



Assemblée générale

Distr. générale
12 mai 2022
Français
Original : anglais

Soixante-seizième session

Point 11 de l'ordre du jour

Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et des déclarations politiques sur le VIH/sida

Lutter contre les inégalités pour mettre fin à la pandémie de sida

Rapport du Secrétaire général

Résumé

La pandémie de sida cause plus de 13 000 décès par semaine et sape les efforts déployés pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de santé. La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) vient s'ajouter à cette crise, dans un contexte où les inégalités sous-jacentes limitent l'accès aux services de santé et où l'insuffisance des investissements laisse le monde dangereusement mal préparé pour affronter les pandémies d'aujourd'hui et de demain.

Face à cette situation d'urgence, l'Assemblée générale a adopté en 2021 la Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030, dans laquelle elle a mis l'accent sur les inégalités. Un an plus tard, les données du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) montrent que le nombre d'infections à VIH et le nombre de décès liés au sida ne diminuent pas assez rapidement pour que la pandémie se termine d'ici à 2030. Si les cibles fixées pour 2025 dans la Déclaration ne sont pas atteintes, on devrait compter 7,7 millions de décès liés au sida pendant la décennie en cours.

Les mesures prises pour ralentir la propagation du virus qui est à l'origine de la COVID-19 et la pression supplémentaire considérable que la nouvelle pandémie a fait peser sur les systèmes de santé ont perturbé les services liés au VIH. Dans de nombreux pays, cependant, les difficultés créées par la COVID-19 ont aussi favorisé la prestation de services différenciés, notamment les services de proximité et les services assurés par les communautés. Il est essentiel de continuer sur cette lancée et de s'employer en priorité à supprimer les obstacles sociétaux qui entravent la prestation de services aux groupes de population qui en ont le plus besoin et la capacité d'agir de ces groupes. Selon le lieu et le contexte, il peut s'agir notamment des femmes et des filles, des gays et des autres hommes ayant des rapports sexuels



avec des hommes, des personnes transgenres, des travailleurs et travailleuses du sexe, des personnes qui consomment des drogues, des détenus, des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées. Dans presque toutes les régions, trop peu de ressources sont allouées à la prévention du VIH dans les populations clés qui sont particulièrement exposés au risque d'infection par le VIH.

Il est urgent de s'attaquer aux obstacles sociétaux rencontrés par ces populations : c'est le sens des cibles 10-10-10 concernant les leviers sociétaux qui sont définies dans la Déclaration politique de 2011. Les progrès ont été lents dans ce domaine fondamental de la lutte contre le sida. Dans la plupart des pays, les populations clés et les personnes vivant avec le VIH sont visées par des lois pénales qui restreignent leur accès aux services. Le degré de stigmatisation, de discrimination et de violence liées au VIH reste alarmant, et les inégalités de genre continuent de priver les femmes et les filles de leurs droits humains fondamentaux.

Les États Membres sont priés d'agir d'urgence pour surmonter les problèmes qui ralentissent la réalisation des objectifs mondiaux et d'examiner les recommandations formulées dans le présent rapport sur les thèmes suivants : a) prévention du VIH et leviers sociétaux ; b) interventions menées par les communautés ; c) accès équitable aux médicaments, aux vaccins et aux technologies sanitaires ; d) financement durable de la lutte contre le sida et de l'action de prévention, de préparation et de riposte menée face aux pandémies ; e) systèmes de données axés sur l'être humain ; f) renforcement des partenariats mondiaux.

I. Effets néfastes des inégalités sur les progrès accomplis pour mettre fin au sida d'ici à 2030¹

1. La pandémie de sida cause plus de 13 000 décès par semaine et sape les efforts déployés pour atteindre les cibles mondiales en matière de santé et les objectifs de développement durable. On estime à 1,5 million le nombre de nouvelles infections à VIH et à 680 000 le nombre de décès liés au sida en 2020.

2. À la pandémie de sida vient s'ajouter la pandémie de coronavirus (COVID-19), dans un contexte où la communauté mondiale ne parvient pas à lever les obstacles sous-jacents à un accès équitable aux services de santé et où le monde reste dangereusement mal préparé et dénué des ressources nécessaires pour faire face aux pandémies d'aujourd'hui et de demain.

3. L'Assemblée générale a examiné en détail les bons résultats obtenus, les difficultés rencontrées et les enseignements tirés de l'expérience dans le cadre de la riposte à ces deux pandémies à la réunion de haut niveau sur le VIH et le sida qu'elle a tenue du 8 au 10 juin 2021. Elle a adopté la Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre le sida d'ici à 2030. Dans ce document audacieux, les États Membres de l'ONU se sont engagés à prendre d'urgence des mesures transformatrices pour mettre fin aux inégalités sociales, économiques, raciales et aux inégalités entre les genres, ainsi qu'aux lois, politiques et pratiques restrictives et discriminatoires, à la stigmatisation et aux formes multiples et croisées de discrimination, de même qu'à atteindre des cibles consistant à réduire, d'ici à 2025, à moins de 370 000 le nombre annuel de nouvelles infections à VIH et à moins de 250 000 le nombre annuel de décès liés au sida.

4. La Déclaration met l'accent sur les inégalités, ce qui est cohérent avec le rapport « Notre Programme commun », dans lequel le Secrétaire général a recommandé de suivre des approches inclusives et fondées sur les droits pour mettre fin à la pandémie de COVID-19 et aux autres pandémies, renforcer la protection sociale des plus vulnérables et atteindre les objectifs de développement durable grâce à une décennie d'action.

5. Un an après l'adoption de la Déclaration, les données du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) montrent que le nombre d'infections à VIH et le nombre de décès liés au sida ne diminuent pas assez rapidement. À l'échelle mondiale, le nombre annuel de nouvelles infections reste essentiellement stable chez les adultes, tandis que le nombre total de nouvelles infections n'a diminué que de 31 % entre 2010 et 2020. La mortalité liée au sida a diminué de 47 % entre 2010 et 2020 (voir fig. 1).

6. Les progrès accomplis varient selon la région géographique. Ce sont les régions les plus touchées – l'Afrique subsaharienne et les Caraïbes – qui ont enregistré les baisses les plus marquées depuis 2010, devant l'Asie et le Pacifique puis l'Europe occidentale et centrale et l'Amérique du Nord. En revanche, peu de progrès ont été faits au cours de la dernière décennie en Amérique latine et dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, et les infections à VIH et les décès liés au sida ont augmenté de façon spectaculaire en Europe orientale et en Asie centrale.

7. Les progrès accomplis varient également entre les différents groupes de population de chaque pays. La prévalence du VIH est généralement plus élevée en zone urbaine tandis que les services de lutte contre le VIH sont généralement moins disponibles en zone rurale ; d'où l'importance qu'il y a à recueillir des données granulaires pour recenser les lacunes existant dans la couverture des services, par pays.

¹ Sauf indication contraire, les données proviennent des estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et des données nationales communiquées à ONUSIDA dans le cadre de son évaluation annuelle de la lutte contre le sida.

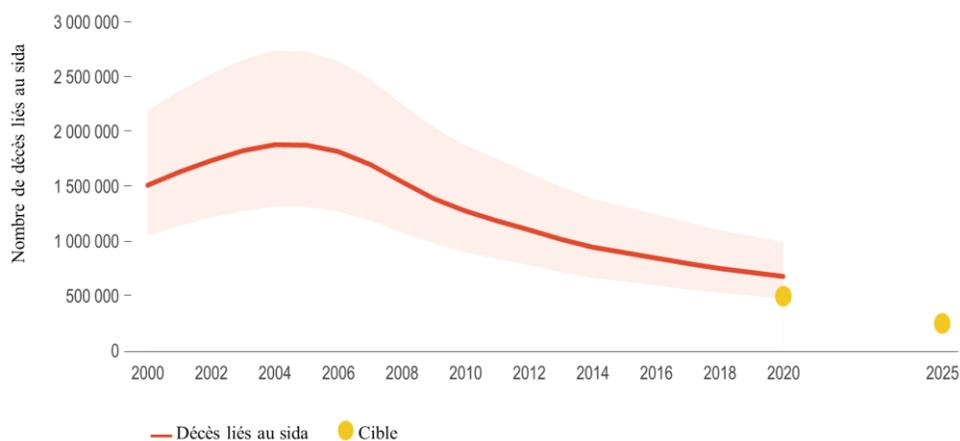
8. Les inégalités entre les femmes et les hommes et les violences de genre contribuent à rendre le risque d'infection à VIH élevé chez les femmes et les filles, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes. En Afrique subsaharienne, plus de 6 nouvelles infections à VIH sur 10 concernaient des femmes et des filles, et les adolescentes et les jeunes femmes (de 15 à 24 ans) représentaient 25 % des personnes infectées en 2020, alors qu'elles ne formaient que 10 % de la population.

9. Les membres des populations clés – notamment les travailleurs et travailleuses du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes détenues, les personnes transgenres et les gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – risquent davantage d'être infectés par le VIH et d'autres infections potentiellement mortelles en raison de leur situation de marginalisation dans la société, de la discrimination et de la violence dont ils font l'objet et des lois, politiques et pratiques qui visent à les punir.

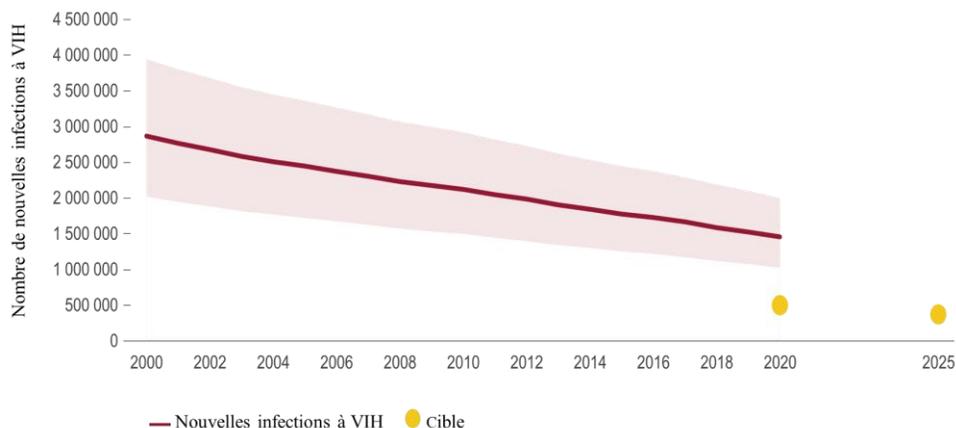
Figure I

Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida, à l'échelle mondiale (2000-2020 et cibles fixées pour 2020 et 2025)

Nombre de décès liés au sida



Nombre d'infections à VIH

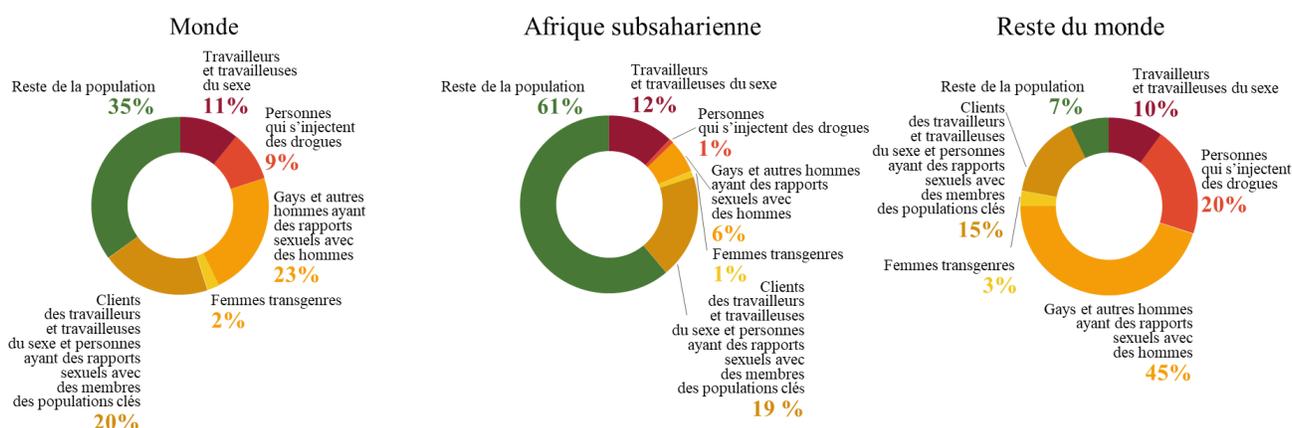


Source : estimations épidémiologiques du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2021.

10. Le risque d'infection à VIH est 35 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues que chez les autres, 34 fois plus élevé chez les femmes transgenres que chez les autres adultes, 26 fois plus élevé chez les travailleuses du sexe que chez les autres femmes adultes et 25 fois plus élevé chez les gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que chez les hommes adultes hétérosexuels. Globalement, en 2020, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentaient 65 % des personnes infectées dans le monde et 93 % des personnes infectées en dehors de l'Afrique subsaharienne (voir fig. II).

11. Des obstacles sociaux et structurels entravent l'accès de ces populations particulièrement touchées aux services dont elles ont besoin pour protéger leur santé. Il faut lever ces obstacles pour atteindre les objectifs mondiaux fixés à l'horizon 2025 et infléchir l'évolution du nombre d'infections et de décès. Autrement, 7,7 millions de décès liés au sida se produiront pendant la décennie en cours.

Figure II
Répartition des personnes infectées par le VIH dans le monde, par groupe de population (2020)



Source : Analyse spéciale du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2021.

II. Élargissement de la couverture des services liés au VIH

12. La riposte à la pandémie de sida, multisectorielle, est étroitement liée à l'action engagée pour renforcer les systèmes de santé et d'autres services publics, lutter contre la COVID-19, prévenir les pandémies futures et atteindre la plupart des objectifs de développement durable.

A. Dépistage et traitement du VIH

13. Les services de dépistage et de traitement du VIH mis en place dans le monde ont permis d'éviter environ 16,6 millions de décès liés au sida au cours des deux dernières décennies. Au moins 19 pays ont atteint les cibles fixées pour 2020 en matière de dépistage et de traitement du VIH². La diversité des pays en question montre qu'il est possible d'atteindre des objectifs ambitieux dans des contextes différents sur le plan de la culture, du développement socioéconomique et de la situation épidémique.

² Les pays suivants ont indiqué à ONUSIDA qu'ils étaient parvenus à inhiber la réplication virale chez au moins 73 % des personnes vivant avec le VIH à la fin de 2020 : Botswana, Burundi, Cambodge, Croatie, Eswatini, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Norvège, Ouganda, Qatar, Rwanda, Slovénie, Suisse, Thaïlande, Uruguay, Zambie et Zimbabwe.

14. Dans la Déclaration politique de 2021, les États Membres se sont engagés à atteindre d'ici à 2025 la cible 95-95-95 en matière de dépistage, de traitement et d'inhibition de la réplication virale dans toutes les catégories démographiques, dans tous les groupes et dans tous les contextes géographiques, y compris chez les enfants et les adolescents³.

15. À l'échelle mondiale, des 37,7 millions personnes qui vivaient avec le VIH à la fin de 2020, on estime que 84 % connaissaient leur état sérologique, que 87 % des personnes se sachant séropositives suivaient un traitement antirétroviral et que 90 % des personnes sous traitement étaient parvenues à une charge virale indétectable. À la fin du mois de juin 2021, 28,2 millions de personnes vivant avec le VIH suivaient un traitement.

16. Les lacunes en matière de dépistage et de traitement sont généralement plus grandes dans les populations vulnérables et marginalisées et celles qui sont moins susceptibles d'accéder aux services de santé. Elles concernent tout particulièrement les enfants, les jeunes, les hommes et les membres des populations clés qui vivent avec le VIH.

B. Éradication du sida chez les mères et les enfants

17. Grâce aux efforts déployés pour assurer des services de dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals et pour inhiber avant l'accouchement la réplication virale chez les femmes enceintes vivant avec le VIH grâce aux traitements antirétroviraux, la situation sanitaire des mères vivant avec le VIH s'est considérablement améliorée et le nombre d'enfants infectés par le VIH a baissé de plus de moitié (54 %) entre 2010 et 2020.

18. Chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, les taux de dépistage et de traitement sont supérieurs aux moyennes mondiales. On estime que 85 % d'entre elles suivaient un traitement antirétroviral en 2020 pour prévenir la transmission verticale et rester en bonne santé. Cependant, les lacunes en matière de traitement restent importantes dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale, où vivent plus de 50 % (57 %) des femmes enceintes vivant avec le VIH qui ne reçoivent pas de traitement antirétroviral. La mauvaise qualité des systèmes de santé publique, les frais qui continuent d'être imposés au titre de services de santé de base et la persistance de la stigmatisation et de la discrimination (y compris l'autostigmatisation), en particulier contre les populations clés, figurent parmi les principaux obstacles que rencontrent ces femmes.

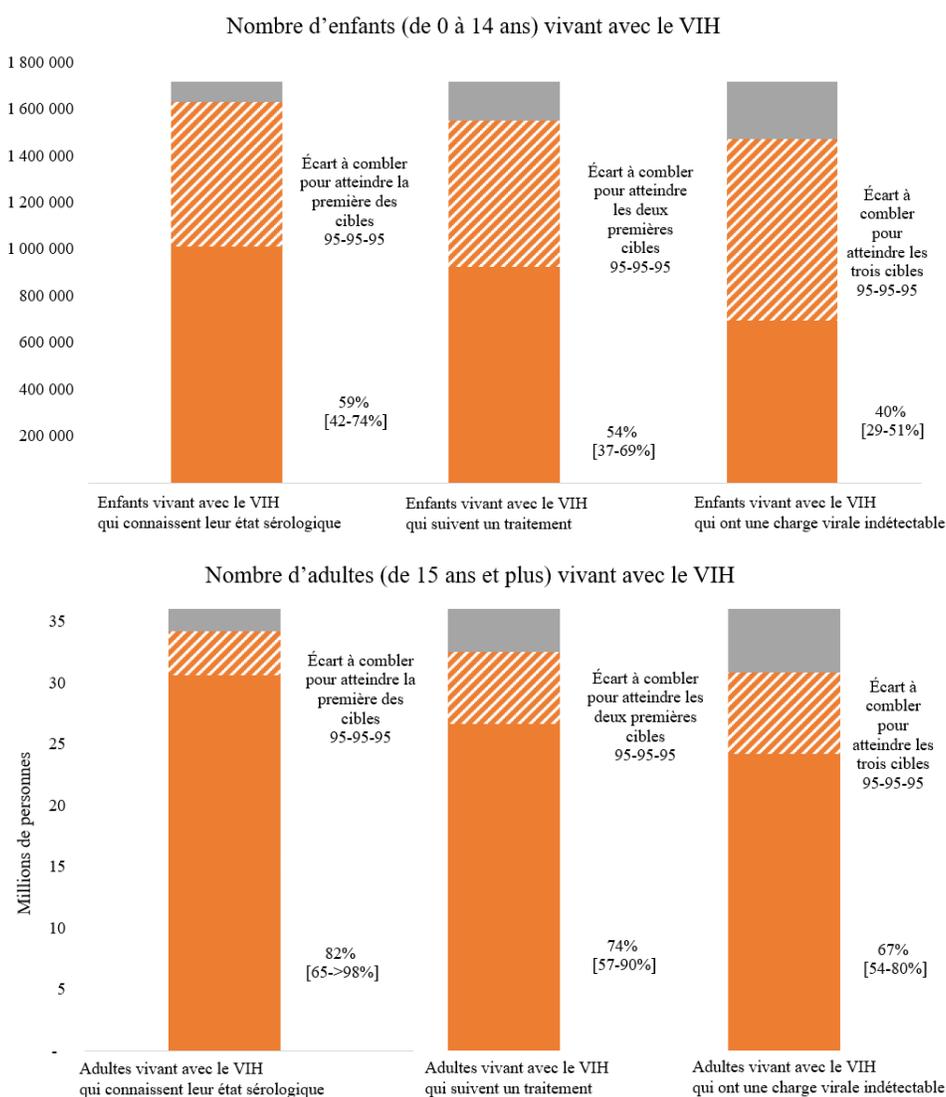
19. Six pays d'Afrique subsaharienne comptent pour près des deux tiers dans le nombre d'enfants qui ont été infectés par le VIH en 2020. L'élimination de la transmission verticale du VIH aux enfants suppose des améliorations dans plusieurs domaines. Il faut assurer des services intégrés de soins prénatals et de lutte contre le VIH qui soient abordables, accessibles, accueillants et adaptés, en particulier aux filles adolescentes et aux femmes des populations clés qui sont stigmatisées, marginalisées et victimes de discrimination, de façon à garantir que les femmes vivant avec le VIH ne subissent pas de stérilisations ou avortements forcés. Il faut également améliorer les programmes pour mieux aider toutes les femmes enceintes et allaitantes qui ne connaissent pas leur état sérologique à se faire dépister et, en cas de résultat positif, à commencer rapidement un traitement. Il est nécessaire d'aider les personnes vivant avec le VIH qui ont interrompu leur traitement à le reprendre.

³ La cible 95-95-95 est définie comme suit : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur état sérologique, 95 % des personnes se sachant séropositives suivent un traitement et 95 % des personnes sous traitement sont parvenues à une charge virale indétectable. La pleine réalisation de cette cible signifierait donc que la réplication virale aurait été inhibée chez 86 % des personnes vivant avec le VIH.

20. En raison des lacunes dans le dépistage des nourrissons et des enfants, plus de deux cinquièmes des enfants vivant avec le VIH n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic. Des 1,7 million d'enfants qui vivaient avec le VIH à l'échelle mondiale en 2020, près de la moitié (46 %) ne suivaient pas de traitement antirétroviral (voir fig. III), et le nombre d'enfants sous traitement a diminué depuis 2019.

21. Près des deux tiers des enfants vivant avec le VIH ont de 5 à 14 ans et dans bien des cas, ils ignorent qu'ils sont séropositifs jusqu'à ce que leur système immunitaire s'affaiblisse et qu'ils tombent malades. La plus grande difficulté à surmonter pour les traiter consiste à identifier ceux qui n'ont pas fait l'objet d'un diagnostic à la naissance ou pendant l'allaitement et à leur permettre d'accéder à un traitement. Un moyen d'y contribuer consisterait à renforcer les campagnes de dépistage et d'autodiagnostic fondées sur les droits qui sont menées auprès des personnes contacts, des membres des familles et des ménages des personnes infectées, ainsi qu'à associer le dépistage à d'autres services pédiatriques.

Figure III
Chaîne du dépistage et du traitement du VIH chez les enfants et les adultes dans le monde (2020)



C. Prévention combinée du VIH

22. Dans divers contextes épidémiques et culturels, il s'est avéré efficace de conjuguer différents moyens de prévention du VIH fondés sur des données factuelles de façon à répondre aux besoins particuliers de chaque groupe de population à risque. Des pays divers du point de vue de la situation épidémique et sur le plan des ressources disponibles, dont le Burkina Faso, l'Eswatini, le Népal, les Pays-Bas, la Thaïlande, le Viet Nam et le Zimbabwe, parviennent à réduire nettement le nombre de nouvelles infections à VIH. Cependant, trop de pays n'appliquent pas cette approche à une échelle ou à une intensité suffisante. Les obstacles sociétaux tels que les lois punitives, les inégalités de genre et les violations des droits humains sont plus nombreux dans les pays où les taux d'infection sont stables ou augmentent.

23. L'accès des populations clés aux services de prévention du VIH est inégal ou inexistant. Par exemple, les services de réduction des risques destinés aux personnes qui s'injectent des drogues sont rarement dispensés à une échelle suffisante et bien adaptés aux groupes particuliers pour lesquels ils sont conçus. De même, la portée des programmes de prévention destinés aux personnes transgenres ainsi qu'aux gays et aux autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes reste systématiquement faible, y compris dans de nombreux pays à revenu élevé.

24. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, peu de travailleuses et travailleurs du sexe bénéficient de programmes de prévention, et le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque n'est pas suffisant pour réduire la transmission du VIH pendant les rapports sexuels rémunérés. L'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels rémunérés est beaucoup plus répandue chez les travailleuses et travailleurs du sexe dans toutes les autres régions, à l'exception du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Dans bien des cas, les personnes vivant en prison ou dans d'autres milieux fermés ne bénéficient pas de services liés au VIH, alors qu'elles courent un risque élevé d'être infectées par le VIH et, plus généralement, de contracter des maladies transmissibles.

25. Les préservatifs masculins et féminins et les lubrifiants offrent une protection très élevée contre le VIH, les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées. On estime que 117 millions d'infections à VIH ont été évitées grâce à l'utilisation de préservatifs depuis 1990.

26. Il s'est toutefois avéré difficile de parvenir à rendre l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels à risque systématique dans toutes les populations. Les conceptions patriarcales de la sexualité des femmes limitent l'accès de celles-ci aux préservatifs et aux services de santé sexuelle et reproductive. Dans de nombreux pays, les femmes ont besoin de plus de pouvoir d'action et de soutien pour pouvoir négocier systématiquement l'utilisation du préservatif. Les lois punitives visant les travailleurs et travailleuses du sexe peuvent réduire la capacité de ces personnes à disposer de préservatifs et à négocier leur utilisation.

27. Les médicaments antirétroviraux jouent un rôle majeur dans la prévention du VIH. Il est très efficace de dispenser un traitement antirétroviral à toutes les personnes vivant avec le VIH et d'associer de façon stratégique prophylaxie préexposition et prophylaxie postexposition à d'autres mesures de prévention. L'utilisation des schémas thérapeutiques recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, la surveillance de la charge virale et les services qui favorisent le maintien en traitement aident ces personnes à parvenir à une charge virale indétectable qui empêche la transmission sexuelle du virus.

28. Pour les personnes qui courent un risque élevé d'être infectées par le VIH, la prophylaxie préexposition est un précieux moyen supplémentaire de prévention. Son

utilisation a continué de se répandre peu à peu dans le monde ces dernières années, malgré les difficultés dues à la pandémie de COVID-19. D'après les données nationales, la prophylaxie préexposition a été utilisée par environ 845 000 personnes dans au moins 54 pays en 2020, soit une augmentation de 43 % depuis 2019 et de 182 % depuis 2018. Cette évolution témoigne d'une forte demande pour ce moyen de prévention, ce qui laisse espérer que de nouvelles solutions de prophylaxie préexposition à longue durée d'action et de nouveaux types d'anneaux vaginaux seront faciles à accepter et plus pratiques pour de nombreuses personnes.

29. Toutefois, le développement de la prophylaxie préexposition est encore fortement concentré dans un petit nombre de pays. Le nombre total de personnes qui utilisaient ce moyen de prévention en 2020 ne représentait que 8 % de l'objectif fixé pour 2025 (10 millions de personnes présentant un risque élevé d'infection). Il faut que davantage de pays mobilisent leurs systèmes de santé pour fournir des informations sur la prophylaxie préexposition et garantir l'accès à ce moyen de prévention aux personnes qui le choisissent. Il importe de fournir ces services en dehors des centres de soins et des établissements de santé, y compris en utilisant des outils virtuels pour l'accueil des nouveaux clients, les renouvellements d'ordonnance et le suivi, et en décentralisant autant que possible la fourniture des moyens de prophylaxie préexposition grâce aux services de proximité et à la délivrance de doses pour plusieurs mois à la fois.

30. Dans les régions où la prévalence du VIH est élevée et où le taux de circoncision est faible, la circoncision médicale à titre volontaire peut contribuer grandement à la prévention du VIH. Le nombre de personnes qui choisissent ce moyen de prévention a cependant fortement diminué dans les 15 pays prioritaires en 2020, principalement en raison des perturbations des services dues à la pandémie de COVID-19. Environ 2,8 millions de garçons et d'hommes se sont fait circoncire à titre volontaire en 2020, contre 4,1 millions en 2019.

31. Il faut redynamiser les programmes de circoncision médicale volontaire pour atteindre l'objectif consistant à parvenir d'ici à 2025 à une proportion de 90 % des garçons adolescents et des hommes ayant choisi de se faire circoncire dans les 15 pays prioritaires. Dans les régions où le taux de circoncision est faible et où la prévalence du VIH est élevée, ces services doivent cibler tout particulièrement les adolescents sexuellement actifs de 15 ans et plus et les hommes adultes présentant un risque d'infection élevé. Dans les zones où le taux de circoncision des hommes sexuellement actifs est déjà élevé, il faut éviter qu'il baisse en s'employant à maintenir et à développer les services destinés aux adolescents de plus de 15 ans.

32. L'Assemblée générale s'est engagée à veiller à satisfaire, d'ici à 2025, les besoins de 95 % des femmes et des filles en âge de procréer en matière de services de soins du VIH et de santé sexuelle et procréative, mais très peu de pays à revenu faible ou intermédiaire sont en voie d'atteindre cette cible.

33. Les services de planification familiale jouent un rôle important dans la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits s'y rapportant, mais la possibilité d'y accéder est très variable. Dans les 32 pays pour lesquels des données sont disponibles de 2015 à 2020, le pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans dont les besoins de planification familiale ont été satisfaits par des méthodes modernes était compris entre 6 % et 87 %. Ce taux était plus élevé dans des zones urbaines que dans des zones rurales (dans 19 des 32 pays), ainsi que chez les femmes qui avaient fait des études secondaires ou supérieures par rapport à celles qui n'avaient pas été scolarisées ou n'avaient fréquenté que l'école primaire (dans 21 des 32 pays). Il était généralement plus élevé chez les femmes plus âgées que chez les jeunes femmes, ainsi que chez les femmes appartenant au quintile le plus riche par rapport à celles du quintile le plus pauvre.

D. Éducation sexuelle complète

34. Les jeunes, notamment ceux qui font partie des populations clés, représentaient 27 % des personnes infectées par le VIH en 2020, alors qu'ils ne constituaient que 16 % de la population mondiale. Dans de nombreux pays, les jeunes n'ont pas un accès suffisant à une éducation sexuelle complète, de qualité et adaptée à leur âge, ce qui les rend vulnérables aux mythes et à la désinformation sur la sexualité.

35. Une éducation sexuelle complète qui soit transformatrice du point de vue du genre, adaptée à l'âge et culturellement pertinente est un élément essentiel de la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles chez les adolescents et les jeunes. Elle joue un rôle essentiel dans la promotion de la santé, du bien-être et de l'esprit critique des jeunes et dans le renforcement de la citoyenneté responsable. Elle contribue également à prévenir les violences de genre, à accroître l'utilisation de contraceptifs, à faire baisser le nombre de partenaires sexuels et à retarder le début des rapports sexuels. Les personnes qui reçoivent une éducation sexuelle complète dans le cadre de l'enseignement formel ou dans d'autres contextes acquièrent les moyens d'assumer la responsabilité de leurs propres décisions et comportements, ainsi que des effets de leurs actions sur les autres.

36. Selon l'analyse la plus récente de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), qui s'est fondée sur des données nationales provenant de sources multiples, 132 des 155 pays (85 %) examinés disposent de politiques ou de lois relatives à l'éducation sexuelle ; beaucoup plus de pays ont indiqué avoir pris des mesures rendant cette éducation obligatoire dans l'enseignement secondaire que dans l'enseignement primaire⁴. Cependant, l'existence de cadres directifs et juridiques ne signifie pas forcément que les programmes en question soient bien mis en œuvre ni que leur contenu soit complet et fondé sur des données factuelles. À la lumière d'une analyse plus approfondie, il apparaît que l'étendue des sujets abordés dans le cadre des programmes d'éducation sexuelle complète est souvent insuffisante pour que l'enseignement soit efficace et pertinent. Les enquêtes montrent que beaucoup d'élèves ont le sentiment d'avoir reçu trop tard les informations transmises grâce à cet enseignement, qu'ils auraient souhaité commencer plus tôt dans leur scolarité.

E. Intégration des services

37. Dans la Déclaration politique de 2021, les gouvernements se sont engagés à accélérer les efforts visant à intégrer les services de lutte contre le VIH dans l'ensemble des services de lutte contre la tuberculose, l'hépatite virale, les infections sexuellement transmissibles, les maladies non transmissibles et les troubles de santé mentale. Ils se sont également engagés à veiller à ce que les services de lutte contre le VIH fournis aux personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH fassent partie de l'ensemble des services de la couverture sanitaire universelle, et à inclure les mesures de lutte contre le VIH dans des systèmes de protection sociale solides et résilients.

38. L'équité, la qualité et le caractère abordable des services sont des éléments constitutifs de la couverture sanitaire universelle. Il convient de renforcer les fonctions clés du système de santé, en particulier au niveau des soins primaires, pour favoriser la prestation efficace des services liés au VIH, notamment l'accès à des médicaments de qualité et à d'autres produits, technologies et innovations sanitaires.

⁴ Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) *et al.*, *The Journey towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report* (Paris, 2021).

39. L'intégration progresse bien dans certains domaines. Par exemple, les liens ont été renforcés entre le traitement du VIH et le dépistage, le diagnostic, le traitement et la prévention de la tuberculose.

40. À la toute première réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la lutte contre la tuberculose, qui s'est tenue à New York le 26 septembre 2018, les États Membres se sont engagés à garantir la fourniture d'un traitement préventif contre la tuberculose à au moins 30 millions de personnes d'ici à 2022, dont 6 millions de personnes vivant avec le VIH. Des progrès considérables ont été accomplis en 2018 et en 2019, à l'issue d'une décennie marquée par le développement des services et par une baisse des décès dus à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH. Cependant, les perturbations des services provoquées par la pandémie de COVID-19 en 2020 se sont accompagnées d'une augmentation du nombre de décès liés à la tuberculose par rapport à 2019. La tuberculose reste la première cause de décès des personnes vivant avec le VIH.

41. Le cancer du col de l'utérus est un cancer fréquent chez les femmes vivant avec le VIH. Il est souvent causé par une infection au papillomavirus humain, une infection évitable que les personnes dont le système immunitaire est affaibli ont du mal à éliminer. Parce qu'elles sont très exposées au risque d'une infection persistante au papillomavirus humain, les femmes vivant avec le VIH sont six fois plus susceptibles que les autres de développer un cancer invasif du col de l'utérus. La vaccination contre le papillomavirus humain et le dépistage du cancer du col de l'utérus, suivis d'une prise en charge adéquate des lésions précancéreuses, sont des mesures très efficaces par rapport à leur coût. En juin 2020, seulement 41 % des pays à revenu faible ou intermédiaire assuraient les services de vaccination en question, soit à l'échelle nationale ou dans certaines parties de leur territoire⁵.

42. La pandémie de COVID-19 a fait ressortir qu'il était indispensable de disposer de systèmes de protection sociale solides pour atténuer l'impact des pandémies. Les programmes de protection sociale qui tiennent compte du VIH ont pour effet d'augmenter le recours aux services de prévention, de traitement et de soins relatifs au VIH parce qu'ils réduisent les frais et les autres obstacles qui y entravent l'accès. Au titre de la Déclaration politique de 2021, il faut faire en sorte que, d'ici à 2025, 45 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH aient accès aux prestations de protection sociale. Toutefois, peu de pays garantissent actuellement un accès facile à ces prestations.

F. Financement durable

43. Le sous-investissement dans la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire est l'une des principales raisons pour lesquelles les objectifs mondiaux fixés pour 2020 n'ont pas été atteints. Il ressort des données relatives à l'allocation des ressources que l'évolution des financements nationaux et internationaux a atteint un palier (voir fig. IV), ce qui est inquiétant, et les prévisions actuelles concernant la capacité d'investissement dans la santé ne sont guère encourageantes. L'Assemblée générale a affirmé que les investissements annuels dans la lutte contre le sida dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire devaient atteindre un montant total de 29 milliards de dollars d'ici à 2025. En 2021, les fonds disponibles n'ont représenté que 21,5 milliards de dollars (en dollars de 2019).

44. Les ressources allouées à la lutte contre le VIH variaient selon la région. Le déficit de financement était particulièrement important en Europe orientale et en Asie

⁵ Laia Bruni *et al.*, « HPV vaccination introduction worldwide and WHO and UNICEF estimates of national HPV immunization coverage 2010-2019 », *Preventive Medicine*, vol. 144 (mars 2021).

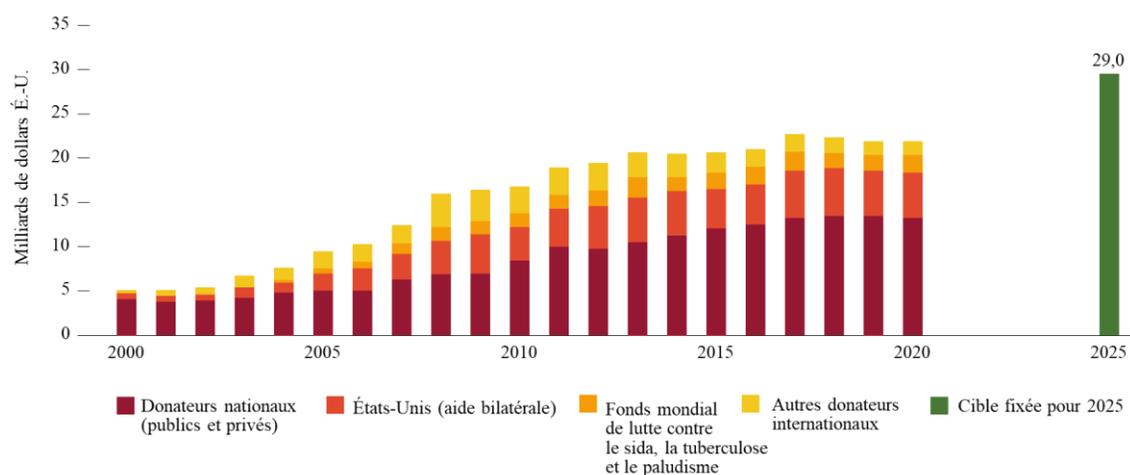
centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et en Asie et dans le Pacifique. En revanche, les ressources disponibles en 2020 pour la lutte contre le VIH dans la région de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe ainsi qu'en Amérique latine ont égalé, voire dépassé, les besoins de ces régions. Les investissements en question ont eu des effets inégaux, une proportion considérable des fonds n'ayant pas été affectée aux domaines d'action et groupes de population pour lesquels les besoins étaient les plus importants.

45. Dans presque toutes les régions, trop peu de ressources sont allouées à la prévention du VIH dans les population clés qui sont particulièrement exposées au risque d'infection à VIH. Dans la Déclaration politique de 2021, l'engagement a été pris d'augmenter les sommes investies dans les leviers sociétaux, notamment pour supprimer les lois, politiques et pratiques restrictives et discriminatoires, mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination, permettre l'accès à la justice et garantir l'égalité des genres. Ces investissements doivent atteindre la somme totale de 3,1 milliards de dollars dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici à 2025.

Figure IV

Montant des ressources disponibles pour la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (2000-2020 et cible fixée pour 2025)

(En milliards de dollars des États-Unis)



Source : Estimations et projections financières du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida pour 2021. Disponible à l'adresse <https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>.

Note : Les montants estimés sont présentés en dollars constants de 2019. Sont pris en compte les pays que la Banque mondiale a classés en 2020 parmi les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

46. Au cours des 20 dernières années, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a investi plus de 53 milliards de dollars dans la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, contribuant grandement à faire baisser très nettement le taux de mortalité combiné de ces trois maladies. Dans le cadre du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida, les États-Unis d'Amérique ont investi près de 100 milliards de dollars dans la riposte mondiale au sida, ce qui a permis d'accélérer les progrès accomplis par plus de 50 pays dans la maîtrise de la situation épidémique.

47. Les fonds décaissés par les autres donateurs internationaux ont diminué de moitié environ depuis 2010. En 2022, le Fonds mondial entame son septième cycle de reconstitution des ressources, qui est d'une importance cruciale, le montant des

engagements devant représenter au moins 18 milliards de dollars pour la période 2023-2025.

48. Il ne sera pas possible d'éliminer le sida sans augmenter les investissements nationaux et les engagements des donateurs internationaux. On pourrait mobiliser davantage de ressources financières afin de lutter contre le VIH, de faire face aux pandémies, de financer le secteur de la santé et de prendre des mesures pour atteindre l'ensemble des objectifs de développement durable en luttant contre la fraude fiscale, en menant des réformes fiscales progressives, en prenant des mesures d'annulation de la dette et en réaffectant des droits de tirage spéciaux.

III. Maladie à coronavirus 2019 et VIH

A. Retombées de la maladie à coronavirus 2019

49. L'action menée pour mettre fin à la pandémie de sida d'ici à 2030 progressait déjà trop lentement avant le début de la pandémie de COVID-19. Les mesures prises pour ralentir la propagation du virus à l'origine de la COVID-19 et la pression supplémentaire considérable que la nouvelle pandémie a fait peser sur les systèmes de santé ont perturbé l'action de prévention du VIH, les services de dépistage et de traitement, la scolarisation, les programmes de prévention de la violence et d'autres activités visant à lutter contre les inégalités qui alimentent les disparités en matière de santé. La lenteur du déploiement des programmes de vaccination contre la COVID-19 en Afrique subsaharienne y a prolongé les effets économiques de la pandémie, accroissant la dette souveraine, creusant les écarts économiques et réduisant la capacité actuelle et future d'investir dans la santé et la lutte contre le sida.

50. Les dommages que la pandémie de COVID-19 cause aux programmes de lutte contre le VIH varient d'un pays à l'autre. Les données disponibles indiquent qu'en 2020, le nombre de diagnostics de VIH a diminué et le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ont commencé un traitement a baissé dans 40 des 50 pays qui ont communiqué des données à ce sujet à ONUSIDA. Les perturbations les plus importantes se sont produites au premier semestre de 2020, pendant que de nombreux pays traversaient leur première période de confinement. À l'échelle mondiale, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui suivaient un traitement antirétroviral a augmenté de seulement 1,9 % entre janvier et juin 2020, contre 6,3 % entre janvier et juin 2019.

51. Les services de réduction des risques destinés aux personnes qui consomment des drogues ont été perturbés dans près de deux tiers (65 %) des 130 pays interrogés à ce sujet en 2020⁶. Une grande partie des 15 pays considérés comme prioritaires en ce qui concerne la circoncision médicale volontaire ont entièrement suspendu ces services.

52. La pandémie de COVID-19 a annulé des années de progrès dans la prestation de services essentiels à la lutte contre la tuberculose et le VIH et dans la réduction de la charge de la tuberculose. Les mesures de confinement ont coïncidé avec une forte baisse à l'échelle mondiale du nombre de nouveaux cas de tuberculose signalés aux pouvoirs publics nationaux, qui est passé de 7,1 millions en 2019 à 5,8 millions en 2020. La réduction de l'accès aux services de diagnostic et de traitement de la

⁶ Organisation mondiale de la Santé (OMS), *The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services: Results of a Rapid Assessment* (Genève, 2020).

tuberculose a fait augmenter le nombre de décès liés à cette maladie chez les personnes vivant avec le VIH, qui est passé de 209 000 en 2019 à 214 000 en 2020⁷.

53. Les mesures de confinement et les perturbations des chaînes d'approvisionnement liées à la COVID-19 ont également pesé sur la fabrication et la distribution de produits de santé sexuelle et procréative, notamment les préservatifs masculins et féminins, les contraceptifs oraux et injectables et les trousseaux de santé procréative⁸.

54. Les programmes de prophylaxie préexposition ont été fortement perturbés pendant les premiers mois de la pandémie de COVID-19. Ils ont cependant rapidement recommencé à prendre de l'ampleur et leur importance a augmenté en moyenne dans les pays à revenu faible ou intermédiaire au cours de l'année 2020, avant de croître rapidement en 2021, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie⁹.

55. La pandémie de COVID-19 a également aggravé les inégalités dont il a été démontré qu'elles limitaient l'accès aux services de lutte contre le VIH. Par exemple, elle érode les avancées en matière d'égalité des genres. Les pertes d'emploi et de revenu intervenues pendant la pandémie ont été plus graves chez les femmes, qui ont également vu augmenter la charge de travail des soins non rémunérés. Les enquêtes rapides d'évaluation genrées sur les conséquences socioéconomiques de la pandémie de COVID-19 menées par l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) dans 58 pays ont montré que les violences contre les femmes avaient augmenté depuis le début de la pandémie de COVID-19, une personne interrogée sur quatre ayant indiqué que les conflits familiaux étaient devenus plus fréquents et sept sur dix que les violences verbales ou physiques de leur partenaire étaient devenues plus courantes¹⁰.

56. La scolarisation de la plupart des enfants dans le monde a également été interrompue à un moment ou à un autre. Les fermetures prolongées d'écoles ont accentué les disparités qui existaient déjà en matière d'éducation, les pays les plus pauvres ayant généralement fermé plus longtemps que les autres leurs établissements scolaires, si bien que ce sont les filles et les élèves les plus jeunes ou défavorisés sur le plan socioéconomique qui ont eu à déplorer les retards d'apprentissage les plus importants¹¹. Il est estimé que 100 millions d'enfants de plus qu'avant la pandémie vivront dans une pauvreté multidimensionnelle à la fin de 2021¹².

57. La baisse des revenus et la hausse des prix des aliments aggravent l'insécurité alimentaire, qui a des effets négatifs sur la santé des personnes vivant avec le VIH et qui a été associée à une augmentation des comportements à risque chez les femmes. Les programmes de protection sociale ont été temporairement étendus dans de nombreux pays lorsque l'emploi a été entièrement suspendu dans certains secteurs, mais une grande partie des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables n'en ont pas bénéficié. Les réseaux établis par les travailleuses et travailleurs du sexe, les

⁷ OMS, *Global Tuberculosis Report 2021* (Genève, 2021).

⁸ Fonds des Nations Unies pour la population, « Supply alert: navigating continuous supply chain disruptions », 19 mai 2021.

⁹ Données provenant du site « Panorama spotlight » du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida (<https://data.pepfar.gov>).

¹⁰ Ramya Emandi *et al.*, *Measuring the Shadow Pandemic: Violence against Women during COVID-19* (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, 2021).

¹¹ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), UNESCO et Banque mondiale, *Where Are We on Education Recovery?* (UNICEF, 2022).

¹² UNICEF et Save the Children, « Impact of COVID-19 on children living in poverty: a technical note », décembre 2021.

personnes transgenres et les gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont signalé des difficultés d'accès à ces services de protection sociale.

58. Les études montrent que les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un risque élevé de morbidité et de mortalité liées à la COVID-19. Il est également prouvé que ces personnes et d'autres personnes dont le système immunitaire est affaibli ont du mal à éliminer la COVID-19 de leur organisme si elles ne sont pas vaccinées et si elles ne reçoivent pas le traitement rendu nécessaire par leur état de santé.

B. Surmonter les difficultés créées par la maladie à coronavirus

59. Dans de nombreux endroits, les perturbations dues à la pandémie de COVID-19 ont incité les populations à faire preuve de cette même inventivité et de cette même résilience qui sont devenues caractéristiques de la riposte au VIH. Les programmes qui disposaient de ressources suffisantes, qui étaient suffisamment souples pour s'adapter et qui reposaient sur une forte participation des communautés concernées sont généralement ceux qui ont obtenu les meilleurs résultats.

60. Face aux restrictions de déplacement liées à la COVID-19, il a été nécessaire de renforcer les initiatives permettant de délivrer des médicaments antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH pour plusieurs mois à la fois et de fournir des traitements de substitution aux personnes dépendantes aux opioïdes. Cette approche a permis aux personnes concernées de continuer leur traitement malgré les perturbations des services.

61. Le traitement du VIH et d'autres services essentiels ont été préservés grâce à la mise en place de services différenciés, notamment assurés par les communautés. Des systèmes et sites de collecte locale ont été établis, des services de livraison à domicile ont été organisés et les services d'appui au traitement ont été réaménagés autour des outils de télésanté et aux plateformes virtuelles. Fin 2020, la plupart des programmes de dépistage et de traitement du VIH avaient été rétablis après les perturbations causées par la COVID-19.

62. Une telle évolution a par exemple eu lieu sur une grande échelle au Botswana, en Eswatini, en Namibie, en Ouganda, au Rwanda, en Zambie et au Zimbabwe, avec le soutien du Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le sida. Après la mise en place des restrictions liées à la COVID-19, des sites utilisés par plus de 1,8 million de personnes ont commencé à délivrer des médicaments antirétroviraux par l'intermédiaire d'établissements communautaires et à délivrer de plus grandes quantités de médicaments pour couvrir des périodes de traitement plus longues (généralement six mois). Dans six des sept pays concernés, ces ajustements ont réduit le pourcentage de patients ayant dû interrompre leur traitement par rapport à la période précédant la pandémie¹³.

¹³ Neha Mehta *et al.*, « Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April-June 2020 », résumé n° 2641 se rapportant à l'exposé présenté à la conférence de la Société internationale du sida, 18-21 juillet 2021.

IV. Mettre fin aux inégalités grâce aux leviers sociétaux, à l'équité du financement et de l'accès, aux initiatives communautaires et aux données axées sur l'être humain

A. Des inégalités à l'inégalité des progrès accomplis

63. Il ressort des campagnes les plus efficaces contre le sida que les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH qui couvrent une population très vaste réduisent considérablement le nombre d'infections à VIH ainsi que la morbidité et la mortalité liées au sida. À l'inverse, les lacunes dans la couverture des services contribuent à faire durer la pandémie. Ces lacunes sont particulièrement grandes dans le cas des populations qui doivent régulièrement faire face à la stigmatisation, à la discrimination, aux inégalités de genre, à la violence, à la criminalisation et aux injustices. Selon le lieu et le contexte, il peut s'agir notamment des femmes et des filles, des gays et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transgenres, des travailleurs et travailleuses du sexe, des personnes qui consomment des drogues, des personnes détenues, des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées.

64. Il est urgent de réduire les obstacles sociaux et structurels aux services liés au VIH ; c'est le sens des trois cibles 10-10-10 concernant les leviers sociétaux qui sont définies dans la Déclaration politique de 2021. Au titre des deux premières cibles, les pays doivent : a) réduire à 10 % au maximum la proportion de femmes, de filles et de personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH qui subissent des inégalités et des violences fondées sur le genre ; b) veiller à contenir sous la barre des 10 % la proportion des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination.

65. La troisième cible consiste à garantir que moins de 10 % des pays sont dotés de cadres juridiques ou de politique générale restrictifs qui ciblent injustement les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH, telles que les lois sur l'âge du consentement et les lois relatives à la non-divulgence de la séropositivité, à l'exposition au VIH et à la transmission du VIH, celles qui imposent des restrictions en matière de voyage liées au VIH ou instaurent une obligation de dépistage, et qui conduisent à refuser ou à limiter l'accès aux services. Cette cible a été atteinte tout au plus par 20 des 193 États Membres de l'ONU. Les pays sont bien plus nombreux à incriminer les relations sexuelles entre personnes du même sexe, le travail du sexe et la possession et la consommation de drogues, ainsi que l'exposition au VIH, la non-divulgence de la séropositivité et la transmission du VIH (voir fig. V).

B. Cadres juridiques et directifs favorables à la prestation de services liés au VIH

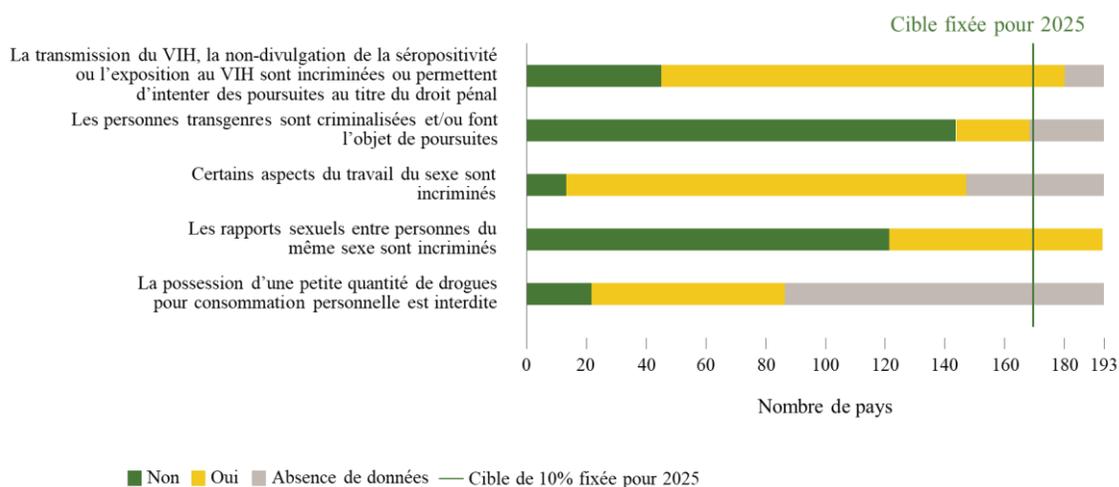
66. La criminalisation des populations clés est associée à de moins bons résultats au regard des objectifs en matière de VIH. Dans les pays qui incriminent les rapports sexuels entre personnes de même sexe, le travail du sexe et la consommation de drogues, il y a nettement moins de personnes qui connaissent leur état sérologique ainsi que de personnes vivant avec le VIH qui sont parvenues à une charge virale indétectable, par rapport aux pays qui ont choisi de ne pas incriminer ces pratiques. À l'inverse, une corrélation positive a été observée entre la réalisation de ces mêmes

objectifs et l'adoption de lois favorables à la non-discrimination, à la mise en place d'institutions des droits humains et à la lutte contre les violences de genre¹⁴.

67. Ces observations viennent étayer la recommandation de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, selon laquelle les pays devraient appliquer les principes de la santé publique et des droits humains et supprimer ou réformer les lois et les politiques qui empêchent les personnes d'accéder et de recourir aux services de santé et de lutte contre le VIH dont elles ont besoin.

68. Il a été constaté que les adolescents et les jeunes étaient plus à même de recourir à des services de santé sexuelle et procréative et de prévention, de dépistage et de traitement du VIH en l'absence de lois exigeant le consentement du conjoint ou des parents pour l'accès à ces services¹⁵. Quarante pays ont informé ONUSIDA en 2021 qu'ils avaient des lois imposant aux adolescents d'obtenir le consentement de leurs parents ou tuteurs pour accéder aux contraceptifs hormonaux ou à action prolongée, et 108 ont indiqué que ce consentement était requis pour les tests de dépistage du VIH, 43 pour les tests d'autodiagnostic du VIH, 92 pour le traitement du VIH et 22 pour la prophylaxie préexposition.

Figure V
Pays ayant des lois discriminatoires et punitives, 2021



Source : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Instrument relatif aux politiques et engagements nationaux, 2017-2021.

C. Égalité des genres

69. Les inégalités de genre et la discrimination privent les femmes et les filles de leurs droits humains fondamentaux, notamment de leurs droits à l'éducation et à la santé, et augmentent leur risque d'infection par le VIH tout en réduisant leur capacité d'atténuer l'impact du VIH.

¹⁴ Matthew M. Kavanagh *et al.*, « Law, criminalization and HIV in the world: have countries that criminalize achieved more or less successful pandemic response? », *BMJ Global Health*, vol. 6, n° 8 (2021).

¹⁵ Britt McKinnon et Ashley Vandermorris, « National age-of-consent laws and adolescent HIV testing in sub-Saharan Africa: a propensity score-matched study », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 97, n° 1 (2019).

70. Une femme sur trois subit au cours de sa vie des violences physiques ou sexuelles au sein du couple ou des violences sexuelles de la part d'un tiers¹⁶. À l'échelle mondiale, plus d'une femme de 15 à 49 ans sur 10 (13 %) ayant déjà été mariée ou en couple a subi des violences physiques ou sexuelles au sein du couple au cours des 12 derniers mois. Seulement 7 des 43 pays pour lesquels des données sont disponibles de 2015 à 2020 ont atteint l'objectif consistant à faire passer cette proportion sous la barre des 10 % d'ici à 2025.

71. Dans la Déclaration politique de 2021, les pays se sont engagés à adopter et à appliquer des lois et des politiques qui protègent les femmes et les filles contre la violence. Ces mesures de protection devraient également garantir des services et un soutien adéquats et appropriés aux survivantes, et la possibilité de faire aboutir une action en réparation contre les auteurs des violences.

72. Parmi les pays qui ont communiqué des informations à ONUSIDA, 103 ont indiqué qu'ils disposaient de lois sur la violence domestique, et la grande majorité d'entre eux ont précisé que ces lois prévoyaient des sanctions pénales contre les auteurs, ainsi que des mesures judiciaires et des services destinés à protéger les survivantes. Quarante-vingt-seize pays ont indiqué qu'ils disposaient d'un plan ou d'une stratégie nationale de lutte contre les violences fondées sur le genre et les violences contre les femmes qui comportait des mesures concernant le VIH, et 47 que leur législation comprenait des dispositions interdisant spécifiquement les violences dirigées contre des personnes en raison de leur statut sérologique ou de leur appartenance à une population clé (voir fig. VI). La qualité et le degré d'application de ces mesures de protection prévues dans les lois et les politiques varient d'un pays à l'autre.

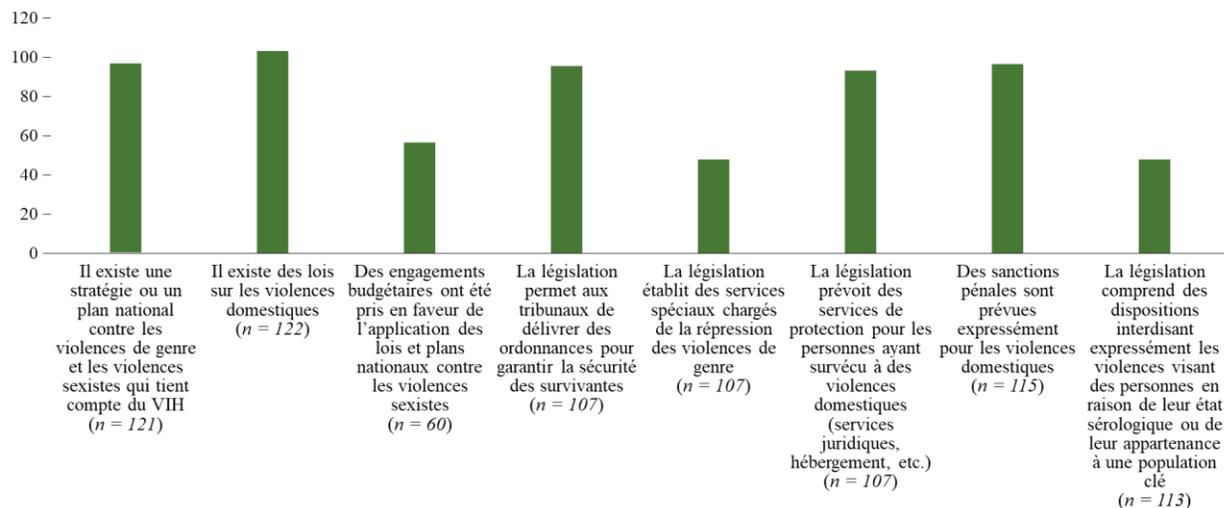
73. Dans la Déclaration politique de 2021, les États membres se sont engagés à réaliser le droit à l'éducation de toutes les filles et de toutes les jeunes femmes et à assurer l'autonomisation économique des femmes en renforçant leurs compétences professionnelles, en leur offrant des possibilités d'emploi, en les dotant de connaissances financières et en leur donnant accès aux services financiers. L'UNESCO estime que 129 millions de filles ne sont pas scolarisées à l'échelle mondiale, dont 32 millions en âge de fréquenter l'école primaire, 30 millions en âge de fréquenter le premier cycle de l'école secondaire et 67 millions en âge de fréquenter le second cycle de l'école secondaire. Seulement 49 % des pays ont atteint la parité des sexes dans l'enseignement primaire, 42 % dans le premier cycle de l'enseignement secondaire et 24 % dans le second cycle de l'enseignement secondaire¹⁷.

¹⁶ OMS *et al.*, *Violence against Women Prevalence Estimates, 2018: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence against Women and Global and Regional Prevalence Estimates for Non-Partner Sexual Violence against Women* (Genève, OMS, 2021).

¹⁷ Voir www.unicef.org/education/girls-education.

Figure VI

Nombre de pays ayant mis en place des mesures relatives à la violence (2017-2021)



Source : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Instrument relatif aux politiques et engagements nationaux, 2017-2021.

D. Stigmatisation et discrimination liées au VIH

74. Les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH sont beaucoup plus courantes dans certains pays que dans d'autres. Dans presque toutes les régions, il y a des pays où une grande proportion d'adultes a encore des attitudes discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Dans 52 des 58 pays disposant de données récentes provenant d'enquêtes auprès de la population, plus de 25 % des personnes de 15 à 49 ans ont déclaré qu'elles avaient de telles attitudes, et dans 36 des 58 pays, c'était le cas de plus de 50 % de la population totale. Selon un rapport établi par l'Organisation internationale du Travail et l'organisation Gallup sur la base d'une enquête menée dans 50 pays en 2021, quatre personnes sur six n'étaient pas à l'aise à l'idée de travailler avec une personne vivant avec le VIH¹⁸.

75. Dans de nombreux pays, les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés déclarent, dans le cadre d'enquêtes spéciales, qu'elles sont victimes de stigmatisation et de discrimination dans les établissements de soins de santé. Ces pratiques prennent de nombreuses formes, depuis les attitudes de jugement ou de partialité jusqu'aux violations de la confidentialité, en passant par le manque de soutien, les retards dans le traitement ou le refus de traitement. Elles dissuadent les personnes concernées de chercher à obtenir des soins lorsqu'elles en ont besoin, dégradent la qualité des soins reçus et sapent la confiance dans les services de santé et l'adhésion aux conseils et aux traitements médicaux, d'où de mauvais résultats sur le plan de la santé physique et mentale.

76. En 2021, 95 des 131 pays ayant communiqué des informations à ce sujet ont indiqué que les pouvoirs publics avaient mis en place des mécanismes officiels qui permettaient aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés de signaler les comportements préjudiciables et discriminatoires et de demander réparation. La surveillance assurée par la société civile joue un rôle essentiel dans la responsabilité

¹⁸ Organisation internationale du Travail (OIT), *The ILO Global HIV Discrimination in the World of Work Survey* (Genève, 2021).

effective et la réparation des préjudices. Dans 53 pays, les organisations de la société civile ont indiqué que les populations concernées et/ou les organisations non gouvernementales avaient établi des mécanismes pour enregistrer et traiter les plaintes émanant de particuliers. Au total, 116 pays (60 %) ont indiqué qu'il existait un mécanisme formel ou informel permettant de traiter les cas de discrimination liée au VIH ou les plaintes présentées par des particuliers pour ce type de cas.

77. Vingt-neuf pays ont rejoint le Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH. Le Partenariat a permis de mieux coordonner l'assistance technique et d'exploiter des synergies afin d'aider les pays à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination dans six contextes : les soins de santé, la justice, l'éducation, le travail, l'action humanitaire et les structures locales.

E. Accès équitable aux technologies sanitaires

78. La lutte contre les pandémies donne de mauvais résultats si certaines personnes bénéficient des technologies sanitaires alors que d'autres en sont privées. Il a fallu de nombreuses années et des millions d'infections et de décès évitables pour en arriver à tirer cet enseignement de la lutte contre le VIH. L'action de plaider qu'ont menée avec détermination la société civile, le personnel traitant et les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire a conduit à la création de mécanismes qui contribuent à rendre les médicaments et les diagnostics relatifs au VIH disponibles et abordables dans le monde entier.

79. Ces mécanismes sont toutefois menacés. De nouvelles technologies de diagnostic, de prévention et de traitement du VIH, du COVID-19 et d'autres maladies arrivent sur le marché, mais l'accès y est entravé par des obstacles liés à la propriété intellectuelle, des restrictions en matière de partage et de transfert de technologies, le faible nombre de sites de production pharmaceutique, l'insuffisance des capacités de réglementation et des prix prohibitifs.

80. Certains pays à revenu intermédiaire peinent à obtenir des médicaments génériques contre le VIH à un prix abordable. La prophylaxie préexposition reste coûteuse dans de nombreux pays en raison des monopoles sur la vente et la distribution et des contraintes pesant sur la production locale. La mise au point de traitements adaptés aux enfants, dans laquelle l'investissement n'est pas considéré comme rentable, a été très lente. Les nouvelles technologies susceptibles de contribuer à la lutte contre les inégalités en matière de VIH, telles que les nouveaux traitements du VIH pour les enfants et les adultes, les moyens de prophylaxie préexposition à longue durée d'action et les anneaux vaginaux servant à la prévention du VIH et à la contraception, risquent d'être trop chers pour la plupart des personnes qui en ont besoin. On pourrait également en faire davantage pour promouvoir des solutions à faible intensité technologique qui sont très efficaces, comme les préservatifs.

81. Dans certains pays, les frais d'utilisation perçus dans les cliniques et les hôpitaux privent de nombreuses personnes des services liés au VIH et d'autres services de santé et médicaments, notamment les personnes qui ont de faibles revenus et celles qui sont exclues des décisions financières de leur ménage.

82. L'accès aux moyens de diagnostic reste inégal dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, la situation des populations pauvres et rurales étant particulièrement problématique à cet égard. En outre, les laboratoires médicaux sont répartis inégalement entre les pays. Ainsi, les États-Unis d'Amérique comptent

260 000 laboratoires médicaux agréés, tandis que l'Inde, qui a quatre fois plus d'habitants, n'en compte que 1 150¹⁹.

83. Au vu de l'iniquité qui caractérise la disponibilité et la distribution des vaccins contre la COVID-19, des outils de diagnostic et des traitements de la maladie, il est urgent de prendre des mesures mondiales pour garantir un accès équitable aux technologies sanitaires essentielles, en particulier pendant les crises sanitaires. Autrement, les populations des pays à revenu faible ou intermédiaire demeureront privées de leur droit fondamental à la santé, et le monde restera mal préparé aux pandémies d'aujourd'hui et de demain.

84. Il convient de s'employer en priorité à améliorer la répartition des sites de production de fournitures médicales, de produits pharmaceutiques et d'autres technologies de santé. La mise en place d'une production locale réduirait la vulnérabilité des systèmes de santé aux perturbations des chaînes d'approvisionnement et à l'accaparement de produits médicaux essentiels pendant les crises. Elle serait possible grâce à l'établissement de chaînes de valeur régionales, à la création de pôles sous-régionaux où différents producteurs pourraient travailler de concert et à l'harmonisation des normes, qui permettrait de faciliter et de mieux exploiter la collaboration transfrontière. La création récente de l'Agence africaine du médicament représente une étape importante vers l'établissement d'une structure continentale permettant de prendre des décisions sur la réglementation.

F. Rôle moteur des communautés

85. Un legs durable de la lutte contre le sida réside dans le rôle central que jouent les personnes les plus touchées en incitant les gouvernements à prendre des mesures adéquates face aux pandémies. Au fil du temps, une mosaïque d'organisations communautaires s'est transformée pour devenir une infrastructure communautaire essentielle à tous les aspects de la riposte, du niveau local au niveau mondial.

86. Les organisations de la société civile et les organisations communautaires, en particulier celles qui sont dirigées par des personnes vivant avec le VIH, des femmes, des jeunes et des membres des populations clés, viennent compléter l'action menée face à la pandémie par les systèmes de santé traditionnels en jouant trois rôles essentiels : fournir des services, faire entendre les points de vue des communautés concernées dans le cadre de la planification et de la prise de décisions, et favoriser la responsabilité effective et le suivi.

87. Depuis les premiers mois de la pandémie de COVID-19, les organisations communautaires servent de passerelles vers les groupes de population marginalisés, assurant le fonctionnement des services de lutte contre le VIH malgré les mesures de confinement et les perturbations liées à la COVID-19. Elles assurent en outre des services d'examen, de dépistage et de recherche des contacts du COVID-19 dans des zones mal desservies, selon des modalités qui respectent les différentes réalités et préoccupations vécues par les populations locales, qu'elles mettent en lien avec les services de santé officiels.

88. Pour mettre la lutte contre le sida sur la bonne voie, il faut que tous les pays collaborent pleinement avec cette infrastructure communautaire. Dans la Déclaration politique de 2021, les États Membres se sont engagés à faire participer davantage les collectivités à la prise de décisions et à augmenter la proportion de services de lutte contre le VIH qu'elles fournissent, à renforcer le personnel de santé des structures de

¹⁹ Kenneth A. Fleming *et al.*, « The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics », *The Lancet*, vol. 398, n° 10315 (2021).

proximité et à soutenir la collecte de données produites par les collectivités afin de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH et de répondre à leurs besoins.

89. Au titre des cibles qui ont été définies dans la Déclaration, les pays doivent faire en sorte que, d'ici à 2025, les organismes de proximité assurent : a) 30 % des services de dépistage et de traitement, l'accent étant mis sur le dépistage du VIH, la fourniture d'une aide au traitement, l'observance et la continuité thérapeutiques, et la connaissance du traitement ; b) 80 % des services de prévention du VIH destinés aux populations à haut risque d'infection à VIH, y compris aux femmes vivant au sein de ces populations ; c) 60 % des programmes contribuant à l'activation de leviers sociétaux. Pour atteindre ces objectifs, il sera essentiel de mettre au point des méthodes servant à mesurer les progrès accomplis en ce sens.

G. Systèmes de données axés sur l'être humain

90. La riposte mondiale au VIH a contribué à la mise en place de systèmes de données qui figurent parmi les plus complets dans le domaine de la santé mondiale et du développement et que des dizaines de pays utilisent pour lutter contre la COVID-19 et d'autres problèmes de santé. Il est indispensable d'approfondir et d'élargir la collecte et l'utilisation de données granulaires pour orienter l'action des systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale afin de remédier aux inégalités concernant l'accès aux services et les effets de ces services sur la santé.

91. Les pays recourent de plus en plus à des données granulaires pour affiner leur riposte au VIH. Dans le cadre du cycle de 2021 des estimations épidémiologiques d'ONUSIDA concernant le VIH, 38 pays ont collecté des données de programmes géolocalisées relatives à leurs programmes et ont utilisé l'outil de modélisation Naomi pour établir des estimations infranationales sur le VIH et traiter les écarts constatés dans les données.

92. La riposte au VIH est aussi extrêmement novatrice en ce qu'elle donne aux collectivités un rôle actif et moteur dans la collecte et l'utilisation de données. Le suivi assuré au niveau communautaire sert de plus en plus de mécanisme de responsabilité qui permet aux réseaux établis par les populations clés, à d'autres groupes touchés et aux organismes de proximité de collecter et d'analyser systématiquement et régulièrement des données qualitatives et quantitatives sur l'accessibilité, l'adéquation, le caractère abordable et l'acceptabilité des services liés au VIH, ainsi que sur les atteintes aux droits et les pratiques stigmatisantes et discriminatoires imputables aux prestataires de services. Ce travail de suivi donne des informations aux responsables des programmes de lutte contre le VIH, aux décideurs du secteur de la santé, aux donateurs et d'autres parties prenantes sur ce qui fonctionne bien, ce qui ne fonctionne pas et ce qu'il faut améliorer. Il contribue également à garantir que les données soient collectées et utilisées de manière sûre et fondée sur les droits, en particulier dans les pays où les populations clés sont criminalisées.

93. Les lacunes dans les données entravent l'accès des populations clés aux services. Par exemple, de nombreux pays semblent sous-estimer la taille de leurs populations clés et certains ne collectent même pas de données sur ces populations. En conséquence, leurs programmes de lutte contre le VIH risquent d'être inéquitables et de se caractériser par des lacunes graves dans les services fournis aux personnes qui en ont le plus besoin.

94. Les données sur les populations clés présentent d'autres défauts qui viennent aggraver le problème de la sous-estimation de la taille de ces groupes. Les enquêtes

biocomportementales fournissent des données essentielles sur ces populations, auxquelles il est difficile d'accéder par les moyens traditionnels. Les baisses de financement et d'autres décisions se traduisent cependant par une réduction du nombre de ces enquêtes.

95. Les technologies sanitaires numériques sont susceptibles d'aider les personnes vivant avec le VIH à prendre des décisions plus éclairées dans un contexte moins stigmatisant, et à prendre le contrôle de leurs soins de santé. L'adoption de ces nouvelles technologies doit s'accompagner de mesures de protection juridique qui préservent la vie privée et la confidentialité des utilisateurs, grâce à la sécurité des informations sur les soins enregistrées en ligne, des dossiers médicaux électroniques et des communications avec les prestataires de soins.

H. Action conjointe des entités des Nations Unies

96. Dans la Déclaration politique de 2021, les États Membres ont demandé à ONUSIDA de continuer d'aider les États Membres à agir sur les facteurs sociaux, économiques, politiques et structurels de l'épidémie de sida. Dans le cadre du travail des équipes communes des Nations Unies et de ses bureaux de pays, ONUSIDA aide les pays à élaborer et à exécuter des programmes nationaux de lutte contre le sida qui soient conformes aux priorités stratégiques énoncées dans la Déclaration et aux orientations normatives et techniques les plus récentes. Pendant la pandémie de COVID-19, ONUSIDA a contribué à simplifier et à adapter les services relatifs au VIH de manière à mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et à réduire les pressions qui pèsent inutilement sur le système de santé.

97. Depuis la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002, ONUSIDA a aidé plus de 100 pays à attirer, à mobiliser et à utiliser des investissements d'un montant total de plus de 18 milliards de dollars grâce au Fonds.

98. ONUSIDA joue également un rôle de premier plan dans la mise en place de partenariats stratégiques consacrés à des enjeux essentiels, comme l'initiative Education Plus, la Coalition mondiale pour la prévention de l'infection à VIH et le Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, et mobilise des ressources pour la riposte au sida.

99. De même que la lutte mondiale contre le sida en général, ONUSIDA a toutefois dû faire face à de graves déficits de financement ces dernières années. Pour 2020 et 2021, son budget annuel approuvé s'élevait à 242 millions de dollars, mais les fonds recueillis n'ont représenté que 194 millions de dollars en 2020 et 170 millions de dollars en 2021.

V. Recommandations

100. Les efforts déployés pour mettre fin à la pandémie de sida d'ici à 2030 ne sont pas en voie d'aboutir. Les États Membres sont invités à agir immédiatement pour surmonter les obstacles qui ralentissent la réalisation des cibles fixées pour 2025 dans la Déclaration politique de 2021. Le respect de l'ensemble des engagements pris dans la Déclaration contribuera également, plus généralement, à l'action menée pour remédier aux inégalités, se préparer aux futures pandémies, parvenir à une couverture sanitaire universelle et atteindre les objectifs de développement durable.

Recommandation 1**Renforcer l'action menée pour remédier aux inégalités, prévenir le VIH et promouvoir les leviers sociétaux**

101. Les États Membres sont instamment invités à :

a) Examiner d'urgence leur riposte au sida sous l'angle des inégalités et évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des cibles énoncées dans la Déclaration politique de 2021 en ce qui concerne la prévention du VIH et les leviers sociétaux, dans le cadre de processus permettant d'appréhender, au niveau national, les obstacles juridiques, politiques et sociaux rencontrés par les personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH ou touchées par le VIH ;

b) Définir, dans leurs plans stratégiques de riposte au VIH, des mesures spécifiques pour atteindre les cibles 10-10-10 d'ici à 2025 et mettre à la disposition des populations à haut risque d'infection par le VIH des ensembles de moyens de prévention du VIH spécialement conçus pour elles, et faire en sorte que ces mesures soient suffisamment financées pour être entièrement appliquées ;

c) Rejoindre le Partenariat mondial pour l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, si ce n'est pas déjà fait.

Recommandation 2**Interventions menées par les communautés**

102. Les États Membres sont instamment invités à agir à la lumière des points forts de la riposte au sida et des mesures d'adaptation prises récemment face à la pandémie de COVID-19 en collaborant pleinement avec les communautés de personnes vivant avec le VIH, de femmes et de jeunes et avec les populations clés et en leur assurant le financement nécessaire pour qu'elles participent réellement à la prise de décisions, à la prestation de services et au suivi des progrès accomplis dans le cadre de la riposte au sida et de l'action en faveur de la couverture sanitaire universelle, conformément aux cibles mondiales.

Recommandation 3**Accès équitable aux médicaments et aux technologies sanitaires**

103. Les États Membres sont instamment invités à pleinement tirer parti de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, de la fondation Medicines Patent Pool et d'autres mécanismes pour faire en sorte que les médicaments et les technologies sanitaires les plus récents en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, y compris les vaccins contre le VIH qui pourraient être mis au point, deviennent rapidement disponibles à un coût abordable dans tous les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Recommandation 4**Financement durable de la lutte contre le sida et, plus généralement, de l'action de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies**

104. Les États Membres sont instamment invités à augmenter les fonds alloués par les donateurs nationaux et internationaux à la riposte au sida dans les pays à revenu faible ou intermédiaire pour atteindre un montant annuel total de 29 milliards de dollars d'ici à 2025, en accroissant notamment l'investissement dans la prévention du VIH et la promotion des leviers sociétaux, comme convenu dans la Déclaration politique de 2021.

105. Pour agir avec efficacité, il faut s'employer simultanément à lutter contre les pandémies actuelles et à prévenir les pandémies futures. Dans le cadre de leur action

visant à établir des mécanismes de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies, les États Membres sont instamment invités à redoubler d'efforts pour mettre fin à la pandémie de sida et à tenir compte des principaux enseignements tirés de la riposte au sida.

106. De nouveaux mécanismes de lutte contre les pandémies sont mis en place à un moment critique où les tensions économiques et budgétaires sont particulièrement fortes. Les États Membres sont instamment invités à accroître leur marge de manœuvre budgétaire en luttant contre la fraude fiscale, en prenant des mesures d'annulation de la dette et en réaffectant des droits de tirage spéciaux, ainsi qu'à mobiliser les ressources financières nécessaires pour que tous les pays puissent parvenir à la fois à éradiquer le sida au cours de la prochaine décennie, à vaincre rapidement la COVID-19 et à agir en amont des pandémies de demain.

Recommandation 5

Systèmes de données axés sur l'être humain

107. Les États Membres sont instamment invités à prendre les mesures suivantes : renforcer leurs systèmes nationaux de suivi des patients et de surveillance des cas, en veillant à ce qu'ils soient éthiques, fondés sur les droits et axés sur les personnes et qu'ils garantissent la confidentialité, notamment en conduisant périodiquement des enquêtes anonymes auprès des populations clés et des autres groupes de population exposés à un risque élevé d'être infectés par le VIH ; collaborer avec les communautés touchées et renforcer leur capacité d'assurer un suivi complémentaire ; suivre les progrès accomplis au niveau national dans la réalisation des cibles 10-10-10 relatives aux leviers sociétaux ; utiliser des données ventilées afin de recenser les lacunes que présentent les services dans certains lieux et pour certains groupes de populations et d'y remédier.

Recommandation 6

Renforcement des partenariats mondiaux

108. Les États Membres sont instamment invités à :

a) Faire en sorte que l'exécution du plan de travail d'ONUSIDA pour 2022-2023²⁰ soit entièrement financé ;

b) Renforcer la fonction de suivi qu'ONUSIDA assure au niveau mondial en lui communiquant chaque année des données granulaires sur la riposte au sida dans le cadre de son système de suivi mondial de la lutte contre le sida, conformément aux cibles fixées pour 2025 et compte tenu de l'importance accordée aux inégalités dans la Déclaration politique de 2021.

²⁰ ONUSIDA, document publié sous la cote UNAIDS/PCB (49)/21.27.