

Accélérer la riposte pour mettre fin au sida



Charte des Nations Unies : Préambule

NOUS, PEUPLES DES NATIONS UNIES, RÉSOLUS

[...] à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites et [...] à favoriser le progrès social et instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

ET À CES FINS

À pratiquer la tolérance, à vivre en paix avec l'autre dans un esprit de bon voisinage, et

[...] à recourir aux institutions internationales pour la promotion de l'avancement économique et social de tous les peuples,

AVONS DÉCIDÉ D'ASSOCIER NOS EFFORTS POUR RÉALISER CES DESSEINS

Table des matières

3	Avant-propos
7	Placer les populations au cœur de l'objectif du « Triple zéro »
8	Stratégie ONUSIDA : vision, objectifs et cibles
10	La stratégie en bref : domaines de résultats
13	Résumé
22	Bâtir fond sur des bases solides : une stratégie adaptée et plus ambitieuse dans un monde en mutation
41	Il est temps d'accélérer la riposte : agenda pour le leadership stratégique
53	Domaines de résultats pour accélérer la riposte et les progrès en faveur des ODD
79	Comment l'ONUSIDA va réaliser cette stratégie
91	Annexe 1. Vue d'ensemble du processus d'élaboration de la stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021
94	Annexe 2. Renforcer le rôle de moteur des régions : profils des épidémies par région des ripostes et des éléments susceptibles de changer la donne.
114	Annexe 3. Exemple de liste d'indicateurs de mesure des progrès de la stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021
119	Annexe 4. Glossaire
124	Annexe 5. Abréviations
125	Références

Rappelant que tous les aspects des travaux de l'ONUSIDA sont guidés par les principes directeurs suivants et donc :

- ▶ Alignés sur les priorités des parties prenantes nationales,
- ▶ Fondés sur la participation significative et mesurable de la société civile, en particulier des personnes vivant avec le VIH et des populations les plus exposées au risque d'infection à VIH,
- ▶ Fondés sur les droits humains et l'égalité des sexes,
- ▶ Fondés sur les meilleures données scientifiques et connaissances techniques disponibles,
- ▶ Promoteurs de ripostes complètes au sida qui intègrent la prévention, le traitement, les soins et l'appui, et
- ▶ Fondés sur le principe de non-discrimination ;

Avant-propos

Michel Sidibé | Directeur exécutif de l'ONUSIDA

Mettre fin au sida et assurer la dignité, l'équité et le développement durable

Le mouvement de lutte contre le sida, mené par les personnes vivant avec et affectées par le VIH, est toujours une source d'inspiration pour la communauté internationale et un modèle d'approche centrée sur les personnes et fondée sur les droits de la santé mondiale et de la transformation sociale. Aujourd'hui, parmi toutes les préoccupations mondiales concurrentielles et complexes, nous sommes face un nouvel obstacle de taille : le poids oppressant de la complaisance. Et pourtant, nous avons conscience qu'en prenant les bonnes décisions et en réalisant les investissements nécessaires aujourd'hui, il est possible de mettre fin au sida. Mais ce moment est court. Nous disposons d'une fragile fenêtre d'opportunité, mesurable en mois, au cours de laquelle nous devons redoubler d'efforts.

Si nous n'accélérons pas notre riposte, le coût de l'épidémie, en termes de finances nationales et de vies humaines, deviendra une lourde dette que nous ne pourrons jamais rembourser. Nous ne parviendrons pas à réaliser la cible « Mettre fin à l'épidémie de sida » de l'agenda pour le développement durable. L'épidémie repartira de plus belle et sera cette fois une maladie orpheline. Nous aurons gaspillé le capital politique mondial qu'il nous a été si difficile d'obtenir, et la riposte au sida aura perdu son pouvoir unique de transformer la santé mondiale et de sauver des millions de vies.

La stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 est un appel ambitieux à l'action pour accélérer la riposte et venir en aide aux laissés-pour-compte. C'est un appel urgent à investir davantage de fonds tout de suite. C'est un appel à réaliser les cibles 90-90-90 pour le traitement, à combler les lacunes en matière de dépistage et à protéger la santé des 22 millions de personnes vivant avec le VIH qui n'ont toujours pas accès au traitement. C'est un appel à élargir la couverture incroyablement faible du traitement offert aux enfants vivant avec le VIH.

La stratégie porte sur les actions encore inachevées, c'est-à-dire, réduire considérablement les nouvelles infections pour renverser la trajectoire de l'épidémie. Nous devons protéger les générations futures contre l'infection à VIH, en éliminant une fois pour toutes les nouvelles infections à VIH chez les enfants, et en assurant l'accès des jeunes aux services liés au VIH et de santé sexuelle et reproductive dont ils ont besoin. Autonomiser les jeunes, en particulier les jeunes femmes, est d'une importance majeure pour prévenir le VIH, ce qui implique de mettre un terme à la violence sexiste et de promouvoir des normes saines relatives au genre.

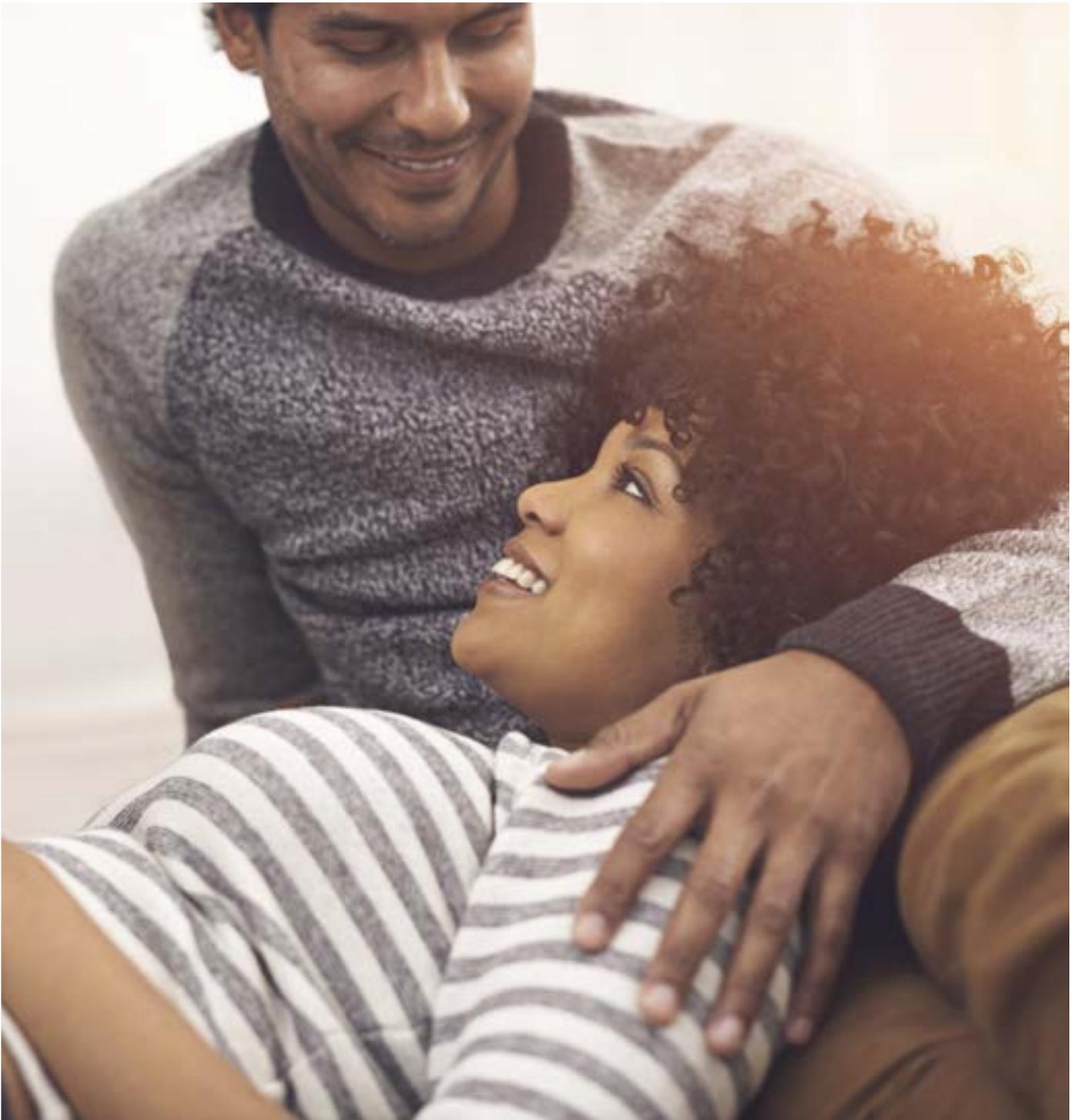
Mettre fin à l'épidémie de sida impliquera de progresser dans le respect de l'ensemble des droits : droits civils, culturels, économiques, politiques, sociaux, sexuels et reproductifs. Défendre les droits de tous, notamment des enfants, des femmes, des jeunes, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues injectables, des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients, des personnes transgenres et des migrants, est fondamental pour garantir leur accès à des services salvateurs. C'est en respectant les droits des laissés-pour-compte que ces derniers pourront jouer un rôle de premier plan pour mettre fin au sida, grâce à leurs connaissances et leur autonomisation, leur mobilisation et leur engagement.

Investir dans la science, l'innovation et l'information stratégique aujourd'hui contribuera à réaliser ces objectifs ambitieux. En réalisant nos cibles pour 2020, nous serons en bonne voie pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Agir aujourd'hui, c'est faire des économies pour demain.

La stratégie 2016-2021 repose sur des fondations solides. Ses objectifs et cibles ambitieux s'inscrivent fermement dans le cadre des objectifs du développement durable. Elle est universelle et a été conçue de manière à orienter et à appuyer des ripostes adaptées aux contextes locaux à travers le monde, tout en encourageant de nouvelles formes de leadership et de responsabilisation, en particulier au niveau régional.

Le compte à rebours d'ici à 2020 a commencé et nous devons appliquer de nouvelles méthodes de travail. L'agenda pour le développement durable est un engagement de la communauté internationale à ne laisser personne pour compte et ouvre la voie à la généralisation des actions qui se sont avérées efficaces pour lutter contre le sida : redistribution des possibilités, collaboration intersectorielle, investissements à l'intersection de la lutte contre le sida et d'autres défis du développement.

J'exprime ma reconnaissance aux Etats membres et aux milliers de personnes et d'organisations qui nous ont aidés à élaborer cette stratégie qui peut changer la donne. Elle est réalisable, et ensemble, nous pouvons assurer la santé, la dignité et la justice pour tous.





Placer les populations au cœur de l'objectif du « Triple zéro »

.....

En mettant un terme à l'épidémie de sida et en veillant à ce que personne ne soit oublié dans la riposte, nous aurons un impact formidable sur la vie de millions de personnes partout dans le monde et pour les générations à venir. Le monde de l'après-sida sera tout à fait différent de celui que nous connaissons aujourd'hui, et c'est ce monde que nous sommes à même de créer.

Ce sera un monde où tous les enfants naissent sans VIH de parents en bonne santé et où tout enfant vivant avec le VIH reçoit le traitement, la protection et l'appui médico-social qui lui permettront de survivre, de grandir et vieillir en bonne santé.

Un monde où les enfants qui entrent dans l'adolescence sont éduqués et suffisamment nourris, où ils peuvent avoir accès à des services adaptés liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive et où ils ne connaissent ni la violence ni l'extrême pauvreté.

Où les jeunes, quels que soient l'endroit où ils vivent ou qui ils sont, disposent des connaissances, des compétences, des services, des droits et des moyens de se protéger du VIH.

Où une femme enceinte ou allaitante vivant avec le VIH peut avoir accès aux services dont elle a besoin pour protéger sa santé et celle de son bébé.

Où chacun, quels que soient son identité, ses choix ou ses circonstances, a accès à des services de prévention du VIH adaptés, à un dépistage volontaire et à un traitement du VIH abordable ainsi qu'à des services d'appui médico-social de qualité, notamment sur le plan psychosocial, financier et juridique.

Où toutes les personnes jouissent des mêmes chances de grandir, de se développer, de s'épanouir, de travailler et de vivre des vies prospères et satisfaisantes, moyennant des lois, des politiques et des programmes qui respectent les droits de l'homme et tiennent compte des facteurs sociaux du VIH, de la santé et du bien-être.

Où toutes les personnes, vivant ou non avec le VIH, sont en mesure de profiter pleinement de la vie, depuis leur naissance jusqu'à leur vieillesse en passant par l'âge adulte, sans discrimination et dans la dignité et l'égalité.

Stratégie ONUSIDA : vision, objectifs et cibles

CIBLES POUR 2020



Cible 1

90 % de la population (enfants, adolescents et adultes) vivant avec le VIH connaissent leur statut
90 % des personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut reçoivent un traitement
90 % des personnes sous traitement ont une charge virale supprimée



Cible 6

90 % des populations clés, dont les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les personnes qui consomment des drogues injectables, les personnes transgenres et les détenus, ainsi que les migrants, ont accès aux services de prévention combinée du VIH



Cible 2

Zéro nouvelle infection à VIH chez les enfants et leurs mères sont en vie et en bonne santé



Cible 7

90 % des femmes et des filles ne sont plus exposées à l'inégalité entre les sexes ni à la violence sexiste, ce qui contribue à réduire le risque et l'impact du VIH



Cible 9

La globalité des investissements financiers pour la riposte au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire atteint au moins 30 milliards de dollars, avec une augmentation continue des niveaux actuels des sources publiques nationales



Cible 3

90 % des jeunes sont autonomisés grâce aux compétences, aux connaissances et à la capacité qui leur ont été inculquées pour se protéger du VIH



Cible 10

75 % des personnes vivant avec, exposées au risque de contracter le VIH et affectées par le VIH dans le besoin, bénéficient d'une protection sociale prenant en compte le VIH



Cible 4

90 % des femmes et des hommes, en particulier les jeunes et ceux dans les milieux à forte prévalence ont accès à la prévention combinée du VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive



Cible 5

27 millions d'hommes supplémentaires dans les milieux à forte prévalence sont circoncis médicalement et de façon volontaire dans le cadre de services SSR intégrés pour les hommes



Cible 8

90% des personnes vivant avec, exposées à un risque de contracter le VIH et affectées par le HIV ne font état d'aucune discrimination, en particulier dans les milieux de la santé, de l'éducation et au travail

Moins de
500 000 nouvelles
infections à VIH

Moins de
décès
sida

ÉTAPES STRATÉGIQUES
POUR 2020

ODD CLÉS POUR LE
SIDA POUR 2030



ODD 3
Bonne santé
et bien-être

Mettre fin
à l'épidémie de sida

ZÉRO
nouvelle infection
à VIH

ZÉRO
discrimination

ZÉRO
décès lié au sida

**CIBLE DES ODD SUR
LE SIDA POUR 2030**



ODD 5
Égalité des sexes



ODD 16
Paix, justice
et des institutions fortes

500 000
liés au
sida



ODD 10
Réduction des inégalités

Élimination
de la discrimination
liée au sida



ODD 17
Partenariats pour
les objectifs



La stratégie en bref : domaines de résultats

BONNE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE (ODD 3)



Les enfants, les adolescents et les adultes vivant avec le VIH ont accès au dépistage, connaissent leur statut et se voient immédiatement proposer un traitement de qualité, abordable et pérenne

- ▶ Les services de dépistage volontaire du VIH sont accessibles aux personnes exposées au risque d'infection par le VIH
- ▶ Des services précoces de diagnostic sont en place pour tous les enfants exposés au VIH, et tous les enfants âgés de moins de 5 ans vivant avec le VIH sont sous traitement
- ▶ Tous les adultes, adolescents et enfants se voient proposer une thérapie antirétrovirale et bénéficient de services de traitement à la suite du diagnostic du VIH
- ▶ Les personnes sous traitement bénéficient de soutien et sont suivies régulièrement. Les programmes de surveillance de la charge virale, d'éducation sur les traitements et de soutien nutritionnel sont généralisés
- ▶ L'accessibilité, l'abordabilité et la qualité du traitement VIH ont été améliorées, notamment par le biais de systèmes de prestations communautaires
- ▶ Les services VIH sont généralisés et adaptés aux contextes locaux, notamment dans les villes, au sein des communautés fragiles et dans le cadre des urgences humanitaires
- ▶ Des investissements adéquats sont réalisés en R et D pour de meilleurs diagnostics, pour améliorer les traitements antirétroviraux, les mécanismes de prévention, les outils de surveillance, les vaccins et le traitement curatif



Les nouvelles infections à VIH chez les enfants sont éliminées et la santé et le bien-être de leur mère sont préservés

- ▶ Les femmes enceintes vivant avec le VIH ont immédiatement accès à un traitement (option B +)
- ▶ Le VIH, la SSR incluant la planification familiale, la tuberculose et les services de santé maternelle et infantile sont intégrés et accessibles aux femmes, en particulier celles vivant avec le VIH
- ▶ Les services de prévention du VIH pour les partenaires de sexe masculin sont encouragés et incluent le dépistage et le traitement

RÉDUCTION DES INÉGALITÉS (ODD 10)



Les jeunes, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, ont accès à des services de prévention combinée et sont autonomisés pour se protéger du VIH

- ▶ Des informations et des services liés au VIH, à la SSR et à la réduction de la pauvreté axés sur les jeunes sont librement accessibles par les jeunes femmes et les hommes de manière égale
- ▶ Toutes les personnes, en particulier les jeunes, réduisent les comportements à risque liés au VIH et accèdent à des services de prévention combinée du VIH, y compris la prévention primaire, et à des services de SSR
- ▶ 20 milliards de préservatifs disponibles par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour toutes les tranches d'âge
- ▶ 27 millions d'hommes supplémentaires dans les milieux à forte prévalence ont été circonscrits médicalement et de façon volontaire dans le cadre d'un accès à des services de santé sexuelle et reproductive pour les hommes
- ▶ Tous les adolescents et les jeunes ont accès à une éducation sexuelle complète* de qualité
- ▶ Les formes traditionnelles et nouvelles de communications et de sensibilisation ont permis de donner accès à l'information, d'accroître la conscience et la demande
- ▶ Les jeunes significativement engagés dans la riposte afin d'assurer son efficacité et sa durabilité



Des services de prévention combinée du VIH personnalisés sont accessibles aux populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres et les détenus, ainsi que les migrants

- ▶ Les services de prévention combinée pour empêcher les personnes à risque de contracter le VIH (prévention primaire) et sa transmission par les personnes vivant avec le VIH sont suffisamment dotés en ressources et disponibles, adaptés aux populations, aux milieux, et aux interventions ayant un impact maximal
- ▶ La sensibilisation et les nouveaux médias informent et créent une demande d'utilisation de technologies traditionnelles et de prévention, notamment de préservatifs et de la PrEP
- ▶ 3 millions de personnes sous PrEP annuellement, en particulier les populations clés et personnes à haut risque dans les milieux à forte prévalence
- ▶ Les consommateurs de drogues injectables ont accès à des aiguilles et des seringues stériles, ainsi qu'au traitement de substitution aux opiacés et d'autres traitements éprouvés contre la toxicomanie
- ▶ Les migrants, les réfugiés et les populations touchées par des crises ont accès aux services liés au VIH
- ▶ Les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés sont impliquées significativement dans la prise de décision et la mise en œuvre des programmes de prévention du VIH

* voir glossaire

ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES (ODD 5)



Les femmes et les hommes pratiquent et encouragent les normes de sexospécificité et travaillent ensemble à mettre fin à la violence sexiste, sexuelle et à l'encontre du partenaire intime pour atténuer les risques et l'impact du VIH

- ▶ Les femmes et les filles et les hommes et les garçons sont engagés et autonomisés dans la prévention de la violence sexiste, sexuelle et sur le partenaire intime, et promeuvent des normes et des comportements sains en matière de sexospécificité
- ▶ Les lois, politiques et pratiques permettent aux femmes et aux filles de se protéger du VIH et celles-ci ont accès à des services liés au VIH, notamment parce que leurs droits et leur autonomie sont défendus
- ▶ Les besoins en matière de santé et droits sexuels et reproductifs sont entièrement satisfaits afin de prévenir la transmission du VIH
- ▶ Les jeunes femmes dans les milieux à forte prévalence ont accès aux initiatives d'émancipation économique
- ▶ Les femmes sont significativement impliquées dans la prise de décision et la mise en œuvre de la riposte au sida

PAIX, JUSTICE ET DES INSTITUTIONS FORTES (ODD 16)



Les lois, politiques et pratiques punitives, la stigmatisation et la discrimination qui entravent l'efficacité des ripostes au VIH sont supprimées

- ▶ Les lois, politiques et pratiques punitives sont supprimées, y compris la trop large criminalisation de la transmission du VIH, les restrictions de voyage, le dépistage obligatoire, ainsi que toutes celles entravant l'accès aux services par les populations clés
- ▶ Les personnes vivant avec, exposées au risque de contracter le VIH et affectées par le VIH connaissent leurs droits et ont accès à des services juridiques et dénoncent les violations des droits de l'homme
- ▶ La stigmatisation et la discrimination liées au VIH parmi les prestataires de services de soins santé, au travail et dans les milieux éducatifs sont supprimées
- ▶ Les lois, politiques et programmes visant la prévention et la lutte contre la violence à l'encontre des populations clés sont votés et mis en œuvre

PARTENARIATS POUR LES OBJECTIFS (ODD 17)



La riposte au sida est entièrement financée et mise en œuvre efficacement sur la base d'informations stratégiques fiables

- ▶ Un investissement d'au moins 31,1 milliards de dollars est disponible annuellement pour la riposte mondiale au sida en 2020 dans les pays à faible revenu et revenu intermédiaire, et un quart est investi dans la prévention à l'échelle mondiale
- ▶ Les pays à revenu faible financent au moins en moyenne 12 % de leurs besoins à partir des ressources du pays ; les pays à revenu intermédiaire 45 % ; et les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure financent 95 % à partir de ressources nationales
- ▶ L'investissement international pour la riposte au sida atteint 12,7 milliards de dollars
- ▶ Des plans de transition durables et des pactes nationaux sont mis en place
- ▶ Les pays utilisent en temps opportun des informations stratégiques appropriées et fiables pour établir les priorités d'allocation des ressources, évaluer les ripostes et documenter les processus de responsabilisation
- ▶ Il est pleinement tiré parti des gains d'efficacité en matière d'allocation et de productivité, et les coûts des mécanismes sont réduits dans tous les pays, quel que soit le niveau de leur revenu, notamment en surmontant les entraves liées à la propriété intellectuelle et aux barrières commerciales
- ▶ Les capacités productives des pays sont développées, notamment par des accords de transfert de technologie
- ▶ Les investissements et le soutien à la société civile, notamment aux réseaux de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque de contracter le VIH et affectées par le VIH, sont généralisés, de manière à renforcer leur rôle essentiel dans la riposte



Des services liés au VIH et de santé centrés sur les populations sont intégrés dans le contexte de systèmes de santé renforcés

- ▶ Des programmes de couverture de santé universelle prenant en compte le VIH sont mis en œuvre
- ▶ Les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque de contracter le VIH et affectées par le VIH sont autonomisées par le biais de programmes de protection sociale prenant en compte le VIH, incluant notamment des transferts de liquidités
- ▶ Les personnes vivant avec, exposées au risque de contracter le VIH et affectées par le VIH ont accès à des services intégrés, notamment pour le VIH, la tuberculose, la SSR, la SMNE, l'hépatite, la toxicomanie, l'aide alimentaire et le support nutritionnel et les maladies non transmissibles en particulier au niveau de la communauté
- ▶ Les systèmes de santé exhaustifs sont renforcés par l'intégration de services communautaires dans les systèmes de santé formels
- ▶ Les ressources humaines du secteur de la santé sont formées, dotées de moyens appropriés et fidélisées pour fournir des services de santé et VIH intégrés
- ▶ Les ruptures de stock sont évitées grâce au renforcement des systèmes d'approvisionnement et de la chaîne logistique



Une période décisive

La stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 intervient à un moment important de l'histoire de l'épidémie de VIH et de la riposte au sida. Tout prouve que si le niveau actuel, sans précédent, de couverture des services VIH est simplement maintenu, nous perdrons du terrain et connaîtrons à nouveau une hausse du nombre de nouvelles infections et de décès liés au sida. Pourtant, les occasions de tirer parti de notre élan pour accélérer la riposte au cours des cinq prochaines années n'ont jamais été aussi nombreuses : un nouveau programme de développement durable, des solutions nouvelles et innovantes et, enfin, la progression du leadership et des institutions au niveau régional, national et local, notamment des engagements politiques forts envers l'objectif de traitement 90-90-90. En profitant de ce contexte, nous pouvons mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique d'ici à 2030. Les cinq prochaines années représentent donc une occasion unique, mais fragile, d'accélérer la riposte au sida et de donner à chacun les moyens de mener une existence digne et enrichissante.

Bâtir fond sur des bases solides

Encouragés à la fois par notre obligation vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH et par notre connaissance de ce qui est possible compte tenu des progrès récents, nous envisageons l'avenir avec un optimisme prudent. En 15 ans, le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH est passé de 3,1 millions à 2,0 millions. Dans le monde, entre 2000 et 2014, les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont baissé de 58 % et s'élèvent à 220 000 par an. La cible de 15 millions de personnes mises sous traitement du VIH en 2015 a été atteinte neuf mois plus tôt que prévu, ce qui démontre la puissance de l'action collective mondiale lorsqu'elle est guidée par une stratégie ambitieuse et solide. La stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 a unifié la riposte en l'articulant autour de 10 objectifs concrets et a encouragé des ripostes prioritaires axées sur les populations. La stratégie a en outre inspiré et informé la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies 2011 sur le VIH et le sida.

Ces progrès, conjugués aux avancées scientifiques majeures et à l'accumulation de retours d'expérience acquis au cours de trente années d'intensification de la riposte au sida, ont encouragé l'ONUSIDA et ses partenaires à affirmer qu'il était possible de mettre un terme à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique dans tous les lieux et au sein de toutes les populations d'ici à 2030. C'est grâce à la mobilisation d'un large soutien politique que nous avons pu atteindre cet objectif, notamment par le biais de la Commission ONUSIDA-Lancet : Vaincre le sida — Promouvoir la santé mondiale.

L'urgence du changement

Le changement et l'accélération s'imposent de toute urgence. En dépit des résultats spectaculaires obtenus, l'épidémie de sida est loin d'être terminée. Les taux de progression sont radicalement différents selon les populations et les lieux, et d'importantes lacunes et insuffisances persistent dans la riposte. Face à l'hétérogénéité croissante de l'épidémie, force nous est d'améliorer notre compréhension afin de mettre sur pied des ripostes plus différenciées, plus adaptées et plus efficaces.

La phase suivante de la riposte doit tenir compte de ces nouvelles réalités, et notamment du fait que trop de personnes sont laissées pour compte, ainsi que de nouveaux facteurs favorables. La stratégie 2016-2021 s'inscrit dans un contexte profondément transformé : la géographie mouvante de la pauvreté, de la richesse et de l'influence, la progression des inégalités, l'augmentation des migrations, les situations d'urgence de plus en plus graves, ainsi que la progression rapide des innovations dans le domaine des sciences et communication.

Les objectifs de développement durable (ODD) incitent toutes les parties prenantes à collaborer afin de mettre en œuvre une action collective mondiale. La riposte au sida en fait partie. On ne pourra pas mettre fin à l'épidémie de sida sans s'attaquer aux facteurs de vulnérabilité et répondre aux besoins généraux des personnes à risque et vivant avec le VIH. Nous devons continuer à briser l'isolement dans lequel se trouve la riposte au sida et exploiter son rôle de pionnier pour favoriser la réalisation des autres ODD.

Ce changement s'impose avec d'autant plus d'urgence que les trois orientations stratégiques – prévention du VIH ; traitement, soins et appui ; et droits de l'homme et égalité des sexes – ont enregistré des résultats insuffisants et inégaux.

Sur le nombre estimé de 2 millions de personnes ayant contracté le VIH dans le monde en 2014, près de la moitié vivent en Afrique orientale et australe. Dans une grande partie de la région, les adolescentes et les jeunes femmes sont exposées de manière disproportionnée au risque de contracter le VIH. Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH en Europe orientale et en Asie centrale a commencé à augmenter vers la fin de la décennie précédente, essentiellement parmi les consommateurs de drogues injectables. Le nombre de personnes ayant contracté le VIH est en augmentation dans plusieurs pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, en Asie et dans le Pacifique, et dans les villes en Amérique du Nord et en Europe occidentale, surtout parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients ainsi que les consommateurs de drogues injectables.

Vingt-deux millions de personnes vivant avec le VIH n'ont pas accès à la thérapie antirétrovirale. Chez les enfants, l'accès est terriblement faible, avec une couverture variant entre 54 % en Amérique latine et 15 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Malgré les progrès accomplis pour que chacun connaisse son statut sérologique, la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur séropositivité, ce qui souligne le besoin urgent de combler les insuffisances en matière de dépistage. Le diagnostic tardif de l'infection par le VIH constitue l'obstacle le plus important à l'intensification du traitement du VIH.

Dans toutes les régions du monde, des lois, des politiques et des pratiques punitives continuent de violer les droits de l'homme et de faire perdurer des circonstances structurelles qui empêchent les populations d'avoir accès aux services liés au VIH. Les discriminations fondées sur le VIH sont souvent étroitement liées aux autres formes de discrimination fondées sur le genre, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la race, le handicap, la consommation de drogues, le statut de migrants ou de professionnel(le) du sexe et le fait d'être prisonnier ou ancien prisonnier. Les violations des droits des femmes, et notamment la violence, continuent d'accroître la vulnérabilité au VIH des femmes et des filles et de les empêcher d'avoir accès aux services et aux soins. Les lois et les pratiques discriminatoires qui restreignent l'égalité d'accès des femmes au processus décisionnel, à l'éducation, à l'emploi, à la propriété, au crédit et à l'autonomie favorisent et renforcent ces situations.

Il est temps d'accélérer la riposte : agenda pour le leadership stratégique

Vu l'urgence du changement, la stratégie vise à réaliser un ensemble d'objectifs et de résultats d'envergure axés sur les populations à l'horizon 2020, dans le but de concrétiser notre ambition de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Ces objectifs correspondent à chacune des trois orientations stratégiques. Nous voulons notamment atteindre d'ici à 2020 :

- ▶ **Moins de 500 000 nouvelles personnes infectées par le VIH**
- ▶ **Moins de 500 000 décès liés au sida**
- ▶ **Élimination de la discrimination liée au VIH**

Pour accélérer la riposte, il faudra travailler en étroite collaboration avec les communautés, les pays et les partenaires en vue d'entreprendre une série de changements à tous les niveaux : (1) concentrer des investissements toujours plus diversifiés en début de période ; (2) centrer l'action sur les lieux, les populations et les interventions qui produiront le plus fort impact ; (3) stimuler des mesures novatrices en faveur des personnes qui en ont le plus besoin ; (4) tirer parti des partenariats régionaux et des institutions politiques pour des ripostes plus ciblées, durables et responsables ; (5) créer de nouveaux partenariats intersectoriels pour venir à bout des facteurs de vulnérabilité, y compris la discrimination et les inégalités entre les sexes ; et (6) s'engager en faveur du principe GIPA (participation accrue des personnes vivant avec le VIH) et en faveur d'une responsabilisation centrée sur les populations dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

La stratégie de l'ONUSIDA est mondiale et consiste à orienter et soutenir la riposte mondiale au SIDA. Elle repose sur les principes utilisés dans la riposte au sida ayant porté leurs fruits, à l'origine des résultats actuels. Ces principes incluent la tolérance, l'égalité et la non-discrimination, l'inclusion et la solidarité. La stratégie admet le besoin de ripostes sur mesure à l'échelle locale dans un cadre dynamisant le leadership régional et les cadres de responsabilité. Pour renouveler l'engagement politique et inspirer de nouvelles formes de leadership collectif, de teneur variable aux niveaux des nationaux et régionaux, la stratégie encouragera tous les protagonistes à prendre des décisions courageuses dans le but de mobiliser des financements suffisants et aménager et centrer des ripostes fondées sur le droit et garantir l'accès aux personnes qui ont été oubliées.

L'agenda pour le leadership stratégique 2016-2021 est délibérément organisé dans le cadre des ODD, autour de cinq ODD particulièrement pertinents pour la riposte au sida. Les efforts de développement consentis dans le cadre de l'accélération de la riposte viseront à garantir la santé, réduire les inégalités, parvenir à l'égalité des sexes, promouvoir des sociétés justes et inclusives et revitaliser le partenariat mondial. D'autres ODD sont cependant utiles pour la riposte au sida. Dix objectifs fondamentaux ont été définis. Ces objectifs, mesurables, sont considérés comme les plus importants pour garantir la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte. Mais ces objectifs ne représentent pas la totalité des efforts concertés nécessaires à travers les domaines de résultats. Les domaines de résultats représentent des programmes de travail dynamiques et transversaux qui contribueront à la réalisation de tous les objectifs. La concrétisation d'un ensemble d'objectifs et de résultats prioritaires se traduira par un meilleur bilan sur le plan social, éducatif et économique et par l'obtention de la santé, des droits de l'homme et de la dignité pour des millions de personnes, afin de poursuivre ainsi le rôle de pionnier dans le domaine de la justice sociale et du développement durable que s'est donné la riposte au sida.

Garantir la santé et promouvoir le bien-être pour tous à tous les âges (ODD 3)

Domaines de résultats

- ▶ **Les enfants, les adolescents et les adultes vivant avec le VIH ont accès au dépistage, connaissent leur statut et accèdent immédiatement à un traitement de qualité abordable et maintenu dans la durée.**
- ▶ **Les nouvelles infections par le VIH chez les enfants sont éliminées et la préservation de la santé et du bien-être de leur mère est assurée.**

Il est essentiel, pour favoriser le développement durable, de garantir la santé et de promouvoir le bien-être pour tous et à tous les âges, et notamment pour les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque élevé d'infection. Il est primordial, pour mettre fin à l'épidémie, d'atteindre l'objectif de traitement 90-90-90 pour les enfants, les adolescents et les adultes, car c'est le gage de nombreux points de départ pour encourager des mesures dans le domaine des Droits de l'Homme, de la sexospécificité et des obstacles socioéconomiques rencontrés lors de l'accès aux services liés au VIH. La réussite de cet objectif nécessite une action mondiale considérable pour combler les lacunes dans la cascade du traitement et une intensification de la riposte centrée sur le renforcement des capacités communautaires, notamment par le biais de stratégies de dépistage ciblées, de même que la garantie d'un traitement une fois le diagnostic posé, l'accès au traitement lors du diagnostic pour les enfants de moins de 5 ans et le soutien à l'observance du traitement global et le suivi. L'innovation est nécessaire pour permettre l'accès à des diagnostics sur le lieu de soins, à des formules médicamenteuses optimisées, abordables et de longue durée pour les traitements antirétroviraux, en particulier pour les enfants, ainsi que l'élaboration d'un vaccin et d'un traitement curatif. Pour éliminer les nouvelles infections par le VIH chez les enfants et maintenir les mères en bonne santé, il est nécessaire de proposer un traitement immédiat aux femmes enceintes vivant avec le VIH, de mieux intégrer les services liés au VIH dans les services de santé et d'inciter les partenaires masculins à recourir aux services de prévention et de traitement, en mettant l'accent sur les lieux présentant des résultats inférieurs à la moyenne et sur les femmes issues du quintile socioéconomique le plus pauvre.



Réduire les inégalités d'accès aux services et aux produits (ODD 10)

Domaines de résultats

- ▶ **Les jeunes de la tranche des 15 à 24 ans, en particulier pour les jeunes femmes et les adolescentes, ont accès aux services de prévention combinée et des moyens de protection contre le VIH sont en place.**
- ▶ **Les populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres, les prisonniers et les migrants ont accès aux services de prévention combinée du VIH adaptés.**

L'accélération de la riposte ne pourra se faire sans promouvoir le droit d'accès de toutes les personnes à des services relatifs au VIH de qualité, et ce, sans discrimination. En outre, il est nécessaire d'intensifier les mesures, pour surmonter les obstacles spécifiques rencontrés par les adolescents, les jeunes et les populations clés et leur permettre de se protéger et d'accéder aux services de prévention. Les pays et les responsables locaux sont encouragés à mettre en place, dans les secteurs à forte transmission, une association d'interventions adaptées. Ces interventions incluent : la sensibilisation (y compris via les réseaux sociaux), des programmes de distribution de préservatifs, la circoncision médicale masculine volontaire, la réduction des risques, la prophylaxie préexposition, la thérapie antirétrovirale, et une éducation sexuelle complète. Pour ce faire, il est notamment possible d'offrir aux femmes et aux hommes les moyens d'accéder indépendamment aux services de santé VIH et d'autres services, et de veiller à ce que les populations exercent leurs droits en matière de santé et droits sexuels et reproductifs. L'efficacité, la durabilité et la pertinence des services nécessitent le soutien à la société civile (y compris les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les jeunes et les populations clés), appelée à jouer un rôle de leadership dans la riposte.

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

Domaines de résultats

- ▶ **Les femmes et les hommes respectent et encouragent les normes de sexospécificité, et travaillent ensemble à mettre fin aux violences fondées sur la sexospécificité, sexuelles et sur le partenaire intime, afin de réduire les risques de contracter le VIH et son impact.**

Il est essentiel de parvenir à l'égalité des sexes tout au long de la vie. L'égalité des sexes permet aux individus de prévenir la transmission du VIH, améliore l'accès aux services, à l'éducation et à l'emploi, et ouvre la voie à une vie sans violence. Il est primordial d'inclure dans la riposte au sida des mesures en faveur de l'égalité des sexes dans trois domaines interdépendants : (1) élargir l'accès et le recours aux services et aux produits liés à la santé sexuelle et reproductive et au VIH ; (2) mobiliser les communautés afin de favoriser des normes égales entre les hommes et les femmes, de faire participer les hommes et les garçons et de mettre un terme à la violence sexiste, sexuelle et conjugale ; et (3) autonomiser les femmes, les jeunes femmes et les filles, dans toute leur diversité, notamment en investissant dans le leadership féminin dans le cadre de la riposte au sida.

Promouvoir des sociétés justes, pacifiques et inclusives (ODD 16)

Domaines de résultats

- ▶ **Les lois, politiques et pratiques punitives, de la stigmatisation et de la discrimination entravant les ripostes efficaces au VIH sont supprimées**

Cette stratégie favorise le respect universel des droits de l'homme, la dignité et l'égalité des chances afin de construire des sociétés plus inclusives. Les pays sont encouragés à travailler avec les prestataires de services de soins de santé, les lieux de travail et les établissements d'enseignement à éliminer la stigmatisation liée au VIH, la discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, y compris à l'égard des populations vivant avec le VIH et les populations clés. Pour prévenir et dénoncer les violations des droits de l'homme, il conviendrait d'intensifier les programmes visant à permettre aux personnes vivant avec le VIH, celles exposées au risque d'infection par le VIH et celles affectées par le VIH de connaître leurs droits et d'avoir accès aux services juridiques. Les pays sont en outre encouragés à supprimer les lois punitives, les politiques et les pratiques qui entravent une riposte efficace au sida (y compris les restrictions de voyage et le dépistage obligatoire), ainsi que celles relatives à la transmission du VIH, aux relations sexuelles entre personnes de même sexe, au commerce du sexe et à la consommation de drogues.

Partenariats pour les objectifs (ODD 17)

Domaines de résultats

- ▶ **La riposte au sida est menée sur la base d'informations stratégiques fiables, est entièrement financée et mise en œuvre efficacement**
- ▶ **Des services de VIH centrés sur les populations sont intégrés dans les services de santé, dans le cadre de systèmes de santé renforcés**

Conformément au Programme de développement durable 2030 et aux politiques et actions du programme d'action d'Addis-Abeba de 2015, l'accélération des progrès dans la riposte au sida repose sur des mesures visant la mobilisation des ressources, des gains d'efficacité, la couverture universelle de santé, l'affectation de ressources humaines dans le domaine de la santé, le transfert technologique et le renforcement des capacités. Pour accélérer la riposte au sida, il faudra atteindre un montant de 31,1 milliards de dollars d'investissements dans le monde en 2020. Les estimations des ressources nécessaires tiennent compte d'importants gains d'efficacité et de la réduction du coût des produits, deux éléments indispensables pour accroître les moyens financiers dédiés à la riposte dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu. Les pays sont dès lors encouragés à élaborer des pactes et plans de transition vers la durabilité qui définissent des engagements programmatiques et internationaux en appui des plans chiffrés nationaux et des objectifs nationaux. L'engagement stratégique avec le secteur privé devrait être renforcé, aussi bien dans le domaine du financement que des prestations de service, du renforcement de la chaîne d'approvisionnement, des initiatives sur le lieu de travail et du marketing social. Les

systèmes de santé centrés sur les populations devront être renforcés par le déploiement de systèmes de couverture universelle de santé qui tiennent compte du VIH et de programmes de protection sociale destinés aux personnes vivant avec le VIH, aux femmes et aux filles, aux familles vulnérables, aux soignants et aux populations clés, permettre à des ressources humaines de fournir des services de santé et de VIH intégrés et la prévention des ruptures de stock de produits en renforçant les systèmes d'achat et d'approvisionnement.

Comment l'ONUSIDA va réaliser sa stratégie

L'ONUSIDA a pour objectif d'ouvrir la voie dans la quête historique visant à mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique et à atteindre l'objectif du « triple zéro ». Sa force découle de la diversité de ses coparrainants, de la valeur ajoutée du Secrétariat de l'ONUSIDA pour le soutien qu'il apporte aux ripostes multisectorielles, ainsi que de son organe de gouvernance unique, qui comprend des États membres, les coparrainants de l'ONUSIDA et des organisations non gouvernementales régionales.

En mettant en œuvre cette stratégie, en particulier dans le contexte du programme de développement durable à l'horizon 2030, le rôle du Programme commun doit continuer à évoluer. L'ONUSIDA renforcera ses actions de sensibilisation politique, ses conseils stratégiques et son leadership technique, continuera à nouer des partenariats et à en élargir la portée, et améliorera le soutien apporté aux pays en vue d'une utilisation optimale des ressources nationales et internationales, y compris celles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et du Plan présidentiel américain d'Aide d'Urgence à la Lutte contre le Sida (PEPFAR). L'ONUSIDA mettra l'accent sur cinq aspects essentiels de la riposte : l'information, l'investissement, l'inclusion, l'intégration et l'innovation. En tant que responsable et coordonnateur, l'ONUSIDA continuera à créer de nouveaux espaces de discussion et de nouveaux modèles de collaboration qui reconnaissent cet environnement de plus en plus complexe et en tiennent compte.

Le Programme commun mettra en œuvre la stratégie au moyen de son Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités. Ce cadre définit le rôle du Programme dans la riposte au sida et oriente la planification opérationnelle à tous les niveaux, en fournissant le cadre dans lequel les allocations budgétaires et la surveillance du rendement sont réalisées.

Annexes

L'annexe 1 propose un aperçu du processus de consultation utilisé pour l'élaboration de la stratégie. L'annexe 2 présente des résumés régionaux de l'épidémie, notamment en pointant les personnes laissées pour compte, les villes et pays clés où des progrès particuliers sont nécessaires, ainsi que les éléments permettant d'accélérer les progrès et les possibilités de renforcement des partenariats afin d'atteindre les objectifs régionaux et d'assurer la responsabilisation. Les annexes proposent également des exemples d'indicateurs permettant de mesurer les progrès accomplis à l'horizon 2020, un glossaire et une liste d'abréviations.



Bâtir fond sur des bases solides : une stratégie adaptée et plus ambitieuse dans un monde en mutation

Une période décisive

L'épidémie de VIH, la riposte mondiale et, plus largement, l'environnement mondial ont considérablement changé au cours des dernières années. La hausse des inégalités, une géographie mouvante de la pauvreté et de la richesse et la fragilité de communautés et d'états entiers, conjuguées à la progression rapide des innovations font partie des principaux changements survenus ces dernières années qui ont inspiré le programme de développement durable à l'horizon 2030 — dont le but est de répondre à ces modifications.¹ Nos connaissances sur la riposte au VIH et nos outils sont bien plus nombreuses, ce qui révèle la profonde hétérogénéité de l'épidémie d'une région, d'un pays, d'une ville et d'une région à l'autre, confirmant ainsi la nécessité d'une approche différenciée et ciblée. Pour avoir un sens, un programme universel se doit d'être différencié.

Cette stratégieⁱ intervient à un moment important de l'histoire et de l'avenir de la riposte au sida. Le maintien de la couverture actuelle de toutes les interventions se traduira par une augmentation du nombre de nouvelles infections par le VIH et de décès liés au sida en 2021 par rapport à 2015.² Toutefois, en accélérant la riposte ces cinq prochaines années, on pourrait réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections et de 80 % le nombre de personnes décédées de causes associées au sida en 2030 (par rapport à 2010). Pour ce faire, il est impératif de capitaliser simultanément sur plusieurs facteurs favorables : un nouveau contexte de développement, un leadership national et local émergent et de nouvelles innovations. Les cinq prochaines années représentent une occasion unique, mais fragile de construire un avenir dans lequel chacun pourra mener une vie décente, digne et enrichissante.

Sur une base solide : des progrès sans précédent dans le cadre de la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015

Notre point de vue est clair et les bases qui ont été posées au cours des dernières années nous permettent de nourrir de hautes ambitions pour l'avenir de la riposte au sida. La stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 a fait des droits de l'homme et de l'égalité des sexes une orientation stratégique aux côtés de la prévention et du traitement du VIH. Elle a défini un nombre limité d'objectifs concrets et encouragé des ripostes prioritaires axées sur les populations. Elle s'est concentrée sur des résultats mondiaux tout en stimulant la collaboration entre les personnes vivant avec le VIH, les militants, les scientifiques, les directeurs de programmes et les partenaires, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). Les dirigeants politiques et les militants du monde entier ont adopté l'objectif du « Triple zéro » de la stratégie.

Un des produits de la stratégie de l'ONUSIDA, le Plan mondial pour l'élimination des nouvelles personnes infectées par le VIH chez les enfants d'ici 2015 et le maintien des mères en vie,

ⁱ La stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 a été élaborée en suivant un processus de consultations multilatérales. Pour plus de détails, voir l'annexe 1.

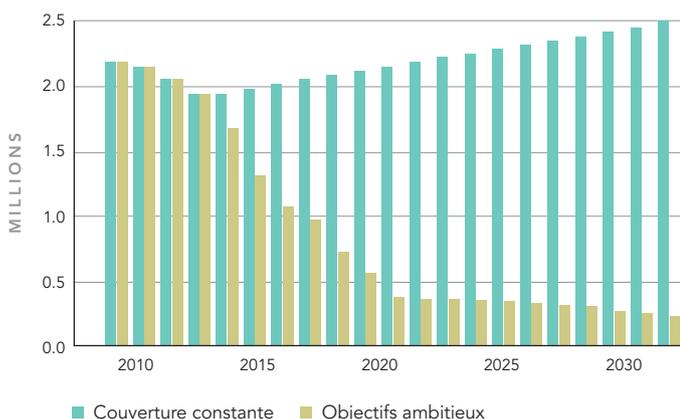
a mobilisé un mouvement mondial et entraîné une réduction sans précédent des nouvelles personnes infectées par le VIH chez les enfants en portant une attention plus rigoureuse aux pays prioritaires. La stratégie a mis l'accent sur l'idée que la riposte au sida peut ouvrir la voie à des investissements durables dans la santé et le développement, marquant ainsi le début de la feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme. La stratégie de l'ONUSIDA a ouvert de nouvelles arènes politiques, telles que la première stratégie sur le sida de la Ligue des États arabes, et la Commission mondiale sur le VIH et le droit, qui a démontré le rôle fondamental joué par l'environnement juridique dans la riposte et exhorté les gouvernements à mettre fin à la discrimination liée au VIH sous toutes ses formes.

La stratégie de l'ONUSIDA a servi de base à la Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2011 : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida³ de l'Assemblée générale des Nations Unies. Le fait d'inciter la communauté internationale à atteindre les 10 objectifs assortis de délais qu'elle s'était fixés a permis d'obtenir des résultats autrefois jugés impossibles et donné lieu à la réalisation de l'Objectif 6 du Millénaire pour le développement relatif au sida.⁴ À l'échelle mondiale, entre 2000 et 2014, le nombre annuel d'infections par le VIH est passé de 3,1 millions à 2 millions, avec des taux de réduction similaires pour les femmes et les hommes. Pendant la même période, les nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont baissé de 58 % pour atteindre un chiffre de 220 000 par an. Dans 85 pays, les nouvelles personnes infectées par le VIH chez les enfants ont pratiquement été éliminées, et on compte désormais moins de 50 nouvelles infections chez les enfants par an.⁵ La cible de 15 millions de personnes mises sous traitement du VIH en 2015 a été atteinte neuf mois plus tôt que prévu, ce qui démontre la puissance de l'action collective mondiale lorsqu'elle est

Figure 1

Nombre de nouvelles personnes infectées par le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire 2010-2030, comparaison de la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte et du maintien des niveaux de couverture de 2013

28 millions d'infections au VIH au total évitées entre 2015 et 2030



Source: Fast-Track report, UNAIDS, 2014.

Figure 2

Nombre de nouveaux décès liés à VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire 2010-2030, comparaison de la réalisation des objectifs ambitieux d'accélération de la riposte et du maintien des niveaux de couverture de 2013

21 millions décès liés au sida au total évités entre 2015 et 2030





guidée par une stratégie ambitieuse et solide.⁶ Ces progrès ont en partie été rendus possibles par d'importants gains d'efficacité : le montant total des ressources disponibles pour la riposte au VIH a augmenté de 11 % entre 2011 et 2014, alors que le nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral a augmenté de 58 % au cours de la même période.⁷ L'accès au traitement contribue à faire baisser régulièrement le nombre de décès liés au sida et à renforcer les efforts visant à prévenir les nouvelles personnes infectées par le VIH.

Ces progrès, conjugués aux avancées scientifiques majeures et à l'accumulation de retours d'expérience acquis au cours de trente années d'intensification de la riposte au sida, ont encouragé le Programme commun et ses partenaires à affirmer qu'il était possible de mettre un terme à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique dans tous les lieux et au sein de toutes les populations d'ici à 2030.⁸ C'est grâce à la mobilisation d'un large soutien politique que nous sommes parvenus à atteindre cet objectif, notamment par le biais de la Commission ONUSIDA-Lancet : Vaincre le sida — Promouvoir la santé mondiale.⁹

L'urgence du changement

Malgré les progrès accomplis, le changement s'impose de toute urgence. En accélérant la riposte au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, on pourrait éviter 28 millions de nouvelles infections par le VIH et 21 millions de décès liés au sida entre 2015 et 2030, et économiser ainsi 24 milliards de dollars de coûts additionnels pour le traitement du VIH par an (Figures 1 et 2).¹⁰ En l'absence d'une intensification de la riposte au cours des cinq prochaines années, on reportera inévitablement la date de la fin de l'épidémie avec, à la clé, un lourd bilan humain, social et économique.¹¹

Les remarquables résultats de la riposte mondiale au sida doivent nous inciter à nous montrer plus ambitieux encore. Nous ne gagnerions rien à nous satisfaire de peu. L'épidémie de sida est toujours loin d'être terminée, et d'importantes lacunes et carences dans la riposte doivent être comblées. La prochaine étape de la riposte doit tenir compte des nouvelles réalités, possibilités et preuves, et notamment d'un contexte en mutation rapide, ainsi que d'un nouveau programme de développement durable, des progrès inégaux enregistrés par les orientations stratégiques 2011-2015 et des nouvelles sources et solutions de leadership et d'impact.

Un monde en évolution constante de plus en plus complexe et interconnecté

La riposte au sida doit suivre les tendances et les changements en matière de développement dans les domaines juridique, social et économique. La génération de jeunes la plus importante que le monde ait connue jusqu'à aujourd'hui représente un capital démographique, mais est confrontée à des défis multiples pour accéder à l'égalité des chances à l'emploi, et pour faire entendre sa voix dans les décisions qui la concerne. La croissance démographique rapide dans les pays à revenu faible, et notamment le nombre élevé d'infections par le VIH pour bon nombre d'entre eux, permettra de récolter les fruits des investissements réalisés dans l'émancipation, l'éducation et l'emploi des jeunes, mais dans le même temps augmente le nombre de personnes requérant des services et met à mal les systèmes de santé et sociaux déjà fragiles. Parallèlement, beaucoup de pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) et à revenu élevé, y compris certains pays faisant face à des épidémies de VIH importantes, connaissent une baisse de leur population, ce qui réduit le nombre de travailleurs en mesure de financer les frais des soins de santé, dont ceux associés à VIH, aux maladies non transmissibles (MNT) et au vieillissement de la population.

Le creusement des inégalités est une caractéristique majeure de notre temps. Dans les pays, tous niveaux de revenu confondus, la moitié la plus pauvre de la population détient souvent moins de 10 % de la richesse totale.¹² Partout dans le monde, les pays font face aux effets des inégalités croissantes, notamment la dépossession, la marginalisation, la vulnérabilité, l'insécurité et un recul de la solidarité sociale. Ces conséquences soulignent la nécessité de souscrire à des programmes représentant un filet de sécurité essentiel, mais rendent également leur mise en œuvre plus difficile.

Les inégalités entre les sexes — y compris le déni du droit des femmes et des filles de protéger leur santé sexuelle et reproductive et leur autonomie physique — restent la forme d'inégalité la plus persistante, ce qui a des conséquences directes sur le risque pour elles de contracter le VIH. Les urgences humanitaires aggravent toutes les formes d'inégalité et affectent chaque année un nombre croissant de personnes. Sur les 314 millions de personnes concernées par ces urgences en 2013,¹³ 1,6 million vivaient avec le VIH, soit une personne vivant avec le VIH sur 22 dans le monde.¹⁴ Dans les situations d'urgence humanitaire, les populations font face à des interruptions de services, notamment des services liés au VIH, et à une insécurité alimentaire croissante, à la destruction de leurs moyens de subsistance et à des niveaux plus élevés d'extrême pauvreté. Souvent, les femmes et les filles sont également victimes de violence sexiste.¹⁵

En 2020, 70 % des personnes vivant avec le VIH et plus de la moitié des personnes vivant dans la pauvreté vivent dans les pays à revenu intermédiaire. Il apparaît donc clairement que les efforts visant à mettre fin à l'épidémie se solderont ou par un franc succès ou par un échec dans les pays à revenu intermédiaire.¹⁶ Le déplacement géographique de la pauvreté a des implications majeures en matière de financement, de services et de direction de la riposte au sida, ainsi que pour la santé en général. La notion d'aide au développement traditionnelle, selon laquelle les pays pauvres ont des problèmes de développement pouvant être réglés par les solutions et les ressources des pays riches, est dépassée. Selon le Programme d'action d'Addis-Abeba¹⁷, l'aide au développement doit évoluer d'un rôle de complément à un rôle de catalyseur. À mesure que leurs économies et leur influence se développent, les pays à revenu intermédiaire adoptent de nouvelles approches de coopération mondiale, fondent de nouvelles institutions et insistent sur la coopération Sud-Sud en faveur du développement économique et social. Leur leadership sera essentiel pour accélérer les ripostes régionales et locales au sida.

D'ici à 2020, 56 % de la population mondiale vivra en zone urbaine, où les taux de VIH sont plus élevés et où la pauvreté augmente plus rapidement qu'en zones rurales.¹⁸ Un milliard de personnes vivent dans des bidonvilles, généralement surpeuplés, pollués et dangereux, où il n'y a pas d'accès aux services de base comme l'eau potable, l'alimentation, le logement et l'assainissement durable, tout cela pouvant faire augmenter la vulnérabilité au VIH.¹⁹ En Afrique subsaharienne, près de la moitié (45 %) des personnes vivant avec le VIH résident en zone urbaine, alors qu'au Brésil et en Fédération de Russie, plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH résident dans 15 villes seulement. À travers le monde, 200 villes représentent plus d'un quart de toutes les personnes vivant avec le VIH.²⁰ Les dirigeants des villes et municipalités sont bien placés pour concevoir et mettre en œuvre des ripostes ciblées, pertinentes, parfaitement inclusives et adaptées au niveau local.

VIH et ODD : Action commune, progrès partagés

Figure 3

Exemples illustrant :

- ➔ La façon dont les ODD ont des répercussions sur le VIH et la riposte
- ➔ La façon dont le VIH a des répercussions sur la réalisation de certains ODD
- ➔ Les possibilités de collaboration intersectorielle en vue de la réalisation d'objectifs communs pour 2030



01 Mettre fin à la pauvreté

- ➔ La pauvreté fait augmenter la vulnérabilité à l'infection par le VIH. La situation socioéconomique inégalitaire des femmes met à mal leur capacité à prévenir le VIH ou atténuer les répercussions du sida.
- ↻ Les ménages touchés par le VIH ont plus de chances de tomber dans la pauvreté et d'y rester.
- ⬆ L'émancipation économique et la protection sociale peuvent réduire la pauvreté et la vulnérabilité au VIH, et contribuer à maintenir les personnes vivant avec le VIH en bonne santé.

02 Éradiquer la faim

- ➔ La faim peut conduire à l'adoption de comportements à risque, nuire à l'observance du traitement contre le VIH et accélérer la progression du sida.
- ↻ Les maladies à un stade avancé liées au VIH entraînent une dégradation de l'état nutritionnel et nuisent à la sécurité alimentaire des ménages, en réduisant leur productivité.
- ⬆ Le soutien nutritionnel aux ménages et des systèmes intégrés permettant de fournir un soutien nutritionnel et des services liés au VIH peuvent améliorer les résultats de santé.

03 Garantir la bonne santé

- ➔ L'absence de couverture universelle de santé, notamment de services de santé sexuelle et reproductive, restreint l'accès à la prévention et au traitement du VIH.
- ↻ La plupart des infections par le VIH sont transmises par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant au moment de la grossesse, de la naissance ou de l'allaitement.
- ⬆ La couverture universelle de santé tenant compte du VIH peut jouer un rôle capital dans la promotion de l'égalité dans le domaine de santé ; l'intégration de services de santé en matière de santé sexuelle et reproductive, de MNT, de tuberculose et d'autres maladies et les droits en la matière peut améliorer globalement les résultats de santé.

04 Garantir une éducation de qualité

- ➔ Dans le monde, environ sept adolescentes et jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sur 10 n'ont aucune connaissance liée au VIH.
- ↻ Les maladies associées au VIH font obstacle à la fréquentation scolaire et à l'apprentissage, de même que la stigmatisation et la discrimination à l'école.

- ⬆ Une éducation de qualité, notamment à la santé sexuelle et reproductive, autonomise les jeunes et les dote de compétences à la vie qui leur permettront de prendre des décisions responsables et éclairées sur la santé sexuelle et reproductive.

05 Parvenir à l'égalité entre les sexes

- ➔ Les inégalités entre les sexes, la discrimination, la violence et les pratiques néfastes nuisent aux femmes et aux filles ainsi qu'aux hommes et aux garçons et font augmenter les risques et l'impact du VIH.
- ↻ Le VIH est la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer (15-44 ans) ; les femmes vivant avec le VIH font souvent face à une violence accrue.
- ⬆ Les programmes VIH visant à transformer les relations entre les sexes qui incluent les hommes peuvent réduire la violence et autonomiser les femmes, et l'intégration de services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive et des droits de l'homme améliore à la fois l'observance des traitements et leur impact.

08 Promouvoir la croissance économique

- ➔ Un environnement de travail sûr facilite l'accès aux services liés au VIH, en particulier pour les travailleurs en situation d'emploi précaire comme les migrants sans papiers et les professionnel(le)s du sexe.
- ↻ Le taux de chômage des personnes vivant avec le VIH est trois fois plus élevé que le taux de chômage national.
- ⬆ Aborder la question du VIH dans le monde du travail et protéger les droits au travail peut contribuer à garantir que toutes les personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH jouissent pleinement d'un emploi productif.

10 Réduire les inégalités

- ➔ Les inégalités de revenus vont de pair avec une forte prévalence du VIH ; le VIH touche plus fortement les communautés exclues et démunies.
- ↻ La stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés augmentent la prévalence du VIH parmi ces populations et limitent leur accès aux soins de santé et au logement.
- ⬆ La protection contre la discrimination ainsi que les services juridiques, la connaissance des droits, l'accès à la justice et la protection internationale peuvent permettre aux personnes de revendiquer leurs droits et améliorent l'accès aux services liés au VIH.

11 Faire des villes des endroits sûrs et résilients

- ➔ Les villes et les zones urbaines sont particulièrement touchées par le VIH, et 200 villes seulement représentent plus d'un quart des personnes vivant avec le VIH dans le monde.
- ↻ Avec l'urbanisation galopante, beaucoup de villes doivent lutter contre des épidémies de VIH croissantes. Les taux de nouvelles infections à VIH sont souvent plus élevés dans les bidonvilles que dans le reste de la ville.
- ⬆ Les ripostes locales au sida conduites par les villes favorisent une transformation sociale positive, grâce à l'amélioration des systèmes de santé et sociaux, afin de couvrir les populations les plus marginalisées.

16 Promouvoir des sociétés pacifiques et inclusives

- ➔ L'exclusion, la stigmatisation, la discrimination et la violence alimentent l'épidémie de VIH parmi les adultes et les enfants
- ↻ La riposte au sida, conduite par les personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH, a revendiqué un accès à la justice et innové en créant des mécanismes de responsabilisation axés sur les populations, dont les enseignements tirés peuvent servir de base à une future action.
- ⬆ La gouvernance participative, et notamment les ripostes conduites par les communautés, peut aboutir à des programmes plus appropriés et davantage fondés sur les droits, ainsi qu'à une plus forte responsabilisation vis-à-vis de la santé et du développement.

17 Renforcer les moyens de mise en œuvre

- ➔ Une action collective mondiale pour améliorer l'accès à des produits abordables liés au VIH est essentielle pour mettre fin à l'épidémie.
- ↻ Le mouvement pour la lutte contre le VIH a mené des campagnes de mobilisation pour réformer la législation sur les brevets et les systèmes réglementaires, pour une utilisation maximale des flexibilités offertes par l'accord ADPIC, pour un suivi des négociations sur les accords de libre-échange (ALE) et pour des actions en justice.
- ⬆ Les mesures prises pour garantir la disponibilité de produits de lutte contre le VIH abordables, y compris des médicaments de deuxième et troisième intention, peuvent profiter plus largement aux objectifs de santé et d'égalité, dont ceux liés à la tuberculose, à l'hépatite C et aux maladies non transmissibles.

La riposte au sida dans le Programme de développement durable 2030 : action commune, progrès partagés

Le programme de développement durable à l'horizon 2030 met en évidence l'interdépendance et la complexité du monde en mutation dans lequel nous vivons aujourd'hui, ainsi que la nécessité qui s'impose de mener une action collective mondiale. En passant du « développement » des pays les plus pauvres au développement durable pour tous, le programme mondial élargit sa portée et sa complexité. Formant un ensemble d'objectifs indivisibles, les ODD confèrent à toutes les parties prenantes un mandat visant l'intégration des efforts. La riposte au sida ne fait pas exception à la règle : on ne pourra mettre fin à l'épidémie de sida sans s'attaquer aux facteurs de santé et de vulnérabilité et répondre aux besoins généraux des personnes exposées à un risque d'infection à VIH et vivant avec le VIH (Figure 3). Souvent, les personnes vivant avec le VIH résident dans des communautés fragilesⁱⁱ et sont les plus touchées par la discrimination, les inégalités et l'instabilité. Il convient d'accorder une attention prioritaire à leurs préoccupations dans le cadre des efforts de développement durable.

Par extension, les enseignements tirés de la riposte au sida intersectorielle et multipartite seront essentiels pour enregistrer des progrès sur l'ensemble des ODD. La riposte au sida a permis de progresser dans certains domaines comme le droit à la santé, l'égalité des sexes, les systèmes d'information sur la santé, les plateformes de prestation de services, l'accès aux produits et leur sécurité et la protection sociale.²¹ Grâce à la riposte au sida, une grande expérience a été acquise dans la lutte contre les normes sociales bien enracinées, l'exclusion sociale et les obstacles juridiques qui réduisent l'efficacité des résultats en matière de santé et de développement ; de même, l'approche d'investissement est de plus en plus souvent adoptée pour accélérer les bénéfices en matière de santé et de développement à l'échelle mondiale. C'est pourquoi la riposte au sida peut servir de moteur pour exploiter les croisements stratégiques existant avec les ODD et pour diffuser les enseignements tirés de trois décennies de progrès sans précédent accomplis dans la riposte au sida.

Programme d'action inachevé des trois Orientations stratégiques de l'ONUSIDA : trop de personnes laissées pour compte

En plus de l'évolution du contexte et du nouveau programme de développement, le changement de la riposte au sida est aussi imposé par le fait que trop de personnes continuent d'être laissées pour compte, avec des variations importantes d'une région à l'autre (Figure 4). En dépit des progrès historiques accomplis pour les trois orientations stratégiques de la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015, l'épidémie de VIH est loin d'être terminée.

1. Orientation stratégique : prévention du VIH

Le taux de régression des nouvelles personnes infectées par le VIH est insuffisant. Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH est toujours supérieur à celui des personnes mises sous traitement. Les progrès ralentissent dans beaucoup d'endroits tandis que, dans certains autres, le nombre de nouvelles infections est à la hausse (Figure 5). Les cadres de prévention fondés sur des données probantes et les droits, comme l'association de mesures de prévention²² (c'est-à-dire une association stratégique d'approches comportementales, biomédicales et structurelles incluant un éventail de méthodes de prévention primaire

ii Si le terme « communauté fragile » n'a pas fait l'objet d'un débat international, nous le définissons, aux fins de la présente stratégie, comme suit : les populations touchées par des situations d'urgence humanitaire constituent essentiellement les communautés fragiles, mais ce terme doit couvrir également les groupes spécifiques de la population qui se trouvent dans des lieux géographiques particuliers et dans des situations stables, mais qui sont vulnérables au VIH en raison des politiques et des pratiques discriminatoires et/ou restrictives d'ordre culturel, socio-économique ou ethnique. Il y a des communautés fragiles dans tous les pays, et à ce titre, l'équité, la protection et les droits de l'homme devraient motiver l'inclusion des communautés fragiles dans les ripostes au sida du monde entier.



centrées sur les personnes séronégatives ainsi que la santé positive, la dignité et la prévention), restent mal appliqués et sont rarement intensifiés.

Près de la moitié des deux millions de nouvelles infections par le VIH estimées en 2014 se sont produites en Afrique orientale et australe. Les filles et les jeunes femmes encourent un risque disproportionné et contractent le virus 5 à 7 ans plus tôt que les hommes. À l'échelle mondiale, 62 % des adolescents qui contractent le VIH sont des filles ; en Afrique subsaharienne, ce taux passe à 71 %. Pour obtenir de meilleurs résultats de santé, il convient de s'assurer que les jeunes, et en particulier les adolescentes, achèvent un cycle d'éducation secondaire de qualité. Néanmoins, en Afrique subsaharienne, environ 80 % des jeunes femmes ne vont pas au bout du cycle d'enseignement secondaire, et une jeune femme sur trois ne sait pas lire.²³

Les jeunesⁱⁱⁱ âgés de 15 à 24 ans représentent 16 % de la population mondiale, mais comptent pour 34 % des nouvelles personnes infectées par le VIH chez les adultes. Le sida est désormais la cause majeure de décès chez les adolescents (10 à 19 ans) en Afrique, et la deuxième cause majeure de décès chez les adolescents dans le monde. Cependant, dans de nombreux pays, la législation, les politiques et les pratiques, et notamment les lois relatives à l'âge de consentement^{iv}, continuent de faire obstacle à l'accès à l'éducation sexuelle complète (ECS),^v au dépistage et au traitement du VIH ainsi qu'à d'autres services de santé sexuelle et reproductive ciblant les adolescents et les jeunes.²⁴ Ces lois et ces politiques aggravent la vulnérabilité, en particulier chez les adolescents et les jeunes au sein des populations clés.²⁵ En outre, l'insécurité alimentaire, notamment parmi les orphelins et les enfants et adolescents vulnérables, peut aggraver les comportements à haut risque, comme les rapports sexuels transactionnels avec des personnes de tranches d'âge différentes et des rapports sexuels non protégés.²⁶

iii Voir glossaire dans l'Annexe 4.

iv L'utilisation du terme « âge de consentement » dans la présente stratégie fait exclusivement référence à l'âge de consentement pour accéder aux services liés au VIH et aux autres services de santé. Les lois relatives à l'âge de consentement sont des législations et des réglementations qui définissent l'âge auquel les individus peuvent accéder aux services de santé sexuelle et reproductive sans l'autorisation d'un tiers.

v Voir glossaire dans l'Annexe 4

La riposte mondiale au sida doit préserver les acquis obtenus dans l'élimination de la transmission mère-enfant durant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Les pays d'Afrique occidentale et centrale présentent le plus faible taux de couverture de services, et bien que les pays d'Afrique orientale et australe aient enregistré des améliorations substantielles ces dernières années, la région continuait d'afficher un taux de 42 % d'enfants infectés par VIH en 2014. Ces données soulignent l'importance de renforcer et améliorer les efforts dans les régions caractérisées par un taux élevé d'infections à VIH. À mesure que le risque de transmission de VIH régresse sur le plan des grossesses et des accouchements, la transmission chez les enfants se concentre de plus en plus sur la période d'allaitement.²⁷

À l'échelle mondiale, les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes^{vi}, les personnes transgenres^{vii}, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, ainsi que les consommateurs de drogues et leurs partenaires sexuels sont associés à environ 40 à 50 % des adultes ayant contracté le VIH en 2014.²⁸ La prévalence du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est la plus élevée en Afrique de l'Ouest et centrale (15 %) ainsi qu'en Afrique orientale et australe (14 %). Les nouvelles infections sont en augmentation dans plusieurs pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, en Asie et dans le Pacifique, et dans les villes d'Amérique du Nord et l'Europe occidentale, surtout parmi les hommes ayant des rapports avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et les consommateurs de drogues injectables.^{29,30} La prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe est en moyenne 12 fois plus élevée que dans la population générale. Dans certains pays d'Afrique australe, plus de 50 % des professionnel(le)s du sexe vivent avec le VIH. Les femmes transsexuelles courent jusqu'à 49 fois plus de risques de vivre avec le VIH que les autres adultes.³¹

Le nombre de nouvelles infections par le VIH en Europe orientale et en Asie centrale a commencé à augmenter vers la fin de la décennie précédente, essentiellement en raison de la vulnérabilité au VIH des consommateurs de drogues injectables et de leurs partenaires sexuels. Sur les 12,1 millions de consommateurs de drogues injectables dans le monde, 13,5 % vivent avec le VIH. Les consommateurs de cocaïne et de drogues stimulantes de type amphétamines présentent également un risque accru de contracter le VIH, notamment dans le contexte du « chemsex » (l'utilisation collective de drogues récréatives afin de renforcer l'expérience sexuelle)³². Parmi les détenus, la prévalence peut être jusqu'à 50 fois plus élevée que dans la population en général. L'homophobie ambiante, la stigmatisation, la discrimination et les environnements sociaux et juridiques punitifs entravent l'accès aux services liés au VIH et renforcent la vulnérabilité au VIH des populations clés.^{viii}

Les personnes handicapées sont exposées à un risque plus élevé d'infections à VIH puisqu'elles sont vulnérables à la violence, à l'exploitation sexuelle, à la stigmatisation et à la discrimination, et qu'elles luttent souvent pour pouvoir accéder dans une large mesure aux services.³³ Les personnes ayant contracté le VIH vivent de plus en plus vieilles, mais de nombreux services liés au VIH ne sont pas équipés pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. Les personnes déplacées et les personnes touchées par des situations d'urgence humanitaire font face à des défis multiples, comme l'exposition accrue aux risques d'infections par le VIH et l'accès restreint à des soins de santé de qualité et à une alimentation nutritive.³⁴ Dans de nombreuses régions du monde, les migrants et les populations mobiles n'accèdent pas aux services de santé ou aux autres services de la même manière que les autres

vi Voir glossaire dans l'Annexe 4

vii Voir glossaire dans l'Annexe 4

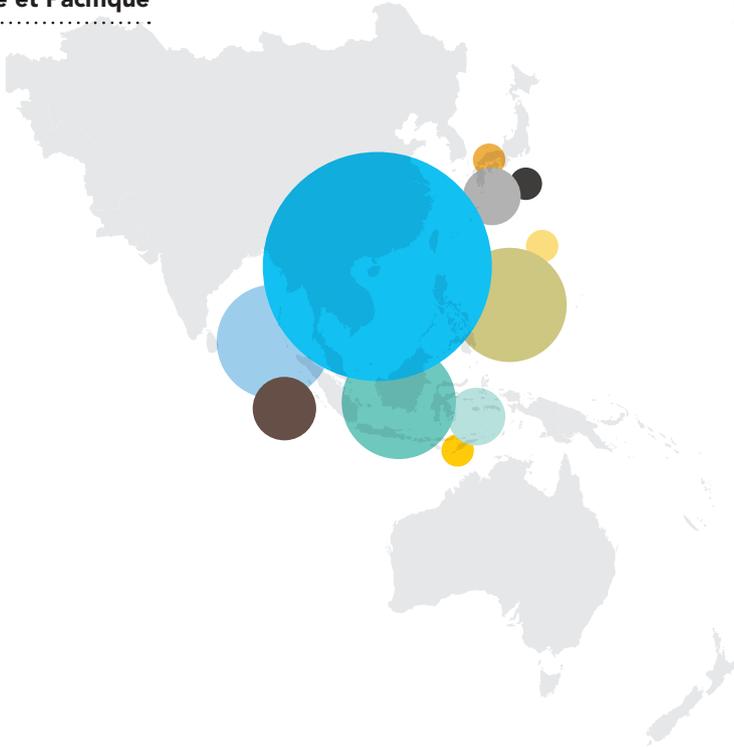
viii Les populations clés, ou les populations les plus exposées au risque d'infection par le VIH, sont les groupes de personnes qui ont le plus de chances d'être exposés au VIH ou de le transmettre, et dont la participation est essentielle au succès de la riposte au VIH. Dans tous les pays, les populations clés sont des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des lieux, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sont plus exposés au risque d'infection par le VIH que d'autres groupes. Néanmoins, comme l'indique le Rapport de l'ONUSIDA sur les écarts (Gap Report), il appartient à chaque pays de définir les populations spécifiques considérées comme clés pour leur épidémie et leur riposte, en fonction du contexte épidémiologique et social.

Importance du lieu géographique et de la population

Figure 4

Ce graphique illustre la charge relative et l'impact de l'épidémie de VIH sur différents groupes de population et, par conséquent, les populations requérant une priorité politique et programmatique au sein de chaque région. Les bulles ne sont pas proportionnelles à la taille de l'épidémie dans chaque région et ne sont pas exactement à l'échelle.

Asie et Pacifique



Amérique latine



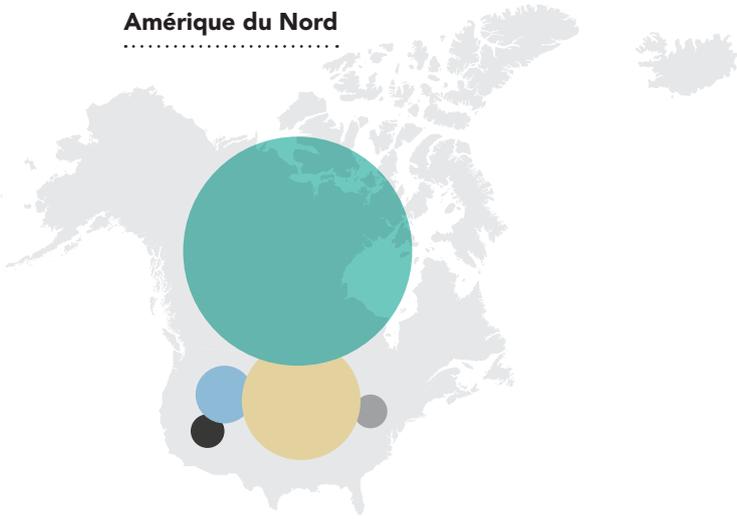
Afrique orientale et australe



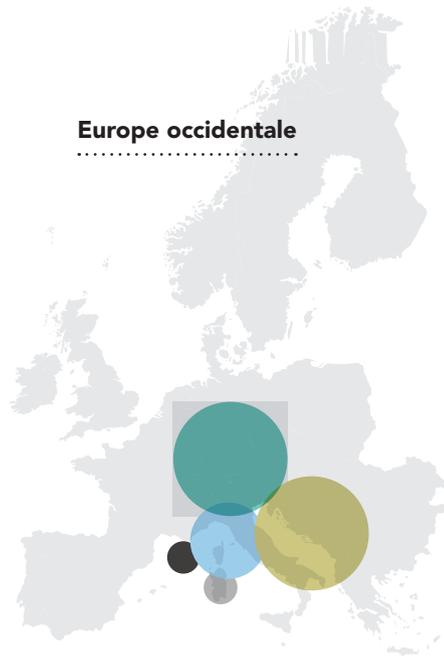
Afrique centrale et Afrique de l'Ouest



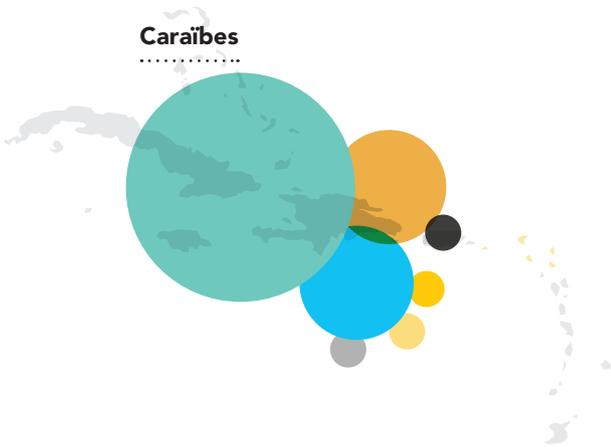
Amérique du Nord



Europe occidentale



Caraïbes



Moyen-Orient et Afrique du nord



Europe orientale et Asie centrale

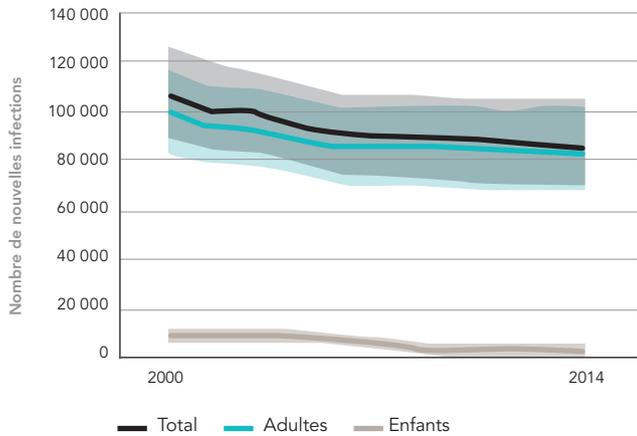


- Jeunes femmes et adolescentes
- Professionnel(le)s du sexe
- Consommateurs de drogues injectables
- Homosexuels et hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- Transgenres
- Migrants
- Prisonniers
- Déplacés
- Femmes enceintes
- + 50 ans
- Handicapés
- Femmes afro-américaines
- Partenaires intimes
- Jeunes hommes adultes

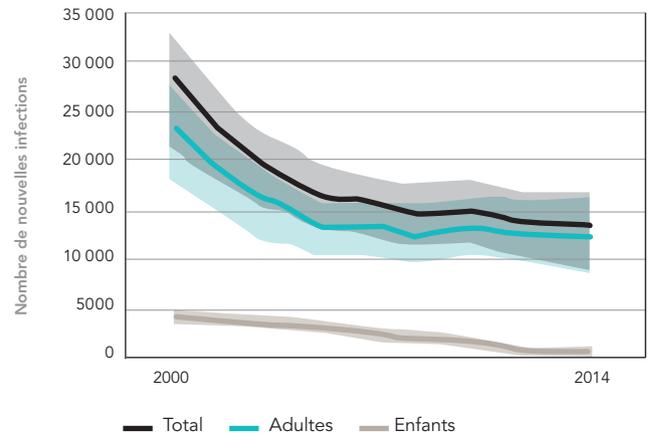
Figure 5

Nombre de nouvelles infections par le VIH, 2000-2014, par région

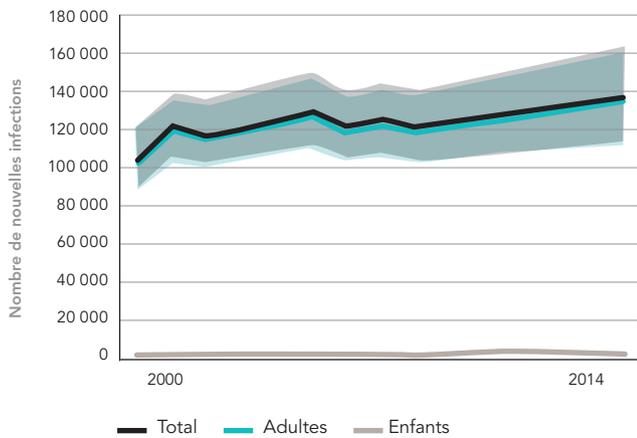
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Amérique latine



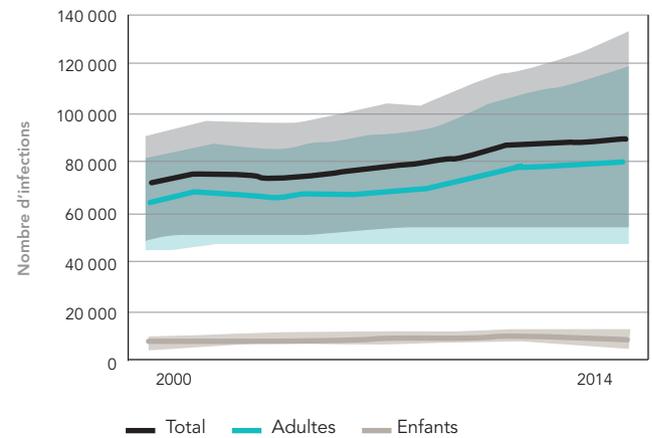
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 dans les Caraïbes



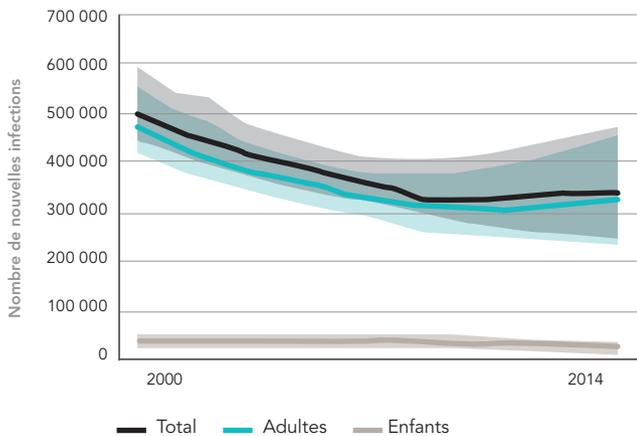
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Europe orientale et Asie centrale



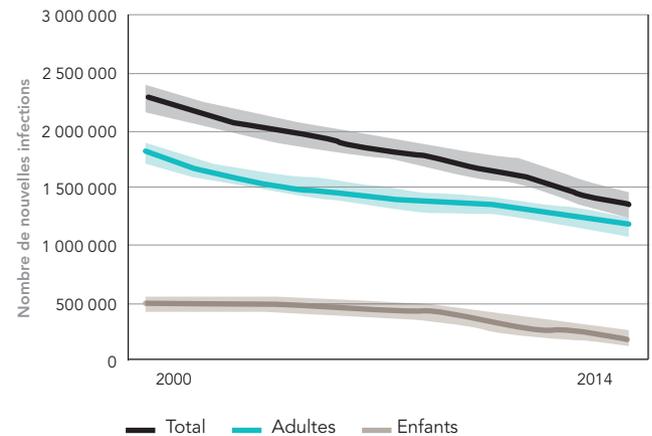
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 au Moyen-Orient et en Afrique du Nord



Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Asie et dans le Pacifique



Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Afrique subsaharienne



Source : Estimations ONUSIDA 2014

et sont exposés à un risque accru de contracter le VIH. Les populations rurales, les peuples autochtones et les minorités ethniques peuvent aussi être plus vulnérables. Dans tous les pays, les communautés vulnérables et fragiles, notamment les populations clés, sont touchées de manière disproportionnée par le déplacement, les migrations dans des conditions précaires et irrégulières, l'insécurité alimentaire, la violence sexuelle, les violations des droits de l'homme et l'accès restreint aux services et aux produits de santé.

2. Orientation stratégique:traitement, soins et soutien

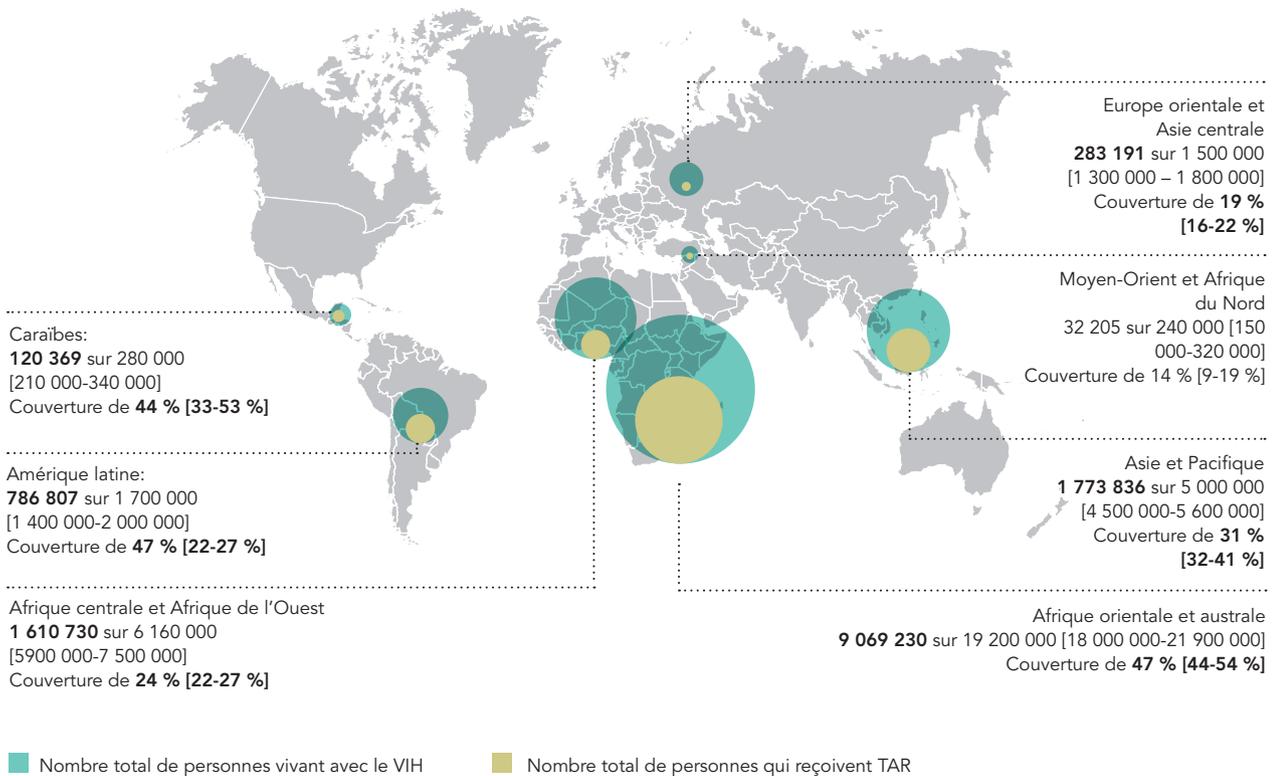
En 2015, le seuil des 15 millions de personnes mises sous traitement antirétroviral a été franchi dans le monde, et c'est la première fois qu'un objectif de traitement lié à la santé mondiale a été atteint avant l'échéance prévue. Le nombre de personnes ayant entamé un traitement a été plus élevé entre 2011 et 2015 qu'au cours des 15 années précédentes. Ces acquis doivent être conservés et s'accompagner d'efforts concertés pour combler les insuffisances en matière de traitement, de soins et de soutien. Vingt-deux millions de personnes vivant avec le VIH n'ont pas accès à la thérapie antirétrovirale (Figure 6). Chez les enfants, l'accès est terriblement faible. Si 32 % des enfants vivant avec le VIH sont sous traitement, la couverture varie entre 54 % en Amérique latine et 15 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Bien que la grande majorité des personnes requérant un traitement résident en Afrique subsaharienne, c'est au Moyen-Orient et en Afrique du Nord que le niveau de couverture est le plus faible, suivis par l'Europe orientale et l'Asie centrale (Figure 7).

Le diagnostic tardif du VIH reste l'obstacle le plus important à l'intensification du traitement du VIH et contribue à la transmission du VIH. De nombreuses personnes retardent le dépistage par peur de la discrimination associée au VIH. Malgré les progrès accomplis pour que chacun connaisse son statut sérologique, la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut. En Afrique orientale et australe, seulement 10 % des jeunes hommes et 15 % des jeunes femmes ont connaissance de leur statut sérologique. Il est urgent de prendre des mesures pour combler les lacunes en matière de dépistage.

Les populations clés, ainsi que les adolescents et les jeunes, font face à des obstacles importants pour connaître leur statut sérologique. En outre, de nombreuses personnes diagnostiquées séropositives ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin et seulement deux personnes qui entament un traitement sur trois le poursuivent plus de trois ans. Les personnes les plus marginalisées sont laissées pour compte, essentiellement en raison de la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé, ainsi que de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de soins. En Afrique orientale et australe, les hommes ont moins de chances que les femmes d'être dépistés et d'avoir accès au traitement, ils connaissent une observance moindre et risquent davantage de décéder du sida.³⁵ Bien que le comportement des hommes en matière de santé puisse expliquer certaines disparités, d'autres sont aggravées par les systèmes de santé qui sont inaccessibles ou peu accueillants pour les hommes.³⁶

Ces lacunes dans la cascade du traitement ont pour effet de permettre à une trop faible proportion de personnes vivant avec le VIH de supprimer leur charge virale. En Afrique subsaharienne, 32 % seulement des adultes vivant avec le VIH parviennent à une suppression de la charge virale.³⁷ L'insécurité alimentaire constitue un obstacle fondamental empêchant la liaison aux soins, l'observance du traitement, la rétention du patient et la suppression de la charge virale. Les personnes vivant avec le VIH et souffrant de malnutrition sont deux

Nombre de personnes mises sous traitement antirétroviral par rapport au nombre total de personnes vivant avec le VIH, par région, en 2014.



Sources: ONUSIDA, How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response

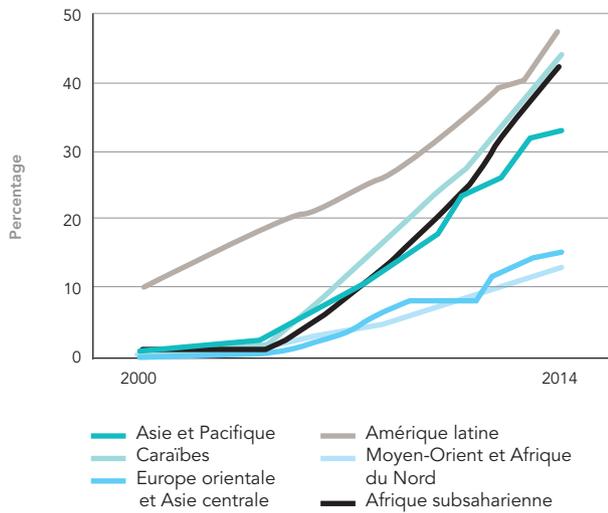
à six fois plus susceptibles de mourir dans les six premiers mois de traitement.³⁸ Les lacunes en matière de traitement et de rétention sont particulièrement graves dans les situations d'urgence humanitaire.

Les ripostes au VIH sont lentes à répondre de manière globale aux multiples besoins en matière de santé, de soins et de soutien des personnes vivant avec le VIH, en particulier en ce qui concerne la tuberculose, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles et la sécurité alimentaire. L'intensification des activités collaboratives liées au VIH et à la tuberculose a fait baisser d'un tiers le nombre de personnes vivant avec le VIH qui décèdent de causes associées à la tuberculose dans le monde depuis 2004,³⁹ mais la tuberculose reste la principale cause de décès. On estime que 2,6 millions de personnes vivant avec le VIH souffrent aussi d'une hépatite B chronique, et 2,8 millions de personnes vivant avec le VIH souffrent d'hépatite C.⁴⁰ Les progrès dans le traitement contre le VIH ont contribué à prolonger la durée de vie, et à rendre floue la frontière entre les maladies infectieuses et les maladies chroniques. Parallèlement, beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire font face à une double charge de la maladie, puisque la prévalence des maladies non transmissibles (MNT) augmente plus rapidement que le rythme auquel baissent les maladies infectieuses comme le VIH. Les femmes vivant avec le VIH ont quatre fois plus de risques de développer un cancer du col de l'utérus que leurs pairs séronégatives.⁴¹ Les comorbidités

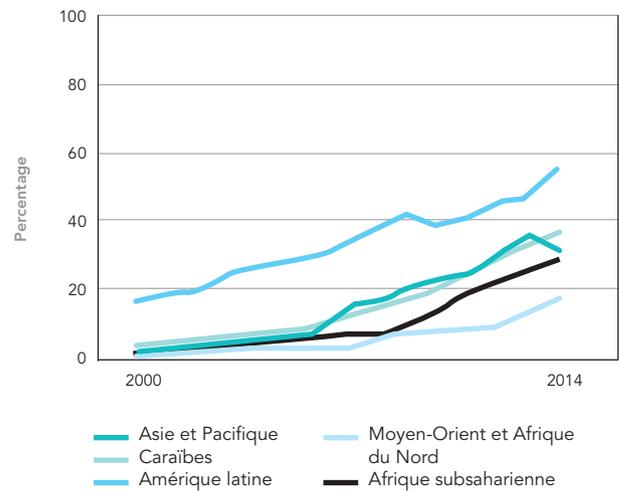
Figure 7

Couverture du traitement antirétroviral, par région, 2000-2014

Couverture du traitement antirétroviral chez les adultes, par région, 2000-2014



Couverture du traitement antirétroviral chez les enfants, par région, 2000-2014



associées à des maladies chroniques constituent une préoccupation particulière pour les 5,5 millions de personnes âgées de 50 ans et plus qui vivent avec le VIH aujourd’hui et pour les 120 000 autres personnes de cette tranche d’âge qui contractent le VIH chaque année.

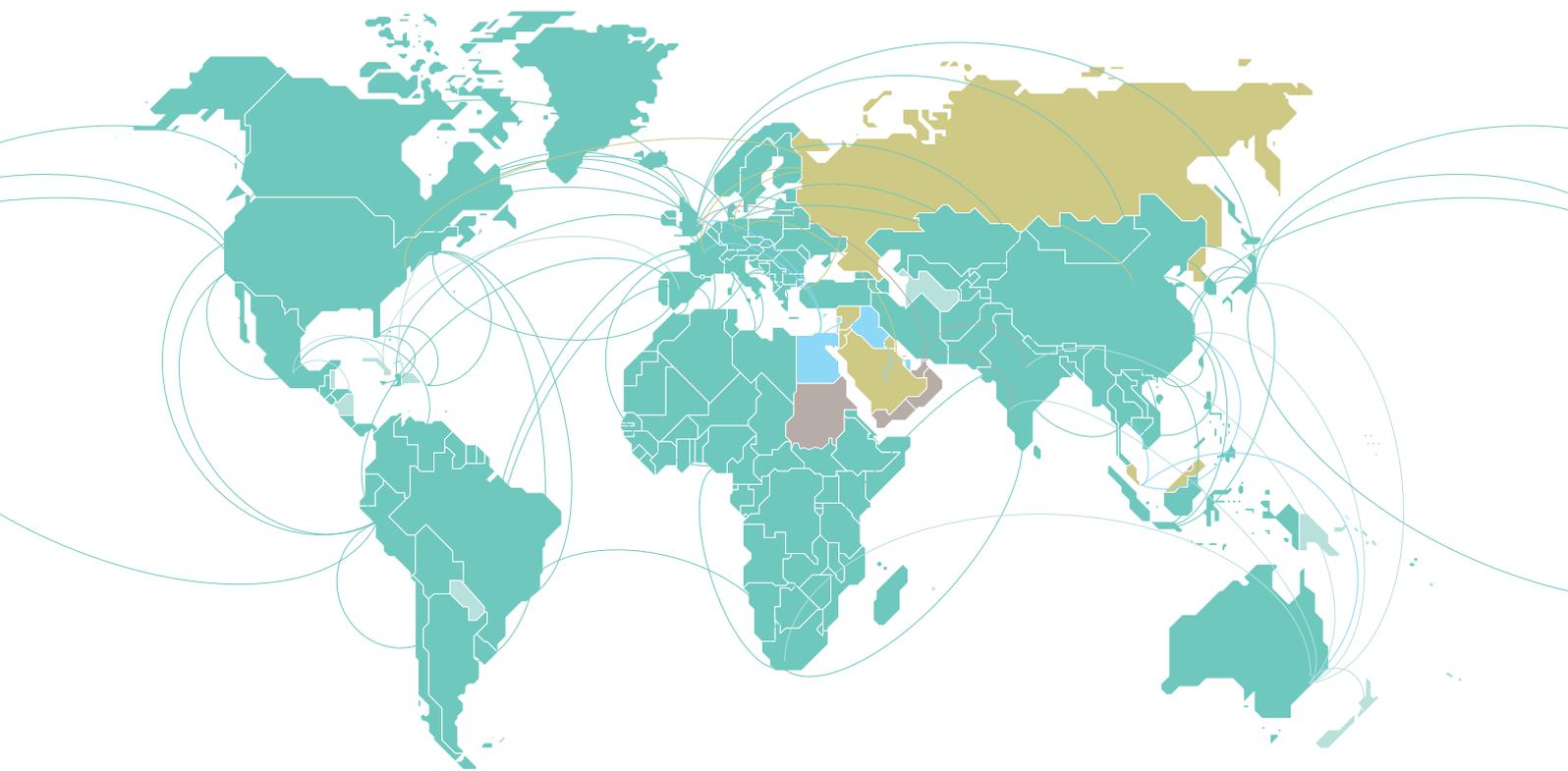
3. Orientation stratégique : droits de l’homme et égalité des sexes dans le cadre de la riposte au VIH

La riposte au sida a démontré qu’il est important et possible d’éliminer les obstacles juridiques, sexistes et liés aux droits de l’homme. La vision « zéro discrimination » a inspiré des actions de sensibilisation, de procédures judiciaires et de réformes législatives en faveur du droit à la santé, notamment à l’accès aux médicaments essentiels. Aujourd’hui, 86 pays mettent en œuvre les conclusions et les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit.⁴² Les femmes vivant avec le VIH appellent à l’égalité des sexes et catalysent des réformes législatives et des procédures judiciaires, notamment dans des pays comme le Botswana, le Malawi et le Swaziland. D’importants progrès ont été accomplis en Namibie, lorsque la Cour suprême a rendu une décision considérant la stérilisation involontaire comme une violation des droits de l’homme.⁴³ En 2014, 68 % des pays faisant rapport ont indiqué avoir des législations ou réglementations non discriminatoires qui prévoient la protection des personnes vivant avec le VIH.⁴⁴ Le nombre de pays, territoires et régions imposant des restrictions de voyage liées au VIH a baissé de 40 % (Figure 8).⁴⁵

Pourtant, dans toutes les régions du monde, des lois, des politiques et des pratiques punitives continuent de violer les droits de l’homme, de consolider les inégalités entre les sexes et de faire perdurer des circonstances structurelles qui empêchent les populations d’accéder aux services liés au VIH.⁴⁶ La criminalisation trop importante associée à la non-divulgation de la séropositivité, à l’exposition au VIH et sa transmission est encore généralisée dans beaucoup d’endroits.⁴⁷ La stigmatisation et la discrimination persistent dans de nombreuses structures de soins, ce qui a pour effet de dissuader les personnes de recourir aux services et de mettre en péril les efforts pour intensifier la riposte.⁴⁸ La stigmatisation et la discrimination associées au VIH ont pour conséquences directes un dépistage tardif du VIH, la non-divulgation de la

(Pas) bienvenue!

Les restrictions aux voyages rappellent chaque jour à plusieurs milliers de personnes vivant avec le VIH dans le monde qu'elles ne jouissent pas de la même liberté de mouvement que les autres. En 2011, les États membres des Nations Unies se sont mis d'accord pour supprimer les restrictions de voyage pour les personnes vivant avec le VIH.



WELCOME



142

Le nombre de pays, territoires ou régions n'imposant aucune restriction à l'entrée, le séjour ou la résidence pour les personnes vivant avec le VIH.



35

Le nombre de pays, territoires et régions imposant certaines formes de restrictions à l'entrée, le séjour ou la résidence pour les personnes vivant avec le VIH sur la base de leur statut sérologique.



17

Le nombre de pays, territoires et régions déportant les individus une fois que leur statut sérologique est connu.

Arabie Saoudite	Qatar
Bahreïn	République arabe syrienne
Brunei	République populaire démocratique de Corée
Darussalam	Singapour
Égypte	Soudan
Émirats arabes unis	Yémen
Fédération de Russie	
Irak	
Jordanie	
Koweït	
Malaisie	
Oman	



4

Le nombre de pays, territoires et régions exigeant la preuve de la séro-négativité, même pour un séjour de courte durée (10-90 jours)

Égypte
Îles Turques-et-Caiques
Irak
Qatar



5

Le nombre de pays, territoires et régions imposant une interdiction totale d'entrée ou de séjour pour les personnes vivant avec le VIH.

Émirats arabes unis Brunei Darussalam, Oman, Soudan, Yémen

14

Le nombre de pays ayant récemment abrogé les restrictions de voyage liées au VIH.

Andorre	Ouzbékistan
Arménie	République de Corée
Chine	République de Moldovaie
États-Unis	République tchèque
Fidji	Tadjikistan
Lituanie	Ukraine
Mongolie	
Namibie	

séropositivité aux partenaires et le faible recours aux services liés au VIH, notamment une faible observance de la thérapie antirétrovirale.⁴⁹

La criminalisation des minorités sexuelles et de genre, du commerce du sexe et de la consommation de drogues contribue à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence à l'encontre des populations clés, y compris par les acteurs étatiques, et constitue un obstacle de taille à une riposte au sida fondée sur les droits et des données probantes. Les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection par le VIH ou affectées par le VIH qui subissent des violations des droits de l'homme n'ont souvent pas accès à une assistance juridique et à la justice. L'utilisation abusive du droit pénal et l'incarcération des populations clés qui en résulte sont, à cet égard, particulièrement inquiétantes. Souvent, les prisons et les autres milieux fermés ne disposent pas de services de santé adéquats, tandis que le dépistage obligatoire du VIH, souvent mené sans respect de la confidentialité ou de la vie privée, y est courant. Les travailleurs migrants, les réfugiés et les demandeurs d'asile vivant avec le VIH sont victimes de discrimination par les États qui restreignent leur entrée sur le territoire, appliquent un dépistage obligatoire du VIH ou leur imposent un rapatriement.⁵⁰

Comme chez les adultes, la stigmatisation et la discrimination à l'égard des enfants vivant avec le VIH ou dont les parents ont contracté le VIH sont très répandues.⁵¹ La stigmatisation et la discrimination liées au VIH peuvent entraîner, chez les enfants, un profond désarroi et les empêcher de fréquenter l'école, de connaître leur statut sérologique ou d'observer leur traitement.

À l'échelle mondiale, le VIH est la principale cause de mortalité chez les femmes en âge de procréer. Les violations des droits humains continuent d'accroître la vulnérabilité au VIH des femmes et des filles et de les empêcher d'avoir accès aux services et aux soins. C'est le cas, par exemple, des lois discriminatoires et des pratiques néfastes, comme le mariage forcé et les mutilations génitales féminines, et des restrictions, pour les femmes, à l'égalité d'accès au processus décisionnel, à l'éducation, à l'emploi, à la propriété, au crédit et à l'autonomie. Comme l'a révélé l'examen, 20 ans plus tard, du programme d'action de Beijing, même dans les lieux où l'égalité juridique a été acquise, les normes sociales discriminatoires restent généralisées, ce qui nuit à tous les aspects de l'égalité de genre, à l'émancipation des femmes et aux droits des femmes et des filles.

Toutes les formes de violence, y compris la violence sexiste, sexuelle et sur le partenaire intime, peuvent augmenter le risque qu'une femme contracte le VIH.⁵² Les jeunes femmes et les adolescentes sont les plus exposées à la violence conjugale ; dans certains endroits, jusqu'à 45 % des adolescentes déclarent avoir subi une première expérience sexuelle contrainte.⁵³ Les jeunes femmes victimes de violence conjugale sont 50 % plus exposées au risque de contracter le VIH que les autres femmes.⁵⁴ Les femmes vivant avec le VIH sont également discriminées dans les structures de soins. Cette discrimination peut se présenter sous la forme de stérilisation ou d'avortement forcés ou contraints, et d'un refus de fournir des soins de santé reproductive, y compris pour les services de planification familiale.⁵⁵

Constituant un élément essentiel à tout effort en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes, le financement de la société civile est limité et se raréfie dans le contexte du VIH. L'espace permettant les activités de la société civile est en outre restreint par un environnement toujours plus limité dans de nombreux endroits, ce qui restreint à son tour l'action des organisations en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes.⁵⁶



Il est temps d'accélérer la riposte : agenda pour le leadership stratégique

En accélérant la riposte aujourd'hui, nous pouvons mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030

La présente stratégie a pour ambition d'atteindre un ensemble ciblé d'objectifs et de résultats ambitieux et centrés sur les populations à l'horizon 2020, de manière à réaliser notre objectif d'éradication de l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique dans tous les lieux et au sein de toutes les populations d'ici à 2030. La stratégie s'aligne sur les cycles des fonds et programmes des Nations Unies, comme l'exige l'Examen Quadriennal complet des Nations Unies.⁵⁷

Les objectifs et résultats attendus sont définis à l'horizon 2020, et non 2021 (la date de fin de la stratégie) afin de permettre un alignement avec l'examen à mi-parcours des ODD en 2020, de même qu'une évaluation des progrès et la préparation de la stratégie suivante de l'ONUSIDA. La concrétisation de ces résultats se traduira par un meilleur bilan sur le plan social, éducatif et économique, renforcera les systèmes de santé et favorisera les droits de l'homme et la dignité pour des millions de personnes, afin de poursuivre ainsi le rôle de pionnier dans le domaine de la justice sociale et du développement durable que s'est donné la riposte au sida. Guidés par les objectifs et résultats attendus de la stratégie à l'horizon 2020, les pays devront définir des objectifs qui tiennent compte des contextes nationaux, des populations laissées pour compte, ainsi que des facteurs favorables et des besoins pour parvenir au déploiement des programmes.

L'accélération de la riposte nécessitera six changements au sein des communautés, des districts, au niveau national, régional et mondial: (1) concentrer des investissements toujours plus diversifiés en début de période ; 2) se centrer sur les lieux, les populations et les interventions qui produiront le plus fort impact en tenant compte des droits de l'homme ; 3) stimuler des mesures novatrices en faveur des personnes qui en ont le plus besoin ; 4) tirer parti des partenariats régionaux et des institutions politiques pour des ripostes plus ciblées, durables et responsables ; 5) créer des partenariats intersectoriels pour accroître les contributions spécifiques des personnes vivant avec le VIH, du secteur privé, des communautés religieuses, du monde universitaire et de la science, en collaboration avec les gouvernements et les organisations de la société civile, afin de venir à bout des facteurs de santé ; et (6) s'engager en faveur du principe GIPA et d'une responsabilisation centrée sur les populations lors de la nouvelle période du programme de développement durable à l'horizon 2030.

Un engagement politique renouvelé et de nouvelles formes de leadership collectif, dont la composition variera selon les pays et les régions, seront nécessaires pour prendre les décisions courageuses qui s'imposent pour concentrer suffisamment d'investissements en début de période, établir des priorités et se concentrer sur les ripostes fondées sur les droits et assurer l'accès des personnes laissées pour compte.

Investissements concentrés en début de période : responsabilité partagée et solidarité mondiale

Pour accélérer la riposte au sida, il faudra augmenter rapidement les investissements au cours des années à venir. On estime que le montant total des investissements pour la riposte au sida





devrait s'élever à 21,7 milliards de dollars US en 2015.⁵⁸ Plus de la moitié des investissements mondiaux pour la lutte contre le VIH émane des pays à revenu faible et intermédiaire, à mesure que le principe de responsabilité partagée et de solidarité mondiale gagne en importance. En augmentant le niveau actuel des investissements dans la lutte contre le VIH de 9 milliards de dollars en 2020 et de 8 milliards en 2030 en vue d'atteindre les cibles de l'initiative Accélérer pour 2020 et 2030, on obtiendrait des retombées économiques dépassant les 3 800 milliards de dollars US bien après 2030.⁵⁹ La concentration des investissements en début de période dans le but d'accélérer l'intensification de la riposte aura des effets bénéfiques sans précédent dans le domaine de la santé, réduira le nombre d'enfants orphelins du sida et générera des retombées économiques considérables sur le long terme. Sauf pour les pays à revenu faible, où les besoins de financement de la riposte resteront relativement stables entre 2020 et 2030, la concentration des investissements au cours des cinq prochaines années permettra de prévoir les besoins en ressources avec un montant maximum, montant qui commencera à baisser à partir de 2021.

Les pays à revenu faible et intermédiaire devront considérablement augmenter leur financement national selon leur capacité et proportionnellement à leur fardeau de morbidité, tandis que les partenaires de développement devront s'engager à financer de manière durable les besoins en ressources restants. Pour garantir les investissements nécessaires, il conviendra de mettre davantage l'accent sur l'amélioration de l'efficacité et la diminution du coût des prestations de services et des produits ; d'augmenter et d'utiliser efficacement les

fonds publics ; de développer des moyens novateurs de mobiliser des ressources financières, notamment grâce à des approches de cofinancement intersectoriel. Un engagement accru et stratégique du secteur privé bénéficiera largement à la riposte, bien au-delà du financement lui-même, notamment dans des domaines comme l'impact social, la prestation de services, le renforcement et la gestion des chaînes d'approvisionnement, les initiatives sur le lieu de travail, le marketing social et les activités de sensibilisation à l'échelle mondiale.

Lors de la mobilisation des ressources nécessaires, il conviendra d'accorder une attention particulière aux pays à revenu intermédiaire, notamment aux petits États insulaires en développement et à ceux qui viennent d'obtenir ce statut, car ils pourraient faire face à une crise du financement de la lutte contre le VIH. Leur inéligibilité à une aide à la coopération internationale au développement menace les acquis obtenus et risque de nuire aux programmes nationaux ciblant les populations clés qui, pour certaines, souffrent d'un manque de leadership politique.

Établir des priorités et des actions ciblées : les lieux géographiques et les populations sont plus importants que jamais

En l'absence de données de qualité, les décideurs ne sont pas en mesure de déterminer si les épidémies diminuent ou s'aggravent, ou si certaines personnes sont laissées pour compte dans le cadre des ripostes. Heureusement, une compréhension plus précise de l'épidémie, grâce à une analyse des risques par lieux géographiques, permet de porter un regard entièrement neuf sur la riposte et d'orienter l'intensification de certains investissements et programmes afin d'accélérer les progrès. La riposte a marqué le début d'une nouvelle ère de collecte de données ventilées et de méthodes novatrices permettant d'identifier les populations mal desservies et supportant une lourde charge, de cerner les lacunes que présentent les systèmes communautaires et de santé, et les secteurs nécessitant un grand nombre de services (Figure 9). Grâce à une cartographie des programmes, les planificateurs peuvent choisir les services les mieux adaptés aux épidémies locales spécifiques et se concentrer sur les interventions et les mécanismes de prestations qui produiront le meilleur impact et la plus grande efficacité. Cependant, de nombreux pays continuent de rencontrer des problèmes dans le domaine de la surveillance de routine et du suivi des patients. Les difficultés sont aggravées par les situations d'urgence humanitaire en raison des difficultés d'accès des communautés et aux déplacements des populations. Certains pays investissent dans le suivi systématique des nouveaux diagnostics, des personnes mises sous thérapie antirétrovirale, des niveaux d'observance et de la charge virale, engrangeant ainsi une expérience importante pour surmonter et remédier aux lacunes et difficultés, et éclairer l'intensification de la riposte dans les autres régions. En parallèle à l'amélioration du suivi des personnes mises sous traitement, il convient de continuer à améliorer la collecte, l'analyse et l'utilisation de données ventilées par âge et par sexe pour tous les aspects de la riposte. Ces informations peuvent toutefois servir à identifier et à discriminer les populations clés. Il convient dès lors de redoubler d'efforts pour protéger la sûreté, la sécurité et les droits des personnes, et respecter le principe GIPA (participation accrue des personnes vivant avec le VIH).

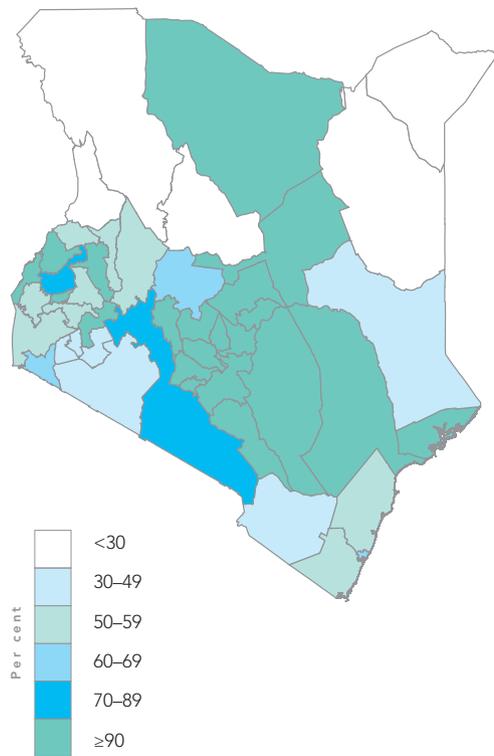
Le besoin d'une puissante riposte au sida reste universel en raison des personnes laissées pour compte dans les communautés fragiles partout dans le monde. S'il faut accélérer le rythme de la riposte dans tous les pays, il faut en particulier accélérer et concentrer les efforts dans 35 pays ciblés par l'initiative Accélérer, lesquels comptent pour plus de 90 % des personnes nouvellement infectées par le VIH et 90 % des personnes qui décèdent de causes liées au sida à travers le monde. Hormis les pays dans lesquels l'épidémie de VIH est la plus forte, les pays ciblés par l'initiative Accélérer comprennent aussi des pays ayant des économies

Figure 9

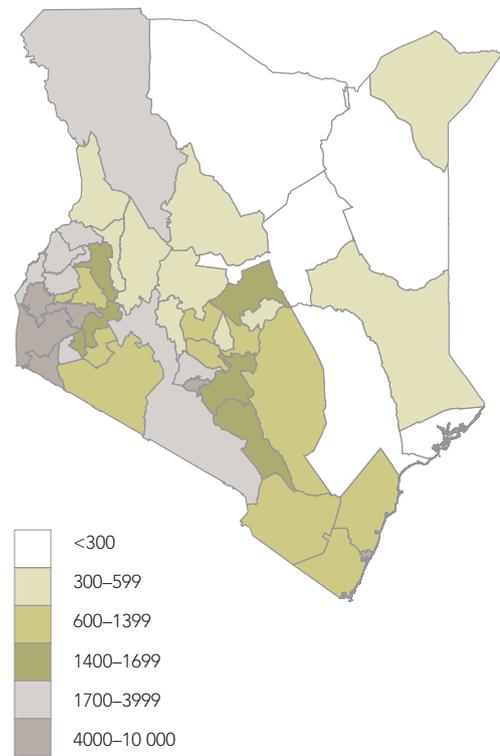
Kenya

La superposition de cartes fournit des informations stratégiques sur les lacunes des programmes grâce à une analyse des risques par lieux géographiques et par populations

Couverture de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant



Nombre de femmes ayant besoin de la PTME



Source: Estimations ONUSIDA 2014

émergentes à croissance rapide qui pourront prendre en charge la riposte au sida à l'avenir, et d'autres pays ayant une dimension géopolitique importante, comme les pays faisant face à des situations d'urgence humanitaire. Dix-neuf de ces pays (plus de la moitié) sont considérés comme faisant partie des 50 États les plus fragiles au monde.⁶⁰ En date de septembre 2015, ces pays comptent les pays repris dans le tableau 1. Voir listes en Annexe 2. Les pays et villes définis comme prioritaires au niveau régional sont disponibles à l'annexe 2. Le rôle du Programme commun dans le soutien à la riposte mondiale, et notamment les efforts accélérés nécessaires dans les pays ciblés par l'initiative « Accélérer », est précisé au chapitre 3.

Épidémies, leadership et responsabilisation au niveau régional

Le fait d'établir des priorités et de définir des objectifs au niveau régional contribue à la réalisation des objectifs à l'échelle mondiale. Les priorités régionales stimulent généralement davantage l'appropriation de la riposte, favorisent une responsabilité mutuelle et permettent

Tableau 1

Pays ciblés par l'initiative Accélérer par catégorie de revenu, 2015 ^a

Revenu élevé	Revenu intermédiaire (tranche supérieure)	Revenu intermédiaire (tranche inférieure)	Revenu faible
1. Fédération de Russie	3. Angola	11. Cameroun	25. Tchad
2. États-Unis d'Amérique	4. Botswana	12. Côte d'Ivoire	26. République démocratique du Congo
	5. Brésil	13. Ghana	27. Éthiopie
	6. Chine	14. Inde	28. Haïti
	7. Iran (République islamique de)	15. Indonésie	29. Malawi
	8. Jamaïque	16. Kenya	30. Mali
	9. Namibie	17. Lesotho	31. Mozambique
	10. Afrique du Sud	18. Myanmar	32. Soudan du Sud
		19. Nigeria	33. Ouganda
		20. Pakistan	34. République-Unie de Tanzanie
		21. Swaziland	35. Zimbabwe
		22. Ukraine	
		23. Viet Nam	
		24. Zambie	

^a Les catégories de revenu sont fondées sur la classification 2015 de la Banque mondiale. Les pays du programme Accélérer sont susceptibles de changer au cours de la période de la stratégie.

de coopérer sur des questions nécessitant une action collective (par exemple, intégration des marchés ou satisfaction des besoins liés au VIH des migrants et personnes déplacées par-delà les frontières), le tout conduisant à une meilleure efficacité et à la réalisation d'économies (par exemple, enregistrement ou achat de médicaments au niveau régional). Dans le cadre du partenariat avec la communauté internationale, les responsables de la riposte au niveau régional doivent définir où se produisent les infections à VIH, pourquoi et si certains groupes sont exclus des programmes nationaux de lutte contre le VIH.

Les instances régionales joueront un rôle important dans le partage des connaissances et la mobilisation des ressources essentielles au niveau régional, de manière à intensifier des ripostes régionales qui se fondent sur des données probantes et les droits. Les stratégies régionales, comme le cadre d'action régional Asie-Pacifique pour éradiquer le sida d'ici 2030, et les mécanismes de responsabilisation dirigés par les pairs, comme le mécanisme africain d'évaluation par les pairs, peuvent aussi renforcer l'appropriation et la durabilité de la riposte.

Innovation : accélérer les avancées scientifiques au profit des populations

L'accélération de la riposte repose sur une approche globale de l'innovation dans le domaine des sciences, des produits de santé et des médicaments et des ressources humaines pour la santé et la prestation de services. Des modèles innovants de prestation de services à base communautaire à même de toucher les personnes laissées pour compte doivent former la base de services de santé généraux, intégrés, peu coûteux et durables. Recourant à diverses stratégies et modalités, les initiatives de dépistage doivent être plus stratégiquement ciblées de manière à atteindre les millions de personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut. Le test à domicile ou l'autotest du VIH sont des moyens d'élargir les options proposées aux personnes pour accéder à des services de prévention et de traitement. Le fait de fournir des informations et des conseils au préalable des tests, tout comme les références post-tests et le suivi, peuvent faciliter les liaisons vers les soins. Il est essentiel d'accélérer la mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants masculins et féminins compatibles avec les préservatifs, de diagnostics et de dépistages de la charge virale rapides sur le lieu de soins, de la prophylaxie pré et post-exposition, de microbicides, d'appareils de circoncision masculine médicale volontaire, des différents moyens de contraception, du traitement de substitution aux opiacés et d'autres mesures de réduction des risques. Il convient de mettre l'accent en particulier sur le dépistage du VIH chez le nourrisson, notamment en introduisant rapidement et en multipliant les outils de diagnostic pour le nourrisson, et en mettant au point d'autres formules médicamenteuses adaptées aux enfants. L'innovation est en outre nécessaire pour produire des formules médicamenteuses de meilleure qualité, optimisées et durables pour les traitements antirétroviraux, un vaccin et un traitement curatif, ainsi qu'un traitement plus efficace et plus abordable pour les coinfections courantes telles que la tuberculose, les IST et les hépatites.

L'épidémie de sida ne pourra être éradiquée que si les outils les plus innovants et les plus efficaces sont mis à disposition sans délai. Les pays doivent également avoir la capacité, la souplesse et l'aptitude nécessaires pour faciliter l'accès aux technologies de la santé à mesure qu'elles sont disponibles. Afin d'exploiter pleinement les répercussions des innovations dans le domaine de la recherche, de la science et de la technologie, les pays doivent veiller à ce que le commerce et les autres politiques commerciales soutiennent les objectifs en matière de santé publique.

Les réseaux sociaux numériques et la technologie mobile permettent aux personnes d'être connectées par des moyens novateurs et d'échanger leurs expériences, d'accéder à des informations, d'offrir des services et d'impulser des mouvements sociaux. Ils constituent un outil peu coûteux et efficace permettant de faciliter l'autoévaluation des risques, d'encourager un recours rapide aux services de VIH et l'utilisation permanente des méthodes de protection, d'améliorer l'observance du traitement et de réduire l'interruption des soins. Ces outils offrent des espaces sûrs et anonymes pour échanger des informations sur la santé sexuelle, surveiller en temps réel les lacunes et les progrès de la riposte au sida, mettre des données à la disposition des citoyens, accroître leur participation à la vie publique et renforcer leur capacité d'action dans le processus décisionnel sur les questions liées au développement. Toutefois, les outils en ligne et les réseaux sociaux peuvent également véhiculer des messages inappropriés et dangereux, ce qui rend d'autant plus important de veiller à ce que les adolescents et les jeunes reçoivent une éducation et des informations de qualité se fondant sur des données probantes.

Partenariats intersectoriels : exploiter les contributions des diverses parties prenantes

Dans le cadre du programme de développement durable à l'horizon 2030, il faudra, pour accélérer l'impact de la riposte au sida, mobiliser le leadership collectif d'un large éventail de secteurs afin de nouer des liens et de créer une urgence politique et des coalitions multisectorielles pour la mise en place des mesures à prendre. Par exemple, la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'ONU, qui a contribué à faire progresser dans une large mesure la survie et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents, met désormais sur l'accent sur les adolescents et soutient une action intersectorielle pour l'émancipation, l'éducation, l'alimentation et l'emploi – ces questions étant d'une importance majeure pour faire progresser la riposte. Il convient absolument de renforcer les données de base, dans tous les secteurs du développement qui sont pertinents pour la riposte au sida, pour définir les interventions d'un bon rapport coût/efficacité qui s'attaqueront aux facteurs communs de vulnérabilité, favoriseront la dignité et l'égalité, et produiront des résultats dans tous les ODD. Le programme de développement durable exige également une action visant à négocier et à fournir des biens publics mondiaux, comme le renforcement des systèmes de surveillance épidémiologique et d'informations stratégiques, la recherche et le développement de technologies liées à la santé, des mesures pour renforcer l'accès à des technologies abordables (notamment des mesures pour éliminer les règles et dispositions liées à la propriété intellectuelle et au commerce international), l'activisme de la société civile et la promotion de la santé en tant que priorité politique et économique.

Responsabilisation centrée sur les populations pour des ripostes plus inclusives, plus efficaces et plus légitimes

La responsabilisation exige de la surveillance, une évaluation et des mesures correctives. La responsabilisation n'est pas simplement un exercice technocratique ; elle devrait être aussi transparente, accessible et participative que possible. La participation des citoyens en tant que facteur de changement social est l'un des plus grands défis à relever et, en même temps, une formidable opportunité qu'offre le programme de développement à l'horizon 2030. En vue de suivre les progrès et stimuler une action pour l'après 2015, les responsables politiques se sont engagés dans un processus d'évaluation centré sur les populations aux



niveaux mondial, régional et national qui est transparent, qui garantit la responsabilisation vis-à-vis des citoyens et qui favorise l'échange des meilleures pratiques et un apprentissage mutuel. Étant donné que les ODD constituent des défis d'une extraordinaire complexité, ils doivent être soutenus par un ensemble varié de systèmes de responsabilisation, et notamment par une évaluation indépendante des progrès, des promesses et des engagements des parties prenantes.

Dans ce contexte, les progrès vers la réalisation de la stratégie de l'ONUSIDA reposeront sur une armée de « factivistes » qui veilleront à ce que les responsables des secteurs public, privé et de la société civile rendent compte de leurs engagements. Inspiré, motivé et orienté par les communautés affectées, le mouvement de la lutte contre le sida a été l'initiateur de la responsabilisation politique, grâce à l'espace politique mis en place pour assurer un dialogue

Figure 10

Le rôle de la société civile dans la riposte au sida



ouvert et inclusif sur le droit à la santé. L'expérience de la riposte au sida peut donc tirer parti des cadres de responsabilisation pour faire face aux défis complexes et multisectoriels du développement durable pour l'après 2015.

Dans le cadre de la riposte au sida, l'un des mécanismes de compte rendu et de responsabilisation les plus rigoureux a déjà été mis en place pour tous les aspects de la santé mondiale et du développement : le Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde (GARPR, anciennement UNGASS). Mis en place par l'ONUSIDA et ses partenaires, le GARPR est l'outil qui expose le plus grand nombre de ripostes de tous les mécanismes de suivi international, et c'est un outil très efficace pour stimuler un engagement, une action, le respect de l'obligation de faire rapport et enfin, la responsabilité vis-à-vis des résultats. Avec un compte rendu annuel à l'Assemblée générale des Nations Unies, la riposte au sida a créé une sphère de responsabilité claire aux niveaux local et mondial. En vue de garantir des mécanismes de responsabilisation cohérents et transparents qui justifient et analysent les progrès accomplis dans tous les secteurs de manière intégrée et d'améliorer la responsabilisation dans le domaine du sida, il est important d'utiliser les mécanismes de rapport existants dans le domaine des droits de l'homme au niveau tant mondial (comme l'examen périodique universel et les organismes créés en vertu des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme) que régional (comme le mécanisme africain d'évaluation par les pairs).

L'engagement fort de la société civile est essentiel à la mise en œuvre de la stratégie. Un tel engagement, qui constitue un bien public mondial, exige un espace juridique et social ainsi que des ressources financières assurées pour garantir son efficacité. La société civile joue de nombreux rôles dans la riposte au sida (Figure 10) et les preuves des retombées positives de son action s'accumulent. Les services à base communautaire atteignent une ampleur importante dans la prestation de services tout en renforçant les soins au sein des dispensaires et en élargissant la portée des services de santé officiels. La diversité constitue une des forces de la société civile, qui représente souvent différentes communautés marginalisées et leur propose des services. Il est important de faire en sorte que les activités de sensibilisation de la société civile soient autorisées de manière à mobiliser le soutien politique pour renforcer l'ambition, le financement et l'égalité de la riposte. Il convient de consentir des efforts afin de faire en sorte que les jeunes – y compris ceux qui sont issus des populations clés – puissent participer aux instances décisionnelles et aux mécanismes de responsabilisation.

Les partenariats multipartites et multisectoriels sont essentiels à la responsabilisation à tous les niveaux. Il sera important de veiller à ce que toutes les communautés affectées siègent à la table des négociations de mécanismes de gouvernance plus inclusifs et représentatifs aux niveaux national, régional, unilatéral et mondial. À ce dernier niveau, il est capital de garantir que les intérêts et les besoins des pays de mise en œuvre puissent être exprimés, reconnus et pris en compte de manière à créer des institutions plus inclusives, efficaces, crédibles et légitimes.



Domaines de résultats pour accélérer la riposte et les progrès en faveur des ODD

La vision « zéro nouvelle infection par le VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida » oriente la riposte au sida. La Stratégie 2016–2021 s’articule autour de cinq ODD de manière à catalyser les progrès dans les trois orientations stratégiques et favoriser la réalisation des objectifs à l’horizon 2020. Le choix des ODD et des domaines de résultats concernés s’est fait en fonction de deux considérations importantes : premièrement, une analyse des retours d’expérience acquis lors de la mise en œuvre de la stratégie 2011-2015 et des aspects où les progrès ont trop tardé à se produire, et deuxièmement, l’appréciation de la nouvelle dynamique et des facteurs favorables à la riposte, et notamment des changements survenus dans le contexte du développement.

Des domaines de résultats et des mesures phares à prendre dans le cadre de la riposte mondiale sont exposés pour chaque Objectifs de Développement Durable (ODD). Les domaines de résultats couvrent des programmes de travail dynamiques et transversaux que requiert la réalisation des objectifs de la stratégie à l’horizon 2020. Ces domaines de résultats et ces mesures phares se concentrent sur l’intensification de la riposte et sur les transformations nécessaires au niveau national, en tenant compte du fait que les progrès exigeront des formes diverses et complémentaires de coopération, notamment Nord-Sud, Sud-Sud, Sud-Nord, et un partenariat étroit avec la société civile, le secteur privé et les parties prenantes du secteur juridique, du commerce, de l’enseignement, de l’emploi et du secteur financier.

Garantir des vies saines et promouvoir le bien être pour tous à tous les âges



Domaine de résultats 1

Les enfants, les adolescents et les adultes vivant avec le VIH ont accès au dépistage, connaissent leur statut et se voient immédiatement proposer un traitement de qualité abordable et pérenne



Domaine de résultats 2

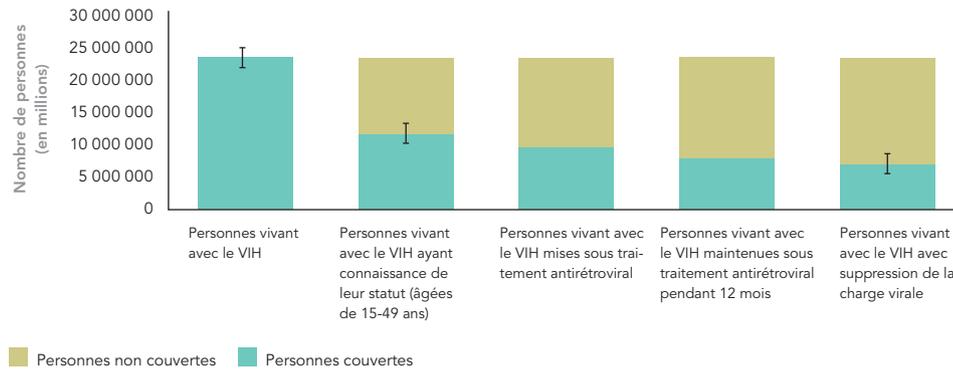
Les nouvelles infections à VIH chez les enfants sont éliminées et la santé et le bien-être de leur mère sont préservés

Il est essentiel, pour favoriser le développement durable, de garantir la santé et de promouvoir le bien-être pour tous et à tous les âges. Pour garantir des vies saines aux personnes vivant avec le VIH et exposées au risque de le contracter, il est nécessaire de mettre en place une association d’interventions, allant d’approches au niveau individuel à des approches produisant des résultats au niveau systémique. Le fait de fournir un traitement global et un appui médico-social aux personnes vivant avec le VIH et de favoriser l’exercice de leurs droits et leur participation à la riposte au sida améliorera les résultats individuels en matière de santé et les effets de la prévention, contribuera à leur participation économique et améliorera la santé des communautés.

La réalisation de l’objectif de traitement 90-90-90, à savoir 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut ; 90 % des personnes qui connaissent leur séropositivité reçoivent un traitement antirétroviral durable ; et une suppression de la charge virale pour 90 % des

Figure 11

Cascade du traitement VIH pour les personnes âgées de 15 ans minimum en Afrique subsaharienne, 2014

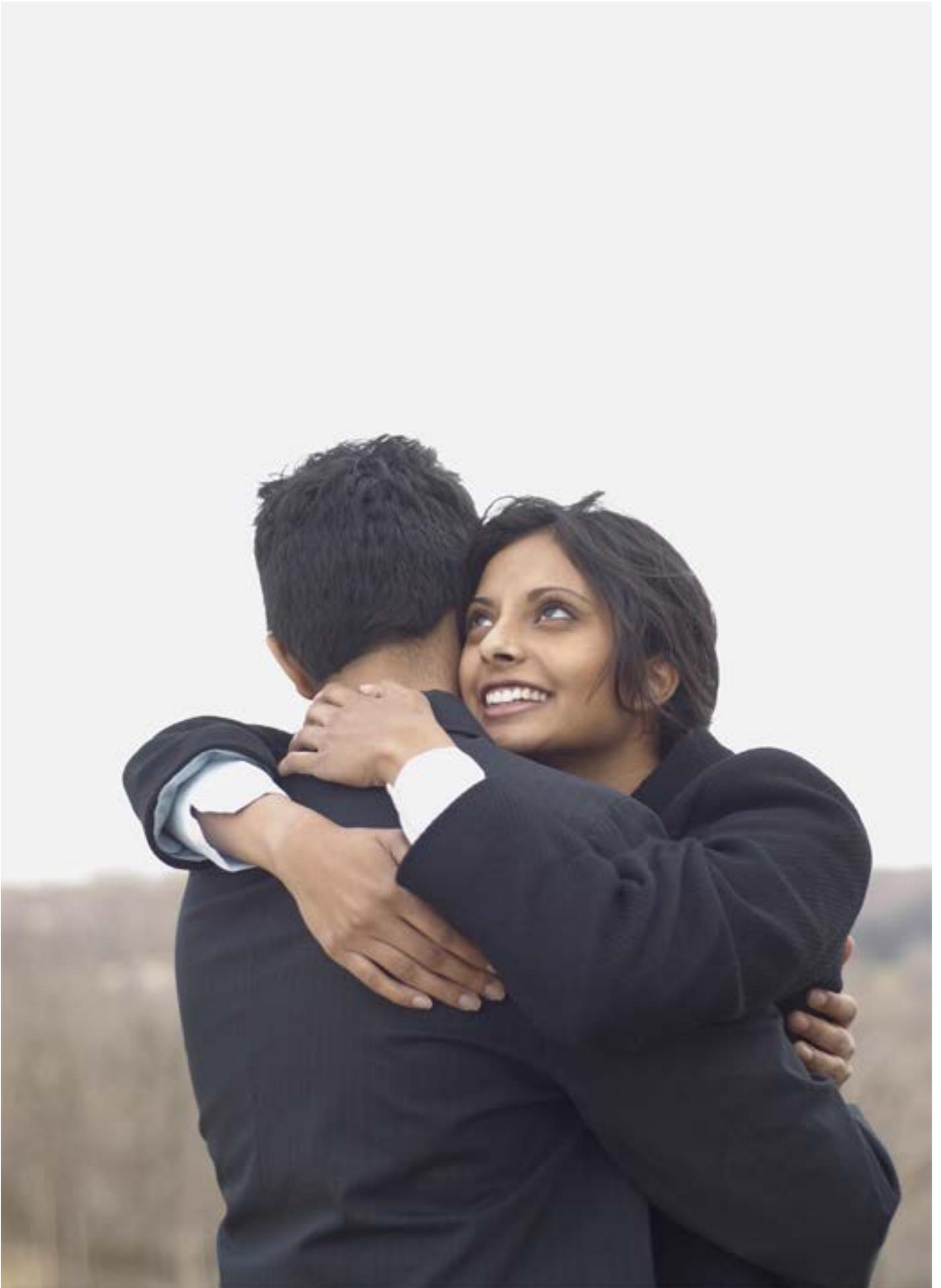


Source: ONUSIDA, How AIDS changed everything — MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response, Genève 2015.

personnes recevant un traitement antirétroviral, constitue une base en vue de progresser vers la réalisation de tous les objectifs et résultats visés d’ici à 2020. Pour ce faire, il sera nécessaire de combler les lacunes dans la cascade du traitement (Figure 11). Des données fournies en temps utile et précises pour chaque phase de la cascade de soins doivent être collectées et analysées au niveau local, et les résultats doivent servir à éclairer la gestion des programmes et la mise au point d’interventions ciblées pour prévenir l’interruption des soins. Les systèmes nationaux de gestion des achats et de l’approvisionnement doivent être solides et efficaces. La surveillance de la résistance médicamenteuse doit être en place, de même que le test de la charge virale.

Toutes les personnes diagnostiquées séropositives doivent se voir proposer immédiatement un traitement au moment du diagnostic. En parallèle, le dépistage du VIH doit être considérablement élargi afin de faire en sorte que toutes les personnes vivant avec le VIH – et en particulier celles qui ont un taux de CD4 plus faible – connaissent leur statut au plus vite et soient mises en lien avec des services de traitement et de prévention. Des efforts supplémentaires seront nécessaires pour permettre aux jeunes, aux populations clés, aux migrants et aux populations touchées par des crises d’accéder aux services de dépistage et de traitement. Il faut s’employer d’urgence à mettre plus rapidement à jour les approches nationales du traitement. Il faut du temps aux politiques nationales de traitement contre le VIH pour intégrer les avancées scientifiques et les orientations normatives. Depuis 2013, c’est-à-dire en 18 mois, l’OMS a recommandé d’augmenter le seuil à partir duquel il faut démarrer le traitement antirétroviral, passant de 350 cellules/mm³ à 500, mais 53 % seulement des 144 pays à revenu faible et intermédiaire ont adopté ce nouveau seuil. Avec les données scientifiques démontrant maintenant les importants bénéfices en matière de santé et de prévention apportés par un démarrage de la thérapie antirétrovirale lors du diagnostic, 10 autres pays ont recommandé de mettre sous traitement du VIH toutes les personnes vivant avec le VIH, quel que soit leur nombre de cellules CD4.⁶¹

Pour l’intensification du traitement, les pays devront compléter les services proposés au sein des structures de santé par un éventail d’approches hors dispensaires. Pour que l’intensification soit efficace, il conviendra de développer la prestation de services VIH à base communautaire en la faisant passer d’une moyenne mondiale de 5 % en 2013 à 30 % au moins de l’ensemble des prestations de services en 2030.⁶² Pour maximiser les gains d’efficacité et pallier la pénurie de ressources humaines dans le domaine de la santé, il sera essentiel d’intensifier les efforts



visant à mettre en œuvre le transfert des tâches dans les dispensaires. Des changements politiques et des initiatives pour renforcer les capacités devront se concentrer sur la formation et la revalorisation du statut des travailleurs de santé communautaires et des travailleurs de proximité qui fournissent des services intégrés. Le développement du dépistage et des liaisons vers les soins, conjugué à une mobilisation communautaire, exigera de s'attacher davantage à la formation et à la connaissance du traitement. La connaissance du traitement renforce non seulement le droit d'une personne de connaître son statut sérologique et de décider si et quand commencer un traitement antirétroviral, mais elle sert également de base pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Les programmes de dépistage et de traitement doivent être accessibles et pertinents pour les adolescents et les jeunes au regard de leurs besoins distincts en matière de soins de santé, de santé sexuelle et reproductive, d'éducation, de développement et psychosociaux.

Il est urgent que la communauté internationale poursuive et renforce ses efforts pour faire en sorte que tous les enfants puissent vivre sans VIH et pour garantir la santé et le bien-être des mères. L'intégration des services d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant dans les soins prénatals et postnatals permettra une mise à disposition systématique de ces services. Les efforts visant à éliminer à la fois le VIH et la syphilis chez les enfants par l'intégration de services de dépistage et de traitement pour les femmes enceintes s'avèrent un moyen particulièrement peu coûteux de réduire les décès néonataux, les décès à la naissance et la syphilis congénitale. Il est particulièrement important d'intégrer les partenaires dans les services de conseil et test pour les femmes enceintes, afin d'identifier les couples sérodiscordants et de fournir les soins appropriés. La rétention des patientes pendant la longue période d'allaitement est également cruciale. Pour les femmes vivant avec le VIH, l'allaitement est plus sûr lorsqu'elles sont sous traitement antirétroviral pendant cette période, en sachant qu'il convient aussi absolument que toutes les femmes enceintes et donnant le sein vivant avec le VIH commencent et poursuivent un traitement à vie. Il conviendrait de renforcer les registres sur la santé pour permettre un meilleur suivi des parents et des bébés ensemble, moyennant des systèmes nationaux d'enregistrement de l'état civil et des données électroniques médicales.

Pour combler les manques en matière de traitement chez les enfants, il conviendrait d'accélérer l'introduction et l'utilisation de tests de diagnostic pour les nourrissons sur le lieu de soins, d'étendre et de moderniser encore les laboratoires centralisés à des fins de diagnostic pour les nourrissons, et d'élargir la recherche. Tous les services destinés aux enfants exposés au VIH doivent être renforcés, en commençant par mettre en place des formulations médicamenteuses plus abordables, plus efficaces et plus acceptables, des informations sur le dépistage, un soutien à la mise en œuvre et au suivi des traitements pour les parents et les aidants ainsi qu'une formation sur les soins et les traitements pédiatriques à l'intention des travailleurs de la santé.

La disponibilité généralisée de la thérapie antirétrovirale et la gestion du VIH en tant que maladie chronique a entraîné une diversification des besoins en matière d'appui médico-social. Les services liés au VIH doivent évoluer de manière à réduire l'interruption des soins, améliorer l'observance du traitement et assurer de meilleurs résultats individuels de santé, en intégrant la prévention et la gestion des infections opportunistes et en particulier la tuberculose, l'accès aux aides sociales, les activités de renforcement des moyens de subsistance, ainsi que la sécurité alimentaire.⁶³ Il conviendrait donc d'intensifier les interventions d'appui médico-social telles que les copains de traitement, des groupes de soutien aux mères, le soutien psychosocial et les subventions accordées aux enfants.

L'ampleur considérable des situations d'urgence humanitaire souligne la nécessité d'intégrer la préparation aux situations d'urgence et la gestion des risques dans les programmes de développement, et de couvrir les communautés fragiles qui sont touchées.⁶⁴ Dans ce contexte, il conviendrait de mener des actions pour veiller à ce que les programmes de VIH reposent sur une analyse des risques et maintenir en place les services liés au VIH, notamment ceux pour la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles, les infections opportunistes, la malnutrition et la prévention et la prise en charge de la violence. Une meilleure préparation ainsi que l'accès aux informations et un financement rapide et souple sont autant de conditions préalables à une riposte efficace dans les situations d'urgence humanitaire.⁶⁵

À mesure qu'augmente la demande de médicaments antirétroviraux, à la fois pour le traitement et la prévention, la communauté internationale doit garantir un approvisionnement durable et ininterrompu de médicaments antirétroviraux abordables et de bonne qualité. Depuis 2000, la concurrence des produits génériques a permis de réduire considérablement le prix des médicaments antirétroviraux de première intention. De même, grâce à l'augmentation des investissements, au renforcement des systèmes de santé et de la prestation de services, la gestion du VIH est maintenant le premier programme à grande échelle de soins des maladies chroniques dans beaucoup de pays à revenu faible et intermédiaire. L'industrie indienne des médicaments génériques a joué un rôle central dans la mise en place des réductions de prix et a permis d'économiser des millions de vies en produisant 80 % des médicaments contre le VIH consommés en Afrique.

Cependant, il est de plus en plus difficile de maintenir la concurrence des produits génériques puisque davantage de pays sont liés par l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et sont contraints d'adopter les dispositions ADPIC+ dans les accords de libre-échange. Étant donné les défaillances du marché largement démontrées en ce qui concerne la recherche médicale, le développement, la fabrication des produits et l'établissement de prix, et pour assurer la capacité des gouvernements à garantir le droit à l'accès aux médicaments, il est essentiel de remédier à l'incohérence des politiques en matière de commerce, de droits de l'homme et de santé publique dans le contexte du VIH. Il convient d'adopter une approche à volets multiples, et notamment : d'aider les pays à faire usage des flexibilités offertes par l'accord ADPIC ; de soutenir les pays dans la négociation des accords de libre-échange sans se conformer aux dispositions ADPIC+ qui restreignent l'accès aux médicaments abordables ; de prendre des mesures pour préserver et renforcer les capacités manufacturières locales de produits pharmaceutiques génériques ; de soutenir l'extension d'une période de transition pour les obligations ADPIC pour les produits pharmaceutiques tant que le pays compte parmi les « pays les moins développés » ; de négocier une baisse des prix avec les fabricants de produits pharmaceutiques ; et d'accélérer la mise sur le marché de produits novateurs, y compris en simplifiant et en renforçant les procédures réglementaires en matière de santé.

Il convient de prendre les mesures suivantes dans le cadre de la riposte mondiale pour garantir des vies saines et le bien-être pour tous à tous les âges

- ▶ Élargir les options de dépistage du VIH ciblé se fondant sur les droits, sur des données probantes en tenant compte des différences d'âge et sexospécifiques grâce à des conseils et un dépistage à base communautaire plus larges, le dépistage à domicile et des partenariats public-privé innovants.

- ▶ Renforcer et élargir la mise sous traitement antirétroviral, le suivi de la charge virale et l'appui à l'observance du traitement et d'autres formes de soutien, telles que des programmes de création de revenus pour les personnes vivant avec le VIH, notamment en élargissant le transfert des tâches et les services communautaires fournis, en accélérant l'adaptation aux schémas recommandés, et en redynamisant les programmes visant à faire connaître le traitement, en accordant une attention particulière aux populations mal desservies et exposées à un risque plus élevé.
- ▶ Accélérer d'urgence le diagnostic précoce des enfants vivant avec le VIH et combler les lacunes en matière de traitement et de rétention, développer des stratégies complètes de diagnostic élargissant la durée totale de risque d'exposition, et un ensemble suffisant de médicaments, et notamment de combinaisons à doses fixes adaptées aux enfants et aux adolescents.
- ▶ Renforcer les programmes visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH et prévenir la séroconversion maternelle pendant la grossesse et l'allaitement en accélérant l'adaptation aux schémas antirétroviraux recommandés et en intégrant les programmes dans les soins prénatals et postnatals, les services de santé maternelle, néonatale et infantile et dans les plateformes de planification familiale.
- ▶ Définir et s'efforcer d'atteindre des objectifs dans le domaine de la prévention, du dépistage, du diagnostic et du traitement de la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH ; de la connaissance du statut sérologique et de la thérapie antirétrovirale parmi les patients vivant avec le VIH et souffrant de la tuberculose ; et de la réduction des décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH.
- ▶ Renforcer l'efficacité du programme par la surveillance et la visualisation de la prévention et des cascades de traitement au niveau local, ce qui permet d'apporter des corrections et de suivre l'accélération.
- ▶ Soutenir la préparation aux situations d'urgence et le renforcement des capacités pour réduire au minimum l'interruption des services liés au VIH lors des situations d'urgence, intégrer une dimension liée au VIH dans la préparation aux situations d'urgence et les plans d'intervention au niveau national, et garantir que ces plans sont alignés sur les plans de développement.
- ▶ Encourager la recherche et le développement de produits plus tolérables, efficaces et abordables, et notamment : des formulations médicamenteuses plus simples et de plus longue durée pour les enfants, les adolescents et les adultes ; le traitement de deuxième et troisième intention ; des diagnostics ; des technologies de prévention, et notamment un vaccin et un traitement curatif.
- ▶ Exploiter pleinement les flexibilités de l'ADPIC pour atteindre les objectifs en matière de santé publique et éviter l'adoption ou la mise en œuvre de dispositions relatives à la propriété intellectuelle plus étendues que celles requises par l'accord de l'ADPIC. En même temps, encourager et promouvoir les mécanismes de financement alternatifs de la recherche et du développement afin d'équilibrer la protection de la propriété intellectuelle et les intérêts relatifs à la santé publique, et accélérer la mise sur le marché de nouveaux produits liés au VIH.
- ▶ Renforcer la coopération Nord-Sud et Sud-Sud et la capacité régionale et locale pour élaborer, fabriquer et livrer des médicaments abordables de qualité garantie et améliorer ainsi la fiabilité de l'approvisionnement en médicaments, tout en encourageant le développement de marchés régionaux.

Réduire les inégalités d'accès aux services et aux produits



Domaine de résultats 3

Les jeunes, en particulier les jeunes femmes et les adolescentes, ont accès à des services de prévention combinée et sont autonomisés pour se protéger du VIH



Domaine de résultats 4

Des services de prévention combinée du VIH personnalisés sont accessibles aux populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres et les détenus, ainsi que les migrants

Le seul moyen d'accélérer la riposte est de protéger et promouvoir le droit de toutes les personnes à accéder à des services liés au VIH adaptés et de qualité, sans discrimination. Il est essentiel de réduire la vulnérabilité des jeunes et des populations clés et son impact dans tous les contextes épidémiologiques est essentiel si l'on veut mettre un terme à l'épidémie de sida. Pour garantir un accès équitable pour les professionnel(le)s du sexe, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres, les détenus ainsi que les migrants et les autres personnes laissées pour compte, il est nécessaire d'assurer la disponibilité de services et de produits efficaces et appropriés en matière de VIH et de santé dans un environnement social, juridique et politique favorable, ainsi que d'impliquer ces groupes dans la riposte. Il est particulièrement essentiel de toucher et d'impliquer les adolescents et les jeunes membres des populations clés, en raison des obstacles supplémentaires qu'ils rencontrent pour accéder aux services.

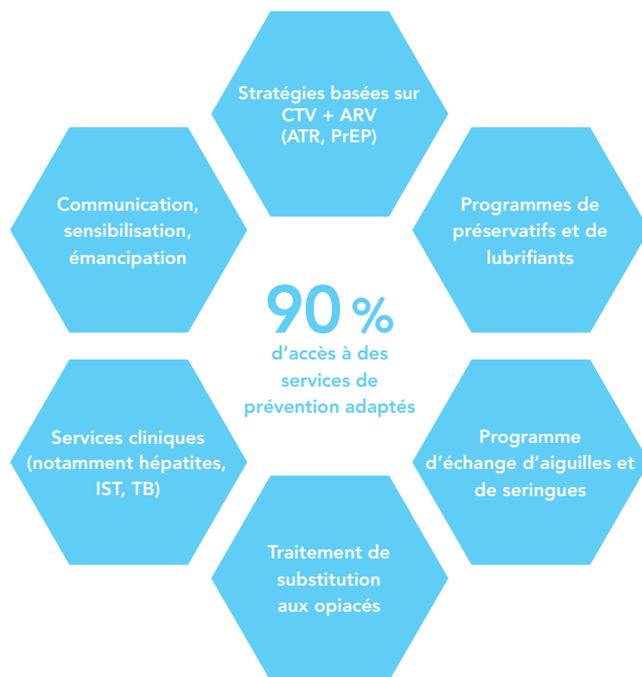
La baisse de la prévalence du VIH chez les jeunes dans beaucoup d'endroits est due en partie au succès des programmes de prévention comportementale.⁶⁶ Des enquêtes réalisées auprès des populations montrent une augmentation de l'âge des premiers rapports sexuels, une baisse du nombre de partenaires⁶⁷ et un usage accru du préservatif chez les jeunes dans certains pays d'Afrique dans lesquels le nombre de nouvelles personnes infectées par le VIH a diminué. Ces progrès doivent être maintenus et accélérés, notamment par une actualisation des stratégies de communication et d'émancipation.

Il faut rapidement intensifier les programmes de prévention combinée efficaces et fondés sur les droits qui ciblent et font participer les personnes les plus vulnérables et les plus exposées au risque de contracter le VIH et se concentrent là où l'épidémie de VIH est la plus forte. Le suivi en temps réel des services et des programmes permet désormais de collecter et diffuser des données très importantes, grâce à des outils largement disponibles comme le téléphone portable et le « cloud ». Une meilleure granularité est le gage d'une identification plus rapide des programmes locaux qui fonctionnent et de ceux qui ne fonctionnent pas, ainsi que des lieux où il manque des services. Les décideurs peuvent utiliser ces informations stratégiques pour mettre en place, dans les secteurs à forte transmission, une association d'interventions adaptées aux besoins des populations spécifiques (Figure 12). Des programmes de prévention davantage ciblés sur la population et les lieux peuvent accroître l'impact de la prévention sans générer de dépenses supplémentaires.⁶⁸ À cette fin, il faudra allouer les ressources nécessaires à l'élargissement des programmes dans les secteurs où les besoins sont les plus importants, et en même temps réduire les dépenses lorsque les besoins programmatiques sont moindres.

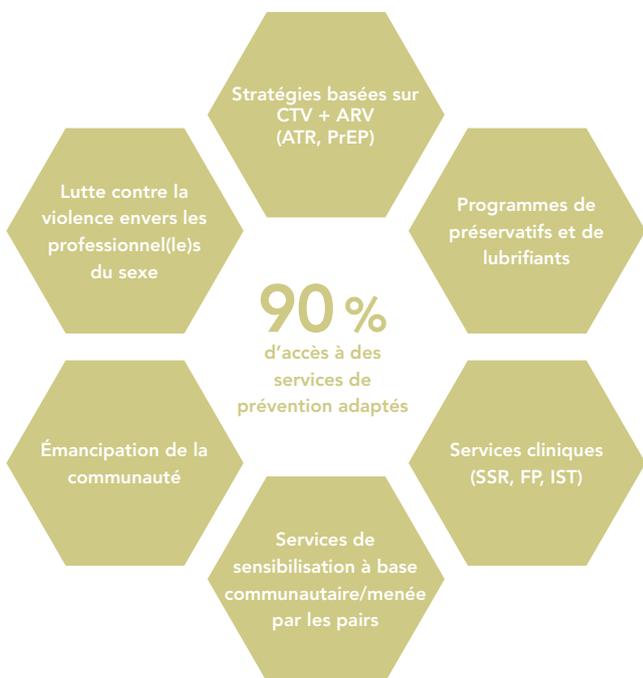
Exemples de programmes de prévention combinée pour les différentes populations concernées



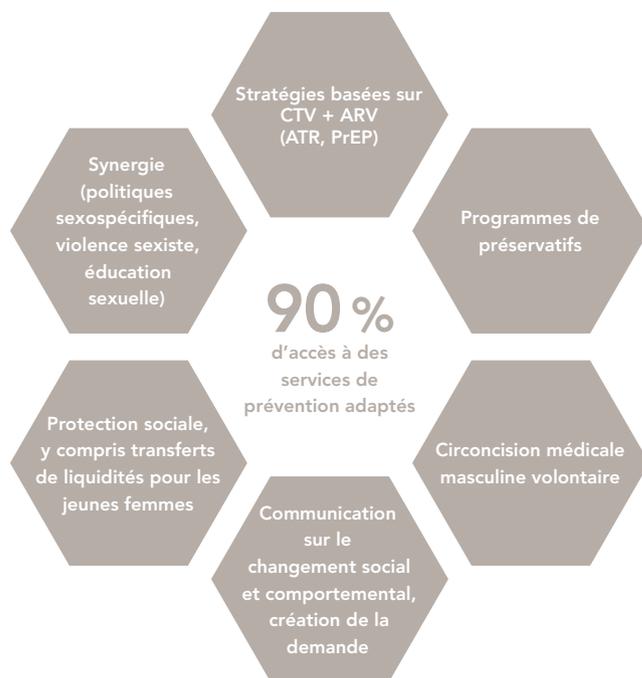
01. Exemple d'association de mesures de prévention pour les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins dans les milieux à forte prévalence



02. Exemple d'association de mesures de prévention pour les consommateurs de drogues



03. Exemple d'association de mesures de prévention pour les professionnelles du sexe



04. Exemple d'association de mesures de prévention pour les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Source : Accélération de la prévention combinée ; vers une réduction des nouvelles infections par VIH à moins de 500 000 d'ici à 2020, ONUSIDA. 2015

Dans tous les contextes épidémiques, une action efficace dans les villes favorisera une intensification rapide des programmes de prévention et servira également de point d'entrée important pour orienter les résultats nationaux. Les jeunes et les personnes appartenant aux populations clés sont nombreux en ville. La nature généralement plus tolérante et inclusive de la vie urbaine permet de mettre au point des ripostes participatives et de couvrir des groupes qui ne sont souvent pas prioritaires au niveau national.

Il existe de nombreuses méthodes de prévention efficaces. Les préservatifs masculins et féminins demeurent le moyen le plus efficace capable de prévenir simultanément la transmission sexuelle du VIH, les IST et les grossesses non désirées.⁶⁹ Toutefois, la disponibilité des préservatifs reste limitée, en particulier dans certaines régions d'Afrique subsaharienne.⁷⁰ Chez les jeunes, l'accès aux préservatifs est encore plus limité et interdit dans certains milieux comme le milieu carcéral. Les programmes de prévention du VIH devraient garantir l'accès aux préservatifs masculins et féminins de qualité en quantité suffisante à toutes les personnes qui en ont besoin et au moment où elles en ont besoin. La promotion du préservatif, notamment par des actions commerciales innovantes et des partenariats avec le secteur privé, est insuffisante, et les experts estiment que pour chaque préservatif masculin acheté au prix de 0,03–0,06 dollar US, 0,20 dollar US devraient être investis pour créer de la demande et pour la distribution.⁷¹

La circoncision médicale masculine volontaire (CMMV), réalisée dans le cadre des éléments de SSR intégrés pour les hommes, représente une protection importante pour des millions de jeunes hommes en Afrique subsaharienne, réduisant ainsi le risque de transmission du VIH jusqu'à 60 %.^{72,73} L'intensification des programmes de CMMV requiert la disponibilité des services, la création d'une demande, des modèles de prestation de services innovants et, éventuellement, le choix entre la chirurgie et de nouveaux dispositifs. Le processus de Copenhague a considéré que la circoncision masculine dans les pays où le VIH est hyperendémique représentait un des 19 meilleurs investissements pour réaliser le programme de développement pour l'après-2015, générant un bénéfice de 28 dollars US pour chaque dollar investi.⁷⁴

La prophylaxie pré-exposition, lorsqu'elle est correctement ciblée et mise en œuvre à grande échelle au sein de programmes de prévention combinée, peut faire « changer la donne », pour les personnes très exposées au risque de contracter le VIH. Pour les personnes vivant avec le VIH, l'accès précoce au traitement antirétroviral et la liaison avec des soins de qualité suppriment la charge virale du VIH, abaissant ainsi le risque de transmission ultérieure de 96 %. Chez les consommateurs de drogues injectables, un ensemble complet d'interventions, comprenant des programmes d'échanges d'aiguilles et de seringues et un traitement de substitution aux opiacés, mises en œuvre dans un cadre réglementaire et politique permettant l'accès à ces services, constitue un moyen d'éviter l'infection et de réduire les décès liés aux affections liées au VIH, à la tuberculose, aux hépatites virales et aux IST.⁷⁵

Les interventions structurelles et sexospécifiques ont dans une large mesure réduit l'infection à VIH, en particulier chez les jeunes femmes et les adolescentes, et notamment les interventions visant à réduire la marginalisation et l'exclusion sociale, à favoriser l'émancipation économique des filles, à venir en aide aux populations migrantes et déplacées, à éliminer la violence et les inégalités entre les sexes, ainsi qu'à garantir un environnement juridique et législatif favorable aux jeunes femmes et aux populations clés.⁷⁶ Parmi ces interventions, l'achèvement de l'enseignement secondaire favorise le développement des connaissances, influence le comportement sexuel, en touchant sur les réseaux sociaux et contribue à améliorer

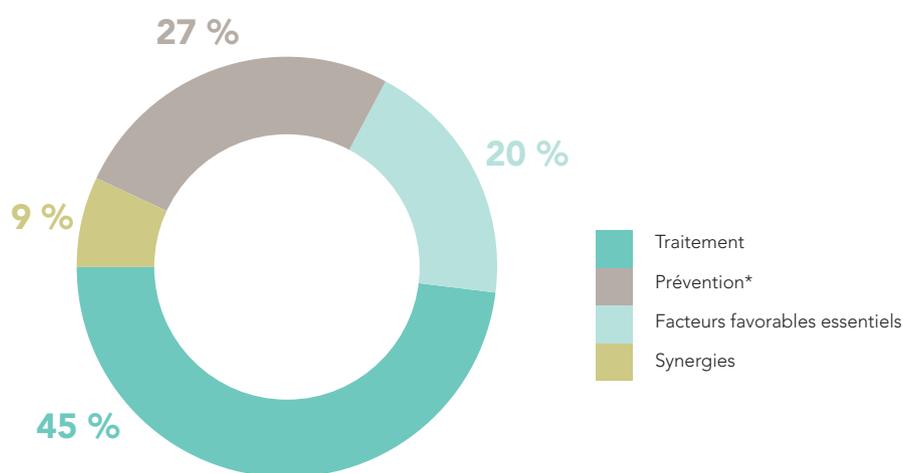
le statut socioéconomique. Les bénéfices découlant de l'éducation formelle relative à la prévention du VIH sont encore plus profitables aux femmes.⁷⁷ Les interventions visant à accroître la scolarisation des filles, leur maintien à l'école et leur apprentissage, comme la compensation des coûts d'opportunité de l'éducation et le financement intersectoriel de l'éducation, conduisent à faire baisser le risque d'infection par le VIH chez les femmes.⁷⁸

L'éducation sexuelle complète (ESC) est reconnue comme « une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui est adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur ». Plusieurs études sur les conséquences des interventions d'éducation sexuelle et d'informations sur le VIH en milieu scolaire dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont montré des résultats positifs en termes de premier rapport sexuel plus tardif, d'utilisation accrue des préservatifs et des contraceptifs et de réduction de l'incidence des rapports sexuels non protégés.⁷⁹ Les résultats d'une méta-analyse réalisée sur 64 études, portant pour la majorité d'entre elles sur l'Afrique subsaharienne, prouvent que les élèves qui bénéficient d'interventions d'éducation sexuelle en milieu scolaire disposent d'une bien meilleure connaissance du VIH, ont un premier rapport sexuel plus tard, sont mieux à même de refuser des rapports sexuels et/ou d'utiliser des préservatifs et ont moins de partenaires sexuels.^{80, ix} Un examen de 22 programmes d'éducation sexuelle figurant au programme scolaire dans les pays à revenu faible, moyen et élevé, a révélé que 80 % des programmes qui traitaient des relations entre les genres ou de rapports de force débouchaient sur diminution significative

ix La méta-analyse portait sur des preuves de l'efficacité des interventions d'éducation sexuelle en milieu scolaire au sujet des connaissances et de la transformation des comportements à risque liés au VIH. Neuf interventions se concentraient exclusivement sur l'abstinence (abstinence uniquement) ou insistaient sur l'abstinence (abstinence plus), tandis que les 55 interventions restantes prodiguaient une éducation sexuelle complète. La majorité des études se sont déroulées en Afrique subsaharienne (n=29, 45,3 %). La plupart des études (n=56) ont eu lieu parmi des élèves de l'enseignement primaire ou secondaire.

Figure 13

Total des besoins pour accélérer la riposte d'ici à 2020



*inclut PrEP et petite allocation pour les transferts de liquidités

Source: Modélisation ONUSIDA, 2015.

des grossesses, des accouchements ou des IST.⁸¹ D'autres preuves viennent corroborer l'impact positif de l'ESC sur les résultats de SSR, notamment pour la réduction des IST, du VIH et des grossesses non désirées.⁸² Les jeunes sont visiblement désireux d'obtenir une éducation sexuelle, des services et des ressources plus complets et de meilleure qualité afin de répondre à leurs besoins en matière de prévention. Il convient de redoubler d'efforts pour toucher les enfants déscolarisés, qui sont souvent les plus exposés à la désinformation et à l'exploitation.

La riposte au sida doit continuer à mobiliser et faire participer les personnes vivant avec le VIH et les populations laissées pour compte, car celles-ci constituent une force qui conduira à une transformation de la gouvernance, la conception et la mise en œuvre de la riposte. Les réseaux et les organisations communautaires (en particulier de femmes, de jeunes et de populations clés) doivent être financièrement et politiquement appuyés, de manière à ce qu'ils jouent un rôle plus central dans la prestation de services et la communication auprès des membres de leur communauté, en vue de les informer, de les autonomiser et de les mettre en relation avec les services.

En dépit des nouveaux outils et des nouvelles approches de prévention mis à disposition, les programmes de prévention se sont appauvris ces dernières années, en raison d'un manque de leadership, de leur mauvaise gestion, du manque de responsabilisation et de la baisse du financement.⁸³ Il faut actualiser les cadres de prévention combinée au niveau national, renforcer la gestion et les capacités des programmes de prévention, et allouer un financement adéquat. Il conviendrait d'établir des capacités dédiées à la cartographie et à l'établissement de cibles pour les populations prioritaires, la coordination intersectorielle, le suivi et le tutorat dans le cadre de programmes locaux visant à élargir la couverture, augmenter les achats, mettre en place une chaîne d'approvisionnement des produits liés à la prévention et une communication efficace comprenant des messages cohérents en matière de prévention, notamment en recourant aux nouveaux moyens de communication et aux médias numériques. L'ONUSIDA estime qu'il faudrait allouer un quart du financement mondial pour la lutte contre le VIH aux efforts de prévention autres que la thérapie antirétrovirale (Figure 13), avec une proportion variable d'un pays à l'autre.

Il convient de prendre les mesures clés à prendre dans le cadre de la riposte mondiale pour réduire les inégalités d'accès aux services et aux produits

- ▶ Renforcer et permettre l'accès aux associations de mesures de prévention adaptées aux personnes et aux populations exposées à un risque accru de contracter le VIH, notamment au moyen d'une communication axée sur le changement de comportement, l'utilisation de préservatifs, de programmes de CMMV, d'une politique de réduction des risques, du dépistage et offre de PrEP ou du traitement en fonction des besoins, et en garantissant un environnement social, juridique et politique favorable.
- ▶ Renforcer la collecte de données infranationales et locales, ventilées par sexe, âge et population clé et son usage dans le cadre de la riposte basée sur les droits, afin d'améliorer les estimations démographiques, l'allocation de ressources par population et par lieu géographique, ainsi que l'accès et les liaisons avec les prestations de services.
- ▶ Intensifier les programmes visant à permettre aux femmes de disposer des connaissances, des compétences et des moyens de négocier des rapports sexuels à moindre risque, notamment par le biais d'une protection sociale qui tienne compte du VIH et de programmes d'émancipation économique, et accroître les investissements dans les produits de prévention initiés par les femmes.

- ▶ Renforcer les services ciblant les hommes et les garçons, y compris en mettant l'accent sur l'amélioration du comportement de recours aux soins de santé des hommes et sur l'élimination des obstacles structurels qui entravent le recours des hommes aux services liés au VIH.
- ▶ Améliorer l'accès des adolescents et des jeunes à l'éducation sexuelle complète, en l'intégrant dans les programmes scolaires et les systèmes de surveillance, en faisant participer les communautés et en organisant des formations pour les enseignants.
- ▶ Corriger les lois, les politiques et les normes qui portent atteinte à la santé et droits sexuels et reproductifs des adolescents et des jeunes, y compris celles qui limitent leur capacité à accéder de façon indépendante à l'information et aux services liés au VIH adaptés aux jeunes.
- ▶ Développer un soutien financier afin de renforcer et maintenir les programmes communautaires novateurs ainsi que le leadership et la participation des réseaux de personnes vivant avec le VIH, des populations clés et d'autres populations touchées de manière disproportionnée par les inégalités et le VIH, notamment le soutien en vue du renforcement des mouvements de jeunesse par le mentorat et des activités de renforcement des capacités.
- ▶ Renforcer la supervision de l'association de mesures de prévention, notamment au niveau des villes et des municipalités, et garantir des investissements suffisants dans la prévention du VIH, lesquels devraient atteindre un quart des investissements mondiaux en faveur du sida.

Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser les femmes et les filles



Domaine de résultats 5

Les femmes et les hommes pratiquent et encouragent les normes de sexospécificité et travaillent ensemble à mettre fin à la violence sexiste, sexuelle et à l'encontre du partenaire intime pour atténuer les risques et l'impact du VIH

Il est essentiel de parvenir à l'égalité des sexes en autonomisant les femmes et les filles tout au long de leur vie, au bénéfice de la société tout entière. L'égalité des sexes permet aux individus de prévenir la transmission du VIH, améliore l'accès aux services, à l'éducation et à l'emploi et ouvre la voie à une vie sans violence.

Il est primordial d'inclure des mesures en faveur de l'égalité des sexes et de l'émancipation des femmes dans trois domaines interdépendants afin de réduire leur vulnérabilité au VIH et son impact : (1) élargir l'accès et le recours des femmes et des hommes aux services et aux produits liés à la santé sexuelle et reproductive et au VIH ; (2) transformer les inégalités dans les normes et les relations liées au genre et mettre un terme à la violence sexiste, sexuelle et conjugale ; et (3) autonomiser les femmes, les jeunes femmes et les adolescentes, dans toute leur diversité, et leur donner davantage les moyens de prendre des décisions et d'agir dans toutes les sphères de leur existence.

La protection et l'encouragement de la santé et droits sexuels et reproductifs des femmes, en leur permettant de décider quand et avec qui avoir des rapports sexuels, se marier, et du nombre d'enfants qu'elles désirent, est capital pour la prévention de l'infection des femmes à VIH. Cela implique de mettre fin à des pratiques nuisibles comme le mariage précoce, le mariage d'enfants et le mariage forcé, ces pratiques faisant augmenter le risque d'infections par le VIH chez les filles.⁸⁴ L'autonomie et l'émancipation constituent des facteurs clés pour l'usage du préservatif, en particulier pour les jeunes femmes. Il a été démontré que les femmes jouissant d'une plus grande autonomie dans la prise de décisions ont plus de chances de négocier des rapports à moindre risque, qu'elles possèdent de meilleures connaissances en matière de VIH et utilisent davantage le préservatif.⁸⁵



Il est crucial de faire participer les hommes à la prévention du VIH, à la fois en tant que partenaires sexuels et clients ayant des besoins propres. Pour remettre en question la notion de « masculinité » et les perceptions traditionnelles de la virilité, les hommes doivent s'engager en tant que défenseurs des droits des femmes, et prendre la responsabilité de faire changer les normes sociales, les comportements et les stéréotypes sexistes qui font perdurer la discrimination et les inégalités. Faire participer les hommes et les garçons aux interventions transformatives en matière de genre, consistant en des activités génératrices de revenus encourage la participation et le recours des hommes aux services liés au VIH.⁸⁶ Les hommes et les garçons font face, eux aussi, à des discriminations liées à leur sexospécificité, y compris de la violence sexuelle qu'il convient d'aborder par le biais de services de VIH sensibles à la dimension de genre.

Les données toujours plus nombreuses qui mettent en évidence les liens entre droits de l'homme, égalité des sexes et VIH devraient éclairer l'intensification rapide d'une action systématique. C'est par des approches à volets multiples, consistant entre autres à faire participer les hommes et les femmes, les garçons et les filles et des parties prenantes diverses, que l'on obtiendra le meilleur impact. D'après le projet Safe Homes and Respect for Everyone (SHARE) mené en Ouganda, les activités visant à prévenir la violence conjugale, lorsqu'elles sont intégrées à un programme renforcé de traitement antirétroviral, réduiraient dans une large mesure l'incidence du VIH.⁸⁷ Les programmes liés à la prévention de la violence et au VIH, lorsqu'ils font partie des mécanismes de développement existants, comme la microfinance, la protection sociale et l'éducation, facilitent dans une large mesure l'extensibilité et la durabilité de la riposte.⁸⁸ La violence sexuelle a souvent tendance à devenir plus prononcée dans les situations d'urgence humanitaire, lorsque les systèmes de protection traditionnels sont défaillants ; il est par conséquent essentiel d'exploiter la participation des femmes à la consolidation de la paix, de réduire la vulnérabilité des femmes et des filles dans ces lieux et de s'assurer que la fourniture d'une prophylaxie post-exposition fait partie intégrante des services liés au VIH.

Le fait d'investir dans l'émancipation des femmes et de promouvoir leur accès aux services de santé, à l'éducation et aux possibilités économiques, d'assurer et de promouvoir leurs droits juridiques, et de soutenir l'autonomie et la prise de décisions des femmes contribuera à réduire l'infection à VIH et à atténuer l'impact de l'épidémie. Les femmes et les filles, et notamment celles qui vivent avec le VIH, doivent être à même de se poser en leaders ; il convient pour ce faire de réserver des espaces permettant la participation des femmes aux principales plateformes de définition des priorités liées au VIH et de faciliter la mobilisation de la base et le renforcement des alliances avec d'autres mouvements sociaux.

Il convient des prendre les mesures clés suivantes dans le cadre de la riposte mondiale pour parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser les femmes et les filles

- ▶ Veiller à ce que les lois, les politiques et les pratiques permettent aux femmes d'exercer leurs droits et leur autonomie ; faire progresser l'égalité des sexes ; répondre aux besoins des femmes dans toute leur diversité en matière de VIH et de santé et droits sexuels et reproductifs ; et soutenir l'accès à la prévention, au traitement et aux soins et l'observance pour les femmes, les jeunes femmes et les filles tout au long de leur vie, en particulier pour celles qui sont issues des communautés les plus vulnérables.
- ▶ Autonomiser les femmes et les filles, notamment celles qui vivent avec le VIH, de manière à respecter équitablement leurs droits économiques, juridiques, politiques, sociaux, santé

et droits sexuels et reproductifs, de même que leurs possibilités de participation, leur leadership et leurs décisions.

- ▶ Veiller à ce que les ripostes nationales au VIH établissent des liens avec les inégalités entre les sexes et la violence sexiste, telles que des dispositions pour les survivants de violence sexuelle et sexiste, y compris dans les situations d'urgence humanitaire.
- ▶ Intensifier les interventions visant à réduire la violence sexiste qui constitue une cause et une conséquence du VIH, ainsi que les pratiques néfastes comme le mariage forcé, la stérilisation forcée et l'avortement forcé.
- ▶ Transformer les normes inégales entre les sexes dans le contexte du VIH, en collaboration avec les hommes et les garçons, les femmes et les filles, et sensibiliser la communauté, les responsables culturels et religieux et le secteur privé.
- ▶ Investir dans des organisations qui plaident en faveur de l'égalité des sexes, les droits et l'émancipation des femmes, établir des liens entre les réseaux de femmes vivant avec le VIH, les mouvements de femmes et les mouvements de lutte contre le sida, ainsi qu'avec les gouvernements et les organisations internationales afin de garantir que les femmes participent bien à la gouvernance de la riposte au VIH.

Promouvoir des sociétés justes, pacifiques et inclusives



Domaine de résultats 6

Les lois, politiques et pratiques punitives, la stigmatisation et la discrimination qui entravent l'efficacité des ripostes au VIH sont supprimées

Conformément au programme de développement durable 2030, la présente stratégie prône le respect universel des droits de l'homme et la dignité, l'état de droit, la justice, l'égalité et l'absence de toute discrimination, de même que le respect de la race, de l'origine ethnique, du sexe et de la diversité culturelle, l'égalité de traitement et la prospérité partagée. Le programme constitue une occasion sans précédent d'étendre des ripostes au VIH qui se fondent sur les droits et de renforcer leurs relations avec les droits de l'homme, la justice sociale, et les mouvements en faveur de l'état de droit, afin de promouvoir des sociétés inclusives pour le développement durable.

La promotion des droits de l'homme et de l'égalité des sexes est une fin en soi, mais elle est aussi indispensable à la mise en place de ripostes efficaces et durables au VIH. Il faut traduire les obligations juridiques actuelles et l'engagement politique en faveur des droits de l'homme et de l'égalité des sexes en des stratégies, programmes et actions concrètes au niveau mondial, régional et national, en particulier en ce qui concerne la nature indivisible des droits fondamentaux à l'accès à l'information et aux services, l'autonomie dans les prises de décision et la non-discrimination. Les programmes de dépistage du VIH, de prévention, de traitement et de soins devraient être ancrés dans les principes et les approches relatifs aux droits de l'homme. Cela passe par un engagement au plus haut niveau du pouvoir exécutif, des membres parlementaires, des responsables politiques, religieux et communautaires, des responsables de la santé et du pouvoir judiciaire, car il est fondamental de faire entendre leur voix sur des questions sociales et juridiques complexes pour faire avancer la justice sociale.

Le droit pénal dans le contexte du VIH se fonde souvent sur des préjugés plutôt que sur des données probantes. La criminalisation trop importante de l'exposition au VIH, de la non-divulgence de la séropositivité et de la transmission du virus ne tient pas compte du

fait que le traitement du VIH réduit considérablement le risque de transmission du VIH. La criminalisation des relations homosexuelles adultes consentantes constitue une violation des droits de l'homme⁸⁹ et la décriminalisation des relations homosexuelles peut réduire la vulnérabilité d'infection par VIH.⁹⁰ Des analyses se fondant sur des données probantes ont également démontré que la décriminalisation du commerce du sexe pouvait empêcher les nouvelles personnes infectées par le VIH grâce à des effets combinés, en ce qui concerne la violence, le harcèlement de la police, l'environnement de travail plus sûr et les voies de transmission du VIH.^{91 92} De même, il a été démontré que la décriminalisation de la consommation de drogues injectables et la législation qui permet de réduire globalement les risques font baisser la transmission du VIH.⁹³ Une approche de santé publique et des alternatives à l'incarcération réduiraient le taux de nouvelles infections par le VIH (et aussi de la tuberculose et de l'hépatite virale) chez les détenus, tout en réduisant la surpopulation carcérale et en garantissant l'accès à la réduction des risques, aux préservatifs, aux services alimentaires et à d'autres services de santé.

Les réfugiés et les demandeurs d'asile vivant avec le VIH font souvent face à d'importantes discriminations, car de nombreux États restreignent l'entrée sur leur territoire ou rapatrient de force les personnes vivant avec le VIH, ce qui vient renforcer le besoin d'interventions liées au VIH solidement fondées sur les droits de l'homme et axées sur la protection. Le dépistage obligatoire du VIH des réfugiés et des demandeurs d'asile sans conseils avant ni après le test et sans garantie du respect de la vie privée est également une réalité dans de nombreux pays. La fourniture de services liés au VIH aux migrants et aux personnes touchées par des urgences humanitaires est profondément ancrée dans les législations et les politiques internationales de droit humanitaire et des droits de l'homme, ainsi que dans la déontologie médicale. Il est nécessaire de prendre des mesures fermes pour que ces principes soient appliqués en pratique.

L'accès à la justice permet aux personnes vivant avec le VIH et à d'autres populations clés de dénoncer les violations des droits de l'homme auxquelles elles sont confrontées, et notamment la discrimination et le déni de services par des systèmes judiciaires formels et informels qui entravent leur accès aux services VIH, et leur offre des voies de recours. Plusieurs programmes liés aux droits de l'homme ont permis de rétablir la dignité et ont amélioré la situation en matière de santé.⁹⁴ Ces programmes consistent, entre autres, à investir dans des réformes législatives et politiques, l'éducation juridique, à garantir la disponibilité et l'accessibilité des services juridiques, et à sensibiliser les agents chargés de l'application de la loi et les professionnels de soins de santé.

Les professionnels de santé sont également confrontés à la stigmatisation et à la discrimination. On peut éliminer la discrimination dans les milieux médicalisés par des mesures conjointes et grâce à l'engagement des gouvernements, des associations de professionnels, des organisations internationales et nationales qui fournissent des services de santé, des professionnels de santé, des personnes vivant avec et affectées par le VIH, des populations clés, des autorités locales et toute personne œuvrant pour garantir l'accès non discriminatoire et la qualité des soins pour tous. Il faut accroître les efforts pour éliminer la discrimination liée au VIH sur le lieu de travail et pour optimiser les interventions sur le lieu de travail qui visent à garantir que tous les employés ont accès aux tests et conseils volontaires, bénéficient de soins et sont maintenus dans l'emploi. Garantir un environnement de travail sain nécessite de nouer des partenariats plus solides entre les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les entreprises privées et les ministères chargés du travail, les syndicats, les employeurs et le monde des affaires.



Il conviendrait de prendre les mesures clés suivantes dans le cadre de la riposte mondiale pour promouvoir des sociétés justes, pacifiques et inclusives

- ▶ Éliminer les lois, les politiques et pratiques punitives qui violent les droits de l'homme, augmentent la vulnérabilité et le risque d'infection à VIH par la population et empêchant l'accès aux services, notamment les restrictions de voyage et celles qui entravent l'accès des populations clés aux services.
- ▶ Éliminer la discrimination et la stigmatisation des personnes exposées au risque d'infection à VIH et vivant avec le VIH, notamment dans les soins de santé, sur le lieu de travail et dans les établissements d'enseignement, et doter les prestataires de services de compétences et d'outils pour faire respecter leurs droits dans le cadre du VIH.
- ▶ Élargir les programmes permettant aux personnes vivant avec le VIH, aux autres populations clés, aux femmes et aux filles et aux populations affectées de connaître leurs droits, d'avoir accès à la justice et de dénoncer les violations de leurs droits, quels que soient leur âge, leur état de santé, leur genre, leur orientation et leur identité sexuelles, le fait qu'elles consomment de la drogue, leur statut de migrant ou leur participation au commerce du sexe.
- ▶ Identifier les obstacles et les difficultés d'ordre juridique ou en lien avec les droits de l'homme et le VIH dans les plans nationaux et augmenter le financement et la mise en œuvre de programmes qui soutiennent les environnements sociaux, politiques et juridiques permettant aux individus — en particulier aux populations clés et aux jeunes membres de ces populations — d'accéder aux services de dépistage du VIH et qui protègent les droits de l'homme.
- ▶ Promouvoir la tolérance et la protection contre les discriminations et la violence, et garantir l'accès aux services liés au VIH pour tous, y compris pour les populations clés.
- ▶ Assurer un suivi complet des violations des droits de l'homme, les obstacles juridiques et politiques et la discrimination liés au VIH, ainsi que la perception de la stigmatisation (y compris l'autostigmatisation) par le déploiement complet de la palette d'outils que sont les indices de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.
- ▶ Nouer des partenariats et des alliances, notamment avec la société civile, le pouvoir exécutif, les membres parlementaires, le pouvoir judiciaire, les universités et le secteur privé, en vue de promouvoir et défendre les droits de l'homme dans le contexte du VIH.

Revitaliser le partenariat mondial pour le développement durable



Domaine de résultats 7

La riposte au sida est entièrement financée et mise en œuvre efficacement sur la base d'informations stratégiques fiables



Domaine de résultats 8

Des services liés au VIH et de santé centrés sur les populations sont intégrés dans le contexte de systèmes de santé renforcés

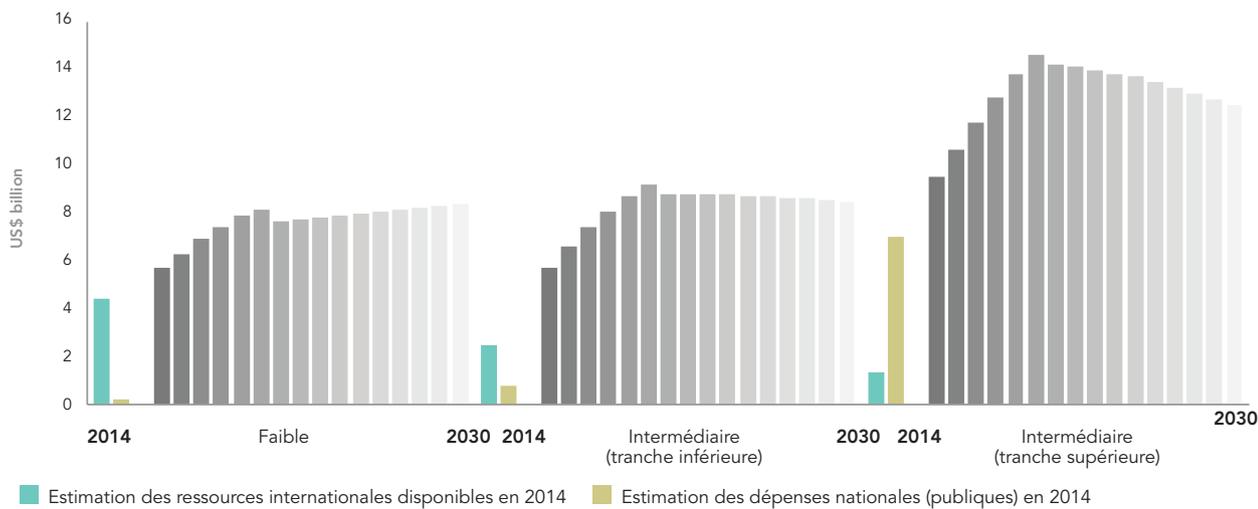
L'accélération des progrès dans la riposte au sida repose sur des mesures visant la mobilisation des ressources, des gains d'efficacité, la couverture universelle de santé et la protection sociale, l'affectation de ressources humaines dans le domaine de la santé, le transfert technologique et le renforcement des capacités. Les pays doivent déterminer, s'approprier et mener leurs ripostes au sida. Ils devront adopter des approches différenciées dans leurs relations avec leurs partenaires de développement, les organisations de la société civile et le secteur privé. Ces approches devraient être fondées sur les valeurs de justice et d'équité et guidées par les principes énoncés dans le programme de développement durable et le programme d'action d'Addis-Abeba, et en particulier les responsabilités conjointes, mais différenciées ainsi que la solidarité mondiale et la responsabilité partagée, de même que par les engagements régionaux tels que la feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme.

Mobilisation des ressources

L'accélération de la riposte au sida nécessitera un investissement annuel de 7,4 milliards de dollars US en 2020 dans les pays à revenu faible et de 10 milliards de dollars US dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) (Figure 14). Les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) auront besoin de 13,7 milliards de dollars US en 2020, après quoi, les besoins baisseront à 12,5 milliards de dollars US jusqu'en 2030. La part la plus importante du financement mondial pour la lutte contre le VIH ira à l'Afrique subsaharienne et s'élèvera à 15,8 milliards de dollars US en 2020. Ces estimations doivent tenir compte de l'objectif de traitement 90-90-90, des cibles de prévention et des facteurs déterminants qui permettront de les réaliser. Avec ces ressources, on pourra dispenser un traitement antirétroviral à deux fois plus de personnes dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2020 qu'en 2015, ce qui augmentera considérablement la couverture des programmes de prévention combinée. Les objectifs de financement présentés dans la stratégie présupposent une augmentation importante des contributions publiques nationales pour chaque niveau de revenu (sur la base du classement de la Banque mondiale 2015), en fonction de l'analyse de l'espace budgétaire et de la viabilité financière.^x Les pays touchés par des catastrophes naturelles ou des urgences humanitaires et qui accueillent des réfugiés et d'autres personnes déplacées peuvent nécessiter des ressources supplémentaires pour répondre aux besoins liés au VIH de ces populations.⁹⁵

x L'analyse visant à définir les objectifs financiers tient compte de l'intégration des dépenses VIH dans le cadre de la stratégie de couverture universelle de santé (CUS), de la croissance économique et de l'augmentation des dépenses sociales qui en résulte, notamment en ce qui concerne la santé, le maintien de la part des dépenses liées au VIH dans le budget de la santé, les efficacités dans la prestation de services, les réductions de prix des médicaments et produits antirétroviraux, et la transition des pays vers un niveau de revenu plus élevé.

Ressources disponibles pour le VIH en 2014 et ressources nécessaires pour 2015-2030, par niveau de revenu



Estimations ONUSIDA, juin 2015; ONUSIDA et la Fondation de la famille Kaiser (KFF).
Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries in 2014. Menlo Park, California; KFF; 2013; OECD CRS accédé en juin 2015, GARPR/UNGASS.

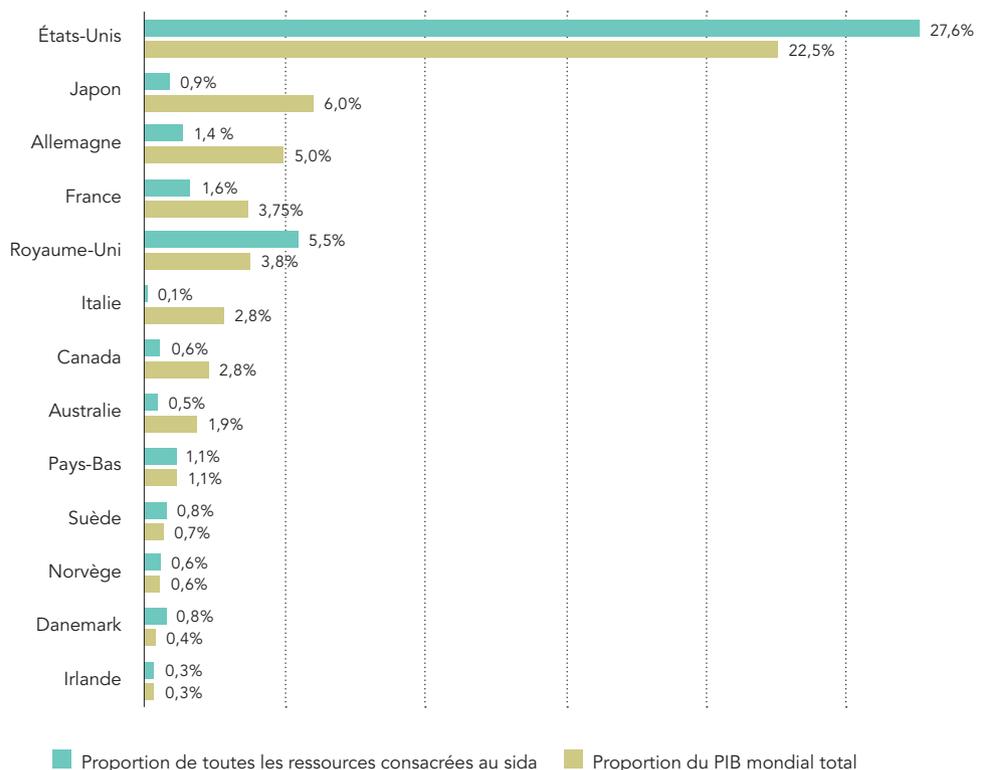
D'ici à 2020, l'aide internationale annuelle consacrée à la lutte contre le sida devrait atteindre au moins 12,7 milliards de dollars US (soit 40 % des besoins en ressources destinés aux pays à revenu faible et intermédiaire, contre 8,75 milliards en 2014 ou 6,5 milliards pour les pays à revenu faible, 5,5 milliards pour les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et 0,7 milliard pour les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure). Les partenaires de développement devraient veiller à ce que leur part financière pour la riposte au sida soit proportionnelle au niveau de leur économie mondiale, voire plus élevée (Figure 15). Les pays à revenu élevé devraient eux aussi garantir un investissement national approprié pour soutenir une riposte au sida efficace, en s'attachant à réduire les inégalités auxquelles font face les populations clés, les communautés autochtones, les migrants et d'autres groupes marginalisés.

Pour réaliser ces objectifs financiers d'ici à 2020, les gouvernements des pays à faible revenu devront sans doute financer 12 % du montant total de leurs besoins en ressources pour la lutte contre le VIH, les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) 45 % et les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure) 95 %. Ces derniers pays financent déjà la plupart de leurs besoins financiers pour la riposte au sida à partir de sources nationales (80 % en 2013 contre 22 % dans les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure) et 10 % dans les pays à revenu faible). Les pays à revenu faible et intermédiaire peuvent augmenter les dépenses nationales qu'ils consacrent à la lutte contre le VIH en levant davantage d'impôts, par des allocations budgétaires ciblées, un financement novateur et une meilleure efficacité.

Pour accroître les moyens de financement novateurs, certains pays ont mis en place une taxe spéciale dont une partie des recettes est affectée à des programmes de lutte contre le VIH, ainsi qu'une taxe spéciale sur les envois de fonds, les voyages en avion, l'usage du téléphone portable, et l'achat d'alcool et de tabac. Des mécanismes innovants associant ressources publiques et privées comme les obligations en faveur de la vaccination peuvent également générer des financements prévisibles sur le long terme. Les pays peuvent aussi envisager le cofinancement des efforts de développement et intégrer la lutte contre le VIH dans les

Figure 15

Contributions des donateurs à la lutte contre le sida selon leur contribution à l'économie mondiale, 2014



Source: rapport ONUSIDA-KFF, juillet 2015, International assistance from donor governments, 2014.

systèmes nationaux de financement de la santé, ce qui produira des effets bénéfiques plus largement fondés sur la santé. La mise en commun de différents flux de ressources en un seul système de financement des soins permet de répartir les risques et de redistribuer les ressources entre les membres.

À mesure que les pays augmenteront leur financement national des programmes de lutte contre le VIH et seront moins dépendants de l'aide internationale, les systèmes et les processus mis en place devront assurer une transition en douceur, transparente et durable, y compris les moyens de suivre les engagements pris par les partenaires internationaux et les pays.

Avec le ralentissement du financement public international de la lutte contre le VIH, et dans la mesure où certains des pays les plus touchés n'ont pas les capacités d'accroître leur niveau budgétaire par des moyens traditionnels, le partenariat avec le secteur privé est fondamental. Nouer des partenariats avec des intervenants clés du secteur privé de la finance, et avec des établissements financiers multilatéraux (comme la nouvelle Banque de développement des pays BRICS) pourrait permettre de mobiliser plus de 3 milliards de dollars US de fonds pour mettre en œuvre la riposte au sida, moyennant l'émission d'obligations aux niveaux régional et national pour la lutte contre le VIH, des investissements dans les fonds de placement privés et les garanties de prêts.

Générer des gains d'efficacité

Les gains d'efficacité peuvent contribuer à garantir un espace budgétaire pour la lutte contre le sida, et ce, en particulier dans les pays à forte prévalence, l'allocation de ressources selon les priorités géographiques et les populations contribue à générer des gains d'efficacité et permet de faire plus pour la lutte contre le VIH avec des ressources limitées. Dans les pays connaissant des épidémies concentrées, les meilleurs gains d'efficacité s'obtiendront en transférant les ressources vers les populations clés.

La plupart des pays doivent intensifier les services de qualité et réduire le coût de produits de santé, notamment en élargissant la prestation de services communautaires et en favorisant la concurrence entre les fournisseurs de produits pharmaceutiques. Pour faire baisser les prix, les pays doivent exploiter pleinement leur potentiel de négociations, notamment en mettant en commun les achats et en mettant stratégiquement au point des procédures d'appel d'offres et d'autres mécanismes visant à influencer le marché. L'adoption de nouveaux types de régimes thérapeutiques, de diagnostics et de tests de charge virale présentant des coûts de production moindres, en recourant aux flexibilités de l'ADPIC et/ou des mécanismes d'octroi volontaire de licences, sera également essentielle pour réaliser d'importantes économies. Une intensification accélérée favorisera une consommation efficace des ressources en réduisant les coûts unitaires des services. On estime que les économies d'échelle permettant de fournir un traitement antirétroviral à 29 millions de personnes d'ici à 2030 impliqueront une réduction de 42 % du coût unitaire de la thérapie antirétrovirale dans les établissements. La prestation communautaire de services de santé intégrés favorisera l'efficacité des services grâce à un rayonnement plus large, en particulier dans les pays qui manquent de personnel de santé.

Élargir la couverture santé universelle en tenant compte du VIH et la protection sociale dans tous les milieux

La couverture universelle de santé est à la fois une cible et un cadre organisationnel lié à l'objectif de développement durable pour la santé.⁹⁶ La couverture universelle de santé consiste à faire en sorte que toutes les personnes bénéficient de services de santé de bonne qualité, sans les entraîner dans des difficultés financières. Les pays doivent progressivement aborder trois dimensions dans la planification des ripostes au VIH : (1) définir un ensemble d'interventions essentielles et à fort impact en matière de VIH qui puisse être intégré dans l'ensemble de services de santé au niveau national ; (2) s'assurer que cet ensemble de services est adapté et qu'il est offert de manière équitable aux populations qui en ont besoin ; et (3) veiller à ce que les coûts des services liés au VIH soient couverts par le système national de financement de la santé, afin de réduire au minimum les dépenses personnelles et le risque pour les personnes concernées de rencontrer des difficultés financières.^{xi}

Des services de prévention, de traitement et d'appui médico-social devraient être intégrés dans les services liés aux coinfections et aux comorbidités, de même que des services de santé sexuelle et reproductive comme la prévention, le dépistage et le traitement des IST et du cancer du col de l'utérus. Il conviendrait d'élargir l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins pour la tuberculose associée au VIH, moyennant des programmes efficaces établis conjointement, l'intégration centrée sur le patient et la fourniture sur un même lieu de services à la fois pour

^{xi} Pour l'élaboration de stratégies en faveur d'une CUS tenant compte du VIH, les documents de l'OMS Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 et la stratégie mondiale sur les services de santé intégrés centrés sur la personne constituent d'importants cadres de référence.



le VIH et la tuberculose. Compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes de plus de 50 ans vivant avec le VIH, les services devront être intégrés dans les systèmes de soins pour d'autres maladies chroniques. Bon nombre d'enseignements tirés de la riposte au VIH sont applicables aux programmes nationaux liés aux maladies non transmissibles, et vice versa.

Les programmes de protection sociale peuvent réduire les comportements à risque, et notamment les rapports sexuels transactionnels avec des personnes de tranches d'âge différentes, et améliorer l'accès aux services VIH et l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH.⁹⁷ Une protection sociale complète qui tient compte du VIH implique une série de mesures politiques et de programmes, tels que des réformes juridiques visant à protéger les droits des personnes vivant avec le VIH, des femmes et des populations clés ; des programmes d'émancipation économique, une assurance sociale, des transferts et des subventions ; un soutien alimentaire et nutritionnel ; et des références et des liaisons afin de maximiser les retombées des investissements dans les secteurs et d'un secteur à l'autre. Des données récentes démontrent les importantes retombées générées par l'association de transferts de liquidités, l'alimentation en milieu scolaire et un soutien psychosocial, en termes de diminution des comportements à haut risque chez les adolescents et les adolescentes⁹⁸ ainsi que les retombées des transferts de liquidités sur la réduction des rapports sexuels non protégés et de la violence conjugale.⁹⁹

Ressources humaines pour la santé

Le développement des prestations de services VIH au cours des 15 dernières années pour répondre aux besoins de millions de personnes a débouché sur un renforcement des systèmes de santé. L'accès aux médicaments de qualité garantie, aux diagnostics et aux autres produits a été considérablement élargi. Les pays ont amélioré le recours aux services de santé grâce à l'utilisation judicieuse de la décentralisation, à une redistribution des responsabilités et au déploiement d'agents de santé communautaires.

Toutefois, le modèle actuel des ressources humaines pour la santé reste fondé sur les établissements, dépendant des médecins et axé sur les maladies et n'est ni durable ni capable de soutenir une intensification majeure. Il est crucial que les approches de prestation de services intègrent davantage les communautés et le secteur privé, et exploitent au maximum les possibilités offertes par les services liés au VIH comme un point d'entrée vers les autres services de santé. L'expérience acquise au Rwanda a démontré que l'on peut obtenir des gains d'efficacité en intégrant judicieusement des services axés sur les patients.³¹ Il est nécessaire de renforcer les services à base communautaire, la délégation et le partage des tâches ainsi que la solidité des systèmes de santé pour atteindre les objectifs de la présente stratégie.

Transferts technologiques

L'accès durable à long terme aux produits liés au VIH, notamment par le biais de la production locale de produits pharmaceutiques, exige de promouvoir les transferts technologiques Nord-Sud, Sud-Sud et, dans une plus large mesure, Sud-Nord. Les structures existantes, comme les partenariats avec les pays BRICS, entre la Chine et l'Afrique, et entre l'Inde et l'Afrique, ainsi que le mécanisme de facilitation de la technologie récemment adoptée, devraient inclure le partage du savoir-faire et des compétences pour renforcer la capacité manufacturière locale. Il convient de procéder à des accords en matière de transferts technologiques, et notamment mais pas exclusivement, à des accords d'octroi volontaire de licences entre le laboratoire de princeps et le fabricant de génériques, afin d'améliorer la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments. Des efforts concertés seront nécessaires pour harmoniser et renforcer les systèmes réglementaires régionaux de contrôle de la qualité et d'intégration des produits sur le marché régional, en particulier en Afrique subsaharienne.

Soutien technique et renforcement des capacités

Le contexte, l'épidémie et la riposte étant en constante évolution, il est nécessaire d'élargir le soutien technique de qualité pour renforcer les capacités et les institutions, conformément aux principes d'appropriation nationale, d'efficacité de l'aide et d'utilisation optimale des ressources. Le soutien technique impliquera un éventail de partenariats collaboratifs ainsi que des activités telles que le partage de meilleures pratiques et la fourniture d'une formation, de conseils et d'un soutien aux pays. Des efforts sont nécessaires pour améliorer la fourniture, la coordination et l'efficacité du soutien technique, afin de renforcer la capacité nationale à 1) générer des données ventilées actuelles et fiables pour suivre les progrès et veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte tout en procédant au renforcement des stratégies de rapportage fondées sur les cas et les systèmes de gestion des informations de santé, 2) faire des investissements stratégiques et améliorer la qualité de la prestation de services, 3) mettre en place des systèmes solides pour les achats, la chaîne d'approvisionnement et la gestion, 4) garantir une gouvernance efficace au sein du secteur de la santé et au-delà ; 5) assurer le respect des droits de l'homme, l'égalité des sexes et la mobilisation communautaire, 6) garantir un engagement et un leadership significatifs de la société civile ; et 7) promouvoir l'introduction en temps utile de technologies et de systèmes novateurs.

Il convient de prendre les mesures clés suivantes dans le cadre de la riposte mondiale pour renforcer le partenariat mondial pour le développement durable

- ▶ Établir des cibles nationales ambitieuses pour la prévention et le traitement d'ici à 2020 et 2030, et améliorer la responsabilité du secteur public afin d'évaluer régulièrement les progrès vers la réalisation des engagements convenus.
- ▶ Mobiliser les ressources nationales dédiées à la riposte au sida proportionnellement au revenu national et au fardeau de morbidité, et d'améliorer la capacité à percevoir des taxes et autres recettes, notamment par des approches de cofinancement.
- ▶ Mobiliser des ressources supplémentaires pour la riposte au sida auprès de la communauté internationale, en faisant correspondre les engagements des donateurs à leur part nationale dans l'économie mondiale, et par des prêts concessionnels et non concessionnels pour le développement humain.
- ▶ Élaborer des pactes nationaux et des plans de transition vers la durabilité entre les partenaires internationaux et les gouvernements nationaux, prévoyant les engagements programmatiques et financiers des deux parties en appui des plans chiffrés nationaux, et promouvoir la responsabilité mutuelle.
- ▶ Renforcer les systèmes de santé, les régimes de couverture universelle de santé et les ensembles de santé nationaux, afin de faire en sorte que toutes les personnes vivant avec le VIH ou exposées à un risque d'infection élevé aient accès à des services de VIH et de santé complets et intégrés (le cas échéant), notamment aux médicaments et aux technologies liés au VIH.
- ▶ Intensifier et élargir progressivement les programmes de protection sociale tenant compte du VIH en faveur des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des femmes et des filles, des familles vulnérables et des soignants, y compris les programmes en matière d'assurance, de soutien alimentaire et nutritionnel, de logement, d'éducation, d'emploi et d'émancipation économique.
- ▶ Investir et mettre en place des systèmes de santé solides en renforçant les ressources humaines afin de fournir des services VIH et de santé intégrés, ainsi que des systèmes d'achat, d'approvisionnement et de gestion qui répondent aux risques locaux et au fardeau de morbidité.
- ▶ Élargir les options de prestation de services de santé grâce à des partenariats avec le secteur privé, les organisations de la société civile et les organisations religieuses pour accroître la participation stratégique à la riposte au sida en tant que bien pour la santé mondiale.
- ▶ Améliorer l'efficacité et l'efficacité des services VIH et de santé de qualité intégrés grâce à la coopération Sud-Sud et à des investissements accrus dans la science, la technologie, les innovations, le partage des connaissances et le renforcement des capacités.
- ▶ Intensifier les investissements et le soutien à la société civile et aux groupes communautaires en améliorant et en maintenant leur rôle essentiel dans la prestation des services, la progression des droits de l'homme, la sensibilisation et la responsabilisation.



Comment l'ONUSIDA va réaliser cette stratégie

Optimiser les avantages comparatifs du Programme commun : de nouvelles méthodes de travail

L'ONUSIDA a pour objectif d'ouvrir la voie dans la quête historique visant à mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace de santé publique et à atteindre l'objectif du « triple zéro ». L'approche de l'ONUSIDA se fonde sur les droits et des données probantes, repose sur les valeurs d'égalité et de durabilité et accorde une importance centrale à la gouvernance inclusive et à une responsabilisation mutuelle. À terme, elle cherche à fournir un soutien aux ripostes solides que les pays orientent et s'approprient. Unique Programme commun coparrainé du Système des Nations Unies, l'ONUSIDA est un exemple tangible de riposte intersectorielle cohérente à la question complexe du VIH. Sa force découle de l'expertise diversifiée et des mandats de ses 11 coparrainants et de la valeur ajoutée du Secrétariat de l'ONUSIDA, ainsi que de son organe de gouvernance unique, qui comprend 22 États membres, la représentation des coparrainants de l'ONUSIDA et cinq sièges attribués à des organisations non gouvernementales régionales. Son approche de gouvernance fournit une plateforme inégalée permettant d'impliquer les acteurs non étatiques dans les discussions sur des questions difficiles dans les forums nationaux et intergouvernementaux.

La politique du Programme commun et la cohérence opérationnelle sont renforcées via la Division du Travail de l'ONUSIDA, qui assure la responsabilisation réciproque entre les coparrainants et le Secrétariat de l'ONUSIDA aux niveaux mondial, régional et national. Guidés par cette stratégie, équipes communes des Nations Unies sur le sida et les programmes de support communs concrétiseront les actions menées par l'ONUSIDA au niveau national, sous la direction des coordonnateurs résidents des Nations Unies.

Les stratégies VIH des coparrainants s'aligneront sur la présente stratégie et seront guidées par elle. Les stratégies des coparrainants comprennent des stratégies spécifiques au secteur ou à la population, comme les stratégies du secteur de la santé et de l'éducation au VIH, et des stratégies portant sur les réfugiés, les personnes déplacées dans leur propre pays, la nutrition, les enfants, les femmes, les adolescents, les jeunes, la drogue et le crime. D'autres stratégies des coparrainants traitent les aspects multisectoriels de la riposte au VIH, tels que les ODD, la gouvernance, les droits de l'homme, la planification du développement, la résilience, la protection sociale et le financement.

La riposte au sida a reconnu que l'ONUSIDA était la seule instance capable de confronter et de parvenir à un consensus sur des questions politiques délicates, là où d'autres échouent. Elle assure de plus en plus un leadership politique et une sensibilisation sur les questions de la santé mondiale et de la justice sociale. Dans sa résolution 2015 sur l'ONUSIDA, le Conseil économique et social des Nations Unies a affirmé que le Programme commun offre aux Nations Unies un exemple utile de renforcement de la cohérence stratégique, de coordination, d'orientation axée sur les résultats, de gouvernance inclusive et d'impact au niveau national pour la période post-2015.¹⁰¹

Nous devons continuer de renforcer et d'adapter nos nombreux partenariats pour accélérer la riposte. Les ODD tiennent compte de la complexité du monde ; l'ONUSIDA et les parties prenantes à la riposte élargie au sida comprennent que maintenir les populations (avec tous leurs besoins, rôles et contextes différents) au centre de tout ce que nous entreprenons peut résoudre cette complexité. En tant que responsable et coordonnateur, l'ONUSIDA a créé de nouveaux espaces de discussion et de nouveaux modèles de collaboration qui reconnaissent et travaillent dans cet environnement complexe.

En dirigeant la mise en œuvre de cette stratégie globale, dans le contexte du programme de développement durable à horizon 2030, le rôle du Programme commun et de ses partenaires stratégiques continuera à évoluer. Aux niveaux mondial, régional et local, l'ONUSIDA renforcera et affinera son leadership, en particulier sous la forme d'actions de sensibilisation politique, de conseils stratégiques et de soutien technique pour optimiser les ressources et obtenir des résultats. Ce leadership vise à aider les pays à renforcer leurs systèmes, à améliorer leur durabilité, à gérer les transitions, à encourager le travail intersectoriel et à garantir l'accès aux services dans le cadre des droits de l'homme. À cette fin et guidés par la déclaration de mission, les bureaux de l'ONUSIDA réalisent un ensemble de fonctions, et notamment réunissent diverses parties prenantes dans le processus décisionnel, mobilisent des ressources, génèrent des informations stratégiques, favorisent la responsabilisation par rapport aux résultats et garantissent l'inclusion des populations clés et des personnes laissées pour compte. L'ONUSIDA accélérera ses efforts dans les pays à revenu faible et intermédiaire visés par l'action Accélérer en vue de réaliser les objectifs définis dans la stratégie tout en garantissant un retour maximum sur les investissements. En élargissant son partenariat dans le domaine du développement, l'ONUSIDA se concentrera sur cinq aspects essentiels de la riposte : **l'information, l'investissement, l'inclusion, l'intégration et l'innovation.**

Information

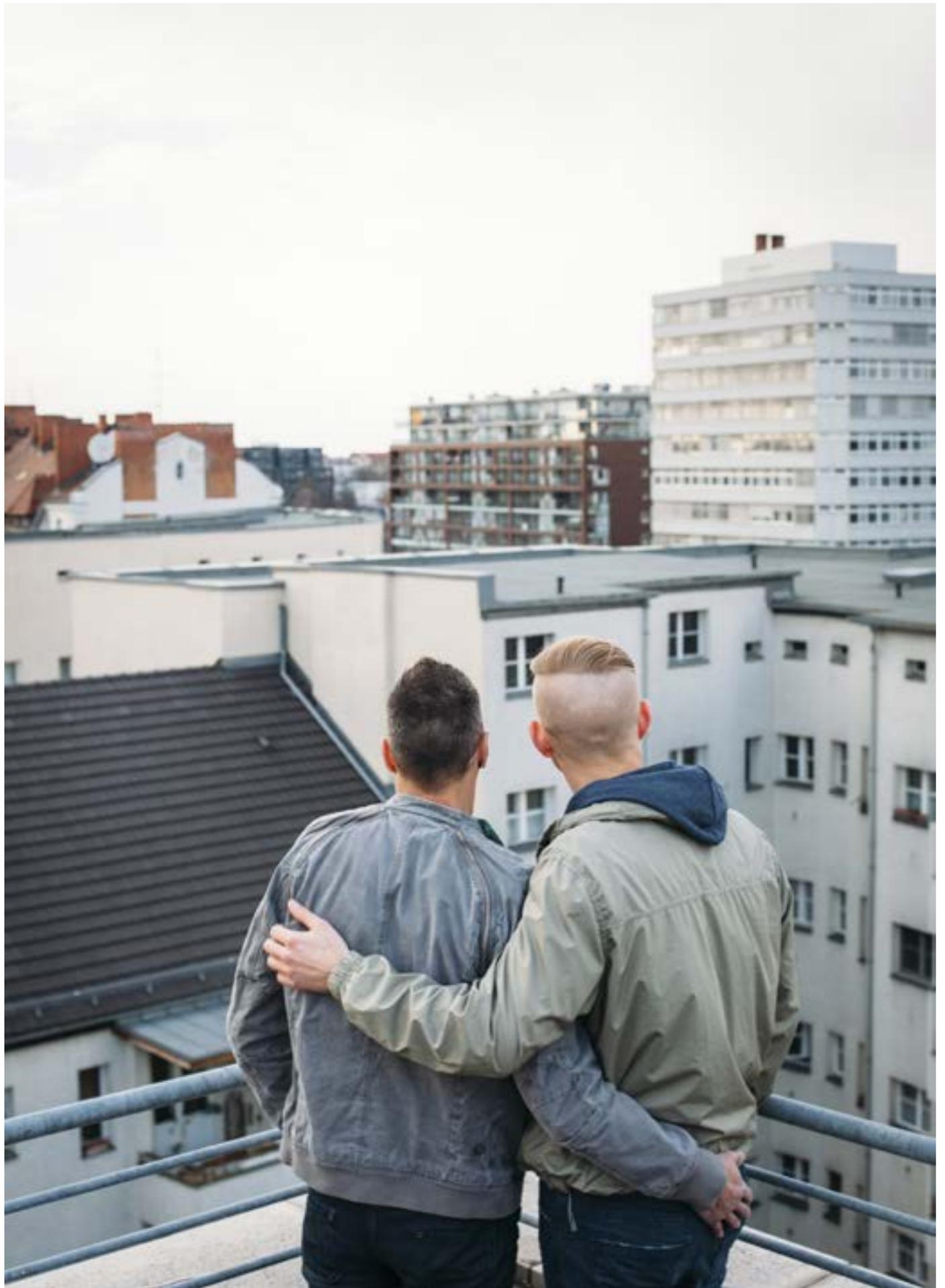
Le programme pour le développement durable engage la communauté internationale, d'ici à 2020, à améliorer le soutien au renforcement des capacités afin d'accroître considérablement la disponibilité de données actuelles, fiables et de qualité ventilées par niveau de revenu, sexe, âge, race, origine ethnique, statut migratoire, handicap, lieu géographique et d'autres caractéristiques pertinentes dans les contextes nationaux. Des efforts du même ordre seront essentiels pour la riposte au sida. L'ONUSIDA abrite la collection de données la plus vaste et la plus ventilée disponible sur l'épidémie de VIH et la riposte à cette maladie. Parmi les innovations en matière de collecte de données, citons la collecte de données infranationales et la disponibilité accrue des données en temps réel grâce aux nouvelles technologies comme l'externalisation ouverte. L'approche de l'ONUSIDA consistant à « connaître son épidémie, connaître sa riposte »¹⁰² souligne le besoin crucial de données pour guider et informer une politique et une élaboration des programmes fondées sur les droits et les données probantes. Tirant parti de la puissance des informations, l'ONUSIDA continuera à renforcer la capacité des pays à collecter des informations sur l'épidémie et la riposte et à les utiliser pour obtenir des résultats. Une attention particulière sera accordée aux situations d'urgence humanitaire, étant donné les difficultés accrues que représente la collecte de données fiables sur la riposte au VIH.¹⁰³

La riposte au sida doit favoriser l'évolution des technologies de l'information et de la communication pour engager et responsabiliser la population. De nouveaux canaux et plateformes de communication offrent des possibilités pour renforcer la collecte de données, mettre l'accent sur la sensibilisation et accroître la responsabilisation, en particulier avec les jeunes et les populations à risque accru. L'ONUSIDA travaillera avec les jeunes, en leur donnant les moyens de renforcer les programmes visant à prévenir les infections par VIH et à inspirer un mouvement social pour générer de meilleurs résultats grâce à des changements essentiels dans la politique publique. L'ONUSIDA encouragera des partenariats avec des coalitions d'organisations de jeunes autour de l'objectif visant à assurer la santé, le bien-être et les droits de l'homme de tous les jeunes, comme l'initiative All-In! Un accent particulier sera mis sur la poursuite du renforcement de la capacité du PACT et d'autres réseaux de jeunes vivant avec le VIH pour veiller à ce que les jeunes soient au centre de la riposte, en particulier en ce qui concerne la prévention et le traitement basés sur des données probantes.

Investissements

L'ONUSIDA a pour priorité et mission de faire en sorte que des ressources suffisantes soient allouées à la riposte au sida dans le contexte des stratégies de développement durable et des cadres de financement nationaux. Le Programme commun aidera les pays à diversifier leurs financements consacrés aux stratégies de lutte contre le VIH en soutenant l'expansion des financements nationaux, en favorisant l'engagement étroit du secteur privé, en aidant à concevoir de nouveaux modèles de financement et en continuant à prôner un financement public international en vue de combler les manques de ressources pour la riposte au sida. Le Programme commun fournira des conseils lors de l'élaboration des plans de transition afin de permettre aux pays de maintenir les principaux programmes, d'obtenir des gains en termes de capacité et de santé, et ce malgré les niveaux fluctuants de financements externes, les changements des modalités de prestation de services et l'évolution de la gouvernance et des dispositions institutionnelles.

L'ONUSIDA fera progresser son approche en matière d'investissement stratégique, en proposant aux pays les outils et le soutien analytique nécessaires pour assurer une allocation optimale des ressources, conformément aux priorités de l'épidémie et pour maximiser les effets multiplicateurs sur l'ensemble des questions de santé et de développement. Le Programme commun mènera une analyse d'efficacité de l'affectation des ressources et orientera la mise en œuvre des recommandations visant à réduire les coûts et à améliorer la portée et l'impact des activités de prévention du VIH, de traitement et d'appui médico-social. Le Programme commun établira également des données probantes et fournira une expertise technique pour aider les décideurs, les gestionnaires de programmes et les partenaires de financement à obtenir un impact maximal en vue d'atteindre les objectifs de la stratégie de l'ONUSIDA.



L'ONUSIDA travaillera main dans la main avec des partenaires mondiaux clés — y compris le Fonds mondial de lutte contre le sida et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour le sida (PEPFAR). Les objectifs ambitieux fixés par le PEPFAR en vue de prévenir de nouvelles infections parmi les adolescentes et les jeunes femmes et d'accroître l'accès au traitement pour les enfants, les femmes enceintes et les adultes s'alignent sur la stratégie de l'ONUSIDA et y contribueront de manière essentielle.¹⁰⁴ L'éradication de l'épidémie du sida exige la mobilisation continue d'organisations bilatérales dans la cadre de la riposte au sida tandis que de nouvelles opportunités émergent dans le cadre du programme « Au-delà de l'APD ». L'ONUSIDA renforcera sa collaboration avec les pays, le PEPFAR et d'autres organisations bilatérales pour améliorer les informations stratégiques qui permettront aux pays de répondre efficacement aux épidémies de VIH locales. Les informations améliorées serviront également à orienter l'utilisation des ressources du Fonds mondial pour accélérer l'action et assurer la durabilité programmatique.

L'ONUSIDA travaillera pour assurer un partenariat entièrement financé et efficace avec le Fonds mondial, ce qui est essentiel pour la riposte au sida et pour la santé mondiale. Pour utiliser efficacement les ressources disponibles en vertu du nouveau modèle de financement du Fonds mondial (2014), l'ONUSIDA : (1) renforcera l'appui technique et le soutien à la sensibilisation proposé aux pays en leur permettant d'accéder et d'utiliser de manière optimale les ressources du Fonds mondial en appui aux ripostes nationales accélérées au VIH (y compris par l'information stratégique et la mise en place de dialogues nationaux) ; (2) continuera à coopérer avec le Secrétariat et le Conseil du Fonds mondial pour définir et mettre en œuvre des stratégies, des politiques et des approches éclairées par des informations stratégiques et les conseils fournis par l'ONUSIDA sur l'accélération de la riposte ; et (3) travaillera en étroite collaboration avec ses partenaires pour aider les pays à revenu intermédiaire à élaborer des plans de transition vers la durabilité financière ainsi l'identification et la mobilisation des ressources nationales nécessaires.

L'ONUSIDA catalysera la coopération Nord-Sud, Sud-Sud et la coopération régionale et internationale triangulaire, permettant ainsi à diverses parties prenantes d'améliorer le partage des connaissances dans le domaine de la science, la technologie et l'innovation. L'ONUSIDA étendra son engagement stratégique avec des organes politiques régionaux émergents et des accords de coopération, tels que le forum ministériel sur la Coopération Chine-Afrique. Voir l'annexe 2 relative aux possibilités de collaboration avec les institutions régionales.

L'ONUSIDA cherchera des possibilités novatrices pour travailler en collaboration avec le secteur privé. Nous allons accroître notre collaboration avec les associations du secteur privé, comme la Global Business Coalition for Health, afin d'identifier comment les ressources et l'expertise du secteur privé peuvent accélérer et renforcer la riposte, notamment grâce à la responsabilité sociale et à l'investissement dans l'impact social. Les initiatives de partenariat public-privé seront étendues, y compris celles qui favorisent la santé et l'accès aux services de santé au travail.

Inclusion

Le partenariat mondial pour le développement durable amélioré et revitalisé représente un moyen de renforcer la coopération mondiale dans le but de mettre en œuvre le programme de développement durable, et notamment l'accélération de la riposte au sida. Des partenariats multipartites qui encouragent la participation des gouvernements, de la société civile, du secteur privé, du monde universitaire, des fondations et des autorités locales seront importants pour mobiliser et partager les connaissances, l'expertise, la technologie et les ressources financières.

Le Programme commun renforcera ses partenariats avec la société civile, y compris les organisations représentant les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés, les femmes, les jeunes et les acteurs confessionnels. Pour ce faire, l'ONUSIDA va : (1) plaider pour un financement stratégique en faveur de la société civile afin qu'elle assure un rôle de prestation de services, de création de la demande et de sensibilisation cruciaux ; (2) étendre le soutien au renforcement des capacités organisationnelles et à la participation éclairée dans les plateformes décisionnelles aux niveaux mondial, régional et national ; (3) favoriser la collaboration entre la société civile et les gouvernements afin d'identifier, d'adapter et d'étendre les modèles novateurs de prestation de services à base communautaire ; et (4) impliquer la société civile dans la mise en œuvre de la stratégie de l'ONUSIDA.

Une riposte inclusive au sida exigera en outre de déterminer les besoins des communautés fragiles et de faire en sorte qu'ils soient couverts dans tous les pays. Le Programme commun continuera à défendre les communautés fragiles, vulnérables et touchées par le VIH et de travailler avec elles afin d'assurer que la riposte au SIDA est adaptée à leurs besoins, en aidant les gouvernements, la société civile et d'autres acteurs concernés par le VIH à résoudre les problématiques diverses liées aux sexes et droits de l'homme dans leurs plans nationaux en matière de VIH, de droits de l'homme et d'égalité des sexes.

Même avec l'innovation biomédicale et un système de prestation de services en place, l'environnement juridique, la culture et la société jouent un rôle dans la mise en œuvre et l'intégration éventuelles des innovations et dans la façon dont cette mise en œuvre et cette intégration se feront. Le succès dépendra toujours d'une architecture solide des droits de l'homme et de partenariats avec des organisations de la société civile locales et des organisations confessionnelles. Les engagements avec les mécanismes du Conseil des Droits de l'homme des Nations Unies et les organes de suivi des traités des Nations Unies seront revigorés, tout comme l'engagement avec les mécanismes des droits de l'homme régionaux et nationaux. Le parlement, le pouvoir judiciaire, la police et d'autres organismes d'application de la loi seront abordés en priorité. Le rôle des organisations des droits de l'homme, des bailleurs de fonds et des défenseurs qui abordent diverses perspectives dans leur travail, de la liberté d'association à la santé et droits sexuels et reproductifs, sera mis à profit. L'ONUSIDA recherchera également des partenariats avec des universités et des entreprises juridiques privées afin de soutenir les stratégies de justice adoptées dans certaines affaires liées au VIH.



L'ONUSIDA continuera d'approfondir les partenariats avec les organisations confessionnelles et leurs réseaux afin d'élargir les soins à base communautaire et en dispensaires en tant que composante essentielle de l'intensification rapide de la prestation de services. Cela suppose entre autres de soutenir l'élaboration de modèles de meilleures pratiques de prestations de services et de surmonter les obstacles au niveau de la communauté, comme la transformation des normes liées au genre et l'éradication de la violence sexiste.

Les villes auront un rôle central à jouer pour veiller à ce que les services répondent aux besoins des populations. L'alliance émanant de la Déclaration de Paris sur l'initiative « Mettre fin à l'épidémie de sida : les villes s'engagent » élargira le partenariat avec, entre autres, le Programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat) et l'Association internationale des prestataires de soins pour le sida.

Intégration

De nouvelles approches sont nécessaires pour orienter les investissements aux intersections entre le VIH et les ODD, en traitant les grands facteurs déterminants de la santé mondiale au moyen de partenariats multipartites, en plaidant pour des biens publics mondiaux et en négociant en leur faveur. Le Programme commun est particulièrement bien placé pour diriger et organiser ces programmes.

Pour répondre aux besoins généraux de santé des personnes vivant avec et exposées à un risque élevé d'infection à VIH tout en contribuant au renforcement des systèmes de santé, le Programme commun favorisera la collaboration entre les programmes nationaux de santé en vue de mettre en place une prestation de services intégrée et des politiques soutenant des liens de ce type. En particulier, le Programme commun encouragera l'intégration des soins du VIH dans les services consacrés à la santé sexuelle et reproductive, à la santé maternelle et infantile et aux maladies sexuellement transmissibles et non transmissibles. En outre, le Programme commun fera progresser les plans nationaux de décentralisation et regroupera les services consacrés à la tuberculose, l'hépatite, la santé mentale et d'autres problèmes de santé, ainsi que les marchés publics correspondants. Le Programme commun s'efforcera d'orienter l'intégration du soutien alimentaire et nutritionnel avec le traitement du VIH / tuberculose ainsi que les services liés au VIH et aux hépatites avec les stratégies de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables. Le Programme commun renforcera la capacité des pays à déployer des interventions intégrées dans des contextes d'urgences nationales et dans le cadre des programmes de protection sociale.

Le Partenariat Stop TB et l'ONUSIDA renforceront la collaboration et la coordination actuelles — en particulier en ce qui concerne la sensibilisation de haut niveau, le leadership politique et la responsabilisation — afin de faire progresser les approches intégrées, la durabilité, l'appropriation nationale et le financement intérieur pour traiter les deux maladies, que ce soit dans les plans et stratégies nationaux et régionaux ou dans les processus du Fonds mondial.

Les éléments essentiels de la riposte au sida doivent être intégrés dans le système de santé plus large ainsi que dans des initiatives de couverture universelle de santé. Nous devons entretenir et renforcer les collaborations bien établies, par exemple pour les ressources humaines, et conclure de nouvelles alliances avec des mouvements complémentaires axés sur la santé lorsque c'est possible. Par exemple, le fait de travailler avec les parties prenantes faisant face à la charge croissante des maladies non transmissibles offrira de nouvelles possibilités d'efforts conjoints synergiques pour surmonter les liens entre le VIH, les maladies non transmissibles et le vieillissement.

L'ONUSIDA étendra ses partenariats avec des mouvements clés dans les domaines de la santé des femmes et des enfants, en travaillant avec des initiatives telles que *Every Woman, Every Child, Every Adolescent* et le *Partnership on Maternal, Newborn and Child Health*, pour créer un élan collectif en vue d'intensifier la riposte et d'améliorer les résultats liés à la santé maternelle et infantile. L'ONUSIDA renouvellera le dialogue avec la communauté de planification familiale et son programme à l'horizon 2020 afin de maximiser les synergies en ce qui concerne le choix des contraceptifs, la protection contre le VIH, les autres IST et les grossesses non désirées et, enfin, la prestation de soins de santé reproductive. L'ONUSIDA continuera à renforcer son action commune et les partenariats relatifs au VIH, à la santé sexuelle et reproductive, et aux maladies non transmissibles comme le cancer du col de l'utérus, en collaborant avec des réseaux comme *Pink Ribbon Red Ribbon*.

L'ONUSIDA contribuera à renforcer la capacité des partenariats régionaux et mondiaux afin de répondre aux besoins des jeunes femmes et des adolescentes. L'ONUSIDA intensifiera l'élan et consolidera l'engagement en soutenant les plateformes régionales et mondiales qui rassemblent les jeunes femmes, les gouvernements, les organisations de défense des droits des femmes, les femmes vivant avec le VIH et les mouvements plus larges de lutte contre le sida. La Coalition mondiale sur les femmes et le sida jouera un rôle important dans la poursuite du développement et du renforcement de ces partenariats.

Innovation

S'efforçant de combler le « fossé numérique » persistant ainsi que les inégalités entre les pays en ce qui concerne la capacité, la connectivité et l'accès à la technologie, le Programme commun favorisera l'innovation de la technologie en matière de prestation de services VIH, notamment la santé mobile, l'eSanté et la télésanté. En favorisant les partenariats entre les communautés, les organismes gouvernementaux, les prestataires de santé et le secteur privé, le Programme commun encouragera les pays à élaborer et à employer des technologies innovantes de prévention du VIH, à promouvoir la sensibilisation de la communauté et le soutien en faveur des nouvelles innovations, et à envisager des méthodes plus générales de dépistage du VIH, tels que par le dépistage soutenu par les pairs et l'auto-dépistage.

Le Programme commun élargira son travail et ses activités de sensibilisation en vue de continuer à innover et à affiner les médicaments et les technologies liées au VIH, dans le but d'assurer leur disponibilité, leur qualité et leur accessibilité financière. Ces efforts comprendront la mobilisation d'un consensus scientifique et éthique sur les efforts à accomplir en vue d'un vaccin et d'un traitement curatif au sida. L'ONUSIDA aidera les pays à adopter et à employer les flexibilités de l'ADPIC liées à la santé et à défendre leur capacité à contester les dispositions d'accords de libre-échange entravant l'accès aux médicaments abordables et à approfondir les questions liées aux obligations internationales prévues par l'ADPIC. L'ONUSIDA participera aux efforts consistant à envisager de nouveaux systèmes d'incitation pour la recherche et le développement, de manière à dissocier les coûts de recherche et développement des prix du produit. L'ONUSIDA appuiera également les efforts visant à surmonter les obstacles réglementaires qui retardent l'entrée de médicaments et technologies de qualité garantie sur le marché, y compris en renforçant les capacités réglementaires aux niveaux local et régional. L'ONUSIDA travaillera avec des partenaires de la Diagnostics Access Initiative pour tirer pleinement parti du potentiel de la médecine de laboratoire afin d'accélérer les progrès vers l'objectif de traitement 90-90-90, en accordant une attention particulière aux tests de la charge virale, au diagnostic précoce du nourrisson et à d'autres produits de santé pouvant exercer une plus grande influence sur le marché.

L'ONUSIDA renforcera son partenariat avec UNITAID afin d'exploiter son impact sur l'accès de plus en plus large aux diagnostics sur le lieu de soins, aux traitements antirétroviraux de deuxième et de troisième ligne pour les enfants, à la PrEP et aux autres outils de prévention basés sur les produits. En outre, l'ONUSIDA mènera une collaboration supplémentaire avec la communauté des brevets sur les médicaments, une initiative financée par UNITAID en vue d'élaborer des analyses sur le paysage des brevets de médicaments contre le VIH et de prévoir de nouveaux produits liés au VIH.

L'ONUSIDA aidera les partenaires à renforcer les systèmes et à étendre les services à une échelle sans précédent. L'ONUSIDA travaillera avec des institutions africaines clés comme la Commission de l'Union africaine, l'Agence du NEPAD et la Banque africaine de développement, ainsi qu'avec des partenaires internationaux, pour aider les pays à définir et disposer de leurs propres systèmes de santé suffisamment dotés en personnel et financés, et les gérer de telle sorte qu'ils soient accessibles à toutes les personnes et mieux préparés à affronter et faire face aux épidémies et autres urgences de santé publique, à se les approprier et à les diriger.

Résultats et la responsabilisation du Programme commun

Le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités pour 2016-2021 (CUBRR) est l'instrument du Programme commun chargé de concrétiser la stratégie. Le CUBRR définit le rôle du Programme dans la riposte au sida, qui est organisée autour des domaines de résultats de la présente stratégie, et oriente la planification opérationnelle aux niveaux central, régional et national en déterminant les résultats attendus du programme et en fournissant le cadre sur lequel les allocations budgétaires et la surveillance du rendement sont fondées.

Le CUBRR comprend un plan commercial et une matrice des résultats, des responsabilités et du budget. Il sert de base pour renforcer la responsabilisation au sein des Coparrainants et du Secrétariat et entre eux. Les ressources de base et autres sont liées aux résultats et allouées là où le plus grand retour sur investissement peut être réalisé.

En appui aux priorités nationales, le CUBRR est utilisé pour maximiser l'efficacité et l'impact des ressources liées au VIH des Nations Unies conformément à la vision « Deliver as One ». Grâce à une répartition du travail entre et parmi les Coparrainants et le Secrétariat, le CUBRR présente les efforts du Programme commun dans un cadre axé sur l'avantage comparatif et les mandats de chaque organisation, la présence nationale, les capacités et ressources nationales existantes, et la disponibilité du financement de différentes sources.



Annexes

à la Stratégie de l'ONUSIDA

2016-2021

Annexe 1. Vue d'ensemble du processus d'élaboration de la stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021

Lors de sa 35^e réunion, le Conseil de Coordination du Programme (CCP) a formulé la demande suivante : « Nous souhaitons que le directeur exécutif entreprenne un processus de consultation multilatéral en vue de mettre à jour et d'étendre la Stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2011-2015 à la période d'accélération 2016-2021. » Cette annexe donne un aperçu des consultations. Le « *Report on the consultative process to update and extend the UNAIDS 2011-2015 Strategy through the fast track period 2016-2021* » (Rapport sur le processus de consultation en vue de la mise à jour et l'extension de la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 au moyen de l'initiative accélérer 2016-2021) présenté à la 36^e session du CCP en juin 2015 fournit, au point 3 de l'ordre du jour, davantage de détails à propos de la première moitié du processus. Les messages-clés de chacune des 11 consultations ont été présentés dans le document de conférence intitulé « *Agenda item 3–Report on the consultative process to update and extend the UNAIDS 2011-2015 Strategy through the fast track period 2016-2021 — Multi-stakeholder Consultations, January through April 2015 Compilation of Discussion Notes* » (Point 3 à l'ordre du jour – Rapport sur le processus de consultation en vue de la mise à jour et l'extension de la stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 par le biais de l'initiative accélérer 2016-2021 — Consultations multilatérales, de janvier à avril 2015 — Compilation des documents de réflexion). Les deux publications sont disponibles sur le site de l'ONUSIDA.

Approche

L'objectif du processus de consultation était de parvenir à une vision collective des progrès à réaliser d'ici à 2021 et des nouveaux moyens à mettre en place pour les réaliser. C'est pour parvenir à une compréhension commune qu'une série de consultations mondiales, régionales et virtuelles a été organisée. Tout au long du processus de consultation, l'objectif était de sensibiliser et faire participer différents partenaires, notamment les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les États membres, la société civile, y compris les organisations représentant les jeunes, les femmes et les filles et les populations-clés, les communautés confessionnelles, les partenaires de développement et les organisations internationales et régionales. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a élaboré la Stratégie en étroite collaboration avec les coparrainants, et engagé leurs Chefs de Secrétariat à plusieurs occasions.

En plus de réunions entre personnes, l'ONUSIDA a organisé deux consultations mondiales en ligne afin d'élargir la portée du processus de consultation, afin d'y impliquer des personnes qui ne seraient normalement pas en mesure de participer à une consultation régionale. Les deux consultations en ligne ont été annoncées par le biais de listes de diffusion électroniques traitant du VIH et des Droits de l'Homme, de la sexospécificité, de la gouvernance, du volet confessionnel et de la jeunesse, ainsi que la liste de diffusion électronique du CCP. Les consultations ont également été rendues publiques par le biais des médias sociaux et partagées avec les réseaux de la société civile par le personnel de l'ONUSIDA du monde entier.

Un document de discussion intitulé « *Getting to zero : How will we Fast-Track the AIDS response ?* » (Objectif zéro : comment allons-nous accélérer la riposte au sida ?) présenté au CCP

comme le document de conférence « *Point 3 de l'ordre du jour — Document de travail pour la consultation mondiale sur la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021* » fournissait des informations et des questions de fond comme fil conducteur de toutes les consultations. Ce document présentait un projet de cadre stratégique était présenté dans le document. Les questions ont été légèrement adaptées en fonction du public cible de chaque consultation. Elles portaient généralement sur les tendances anticipées dans les épidémies aux échelles mondiale et régionale, les populations laissées pour compte, les défis et lacunes de la riposte, et les éléments changeant la donne permettant d'accélérer la riposte. Les questions portaient également sur les possibilités offertes par les Objectifs de Développement Durable à la riposte au sida et la meilleure façon dont le Programme commun peut aider les pays à mettre en œuvre la Stratégie.

Consultations régionales

Dix consultations régionales ont été tenues, dont sept dans les régions de l'ONUSIDA, menées par les équipes d'appui régionales de l'ONUSIDA, deux en Amérique du Nord et une en Europe de l'Ouest. Bien que la méthode utilisée fût différente pour chacune, toutes les consultations incluaient une réunion entre personnes et impliquaient les États membres, les coparrainants et les organisations de la société civile. Pour chaque consultation, l'équipe d'appui régionale a préparé un court rapport.

La consultation dans la région Asie et Pacifique s'est déroulée en marge d'une réunion intergouvernementale sur le sida organisée par la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique le 30 janvier, à Bangkok, en Thaïlande. Les consultations en Amérique latine, tenues du 23 février au 24 mars, consistaient en une série de consultations régionales, sous régionales et nationales, et plusieurs consultations virtuelles. La région du Moyen-Orient et l'Afrique du Nord a organisé huit consultations nationales, une consultation régionale virtuelle et une consultation régionale en personne en partenariat avec la Ligue des États arabes le 11 mars, au Caire, en Égypte. La consultation régionale dans les Caraïbes a eu lieu le 16 mars à Kingston, en Jamaïque. L'Afrique orientale et australe a tenu trois consultations impliquant un public spécifique. Celles-ci ont été suivies par une consultation régionale de haut niveau le 23 mars à Johannesburg, en Afrique du Sud. La consultation Afrique occidentale et centrale a pris la forme d'un événement de haut niveau de deux jours tenu les 1 et 2 avril à Dakar, au Sénégal. Celle-ci a été suivie de plusieurs discussions et consultations tantôt au niveau régional, tantôt au niveau national. La consultation régionale Europe de l'Est et Asie centrale a été organisée par l'ONUSIDA en partenariat avec le gouvernement du Belarus, et s'est tenue à Minsk, en Biélorussie, le 9 avril.

Deux consultations ont eu lieu en Amérique du Nord, le 13 mars à Washington DC, et le 18 mars à New York. La consultation à Washington DC a été organisée par le Bureau de Liaison américain de l'ONUSIDA et la société civile des États-Unis, sous les auspices du partenariat politique mondial sur le sida (*Global AIDS Policy Partnership, GAPP*) avec l'appui du partenariat politique fédéral sur le sida. La consultation d'une journée à New York a été convoquée par le Bureau de l'ONUSIDA à New York et a réuni les protagonistes basés à New York. Le gouvernement suisse a accueilli la consultation régionale de l'Europe occidentale les 26 et 27 mars à Montreux, en Suisse.

Consultation mondiale

Une consultation mondiale multilatérale sur la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 a été organisée à Genève, en Suisse, les 22 et 23 avril 2015. Celle-ci était présidée par Taonga

Mushayavanhu, Ambassadeur de la République du Zimbabwe. 50 États membres y étaient représentés, et tous les coparrainants et quatre ONG du CCP étaient présentes.

Première consultation virtuelle

La première consultation virtuelle a eu lieu du 23 mars au 2 avril sur une plateforme en ligne conçue pour la consultation. Elle incluait quatre forums de discussion fonctionnant en parallèle centrés sur les thèmes « Renforcement des réalisations », « Comblent les lacunes », « Comprendre les facteurs changeant la donne » et « Forum de la jeunesse », en partenariat avec le PACT.

La consultation virtuelle a suscité des débats animés et débouché sur plus de 280 contributions de participants de 50 pays, en cinq langues. Trente contributions supplémentaires d'organisations diverses ont été postées directement dans la boîte aux lettres d'élaboration de la Stratégie de l'ONUSIDA. Beaucoup de contributions de haut niveau et pertinentes de personnes vivant avec le VIH, de membres des populations-clés et de jeunes figuraient dans les réponses reçues.

Développement du premier projet de Stratégie

Toutes les contributions ont servi à jeter les bases de la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021. Ce plan, ainsi qu'un résumé des contributions, a été présenté au CCP en juin 2015. La première ébauche de la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021 a ensuite été élaborée en partenariat avec les coparrainants de l'ONUSIDA mi-juillet et partagée avec toutes les parties prenantes le 3 août, en ligne et par courrier électronique avec toutes les missions à Genève, suivie par une note verbale.

Deuxième consultation virtuelle

La deuxième consultation virtuelle a eu lieu du 3 au 21 août sur la même plateforme internet que celle utilisée précédemment. Celle-ci visait à recueillir des commentaires sur la première ébauche de la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021. Les participants étaient invités à soumettre leurs commentaires sur le site ou les poster par courrier électronique dans la boîte aux lettres d'élaboration de la stratégie. Des traductions de la stratégie en français, en russe et en espagnol, et étaient également disponibles sur le site internet.

Au total, 141 contributions en quatre langues ont été envoyées par le biais du site et postées dans la boîte aux lettres de développement Stratégie de l'ONUSIDA. Des réponses ont été obtenues de la part de particuliers, de réseaux de la société civile, d'organismes gouvernementaux et d'agences des Nations Unies. Les nombreux commentaires des organisations et réseaux de la société civile valaient particulièrement la peine, car nombre de ces contributions exposaient la position consolidée de réseaux représentant parfois jusqu'à des centaines d'organisations.

Directives des missions des membres du CCP

Tout au long du processus, la consultation par l'ONUSIDA des États membres et la société civile a revêtu de nombreuses formes, notamment des briefings et des discussions informelles.

Une version finale de la Stratégie a été partagée avec les membres du CCP le 17 septembre avant la 37^e session du CCP tenue du 26 au 28 octobre 2015.

Annexe 2. Renforcer le rôle de moteur des régions : profils des épidémies par région des ripostes et des éléments susceptibles de changer la donne.

Les différentes caractéristiques épidémiques et institutions à travers les régions du monde, ainsi que leurs dynamiques variables constituent le fondement et l'occasion d'adopter des approches collaboratives régionales pour accélérer la riposte. Cette rubrique présente des profils régionaux de l'épidémie, en ce compris les personnes délaissées, les objectifs prioritaires, les villes et pays clés nécessitant des progrès particuliers, ainsi que les éléments permettant d'accélérer les progrès et les opportunités de renforcer encore les partenariats afin d'atteindre les objectifs régionaux et d'assurer la responsabilisation.

Asie et Pacifique

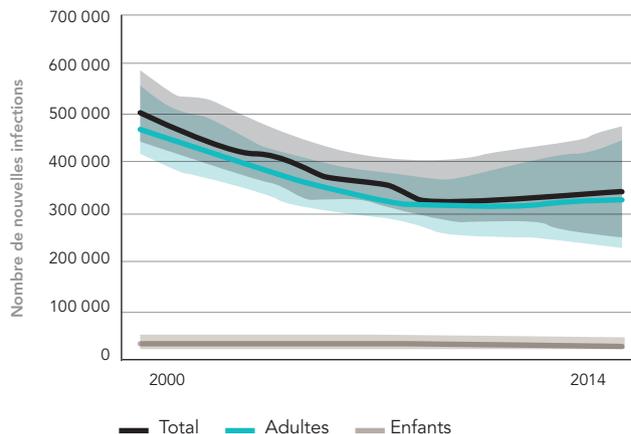
L'épidémie en chiffres

- ▶ **5 millions [4,5 millions – 5,6 millions] de personnes vivant avec le VIH en 2014** ; 90 % d'entre elles se concentrent dans six pays : la Chine, l'Inde, l'Indonésie, le Myanmar, la Thaïlande et le Vietnam. La proportion de nouvelles infections par VIH chez les femmes ne cesse d'augmenter ; elle est passée de 17 % en 1990 à 34 % en 2014.
- ▶ **Trente villes** représentent près d'un quart des personnes vivant avec le VIH en Asie et dans le Pacifique.
- ▶ Le nombre de nouvelles infections a **augmenté de 3 % entre 2010 et 2014**, pour atteindre 340 000 [240 000 – 480 000] en 2014, principalement parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres, les professionnels du sexe et leurs clients, et les consommateurs de drogues injectables.
- ▶ En 2014, **36 % [32 % – 41 %] des personnes vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral**, soit moins que la moyenne mondiale.

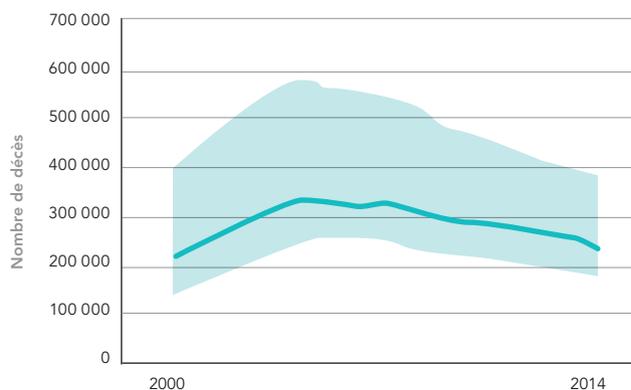
Lacunes et défis

- ▶ **37 des 38 pays** de la région criminalisent certains aspects du commerce du sexe. La criminalisation et la discrimination vécues par les personnes vivant avec le VIH et les populations-clés compromettent la mise en œuvre et l'accès aux services et augmentent le risque de violence, de violations des Droits de l'Homme et de vulnérabilité au VIH.
- ▶ **Seul un tiers des personnes issues des populations-clés connaissent leur statut sérologique.** Les taux de dépistage du VIH parmi les professionnels du sexe sont **inférieurs à 50 % dans neuf pays** ; la proportion des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ayant bénéficié d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois variait de **2 % à 87 %**, avec seulement quatre des 25 pays faisant état de taux de plus de 50 %. La prévention et le taux de couverture du dépistage du VIH reste alarmant chez les personnes qui

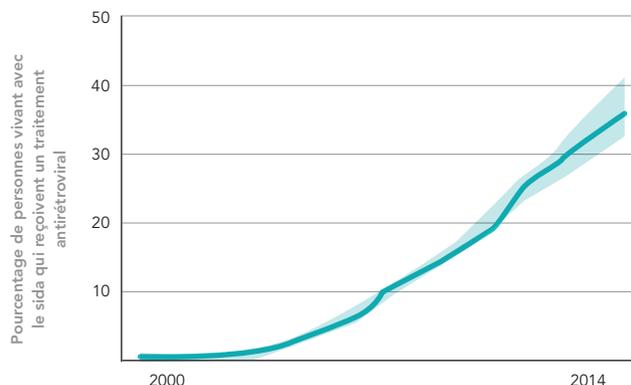
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Asie et dans le Pacifique



Nombre de décès liés au sida entre 2000 et 2014 en Asie et dans le Pacifique



Couverture du traitement antirétroviral entre 2000 et 2014 en Asie et dans le Pacifique



Source: estimations ONUSIDA 2014

Pays prioritaires

Grande ampleur de l'épidémie régionale La Chine, l'Inde et l'Indonésie représentent 78 % des nouvelles infections par le VIH dans la région. Ces trois pays, en plus du Pakistan et du Vietnam, figurent parmi les pays concernés par l'initiative accélérer la riposte au sida de l'ONUSIDA.

De graves épidémies Au Cambodge, en Malaisie, au Myanmar, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Thaïlande.

consommant des drogues injectables. Seuls 3 des 18 pays signalent une couverture de dépistage supérieure à 50 % et seulement quatre pays de la région distribuaient une moyenne supérieure à 200 aiguilles et seringues par consommateur de drogues injectables par an.

- ▶ Les dépenses de prévention pour les populations-clés **dépendent fortement** du financement international. Seuls **24 % des investissements de prévention** (dans 25 pays où des données sont disponibles) provenant de sources nationales visent les populations-clés — moins de 5 % sont alloués à la programmation pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, chez qui les nouvelles personnes infectées par le VIH présentent l'augmentation la plus rapide.
- ▶ Sur les 2,2 milliards de dollars US disponibles en regroupant toutes les sources destinées à la riposte au sida en 2013, **57 % provenaient de ressources nationales**. Pour soutenir la riposte, le financement national doit rapidement augmenter, en particulier pour les programmes relatifs aux populations-clés.

D'ici à 2020, l'accélération de la riposte régionale permettrait de réduire :

- ▶ Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH à **83 000** par an
- ▶ Le nombre annuel de décès liés au sida à **72 000**.

Villes clés

Les villes suivantes abritent plus de 1,1 million des personnes vivant avec le VIH :

au Cambodge (Phnom Penh), en Chine (Pékin, Chengdu, Chongqing, Guangzhou, Kunming, Shanghai, Shenzhen, Urumqi), en Inde (Amritsar, Bangalore, Bhopal, Chennai, Delhi, Imphal (Est et Ouest), Calcutta, Bombay, Pune, Raipur), en Indonésie (Jakarta, Surabaya), Myanmar (Yangon), au Pakistan (Faisalabad, Karachi, Lahore), en Thaïlande (Bangkok), au Vietnam (province de Dien Bien, Hanoï, Ho Chi Minh-Ville, Thai Nguyen).

Éléments qui changent la donne

Ranimer et innover dans la prévention du VIH pour et avec les populations-clés, en mettant l'accent sur les zones urbaines.

- ▶ Intensifier les programmes de prévention pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres, y compris par la distribution de préservatifs et le recours à la PrEP, en particulier pour les jeunes parmi ces groupes, par le biais de l'innovation dans les médias sociaux (sensibilisation en ligne) et la prise en charge des cas de la communauté.
- ▶ Intensifier les programmes complets de prévention, de traitement et de soins pour les consommateurs de drogues injectables. Remplacer les centres de détention de toxicomanes par des services de traitement et de soutien communautaires et volontaires.
- ▶ Accroître la part de financement national pour la prévention du VIH et identifier les mécanismes de canalisation des fonds gouvernementaux pour les organisations de la société civile qui travaillent sur des programmes pour les populations-clés dans les villes et les provinces prioritaires.

Développer le dépistage et le traitement stratégiques :

- ▶ Étendre le dépistage et le traitement du VIH dirigés par la communauté avec les populations-clés (y compris les partenaires masculins et féminins des populations-clés) dans les régions présentant des taux élevés de comportements à risque et de prévalence du VIH.
- ▶ Étendre le traitement comme prévention indépendamment du comptage de CD4, en se concentrant sur les professionnels du sexe, les toxicomanes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres, les couples sérodiscordants et les femmes enceintes.
- ▶ Intensifier les travaux sur la propriété intellectuelle pour garantir l'accès à des médicaments et des diagnostics abordables, y compris les schémas thérapeutiques de traitement antirétroviral de deuxième et troisième lignes, et pour la tuberculose et les médicaments contre le VHC.
- ▶ Promouvoir des politiques, des cadres et des lois qui intègrent activement les personnes vivant avec le sida et les autres populations-clés, les orphelins et les enfants rendus vulnérables par le VIH dans les plans et les programmes de protection sociale.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux

- ▶ Cadre d'action régional Asie-Pacifique pour éradiquer le sida d'ici 2030 — le cadre régional adopté par 53 États membres de la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique guidera les efforts nationaux en vue d'accélérer l'action et les investissements dans la riposte au VIH afin d'éradiquer le sida en tant que menace de santé publique d'ici 2030.
- ▶ La déclaration d'engagement de l'ASEAN sur l'objectif « zéro nouvelle infection », « zéro discrimination », « zéro décès lié au sida » et l'initiative « Getting to zero » des Villes de l'ASEAN fournit un cadre pour les rapports périodiques et d'éradication du sida des villes de l'ASEAN.
- ▶ La déclaration du 18^e sommet de l'Association pour la Coopération régionale en Asie du Sud (SAARC) sur la couverture de santé universelle et la continuité des progrès dans la riposte au sida admettent l'importance de concrétiser la couverture de santé universelle et de poursuivre les progrès dans la riposte au sida dans le but de mettre fin à l'épidémie de sida dans la région d'ici à 2030.
- ▶ L'approbation par les ministères de la Santé de l'Agenda commun régional au secrétariat de la Communauté du Pacifique fournira davantage de prestations de santé liées au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à la santé reproductive.
- ▶ Les partenariats Inde-Chine-Afrique sur la sécurité des médicaments antirétroviraux constituent une opportunité de soutenir l'accès, ainsi que le transfert de la technologie sur les médicaments et les produits liés au VIH.

Les Caraïbes

L'épidémie en chiffres

- ▶ **280 000 [210 000 340 000] personnes vivent avec le VIH en 2014**
- ▶ **Réduction de 43 % des nouvelles personnes infectées par le VIH chez les adultes et de 90 % chez les enfants entre 2000 et 2014 ; la grande majorité des enfants vivant avec le VIH (90 %) vivent à Haïti et en République dominicaine.**
- ▶ **8 800 [5700 13 000] décès liés au sida chez les adultes en 2014, soit une régression de 59 % par rapport au pic de 22 000[14 000 33 000] enregistré en 2004**
- ▶ **44 % [33 %-54 %] des adultes et 36 % [32 %-42 %] des enfants vivant avec le VIH avaient accès au traitement en 2014**

Lacunes et défis

- ▶ **Des personnes sont toujours actuellement délaissées.** La prévalence du VIH est élevée parmi les populations-clés telles que les travailleurs du sexe (8 % en Haïti) et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (33 % en Jamaïque). D'autres groupes sont également exclus, par exemple les jeunes.
- ▶ Les défis relatifs à la **stigmatisation et à la discrimination, aux violations des droits de l'homme et à la violence sexiste** continuent d'entraver l'accès aux services. Ce sont en particulier **les lois et politiques punitives**, y compris celles liées au commerce du sexe, aux relations sexuelles entre personnes de même sexe, à la consommation de drogues et à l'âge de consentement pour accéder aux services de santé, qui compromettent l'accès au service.
- ▶ Les investissements destinés à la prévention et au traitement du VIH **dépendent beaucoup des financements extérieurs.**
- ▶ **Les taux de transmission verticale restent élevés** en Haïti et en République dominicaine.

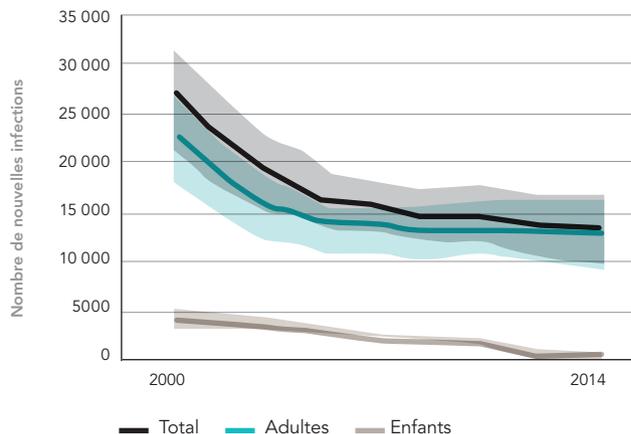
D'ici à 2020, l'accélération de la riposte régionale permettrait de réduire :

- ▶ Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH à **3 800**
- ▶ Le nombre annuel de décès liés au sida est à **3 100**

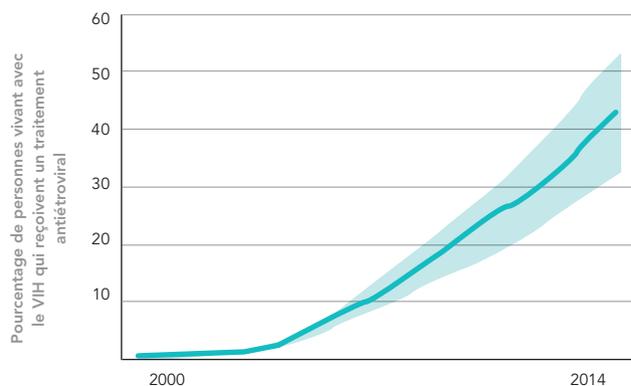
Pays prioritaires

La République dominicaine, Haïti et la Jamaïque représentent 82 % des personnes vivant avec le VIH dans les Caraïbes. Les populations-clés à haut risque incluent : Haïti (hétérosexuels ayant des rapports sexuels occasionnels, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transgenres et professionnel(le)s du sexe) ; République dominicaine (professionnel(le)s du sexe, femmes sans éducation formelle, résidents de bateyes, hommes ayant des rapports sexuels

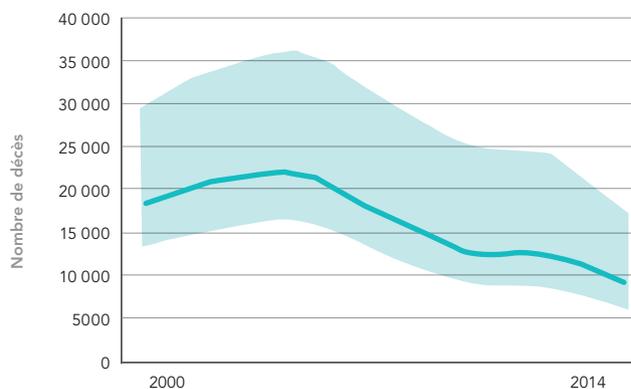
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 dans les Caraïbes



Couverture du traitement antirétroviral entre 2000 et 2014 aux Caraïbes



Nombre de décès liés au sida entre 2000 et 2014 aux Caraïbes



Source: estimations ONUSIDA 2014

avec des hommes, personnes transgenres, consommateurs de drogues), et la Jamaïque (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transgenres, hétérosexuels ayant des rapports sexuels occasionnels, professionnel(le)s du sexe).

Villes clés

Kingston, Spanish Town et Montego Bay (Jamaïque), Port-au-Prince, Port-de-Paix, Fort-Liberté et Jacmel (Haïti) et Samaná et Dajabón (République dominicaine) présentent les taux de prévalence du VIH les plus élevés dans la région.

Éléments qui changent la donne

- ▶ L'extension et l'utilisation de l'expertise et des capacités communautaires pour intensifier les services de prévention, de dépistage et de soins dirigés par la communauté pour les populations-clés.
- ▶ La mise en œuvre accélérée des objectifs de traitement 90-90-90 dans les pays à forte prévalence.
- ▶ Intensifier la sensibilisation politique sur les droits de l'homme, la réforme juridique et politique pour changer la perception des et les politiques concernant les populations-clés.
- ▶ Étendre la PrEP pour les populations-clés et les couples sérodiscordants dans certaines villes.
- ▶ Accroître le financement national via des mécanismes de financement innovants tout en optimisant l'allocation des ressources (accent sur les populations-clés) et en réduisant les coûts.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux

- ▶ La Communauté et le Marché commun des Caraïbes et le Partenariat pancaribéen contre le VIH / sida se sont engagés à réaliser les objectifs de l'initiative Accélérer et 90-90-90 et représenteront un mécanisme de responsabilisation et de coordination régional primordial.
- ▶ La Banque de développement des Caraïbes sera un instrument important dans la planification et l'élaboration de plans de transition de financement pour la région.
- ▶ L'Agence de santé publique des Caraïbes se renforce actuellement pour offrir aux systèmes de soins de santé un soutien biomédical et laborantin tout en poursuivant l'agenda de recherche sur la santé.
- ▶ Le secrétariat de l'Organisation des États des Caraïbes orientales coordonne la riposte dans la sous-région. Le système des Nations Unies a aligné le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) sur cette riposte sous-régionale.

Afrique orientale et australe

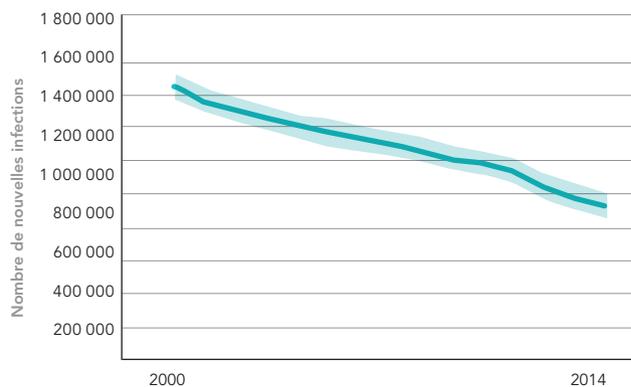
L'épidémie en chiffres

- ▶ **19,2 millions** [18 millions - 21,9 millions] de personnes vivant avec le VIH en 2014 — dont plus de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH à l'échelle mondiale ; les femmes représentent 59 % des personnes vivant avec le VIH dans la région
- ▶ **940 000** [860 000 — 1 million] de nouvelles infections par le VIH, dont 93 000 [78 000-110 000] chez les enfants, et **460 000** [410 000 570 000] décès liés au sida en 2014
- ▶ Une extension rapide du traitement a permis à **9,07 millions** (47 % [44 %-54 %]) de personnes de bénéficier d'un traitement antirétroviral et d'une couverture de services visant la prévention de la transmission mère-enfant du VIH de 88 % [82%-95%].
- ▶ Le financement national représentait **46 %** de la riposte au sida en 2013.

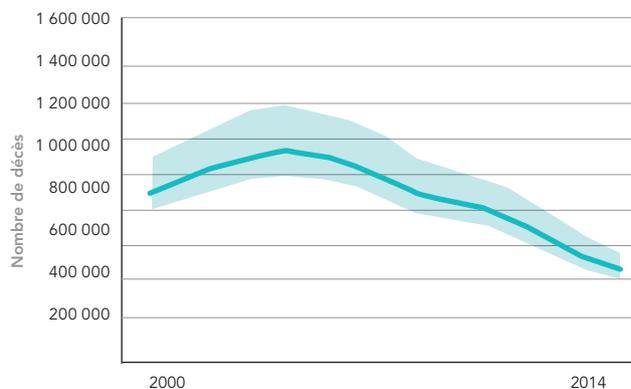
Lacunes et défis

- ▶ **Les taux élevés de nouvelles infections parmi les adolescentes et les jeunes femmes.** 3 700 nouvelles personnes infectées par le VIH chez les femmes dans la tranche 15-24 ans par semaine dans 14 pays.
- ▶ **Nouvelles personnes infectées par le VIH significatives parmi les populations-clés.** Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui consomment des drogues injectables, et les personnes transgenres représentaient 30 % de toutes les nouvelles personnes infectées par le VIH au Kenya, 25 % en Afrique australe, 20 % au Mozambique et 12 % au Swaziland — mais elles ne sont toutefois toujours pas assez prises en charge, impliquées et représentées au niveau de la riposte.
- ▶ **Augmentation des comportements à haut risque.** Augmentation du nombre de partenaires sexuels chez les hommes entre 2008 et 2014 en combinaison avec une faible utilisation du préservatif, en particulier parmi les jeunes dans certains pays, et d'importantes lacunes au niveau de la disponibilité des préservatifs.
- ▶ **Progrès rapides, mais insuffisants au niveau de la circoncision médicale masculine volontaire.** 9,1 millions d'hommes et de garçons circoncis en 2015, ce qui est en dessous de l'objectif de 21 millions d'ici 2016.
- ▶ **Le dépistage du VIH reste faible malgré l'extension rapide.** Seuls 10 % des jeunes hommes et 15 % des jeunes femmes dans la tranche 15-24 ans étaient au courant de leur statut sérologique en 2013.

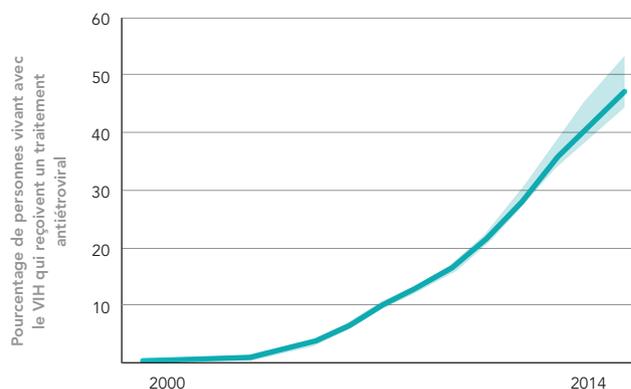
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Afrique orientale et australe



Nombre de décès liés au sida entre 2000 et 2014 en Afrique orientale et australe



Couverture du traitement antirétroviral entre 2000 et 2014 en Afrique orientale et Australe



Source: estimations ONUSIDA 2014

- ▶ **La couverture du traitement est faible avec des variations importantes entre les pays.** Des ressources importantes sont réservées au traitement à long terme, ce qui complique l'investissement dans la prévention et la disponibilité des moyens pour la prévention et les interventions sociales et structurelles.
- ▶ **Les inégalités entre les sexes**, aggravées par les violations des droits de l'homme, notamment la violence sexiste, empêchent l'accès et l'adhésion aux services, tandis que le rôle des communautés et de la société civile est en transition.
- ▶ **L'accès insuffisant aux services VIH dans les urgences humanitaires.** Sur les 1,6 million de personnes vivant avec le VIH concernées par des urgences humanitaires en 2013, 1,3 million (81 %) se trouvaient en Afrique subsaharienne. Beaucoup ont été déplacées et n'avaient pas accès aux services essentiels contre le VIH, en partie en raison de pénuries qui auraient pu être évitées.

D'ici à 2020, l'accélération de la riposte régionale permettrait de réduire :

- ▶ Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH à **300 000**
- ▶ Le nombre annuel de décès liés au sida à **200 000**

Pays prioritaires

Angola, Botswana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Afrique du Sud, Sud-Soudan, Tanzanie, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

Villes clés

Addis-Abeba, Dar es-Salaam, Durban, Harare, Johannesburg, Kigali, Lilongwe, Lusaka, Maputo et Nairobi.

En Afrique australe, 16 % des personnes vivant avec le VIH résident à Johannesburg, tandis que cinq villes (JHB, Durban, Pretoria, Le Cap et Port Elizabeth) représentent un tiers de l'épidémie dans le pays. Au Malawi et en Zambie, plus de 20 % des personnes vivant avec le VIH résident dans cinq villes.

Éléments qui changent la donne

- ▶ **Augmenter la disponibilité et la distribution de préservatifs (tant pour les hommes que les femmes)** dans le cadre des programmes d'association de mesures de prévention pour les jeunes femmes et leurs partenaires sexuels. Introduire et renforcer l'accès à la PrEP en tant qu'outil de prévention complémentaire pour les groupes à haut risque comme les professionnels du sexe.
- ▶ Augmentation de **l'engagement des hommes ainsi que des programmes pour les adolescents et les jeunes femmes** pour lutter contre la vulnérabilité sociale et économique, et pour améliorer les services de prévention et de traitement, et leur suivi.
- ▶ Appliquer et développer **l'éducation sexuelle complète** à la fois à l'école et en dehors de l'école.
- ▶ Renforcer encore **l'engagement des communautés et des chefs traditionnels** pour le renforcement de l'acceptation des préservatifs, de la circoncision masculine médicale volontaire, de la PrEP et d'autres interventions essentielles pour prévenir de nouvelles infections.
- ▶ Utilisation de **nouvelles technologies et de l'innovation** dans les modèles de prestation de services pour atteindre les populations-clés, renforcer les modèles de prestation basés sur la communauté et identifier les possibilités de gains d'efficacité.
- ▶ Engagement des **dirigeants politiques et des Commissions économiques régionales** et développement d'une nouvelle coalition de partenaires nationaux et régionaux pour mettre en œuvre le Cadre de durabilité de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) et de la Communauté d'Afrique orientale (EAC) afin de financer et de maintenir la riposte.
- ▶ Utilisation des possibilités d'**accès durable aux médicaments**, notamment par l'exploitation maximale des flexibilités de l'ADPIC et le renforcement de la capacité régionale et locale de conception et de production de produits de santé de qualité abordables.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux

- ▶ Les **Commissions économiques régionales** (Communauté d'Afrique orientale, Communauté de développement de l'Afrique australe, Organisation de coopération islamique) se sont engagées à éradiquer le sida et à fournir une plateforme de collaboration et de responsabilisation.
- ▶ L'**Union africaine**, y compris son organe technique, le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique, est un partenaire essentiel pour améliorer la durabilité de la riposte, y compris à travers la sécurité des produits de base et de sa Feuille de route visionnaire Responsabilité partagée et solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme en Afrique.
- ▶ Le groupe **Champions pour une génération sans sida** (Champions for an AIDS-Free Generation), l'**Organisation des Premières Dames d'Afrique contre le sida** (Organization of African First Ladies against AIDS), le **Forum parlementaire de la Communauté de développement de l'Afrique australe**, l'**Assemblée législative est-africaine**, le **Parlement panafricain**, le **Centre de réflexion sur la justice sociale et les droits de l'homme** (Human Rights and Social Justice Think Tank), les réseaux communautaires et de la société civile régionaux jouent un rôle-clé dans la sensibilisation aux questions liées au VIH et aux Droits de l'Homme ainsi que dans la création d'un espace politique pour le VIH.
- ▶ L'**East Africa Business Coalition on AIDS** et le Groupe de travail du secteur privé de la **Communauté de développement de l'Afrique australe** coordonnent et engagent la riposte du secteur privé, ce qui comprend l'identification des opportunités-clés pour la mobilisation des ressources du secteur privé (financières, compétences et systèmes) afin d'étendre et de soutenir la riposte.
- ▶ Les partenariats entre l'Inde, la Chine et l'Afrique sur la sécurité de l'approvisionnement en médicaments antirétroviraux garantissent un accès durable ainsi qu'un transfert de la technologie des médicaments et des produits liés au VIH.

Europe orientale et Asie centrale

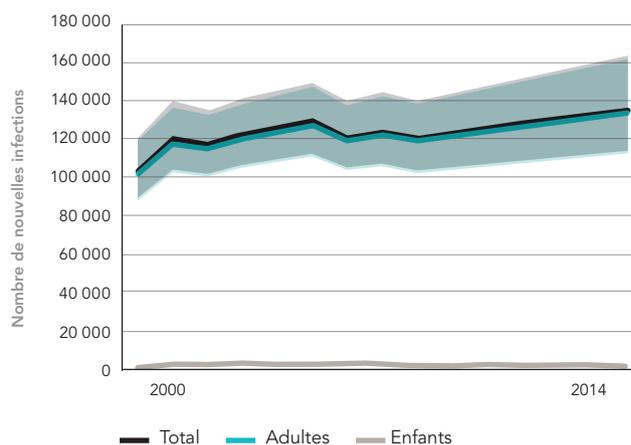
L'épidémie en chiffres

- ▶ **1,5 million** [1,3 million - 1,8 million] de personnes vivant avec le VIH en 2014
- ▶ Le nombre de nouvelles personnes infectées par le VIH a augmenté de 8 % entre 2010 à 2014, pour atteindre 140 000 [110 000 160 000] en 2014, principalement chez les personnes qui consomment des drogues injectables et leurs partenaires sexuels.
- ▶ Seules 19 % [16 %-22 %] des personnes vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral en 2014.
- ▶ La couverture de services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant est supérieure à 93 % [78 %-95 %] dans les pays de la région ; le taux de transmission par la mère est inférieur à 2 % au Belarus et inférieur à 4 % dans sept autres pays de la région.
- ▶ La grande majorité des personnes vivant avec le VIH vivent dans des capitales et des grandes villes, ainsi que le long des corridors de trafic de drogue.

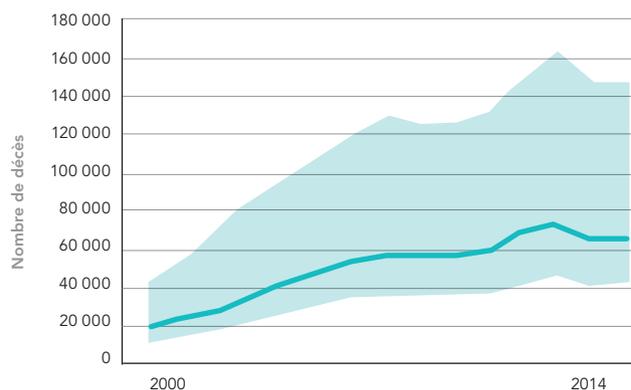
Lacunes et défis

- ▶ Le nombre de nouveaux cas de VIH est en augmentation et compliqué par la croissance continue des nouveaux cas parmi les consommateurs de drogues injectables et l'augmentation parallèle de la transmission sexuelle du VIH.
- ▶ Une vague de lois discriminatoires liées à la diversité sexuelle, à la vente de services sexuels, à la consommation de drogues et aux dépistages VIH obligatoires risque d'entraver les services VIH pour les populations-clés.
- ▶ La couverture des programmes de prévention et la fréquence du dépistage du VIH sont faibles chez les populations clés (en Ukraine, on estime que 47 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur séropositivité). La part des populations-clés parmi celles soumises au dépistage du VIH est faible. La part de personnes se présentant en retard est élevée.
- ▶ Les services liés au VIH, ainsi que ceux pour les comorbidités, y compris la tuberculose et l'hépatite, ne parviennent pas à toucher les populations-clés, principalement en raison de la stigmatisation et de la discrimination.
- ▶ Les engagements politiques de haut niveau afin d'accélérer la riposte au sida d'ici 2020 restent incertains, en particulier dans un contexte de budgets publics limités et de diminution du financement des donateurs.
- ▶ Les prix des médicaments antirétroviraux et les coûts unitaires d'autres services liés au VIH restent bien trop élevés et ralentissent l'extension.
- ▶ La marge d'intervention des organisations de la société civile, qui font déjà face à de nombreuses limitations dans la façon

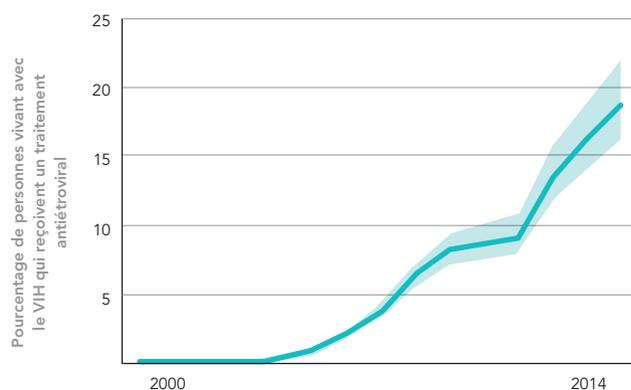
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Europe orientale et Asie centrale



Nombre de décès liés au sida entre 2000 et 2014 en Europe orientale et Asie centrale



Couverture du traitement antirétroviral entre 2000 et 2014 en Europe orientale et Asie centrale



Source: estimations ONUSIDA 2014

Pays prioritaires

Grande ampleur de l'épidémie régionale 85 % des personnes vivant avec le VIH résident en Fédération de Russie et en Ukraine.

De graves épidémies parmi les populations-clés Les consommateurs de drogues injectables au Belarus, en Fédération de Russie, en Ukraine et en Ouzbékistan.

dont elles peuvent influencer sur l'élaboration des politiques liées aux services VIH, diminue.

- ▶ Les conflits gelés dans la région, ainsi que le conflit en cours dans les régions d'Ukraine affichant la plus haute prévalence du VIH met à mal les avancées de la riposte au VIH.

D'ici à 2020, l'accélération de la riposte régionale permettrait de réduire :

- ▶ Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH à **31 000**
- ▶ Le nombre annuel de décès liés au sida à **15 000**

Villes clés

Moscou et Kazan (Fédération de Russie), Kiev (Ukraine), Almaty (Kazakhstan), Tachkent (Ouzbékistan), Minsk (Belarus) et Chisinau (République de Moldova) sont des centres urbains représentant une part importante de leurs épidémies nationales à VIH respectives et abritant aussi une grande proportion de populations-clés et de personnes vivant avec le VIH.

Éléments qui changent la donne

- ▶ **Étendre l'accès des consommateurs de drogues injectables** à un ensemble complet de mesures de prévention et services de traitement du VIH (y compris la programmation relative aux aiguilles et aux seringues et la thérapie de substitution aux opiacés).
- ▶ **Réviser les politiques de dépistage nationales** (par exemple, les dépistages rapides, les autodépistages, le dépistage dirigé par la communauté, etc.) pour toucher les personnes les plus à risque en termes de VIH et déployer les campagnes régionales « Soyez au courant de votre statut VIH ».
- ▶ **Abroger les lois restrictives** qui créent et punissent la vulnérabilité au VIH et éliminer les obstacles juridiques aux services.
- ▶ **Poursuivre la mise en place d'un cadre juridique favorable** au renforcement du rôle des organisations de la société civile dans le domaine de la prévention du VIH, l'observance du traitement et la protection des droits de l'homme.

- ▶ **Simplifier les dépistages en laboratoire et la surveillance** pour rendre l'accès à la thérapie antirétrovirale plus simple, plus rapide et moins coûteux.
- ▶ **Utiliser les flexibilités de l'ADPIC** pour accroître la production nationale de traitements antirétroviraux de grande qualité, à faible coût pour atteindre l'objectif de traitement 90-90-90.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux

- ▶ Se baser sur les progrès réalisés par la **Communauté des États indépendants** pour avancer et suivre les progrès sur l'accélération de la riposte au sida.
- ▶ Améliorer la direction de l'**Organisation de coopération de Shanghai** dans la riposte au VIH.
- ▶ Promouvoir l'**Union économique eurasienn**e en tant que zone pour accélérer la riposte au sida d'ici à 2020, en ce compris l'objectif 90-90-90.
- ▶ Institutionnaliser le potentiel de la **Conférence VIH/sida de l'Europe orientale et de l'Asie centrale** en tant que forum de collaboration de haut niveau pour le progrès programmatique et politique sur le VIH.

Amérique latine

L'épidémie en chiffres

- ▶ 1,7 million [1,4 million – 2 millions] vivant avec le VIH en 2014
- ▶ 87 000 [70 000 100 000] nouvelles personnes infectées par le VIH en 2014 – un tiers dans la tranche des 15 à 24 ans.
- ▶ 47 % [40 % — 56 %] des adultes de plus de 15 ans vivant avec le VIH et 54 % [46 % — 64 %] des enfants sous thérapie antirétrovirale
- ▶ Plus de 10 % de la prévalence du VIH parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes dans neuf des quinze pays soumettant leurs chiffres, et une prévalence allant de 10 à 38 % chez les femmes transgenres.
- ▶ 11 pays de la région présentent des lois pénales spécifiques au VIH.

Lacunes et défis

- ▶ **Stigmatisation et discrimination.** 10 % à 44 % des personnes vivant avec le VIH dans 12 pays déclarent avoir subi une discrimination.
- ▶ **Violence.** 26 % à 53 % des femmes mariées âgées de 15-49 ans affirment avoir été victimes de violence physique ou sexuelle de la part d'un partenaire au cours des 12 derniers mois. L'intolérance à la diversité sexuelle est un défi — en 2013-2014, plus de 770 incidents de violence (entraînant 594 décès) liés à l'orientation sexuelle de la victime, l'identité du genre ou l'expression du genre ont été déplorés.
- ▶ **Financement et efficacité.** Bien que les populations-clés représentent la majorité des nouvelles personnes infectées par le VIH, seulement 2 % des investissements de prévention sont dirigés vers les populations-clés. Plus des deux tiers de ces programmes reposent sur le financement externe.

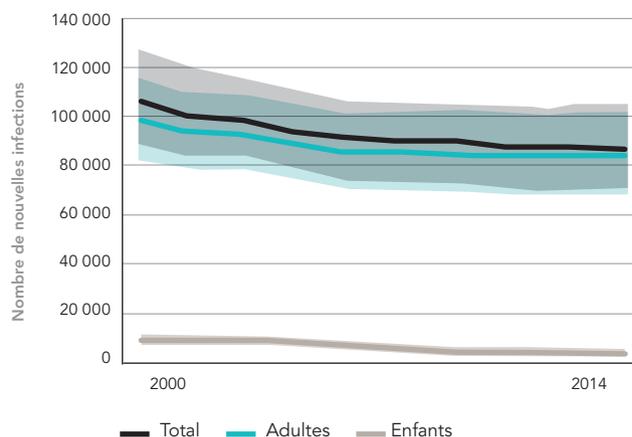
D'ici à 2020, l'accélération de la riposte régionale permettrait de réduire :

- ▶ Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH à **22 000**
- ▶ Le nombre annuel de décès liés au sida à **12 000**

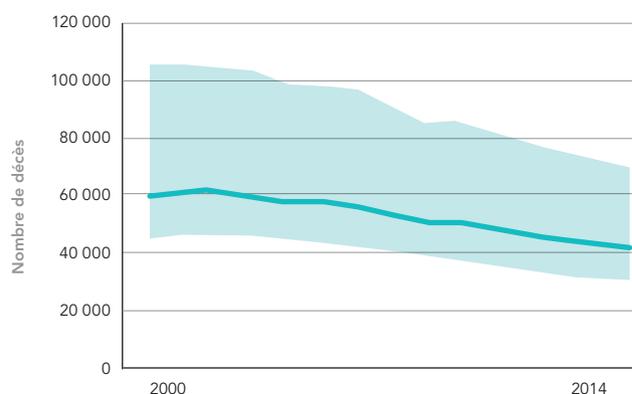
Villes clés

- ▶ Près de 30 % de toutes les personnes vivant avec le VIH au Brésil vivent à **São Paulo** et **Rio de Janeiro**, des villes avec un potentiel considérable quant à son rôle dans l'accélération du renforcement et de modèle pour l'apprentissage Sud-Sud ; et, de plus, **Curitiba**, signataire de la Déclaration de Paris « Mettre un terme à l'épidémie de sida », a préparé une feuille de route pour atteindre les objectifs de l'initiative accélérer, et commencé sa mise en œuvre.

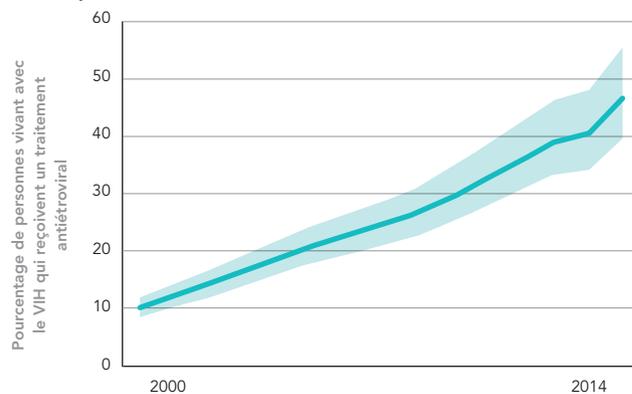
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Amérique latine



Nombre de décès liés au sida entre 2000 et 2014 en Amérique latine



Couverture du traitement antirétroviral entre 2000 et 2014 en Amérique latine



Source: estimations ONUSIDA 2014

Pays prioritaires

Grande ampleur de l'épidémie régionale

L'Argentine, le Brésil, la Colombie, le Mexique, la République bolivarienne de Venezuela représentent 75 % des nouvelles personnes infectées par le VIH dans la région.

.....

- ▶ **Mexico City** abrite 19 % des personnes vivant avec le VIH au Mexique, avec une prévalence du VIH trois fois plus élevée que la moyenne nationale.
- ▶ **Buenos Aires** abrite 43 % des personnes vivant avec le VIH en Argentine.
- ▶ Les autres villes prioritaires incluent **Lima** qui concentre 73 % du fardeau VIH au Pérou et **Panama City / San Miguelito** où l'on recense la majeure partie de la population VIH au Panama et dont les maires se sont engagés à atteindre les objectifs de l'Initiative Accélérer.

Éléments qui changent la donne

- ▶ **Réformer les lois et politiques punitives** qui criminalisent la transmission du VIH et l'exposition au VIH, ainsi que l'approbation de lois de protection, y compris celles liées à l'identité de genre et à la lutte contre la discrimination.
- ▶ **Étendre le dépistage précoce du VIH** et la mise en lien avec des soins et un traitement dans les populations-clés et d'autres groupes vulnérables tels que les adolescents, les migrants, et les détenus.
- ▶ **Promouvoir la PrEP** dans les packages de services de prévention pour les populations-clés ; faire usage des nouveaux médias pour toucher les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- ▶ **Augmenter le financement national** pour les programmes de prévention et de droits de l'homme pour les populations-clés et explorer des modes de financement alternatifs tels que les partenariats du secteur privé et les banques régionales de développement.
- ▶ **Utiliser les flexibilités de l'ADPIC** afin de réduire le coût des médicaments antirétroviraux et d'autres produits de base et optimiser les investissements.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux

- ▶ **Initiative Accélérer** : Le Mécanisme régional de Coordination de l'Amérique centrale (RCM), l'organe consultatif du VIH de la Commission des ministres de la Santé d'Amérique centrale, applique une stratégie de durabilité régionale. L'ONUSIDA, le Fonds mondial et le PEPFAR sont des partenaires-clés à l'appui de la stratégie. Le RCM est fortement impliqué dans les objectifs de traitement 90-90-90.
- ▶ **Droits de l'homme** : L'Organisation des États américains (OEA) et la Commission interaméricaine des droits de l'homme (CIDH) offrent une protection juridique aux personnes vivant avec et affectées par le VIH. En 2013, l'OEA a adopté une résolution audacieuse sur le VIH ainsi que sur la promotion et la protection des Droits de l'Homme dans la riposte au sida. Un accord de rapport a été convenu au sein de la CIDH pour surveiller la violence à l'encontre des personnes LGBTI.
- ▶ **Durabilité** : la région possède de solides réseaux interinstitutionnels et de la société civile, dont le soutien devrait se poursuivre pour améliorer la durabilité. Ceux-ci comprennent le GCTH (Groupe de Coopération technique horizontale), REDLACTRANS (Réseau régional des Transgenres), REDTRASEX (Réseau régional des Professionnels du Sexe), RedCA+ (Réseau des Personnes d'Amérique centrale vivant avec le VIH), et d'autres réseaux.

Moyen-Orient et Afrique du Nord

L'épidémie en chiffres

- ▶ En 2014, il y avait 240 000 [150 000 320 000] personnes vivant avec le VIH — près de 70 % en République d'Iran, en Somalie et au Soudan.
- ▶ Près de 22 000 [13 000 33 000] nouvelles personnes infectées par le VIH se sont produites en 2014 ; le MOAN est l'une des deux régions de l'ONUSIDA où le nombre de nouvelles infections ne diminue pas.
- ▶ Le nombre de décès liés au sida a plus que triplé entre 2000 et 2014, avec 12 000 [5 300 24 000] décès en 2014.
- ▶ 14 % [9 % – 19 %] des adultes et 15 % [11 % – 18 %] des enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH ont accès au traitement antirétroviral, soit un taux inférieur par rapport à n'importe quelle autre région.
- ▶ Alors que certains pays à hauts revenus et à revenus hauts intermédiaires (Algérie, pays du Conseil de coopération du Golfe, République d'Iran) financent localement plus de 90 % de leurs ripostes, alors que certains pays à bas revenus financent localement moins de 20 % de leurs ripostes.

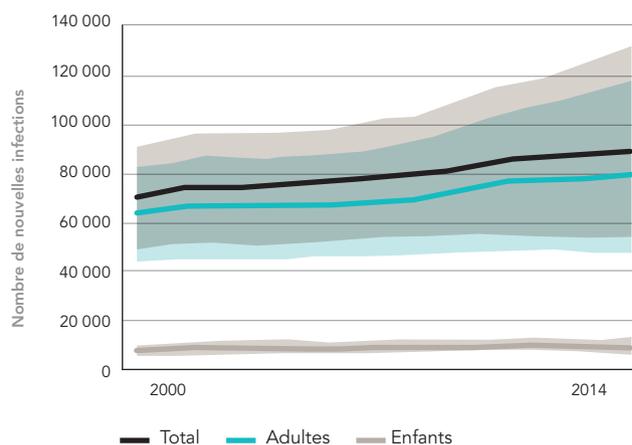
Lacunes et défis

- ▶ Augmentation du nombre de nouvelles infections, principalement parmi les populations-clés.
- ▶ Une faible couverture du dépistage et du traitement, y compris pour les femmes enceintes. Seuls 13 % [10 %-16 %] ont accès à des services de prévention de la transmission du VIH par la mère à l'enfant.
- ▶ Une faible couverture de la prévention et une stigmatisation profondément ancrée, des lois punitives et discriminatoires à l'encontre des populations-clés et des personnes vivant avec le VIH, y compris des restrictions de voyage dans de nombreux pays.
- ▶ Les troubles politiques et les conflits ont engendré une mobilité, des mouvements de réfugiés et une migration significatifs, ce qui perturbe les services sociaux et de santé et augmente la vulnérabilité à la violence sexuelle, l'insécurité alimentaire et de logement, la traite des êtres humains et d'autres violations des droits de l'homme — le tout avec ses implications potentielles pour l'épidémie et la riposte.
- ▶ La forte dépendance au financement extérieur dans les pays à faible revenu (Djibouti, Somalie, Soudan et Yémen) et la faible priorité du VIH dans les budgets nationaux constituent une menace pour l'accélération de la riposte.

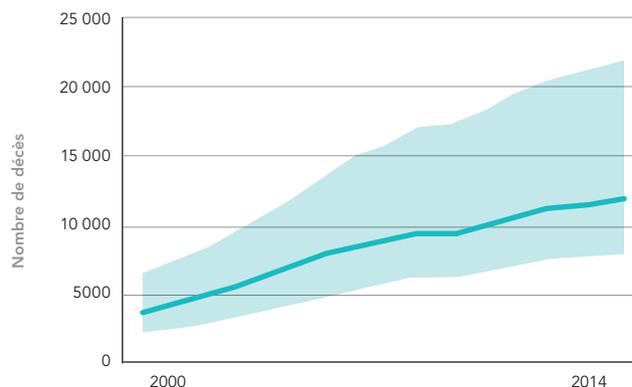
D'ici à 2020, l'accélération de la riposte régionale permettra de réduire :

- ▶ Le nombre de nouvelles infections par le VIH à 5 300
- ▶ Le nombre de décès liés au sida à 2 500

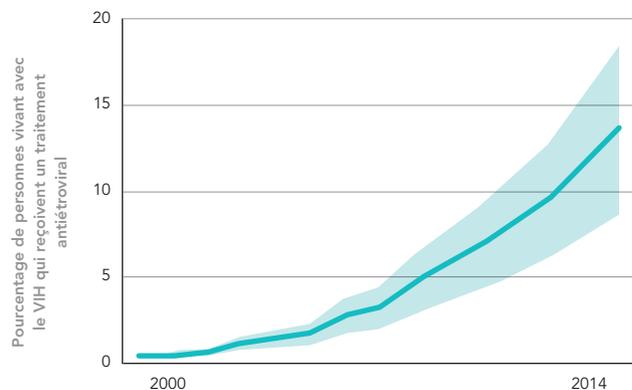
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 au Moyen-Orient et Afrique du nord



Nombre de décès liés au sida entre 2000 et 2014 au Moyen-Orient et Afrique du nord



Couverture du traitement antirétroviral entre 2000 et 2014 au Moyen-Orient et Afrique du nord



Source: estimations ONUSIDA 2014

PAYS PRIORITAIRES

Grande ampleur de l'épidémie régionale

Six pays (Algérie, Djibouti, République islamique d'Iran, Maroc, Somalie et Soudan) abritent près de 90 % des personnes vivant avec le VIH dans la région.

De graves épidémies parmi les populations-clés

Tunisie (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes), Libye (consommateurs de drogues injectables), Égypte (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, consommateurs de drogues injectables), Yémen (hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes).

Villes clés

Alexandrie, Alger, Le Caire, Casablanca et Téhéran figurent parmi les plus grands milieux urbains dans les pays prioritaires, avec selon les rapports une prévalence plus élevée du VIH parmi les populations-clés. Certaines d'entre elles, comme Alger, ont signé la Déclaration de Paris sur l'accélération de la riposte au VIH dans les villes « Mettre fin à l'épidémie de sida », avec un engagement croissant vis-à-vis des ripostes au VIH spécifiques à la population et au lieu.

Éléments qui changent la donne

- ▶ **Leadership politique transformateur.** Partenariat stratégique avec la Ligue des États arabes pour l'accélération de la riposte par la mise en œuvre de la Stratégie arabe sur le sida (2014-2020).
- ▶ **Réforme juridique et politique.** L'engagement des parlementaires et la ratification de la Convention arabe sur la prévention du VIH et la protection des personnes vivant avec le VIH peuvent changer le paysage de la réforme législative, y compris par rapport à l'abolition des lois punitives et l'application d'une interprétation plus large et positive des lois et politiques existantes.
- ▶ **Ciblage de l'accent sur les populations-clés.** Transformer le dépistage et le traitement du VIH via la prestation de services de soins de santé privés et communautaires, une orientation plus rigoureuse et une meilleure liaison aux services en particulier parmi les populations-clés, la simplification des schémas thérapeutiques et l'intégration des services.
- ▶ **Autonomisation de la société civile.** Renforcer l'autonomisation des partenaires de la société civile,

y compris des chefs religieux, les organisations communautaires et de base dirigées par des personnes vivant avec le VIH, les femmes et les jeunes pour qu'ils soient au centre de la conception, de la mise en œuvre et du suivi de la riposte.

- ▶ **Innovation au niveau des données, du dépistage, de la prestation de services et remodelage des modèles actuels.** Dépistage bien ciblé et approches innovantes pour la distribution de médicaments, y compris par l'utilisation des technologies de l'information pour des services sur mesure.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux

- ▶ Le **Conseil des ministres arabes de la Santé, en vertu de la Ligue des États arabes**, assure la responsabilisation des pays pour appliquer la stratégie arabe sur le sida. L'ONUSIDA collabore avec la Ligue pour établir un mécanisme de responsabilisation visant le suivi des progrès relatifs à la mise en œuvre, et travaille avec les États membres pour développer la solidarité régionale et la responsabilité partagée.
- ▶ Le **Parlement arabe**, la Ligue des États arabes, le PNUD et l'ONUSIDA vont intensifier la sensibilisation et les partenariats avec les parlements nationaux sélectionnés pour ratifier la Convention arabe sur la prévention du VIH et la protection des personnes vivant avec le VIH, et l'utiliser comme un cadre juridique global pour les examens juridiques et politiques pour progresser au niveau des droits de l'homme.
- ▶ **Les communautés économiques régionales**, telles que l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD), qui comprend le Djibouti, la Somalie et le Soudan, travaillent avec l'ONUSIDA pour soutenir et intensifier les efforts régionaux et sous-régionaux pour aborder la vulnérabilité au VIH parmi les migrants et les populations nomades.

Amérique du Nord^{xii}

L'épidémie en chiffres

- ▶ **Près de 1,3 million [880 000 — 2 millions] de personnes vivant avec le VIH, 1,2 million aux États-Unis d'Amérique et 75 000 au Canada**
- ▶ **Une personne sur huit vivant avec le VIH aux États-Unis et une sur cinq au Canada n'est pas consciente de son statut sérologique.**
- ▶ **Les hommes représentent près de 75 % des personnes vivant avec le VIH au Canada et aux États-Unis — les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH aux États-Unis et près de la moitié vivant au Canada en 2014.**
- ▶ **En 2013, les taux de nouvelles infections les plus élevés aux États-Unis ont été relevés pour les personnes âgées de 25 à 29 ans suivies des personnes âgées de 20 à 24 ans, où au Canada, une grande proportion (plus d'un tiers) des personnes infectées par le HIV ont entre 30 et 39 ans.**
- ▶ **15 % des personnes vivant avec le VIH au Canada ont contracté le VIH par consommation de drogues injectables.**

Lacunes et défis

- ▶ Tandis que 86 % des personnes dont on estime qu'elles vivent avec le VIH connaissent leur statut sérologique aux États-Unis, **51 % des personnes diagnostiquées bénéficient de soins médicaux** VIH et chez 43 %, la charge virale est supprimée.
- ▶ **D'importantes disparités raciales** quant à l'infection à VIH sont constatées aux États-Unis. Il existe, du reste, des disparités raciales et ethniques au niveau du continuum de soins et des taux de décès prématuré. Les personnes vivant avec le VIH et les plus vulnérables au VIH sont confrontées aux taux les plus élevés de violence, de traumatismes, de sans-abrisme, de discrimination de la part des forces de l'ordre (police), et de manque de services publics.
- ▶ **Les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes** représentaient environ 4 % de la population masculine aux États-Unis en 2013 et 81 % des Afro-Américains ayant des rapports sexuels avec des hommes aux États-Unis présentent des taux d'incidence du VIH de plusieurs fois plus élevés. **Les Afro-Américains** représentent environ 12 % de la population des États-Unis, mais 46 % des nouvelles infections sont dénombrées en son sein en 2013.

- ▶ Au Canada, **les peuples autochtones** (Premières nations, Inuits et Métis) présentent des taux d'incidence du VIH trois fois plus élevés que la population générale.
- ▶ L'état actuel de **l'éducation sexuelle** aux États-Unis n'aborde pas assez les risques de santé encourus par les personnes de moins de 29 ans, en particulier les Afro-Américains et les jeunes lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres et intersexués.
- ▶ La peur de la **stigmatisation, la discrimination et la criminalisation** restent d'importants obstacles au dépistage et au traitement du VIH dans les deux pays. Dans certains contextes, la connaissance du VIH des prestataires de soins de santé est souvent faible et la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH est élevée dans les milieux de soins de santé.
- ▶ L'épicentre du VIH aux États-Unis a glissé des centres urbains sur les côtes est et ouest aux **villes du Sud**. Au cours des 10 dernières années, le Canada a connu une augmentation lente, mais régulière, des nouveaux diagnostics de VIH parmi les adultes âgés de 50 ans et plus.
- ▶ **L'accès au traitement reste un défi pour beaucoup de gens.** La réduction des coûts des médicaments est essentielle à la viabilité financière de la riposte au sida, y compris pour le traitement des comorbidités comme l'hépatite C. Bien que la Loi sur la Protection du patient et les soins abordables du gouvernement fédéral des États-Unis ait permis l'accès à des services de soins de santé pour un nombre accru de personnes vivant avec le VIH, le fait que certains États fédérés américains aient choisi de ne pas étendre leur couverture Medicaid implique que d'autres personnes à faible revenu vivant avec le VIH peuvent continuer à se heurter à un manque d'accès aux soins et traitements adaptés.

Populations prioritaires (à haut risques)

États-Unis : Les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (en particulier les jeunes hommes homosexuels de couleur ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes), les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe, la communauté transgenre et les Afro-Américains sont exposés à un risque accru.

Canada : Les homosexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les autochtones, les personnes provenant de pays où le VIH est endémique, les consommateurs de drogues injectables, les détenus, les femmes et les jeunes.

xii Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2013. Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention; 2013 (HIV Surveillance Report, Vol. 25; (http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/2013/surveillance_Report_vol_25.html, accessed 25 September 2015).
Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida. Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011.
Agence de la santé publique du Canada. Résumé : Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011.

Éléments qui changent la donne

- ▶ **S'occuper des déterminants sociaux** de la santé et organiser des dépistages VIH à grande échelle, et augmenter le couplage avec les soins pour permettre aux personnes vivant avec le VIH d'accéder à un traitement précoce.
- ▶ **Apporter un vaste appui aux personnes vivant avec le VIH afin qu'elles restent engagées dans la prise en charge globale**, y compris un soutien pour l'observance du traitement afin d'atteindre une suppression universelle de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH.
- ▶ **Continuer à améliorer les efforts de collecte de données**, ainsi que la coordination et la transparence des données entre les systèmes de données pour améliorer les résultats de santé et orienter l'utilisation des ressources dans le but d'obtenir un impact maximal.
- ▶ **Adopter une approche intégrée, holistique** au VIH, à l'hépatite virale et à d'autres infections sexuellement transmissibles et transmissibles par le sang.
- ▶ **Augmenter les investissements dans les réseaux de personnes vivant avec le VIH**, les organisations ciblant la population-clé et les programmes ciblés pour les jeunes hommes de couleur ayant des rapports sexuels avec des hommes et d'autres populations-clés et communautés fragiles, y compris pour l'accès complet à la PrEP pour celles pour qui le soutien de l'observance du traitement est approprié et souhaitable.
- ▶ **Répondre aux besoins des jeunes** à travers une meilleure utilisation des médias sociaux et des liens à la prestation de soins de santé. Mettre en œuvre une stratégie pour répondre aux besoins des personnes âgées vivant avec le VIH.
- ▶ **Réduire largement la stigmatisation et la discrimination liées au sida**, notamment parmi les prestataires de soins de santé. Engager les dirigeants des communautés confessionnelles et autochtones à sensibiliser leurs membres, en mettant l'accent sur le lien entre la diminution de la stigmatisation et l'amélioration des résultats pour la santé individuelle et publique.
- ▶ **Veiller à ce que les lois pénales fédérales, des États fédérés ou des provinces reflètent les connaissances scientifiques actuelles** liées au VIH et éviter la création de nouvelles lois qui criminalisent spécifiquement les personnes en fonction de leur statut VIH et qui la promulgation de telles nouvelles lois.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux

- ▶ **La National HIV/AIDS Strategy for the United States, Updated to 2020**, présente un programme ambitieux pour l'éradication du sida et constituera un mécanisme de responsabilisation crucial avec l'initiative américaine *HIV Care Continuum Initiative* (2013).
- ▶ **L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH / sida au Canada (IF)** est une initiative horizontale pour améliorer la coordination et la collaboration sur le VIH au Canada parmi les quatre partenaires fédéraux : l'Agence de santé publique du Canada, Santé Canada, les Instituts de recherche en santé du Canada, et Service correctionnel du Canada. Les résultats de l'IF sont rapportés à la population canadienne par l'intermédiaire du gouvernement actuel de mécanismes de responsabilisation Canada.

Afrique occidentale et centrale

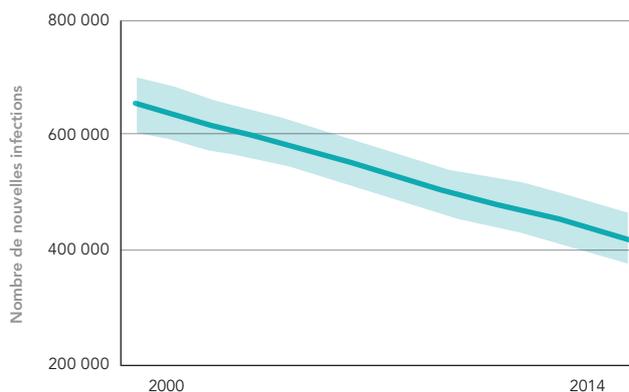
L'épidémie en chiffres (2014)

- ▶ **6,6 millions [5,9 millions – 7,5 millions] PVVIH dans les 25 pays — y compris 3,8 millions [3,4 millions – 4,3 millions] de femmes et 730 000 [660 000 – 800 000] d'enfants.**
- ▶ **420 000 [380 000 – 460 000] de nouvelles infections au VIH, 110 000 [79 000 – 130 000] parmi les jeunes, et 330 000 [240 000 – 450 000] décès liés au sida.**
- ▶ **Environ 1 adulte sur 4 et 1 enfant sur 8 vivant avec le VIH ont accès à un traitement, cependant, 42 % [38 % – 47 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement.**
- ▶ **Dans 16 pays disposant de données, la prévalence du VIH était plusieurs fois plus élevée chez les professionnelles du sexe (FSW) et les HSH que dans la population générale.**
- ▶ **13 pays criminalisent les relations homosexuelles entre adultes consentants et 14 criminalisent le travail du sexe**

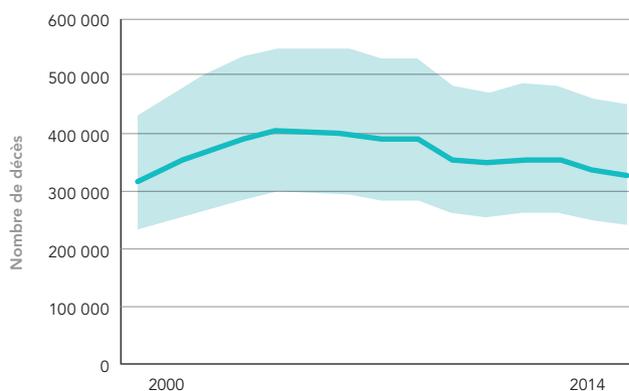
Lacunes et défis

- ▶ **Impact sur le comportement insuffisant des interventions de prévention** pour les adolescents et les jeunes. Taux élevé de mariages précoces, faible utilisation du préservatif et partenaires sexuels multiples avec premier rapport sexuel précoce. Le dépistage du VIH varie entre 6 et 22 %.
- ▶ **Grand écart de couverture pour le dépistage, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et la thérapie antirétrovirale** pour les adultes et les enfants. Les systèmes de santé et communautaires, y compris la gestion de la fourniture et l'approvisionnement, demeurent faibles.
- ▶ **Dépendance excessive au financement international (GFATM, PEPFAR) à 70 %** en raison de l'engagement politique variable insuffisant. La mauvaise gouvernance, la faiblesse de l'efficacité de l'allocation des ressources et la capacité d'absorption limitée des fonds compromettent la durabilité de la riposte.
- ▶ **La stigmatisation et la discrimination persistantes, les inégalités en matière de sexospécificité et la violence contre les femmes.**
- ▶ **Manque de données épidémiologiques et programmatiques nationales et sous-nationales ventilées par sexe et par âge**, en particulier sur les populations-clés, les jeunes et les adolescents. Seuls sept pays présentent une estimation de la taille de la population pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et dix pays disposent d'une estimation pour les professionnel(le)s du sexe.
- ▶ **La hausse du terrorisme, les situations politiques fragiles et les maladies comme le virus Ebola** dans une région déjà fortement touchée par les urgences humanitaires récurrentes (chocs saisonniers, sécheresse, insécurité alimentaire, inondations, recrudescence de maladies, conflits) ont des répercussions sur l'épidémie et menacent la riposte.

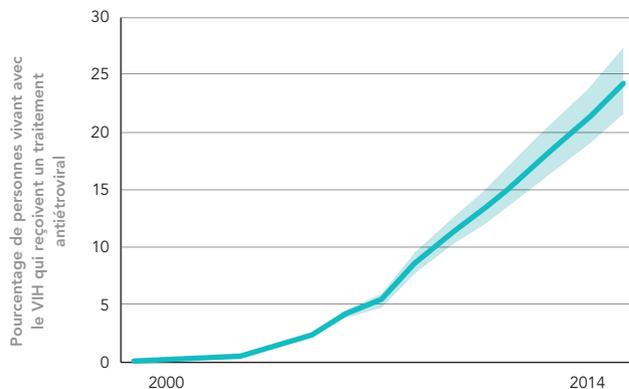
Nombre de nouvelles infections par le VIH entre 2000 et 2014 en Afrique occidentale et centrale



Nombre de décès liés au sida entre 2000 et 2014 en Afrique occidentale et centrale



Couverture du traitement antirétroviral entre 2000 et 2014 en Afrique occidentale et centrale



Source: estimations ONUSIDA 2014

Pays prioritaires

Les grandes épidémies et les pays à forte prévalence

Cinq pays représentent plus de 78 % de l'épidémie de VIH, et 82 % des nouvelles infections : le Cameroun, le Tchad, la Côte d'Ivoire, la RDC et le Nigeria sont les pays de l'initiative accélération (le Nigeria représente 52 % des nouvelles infections : la priorité sera mise sur les États avec une prévalence supérieure à 8 % : Nasarawa, Benue, Cross River, Akwa Ibom et le Territoire de la capitale fédérale)
D'autres pays à forte prévalence nécessitent des actions ciblées : la Guinée équatoriale (6,2 %), la RCA (4,3 %), le Gabon (3,9 %) et la Guinée Bissau (3,7 %).

Urgences humanitaires

Tous les pays touchés ou exposés au risque d'une crise humanitaire obtiendront la priorité.

D'ici à 2020, l'accélération de la riposte régionale permettra de réduire :

- ▶ Le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH à **120 000**
- ▶ Le nombre annuel de décès liés au sida à **87 000**.

Villes clés

L'épidémie dans la région est essentiellement urbaine, sauf pour le Cap-Vert, la Guinée équatoriale et le Mali. Accent sur 15 villes en fonction de la charge et des besoins/opportunités : Abidjan, Abuja, Accra, Bamako, Brazzaville, Cotonou, Dakar, Douala, Kinshasa, Lagos, Libreville, Lomé, Lubumbashi, Ouagadougou et Yaoundé. Tous les dirigeants des villes seront encouragés à prendre des mesures en fonction de la Déclaration de Paris sur l'accélération de la riposte au sida dans les villes « Mettre un terme à l'épidémie de sida ».

Éléments qui changent la donne

- ▶ Des cadres de collaboration aux niveaux national et local pour trouver des solutions pratiques pour que les populations-clés accèdent aux services, malgré les environnements juridiques difficiles.
- ▶ Autodépistage et dépistage sur base communautaire et distribution de traitements antirétroviraux via délégation des tâches et usage des nouvelles technologies.

- ▶ Prévention de la transmission de la mère à l'enfant dans toutes les maternités, les services de néonatalité et pédiatriques, et dans les services de santé sexuelle et reproductive en tant que points d'entrée permettant d'assurer l'intégration de la riposte au VIH dans le secteur de la santé à tous les niveaux.
- ▶ Des mécanismes de financement innovants pour accroître le financement national tout en optimisant et en réduisant l'allocation des ressources dans le contexte de la mise en œuvre de la feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale dans le cadre de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.
- ▶ Le plein potentiel des adolescents et des jeunes filles et jeunes hommes mis à profit pour contribuer à réaliser le dividende démographique et réduire les risques et la vulnérabilité d'infection à VIH.
- ▶ Exploitation des flexibilités de l'ADPIC pour garantir un accès durable à des médicaments abordables et renforcement de la capacité régionale et locale de conception et de production de produits de santé de qualité abordables.

Opportunités et mécanismes de responsabilisation régionaux et mondiaux

- ▶ La mise en œuvre de la **Feuille de route de l'Union africaine sur le sida, la tuberculose et le paludisme** et le **Cadre de l'Union africaine sur la protection sociale** constituent une opportunité d'accélérer la riposte.
- ▶ En collaboration avec les partenaires régionaux et mondiaux, **Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest / Organisation ouest-africaine de la santé et la Communauté économique des États de l'Afrique centrale** constituent un forum de collaboration visant à maximiser l'accès aux produits de base, y compris par le biais du stock de sécurité de thérapies antirétrovirales et du **Plan pharmaceutique régional de la CEDEAO**.
- ▶ La **Déclaration de Paris sur l'accélération de la riposte au sida dans les villes « Mettre un terme à l'épidémie de sida »** contribuera à mobiliser l'engagement et le financement catalytique et à servir de dispositif de responsabilisation pour le suivi des progrès.
- ▶ Le **protocole d'accord** avec l'**Organisation internationale de la Francophonie** constitue une opportunité de sensibilisation politique à haut niveau, en particulier pour les droits de l'homme et le financement dans les pays francophones.
- ▶ L'**initiative mondiale Santé des mères, des nouveau-nés et des enfants** sera déterminante pour accélérer la fourniture de services intégrés de qualité, et tirer parti de l'appui de l'**Organisation des premières Dames d'Afrique contre le VIH/sida**.

Europe occidentale et Europe centrale

L'épidémie en chiffres

- ▶ **Plus de 1 million [620 000 – 1,4 million] de personnes vivant avec le VIH en 2014 — près de 80 % d'entre elles étaient des hommes.**
- ▶ **Le nombre d'infections à VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes a augmenté de 33 % cette dernière décennie et ceux-ci représentaient 52 % des infections signalées, survenues selon le mode de transmission connu en 2013.**
- ▶ **Depuis 2004, le nombre d'infections à VIH diagnostiquées contractées par rapports hétérosexuels a diminué de 45 %. Chez les migrants en provenance de pays présentant des épidémies généralisées, la diminution a été encore plus grande (60 %). Cette petite population ne représente cependant que 15 % des nouveaux cas de VIH.**
- ▶ **Le nombre de nouvelles infections chez les personnes qui consomment des drogues injectables a baissé de 36 % au cours de la dernière décennie ; en 2013, la transmission liée à la consommation de drogues injectables a représenté 5 % de tous les nouveaux diagnostics de VIH signalés.**
- ▶ **En 2013, 47 % des nouveaux diagnostics de VIH ont concerné des personnes se présentant tard.**

Lacunes et défis

- ▶ La diminution de l'intérêt pour le VIH dans les agendas politiques nationaux et régionaux a débouché sur une diminution de l'allocation des investissements et des réformes politiques.
- ▶ L'accroissement des inégalités entre les pays, au sein des pays, et entre de nombreux groupes de population a pour effet que des personnes sont laissées pour compte, même si des postes solides sont en place.
- ▶ Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes constituent la seule population-clé qui n'a pas connu de baisse du nombre de nouvelles infections. En particulier en ce qui concerne le nombre de jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avec des hommes âgés entre 20 et 24 ans diagnostiqués séropositifs a presque doublé entre 2004 et 2013, et augmenté de 83 % parmi ceux âgés de 15 à 19 ans.^{xiii}

- ▶ Les tendances à criminaliser les clients masculins des travailleurs du sexe peuvent avoir pour effet que les professionnelles du sexe et les clients ont encore plus difficilement accès aux services.^{xiv}
- ▶ Les migrants sans papiers sont confrontés à des difficultés pour accéder aux services liés au VIH en raison de l'absence de statut de résidence légale et d'assurance-maladie. Dans de nombreux pays, les migrants sans papiers ont seulement le droit aux soins de santé d'urgence et ne peuvent donc pas accéder au traitement du VIH à long terme.
- ▶ Même dans les pays à revenu élevé avec des systèmes de santé qui fonctionnent bien, la suppression de la charge virale effective chez les personnes vivant avec le VIH se situe seulement entre 52 et 59 %.^{xv}
- ▶ La PrEP est uniquement disponible en Europe par le biais de petits projets de démonstration et d'essais ou d'une utilisation informelle, tout en sachant aussi que la majorité des pays maintiennent des seuils de traitement conservateurs.^{xvi}
- ▶ Le faible recours au dépistage reste un obstacle majeur ; en 2014, les pays ont signalé des taux de dépistage de 20 %-50 % chez les HSH et de 30 %-60 % chez les consommateurs de drogues injectables.
- ▶ Les prix non compétitifs du traitement pour le VIH, de l'hépatite C et d'autres comorbidités et coinfections deviennent une préoccupation croissante, d'autant plus que la taille de la population éligible s'accroît.

Éléments qui changent la donne

- ▶ **Maintenir la lutte contre le VIH dans les priorités de l'agenda politique, tout en mettant l'accent sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale.** Il convient de communiquer davantage sur les risques liés à l'arrêt du financement de la lutte contre le sida, lutter contre la passivité face au problème et adopter un nouveau scénario à l'échelle régionale.
- ▶ **Traiter l'inégalité et l'exclusion.** Les stratégies doivent être flexibles pour traiter les questions liées aux inégalités dans les pays à revenu intermédiaire, à la migration et aux jeunes, ainsi que l'évolution des tendances de l'épidémie, y compris les passages de la consommation de drogues injectables à la consommation de drogues non injectables.

xiii De Dublin à Rome : dix ans de lutte contre le VIH en Europe et en Asie centrale. Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies, Stockholm, 2014.

xiv De Dublin à Rome : dix ans de lutte contre le VIH en Europe et en Asie centrale. Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies, Stockholm, 2014.

xv Raymond A, Hill A, Pozniak A. Large disparities in HIV treatment cascades between eight European and high-income countries—analysis of break points. J Int AIDS Soc. 2014;17(Suppl 3) : 19507.

xvi En 2014, la majorité des pays a retenu le seuil de démarrage de la thérapie antirétrovirale à partir d'un comptage de CD4 \leq 350 cellules / mm³ ; et seuls 18 pays avaient adopté les directives 2013 de l'OMS. Seuls quelques pays tels que l'Autriche, la France et la Grèce assurent le traitement quel que soit le comptage de CD4.

Pays prioritaires

Grande ampleur de l'épidémie régionale

La France, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni abritent environ la moitié des personnes vivant avec le VIH.

De graves épidémies parmi les populations-clés

Les consommateurs de drogues injectables : Estonie, Grèce, Lettonie, Portugal et Roumanie
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : Chypre, République tchèque, Hongrie, Irlande, Lettonie, Slovaquie et Slovénie (augmentation des nouvelles infections de plus de 100 % entre 2004 et 2011) ; Autriche et Belgique (augmentation de 50 %).
Professionnel(le)s du sexe : Lettonie, Portugal et Espagne
Transgenre : Pays-Bas (plus de 20 % de prévalence parmi les professionnel(le)s du sexe).

- ▶ **Concentrer les ripostes sur les populations-clés et les jeunes membres** de celles-ci. Saturer les zones urbaines de haute transmission par des programmes de prévention, y compris le les préservatifs, le dépistage, la PrEP, la PEP, l'échange de seringues et le traitement de substitution aux opiacés.
- ▶ **Améliorer le dépistage stratégique et l'utilisation de la thérapie antirétrovirale.** Étendre le dépistage dans les populations-clés où la prévalence est élevée, y compris le dépistage rapide dans les structures non médicales, dirigées par la communauté ; fournir un traitement, quel que soit le comptage en CD4 pour toutes les personnes vivant avec le VIH.
- ▶ **Accroître l'accès à une éducation sexuelle complète.** L'accès à ces connaissances pour les jeunes et les adolescents reste largement théorique pour une partie importante de la population.
- ▶ **Raviver la lutte contre le sida et investir dans la société civile.** Les actions militantes devraient être financées comme un bien public mondial.

Opportunités et mécanismes de responsabilisations régionaux

- ▶ La **Déclaration de Dublin** a fourni un cadre pour suivre les progrès et les défis dans la région, tandis que le **Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies** a périodiquement suivi et rassemblé des rapports nationaux sur cette question. Un cadre politique de l'UE actualisé pour remplacer les objectifs de la Déclaration de Dublin est nécessaire.
- ▶ La mobilisation intersectorielle et l'action entre les gouvernements, la société civile et le secteur privé peuvent être renforcées. L'Union européenne, la Commission européenne et les gouvernements européens demeurent des partenaires-clés.

Annexe 3. Exemple de liste d'indicateurs de mesure des progrès de la stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021^{xvii}

L'ensemble d'indicateurs et de domaines d'indicateurs présenté ici est aligné sur les domaines de résultats et les objectifs de la stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021. Ces exemples d'indicateurs s'inscrivent dans le cadre d'une révision permanente menée pour le rapport d'activité de la riposte au sida dans le monde (RARSM), qui analyse l'utilisation et la qualité des indicateurs utilisés, les nouveaux domaines de la riposte au sida tels que ceux qui ont été définis dans le cadre de la présente stratégie, les indicateurs proposés dans les directives relatives aux indicateurs sur le secteur de la santé récemment publiées et d'autres informations pertinentes. Cette révision a pour but d'élaborer un ensemble complet d'indicateurs en vue de mesurer la riposte intersectorielle au sida au cours des années à venir, en évaluant les progrès accomplis pour atteindre les objectifs de l'initiative Accélérer à l'horizon 2020 et les ODD dans le cadre de l'harmonisation des indicateurs et de la réduction des charges de rapportage imposées aux pays. Lorsque la révision sera achevée, l'ensemble d'indicateurs sera évalué par l'organisme international d'évaluation des indicateurs liés au VIH. Le processus d'évaluation comprend la révision des indicateurs des actions et engagements nationaux (NCPI) (étude menée tous les deux ans par les gouvernements et la société civile) qui mesurent les progrès accomplis dans un certain nombre de résultats identifiés dans le cadre de la présente stratégie, ainsi qu'un test pilote. Les exemples d'indicateurs peuvent donc être adaptés ou remplacés en fonction des résultats du processus d'évaluation et des recommandations de l'organisation de révision des indicateurs.

Les indicateurs en italique sont en cours d'élaboration et n'ont pas été largement utilisés. Les références sont citées en parenthèses après l'indicateur. Les indicateurs en bleu sont inclus dans les indicateurs ODD actuellement proposés.

Accès au dépistage, connaissance du statut et traitement de qualité abordable immédiatement proposé et maintenu dans la durée pour les enfants, les adolescents et les adultes vivant avec le VIH

- ▶ *Pourcentage de personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut (RARSM 2016, OMS 2015)*
- ▶ Pourcentage d'enfants exposés bénéficiant d'un test virologique à l'âge de 2 mois (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement antirétroviral (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant de soins VIH (RARSM 2016, OMS 2015)
- ▶ *Pourcentage de personnes sous thérapie antirétrovirale dont la charge virale a été supprimée (RARSM 2016, OMS 2015)*

xvii Abréviations

RARSM : Rapport d'activité sur la riposte au sida dans le monde, les éléments suivis de RARSM 2016 seront inclus dans le prochain cycle du RARSM

GPRM : Mécanisme mondial d'information sur les prix (Global Price Reporting Mechanism)

NASA : Mécanisme d'évaluation des dépenses nationales sur le sida.

NCPI : Indice composite des politiques nationales

PORTIA : Evaluation de l'investissement du suivi des ressources axé sur les performances

ODD : Objectif de développement durable proposé

SHA : Système des comptes de la santé

OMS 2015 : Directives d'informations sur la stratégie consolidée de l'OMS pour le VIH dans le secteur de la santé

- ▶ Pourcentage de personnes sous thérapie antirétrovirale maintenues sous thérapie antirétrovirale 12 mois après le début du traitement (RARSM, OMS 2015)
- ▶ *Existence d'une stratégie de riposte au VIH (y compris fourniture de préservatifs et traitement antirétroviral) dans les situations d'urgence (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ Estimation du nombre annuel de décès liés au sida pour 100 000 personnes (RARSM 2016, OMS 2015)

Suppression des nouvelles infections par le VIH chez les enfants et préservation de la santé et du bien-être de la mère

- ▶ Pourcentage de femmes enceintes vivant avec le VIH bénéficiant de traitements antirétroviraux efficace ou qui en ont commencé (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Estimation du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH parmi les enfants (RARSM 2016, OMS 2015)

Accès aux services de prévention combinée en particulier pour les jeunes femmes et les adolescentes, et mise en place de moyens de prévention et de protection contre le VIH

- ▶ *Estimation du nombre annuel de nouvelles infections pour 1 000 personnes vulnérables (non contaminées) (ODD, RARSM 2016, OMS 2015)*
- ▶ *Existence de stratégies nationales d'éducation sexuelle complète en milieu scolaire, y compris promotion des attitudes et comportements favorisant l'égalité entre les sexes (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ *Ou Nombre de pays à forte prévalence où une éducation sexuelle complète et des informations concrètes sur le VIH ont été dispensées dans plus de 70% des écoles au cours de l'année scolaire précédente*
- ▶ Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Nombre annuel d'hommes volontairement circoncis (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes dotés de connaissances complètes sur la prévention du VIH (RARSM)
- ▶ Pourcentage de jeunes hommes et femmes de 15 à 24 ans ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans (RARSM)
- ▶ *Pourcentage de jeunes femmes et des filles dans les zones à forte prévalence du VIH bénéficiant programmes de sensibilisation à l'émancipation économique ou à la protection sociale*
- ▶ *Participation des adolescentes et des adolescents à la riposte nationale dans les domaines suivants : élaboration des politiques, planification, budgétisation, mise en œuvre des services et des interventions, suivi et évaluation (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ *Pourcentage de personnes recourant à la PrEP parmi les populations ciblées en priorité par la PrEP au niveau national (RARSM 2016, OMS 2015)*
- ▶ *Nombre de préservatifs disponibles par homme adulte dans les pays à forte prévalence*

Accessibilité des services de prévention combinée du VIH adaptés aux populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres, les prisonniers et les migrants

- ▶ Dépistage du VIH parmi les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres et les prisonniers (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Utilisation du préservatif parmi les professionnel(le)s du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues injectables (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Aiguilles et seringues distribuées par consommateur de drogues injectables (RARSM, OMS 2015)
- ▶ *Préservatifs utilisés dans les prisons (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ *Participation des groupes de population prioritaires au niveau national à la riposte nationale au sida : élaboration des politiques, planification, budgétisation, mise en œuvre des services et des interventions, suivi et évaluation (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ *Estimation du pourcentage de personnes recourant à la PrEP parmi les populations prioritaires pour la PrEP au niveau national (RARSM 2016, OMS 2015)*
- ▶ *Pourcentage estimé du nombre de populations clés (travailleurs du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, toxicomanes, personnes transgenres, détenus, migrants) en contact avec ou touchés par les services de prévention (au cours du dernier mois)*

Les femmes et les hommes pratiquent et encouragent des normes sexospécifiques saines et travaillent ensemble à mettre un terme à la violence sexiste, sexuelle et sur le partenaire intime pour réduire les risques d'infections à VIH et son impact

- ▶ *Pourcentage de femmes déclarant avoir été récemment victimes de violence conjugale (ODD, RARSM)*
- ▶ *Existence de lois ou de politiques visant à prévenir et à résoudre les problèmes de violence envers les femmes et de violence sexiste (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ *Participation des femmes vivant avec le VIH à la riposte nationale : élaboration des politiques, planification, budgétisation, mise en œuvre des programmes et des interventions, suivi et évaluation (RARSM 2016/NCPI)*

Suppression des lois, politiques et pratiques punitives, de la stigmatisation et de la discrimination entravant les ripostes efficaces au VIH

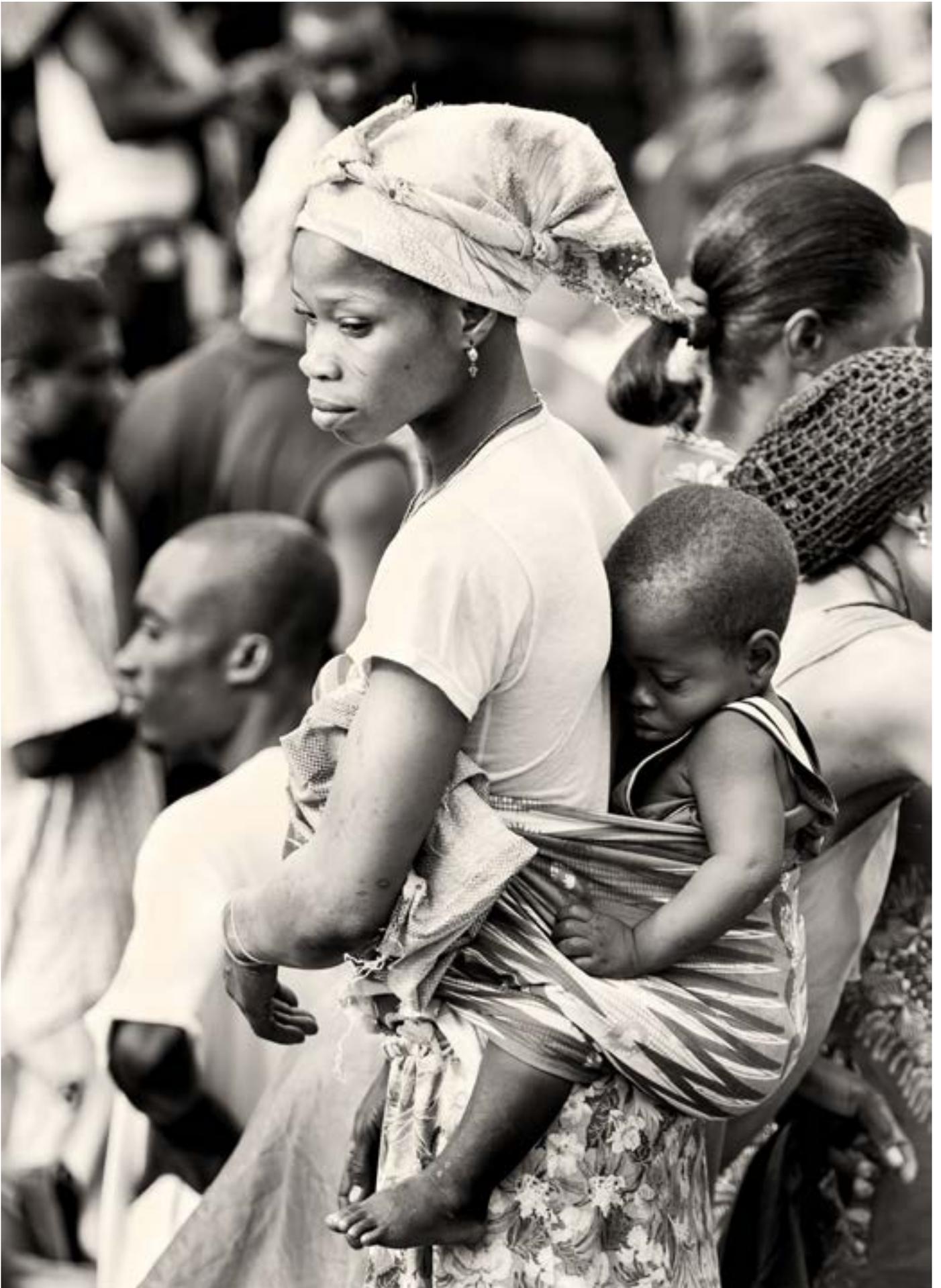
- ▶ *Existence de lois et/ou politiques représentant un obstacle à la prestation des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH ou à l'accessibilité à ces services (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ *Existence de mécanismes favorisant l'accès à la justice, par exemple services juridiques gratuits, programmes d'éducation juridique (RARSM 2016/NCPI)*
- ▶ *Pourcentage de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans signalant des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH (RARSM, OMS 2015)*
- ▶ *Pourcentage d'adultes vivant avec le VIH et de populations clés signalant des refus d'accès aux services de santé*
- ▶ *Pourcentage du personnel des structures de soins ayant des opinions stigmatisantes sur les personnes vivant avec le VIH (RARSM 2016)*

La riposte au sida est complètement financée et mise en œuvre sur la base d'informations stratégiques actuelles et fiables

- ▶ Le pays dispose de données acceptables à l'échelle internationale pour les indicateurs de priorité mondiaux et utilise une ventilation pertinente (RARSM)
- ▶ Le total des investissements mondiaux annuels en faveur du VIH pour la riposte nationale dans les pays à revenu faible et intermédiaire est ventilé en fonction des domaines de programmes clés et par source de financement (international et national), avec une distribution complète par maladie et programme (RARSM/NASA, Système des comptes de la santé de l'OMS)
- ▶ Pourcentage du changement dans les coûts directs et indirects par personne vivant avec le VIH bénéficiant d'un traitement antirétroviral et dont la charge virale a été supprimée (RARSM 2,016 / PORTIA)
- ▶ Pourcentage de variation des prix des traitements antirétroviraux de première, deuxième et troisième lignes, et des réactifs pour le suivi des patients par le laboratoire (CD4 et charge virale) (GPRM de l'OMS / amélioration du système de suivi)
- ▶ Existence d'un plan de transition vers une riposte au VIH développée entièrement financée, au sein des pays à faible revenu et à revenu moyen supérieur (RARSM 2016 / NCPI)
- ▶ Pourcentage de la population et des personnes vivant avec le VIH couverts par une assurance de santé publique, sociale ou privée incluant une possibilité de traitement antirétroviral (RARSM, 2016)
- ▶ Pourcentage du changement dans les coûts globaux (directs et indirects) par infection évitée (PORTIA)
- ▶ Pourcentage du changement dans les coûts globaux (directs et indirects) par décès évité (PORTIA)
- ▶ Pourcentage du changement dans les réductions globales de coûts (directes et indirectes) induites par une allocation optimale des ressources (PORTIA)

Intégration des services de VIH centrés sur les populations dans les services de santé, dans le cadre de systèmes de santé renforcés

- ▶ Pourcentage des ménages les plus pauvres bénéficiant d'un soutien économique externe (RARSM)
- ▶ Existence d'une intégration de la prestation de services liés au VIH et à d'autres maladies : santé sexuelle et reproductive, tuberculose, hépatite C, maladies non transmissibles, dépistage et atténuation de la violence, nutrition (RARSM 2016/NCPI)
- ▶ Cogestion de la tuberculose et du VIH (RARSM, OMS 2015)
- ▶ Estimation du pourcentage de programmes/services liés au VIH fournis par la société civile, ventilé en fonction des différents domaines de programmes (RARSM 2016/NCPI)
- ▶ Pourcentage de personnes dépistées séropositives par le biais d'une prestation de services sur base communautaire (RARSM 2016 / NCPI)
- ▶ Pourcentage de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral par le biais d'une prestation de services sur base communautaire (RARSM 2016 / NCPI)
- ▶ Existence d'un mécanisme de suivi participatif de la société civile pour l'assurance qualité et la réactivité des services de VIH, par exemple rapports mobiles, analyse logistique (RARSM 2016)



Annexe 4. Glossaire

Pour en savoir davantage à propos des concepts-clés, consultez les directives terminologiques de l'ONUSIDA 2015.

La prévention combinée du VIH

La prévention combinée du VIH vise l'obtention d'un impact maximal sur la prévention du VIH par la combinaison de stratégies comportementales, biomédicales et structurelles fondées sur les droits de l'homme et éclairées par des données probantes dans le contexte d'une épidémie locale bien documentée et comprise. La prévention combinée du VIH peut également désigner une stratégie individuelle de prévention du VIH fondée sur l'utilisation d'outils ou d'approches différentes (soit simultanément, soit dans le temps), en fonction de sa situation actuelle, des risques auxquels il est exposé et de ses choix.

La prévention combinée englobe aussi bien la prévention primaire (axée sur les séronégatifs) que la prévention de la transmission du virus chez les personnes vivant avec le VIH.

Source : Directives terminologiques de l'ONUSIDA 2015, Genève, ONUSIDA 2015

Principales caractéristiques des programmes de prévention de la combinaison :

- ▶ adaptés aux besoins et contextes nationaux et locaux,
- ▶ combinent des interventions biomédicales, comportementales et structurelles,
- ▶ assurent une pleine participation des communautés touchées, promeuvent les Droits de l'Homme et l'égalité en matière de sexospécificité ;
- ▶ fonctionnent en synergie, de façon cohérente au fil du temps, à plusieurs niveaux, à savoir ceux de l'individu, de la famille et de la société ;
- ▶ investissent dans des ripostes décentralisées et communautaires, et améliorent la coordination et la gestion ;
- ▶ flexibles, afin de pouvoir s'adapter à l'évolution de l'épidémie et de déployer rapidement des innovations

Sources : Combination HIV Prevention : Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections », (Association de mesures de prévention contre le VIH : personnaliser et coordonner la prévention : répondre au besoin urgent de ranimer les ripostes en matière de prévention du VIH à l'échelle mondiale par l'intensification et la concrétisation de synergies visant à le stopper, et commencer à inverser la propagation de l'épidémie de sida.), Genève, ONUSIDA, 2013 (ONUSIDA / CCP (30) /12.13).

L'éducation sexuelle complète (ESC)

L'éducation sexuelle complète (ESC) est reconnue comme « une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité et des relations interpersonnelles qui est adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information scientifiquement précise, réaliste et dénuée de jugements de valeur ». L'éducation sexuelle offre des possibilités d'explorer ses propres valeurs et attitudes, et de développer des compétences de prise de décision, de communication et de réduction des risques relatives à de nombreux aspects de la sexualité ».

Source : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), ONUSIDA, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et OMS (Organisation mondiale de la Santé). Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Volume I. UNESCO, Paris, 2009.

Compétences générales

- Sujets indispensables
- ▶ Prise de décision/assertivité
 - ▶ Communication/négociation/refus
 - ▶ Émancipation droits de l'homme
-

- Sujet souhaitable
- ▶ Acceptation, tolérance, empathie et non-discrimination
 - ▶ Autres compétences relatives aux sexes

Santé sexuelle et reproductive (SSR) / éducation sexuelle (ES)

- Sujets indispensables
- ▶ Croissance et développement humain
 - ▶ Anatomie sexuelle et physiologie
 - ▶ Vie familiale, mariage, engagement à long terme et relations interpersonnelles
 - ▶ Société, culture et sexualité : valeurs, attitudes, normes sociales et les médias en lien avec la sexualité
 - ▶ Reproduction
 - ▶ Égalité des sexes et rôles des hommes et des femmes
 - ▶ Abus sexuels / résister aux rapports sexuels non souhaités ou contraints
 - ▶ Préservatifs
 - ▶ Comportement sexuel (pratiques sexuelles, plaisir et sentiments)
 - ▶ Transmission et prévention des infections sexuellement transmissibles (IST)
-

- Sujets souhaitables
- ▶ Grossesse et naissance
 - ▶ Contraception autre que préservatif
 - ▶ Violence sexiste et pratiques néfastes / rejet de la violence
 - ▶ Diversité sexuelle
 - ▶ Sources pour les services SSR/demande de services
 - ▶ Autres contenus liés à la SSR/ES

Contenu spécifique lié au VIH et au sida

- Sujets indispensables
- ▶ Transmission du VIH
 - ▶ Prévention du VIH : rapports sexuels à moindre risque, notamment grâce à l'utilisation du préservatif
 - ▶ Traitement du VIH
-

- Sujets souhaitables
- ▶ Stigmatisation et discrimination liées au VIH
 - ▶ Sources pour les services de conseils/dépistage /demande de conseil, traitement, appui médico-social
 - ▶ Autres contenus spécifiques liés au VIH et au sida

Source : Mesure de la réponse du secteur éducatif au VIH et aux directives en matière de sida pour la construction et l'usage d'indicateurs de base. Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la science et la culture, Paris, 2013.

De nombreux noms différents sont employés par différents pays, qui mettent ainsi en avant différents aspects de l'ESC. Comme pour tous les programmes scolaires, l'ESC doit être dispensée conformément aux législations et politiques nationales.

L'UNESCO a élaboré un ensemble de sujets « indispensables » ou « souhaitables » pour le programme d'éducation sexuelle pratique liée au VIH : les sujets « indispensables » sont ceux qui ont le plus grand impact sur la prévention du VIH. Les sujets « souhaitables » sont ceux qui ont un impact indirect sur la prévention du VIH, mais qui sont importants dans le cadre des programmes d'éducation sexuelle générale.

La protection sociale prenant en compte le VIH

La protection sociale prenant en compte le VIH permet aux personnes vivant avec le VIH et à d'autres populations vulnérables de bénéficier d'une approche de service consolidée avec le reste de la population ; ce qui prévient l'exclusion de groupes rencontrant des besoins identiques. La protection sociale prenant en compte le VIH est l'approche privilégiée, car elle évite la stigmatisation que peut induire le fait de se concentrer exclusivement sur le VIH. Les approches de la protection sociale prenant en compte le VIH incluent : la protection financière par le biais de transferts prévisibles de fonds, de nourriture ou d'autres produits de base pour les personnes touchées par le VIH, et ceux qui sont les plus vulnérables ; l'accès à des services abordables et de qualité, notamment des services de traitement, de santé et d'éducation ; et des politiques, des lois et des règlements permettant de répondre aux besoins (et de faire respecter les droits) des personnes les plus vulnérables et exclues.

Source : Directives terminologiques de l'ONUSIDA 2015, ONUSIDA, Genève, 2015.

Les populations-clés ou les populations-clés les plus exposées au risque d'infection à VIH

Les populations-clés ou les populations-clés les plus exposées au risque d'infection à VIH sont les groupes de personnes qui risquent le plus d'être exposées au VIH ou de le transmettre, et dont la participation est essentielle au succès de la riposte au VIH. Dans tous les pays, les populations-clés sont des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des milieux, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les professionnels du sexe et leurs clients sont plus exposés au risque d'infection à VIH que les autres groupes. Toutefois, chaque pays aurait tout intérêt à définir les populations spécifiques à son épidémie et une riposte basée sur le contexte épidémiologique et social.

Source : Stratégie 2011-2015 de l'ONUSIDA : « Arriver à zéro » ; ONUSIDA, Genève, 2010.

L'ONUSIDA estime que les homosexuels de sexe masculin et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe et leurs clients, les personnes transgenres et les personnes qui consomment des drogues injectables constituent les **quatre principaux groupes de la population-clé**. Ces populations souffrent souvent de lois punitives ou de politiques stigmatisantes, et sont parmi les plus susceptibles d'être exposées au VIH. Leur engagement est essentiel pour assurer une riposte efficace au VIH partout ; il est la clé de l'épidémie et de la riposte. Les pays doivent définir les populations spécifiques jouant un rôle-clé pour leur épidémie et une riposte fondée sur le contexte épidémiologique et social. Le terme populations-clés est également utilisé par certaines organisations pour désigner des populations autres que les quatre ci-dessus. Par exemple, les détenus et les

autres personnes incarcérées sont également particulièrement vulnérables au VIH ; elles sont souvent privées d'un accès adéquat aux services, et certains organismes peuvent les qualifier de populations clés. Le terme populations-clés à risque accru peut également s'utiliser de façon plus générale, pour désigner d'autres populations plus susceptibles de contracter ou transmettre le VIH, indépendamment de l'environnement juridique et politique. En plus des quatre principales populations-clés, ce terme comprend les personnes vivant avec le VIH, les partenaires séronégatifs dans les couples sérodiscordants et d'autres populations spécifiques qui pourraient être pertinentes dans des régions particulières (telles que les jeunes femmes en Afrique australe, les pêcheurs et les femmes autour de certains lacs africains, les chauffeurs routiers longue distance et les populations nomades).

Source : directives terminologiques de l'ONUSIDA 2015. ONUSIDA, Genève, 2015.

Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

L'expression « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » décrit les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, qu'ils aient ou non des relations sexuelles avec des femmes ou qu'ils affichent ou non une identité personnelle ou sociale gay ou bisexuelle. Ce concept est utile, parce qu'il comprend aussi des hommes qui se déclarent hétérosexuels, mais qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Le terme « homosexuel » peut désigner une attirance sexuelle, un comportement sexuel ou une identité culturelle axés vers les personnes du même sexe.

Source : Directives terminologiques de l'ONUSIDA 2015. ONUSIDA, Genève, 2015.

Transgenre

Transgenre est un terme générique utilisé pour désigner les personnes dont l'identité et l'expression sexospécifiques ne sont pas conformes aux normes et aux attentes traditionnellement associées au sexe qui leur a été reconnu à la naissance ; il inclut des personnes transsexuelles, transgenres ou s'écartant sinon des normes en matière de sexospécificité. Les personnes transgenres peuvent se qualifier elles-mêmes de : transgenres, femmes, hommes, femmes transsexuelles ou hommes transsexuels, transsexuels, et dans des cultures spécifiques, de hijra (Inde), kathoey (Thaïlande), waria (Indonésie) ou une des nombreuses autres identités transgenres. Elles peuvent exprimer leurs sexospécificités en se présentant tantôt comme homme, tantôt comme femme, tantôt comme androgyne.

Source : Directives consolidées concernant la prévention du VIH, le diagnostic, le traitement et les soins pour les populations-clés, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014.

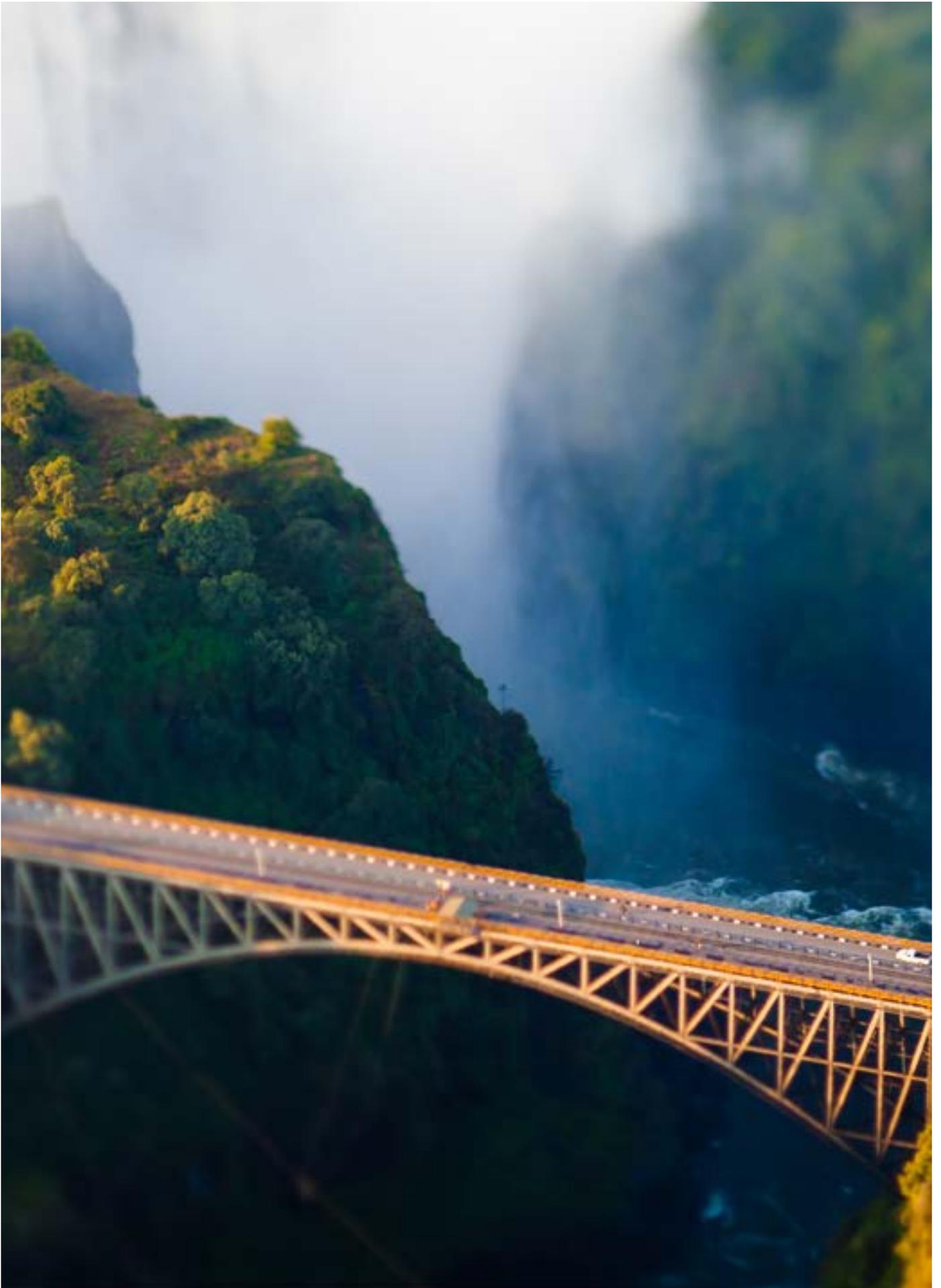
Jeunes

Le terme de « jeunes » fait référence aux personnes âgées de 15 à 24 ans dans les indicateurs RARSM.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GARPR2015guidelines_en.pdf

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'**adolescence** comme la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 ans et 19 ans.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/



Annexe 5. Abréviations

ADPIC	Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
ASEAN	Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
BRICS	Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud
CCP	Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CIDH	Commission interaméricaine des Droits de l'Homme
CMMV	Circoncision masculine médicale volontaire
CSU	Couverture santé universelle
CUBRR	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
ESC	Éducation sexuelle complète
GCTH	Groupe de coopération technique horizontale
GIPA	Participation accrue des personnes vivant avec le VIH
IST	Infections sexuellement transmissibles
MCR	Mécanisme de coordination régionale
MNT	Maladies non transmissibles
NEPAD	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
ODD	Objectifs de développement durable
ONG	Organisation non gouvernementale
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
PrEP	Prophylaxie préexposition
RARSM	Rapports d'activité sur la riposte au sida dans le monde
RedCA+	Réseau des personnes vivant avec le VIH d'Amérique centrale
REDLACTRANS	Réseau latino-américain des personnes transsexuelles
REDTRASEX	Réseau des professionnelles du sexe d'Amérique centrale et des Caraïbes
SAARC	Association sud-asiatique pour la coopération régionale
SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
TB	Tuberculose
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida

Références

- 1 Transforming our world : The 2030 agenda for sustainable development. Texte finalisé pour adoption. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7891Transforming%20Our%20World.pdf>, consulté le 25 septembre 2015).
- 2 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J et al. Defeating AIDS—advancing global health. *Lancet*. 2015;386:171–218.
- 3 Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique sur le VIH et le sida “Intensifier nos efforts pour mettre fin au VIH et au sida. Annexe. Nations Unies, New York, 2011.
- 4 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 5 How AIDS changed everything—MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 6 15 by 15: A Global Target Achieved. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_15by15_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 7 15 by 15: A Global Target Achieved. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_15by15_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 8 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, Resch S et al. Defeating AIDS – advancing global health. *The Lancet*. 2015 ; 386 (9989): 171-218.
- 9 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, Resch S et al. Defeating AIDS – advancing global health. *The Lancet*. 2015; 386 (9989): 171-218.
- 10 Accélérer la riposte - Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf, consulté le 27 juillet 2015).
- 11 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, Resch S et al. Defeating AIDS – advancing global health. *The Lancet*. 2015 ; 386 (9989): 171-218.
- 12 Outlook on the Global Agenda 2015: Deepening Income Inequality. Forum économique mondial, Genève, 2014 (http://www3.weforum.org/docs/GAC14/WEF_GAC14_OutlookGlobalAgenda_Report.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 13 Point 9 à l'ordre du jour : Le VIH dans les contextes d'urgence. Note d'information. UNAIDS/PCB (36)/15.13. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150623_UNAIDS_PCB36_15-13_FR.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 14 Point 9 à l'ordre du jour : Le VIH dans les contextes d'urgence. Note d'information. UNAIDS/PCB (36)/15.13. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150623_UNAIDS_PCB36_15-13_FR.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 15 Point 9 à l'ordre du jour : Le VIH dans les contextes d'urgence. Note d'information. UNAIDS/PCB (36)/15.13. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150623_UNAIDS_PCB36_15-13_FR.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 16 Schwartländer B. What will it take to turn the tide? 18th International AIDS Conference, Washington (DC), 18–23 July 2012 (http://www.cega.org/resources/docs/IAC/What_will_it_take_to_turn_the_tide.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
Where will the world's poor live? Global poverty projections for 2020 and 2030. Sussex: Institute of Development Studies; 2012 (<https://www.ids.ac.uk/files/dmfile/InFocus26-Final2.pdf>, consulté le 25 septembre 2015).

- 17 Le Programme d'action d'Addis-Abeba de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement. Addis-Abeba : Nations Unies ; 2015 (<http://www.un.org/esa/ffd/ffd3/wp-content/uploads/sites/2/2015/07/Addis-Abeba-Action-Agenda-Draft-Outcome-Document-7-July-2015.pdf>, consulté le 25 septembre 2015).
- 18 Point 3 à l'ordre du jour : Rapport sur le processus consultatif visant à actualiser et à élargir la Stratégie de l'ONUSIDA 2011-2015 durant la période d'accélération 2016-2021. Document de travail pour consultation mondiale sur la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021. UNAIDS/PCB (36)/15.5 CRP1. ONUSIDA, Genève, 2015 (pour consultation mondiale sur la stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021, consulté le 25 septembre 2015).
- 19 Le rapport sur les villes. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2687_TheCitiesReport_fr.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 20 Le rapport sur les villes. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2687_TheCitiesReport_fr.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 21 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, Resch S et al. Defeating AIDS – advancing global health. *The Lancet*. 2015 ; 386 (9989): 171-218.
- 22 Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections, A UNAIDS Discussion Paper. ONUSIDA, Genève, 2010. (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 23 Progrès pour les enfants : Un bilan sur les adolescents. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, New York, 2012 (http://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children_-_No._10_EN_04272012.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 24 Comprehensive sexuality education: the challenges of scaling up. Conference ready version. UNESCO, Paris, 2012 http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/CSE_scaling_up_conference_ready_version.pdf, consulté le 25 septembre 2015)
- 25 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 26 L. Cluver, M Orkin, M Boyes, L Sherr, F Meinck. Cash, food, care and HIV prevention for adolescents: Latest evidence from southern Africa. Presentation. Genève : IATT FN and HIV Stakeholders Consultation ; 2015.
- 27 John-Stewart G. Prevention of HIV transmission during breastfeeding in resource-limited settings. Boston: UpToDate; 2014 (<http://www.uptodate.com/contents/prevention-of-hiv-transmission-during-breastfeeding-in-resource-limited-settings>, consulté le 25 septembre 2015).
- 28 Policy Brief. HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: Consolidated guidelines. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128049/1/WHO_HIV_2014.8_eng.pdf?ua=1, consulté le 25 septembre 2015).
- 29 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 30 Diagnoses of HIV infection in the United States and dependent areas, 2013. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2013 (HIV Surveillance Report, Vol. 25; (http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/surveillance/2013/surveillance_Report_vol_25.html, consulté le 25 septembre).
- 31 The gap report. Geneva: UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).

- 32 Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Weatherburn P. Illicit drug use in sexual settings (« chemsex ») and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in south London: findings from a qualitative study. *Sex Transm Infect.* doi:10.1136/sextrans-2015-052052.
- 33 Groce NE, Rohleder P, Eide AH, MacLachlan M, Mall S, Swartz L. HIV issues and people with disabilities: a review and agenda for research. *Soc Sci Med.* 2013;77:31–40.
- 34 Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet* 2007 ; 369(9580) : 2187–95.
- 35 Dovel K, Yeatmana S, Watkins S, Poulin M. Men's heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. *SIDA.* 2015 ; 29 :1123–1125.
- 36 Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet.* 2013 ; 381:1783–87.
- 37 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre).
- 38 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre).
- 39 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre).
- 40 Hepatitis C Medicines: Technology and Market Landscape. UNITAID, Genève, 2015 (http://www.unitaid.eu/images/marketdynamics/publications/HCV_Meds_Landscape_Feb2015.pdf, consulté le 25 septembre).
- 41 Frisch M, Biggar RJ, Goedert JJ. Human papillomavirus-associated cancers in patients with human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *J Natl Cancer Inst.* 2000 Sep 20;92(18):1500–10.
- 42 Map of implementation of the Commission's Recommendations. New York : Commission mondiale sur le VIH et le droit ; 2013 (<http://www.hivlawcommission.org/index.php/map>, consulté le 25 septembre).
- 43 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre).
- 44 The gap report. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 45 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 46 The gap report. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 47 Commission mondiale sur le VIH et le droit : le VIH et le droit : Risques, droits et santé. Secrétariat de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, New York, 2012 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-FR.pdf>, consulté le 25 septembre 2015).
- 48 Grossman CI, Stangl AL. Global action to reduce HIV stigma and discrimination. *Journal of the International AIDS Society.* 2013 ; 16(Suppl 2):18881.
- 49 Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society.* 2013 ; 16(Suppl 2):18640.
- 50 Policy Statement on HIV Testing and Counselling in Health Facilities for Refugees, Internally Displaced Persons and other Persons of Concern to UNHCR. Haut Commissariat aux Réfugiés des Nations Unies, Genève, 2014 (<http://www.unhcr.org/53a816729.pdf>, consulté le 25 septembre 2015).
- 51 The UNAIDS gap report. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 52 Garoma S, Belachew T, Wondafrash M. Sexual coercion and reproductive health outcomes among young females of Nekemte Town, South West Ethiopia. *Ethiop Med J.* 2008 ; 46:19–28.
- 53 Multi-country study on women's health and domestic violence against women. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2005 (http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/en/, consulté le 25 septembre 2015).
- 54 Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet.* 2010 ; 376(9734):41–48.
- 55 Future of the AIDS response: building on past achievements and accelerating progress to end AIDS epidemic by 2030. Report of the Secretary-General. New York: United Nations; 2015 (<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/094/69/PDF/N1509469.pdf?OpenElement>, accessed 25 September 2015).
- 56 Global trends on civil society restrictions. CIVICUS, Johannesburg, Washington, D.C., Londres, Genève, 2013 (<http://www.civicus.org/images/GlobalTrendsonCivilSocietyRestrictions2013.pdf>, consulté le 25 septembre 2015).
- 57 United Nations General Assembly. Quadrennial comprehensive policy review of operational activities for development of the United Nations System. New York: United Nations; 2012 (Resolution A/RES/67/226; http://www.un.org/esa/coordination/pdf/ga_resolution_a-res-67-226.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 58 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 59 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 60 Fragile States Index. Washington, D.C. : Fonds pour la paix, 2015 (<http://fsi.fundforpeace.org/>, consulté le 11 septembre 2015).

- 61 Beyrer M, Birx DL, Bekker L-G, Barre-Sinoussi F, Cahn P, Dybul MR, Eholie SP et al. The Vancouver Consensus: antiretroviral medicines, medical evidence, and political will. 2015 ; 386(9993):505-507.
- 62 Accélérer la riposte - Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 63 Multicounty research on community caregivers: The backbone of accessible care and support—a synthesis report. Caregivers Action Network, 2013 (https://www.cordaid.org/media/publications/Synthesis_Report_CAN_16_August.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 64 Point 9 à l'ordre du jour du CCP de l'ONUSIDA : Le VIH dans les contextes d'urgence. Note d'information. UNAIDS/PCB (36)/15.13. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150623_UNAIDS_PCB36_15-13_FR.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 65 Point 9 à l'ordre du jour du CCP de l'ONUSIDA : Le VIH dans les contextes d'urgence. Note d'information. UNAIDS/PCB (36)/15.13. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150623_UNAIDS_PCB36_15-13_FR.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 66 Gouws E. Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15–24 years in countries most affected by HIV. *Sex Transm Infect.* 2013 ; 86(Suppl. 2):ii72–83.
- 67 Gouws E. Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15–24 years in countries most affected by HIV. *Sex Transm Infect.* 2013 ; 86(Suppl. 2):ii72–83.
- 68 Fast Tracking Combination Prevention; Towards Reducing New HIV infections by 2030 (inédit). ONUSIDA, Genève, 2015.
- 69 UNFPA, OMS et ONUSIDA : Déclaration de position sur les préservatifs et la prévention du VIH, des autres infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention, consulté le 25 septembre 2015).
- 70 Condoms in Eastern and Southern Africa. A regional situation & trend analysis. Diapositives PowerPoint. Fonds des Nations Unies pour la population, bureau régional pour l'Afrique orientale et australe, Johannesburg, 2013.
- 71 Annexe 1. Méthodes d'estimation du coût et des retombées d'un programme visant à mettre fin au sida d'ici à 2030 (projet, inédit). ONUSIDA, Genève, 2014.
- 72 Nouvelles données sur la circoncision et la prévention du VIH : conséquences sur les politiques et les programmes : conclusions et recommandations. Consultation technique de l'OMS et de l'ONUSIDA sur la circoncision et la prévention du VIH : conséquences des recherches sur les politiques et les programmes. Montreux, 6–8 mars 2007. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2007 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43751/1/9789241595988_fre.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 73 Siegfried N, Muller M, Deeks JJ, Volmink J. Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 ; 2:CD003362.
- 74 Le Consensus de Copenhague est un groupe d'économistes de premier plan qui a identifié 19 objectifs de rendement le plus élevé pour le programme de développement de l'après-2015 au moyen d'une analyse coûts/bénéfices. Ils ont analysé les 119 objectifs recommandés représentant le meilleur investissement dans le développement pour la période 2016 -2030 et rapportant plus de 15 dollars pour chaque dollar investi. <http://www.copenhagenconsensus.com/post-2015-consensus/nozel-laureates-guide-smarter-global-targets-2030>
- 75 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. ONUSIDA, Genève, 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 76 Watts C, Kippax S, Curno MJ. Structural drivers of the HIV epidemic. *Journal of the International AIDS Society.* 2012 ; 15(Suppl 1).
- 77 The UNAIDS gap report. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 78 Discussion paper: cash transfers and HIV prevention. Unite, New York, 2014 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/discussion-paper--cash-transfers-and-hiv-prevention.html>, consulté le 25 septembre 2015).
- 79 Kirby D1, Obasi A, Laris BA. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 2006; 938:103-50; discussion 317-41.
- 80 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. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3942389/>
- 81 Haberland, N.A. The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: A comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2015; 41(1): 31–42. <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/4103115.html>
- 82 Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle : une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé. UNESCO, Paris, 2009. (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281f.pdf>, consulté le 25 septembre 2015).
- 83 How AIDS changed everything — MDG6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Genève : ONUSIDA ; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years-15lessonsfromtheAIDSresponse, consulté le 25 septembre 2015).
- 84 The UNAIDS gap report. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 85 Atteraya MS, Kimm H, Song IH. Women's autonomy in negotiating safer sex to prevent HIV: findings from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *AIDS Educ Prev.* 2014 ; 26(1):1-12.
- 86 Mburu G, Ram M, Siu G, Bitira D, Skovdal M, Holland P. Intersectionality of HIV stigma and masculinity in eastern Uganda: implications for involving men in HIV programmes. *BMC Public Health* 2014 ; 14:1061.
- 87 Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E, Cundill B et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine.* 2014 ; 12:122.
- 88 Abramsky T, Devries K, Kiss L, Nakuti J, Kyegombe N, Starmann E, Cundill B et al. Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine.* 2014 ; 12:122.

- 89 The UNAIDS gap report. ONUSIDA, Genève, 2014 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 90 Beyrer C. Global Prevention of HIV Infection for Neglected Populations: Men Who Have Sex with Men. *Clin Infect Dis.* 2010 ; 50(Suppl 3):S108-S113.
- 91 Report of the Prostitution Law Review Committee on the operation of the Prostitution Reform Act of 2003. Ministère de la Justice, Gouvernement de Nouvelle-Zélande, 2008. (<http://www.justice.govt.nz/policy/commercial-property-and-regulatory/prostitution/prostitution-law-review-committee/publications/plrc-report/documents/report.pdf>, consulté le 9 juin 2015
- 92 Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, Reza-Paul S. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet.* 2015 ; 385(9962):55 –71.
- 93 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, Resch S et al. Defeating AIDS – advancing global health. *The Lancet.* 2015 ; 386 (9989): 171-218.
- 94 Segment thématique : VIH et habilitation des environnements juridiques. Format et note d'information. UNAIDS/PCB (29)/11.27. ONUSIDA, Genève, 2011 (http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2011/thematic%20segment_final_correction2Dec.pdf, consulté le 25 septembre 2015).
- 95 Spiegel PB, Hering H, Paik E, Schilperoord M. Conflict-affected displaced persons need to benefit more from HIV and malaria national strategic plans and Global Fund grants. *Conflict and health* 2010 ; 4: 2.
- 96 HIV, universal health coverage and the post-2015 development agenda: a discussion paper. Organisation mondiale de la santé, Genève, 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128120/1/9789241507530_eng.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 25 septembre 2015).
- 97 Understanding and acting on critical enablers and development synergies for strategic investments. Programme de développement des Nations Unies, New York, 2012 (<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/understanding-and-acting-on-critical-enablers-and-development-sy.html>, consulté le 25 septembre 2015).
- 98 Cluver, LD; Orkin, FM; Boyes, ME; Sherr, L; (2014) Cash plus care: social protection cumulatively mitigates HIV-risk behaviour among adolescents in South Africa. *AIDS* , 28 Sup S389-S397.
- 99 Pettifor A. HPTN 068. A Conditional Cash Transfer to prevent HIV infection among young women in South Africa. Presentation. IAS Vancouver, Vancouver, 2015.
- 100 Drobac PC, Basinga P, Condo J, Farmer PE, Finnegan KE, Hamon JK, Amoroso C. Comprehensive and integrated district health systems strengthening: the Rwanda Population Health Implementation and Training (PHIT) Partnership. *BMC Health Services Research.* 2013 ; 13(Suppl 2):S5.
- 101 Résolution E/RES/2015/2. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. ECOSOC, New York, 2015.
- 102 Buse K, Dickinson C, Sidibé M. HIV: know your epidemic; act on its politics. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2008 ; 10:572–573.
- 103 Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D, Schilperoord M. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *The Lancet.* 2007 ; 369(9580) :2187-95.
- 104 U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief 2015. Fact Sheet. United Nations General Assembly Sustainable Development Summit. PEPFAR, États-Unis, 2015 (<http://www.pepfar.gov/documents/organization/247548.pdf>, consulté le 29 septembre 2015).





20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 36 66

unaids.org