élevés de stigmatisation à l'encontre du VIH et des populations clés : au Tadjikistan, par exemple, seules 23 % des personnes vivant avec le VIH interrogées ont déclaré avoir vécu une expérience positive après avoir révélé leur séropositivité (1). La COVID-19 a également révélé une épidémie de violence à l'encontre des femmes dans toute la région, et a augmenté les vulnérabilités économiques des femmes (2).

PROFILS RÉGIONAUX

Les cadres juridiques et politiques varient dans la région. La transmission, l'exposition et la non-divulgateion du VIH sont criminalisées dans tous les pays à l'exception de la Bosnie-Herzégovine et de la Macédoine du Nord, bien que les poursuites varient d'un pays à l'autre. Le travail sexuel et la consommation de drogues sont décriminalisés dans certains pays de la région, mais des poursuites sont toujours engagées pour le travail sexuel organisé et la possession de drogues. Si certains pays (Arménie, Kazakhstan, Kirghizistan, République de Moldavie et Tadjikistan) ont dépénalisé les relations sexuelles entre personnes de même sexe, la stigmatisation des homosexuels et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reste fréquente, et l'on signale notamment des violences policières.

En février 2022, la Fédération de Russie a envahi l'Ukraine, où vivent 240 000 [220 000-280 000] personnes séropositives. La guerre a provoqué une crise humanitaire, endommageant gravement les infrastructures sanitaires en Ukraine et entraînant une perturbation généralisée des services de santé. Le maintien de l'accès aux services de santé (notamment le plus grand programme de traitement par agonistes opioïdes de la région), ainsi qu'à la nourriture, au logement et à la sécurité personnelle, s'est avéré particulièrement difficile pour les plus de 15,7 millions de personnes nécessitant une aide humanitaire urgente et les plus de 7,1 millions de personnes déplacées par la guerre, dont les personnes vivant avec le VIH (3).

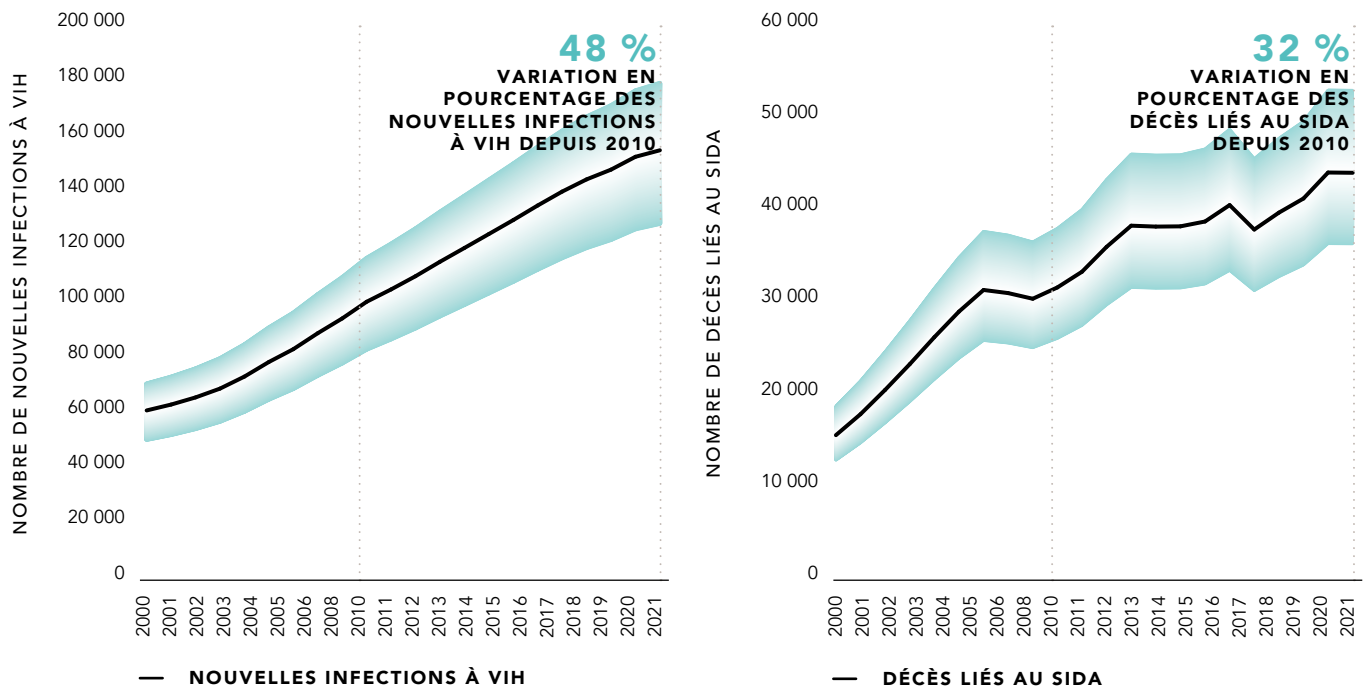
48 %

**D'AUGMENTATION DES
NOUVELLES INFECTIONS
À VIH DANS LA RÉGION
DEPUIS 2010**



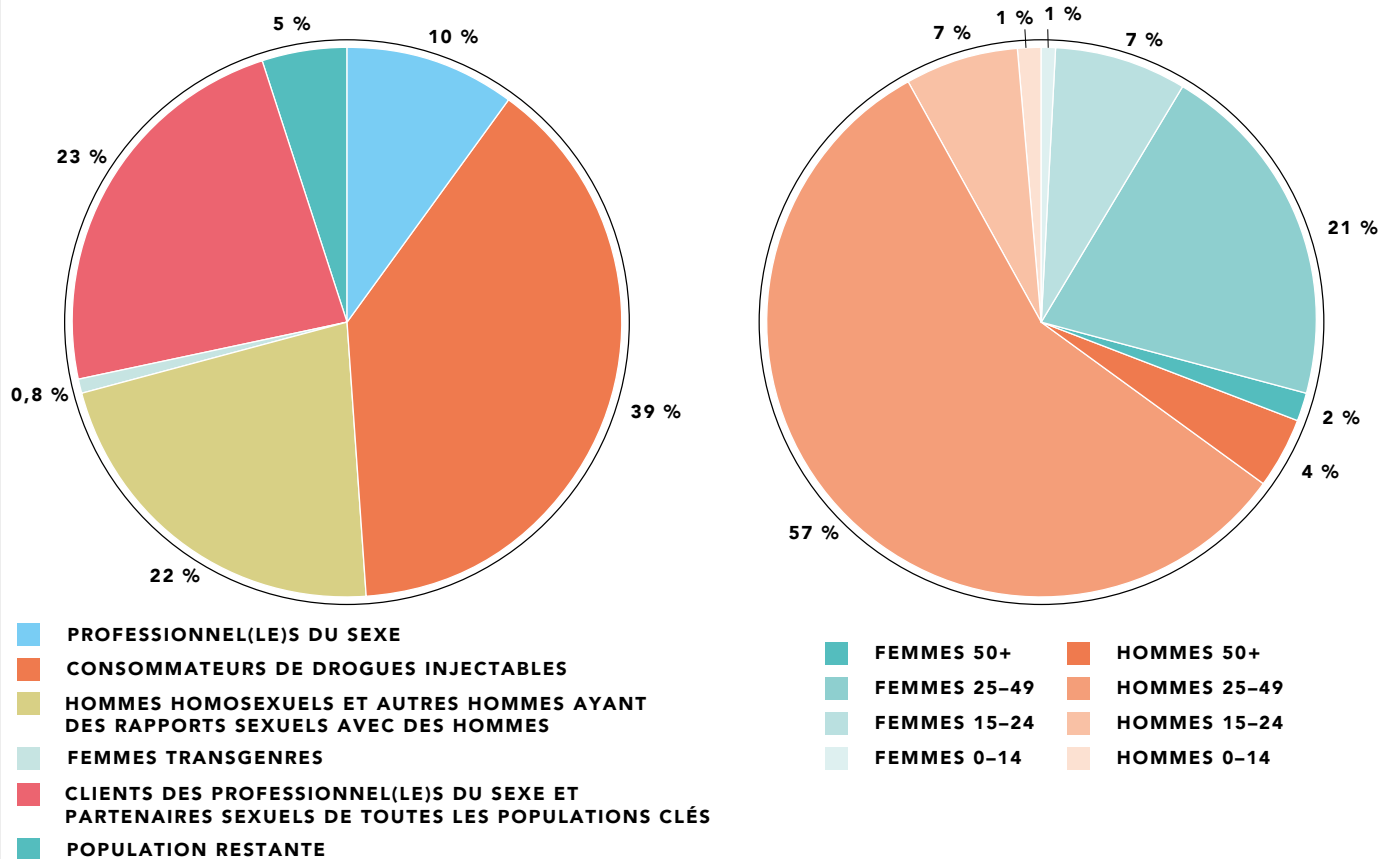
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 12.1 Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, Europe orientale et Asie centrale, 2000-2021



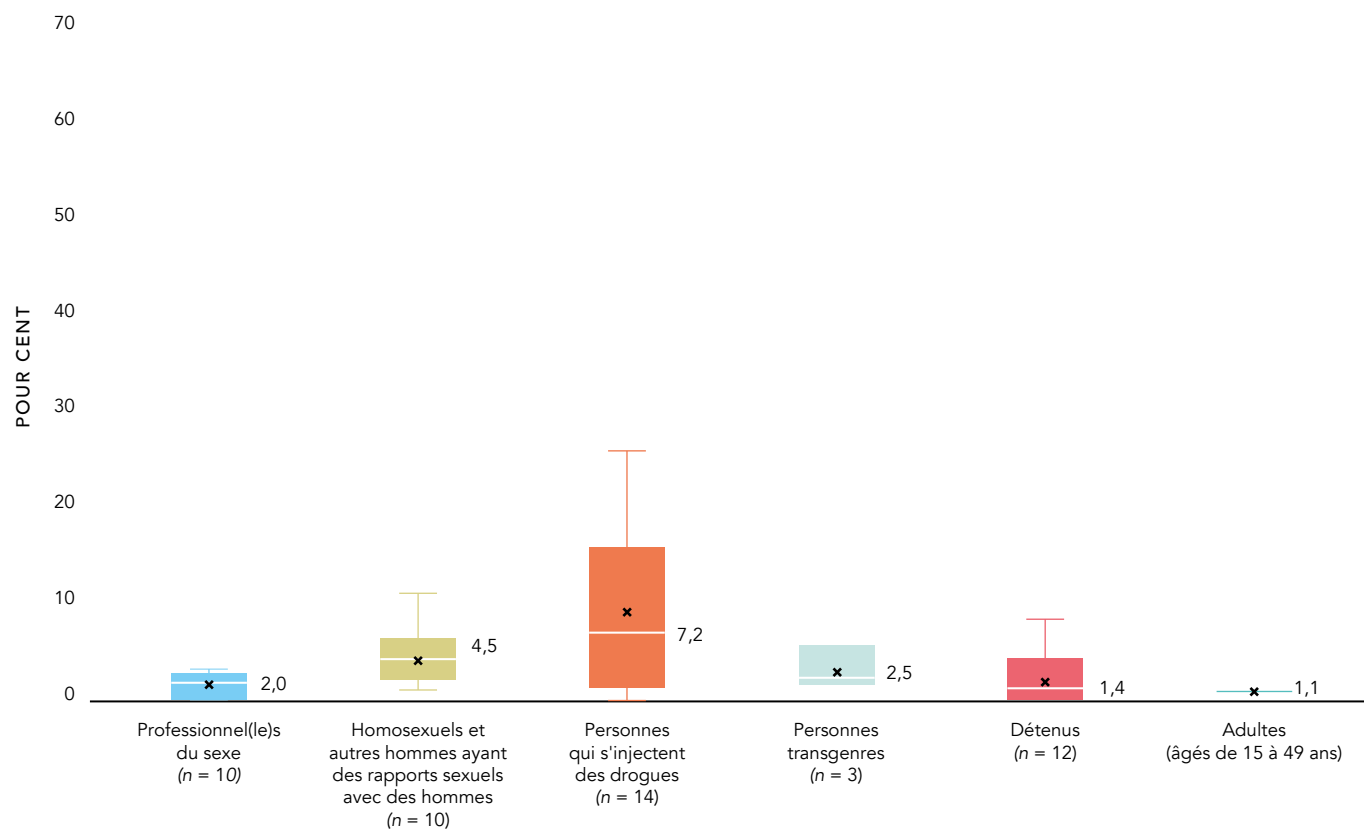
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 12.2 Répartition de l'acquisition de nouvelles infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Europe de l'Est et Asie centrale, 2021

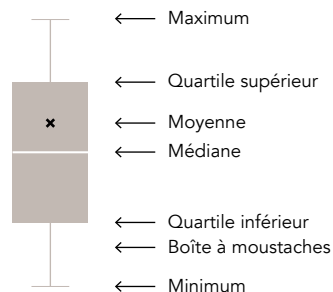


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 12.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés par rapport aux adultes (âgés de 15 à 49 ans), pays déclarants d'Europe orientale et d'Asie centrale, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données en Europe orientale et en Asie centrale était de:

- 2,0 % chez les professionnel(le)s du sexe.
- 4,5 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 7,2 % chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- 2,5 % chez les personnes transgenres.
- 1,4 % chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de 1,1 % [1,0-1,2 %].

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

Notes : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 16.

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

TABLEAU 12.1 Taille estimée déclarée des populations clés, Europe orientale et Asie centrale, 2018-2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Albanie	1 400 000									2200	0,15 %
Arménie	1 500 000	8100	0,54 %	22 700	1,51 %	141 000	0,94 %	1000	0,07 %		
Azerbaïdjan	5 400 000	31 900	0,58 %			60 300	1,10 %				
Bélarus	4 300 000	18 600	0,43 %	32 000	0,73 %	80 000	1,83 %				
Géorgie	1 800 000			18 500	0,99 %					10 000	0,56 %
Kazakhstan	9 300 000	20 300	0,22 %			85 300	0,92 %				
Monténégro	300 000										
Macédoine du Nord	1 000 000					6800	0,64 %			2300	0,20 %
Rép. de Moldavie	1 300 000	15 800	1,23 %	14 600	1,14 %	27 500	2,14 %				
Tadjikistan	4 900 000	17 500	0,38 %								
Ukraine	20 400 000	86 600	0,41 %	179 000	0,85 %	350 000	1,66 %	8200	0,04 %	46 900	0,23 %
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			0,40 %		1,06 %		1,50 %		-		-

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

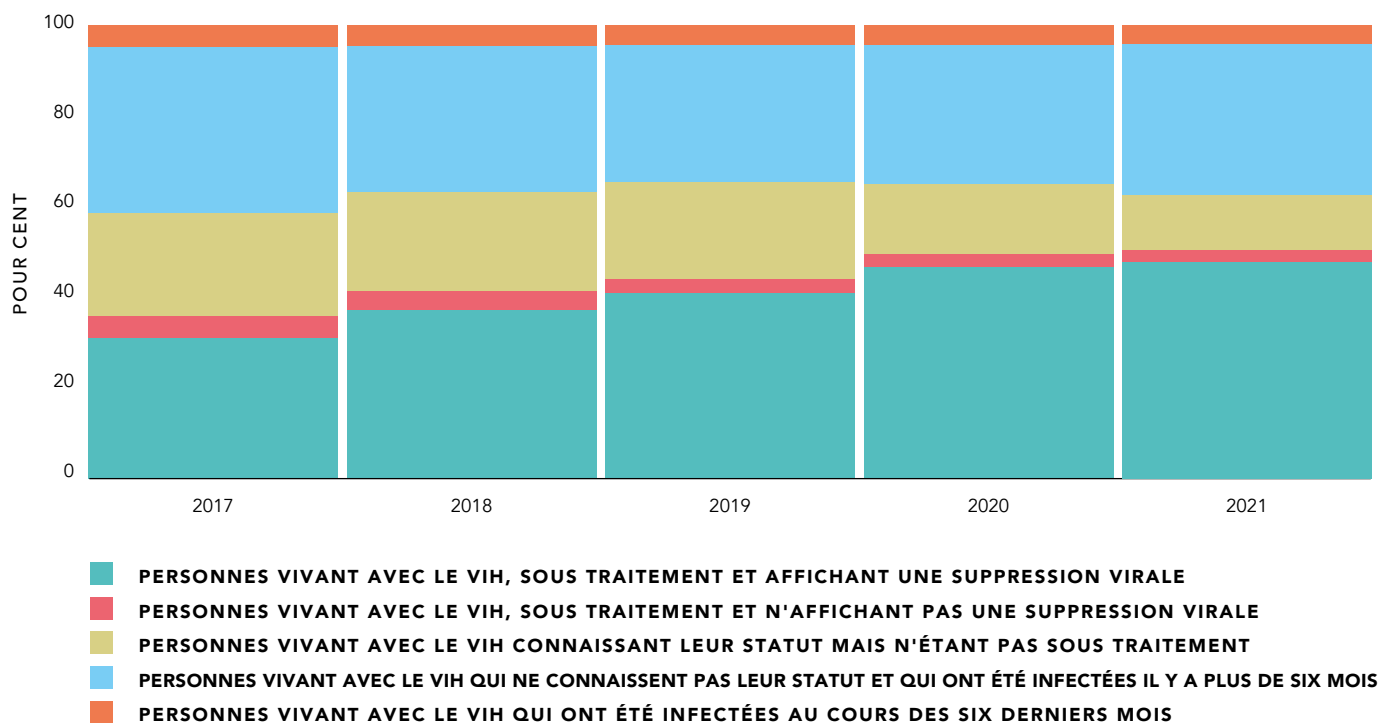
^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>); Spectrum Demproj module, 2022.

Remarque : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

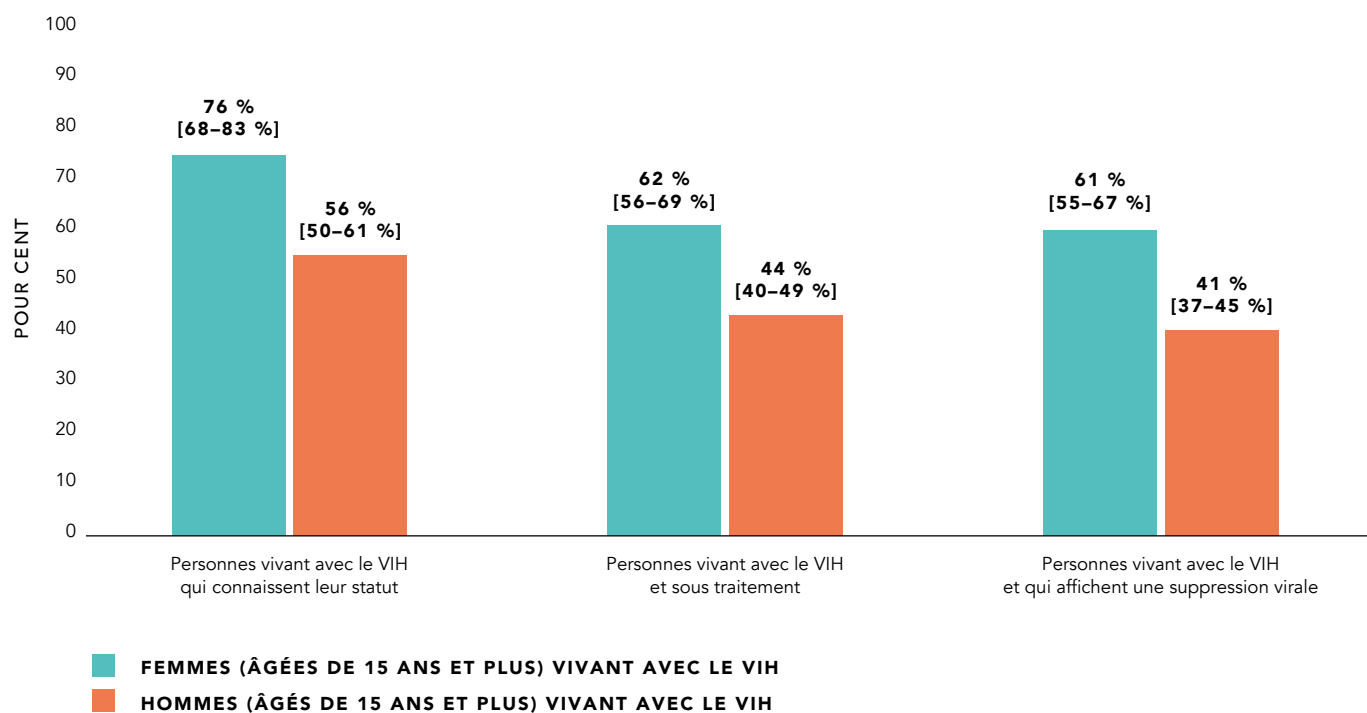
SERVICES LIÉS AU VIH

FIGURE 12.4 Personnes vivant avec le VIH, personnes nouvellement infectées au cours des six derniers mois, et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de 15 ans et plus), Europe de l'Est et Asie centrale, 2017-2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 12.5 Dépistage et traitement du VIH en cascade, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Europe de l'Est et Asie centrale, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

Note : les chiffres relatifs à la suppression virale en 2021 sont des projections provisoires de l'ONUSIDA, dans l'attente de données actualisées.

LOIS ET POLITIQUES

TABLEAU 12.2 Laws and policies scorecard, eastern Europe and central Asia, 2022

	LOIS PUNITIVES							
	Criminalisation des personnes transgenres	Criminalisation du commerce du sexe	Criminalisation des relations sexuelles entre personnes du même sexe en privé	Criminalisation de la possession de petites quantités de drogue	Loi criminalisant la non-divuligation, l'exposition ou la transmission du VIH	Lois et politiques restreignant l'entrée, le séjour et la résidence des personnes vivant avec le VIH ²⁴	Consentement parental requis pour l'accès des adolescents au dépistage du VIH	Dépistage obligatoire du VIH pour les permis de mariage, de travail ou de séjour ou pour certains groupes
Albanie	1	1	1	1	1		1	1
Arménie	1	1	1	2	1		3	1
Azerbaïdjan	1	5	10	1	1		2	1
Bélarus	1	1	1	1	1		2	1
Bosnie-Herzégovine		6	10		11			
Géorgie	1	1	1	1	1		1	1
Kazakhstan	1	7	1	1	1		14	1
Kirghizistan	1	1	1	1	1		1	1
Monténégro	3	3	3	3	12		3	3
Macédoine du Nord		8	10		11			
Rép. de Moldavie	1	1	1	1	1		1	1
Fédération de Russie	3	9	10		12		3	3
Tadjikistan	2	1	1	1	1		1	1
Turkménistan	4		10		12			
Ukraine	1	1	1	1	1		1	1
Ouzbékistan	1	1	1	2	1		2	1

CRIMINALISATION DES PERSONNES TRANSGENRES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DU COMMERCE DU SEXE

- Toute criminalisation ou réglementation punitive du commerce du sexe
- Le commerce du sexe n'est pas soumis à des réglementations punitives ou n'est pas criminalisé
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DES RELATIONS SEXUELLES ENTRE PERSONNES DU MÊME SEXE EN PRIVÉ

- Peine de mort
- Emprisonnement (14 ans-à vie, jusqu'à 14 ans) ou aucune peine spécifiée
- Les lois pénalisant les actes sexuels entre personnes du même sexe ont été décriminalisées ou n'ont jamais existé, ou encore il n'existe pas de législation spécifique
- Données non disponibles

CRIMINALISATION DE LA POSSESSION DE PETITES QUANTITÉS DE DROGUE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

LOI CRIMINALISANT LA NON-DIVULGATION, L'EXPOSITION OU LA TRANSMISSION DU VIH

- Oui
- Non, mais des poursuites existent sur la base du droit pénal général
- Non
- Données non disponibles

LOIS ET POLITIQUES RESTREIGNANT L'ENTRÉE, LE SÉJOUR ET LA RÉSIDENCE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

- Expulser, interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Interdire les séjours de courte et/ou de longue durée et exiger un test de dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Exiger le dépistage du VIH ou la divulgation pour certains permis
- Aucune restriction

CONSENTEMENT PARENTAL REQUIS POUR L'ACCÈS DES ADOLESCENTS AU DÉPISTAGE DU VIH

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DÉPISTAGE OBLIGATOIRE DU VIH POUR LES PERMIS DE MARIAGE, DE TRAVAIL OU DE SÉJOUR OU POUR CERTAINS GROUPES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

	LOIS PROTECTRICES				
	Lois interdisant toute discrimination fondée sur la séropositivité	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière de commerce du sexe	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'orientation sexuelle	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination en matière d'identité de genre	Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination pour les personnes qui s'injectent des drogues
Albanie	1				
Arménie	1	1	1	2	2
Azerbaïdjan	2				3
Bélarus	1	2	2	1	1
Bosnie-Herzégovine					
Géorgie	1	1	1	1	1
Kazakhstan	1	1	1	1	1
Kirghizistan	1			1	1
Monténégro	3				3
Macédoine du Nord					
Rép. de Moldavie	1	1	1	1	2
Fédération de Russie					
Tadjikistan	1	2	2	1	2
Turkménistan					
Ukraine	1	2	1	1	1
Ouzbékistan	2				

LOIS INTERDISANT TOUTE DISCRIMINATION FONDÉE SUR LA SÉROPOSITIVITÉ

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE DE COMMERCE DU SEXE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'ORIENTATION SEXUELLE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION EN MATIÈRE D'IDENTITÉ DE GENRE

- Oui
- Non
- Données non disponibles

DISPOSITIONS CONSTITUTIONNELLES OU AUTRES DISPOSITIONS DE NON-DISCRIMINATION POUR LES PERSONNES QUI S'INJECTENT DES DROGUES

- Oui
- Non
- Données non disponibles

1. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2022 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
2. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2021 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
3. Engagements nationaux et instrument politique de l'ONUSIDA, 2019 (voir <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Chiam Z, Duffy S, González Gil M, Goodwin L, Mpemba Patel NT. Trans legal mapping report 2019: recognition before the law. Genève : ILGA World ; 2020.
5. Azerbaïdjan Code d'infractions administratives, 2000 (<https://cis-legislation.com/document.fwx?rgn=2591>) ; Engagements nationaux et instrument politique, 2022.
6. Bosnie-Herzégovine Le code pénal de la Bosnie-Herzégovine (<https://rm.coe.int/bih-criminal-code-consolidated-text/16806415c8>).
7. Kazakhstan. Code pénal, Article 371 (<https://adilet.zan.kz/eng/docs/K970000167>).
8. Macédoine du Nord Loi sur les délits contre l'ordre public, article 19 (<https://www.refworld.org/pdfid/5aa126e07.pdf>).
9. Fédération de Russie Le Code d'instruction criminelle de la Fédération de Russie. N° 63-Fz du 13 juin 1996. Article 241 (<http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/ru/ru080en.pdf>).
10. Mendos LR, Botha K, Lelis RC, de la Peña EL, Savelev I, Tan D. State-sponsored homophobia 2020: global legislation overview update. Genève : ILGA ; 2020 (https://ilga.org/downloads/ILGA_World_State_Sponsored_Homophobia_report_global_legislation_overview_update_December_2020.pdf).
11. HIV Justice Network [base de données]. Amsterdam: HIV Justice Foundation ; c2022 (<https://www.hivjustice.net>).
12. Cameron S, Bernard EJ. Advancing HIV justice 3: growing the global movement against HIV criminalisation. Amsterdam: HIV Justice Network; mai 2019.
13. Still not welcome: HIV-related travel restrictions. Genève : ONUSIDA, PNUD ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-related-travel-restrictions-explainer_en.pdf).
14. Kazakhstan. Chapitre 2, articles 9.1 et 9.2, arrêté du ministre de la Santé de la République du Kazakhstan, daté du 20 décembre 2020. No. ҚР ДСМ -285/2020 (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/112718/140961/F-606983908/KAZ-112718.pdf>).

Dispositions constitutionnelles ou autres dispositions de non-discrimination : il s'agit de savoir si les interdictions constitutionnelles de discrimination ont été interprétées de manière à inclure le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues par les tribunaux/la politique gouvernementale et/ou s'il existe d'autres dispositions législatives de non-discrimination qui spécifient le commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou les personnes qui consomment des drogues.

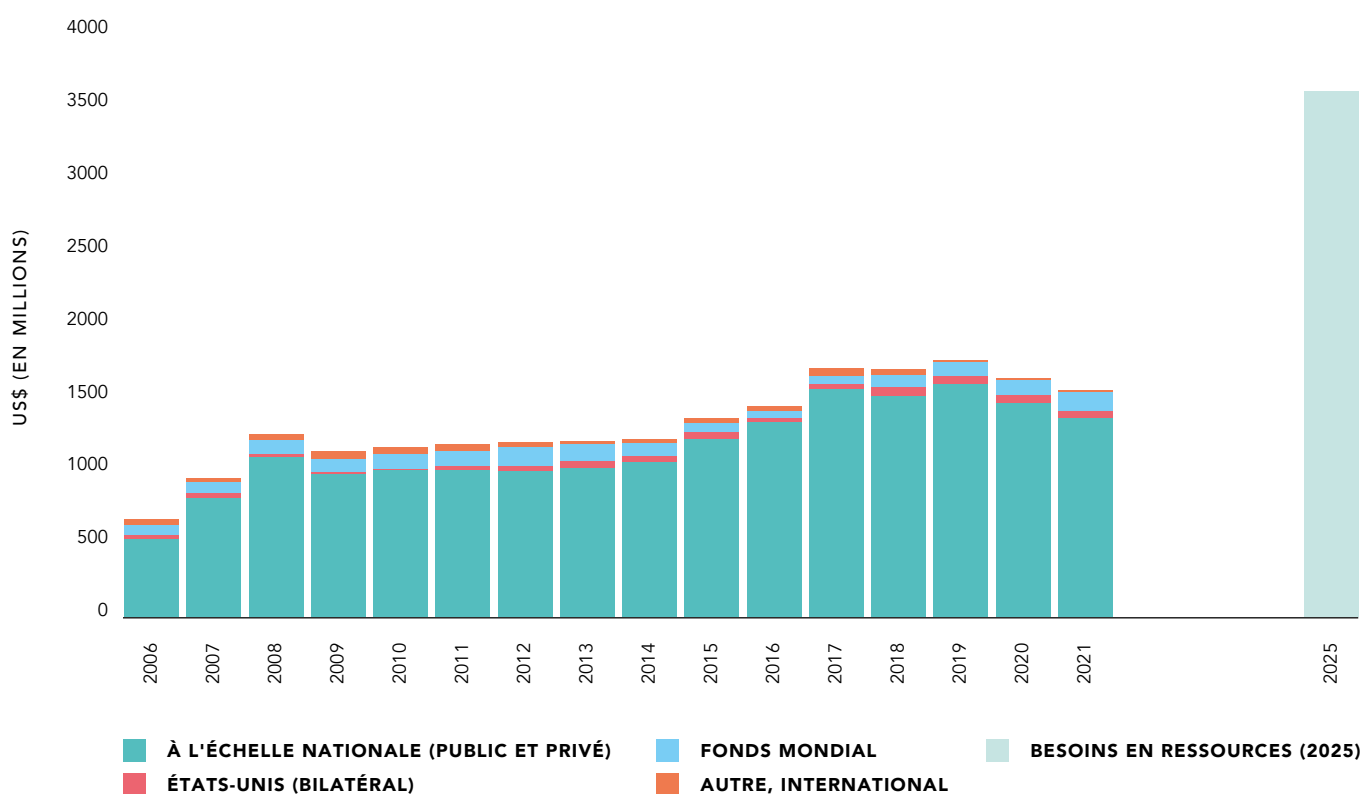
INVESTIR POUR METTRE FIN AU SIDA

L'incidence du VIH augmente et les réductions de la mortalité liée au sida sont absentes dans la région. Les personnes qui s'injectent des drogues et leurs familles sont les plus touchées par l'augmentation des nouvelles infections ; le coût élevé des traitements et le manque de financement pour des interventions efficaces accroissent leur vulnérabilité.

Depuis 2018, les données de 12 pays suggèrent que 6 % des ressources consacrées au VIH ont été allouées à la prévention. La plupart des pays comptent sur le financement national pour les services de prévention destinés aux personnes qui s'injectent des drogues, mais certains pays dépendent encore des ressources internationales pour la totalité de leur programme. Les dépenses intérieures actuelles consacrées aux programmes ne suffisent ni à assurer la couverture nécessaire pour atteindre les objectifs de 2025, ni à réduire l'incidence du VIH. Un financement supplémentaire est nécessaire pour modifier la trajectoire des nouvelles infections à VIH.

L'impact économique de la crise de la guerre en Ukraine sur la région de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale semble important, au moment même où l'économie mondiale montre des signes de reprise après la crise provoquée par la COVID-19. En 2021, 88 % des ressources consacrées au VIH dans la région provenaient de sources nationales. Les ressources totales consacrées au VIH dans la région doivent être multipliées par 2,3 d'ici 2025 pour atteindre les objectifs fixés dans la déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le sida de 2021 : Mettre fin aux inégalités et agir pour éliminer le sida à l'horizon 2030.

FIGURE 12.6 Disponibilité des ressources pour le VIH, Europe orientale et Asie centrale, 2010-2020, et estimation des besoins en ressources pour le VIH à l'horizon 2025



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

Remarque : Les estimations des ressources sont présentées en dollars américains constants de 2019. US\$ (EN MILLIONS).

RÉFÉRENCES

1. *The People Living with HIV Stigma Index 2.0: Tajikistan 2021*. Dushnabe (TJ): Spin Plus; 2021 (https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2022/03/Tajikistan-SI-Report-2021_English.pdf).
2. *Gender assessments in Europe and central Asia reveal COVID-19's devastating impact on women*. New York: UN Women; 2020 (<https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/UN-Women-Impact-story-Gender-assessments-in-Europe-and-Central-Asia-en.pdf>).
3. *Ukraine situation: flash update #17*. New York: UNHCR Regional Bureau for Europe; 2022 (<https://data.unhcr.org/en/documents/details/93659>).

PROFILS RÉGIONAUX

EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD



L'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord continuent de progresser vers l'éradication du sida, mais la région compte encore 2,3 millions de personnes vivant avec le VIH [1,9 million-2,6 millions]. Entre 2010 et 2021, les nouvelles infections ont diminué de 16 % et les décès liés au sida de 34 %. Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient 68 % des nouveaux diagnostics de VIH aux États-Unis d'Amérique en 2020, et 64 % dans la région Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord en 2021 (1). Aux États-Unis, les nouveaux diagnostics de VIH entre 2014 et 2018 ont augmenté chez les personnes qui s'injectent des drogues pour la première fois en 20 ans, et les décès par surdose de drogue ont grimpé à plus de 108 000 en 2021 (2, 3).

La région progresse régulièrement vers les deux premiers objectifs 95 (dépistage et traitement du VIH). Plusieurs pays ont atteint une partie ou la totalité des trois objectifs 95-95-95 (l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont atteint les trois objectifs en 2020). Globalement, l'ONUSIDA prévoit qu'en 2021, environ 91 % des personnes vivant avec le VIH connaîtront leur statut sérologique, 93 % des personnes connaissant leur séropositivité recevront une thérapie antirétrovirale et 89 % des personnes sous traitement auront supprimé leur charge virale. Les résultats étaient à peu près similaires pour les hommes et les femmes. Aux États-Unis, cependant, 87 % des personnes vivant avec connaissaient leur statut VIH en 2019, et seulement 83 % des personnes sous traitement avaient supprimé leur charge virale (4). En outre, certains pays de la partie orientale de la région restent en dessous de 90-95 % pour plusieurs objectifs, notamment la couverture des traitements antirétroviraux (comme la Bulgarie, la Grèce, la Lituanie, la Roumanie et la Serbie).

Les performances récentes du programme et les tendances épidémiques restent à confirmer une fois que les systèmes d'information sanitaire nationaux se seront remis des perturbations des systèmes liées à la COVID-19. Parmi les pays déclarants en 2020 et 2021, les nouveaux diagnostics ont diminué de 15 % et 14 %, respectivement, par rapport aux chiffres de 2019. Cela peut indiquer un ralentissement de la progression vers une meilleure connaissance du statut et une meilleure couverture du traitement (5). Rien qu'aux États-Unis, les nouveaux diagnostics de VIH ont diminué de 17 % en 2020 par rapport à 2019 (6).

Les inégalités flagrantes sapent les efforts déployés pour mettre fin au sida en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord, les communautés marginalisées risquant de manière disproportionnée d'obtenir des résultats sanitaires inférieurs à la normale et d'avoir un accès réduit aux services de santé axés sur les personnes (7). Aux États-Unis, les personnes noires ont 8,5 fois plus de risques d'être diagnostiquées séropositives que les personnes blanches (8). Dans l'Union européenne et l'Espace économique européen, les migrants sont plus susceptibles de vivre avec le VIH que l'ensemble de la population, et des éléments probants indiquent une acquisition substantielle du VIH après la migration (9).

Les inégalités sous-jacentes se reflètent également dans les disparités en matière d'accès aux services VIH et de résultats. Une enquête menée auprès d'hommes migrants africains ayant des rapports sexuels avec des hommes au Royaume-Uni a révélé que deux tiers d'entre eux n'avaient jamais entendu parler de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) ; elle a également décelé une résistance considérable à l'utilisation de la PrEP, notamment en raison de messages stigmatisants sur cette intervention (10). Parmi les personnes éligibles à la PrEP aux États-Unis, la couverture est 7,5 fois plus élevée chez les blancs que chez les noirs (4). Alors que 71,4 % des Américains blancs vivant avec le VIH étaient sous suppression virale en 2019, seuls 60,8 % des Américains noirs et 62,8 % des autochtones avaient atteint la suppression virale (4).

En 2021, la Commission européenne a mis en place le programme EU4 Health, un programme pluriannuel visant à catalyser des systèmes de santé plus solides, plus résilients et accessibles à tous (11). Le programme comprend des efforts notables pour améliorer les résultats en matière de VIH pour les personnes les plus marginalisées et mal desservies. En 2022, l'administration Biden aux États-Unis a dévoilé une proposition, soumise à l'examen du pouvoir législatif, visant à dépenser 9,8 milliards de dollars US sur 10 ans pour intensifier l'utilisation de la PrEP (12).

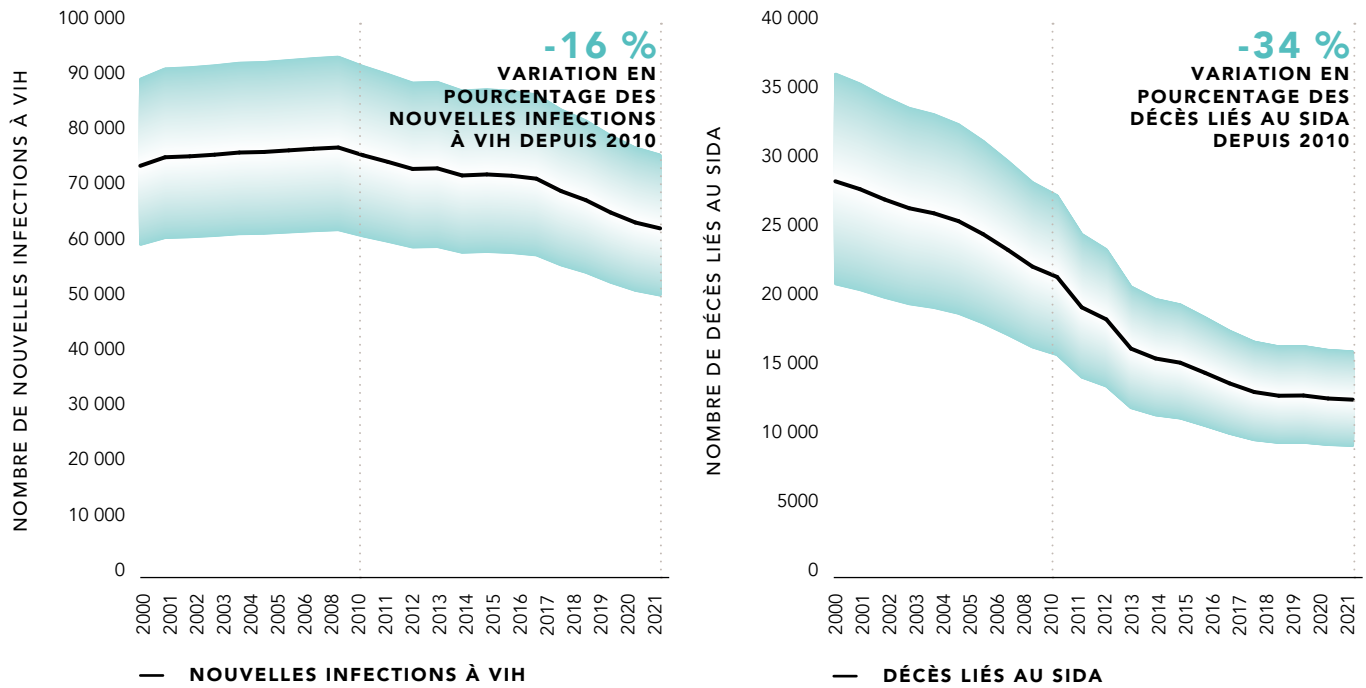
14 %

**DE DIMINUTION DU
NOMBRE DE NOUVEAUX
DIAGNOSTICS DE VIH
EN 2021**



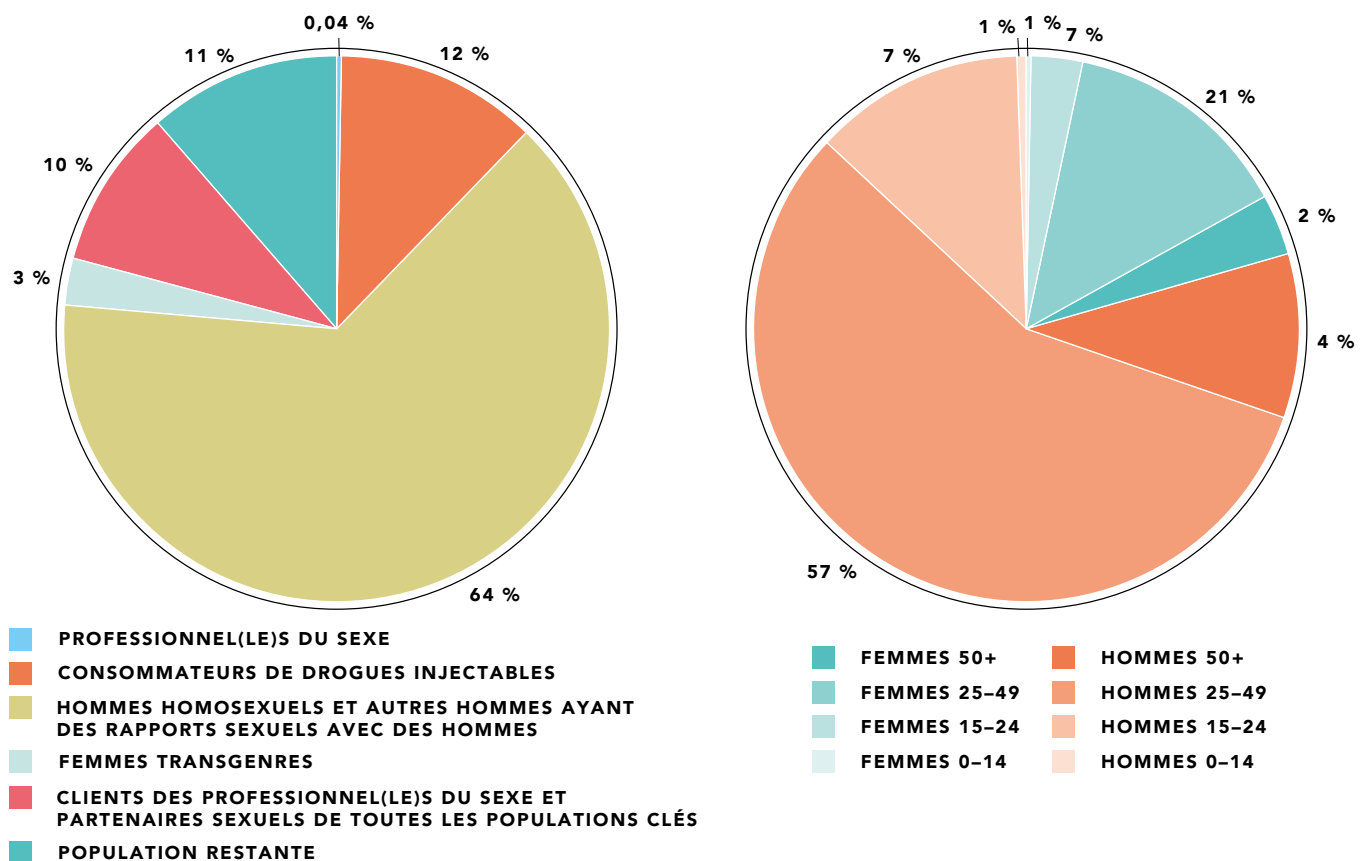
STATUT DE LA PANDÉMIE

FIGURE 13.1 Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2000-2021



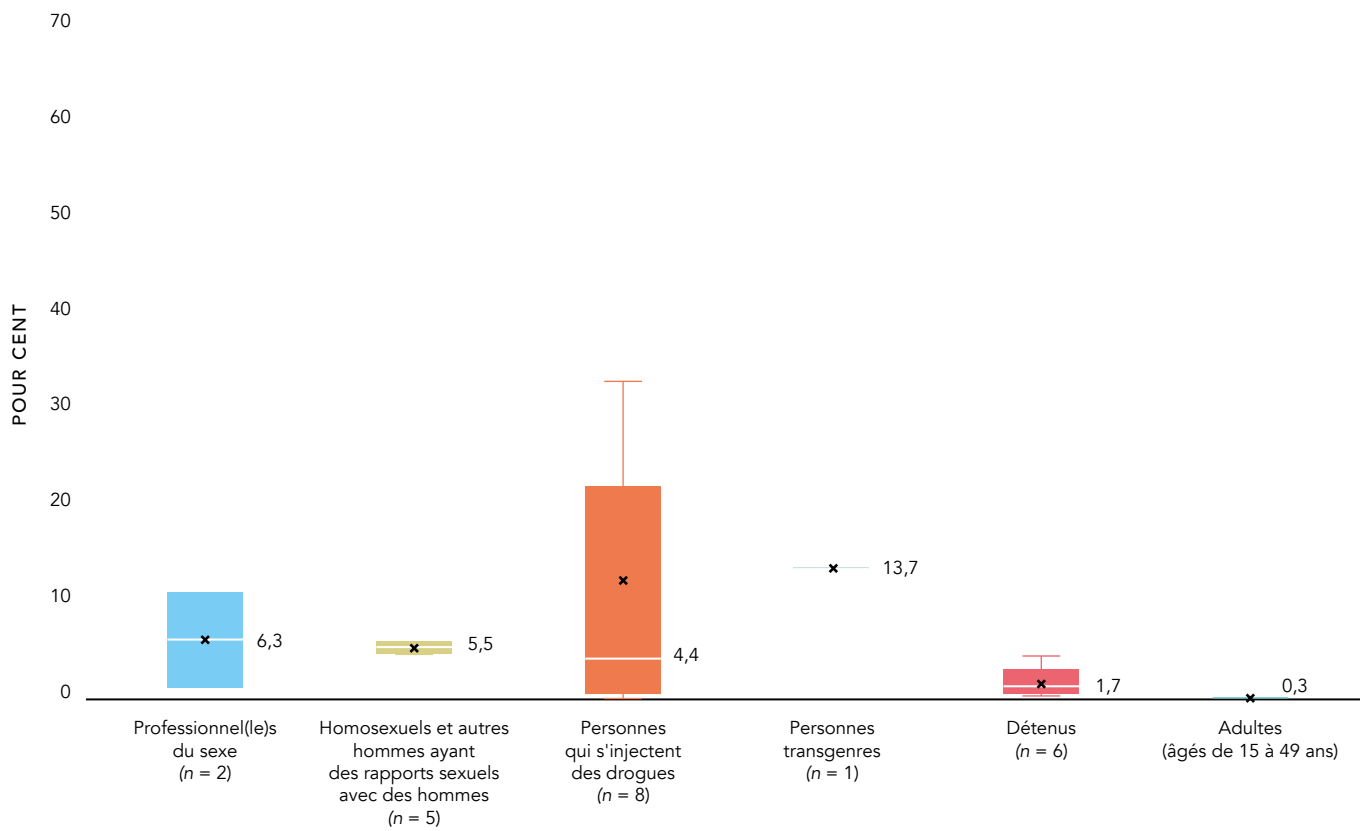
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 13.2 Répartition de l'acquisition de nouvelles infections à VIH par population et par sexe (15-49 ans), Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2021

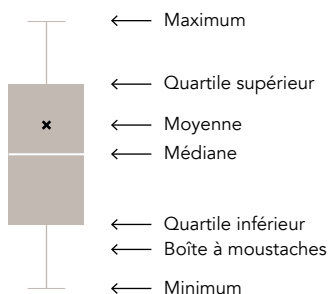


Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022 (voir Annexe sur les méthodes).

FIGURE 13.3 Prévalence du VIH parmi les populations clés par rapport aux adultes (âgés de 15 à 49 ans), pays déclarants d'Europe occidentale et centrale et d'Amérique du Nord, 2017-2021



Comment lire ce graphique ?



La prévalence médiane du VIH parmi les pays ayant communiqué ces données en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord était de :

- 6,3 % chez les professionnel(le)s du sexe.
- 5,5 % chez les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- 4,4 % chez les personnes qui s'injectent des drogues.
- 13,7 % chez les personnes transgenres.
- 1,7 % chez les détenus.

La prévalence estimée du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) est de **0,3 % [0,2-0,3 %]**.

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

Notes : (n = nombre de pays). Nombre total de pays déclarants = 40.

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

TABLEAU 13.1 Estimation de la taille des populations clés, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2018–2021

	Population adulte nationale (âgée de 15 à 49 ans) en 2021 ou année pertinente	Professionnel(le)s du sexe	Professionnel(le)s du sexe en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes qui s'injectent des drogues	Personnes qui s'injectent des drogues en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Personnes transgenres	Personnes transgenres en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)	Détenus	Détenus en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)
Canada	16 600 000							75 000	0,45 %	13 100	0,08 %
Tchéquie	4 800 000					40 800	0,84 %			21 600	0,45 %
Estonie	550 000									2 300	0,42 %
Allemagne	35 400 000									57 600	0,16 %
Israël	4 100 000										
Serbie	3 900 000										
États-Unis d'Amérique	14 900 000							1 000 000	0,68 %		
Estimation de la proportion médiane régionale en pourcentage de la population adulte (15-49 ans)^a:			0,55 %		2,25 %		0,75 %		0,66 %		-

■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION NATIONALE ■ ESTIMATION DE LA TAILLE DE LA POPULATION LOCALE
 ■ DONNÉES INSUFFISANTES ■ AUCUNE DONNÉE

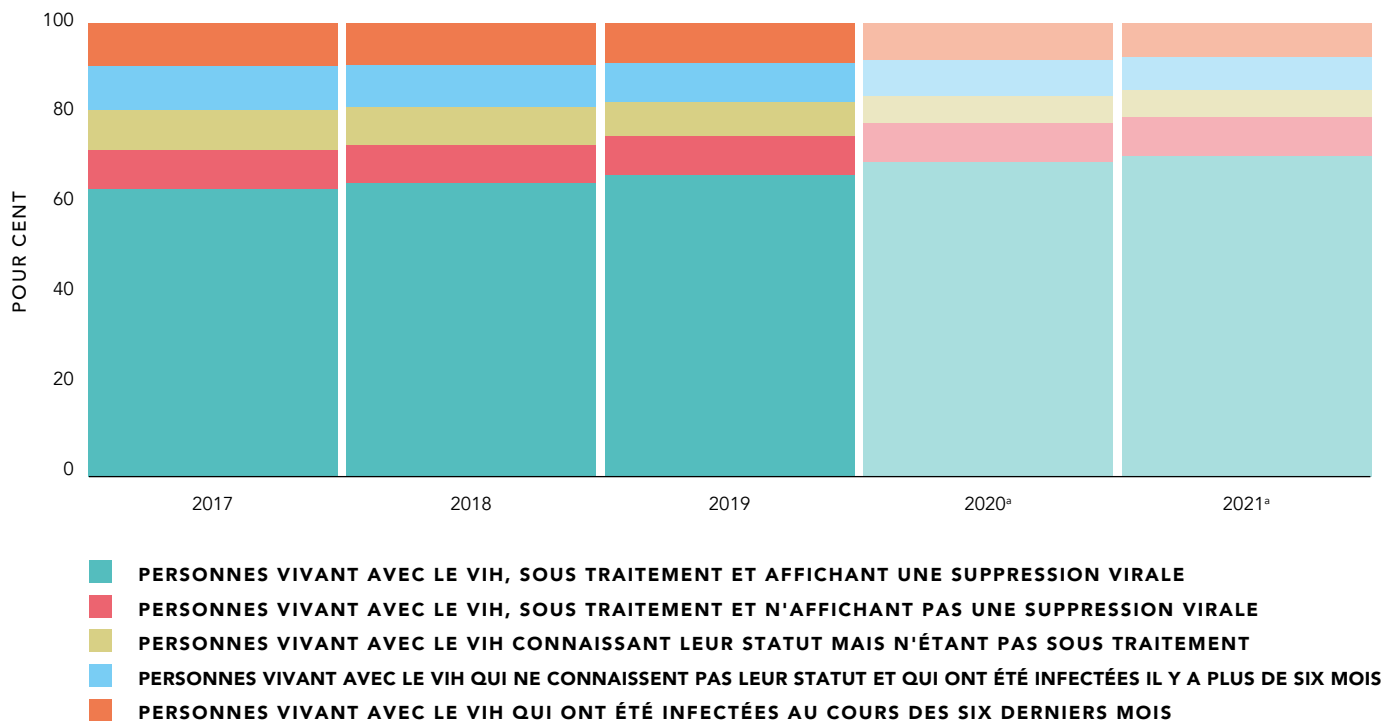
^a Guide de démarrage rapide pour Spectrum, 2020. Genève : ONUSIDA ; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_en.pdf).

Sources : ONUSIDA, Suivi mondial du sida, 2022 (<https://aidsinfo.unaids.org/>) ; Module Demproj de Spectrum, 2022.

Remarque : Les estimations indiquées sont des estimations fournies par le gouvernement et rapportées pour 2018-2021. Des estimations supplémentaires et alternatives peuvent être disponibles auprès de différentes sources, notamment l'Atlas des populations clés (<https://kpatlas.unaids.org/>), des publications universitaires ou des documents institutionnels.

SERVICES LIÉS AU VIH

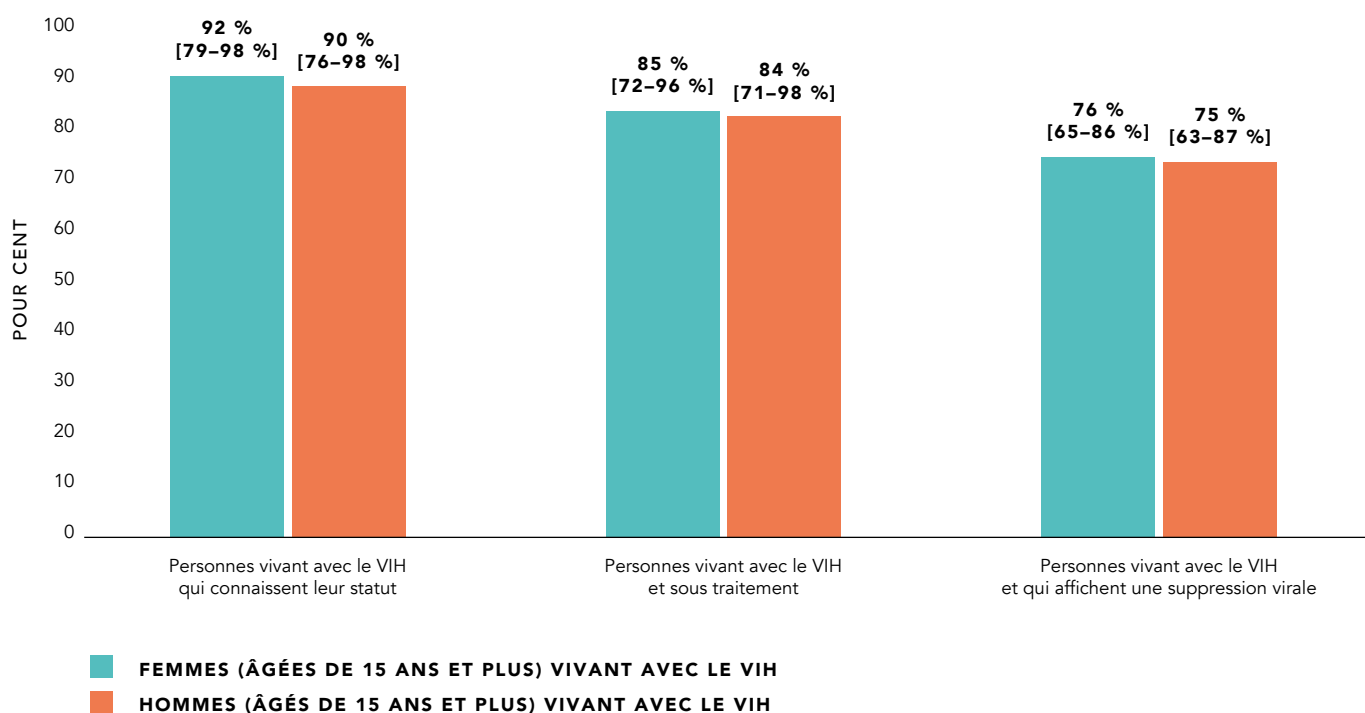
FIGURE 13.4 Personnes vivant avec le VIH, personnes nouvellement infectées au cours des six derniers mois, et cascade de dépistage et de traitement du VIH, adultes (âgés de 15 ans et plus), Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2017-2021



^a Les chiffres pour 2020 et 2021 sont des projections provisoires de l'ONUSIDA, dans l'attente des estimations actualisées de l'épidémie et de la cascade provenant des États-Unis, du Canada et du Royaume-Uni.

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

FIGURE 13.5 Dépistage et traitement du VIH en cascade, femmes (âgées de 15 ans et plus) par rapport aux hommes (âgés de 15 ans et plus), Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2022.

Les chiffres pour 2020 et 2021 sont des projections provisoires de l'ONUSIDA, dans l'attente de données actualisées.

RÉFÉRENCES

1. Daskalakis DC. The impact of COVID-19 on HIV prevention and treatment in the U.S. HPTN; 2022 (<https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/HPTN%20June%202022%20COVID%20and%20HIV%20CDC%20Daskalakis%20HPTN%20Copy.pdf>).
2. Broz D, Carnes N, Chapan-Bardales J, Des Jarlais D, Handanagic S, Jones CM et al. Syringe services programs' role in ending the HIV epidemic in the U.S.: why we cannot do it without them. *Am J Prev Med.* 2021;61:S118-S129.
3. Provisional drug overdose death counts. In: cdc.gov [Internet]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; [updated 9 February 2022] (<https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>).
4. America's HIV Epidemic Analysis Dashboard [database]. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Service; c2022 (<https://ahead.hiv.gov/data>).
5. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020 data. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization Regional Office for Europe; c2021 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-surveillance-europe-2021-2020-data>).
6. DiNenno EA, Delaney KP, Pitasi MA, MacGowan R, Miles G, Dailey A et al. HIV testing before and during the COVID-19 pandemic – United States, 2019–2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2022;Vol. 71 (No. 25):820-4.
7. Onyango D, Schatz E, Lazarus JV. Taking a 'people-centred' approach to improving access to health care for underserved communities in Europe. *Eurohealth.* 2017;23:23-7.
8. HIV surveillance report: diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2019. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2021.
9. Nöstlinger C, Cosaert T, Van Landergham E, Vanhamel J, Jones G, Zenner D et al. HIV among migrants in precarious circumstances in the EU and European Economic Area. *Lancet HIV.* 2022;9(6):E428-E437.
10. Nataala M. PrEP & Prejudice Campaign evaluation report. London (UK): PrEP & Prejudice Campaign Africa Advocacy Foundation; 2020.
11. EU4Health programme 2021–2027 – a vision for a healthier European Union. In: European Commission [Internet]. Brussels: European Commission (https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en).
12. Leading HIV PrEP advocates applaud \$9.8B 10-year commitment to access. Call for strategic investment plan. 28 March 2022. Washington D.C.: PrEP4All; 2022 (https://actionnetwork.org/user_files/user_files/000/074/377/original/National_PrEP_Program_Press_Release_March_2022_v6.pdf).

ANNEXE SUR LES MÉTHODES

ANNEXE

PARTIE 1. MÉTHODES DE CALCUL DES ESTIMATIONS DE L'ONUSIDA CONCERNANT LE VIH

INTRODUCTION

Chaque année, l'ONUSIDA fournit des estimations modélisées révisées au niveau mondial, régional et national en utilisant les meilleures données épidémiologiques et programmatiques disponibles pour suivre l'épidémie de VIH. Des estimations modélisées sont nécessaires, car il n'est pas possible de connaître le nombre exact de personnes vivant avec le VIH, de personnes nouvellement infectées par le VIH ou de personnes décédées de causes liées au sida dans un pays : pour ce faire, il faudrait soumettre régulièrement chaque individu à un test VIH et enquêter sur tous les décès, ce qui n'est pas faisable sur le plan logistique et problématique sur le plan éthique. Les estimations modélisées (et les limites inférieures et supérieures de ces estimations) fournissent un moyen scientifiquement approprié de décrire les niveaux et les tendances de l'épidémie de VIH.

Les équipes nationales utilisent un logiciel pris en charge par l'ONUSIDA pour établir des estimations annuelles. Les équipes nationales se composent essentiellement de spécialistes nationaux du suivi et de l'évaluation, de responsables de programmes, d'épidémiologistes, de démographes et d'autres personnes du ministère national de la Santé, des organismes nationaux de lutte contre le sida et des partenaires techniques.

Le logiciel utilisé pour produire et rassembler les estimations est Spectrum (développé par Avenir Health) et son modèle d'impact du sida (AIM). La plupart des pays utilisent un modèle d'incidence qui fonctionne dans le module AIM de Spectrum ; quelques pays utilisent un modèle externe dont l'estimation de l'incidence est utilisée dans Spectrum et AIM (Tableau 14.1).¹ Le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, modèles et projections fournit des conseils techniques sur le développement de la composante VIH du module AIM dans Spectrum.²

¹ De plus amples informations sur Avenir Health sont disponibles à l'adresse suivante : www.avenirhealth.org

² Pour en savoir plus sur le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections, veuillez consulter le site : www.epidem.org

MÉTHODES ET MODÈLES UTILISÉS PAR L'ONUSIDA ET LES PAYS POUR CRÉER DES ESTIMATIONS³

Les pays où la transmission du VIH entretient une épidémie dans la population générale utilisent le module Estimation and Projection Package (EPP) de l'outil de modélisation Spectrum, qui adapte une tendance aux données de prévalence du VIH provenant de femmes enceintes fréquentant des cliniques prénatales et d'enquêtes démographiques représentatives au niveau national. De nombreux pays ont historiquement mené une surveillance sentinelle du VIH parmi les femmes fréquentant les cliniques prénatales, ce qui nécessite de collecter des données auprès d'une sélection de cliniques pendant quelques mois tous les deux ans. Ces dernières années, la plupart des pays ont cessé d'effectuer une surveillance sentinelle chez les femmes enceintes et utilisent désormais les données issues des tests VIH de routine effectués lorsque les femmes enceintes se rendent dans les cliniques prénatales et subissent un test VIH. Ces données évitent de devoir mener un effort de surveillance séparé, et elles fournissent un ensemble complet de données provenant de toutes les cliniques du pays au lieu d'échantillons provenant de sites sélectionnés.

Les tendances observées chez les femmes enceintes dans les cliniques prénatales, qu'elles soient mesurées par le biais de la surveillance ou de données de routine, peuvent être utilisées pour éclairer les estimations des tendances de la prévalence nationale, tandis que les données des enquêtes de population (qui sont menées moins fréquemment mais incluent les hommes et garantissent la couverture de toutes les personnes, qu'elles recherchent ou non des services de soins de santé) sont représentatives des niveaux de prévalence du VIH au niveau national et, si elles sont répétées, renseignent également les tendances. Les données de ces enquêtes contribuent également à l'estimation des niveaux et des tendances de la prévalence et de l'incidence du VIH par âge et par sexe. Quelques pays d'Afrique subsaharienne qui n'ont pas mené d'enquêtes de population ont ajusté les niveaux de prévalence du VIH en se basant sur des comparaisons entre la surveillance des cliniques prénatales et les données des enquêtes de population d'autres pays de la région. Les tendances résultantes de la prévalence du VIH, en plus du nombre de personnes sous traitement antirétroviral, sont ensuite utilisées pour estimer la tendance nationale de l'incidence du VIH, en tenant compte des effets du traitement antirétroviral sur la survie.

D'autres pays, où la transmission du VIH se produit principalement parmi les populations clés à haut risque et où l'épidémie est faible ou concentrée, utilisent une variante d'épidémie concentrée du modèle EPP (qui s'adapte à des données de prévalence de surveillance de haute qualité pour chacune de plusieurs populations clés, ainsi que pour la population générale à faible risque) ou le modèle d'épidémie de sida (AEM).

Les tailles correspondantes des groupes de population clés utilisées pour pondérer et additionner toutes les sous-populations au total national sont de plus en plus souvent dérivées empiriquement dans chaque pays. Lorsqu'une estimation de la taille nationale n'est pas disponible, elle est déduite des valeurs proportionnelles régionales et du consensus entre les experts. Pour estimer la prévalence du VIH dans le reste de la population générale à faible risque, ces pays utilisent généralement des données de surveillance des femmes enceintes et, si elles sont disponibles, des enquêtes de population. Comme pour les épidémies généralisées, la courbe de prévalence du VIH et le nombre de personnes sous traitement antirétroviral qui en résulte sont ensuite utilisés pour déduire une tendance nationale de l'incidence du VIH.

³ Les méthodes sont décrites en détail dans le volume 33 (Suppl. 3) de AIDS (2019) et Advancing methods for global HIV estimates. Rédacteurs invités : Mathieu Maheu-Giroux, Andrea L Ciaranello, Joshua A Salomon, Annette H Sohn. J Int AIDS Soc. 2021;24(S5).

Enfin, la plupart des pays d'Europe occidentale et centrale et d'Amérique du Nord utilisent les données sur la mortalité liée au sida provenant des registres d'état civil et des rapports sur les cas de VIH pour estimer les tendances nationales de la prévalence et de l'incidence du VIH, ainsi que le délai entre l'infection et le diagnostic. Ils utilisent le modèle de surveillance des cas et d'enregistrement des faits d'état civil (CSAVR) au sein de Spectrum, le modèle des Centres européens de contrôle des maladies (ECDC) ou un modèle propre à chaque pays. Le modèle CSAVR est également utilisé par certains pays d'Amérique latine, des Caraïbes, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord qui disposent de solides systèmes de déclaration des maladies mais de peu de données de surveillance ou d'enquête sur le VIH.

Tous les pays qui utilisent des méthodes soutenues par l'ONUSIDA pour leurs estimations partagent des hypothèses communes sur l'efficacité du traitement du VIH et la progression de la maladie par sexe et par âge. Ces hypothèses sont basées sur des revues systématiques de la littérature et des méta-analyses des données des études par des experts scientifiques. Les données démographiques, y compris les estimations de la fécondité, sont tirées des estimations de la Division de la population des Nations Unies sur les perspectives de la population mondiale en 2019 ou des données de recensement récentes.

Certaines données du modèle, notamment le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale et le nombre de femmes ayant accès à des services de prévention de la transmission verticale du VIH, sont examinées et validées en partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) et ses agences, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et d'autres partenaires.

Les fichiers finaux soumis par les pays et contenant les résultats modélisés sont examinés à l'ONUSIDA afin de garantir que les résultats soient comparables entre les régions et les pays et dans le temps.

Dans le cycle 2022 des estimations, des estimations infranationales ont été créées et utilisées par 39 pays (38 en Afrique subsaharienne et un dans les Caraïbes). Les méthodes de création de ces estimations infranationales sont décrites dans la partie 4 de la présente annexe.

TABLEAU 14.1 Modèles d'incidence utilisés pour les estimations nationales du VIH rassemblées dans le logiciel Spectrum et le cycle d'estimation 2022 de l'ONUSIDA

MODÈLE D'INCIDENCE	PAYS	PRÉVALENCE DU VIH (15-49 ANS) (MÉDIANE)	RÉGIONS
EPP, épidémie généralisée	37	2,3 %	Afrique orientale et australe, Afrique occidentale et centrale, Caraïbes, Asie et Pacifique
EPP, épidémie concentrée	39	0,33 %	Moyen-Orient et Afrique du Nord, Europe orientale et Asie centrale, Caraïbes, Amérique latine, Asie et Pacifique
Modèle d'épidémie de sida	13	0,26 %	Asie et Pacifique
Modèle CSAVR ou ECDC, adaptation des décès et/ou études de cas	69	0,14 %	Moyen-Orient et Afrique du Nord, Europe orientale et Asie centrale, Caraïbes, Amérique latine, Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, Asie et Pacifique
Autre	14	0,20 %	Europe occidentale et centrale et Amérique du Nord, Asie et Pacifique, Amérique latine, Afrique orientale et australe
Tous les modèles	172	0,3 %	

Remarque : Modèle CSAVR = Modèle de surveillance des cas et d'enregistrement des faits d'état civil ; modèle ECDC = Modèle du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ; EPP = Estimation and Projection Package (EPP).

LES LIMITES DE L'INCERTITUDE SUR LES ESTIMATIONS DE L'ONUSIDA

Le logiciel d'estimation calcule les limites d'incertitude afférentes à chaque estimation. Ces limites définissent la fourchette dans laquelle se situe la valeur réelle y dans 95 % des cas (si elle peut être mesurée). Des limites étroites indiquent qu'une estimation est précise, tandis que des limites larges indiquent une plus grande incertitude concernant l'estimation, compte tenu des données et des hypothèses.

Dans les pays utilisant des données de surveillance du VIH, la quantité et la source des données disponibles déterminent en partie la précision des estimations : les pays disposant de plus de données de surveillance du VIH ont des fourchettes plus petites que les pays disposant de moins de données de surveillance ou de plus petits échantillons. Les pays dans lesquels une ou plusieurs enquêtes nationales de population ont été menées ont généralement des fourchettes d'estimations plus faibles que les pays où de telles enquêtes n'ont pas été menées. Dans les pays qui utilisent les données sur la déclaration des cas de VIH et la mortalité liée au sida, le nombre d'années de données et l'ampleur des cas déclarés ou des décès liés au sida observés contribueront à déterminer la précision de l'estimation.

Les hypothèses nécessaires pour parvenir à l'estimation contribuent également à l'étendue des fourchettes autour des estimations : en bref, plus les hypothèses sont nombreuses, plus la fourchette d'incertitude est large, puisque chaque hypothèse introduit des incertitudes supplémentaires. Par exemple, les fourchettes autour des estimations de la prévalence du VIH chez les adultes sont plus petites que celles autour des estimations de l'incidence du VIH chez les enfants, ce qui nécessite des données supplémentaires sur la prévalence chez les femmes enceintes et la probabilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant qui ont leur propre incertitude supplémentaire.

L'ONUSIDA est convaincu que le nombre réel de personnes vivant avec le VIH, de personnes nouvellement infectées par le VIH ou de personnes décédées de causes liées au sida se situe dans les fourchettes indiquées. Avec un plus grand nombre d'années de données de surveillance de qualité au cours des cycles d'estimation successifs, l'incertitude sur l'estimation d'un pays diminue généralement.

AMÉLIORATIONS INCLUSES DANS LE MODÈLE D'ESTIMATION DE L'ONUSIDA POUR 2022

Les équipes nationales créent chaque année de nouveaux fichiers Spectrum. Les dossiers peuvent différer d'une année à l'autre pour deux raisons. Premièrement, de nouvelles données de surveillance et de programme sont entrées dans le modèle ; cela peut modifier les tendances de la prévalence et de l'incidence du VIH dans le temps ou les taux de couverture des thérapies antirétrovirales, y compris pour les années passées. Deuxièmement, des améliorations sont apportées au modèle sur la base des nouvelles méthodes scientifiques et statistiques disponibles, ce qui permet de dégager des tendances plus précises en matière d'incidence du VIH. De temps en temps, les pays changent également l'option de modélisation de l'incidence au sein de Spectrum en fonction de l'amélioration des données disponibles dans le pays.

En raison de ces améliorations du modèle et de l'ajout de nouvelles données pour créer les estimations, les résultats des cycles d'estimation précédents ne peuvent être comparés à ceux du cycle actuel. Cependant, des estimations historiques complètes sont créées à chaque cycle, ce qui permet d'évaluer les tendances dans le temps.

Entre les estimations de 2021 et celles de 2022, les principaux changements suivants ont été apportés aux modèles, conformément aux orientations du Groupe de référence de l'ONUSIDA sur les estimations, la modélisation et les projections.

AIM : ajustement de l'incidence et de la prévalence d'EPP

Lorsque EPP est utilisé, AIM ajuste son entrée d'incidence afin que sa prévalence du VIH corresponde à l'estimation d'EPP. Dans le logiciel 2022, ces ajustements sont effectués annuellement afin que AIM s'aligne plus étroitement sur EPP. Le logiciel antérieur à 2022 avait procédé à des ajustements annuels avant 2010 mais avait fixé le facteur d'ajustement à partir de 2010.

Effet : les estimations de la prévalence du VIH dans AIM pour les années récentes ont légèrement changé (moins de $\pm 5\%$) par rapport au cycle précédent pour certains pays qui utilisent EPP.

AIM : ajout des nouvelles infections à VIH tout au long de l'année

Dans le logiciel antérieur à 2022, AIM calculait les nouvelles infections à VIH chez les adultes à la fin de chaque année. Par souci de cohérence avec EPP, AIM effectue désormais ces calculs tous les dixièmes d'année.

Effet : Par rapport aux modèles antérieurs à 2022, les nouvelles infections surviennent en moyenne six mois plus tôt. Cela a augmenté le nombre estimé de décès liés au VIH, mais le plus souvent de moins de 5 %, notamment dans les pays où l'épidémie de VIH est en expansion.

EPP : améliorer les distributions régionales de traitement antirétroviral et utiliser la couverture du TAR dans l'adaptation d'EPP.

Pour les épidémies généralisées, EPP a introduit l'option permettant d'inclure la couverture du traitement antirétroviral mesurée par enquête dans la prévalence s'adaptant à la même structure sous-nationale/régionale que la prévalence des soins prénatals (surveillance et routine/recensement). En outre, les données relatives aux programmes de traitement antirétroviral sont désormais saisies et ajustées séparément pour chaque région infranationale.

Effet : Lorsqu'ils incluent la couverture des enquêtes sur la thérapie antirétrovirale, EPP et AIM devraient généralement mieux refléter les tendances et les distributions nationales et infranationales en matière de prévalence, d'incidence, de décès et de thérapie antirétrovirale.

CSAVR : rapports de taux d'incidence par sexe et par âge

La fonction CSAVR ajustant les ratios de taux d'incidence par âge et par sexe a été simplifiée à un nombre réduit de paramètres, produisant désormais des ratios de taux d'incidence plus stables dans le temps.

Effet : Modèles d'incidence plus plausibles dans les pays disposant de peu de données stratifiées par sexe/âge et ajustement plus rapide par rapport aux modèles 2021.

CSAVR : étalonnage en fonction du nombre de CD4 au moment du diagnostic

Le modèle CSAVR 2022 a rétabli une option permettant de saisir et de calibrer les données sur le nombre de CD4 au moment du diagnostic, et de les utiliser pour estimer le taux de diagnostic des personnes vivant avec le VIH en fonction du nombre de CD4.

Effet : Les pays qui ont saisi et adapté des données fiables et représentatives sur les CD4 ont estimé le nombre moyen de CD4 au moment du diagnostic et les proportions de personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut légèrement inférieurs aux estimations du CSAVR de 2021.

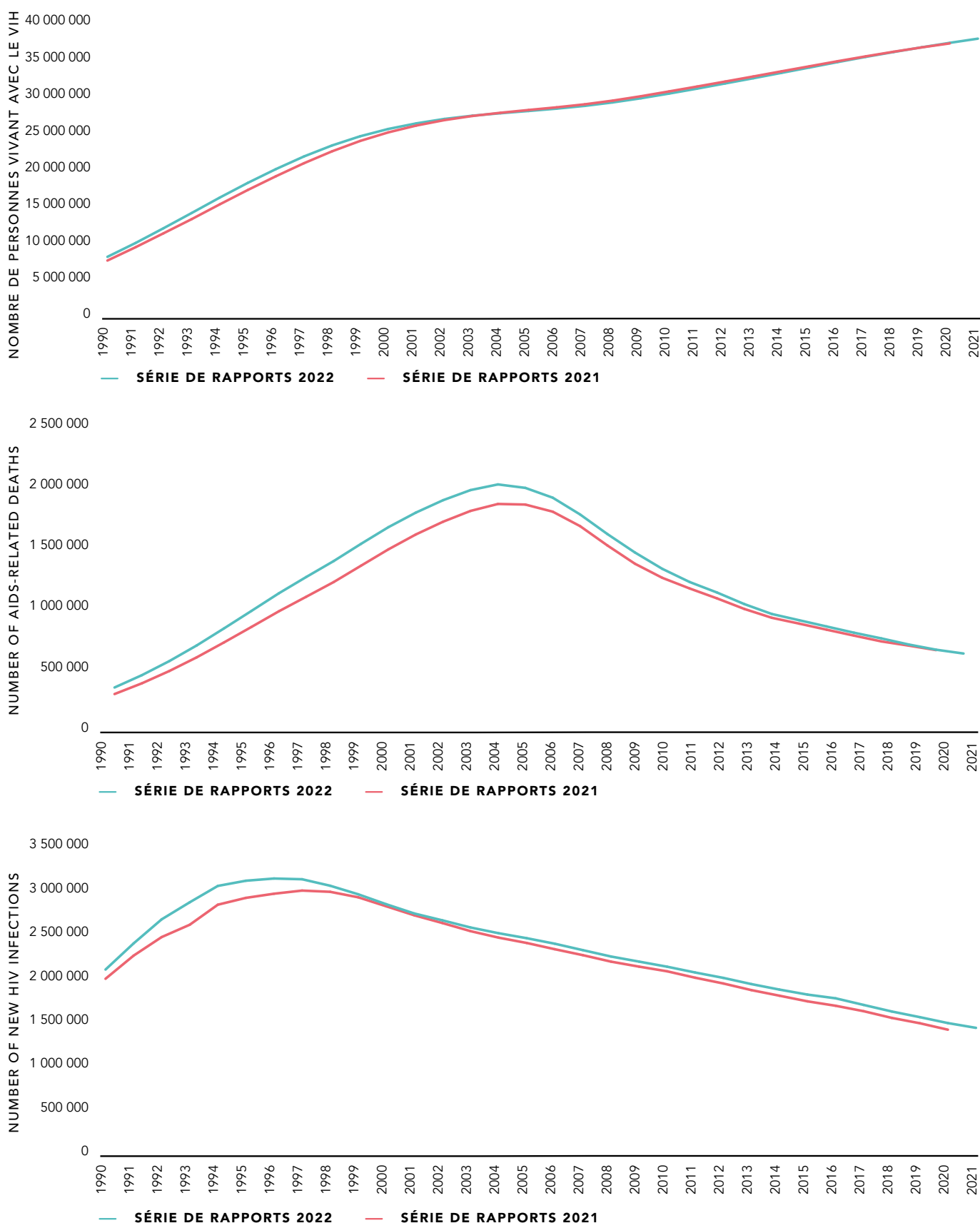
AIM, Épidémies concentrées : rapports de taux d'incidence par groupe d'âge

AIM 2022 a introduit la possibilité d'ajuster les ratios de taux d'incidence par âge aux données nationales sur le traitement antirétroviral par âge. Cela a été proposé pour les épidémies concentrées dont les données de traitement antirétroviral ventilées par âge sont cohérentes avec les apports globaux de thérapie antirétrovirale pour les 15 ans et plus.

Effet : Meilleure concordance entre les données du programme ventilées par âge et les estimations basées sur un modèle du nombre de personnes sous traitement antirétroviral.

La figure 14.1 présente les estimations pour 2022 par rapport aux estimations pour 2021. L'évolution des courbes est l'effet combiné de la mise à jour des données nationales et des modifications de la structure du modèle et des hypothèses décrites ci-dessus. Au niveau mondial, les tendances des nouvelles infections à VIH, des décès liés au sida et des personnes vivant avec le VIH sont semblables à celles estimées lors du cycle précédent, bien qu'il y ait des changements dans certaines régions.

FIGURE 14.1 Comparaison des estimations de l'ONUSIDA pour 2022 par rapport à 2021 : nouvelles infections à VIH, décès liés au sida et personnes vivant avec le VIH, dans le monde, 2000-2021



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021 et 2022.

PUBLICATION D'ESTIMATIONS PAR PAYS

L'ONUSIDA vise à publier des estimations pour tous les pays dont la population est égale ou supérieure à 250 000 habitants (selon les Perspectives démographiques mondiales 2019 de la Division Population des Nations Unies). Pour les pays de 250 000 habitants ou plus qui n'ont pas soumis d'estimations, l'ONUSIDA a élaboré des estimations en utilisant le logiciel Spectrum, sur la base d'informations publiées ou autrement disponibles. Ces estimations ont contribué aux totaux régionaux et mondiaux, mais elles n'ont pas été publiées en tant qu'estimations nationales.

Dans les pays où l'épidémie est de faible ampleur, le nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH est difficile à estimer. Dans ces pays, de nombreuses femmes vivant avec le VIH sont des professionnelles du sexe ou des toxicomanes, ou encore des partenaires sexuelles de toxicomanes, d'homosexuels ou d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes ou de professionnel(le)s du sexe, dont les niveaux de fertilité peuvent être différents de ceux de la population générale. L'ONUSIDA ne présente donc pas d'estimations de la transmission verticale du VIH ou des infections infantiles dans de nombreux pays où l'épidémie est concentrée, sauf si des données adéquates sont disponibles pour valider ces estimations. Par ailleurs, les estimations relatives aux enfants ne sont pas publiées pour les pays où le nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH est inférieur à 50.

En ce qui concerne l'incidence, si les données historiques ne sont pas suffisantes pour déterminer les tendances de l'incidence, l'ONUSIDA ne publie pas l'incidence historique. Les tendances de l'incidence basées sur EPP ne sont publiées que s'il existe quatre points de données ou plus et des données de prévalence au cours des quatre dernières années pour la sous-population la plus importante.

Pour les épidémies de faible ampleur et concentrées reposant sur des données de surveillance des cas et des décès, les tendances sont publiées si elles sont basées sur au moins huit points de données sur le nombre de décès liés au sida entre 1990 et 2021. Ces estimations d'incidence sont ancrées dans un rétrocalcul à partir des décès déclarés liés au sida, et elles ne sont pas très sensibles aux récentes diminutions des volumes de tests et des nouveaux diagnostics survenues en 2020 ou 2021 en raison des perturbations des services de santé liées à la COVID-19. Certains pays à revenu élevé qui utilisent un modèle d'incidence ancré dans la déclaration des cas ont reporté les estimations pour 2020 et 2021 afin de tenir compte des biais potentiels liés à la COVID.

Enfin, l'ONUSIDA ne publie pas d'estimations par pays lorsque les données disponibles sont insuffisantes pour justifier l'estimation. De plus amples informations sur les estimations de l'ONUSIDA et les fichiers Spectrum individuels pour la plupart des pays sont fournies sur le site Internet de l'ONUSIDA www.hivtools.unaids.org. Les données des estimations peuvent être consultées dans la section AIDSinfo du site web de l'ONUSIDA (<http://aidsinfo.unaids.org>).

PARTIE 2. MÉTHODES DE CALCUL DES OBJECTIFS DE DÉPISTAGE ET DE TRAITEMENT 95–95–95

INTRODUCTION

Depuis 2015, l'ONUSIDA a publié des estimations des progrès réalisés aux niveaux mondial, régional et national par rapport aux objectifs 90–90–90. Dans la Déclaration politique sur le VIH et le sida des Nations Unies : Mettre fin aux inégalités et agir pour éliminer le sida à l'horizon 2030, ces objectifs ont été portés à 95–95–95. La progression est suivie à l'aide de trois indicateurs de base :

- Indicateur 1 (le premier 95) : Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH.
- Indicateur 2 (le deuxième 95) : Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut et ont accès au traitement.
- Indicateur 3 (le troisième 95) : Le pourcentage de personnes vivant avec le VIH, qui sont sous traitement et qui affichent une suppression de leur charge virale.

Les indicateurs 2 et 3 peuvent également être exprimés en pourcentage de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH. Lorsque les chiffres ou la couverture de l'objectif de traitement sont exprimés par rapport au nombre total de personnes vivant avec le VIH, on parle de « cascade de dépistage et de traitement du VIH ».

SOURCES DE DONNÉES POUR L'ÉLABORATION DES MESURES NATIONALES

Les progrès réalisés au niveau des pays par rapport aux objectifs 95–95–95 ont été établis à partir des données communiquées par Spectrum et le suivi mondial du sida. Les estimations sont publiées pour toutes les personnes et séparément pour les enfants (âgés de 0 à 14 ans) et les adultes (âgés de 15 ans et plus, par sexe). Les limites supérieures et inférieures correspondantes étaient fondées sur les fourchettes d'incertitude relatives au nombre estimé de personnes vivant avec le VIH pour chaque pays, groupe de population et année. Ces indicateurs liés aux objectifs et leurs sources de données sont décrits dans les directives de l'ONUSIDA sur le suivi mondial du sida 2022 (1).

Le tableau 14.2 résume le nombre de pays qui ont rapporté chaque mesure, dans chaque région, au cours des six dernières années.

La dernière série de mesures des progrès réalisés par les pays par rapport aux objectifs 95–95–95 pour la période 2015–2021 est disponible à l'adresse <http://aidsinfo.unaids.org>. Tous les pays n'ont pas été en mesure de rendre compte des trois objectifs. Dans le cycle d'estimations de 2022, des cascades de traitement complètes ont été publiées pour 68 pays sur leurs progrès à partir de 2021, soit une augmentation par rapport aux 60 pays des cycles d'estimations de 2020 et 2021.

TABLEAU 14.2 Données disponibles pour l'élaboration des mesures de l'ONUSIDA visant à évaluer les progrès par rapport aux objectifs 95–95–95, 2015–2021

NOMBRE	ANNÉE	ASIE ET PACIFIQUE ^a	CARAÏBES	AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE	EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	AMÉRIQUE LATINE	MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD ^a	AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE	EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD	MONDE
Pays		39	16	21	16	17	19	25	39	193
Pays dans les estimations mondiales de l'ONUSIDA		29	10	20	16	17	19	25	36	172
Pays disposant de données publiques sur les estimations des personnes vivant avec le VIH		23	10	19	12	16	14	25	21	140
Pays disposant de données accessibles au public sur les personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut	2015	12	7	18	11	6	11	25	15	105
	2016	15	7	18	11	8	11	25	20	115
	2017	17	7	18	11	8	11	25	19	116
	2018	19	7	18	12	9	11	25	20	121
	2019	19	7	19	13	9	11	25	20	123
	2020	20	7	19	13	10	11	25	17	122
	2021	18	7	19	13	9	12	25	9	112
Pays disposant de données publiques sur les personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement	2015	26	10	20	14	16	17	25	23	151
	2016	27	10	20	14	16	17	25	23	152
	2017	27	10	20	14	16	17	25	23	152
	2018	27	10	20	14	16	17	25	22	151
	2019	28	9	20	14	16	17	25	21	150
	2020	27	9	20	14	16	17	25	19	147
Pays disposant de données publiques sur les personnes vivant avec le VIH qui ont subi un test de charge virale et ont été déclarées en état de suppression virale	2015	6	2	3	5	4	5	1	10	36
	2016	6	4	6	7	8	6	2	12	51
	2017	7	7	7	9	10	7	4	15	66
	2018	11	9	13	10	11	8	7	16	85
	2019	13	8	18	12	10	7	9	16	93
	2020	12	8	16	12	12	6	11	13	90
		10	8	16	10	9	8	11	7	79

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2016–2021

^a Lors du cycle d'estimation 2022, la République islamique d'Iran est passée de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord à la région Asie et Pacifique.

Remarque : Certains pays ont publié le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut et/ou étaient sous traitement sans publier d'estimation du nombre total de personnes vivant avec le VIH, car ce dernier devait inclure les personnes qui ne connaissaient pas leur statut et n'étaient pas sous traitement.

ESTIMATIONS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Toutes les mesures des progrès dans ce rapport sont basées sur les estimations nationales des personnes vivant avec le VIH qui ont utilisé le modèle Spectrum. Lors du cycle 2022, les personnes vivant avec le VIH ont été estimées pour 172 des 193 pays et territoires. Ces 172 pays représentent 99 % de la population mondiale totale. Des estimations des personnes vivant avec le VIH ont été publiées pour 140 de ces 172 pays. Ces 140 pays dont les estimations ont été approuvées et publiées représentent 91 % du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH en 2021.

CONNAISSANCE DU STATUT VIH CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Le nombre de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut a été estimé dans le temps à l'aide de la surveillance des cas de VIH, des données des programmes et des données d'enquêtes de population représentatives au niveau national. Lorsque des données étaient disponibles séparément pour les enfants (âgés de 0 à 14 ans) et les adultes (âgés de 15 ans et plus, par sexe), des mesures spécifiques à l'âge et au sexe ont été calculées, puis agrégées aux mesures nationales.

Les pays en dehors de l'Afrique subsaharienne ne disposant pas d'enquêtes nationales sur les ménages ont estimé le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH en se basant sur les données de notification des cas de VIH et les registres des programmes. Certains pays à épidémie concentrée ont utilisé directement les données de notification, si leur système de surveillance du VIH fonctionnait depuis 2015 ou plus et qu'ils étaient en mesure de soustraire des personnes diagnostiquées cumulées celles qui étaient décédées, avaient émigré ou étaient autrement perdues de vue. Cependant, si ce calcul estimait que le nombre de personnes séropositives connaissant leur statut sérologique était inférieur à celui des personnes sous traitement antirétroviral, la valeur rapportée était exclue, car elle était potentiellement incorrecte en raison de l'un des nombreux biais courants. Par exemple, un pays peut sous-estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut VIH si toutes les personnes diagnostiquées ne sont pas signalées au système de surveillance en temps voulu. Inversement, la mesure est surestimée si des personnes sont enregistrées ou déclarées plus d'une fois et que ces doublons ne sont pas détectés, ou si des personnes meurent ou émigrent mais ne sont pas retirées du système. Cette surestimation du nombre de personnes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique était courante les années précédentes (avant 2015).

Par ailleurs, les pays à épidémie concentrée pourraient estimer la connaissance du statut dans le cadre de leur estimation de l'épidémie globale grâce au modèle CSAVR, qui estime l'incidence de l'infection, la connaissance du statut et la couverture de la thérapie antirétrovirale à partir des notifications de cas et de décès.

La plupart des pays d'Afrique orientale et australe et d'Afrique occidentale et centrale ont estimé la connaissance du statut chez les adultes en utilisant l'outil Shiny90 pris en charge par l'ONUSIDA (2). Ce modèle mathématique adapte les données provenant d'enquêtes nationales auprès de la population sur les proportions de répondants vivant avec et sans le VIH et ayant déjà subi un test de dépistage du VIH, en plus des données des programmes de services de dépistage du VIH sur le nombre annuel de tests de dépistage du VIH effectués et le nombre de tests positifs, et les résultats du modèle Spectrum (2).

Les estimations de la connaissance du statut VIH tirées de Shiny90 présentent des avantages par rapport à celles tirées directement d'enquêtes de population ou de registres de programmes. En construisant l'historique de l'incidence du VIH et des tests de dépistage de la population au fil du temps, la tendance résultante en matière de sensibilisation est ajustée pour tenir compte des biais de déclaration connus dans la connaissance du statut VIH dans les enquêtes sur les ménages et pour prendre en compte les nouveaux tests et les nouveaux diagnostics parmi les données des programmes de routine sur les diagnostics annuels du VIH (3, 4).

Les estimations de Shiny90 distinguent les personnes vivant avec le VIH qui ont subi un test de dépistage après une séroconversion et qui sont donc conscientes de leur statut VIH de celles qui ont séroconverti après leur dernier test négatif. Cette distinction s'appuie sur la tendance nationale de l'incidence calculée dans Spectrum. Shiny90 estime la connaissance du statut selon le sexe et l'âge, en supposant que les ratios de taux de dépistage hommes-femmes chez les adultes sont restés relativement constants depuis 2010. Les résultats comprennent des indicateurs supplémentaires tels que le pourcentage de personnes diagnostiquées dans un délai d'un an et le nombre de personnes (par statut VIH) qui refont un test.

La prudence est de mise en ce qui concerne la connaissance des estimations du statut si la dernière enquête de population a été menée il y a plus de cinq ans, ou si l'exactitude des antécédents de dépistage autodéclarés dans l'enquête suscite des inquiétudes.

Tant Shiny90 que l'estimation du modèle CSAVR sur la connaissance du statut VIH ne couvrent que les adultes de 15 ans et plus. L'ONUSIDA recommande aux pays d'estimer de manière prudente la connaissance du statut parmi les enfants comme la proportion d'enfants vivant avec le VIH sous traitement, à moins que des chiffres fiables provenant de la surveillance des cas (diagnostics et décès cumulés, émigrations et pertes de suivi) ne soient disponibles.

PERSONNES AYANT ACCÈS AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

Les mesures mondiales et régionales des chiffres relatifs aux thérapies antirétrovirales sont extraites des données des programmes nationaux par le biais du logiciel Spectrum, supporté par l'ONUSIDA, et de l'outil de suivi mondial du sida. Lors du cycle 2022, 134 pays ont publiquement communiqué les chiffres du traitement pour 2021 (couvrant 95 % des personnes estimées sous traitement) ; entre 2015 et 2021, 152 pays avaient au moins une estimation publiquement disponible du nombre de personnes sous traitement. Pour quelques pays qui n'ont pas communiqué le nombre de personnes sous traitement pour toutes les années (principalement en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord, ainsi qu'au Brésil, au Japon et en République de Corée) les personnes sous traitement ont été estimées soit en consultation avec l'agence de santé publique responsable du suivi du programme national de traitement, soit à partir de sources publiées et en ligne.

En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS, le PEPFAR et ses agences, le Fonds mondial et d'autres partenaires qui soutiennent la prestation de services de traitement dans les pays, l'ONUSIDA examine et valide chaque année les chiffres relatifs aux traitements que les pays ont communiqués à l'ONUSIDA par l'intermédiaire du Suivi mondial du sida et Spectrum. Néanmoins, cette mesure peut surestimer le nombre de personnes sous traitement si les personnes qui passent d'un établissement à l'autre sont déclarées par les deux établissements. De même, la couverture peut être surestimée si les personnes qui sont décédées, qui se sont retirées des soins ou qui ont émigré, ne sont pas identifiées et supprimées des registres de traitement. À l'inverse, le nombre de traitements est parfois sous-estimé si toutes les cliniques ne communiquent pas le nombre de traitements de manière complète ou en temps utile.

L'ONUSIDA et d'autres partenaires internationaux aident les pays à vérifier l'exactitude du nombre de personnes déclarées comme étant actuellement sous traitement.

LES PERSONNES AFFICHANT UNE SUPPRESSION VIRALE

Les progrès réalisés vers l'objectif de suppression virale parmi les personnes sous traitement et en proportion de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH, ont été estimés à partir des données communiquées dans Spectrum et par l'intermédiaire de l'outil de rapport de suivi mondial du sida. Aux fins du rapport, le seuil de suppression est une charge virale inférieure à 1000 reproductions par ml. Certains pays peuvent fixer des seuils inférieurs pour identifier une personne comme ayant atteint une charge virale indétectable, et lorsqu'un pays a déclaré un tel seuil inférieur, l'ONUSIDA a ajouté une estimation ajustée du nombre de personnes qui auraient été supprimées à 1000 copies par ml au nombre de personnes supprimées au seuil inférieur déclaré par le pays. Le guide du Suivi mondial du sida décrit en détail cet ajustement. Les directives précisent également que seul le dernier résultat de test d'une personne au cours de l'année de déclaration doit être soumis, de sorte que les chiffres rapportés représentent les personnes testées et affichant une suppression de la charge virale, et non les tests effectués (1).

Les pays sont invités à communiquer les résultats de la suppression de la charge virale pour toutes les années, indépendamment de la couverture du dépistage. Toutefois, l'ONUSIDA ne publie les résultats des tests de charge virale que pour les pays et les années considérés comme représentatifs de toutes les personnes traitées dans le pays (en général, si au moins 50 % des personnes traitées ont été testées). Pour les pays et les années disposant de données sur la suppression virale représentatives au niveau national mais non universelles, la proportion déclarée de suppression parmi les personnes testées pour la charge virale (c'est-à-dire le troisième 95) a été multipliée par le nombre total de personnes sous traitement afin d'estimer les chiffres globaux de suppression virale.

Le tableau 14.3 indique le nombre de pays disposant d'une estimation fiable de la suppression de la charge virale ; ce nombre est passé de 66 pays en 2017 à 79 en 2022. Dans certains pays, la couverture des tests de charge virale était plus faible en 2020 et/ou 2021 qu'en 2019 et/ou 2020, souvent en raison de la pandémie de COVID-19 et des perturbations ou retards qui en ont résulté dans la prestation des services de santé et la communication des informations.

L'utilisation des données fournies par les pays pour surveiller l'objectif de suppression de la charge virale présente certaines difficultés. Tout d'abord, il est possible que les tests de charge virale de routine ne soient pas proposés dans tous les établissements de traitement, et que les établissements qui les proposent ne soient pas représentatifs des établissements sans tests de charge virale. En dépit de cette incertitude, nous supposons que le pourcentage de personnes affichant une suppression de la charge virale parmi celles qui ont accès aux tests de charge virale, est représentatif de l'ensemble des personnes sous traitement.

Deuxièmement, l'ONUSIDA demande aux pays de ne communiquer que les résultats des tests de routine de la charge virale : si les pays communiquent les résultats de tests effectués principalement en raison d'un échec présumé du traitement, le nombre de personnes affichant une suppression virale dans ces pays sera sous-estimé. L'ONUSIDA valide la qualité des soumissions des pays, mais il n'est pas toujours possible d'identifier les cas dans lesquels des tests de routine et d'autres types de tests sont combinés.

Enfin, les directives de l'ONUSIDA recommandent de ne communiquer les résultats des tests de charge virale que pour les personnes sous traitement antirétroviral. Les personnes qui ne sont pas sous traitement et qui suppriment naturellement le virus ne seront pas incluses dans cette mesure.

LES MÉTHODES DE CONSTRUCTION DES RÉSULTATS RÉGIONAUX ET GLOBAUX VERS LES OBJECTIFS 95-95-95

Toutes les données du programme soumises à l'ONUSIDA ont été validées par l'ONUSIDA et ses partenaires avant leur publication. Les données soumises par les pays qui ne répondaient pas aux normes de qualité, que ce soit au niveau de l'indicateur ou de la cascade de traitement, n'ont pas été incluses dans les mesures composites régionales ou mondiales. Il s'agissait, par exemple, des résultats des tests de charge virale pour les années couvrant moins de 50 % des personnes traitées.

Pour estimer les progrès régionaux et mondiaux par rapport aux objectifs 95-95-95 pour les adultes, l'ONUSIDA a imputé les données manquantes ou non qualifiées des pays pour les premier et troisième objectifs 95 à l'aide d'un modèle hiérarchique bayésien. Il s'agit des tendances régionales ou, lorsque les tendances régionales sont rares, des tendances mondiales, des différences entre les sexes et de toute donnée spécifique à un pays pour les pays ayant fourni des données pour certaines années mais pas toutes. Les limites supérieures et inférieures des estimations mondiales et régionales de la cascade de dépistage et de traitement du VIH reflètent l'incertitude quant au nombre de personnes vivant avec le VIH et l'incertitude (due aux données manquantes des pays) quant au nombre de personnes qui connaissent leur statut VIH et au nombre de personnes qui sont sous suppression virale. Ces fourchettes ne tiennent pas compte de l'incertitude des personnes déclarées par les pays qui connaissent leur statut VIH, ont été testées pour la charge virale et/ou sont sous suppression virale. Des détails sur les méthodes et les hypothèses du modèle sont disponibles ailleurs (5).

Le tableau 14.3 montre les proportions de personnes vivant avec le VIH pour lesquelles la connaissance du statut VIH et de la suppression de la charge virale a été imputée, par opposition à celle déclarée ou estimée par le pays, de 2015 à 2021. En général, la proportion de données imputées a diminué au fil du temps, car davantage de pays ont communiqué des données de qualité. Certaines régions (par exemple, l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord) ont une proportion accrue de pays ayant une connaissance imputée du statut ou de la suppression de la charge virale en 2020 ou 2021, car les dernières données étaient encore en cours d'examen pour les fluctuations de COVID-19.

De nombreux pays ne sont toujours pas en mesure de rendre compte de la cascade de dépistage et de traitement ou de certains éléments de la cascade. Cela est particulièrement vrai pour la suppression de la charge virale, pour laquelle les données rapportées dans certaines régions (surtout jusqu'en 2017) sont limitées. Par exemple, la couverture des tests de charge virale en Afrique occidentale et centrale et dans les Caraïbes est restée faible jusqu'en 2018. En Asie et dans le Pacifique, les estimations de la suppression de la charge virale au niveau national en Inde et en Chine n'ont été communiquées à l'ONUSIDA qu'à partir de 2018, l'Inde n'atteignant la couverture minimale requise de 50 % des tests parmi les patients sous traitement antirétroviral qu'à partir de 2020.

TABLEAU 14.3 Proportion de personnes estimées vivant avec le VIH pour lesquelles la connaissance du statut a été imputée, et proportion de personnes estimées sous traitement pour lesquelles la suppression virale a été imputée, 2015-2020

INDICATEUR	ANNÉE	ASIE ET PACIFIQUE ^a	CARAÏBES	AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE	EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE	AMÉRIQUE LATINE	MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD ^a	AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE	EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD	MONDE
Proportion de personnes estimées vivant avec le VIH pour lesquelles la connaissance du statut a été imputée	2015	73	15	0	6	18	13	0	32	13
	2016	73	14	0	6	14	13	0	4	11
	2017	29	13	0	6	9	12	0	17	6
	2018	22	13	0	6	2	12	0	10	4
	2019	22	13	0	6	2	12	0	13	4
	2020	11	12	0	6	6	12	0	83	7
	2021	11	12	0	6	6	0	0	97	8
Proportion de personnes estimées sous traitement pour lesquelles le statut de suppression virale a été imputé	2015	91	81	44	73	26	34	98	25	50
	2016	91	78	40	7	24	33	97	13	46
	2017	88	57	28	6	16	34	82	18	37
	2018	25	2	0	4	15	19	14	21	7
	2019	17	1	0	3	17	19	14	16	6
	2020	10	0	0	3	13	10	1	83	8
	2021	2	0	0	76	13	7	1	97	10

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2016-2021

^a Lors du cycle d'estimation 2022, la République islamique d'Iran est passée de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord à la région Asie et Pacifique.

PARTIE 3. DONNÉES SUR LES POPULATIONS CLÉS

RÉPARTITION DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH PAR SOUS-POPULATION

La répartition des nouvelles infections à VIH parmi les sous-populations à l'échelle mondiale et par région a été estimée sur la base de données concernant 178 pays en utilisant quatre sources de données.

Le nombre global sous-jacent de nouvelles infections pour chaque pays est estimé à l'aide de Spectrum (pour 172 pays) ou des nouveaux diagnostics déclarés par le pays. Les nouvelles infections parmi les hommes et les femmes âgés de 15 à 49 ans sont utilisées.

Pour les pays qui modélisent leur épidémie de VIH sur la base de données provenant de sous-populations, y compris de populations clés, le nombre de nouvelles infections a été extrait des fichiers 2022 de Spectrum. Cette source a fourni des données sur les professionnel(le)s du sexe de 55 pays, sur les personnes qui s'injectent des drogues de 46 pays, sur les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de 63 pays et sur les personnes transgenres de 23 pays (tous situés en Amérique latine, dans les Caraïbes, en Europe occidentale et centrale et en Amérique du Nord et en Asie et le Pacifique).

Les rapports Incidence Pattern Model, GOALS ou Optima étaient disponibles pour 31 pays et fournissaient des informations sur la répartition des nouvelles infections pour leurs régions respectives d'Afrique orientale et australe, d'Afrique occidentale et centrale, et d'Haïti.

Les nouvelles infections à VIH parmi les populations clés des pays d'Europe occidentale et centrale ont été basées sur le rapport de l'ECDC et du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur la surveillance du VIH/sida en Europe 2021 (données 2020 (6)). Nous avons appliqué les proportions de nouveaux diagnostics dans chaque population (personnes s'injectant des drogues, hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et personnes transgenres) au sein de chaque région d'Europe (occidentale, centrale et orientale) aux estimations ONUSIDA tirées de Spectrum des nouvelles infections dans chaque pays.

Le rapport de l'ECDC ne contient pas de données sur les professionnel(le)s du sexe. Les nouvelles infections à VIH au Canada, en Chine, dans la Fédération de Russie et aux États-Unis ont été tirées des rapports nationaux disponibles les plus récents sur les nouveaux diagnostics par sous-groupe de population ou d'autres sources publiées.

Les nouvelles infections à VIH ont été estimées comme suit : la proportion de nouvelles infections parmi chaque sous-population a été calculée en divisant les estimations de Spectrum (ou autres) par le nombre total de nouvelles infections à VIH dans chaque pays. La médiane de ces proportions pour chaque région de l'ONUSIDA a été calculée et appliquée aux totaux de nouvelles infections de tous les pays de cette région. Les produits ont été comptabilisés pour chaque population et pour chaque région. Au niveau mondial, 92 pays avaient des estimations imputées pour les professionnelles du sexe, 72 pays pour les personnes qui s'injectent des drogues, 42 pays pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et 139 pays pour les personnes transgenres.

Les nouvelles infections parmi les partenaires sexuels des populations clés ont été estimées à l'aide d'estimations régionales du nombre de partenaires sexuels au cours de l'année écoulée et des probabilités de transmission tirées de la littérature publiée. Il s'agit notamment des partenaires sexuels des personnes qui s'injectent des drogues, des partenaires sexuels des homosexuels et des autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des conjoints/partenaires sexuels stables des professionnel(le)s du sexe, des clients des professionnel(le)s du sexe et des conjoints/partenaires sexuels stables des clients des professionnel(le)s du sexe.

La répartition des nouvelles infections parmi les populations clés est ancrée dans l'estimation Spectrum menée par le pays. Les estimations nationales de Spectrum fournissent le nombre total de nouvelles infections chez les personnes âgées de 15 à 49 ans. Comme pour tous les résultats de Spectrum, toutes les estimations historiques et actuelles sont recalculées chaque année, de sorte que les tendances temporelles ne peuvent être dérivées que de l'estimation de l'année en cours. Il n'est pas statistiquement valable de comparer les résultats rapportés entre le rapport mondial actualisé sur le sida 2022 et tout rapport antérieur ayant utilisé une estimation dépassée.

Pour la mise à jour actuelle de l'analyse, qui se concentre sur les données et les estimations de 2021, il y a quelques changements importants.

1. La République islamique d'Iran a été déplacée de la région Moyen-Orient et Afrique du Nord. Elle fait désormais partie de la région Asie-Pacifique.
2. Des efforts supplémentaires ont été déployés en Afrique occidentale et centrale et en Afrique orientale et australe pour obtenir et utiliser des analyses de différents modes de transmission afin d'estimer la distribution des nouvelles infections parmi les populations clés de ces pays. Seules les données avec des rapports publiés (littérature grise ou revue par les pairs) ont été incluses. Cet effort permet d'obtenir

des données plus complètes sur un plus grand nombre de pays de ces régions que celles qui étaient disponibles auparavant, ce qui entraîne des changements dans les résultats par rapport aux séries d'estimations précédentes. Il s'agit d'une raison supplémentaire pour ne pas considérer les analyses effectuées lors de différents cycles d'estimation et de rapports mondiaux comme reflétant une tendance valable.

CALCUL DE LA COUVERTURE PRÉVENTIVE DES PERSONNES SÉRONÉGATIVES POUR LE VIH

Les objectifs mondiaux et régionaux de la PrEP pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes transgenres ont été fixés par le « Groupe de fixation des objectifs de l'ONUSIDA » avec le soutien d'Avenir Health. Les objectifs ont été établis à partir des données disponibles sur la taille des populations clés et leur vulnérabilité relative pour 118 pays. Des objectifs nationaux supplémentaires de Sabin, Loo, Jacobson et Mar (en attente de publication) ont été inclus pour atteindre un maximum de 166 pays pour les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 123 pour les personnes qui s'injectent des drogues et 132 pour les personnes transgenres.

Les objectifs mondiaux et régionaux de la PrEP pour la population des professionnel(le)s du sexe ont été calculés pour 184 pays sur la base des estimations de la taille de la population rapportées par l'intermédiaire de GAM ces dernières années, desquelles ont été soustraites les personnes vivant avec le VIH. Chaque estimation de taille a été catégorisée en ce qui concerne la récence, l'adéquation géographique et les méthodes en utilisant les critères décrits dans Sabin et al (Sabin, Keith & Zhao, Jinkou & Calleja, Jesus & Sheng, Yaou & Garcia, Sonia & Reinisch, Annette & Komatsu, Ryuichi. (2016). Availability and Quality of Size Estimations of Female Sex Workers, Men Who Have Sex with Men, People Who Inject Drugs and Transgender Women in Low- and Middle Income Countries. PLoS ONE. 11. 10.1371/ journal.pone.0155150). Les estimations adéquates au niveau national ont été utilisées pour déterminer les proportions de chaque population clé dans les régions de l'ONUSIDA parmi les adultes (15-49 ans), telles qu'estimées dans les Perspectives de la population mondiale 2021. Les proportions régionales ont été utilisées pour calculer les valeurs spécifiques à chaque pays, qui ont été additionnées pour donner des estimations de taille régionale pour chaque population clé. Pour les professionnel(le)s du sexe, le nombre de personnes vivant avec le VIH par pays a été calculé en multipliant la prévalence du VIH la plus récemment rapportée (2017-2021) par GAM à l'estimation de la taille de la population calculée par pays. Pour les pays qui n'ont pas rapporté la prévalence du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe au cours des dernières années, la médiane régionale a été utilisée. L'objectif de la PrEP pour les professionnel(le)s du sexe a été calculé en soustrayant le nombre régional de professionnel(le)s du sexe vivant avec le VIH au nombre estimé de professionnel(le)s du sexe dans la région.

Pour toutes les populations clés, les estimations de la couverture de la PrEP ont été réalisées en utilisant l'emploi de la PrEP rapportée au niveau national pour les populations clés spécifiques (nombre de personnes ayant reçu un produit de PrEP au moins une fois pendant la période de référence) divisée par la taille de la population vulnérable qui bénéficierait de l'utilisation de la PrEP.

QUALITÉ DES ESTIMATIONS DE LA TAILLE DE LA POPULATION

Les sections régionales de ce rapport comprennent des tableaux de la taille estimée des populations clés. La taille estimée des populations clés fait référence aux valeurs rapportées par le biais du suivi mondial du sida depuis 2018 uniquement. Un examen complet des données a été effectué au cours de ces cycles de rapports, et les estimations ne doivent donc pas être comparées aux données présentées dans les rapports précédents de l'ONUSIDA. Les estimations soumises sont examinées au fur et à mesure qu'elles sont communiquées et classées par catégorie pour une utilisation appropriée. Les catégories sont les suivantes :

- « Estimation de la taille de la population nationale » se réfère aux estimations qui sont empiriquement dérivées en utilisant l'une des méthodes suivantes : multiplicateur, capture-recapture, cartographie/dénombrement, méthode de mise à l'échelle du réseau (NSUM) ou enquête de population, ou échantillonnage par les répondants - échantillonnage successif (RDS-SS). Les estimations doivent être nationales ou une combinaison de plusieurs sites avec une approche claire pour extrapoler à une estimation nationale.
- « Estimation de la taille de la population locale » se réfère aux estimations qui sont empiriquement dérivées en utilisant une des méthodes susmentionnées, mais uniquement pour des sites infranationaux qui sont insuffisants pour une extrapolation nationale.
- Par « données insuffisantes », on entend soit des estimations dérivées d'avis d'experts, de Delphi, de la sagesse des foules, de résultats ou de registres de programmes, de références régionales ou de méthodes inconnues, ou des estimations établies avant 2017. Les estimations peuvent être nationales ou pas.

PARTIE 4. ESTIMATIONS SUBNATIONALES DU VIH POUR L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

Des estimations infranationales du VIH ont été générées à l'aide du modèle Naomi pour 38 pays d'Afrique subsaharienne et un pays des Caraïbes ayant mené une ou plusieurs enquêtes sérologiques représentatives auprès de la population (voir le tableau 14.4).

Modèle de Naomi: Ce modèle utilise l'estimation d'une petite zone pour modéliser conjointement la prévalence du VIH et les personnes vivant avec le VIH, la couverture de la thérapie antirétrovirale et l'incidence du VIH (7). Le modèle combine des données infranationales relatives à des résultats multiples provenant de plusieurs sources dans un modèle statistique bayésien. Il utilise des données nationales d'enquêtes de population et des données sur les thérapies antirétrovirales et le dépistage dans les cliniques prénatales pour fournir des indicateurs solides sur le fardeau du VIH au niveau infranational. Il fournit des estimations et des fourchettes d'incertitude pour plusieurs indicateurs (notamment la prévalence du VIH, les personnes vivant avec le VIH, la couverture des thérapies antirétrovirales, l'incidence du VIH et les nouvelles infections) par sexe, groupes d'âge de cinq ans et niveau infranational.

Le modèle génère des estimations à trois moments différents : l'année de la dernière enquête de population, l'année du dernier cycle d'estimations nationales du VIH (2021) et des projections à court terme, sur un an, pour la planification des programmes de lutte contre le VIH. Les estimations infranationales de la population par sexe et groupe d'âge proviennent de sources consensuelles dans chaque pays et sont ajustées pour correspondre aux populations utilisées dans le cadre de Spectrum par sexe et groupe d'âge.

Les estimations transversales de la prévalence du VIH, de la couverture des thérapies antirétrovirales et de l'incidence du VIH sont générées à mi-parcours de la dernière enquête nationale représentative auprès des ménages. En ce qui concerne la prévalence du VIH, le modèle est calibré de manière à pouvoir recueillir des données sur la prévalence du VIH au niveau infranational, par sexe et par tranche d'âge de cinq ans, à partir de l'enquête de population la plus récente (enquête démographique et de santé ou évaluation de l'impact du VIH sur la population [PHIA]). Étant donné que la taille de l'échantillon de l'enquête dans chaque zone infranationale est relativement petite, les données sur la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes qui se rendent pour la première fois aux soins prénatals, extraites du système national d'information sanitaire, sont utilisées pour améliorer les estimations de la répartition spatiale du VIH.

La couverture de la thérapie antirétrovirale par zone infranationale, âge et sexe est estimée à partir des données d'enquêtes de population sur la présence de biomarqueurs antirétroviraux chez les répondants séropositifs. La couverture de la thérapie antirétrovirale régulièrement déclarée par les femmes enceintes avant leur première visite de soins prénatals est utilisée comme covariable pour le schéma spatial de la couverture de la thérapie antirétrovirale. La couverture de la thérapie antirétrovirale et la prévalence du VIH sont également calibrées de manière à ce que le nombre total de personnes sous thérapie antirétrovirale corresponde aux données fournies dans le fichier national Spectrum.

Une des difficultés afférentes à l'estimation de la couverture du traitement au niveau de la zone infranationale réside dans le fait que les personnes peuvent avoir accès aux services de thérapie antirétrovirale dans un district différent de leur résidence (par exemple, si les établissements sont plus proches ou réputés fournir de meilleurs services). Le modèle tient compte de la probabilité que les personnes vivant avec le VIH aient accès à une thérapie antirétrovirale dans une zone infranationale voisine. L'hypothèse préalable impliquait que la plupart des personnes vivant avec le VIH auront accès à la thérapie antirétrovirale dans leur zone de résidence, mais cette probabilité peut varier en fonction des données de la zone infranationale concernant le nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale par rapport à la prévalence du VIH, la couverture de la thérapie antirétrovirale et la population.

Des estimations directes de l'incidence du VIH ne sont pas disponibles aux niveaux infranationaux. Si certaines enquêtes récentes auprès des ménages ont mesuré l'incidence du VIH au niveau national sur la base de mesures de biomarqueurs pour les infections récentes au VIH, trop peu d'infections récentes sont observées dans un district pour pouvoir établir une estimation robuste. Par conséquent, pour estimer l'incidence du VIH au niveau infranational, le taux de transmission du VIH à partir des estimations de Spectrum est calculé et appliqué aux estimations de la prévalence du VIH dans de petites zones et à la couverture des thérapies antirétrovirales dans chaque zone infranationale. La répartition par sexe et par âge dans chaque zone infranationale est basée sur les ratios de taux d'incidence provenant du fichier national Spectrum d'un pays, appliqués à la structure de la population dans chaque zone.

Le modèle projette l'enquête la plus récente parmi les ménages à la période actuelle en créant une projection de la population en une seule étape jusqu'en 2021. Les estimations de la population sont mises à jour avec les estimations officielles de la population. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est projeté en fonction des estimations de survie par province, sexe et groupe d'âge de Spectrum sur la même période (ce qui tient compte de la progression de la maladie et des effets de la couverture de la thérapie antirétrovirale sur la réduction de la mortalité due au sida). La couverture de la thérapie antirétrovirale est mise à jour en fonction du nombre de personnes sous traitement en 2021 à partir des données sur les prestations de services.

TABLEAU 14.4 Pays utilisant le modèle Naomi pour générer des estimations subnationales

N°	PAYS	N°	PAYS
1	Angola	21	Kenya
2	Bénin	22	Lesotho
3	Botswana	23	Liberia
4	Burkina Faso	24	Malawi
5	Burundi	25	Mali
6	Cameroun	26	Mozambique
7	République centrafricaine	27	Namibie
8	Tchad	28	Niger
9	Congo	29	Nigeria
10	Côte d'Ivoire	30	Rwanda
11	République démocratique du Congo	31	Sao Tomé-et-Principe
12	Guinée équatoriale	32	Sénégal
13	Eswatini	33	Sierra Leone
14	Éthiopie	34	Afrique du Sud
15	Gabon	35	République-Unie de Tanzanie
16	Gambie	36	Togo
17	Ghana	37	Ouganda
18	Guinée	38	Zambie
19	Guinée Bissau	39	Zimbabwe
20	Haïti		

PARTIE 5. ESTIMATIONS DES PROPORTIONS DES GROUPES À RISQUE POUR LE VIH CHEZ LES ADOLESCENTES ET LES JEUNES FEMMES

L'occurrence des comportements à risque et l'incidence associée du VIH aux niveaux sous-nationaux chez les adolescentes et les jeunes femmes ont été estimées pour 13 pays d'Afrique subsaharienne (8). Les données d'enquêtes nationales auprès des ménages, référencées géographiquement, de 1999 à 2018 dans 13 pays prioritaires du Fonds mondial en Afrique subsaharienne ont été analysées. Les répondantes à l'enquête âgées de 15 à 24 ans ont été classées en quatre groupes à risque (non actives sexuellement, cohabitant, partenaire(s) non régulier(s) ou multiple(s) et professionnel(le)s du sexe) sur la base des comportements sexuels déclarés dans un modèle bayésien de régression multinomiale spatio-temporelle pour estimer la proportion d'adolescentes et

de jeunes femmes dans chaque groupe à risque stratifié par district, année et groupe d'âge de cinq ans. Les estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH aux niveaux sous-nationaux à partir du modèle Naomi ont été utilisées avec les ratios de taux d'incidence pour chaque groupe à risque afin d'estimer le nombre de nouvelles infections et le taux d'incidence pour chaque district, âge et population à risque.

PARTIE 6. TABLEAUX DE BORD DES LOIS ET DES POLITIQUES

Les tableaux de bord des lois et politiques régionales ont été élaborés sur la base des données communiquées par les pays dans le cadre des engagements nationaux et de l'instrument politique, une composante du suivi mondial du sida, entre 2017 et 2022 (1).

Les données soumises par les pays par le biais de l'instrument d'engagement et de politique nationale sont examinées par l'ONUSIDA. Au cours de ce processus d'examen, l'ONUSIDA se met en rapport avec les points focaux nationaux de suivi mondial du sida pour demander des éclaircissements ou pour réviser les données soumises au moyen de l'outil.

Les données communiquées par le biais de l'instrument d'engagement et de politique nationale ont été complétées par des données disponibles auprès d'autres sources, notamment des bases de données mondiales et des sources primaires.

PARTIE 7. DÉFINITIONS RÉGIONALES DE L'ONUSIDA

La définition régionale pour l'Asie et le Pacifique et le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord a changé en 2022, la République islamique d'Iran passant du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord à l'Asie et au Pacifique. Toutes les présentations de données, y compris les tendances historiques, utilisent désormais cette nouvelle définition régionale.

ASIE ET PACIFIQUE

Afgghanistan

Australie

Bangladesh

Bhoutan

Brunei Darussalam

Cambodge

Chine

République populaire démocratique de Corée

Fidji

Inde

Indonésie

Iran (République islamique d')

Japon

République démocratique populaire lao

Malaisie

Maldives

Mongolie

Myanmar

Népal

Nouvelle-Zélande

Pakistan

Papouasie-Nouvelle-Guinée

Philippines

République de Corée

Singapour

Sri Lanka

Thaïlande

Timor-Leste

Vietnam

CARAÏBES

Bahamas

Barbade

Belize

Cuba

République dominicaine

Guyane

Haïti

Jamaïque

Suriname

Trinité-et-Tobago

AFRIQUE ORIENTALE ET AUSTRALE

Angola
Botswana
Comores
Érythrée
Eswatini
Éthiopie
Kenya
Lesotho
Madagascar
Malawi
Maurice
Mozambique
Namibie
Rwanda
Afrique du Sud
Soudan du Sud
Ouganda
République-Unie de Tanzanie
Zambie
Zimbabwe

EUROPE ORIENTALE ET ASIE CENTRALE

Albanie
Arménie
Azerbaïdjan
Biélarus
Bosnie-Herzégovine
Géorgie
Kazakhstan
Kirghizistan
Monténégro
Macédoine du Nord
République de Moldavie
Fédération de Russie
Tadjikistan
Turkménistan
Ukraine
Ouzbékistan

AMÉRIQUE LATINE

Argentine
Bolivie (État plurinational de)
Brésil
Chili
Colombie
Costa Rica
Équateur
El Salvador
Guatemala
Honduras
Mexique
Nicaragua
Panama
Paraguay
Pérou
Uruguay
Venezuela (République bolivarienne du)

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Algérie
Bahreïn
Djibouti
Égypte
Irak
Jordanie
Koweït
Liban
Libye
Maroc
Oman
Qatar
Arabie saoudite
Somalie
Soudan
République Arabe Syrienne
Tunisie
Émirats Arabes Unis
Yémen

AFRIQUE OCCIDENTALE ET CENTRALE

Bénin
Burkina Faso
Burundi
Cameroun
Cap-Vert
République centrafricaine
Tchad
Congo
Côte d'Ivoire
République démocratique du Congo
Guinée équatoriale
Gabon
Gambie
Ghana
Guinée
Guinée Bissau
Liberia
Mali
Mauritanie
Niger
Nigeria
Sao Tomé-et-Principe
Sénégal
Sierra Leone
Togo

EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD

Autriche
Belgique
Bulgarie
Canada
Croatie
Chypre
Tchéquie

Danemark
Estonie
Finlande
France
Allemagne
Grèce
Hongrie
Islande
Irlande
Israël
Italie
Lettonie
Lituanie
Luxembourg
Malte
Pays-Bas
Norvège
Pologne
Portugal
Roumanie
Serbie
Slovaquie
Slovénie
Espagne
Suède
Suisse
Turquie
Royaume-Uni
États-Unis d'Amérique

Rapport mondial actualisé sur le sida 2022

ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

220 avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org