

Point 3 de l'ordre du
jour

UNAIDS/PCB (46)/20.7

STRATÉGIE DE L'ONUSIDA AU-DELÀ DE 2021



23-25 juin 2020 | Genève, Suisse
Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA
Date de publication : 2 June 2020

Autres documents relatifs à ce point de l'ordre du jour :

Action requise lors de cette réunion - le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

- 5.1 *Rappelant* les décisions 3.1 et 3.2 de la 45^e réunion du CCP, *prend note* de la mise à jour des progrès réalisés UNAIDS/PCB (46)/20.7 ;
- 5.2 *Demande* au Directeur exécutif de :
- présenter les résultats de l'examen complet de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA (2016-2021) et leurs implications pour les priorités stratégiques au-delà de 2021 pour examen par la consultation multipartite au plus tard en septembre 2020 ;
 - présenter à la 47^e réunion du CCP, en décembre 2020, un rapport d'avancement sur le processus visant à garantir que la stratégie de l'ONUSIDA reste ambitieuse, visionnaire et fondée sur des données probantes au-delà de 2021 ;
 - présenter à une session spéciale du CCP, au plus tard en mars 2021, la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021.

Conséquences de la mise en œuvre des décisions en termes de coûts :

Dans le cas où le PCB choisit de tenir une session extraordinaire pour adopter la Stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021, voici les estimations des coûts suivantes :

Session extraordinaire d'une journée en personne (sur la base des estimations de la session extraordinaire de mars 2019 du PCB) : 110 000 \$

Séance spéciale virtuelle de trois heures : 45 000 \$

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ANALYTIQUE	4
I. INTRODUCTION	6
II. MESURES PRISES POUR RÉPONDRE AUX DEMANDES DU CCP.....	8
III. CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES DE L'EXAMEN DES DONNÉES DISPONIBLES	9
IV. LA PROCHAINE PHASE DU PROCESSUS	21
V. CONCLUSION	23
POINTS DE DÉCISION PROPOSÉS.....	24

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

1. Lors de sa 45e réunion, le Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA a demandé au Directeur exécutif de l'ONUSIDA de :
 - entreprendre un examen de la stratégie actuelle et de sa mise en œuvre, ainsi que des résultats obtenus ;
 - convoquer une consultation multipartite avec la participation des États membres, présenter les résultats de l'examen et envisager les priorités stratégiques au-delà de 2021 ;
 - présenter, pour examen par le Conseil lors de sa 46e réunion en juin 2020, des options, ainsi que leurs processus et calendriers respectifs, afin de garantir que la stratégie de l'ONUSIDA demeure ambitieuse, visionnaire et fondée sur des données probantes au-delà de 2021 ; et
 - consulter le secrétaire général des Nations unies pour examiner les options concernant le calendrier de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH et le sida et conseiller la 46e réunion du CCP en juin 2020.
2. Pour répondre à ces demandes, un vaste processus de consultations qualitatives de recherche d'apport a été lancé. Il s'agit notamment d'enquêtes en ligne, d'entretiens et de groupes de discussion destinés à solliciter le feed-back des parties prenantes, leurs priorités et leurs besoins en faisant particulièrement des efforts pour faire participer les groupes clés qui sont difficiles à atteindre ou qui risquent d'être laissés pour compte. Ces consultations se poursuivront jusqu'en septembre 2020, afin de prévoir suffisamment de temps pour un engagement de qualité. Il est prévu que les consultations qualitatives généreront de précieux apports qui contribueront à définir les zones qui nécessitent des plongées plus profondes dans les données et les preuves.
3. L'ONUSIDA a également lancé un examen des preuves afin de mieux comprendre la mise en œuvre et les résultats obtenus dans le cadre de l'actuelle *stratégie ONUSIDA 2016 : Sur la voie rapide pour mettre fin au sida*, et pour identifier les priorités stratégiques au-delà de 2021, afin de s'assurer que le monde est sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 dans le cadre des objectifs de développement durable. L'examen des données intégrera les dernières données de surveillance mondiale du sida jusque fin 2019 ainsi que des sources de données supplémentaires et évaluera également les implications de la pandémie de COVID-19 sur la réponse au sida. Ce rapport sur l'examen des données sera publié à la fin du mois de juillet 2020 afin de donner aux membres du CCP le temps de l'examiner avant la consultation multipartite de septembre 2020. Le rapport fournira un cadre utile pour les consultations sur la stratégie au fur et à mesure de l'avancement des travaux visant à élaborer une stratégie visionnaire, ambitieuse et fondée sur des données probantes au-delà de 2021.
4. Les données disponibles indiquent que la stratégie ONUSIDA 2016-2021 a été largement utilisée par les pays, les communautés et les partenaires pour faire avancer la réponse mondiale au VIH vers les engagements pris par les États membres dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2016. La stratégie a défini les questions et les approches prioritaires en matière de réponse mondiale au VIH, a fourni une feuille de route pour guider les actions nécessaires à l'accélération des progrès et a rallié les pays et les parties prenantes autour d'objectifs ambitieux mais réalisables. Nombre de ces objectifs ont ensuite été traduits en engagements politiques dans la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH et le sida de 2016 : Sur la voie rapide pour accélérer la réponse au VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici

2030. L'extension des traitements a permis de réduire le nombre de décès dus aux maladies liées au sida. Le nombre annuel des nouvelles infections par le VIH a également diminué, bien que lentement. Toutefois, les résultats ont montré des inégalités entre les pays, au sein des pays et des communautés. Des disparités importantes sont observées au niveau de la disponibilité et de l'utilisation des services liés au VIH, tant sur le plan géographique que par sous-population. Les lacunes en termes d'accès à un ensemble complet de services les plus importantes sont souvent celles observées dans les pays, les populations et les personnes qui en ont le plus besoin, et des différences majeures subsistent au niveau des environnements politiques et juridiques ainsi que des facilitateurs sociaux.

5. Le processus de garantie de l'engagement complet du CCP et de ses groupes constitutifs dans le processus stratégique se déroule dans un contexte dans lequel les pays, les communautés et les partenaires mondiaux, y compris l'ONUSIDA, sont confrontés aux nouveaux défis sanitaires, sociaux et économiques profonds que pose la pandémie de COVID-19. Ces circonstances extraordinaires posent des défis aux parties prenantes de l'ONUSIDA dans le cadre de leur plein engagement dans la révision de la stratégie actuelle et de leur participation optimale aux consultations dans un environnement propice.
6. L'engagement plein et significatif des États membres, des personnes vivant avec le VIH, des populations clés et des autres personnes affectées par le VIH, ainsi que des partenaires et des parties prenantes de l'ONUSIDA, est essentiel dans ce processus. Il est également essentiel que des données supplémentaires soient compilées et qu'une analyse plus approfondie soit effectuée pour stimuler des comparaisons supplémentaires et comprendre ce qui différencie les progrès rapides des progrès bloqués ou des régressions et, plus important encore, lorsque les objectifs ne sont toujours pas atteints, d'identifier des solutions pour garantir que les interventions vitales atteignent toutes les personnes qui en ont le plus besoin. Ces informations étayées par des données probantes serviront de base aux changements nécessaires dans la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021 pour permettre aux pays et à la communauté internationale de combler les lacunes et de supprimer les obstacles à l'élimination du sida d'ici 2030. Il sera également possible d'évaluer soigneusement l'impact de la pandémie de COVID-19 et d'examiner les implications potentielles d'autres chocs imprévisibles (tels que d'autres maladies infectieuses émergentes, des catastrophes naturelles ou des urgences humanitaires) sur l'avenir de la réponse au sida.
7. Afin de relever les défis actuels posés par la COVID-19 et de garantir un engagement total et significatif des parties prenantes, l'ONUSIDA propose que le calendrier de l'examen de la stratégie actuelle soit prolongé au-delà de juin 2020, ce qui permettrait de poursuivre les consultations d'examen (enquête, entretiens, discussions de groupe) et d'organiser la consultation multipartite pour les membres du CCP au plus tard en septembre 2020. L'examen de la stratégie actuelle, de sa mise en œuvre et des résultats obtenus sera présenté à la consultation multipartite et intégrera les conclusions de l'examen des données (qui seront publiées en juillet 2020) et les contributions des consultations (enquête, entretiens, discussions de groupe).
8. Il est également proposé que le 47^e CCP de décembre 2020 reçoive un rapport sur l'avancement du processus d'élaboration de la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021, les options et leurs processus respectifs ainsi que leurs calendriers et qu'en mars 2021, une session spéciale du CCP examine et approuve la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021.

I. INTRODUCTION

9. Stratégie 2016–2021 de l'ONUSIDA : Accélérer l'éradication du SIDA était un appel audacieux à l'action. Elle a pour but d'inspirer au monde une réponse au VIH centrée sur les personnes et fondée sur les droits. Il s'agissait d'un appel urgent à investir en amont, à combler les lacunes en matière de dépistage, à atteindre les objectifs de traitement 90-90-90 et à réduire de manière drastique les nouvelles infections par le VIH chez les adultes et les enfants. Bon nombre des objectifs et des approches de cette stratégie ont inspiré les États membres à accepter des engagements ambitieux dans la déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH et le sida de 2016.
10. La stratégie a défini les actions de base nécessaires pour garantir que toutes les personnes, en particulier les populations clés ainsi que les jeunes femmes et les filles dans les milieux à forte prévalence d'infection par le VIH, puissent accéder aux services VIH dont elles ont besoin, et pour remédier à la couverture de traitement déplorablement faible des enfants vivant avec le VIH. Ses buts et objectifs sont alignés sur ceux de l'Agenda 2030 et ont inspiré des actions de collaboration entre divers secteurs de la société, ainsi que des investissements dans des domaines où le VIH et d'autres priorités sanitaires et de développement se croisent. Cette stratégie visait à mettre le monde sur la bonne voie pour atteindre l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 dans le cadre des objectifs de développement durable.
11. Lors de sa 45e réunion, le Conseil de coordination du programme (CCP) de l'ONUSIDA a demandé au Directeur exécutif de l'ONUSIDA de :
 - entreprendre un examen de la stratégie actuelle et de sa mise en œuvre, ainsi que des résultats obtenus ;
 - convoquer une consultation multipartite avec la participation des États membres, présenter les résultats de l'examen et envisager les priorités stratégiques au-delà de 2021 ;
 - présenter, pour examen par le Conseil lors de sa 46e réunion en juin 2020, des options, ainsi que leurs processus et calendriers respectifs, afin de garantir que la stratégie de l'ONUSIDA demeure ambitieuse, visionnaire et fondée sur des données probantes au-delà de 2021 ; et
 - consulter le secrétaire général des Nations unies pour examiner les options concernant le calendrier de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH et le sida et conseiller la 46e réunion du CCP en juin 2020.
12. Le présent rapport fournit un résumé des progrès réalisés dans la réponse à ces demandes. Il présente également des données clés sur l'épidémie et la réponse, en mettant en avant les succès et les lacunes dans la mise en œuvre de la stratégie de l'ONUSIDA. Le document résume ensuite les prochaines étapes pour achever l'examen de la stratégie actuelle et valider les priorités stratégiques requises pour la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021 et propose un calendrier pour l'adoption de la stratégie.

Contexte

13. Le processus de réponse aux demandes du CCP se déroule dans un contexte où les pays, les communautés et les partenaires mondiaux, y compris l'ONUSIDA, sont confrontés aux nouveaux défis sanitaires, sociaux et économiques profonds que pose la pandémie de COVID-19.

14. La crise du COVID-19 a de graves répercussions sur les infrastructures et les systèmes de réponse au VIH, souvent fragiles, des pays et des communautés. Le Programme commun de l'ONUSIDA réagit activement à cette nouvelle situation, en réorientant l'attention et les ressources pour soutenir les pays dans leur réponse au COVID-19 en protégeant et en préservant les acquis de la réponse au VIH. Le Programme commun met l'accent sur l'atténuation de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les personnes vivant avec le VIH et sur celles qui sont vulnérables au VIH, tout en préservant l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH et en protégeant les personnes contre toute forme de stigmatisation et de discrimination comme stipulé dans la stratégie de l'ONUSIDA. Le Programme commun a également permis de tirer de précieux enseignements de la réponse au VIH qui permettent d'informer et de renforcer les réponses mondiales et nationales au COVID-19.
15. Ces circonstances extraordinaires ont limité la capacité de l'ONUSIDA et de ses parties prenantes de s'engager pleinement dans la révision de la stratégie actuelle et de participer aux consultations, car ces mêmes parties prenantes clés sont maintenant investies d'une charge supplémentaire : maintenir la réponse au VIH tout en relevant les défis supplémentaires posés par la COVID-19.
16. Le 6 mai 2020, le directeur exécutif de l'ONUSIDA a reçu une demande de la délégation des ONG du CCP visant à prolonger le calendrier de révision de la stratégie actuelle afin de garantir que les communautés touchées par le VIH, ainsi que la société civile, puissent participer de manière significative au processus de consultation. La délégation des ONG s'est inquiétée du fait que l'attention des membres du CCP, des gouvernements et de la société civile, était focalisée sur la crise du COVID-19 et que cela empêcherait les parties prenantes de s'engager de manière significative dans l'examen de la stratégie.
17. Lors de sa réunion du 7 mai, le Bureau du CCP a souligné l'importance d'un examen approfondi comme point de départ de la prochaine stratégie. Le Bureau a convenu que le calendrier initial était trop serré compte tenu des défis posés par la COVID-19, ce qui pourrait entraîner un risque élevé d'engagement inadéquat des principales parties prenantes.
18. La prolongation du délai prévu pour le processus d'élaboration de la stratégie permettant d'organiser les consultations d'examen et la consultation multipartite jusque fin septembre 2020 a recueilli un accueil favorable. La flexibilité a été encouragée. Les membres ont toutefois souligné l'importance de veiller à ce qu'une stratégie soit mise en place avant la réunion de haut niveau prévue en 2021. Le Bureau a également discuté des options relatives aux points de l'ordre du jour de la Stratégie de la 46e réunion du CCP qui pourraient inclure une présentation des données ainsi qu'une mise à jour des procédures associée à un calendrier anticipé.
19. L'engagement total et significatif des États membres, des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des adolescentes et des jeunes filles ainsi que des autres personnes affectées par le VIH, ainsi que des partenaires et des parties prenantes de l'ONUSIDA, est de la plus haute importance pour garantir que la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021 soit pleinement appropriée par tous les acteurs et parties prenantes concernés. Il est également essentiel de créer une dynamique pour la prochaine phase de la réponse au VIH par le biais du processus de consultation.
20. L'ONUSIDA estime qu'un examen et une analyse solides des données disponibles sont nécessaires pour dresser un tableau complet de la mise en œuvre de la stratégie

de l'ONUSIDA à ce jour et pour comprendre les raisons de ses succès et de ses lacunes, y compris les recommandations de l'évaluation indépendante de la réponse au SIDA du système des Nations unies en 2016-2019. La prochaine stratégie de l'ONUSIDA sera mise en œuvre soit dans un contexte post-COVID, soit dans un contexte où le monde continue à répondre à la pandémie de COVID-19. Il est donc important de prendre en compte et de tirer les leçons des réponses mondiales et nationales à la crise du COVID-19 pour parvenir à une compréhension claire de la manière dont la pandémie affectera l'épidémie de VIH et la réponse à y apporter.

21. À la lumière de ces préoccupations, l'ONUSIDA propose le calendrier suivant pour le processus stratégique.
- **Mai-septembre 2020** : l'ONUSIDA a lancé un examen des données de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA, de sa mise en œuvre et des résultats obtenus. Des consultations avec les parties prenantes ont également commencé. Une enquête en ligne, des entretiens et des discussions de groupe sur la prochaine phase de la stratégie de l'ONUSIDA sont en cours et se poursuivront jusqu'en septembre 2020.
 - **46e réunion du CCP du 23-25 juin 2020** : Une mise à jour des progrès réalisés sera présentée au CCP. Le CCP devrait prendre une décision sur les prochaines étapes proposées dans le processus.
 - **Fin juillet 2020** : Finalisation de l'examen des données sur la stratégie actuelle, sa mise en œuvre, ainsi que des résultats obtenus. Les résultats de l'examen serviront de base aux consultations ultérieures.
 - **Septembre 2020** : L'examen de la stratégie actuelle, sa mise en œuvre, ainsi que des résultats obtenus, sur la base de l'examen des données et des consultations seront présentés lors d'une consultation multipartite. La consultation portera sur les enseignements tirés de la mise en œuvre de la stratégie actuelle et des priorités stratégiques au-delà de 2021. Elle se penchera également sur les options proposées pour les prochaines étapes, afin de garantir que la stratégie de l'ONUSIDA reste ambitieuse, visionnaire et fondée sur des données probantes au-delà de 2021.
 - **Octobre 2020** : L'ONUSIDA finalisera les objectifs et les estimations des besoins en termes de ressources pour 2025.
 - **Décembre 2020** : Le 47e CCP recevra un rapport sur l'état d'avancement des options du processus et de leurs processus et calendriers respectifs.
 - **Mars 2021** : La session spéciale du CCP proposée adoptera la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021.
 - **Janvier-juin 2021** : Le budget de l'ONUSIDA, des résultats, un modèle d'allocation des ressources et un cadre de responsabilité visant à soutenir la mise en œuvre de la stratégie mondiale de réponse au VIH seront élaborés par le biais d'un processus consultatif.
 - **Juin 2021** : Le CCP adoptera un nouveau cadre de responsabilisation et d'allocation des ressources pour opérationnaliser la stratégie de l'ONUSIDA.
 - **Juin - septembre 2021** : Une éventuelle réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur le SIDA adoptera une nouvelle déclaration politique qui contiendra les objectifs pour 2025.

II. MESURES PRISES POUR RÉPONDRE AUX DEMANDES DU CCP

22. Guider l'examen de la stratégie actuelle et l'élaboration de la stratégie au-delà de 2021 constitue le principe clé qui sous-tend le travail de l'ONUSIDA. Le travail sera axé sur les données, multisectoriel et consultatif, et implique le secrétariat de l'ONUSIDA, les

organismes coparrainants, les États membres, la société civile, les communautés, les personnes vivant avec et affectées par le VIH, les populations clés, les femmes et les filles, les jeunes, les organisations confessionnelles, les représentants de divers secteurs publics (y compris les ministères de la Santé, de l'Éducation, des Finances, et de la Justice), ainsi que les commissions nationales de réponse au VIH, les parlementaires, les scientifiques et le monde universitaire, les philanthropes, les donateurs, le secteur privé et les partenaires mondiaux de la santé tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le paludisme (Fonds Mondial), et le Plan d'Urgence du Président des États-Unis d'Amérique de Lutte contre le SIDA (PEPFAR).

23. Les mesures suivantes ont été prises à ce jour pour répondre aux demandes du CCP.
- **Mise en place d'une équipe d'élaboration de la stratégie.** Le Directeur exécutif de l'ONUSIDA a mis en place une équipe d'élaboration de la stratégie de l'ONUSIDA se composant de plus de 20 membres du secrétariat de l'ONUSIDA provenant de toute l'organisation. L'équipe en charge de la stratégie collabore avec les organismes coparrainants de l'ONUSIDA et gère et facilite les processus d'examen, d'élaboration et de consultation de la stratégie, en veillant à ce que les approches soient inclusives et participatives avec divers groupes de partenaires.
 - **Retraite du Programme commun.** Les membres du secrétariat et les coparrainants se sont réunis pour une retraite en février 2020 et ils ont discuté des leçons tirées de la mise en œuvre de la stratégie actuelle. Des recherches approfondies sur les données nationales ont été lancées pour mieux comprendre les raisons à la base des progrès rapides observés à certains endroits et du blocage, voire de la régression de la réponse au VIH à d'autres endroits.
 - **Première phase de la révision de la stratégie.** Un examen des rapports et des données disponibles a été lancé afin de passer en revue les succès obtenus et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la stratégie. Le processus est en cours et il devrait déboucher sur un rapport final qui devrait être disponible d'ici fin juillet 2020.
 - **Première phase de consultations.** Afin d'évaluer les besoins des parties prenantes et d'identifier les questions prioritaires qu'elles souhaiteraient aborder dans le cadre du processus de stratégie, les consultations qualitatives suivantes ont été lancées : (i) Enquête en ligne multilingue ; (ii) Entretiens de dialogue ; et (iii) Discussions de groupe.
 - **Discussions du Comité des Organismes Coparrainants (COC)** Le COC s'est réuni « virtuellement » le 15 mai 2020. Il a examiné les risques engendrés par la pandémie de COVID-19 au niveau de la réponse au VIH et a réfléchi à la valeur ajoutée du Programme commun pour la réponse au COVID-19. Le COC a également discuté des implications de la pandémie sur le calendrier du processus d'examen et d'élaboration de la stratégie, et a exprimé son soutien à un calendrier plus long afin d'assurer l'engagement total des parties prenantes et de tirer les leçons de la réponse au COVID.

III. CONCLUSIONS PRÉLIMINAIRES DE L'EXAMEN DES DONNÉES DISPONIBLES

24. La stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA se fondait sur la perspective de zéro nouvelle infection par le VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au VIH, et visait à atteindre moins de 500 000 nouvelles infections par le VIH et décès liés au VIH d'ici 2020, et à éliminer la discrimination liée au VIH.

25. La stratégie est alignée sur l'agenda 2030 et ses objectifs ont servi de base aux engagements pris par les États membres dans la déclaration politique de 2016 sur le VIH et le SIDA. Les orientations stratégiques, ainsi que les huit domaines de résultats de la stratégie, couvrent un large éventail d'interventions fondées sur des données probantes, centrées sur les personnes et fondées sur les droits, dans des domaines et des partenariats multisectoriels (gouvernements, société civile, secteur privé, communauté scientifique, universités, fondations et autorités locales).
26. La stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA a été largement utilisée par les pays, les communautés et les partenaires pour faire progresser la réponse mondiale au VIH. La stratégie a identifié les questions et les approches prioritaires en matière de réponse mondiale au VIH, a fourni une feuille de route pour guider les actions nécessaires à l'avancée des progrès et a rallié le monde autour d'objectifs ambitieux mais réalisables. Une grande partie des progrès a été rendue possible grâce au soutien apporté par le Programme commun aux pays, notamment au niveau de la coordination des investissements dans la réponse au VIH de partenaires tels que le Fonds mondial et le PEPFAR, et l'augmentation des investissements nationaux dans la réponse au VIH.
27. Toutefois, les résultats ont été inégaux entre les pays et au sein de ces derniers, et un grand nombre des objectifs de 2020 ne seront pas atteints malgré les progrès remarquables enregistrés dans certains pays. Il existe des disparités importantes dans la disponibilité et l'utilisation des services liés au VIH, tant sur le plan géographique que par sous-population. Les lacunes dans la fourniture d'un ensemble complet de services sont souvent les plus importantes pour les personnes qui en ont le plus besoin. Il existe des différences majeures dans les environnements juridiques et politiques ainsi que d'autres facteurs sociaux et structurels qui aident ou entravent les réponses nationales au VIH.

Un aperçu de la stratégie 2016-2020

La stratégie de l'ONUSIDA 2016-2020 est basée sur un objectif de zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida. Il visait à atteindre d'ici 2020 :

- **Moins de 500 000 nouvelles infections au VIH**
- **Moins de 500 000 décès liés au sida**
- **Élimination de la discrimination liée au sida**

Les huit domaines de résultats de la stratégie sont alignés sur l'**Agenda 2030** et organisés autour des cinq **Objectifs de Développement Durable** qui sont les plus pertinents pour la riposte au sida. Il n'y a pas de différence substantielle entre les 10 cibles de la Stratégie de l'ONUSIDA et les cibles de la Déclaration politique de 2016. La mise en œuvre de la stratégie de l'ONUSIDA contribue donc directement aux objectifs de la Déclaration politique.



Domaine de résultat 1 : Les enfants, les adolescents et les adultes vivant avec le VIH ont accès au dépistage, connaissent leur statut et se voient immédiatement offrir et bénéficier d'un traitement de qualité abordable.

Domaine de résultat 2 : Les nouvelles infections au VIH chez les enfants sont éliminées et la santé et le bien-être de leur mère sont préservés



Domaine de résultat 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 résultat 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.



Domaine de résultat 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.

Domaine de résultat 6 : Les lois, politiques et pratiques punitives, la stigmatisation et la discrimination qui entravent l'efficacité des ripostes au VIH sont supprimées.



Domaine de résultat 7 : La riposte au sida est entièrement financée et mise en œuvre efficacement sur la base d'informations stratégiques fiables.

Domaine de résultat 8 : Des services liés au VIH et de santé centrés sur les populations sont intégrés dans le contexte de systèmes de santé renforcés.]

Principaux accomplissements

28. Des progrès impressionnants ont été accomplis dans la réalisation des objectifs de dépistage et de traitement 90-90-90 - une réalisation majeure dans la mise en œuvre de la stratégie. Près de 4 personnes sur 5 (79 %) vivant avec le VIH connaissaient leur statut fin 2018, 78 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissaient leur statut étaient sous traitement, et 86 % des personnes sous traitement ont bénéficié d'une suppression virale.
29. Ces réalisations reflètent l'augmentation constante du nombre de personnes qui reçoivent une thérapie antirétrovirale. On estime que 24,5 millions [21,5 millions - 25,5 millions] de personnes vivant avec le VIH étaient sous traitement dans le monde à la

mi-2019. Les 770 000 [570 000 - 1,1 million] personnes qui sont mortes de maladies liées au VIH en 2018 ont été moins nombreuses qu'à n'importe quel moment depuis 1994, bien que le nombre de décès soit encore trop élevé pour atteindre l'objectif de la stratégie de 500 000 décès d'ici fin 2020.

30. L'objectif 90-90-90 guide les pays pour combler les lacunes dans la cascade de services allant du dépistage du VIH à la confirmation du diagnostic de séropositivité, en passant par l'initiation d'une thérapie antirétrovirale, et l'obtention et le maintien de la suppression virale nécessaire pour améliorer les résultats de santé pour l'individu et aider à prévenir une plus grande propagation du virus. Si tous les aspects de cet objectif sont atteints, au moins 73 % des personnes vivant avec le VIH dans un pays atteindront la suppression virale. En 2018, quinze pays¹ avaient atteint l'objectif de 90-90-90, dont trois pays dans lesquels la charge du VIH est importante : le Botswana, Eswatini et la Namibie. En 2018, au moins 60 % des personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'une suppression virale dans six autres pays où l'épidémie est importante.² Au total, 19 pays ont atteint le premier critère 90, c'est-à-dire que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut.
31. Parmi les femmes vivant avec le VIH, 84 % connaissent leur statut, 68 % ont accès à un traitement et 59 % ont atteint la suppression virale, tandis que parmi les hommes vivant avec le VIH, 75 % connaissent leur statut, 55 % ont accès à une thérapie antirétrovirale et 47 % ont atteint la suppression virale. Les chiffres sont plus élevés pour les femmes, en grande partie grâce au succès des efforts de PTME. Le faible taux de couverture des traitements et de suppression virale chez les hommes représente un facteur de transmission continue du VIH, y compris chez les adolescentes et les jeunes femmes. Il existe toutefois de grandes variations régionales. En Afrique occidentale et centrale, seuls 40 % des hommes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement contre 61 % des femmes séropositives. La couverture de traitement des hommes différait d'au moins 10 % en Asie et dans le Pacifique, dans les Caraïbes, en Afrique orientale et australe, en Europe orientale et en Asie centrale.
32. Les pays se sont engagés à éliminer toutes les nouvelles infections par le VIH chez les enfants d'ici 2020. On estime que 1,5 million de nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont été évitées entre 2010 et 2018. Des tests plus poussés et une offre plus large de traitements antirétroviraux efficaces aux femmes enceintes vivant avec le VIH (82%) ont permis de progresser vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de mieux protéger la santé et la vie des mères vivant avec le VIH. La proportion de femmes enceintes vivant avec le VIH qui reçoivent des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission verticale est passée de 44 % [33-54 %] dans le monde en 2010 à 80 % [62->95 %] en 2018. Les progrès les plus marquants ont été ceux liés à la mise en place de programmes performants dans de nombreux pays d'Afrique orientale et australe, où 92 % [69->95 %] de toutes les femmes enceintes séropositives ont reçu une thérapie antirétrovirale en 2018. Cependant, depuis 2015, les progrès réalisés dans la prévention de la transmission verticale du VIH ainsi que dans la prévention des nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer ont ralenti. Entre 2010 et 2016, le nombre de nouvelles infections infantiles a diminué de plus de 10 % par an, alors qu'entre 2016 et 2018, les

¹ Allemagne, Australie, Botswana, Cambodge, Danemark, Eswatini, Espagne, France, Irlande, Islande, Namibie, Pays-Bas, Rwanda, Thaïlande et Royaume-Uni.

nouvelles infections n'ont diminué que de 4 % par an. En 2018, 160 000 [110 000-260 000] enfants (<15 ans) ont été nouvellement infectés.

33. L'approche combinée de la prévention du VIH (qui comprend des interventions comportementales, biomédicales et structurelles) a permis de réduire régulièrement les infections au VIH dans divers contextes et pays.
34. Les engagements politiques destinés à faire avancer le programme de prévention du VIH ont été renforcés grâce à la Coalition mondiale pour la prévention du VIH, convoquée en 2017 par le FNUAP et le secrétariat de l'ONUSIDA, avec la participation de l'ensemble du Programme commun et des principaux partenaires stratégiques. La Coalition a aidé les pays à recadrer la prévention du VIH autour des populations prioritaires et des interventions à fort impact. Les 28 pays participants ont renouvelé leur engagement politique en faveur de la prévention et ont élaboré des objectifs nationaux ambitieux pour les piliers prioritaires pertinents de la prévention du VIH. Le Fonds mondial a aligné ses investissements en matière de prévention sur les piliers prioritaires définis par la Coalition et a fait état d'une augmentation relative des investissements dans les cinq piliers prioritaires de la prévention au fil du temps. La couverture des programmes prioritaires de prévention du VIH dans les pays participants a augmenté modérément entre 2017 et 2018, bien que des écarts importants par rapport aux objectifs de 2020 subsistent dans un contexte de manque persistant de financement et de capacité de mise en œuvre de la prévention, ainsi que d'obstacles à l'accès aux politiques et aux services qui doivent encore être levés.
35. L'utilisation du préservatif a augmenté dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne au cours de la dernière décennie, les données des enquêtes les plus récentes montrant qu'au moins 70 % des hommes ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels à haut risque, par exemple au Kenya, au Lesotho, au Malawi, en Afrique du Sud et au Zimbabwe. Néanmoins, l'utilisation médiane du préservatif par les hommes lors des derniers rapports sexuels à haut risque dans 27 pays d'Afrique subsaharienne disposant de données récentes n'était que de 59 %, loin de l'objectif mondial de 90 % à l'horizon 2020.
36. Un nombre croissant de pays fournissent une prophylaxie pré-exposition (PrEP) comme option supplémentaire de prévention du VIH pour les personnes à haut risque d'infection. Début 2019, plus de 20 pays dans le monde géraient des programmes nationaux de PrEP³ et 40 autres menaient des projets pilotes ou de démonstration. Cependant, peu de programmes nationaux fournissent une PrEP à l'échelle envisagée dans la stratégie de l'ONUSIDA et dans la déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations unies de 2016 qui a fixé un objectif de 3 millions de personnes sous PrEP chaque année, en se concentrant particulièrement sur les populations clés et les personnes à haut risque dans les milieux à forte prévalence. On estime qu'en avril 2020⁴, 500 000 personnes seulement ont pris la PrEP au moins une fois et que

³ Y compris le Brésil, le Kenya, le Lesotho et l'Afrique du Sud.

⁴Source : Global AIDS Monitoring, 2017-2020 ; amfAR : PEPFAR Monitoring, Evaluation and Reporting Database [Internet]. amfAR ; c2020 (https://mer.amfar.org/Manual/PrEP_NEW) ; Hayes R, Schmidt AJ, Pharris A, Azad Y, Brown AE, Weatherburn P et al. Estimating the « PrEP Gap » : how implementation and access to PrEP differ between countries in Europe and central Asia in 2019. *Eurosurveillance*. 2019;24(41) ; Mises à jour par pays dans : PrEPWatch [Internet]. AVAC ; c2020 (<https://www.prepwatch.org/in-practice/country-updates/>) ; et les documents par pays et les rapports de réunions (disponibles sur demande).

près de la moitié d'entre elles se trouvaient en Amérique du Nord et en Europe occidentale.⁵

37. Environ 11 millions de circoncisions médicales volontaires ont été pratiquées dans 15 pays prioritaires entre 2016 et 2018, ceci alors que l'objectif est de 25 millions d'ici 2020, dont plus de 4 millions en 2018.
38. Certains progrès ont été réalisés dans la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH, et cela plus spécialement dans les pays à forte prévalence d'Afrique orientale et australe, où les enquêtes de population montrent des niveaux plus faibles d'attitudes stigmatisantes, et des baisses dans 9 pays sur 10 disposant de données suffisantes pour suivre les tendances à long terme. Toutefois, les attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH restent extrêmement élevées dans de trop nombreux pays. Dans 26 pays disposant de données d'enquête récentes sur la population pour un indicateur composite recueilli par l'ONUSIDA, plus de la moitié des répondants ont exprimé des attitudes discriminatoires.

Progrès inégaux, lacunes et défis

39. La stratégie de l'ONUSIDA prévoit une couverture de 90 % des options de prévention combinée pour les populations clés, et les femmes et les hommes dans les milieux à forte prévalence. Les données disponibles suggèrent que les pays et les lieux où la couverture des programmes de prévention ciblés est la plus élevée ont progressé en termes de réduction de l'incidence du VIH. Cependant, fin 2018, seul un tiers environ des endroits où l'incidence du VIH est élevée disposaient de programmes de prévention du VIH destinés aux adolescentes et aux jeunes femmes, et moins de 50 % des populations clés étaient touchées par des services de prévention combinés dans plus de la moitié des pays ayant communiqué des données à l'ONUSIDA.
40. Les lacunes en matière de prévention du VIH laisseront le monde loin à la traîne de l'objectif de moins de 500 000 nouvelles infections par le VIH en 2020. À l'échelle mondiale, les nouvelles infections par le VIH n'ont diminué que de 16 % depuis 2010. Les 1,7 million de nouvelles infections (tous âges confondus) estimées en 2018 sont plusieurs fois supérieures à l'objectif de moins de 500 000 nouvelles infections fixé pour 2020.
41. Les résultats sont sensiblement inégaux entre les différents pays, régions et populations. En Afrique orientale et australe, sur la période 2019-2018, les nouvelles infections ont été réduites de 26 % (tous âges confondus). La réduction la plus importante a été celle enregistrée chez les jeunes femmes (15-24 ans) avec une diminution de 28%, dont une diminution de 13% en 2015-2018. Le leadership fort des pays et le soutien mondial, qui se traduisent par des niveaux élevés d'investissements nationaux et par les donateurs, produisent leur impact. Malgré les progrès réalisés en Afrique orientale et australe, 310 000 [190 000-4600] adolescentes et jeunes femmes [âgées de 15 à 24 ans] ont contracté le VIH dans le monde en 2018, soit bien plus que l'objectif de 100 000 d'ici 2020. Chez les femmes âgées (25 ans et plus), la réduction des nouvelles infections n'a été que de 10 % au niveau mondial entre 2010 et 2018, passant de 480 000 à 430 000, et de 19 % en Afrique orientale et australe, passant de 260 000 à 210 000.

⁵ Source : AVAC. Global PrEP Enrollee Tracker, avril 2020. <https://www.prepwatch.org/in-practice/global-prep-tracker/>

42. Dans d'autres régions, les résultats sont moins encourageants. Les nouvelles infections (tous âges confondus) en Afrique occidentale et centrale n'ont diminué que de 12 % entre 2010 et 2018, ce qui reflète les difficultés persistantes à mettre en place des services de prévention efficaces, souvent dans des circonstances difficiles. Une légère baisse des nouvelles infections par le VIH a été enregistrée en Asie et dans le Pacifique (9 %). Mais on a observé, au cours de la même période, une augmentation déconcertante du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH en Europe orientale et en Asie centrale (29 %), au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (10 %) et en Amérique latine (7 %).
43. On observe également des tendances variées au sein même des régions. En Amérique latine, par exemple, les fortes réductions des nouvelles infections par le VIH depuis 2010 au Salvador (diminution de 48 %), au Nicaragua (diminution de 29 %) et en Colombie (diminution de 22 %) sont compensées par l'augmentation des nouvelles infections par le VIH au Chili (augmentation de 34 %), dans l'État plurinational de Bolivie (augmentation de 22 %), au Brésil (augmentation de 21 %) et au Costa Rica (augmentation de 21 %).
44. Les adolescentes et les jeunes femmes (15-24 ans) continuent de représenter un nombre disproportionnellement élevé d'infections par le VIH, en particulier en Afrique subsaharienne, une disparité qui s'explique par des partenariats sexuels différents selon l'âge, une faible perception des risques liés au VIH et une faible couverture en matière de prévention et de traitement parmi les jeunes femmes et leurs partenaires masculins. Ces facteurs trouvent souvent leur origine dans l'inégalité des sexes, la violence, l'insécurité alimentaire et l'accès insuffisant à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, ainsi que dans l'absence de services de réponse au VIH chez les hommes. En 2018, environ 6 000 adolescentes et jeunes femmes dans le monde ont contracté le VIH chaque semaine, ce qui représente 310 000 (60 %) des 510 000 nouvelles infections par le VIH estimées dans cette tranche d'âge.
45. De grandes lacunes dans les connaissances sur le statut VIH, ainsi que dans la couverture des thérapies antirétrovirales chez les hommes et les jeunes vivant avec le VIH, contribuent aux infections par le VIH chez les femmes. En raison des normes sexospécifiques néfastes, des mauvais comportements en matière de santé et de l'interaction relativement moins fréquente des hommes avec le système de santé par rapport aux femmes, les hommes affichent des délais plus longs entre l'infection et le diagnostic, le début du traitement est plus tardif et les taux de suppression virale sont plus faibles. Cette situation mène, à son tour, à de moins bons résultats cliniques et à une plus grande probabilité de décès de causes liées au VIH chez les hommes, ainsi qu'un risque accru de transmission du VIH aux partenaires sexuelles. La circoncision médicale volontaire de l'homme (CMV) constitue potentiellement un point d'entrée pour offrir aux hommes et aux garçons des programmes sanitaires plus larges et plus appropriés pour améliorer leurs résultats de santé et qui peuvent aussi, indirectement, profiter aux femmes et aux filles. Les efforts spécifiques déployés pour atteindre les hommes par le biais de campagnes de sensibilisation sur le lieu de travail et dans la communauté ont eu des résultats mitigés.
46. Les efforts de prévention du VIH laissent trop souvent pour compte les personnes les plus exposées. Et cela entraîne un glissement important au niveau de l'épidémie mondiale de VIH. Ce glissement se traduit par une proportion plus importante des nouvelles infections parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels. Ces populations sont généralement marginalisées socialement et visées par des lois et des pratiques punitives, ce qui les expose à un risque élevé d'infection par le VIH et à d'autres menaces pour la santé. En 2018, les populations clés - y compris les

personnes qui s'injectent des drogues, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnel(le)s du sexe et les détenus, et leurs partenaires sexuels, représentaient plus de la moitié (54%) des nouvelles infections à l'échelle mondiale.

47. Les progrès réalisés pour garantir l'accès des populations clés à la prévention combinée ont considérablement varié en fonction de la population et du pays. Certains pays⁶ ont déclaré avoir atteint l'objectif de 90 % d'accès à des services de prévention appropriés pour au moins une population clé. Dans d'autres⁷, moins de 10 % au moins d'une population clé avait accès à de multiples services de prévention. Dans l'ensemble, moins de 50 % des populations clés ont bénéficié de services de prévention combinée dans plus de la moitié des pays qui ont communiqué des données à l'ONUSIDA en 2018. Dans 28 pays représentant 75 % des nouvelles infections, 47 % en moyenne des professionnels du sexe ont bénéficié de services de prévention du VIH en 2018 et seulement un tiers des homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des personnes qui s'injectent des drogues. La couverture de la distribution de seringues et des traitements de substitution aux opiacés reste faible dans la plupart des 54 pays qui ont communiqué des données pour ces deux indicateurs à l'ONUSIDA au cours des dernières années.
48. Certains pays ne communiquent pas de données sur les indicateurs de prévention du VIH dans la population clé et de nombreux pays laissent de côté certaines populations clés, notamment les femmes transsexuelles. La qualité variable des estimations de la taille des populations clés d'un pays à l'autre ajoute une incertitude aux mesures de couverture des services pour ces populations, et il existe une préoccupation constante concernant les estimations de taille sous-estimées, et donc la couverture surestimée. Il est essentiel de disposer de données plus précises et plus récentes pour faciliter l'extension du programme.
49. Les comportements discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH restent élevés dans un trop grand nombre de pays, y compris dans les établissements de soins de santé, et certains éléments structurels et sociaux favorisent la stigmatisation et la discrimination. La criminalisation de la transmission du VIH, de la non-divulgation de la séropositivité ou de l'exposition à l'infection par le VIH était encore signalée dans 86 pays et juridictions en 2018, malgré les preuves qu'elle ne présente aucun avantage pour la santé publique⁸, qu'elle peut entraîner des erreurs judiciaires, qu'elle perpétue la stigmatisation et qu'elle constitue un obstacle à une réponse efficace au VIH⁹. 48 pays ont encore mis en place une forme de restriction de voyage pour les personnes vivant avec le VIH.
50. Les populations clés continuent d'être confrontées à des niveaux élevés de criminalisation. En 2018, 67 pays criminalisaient encore l'activité sexuelle entre les personnes du même sexe. Seuls 7 pays déclarent ne pas criminaliser la possession de drogues pour usage personnel et seuls 23 pays déclarent ne pas avoir de lois

⁶ Par exemple, l'Arménie, la Côte d'Ivoire et Singapour.

⁷ Par exemple, l'Algérie, le Bangladesh, la Dominique, la République démocratique populaire lao, la Malaisie, le Pakistan, le Sénégal, le Sri Lanka, la Tunisie et l'Ouganda.

⁸ Commission mondiale sur le VIH et le droit. Risques, droits et santé : supplément. New York : PNUD ; juillet 2018 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2019/11/Hiv-and-the-Law-supplement_EN.pdf).

⁹ Consensus d'experts sur la science du VIH dans le contexte du droit pénal. [J Int AIDS Soc](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6058263/). 2018 Jul; 21(7): e25161 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6058263/>)

criminalisant certains aspects du commerce du sexe. 17 pays criminalisent encore la diversité sexospécifique. Au cours des dernières années, alors qu'il y a eu un certain mouvement en ce qui concerne la suppression des lois criminalisant l'activité sexuelle entre personnes du même sexe, il y a eu un mouvement minime en ce qui concerne la décriminalisation de la drogue ou la suppression des lois criminalisant le travail du sexe.

51. Dans de nombreux pays, les personnes qui ont le plus besoin de services liés au VIH continuent de se voir refuser l'accès aux soins de santé, à l'emploi, au logement et à la protection sociale et sont victimes de discrimination de la part de leur famille, de leur communauté, de leur employeur, des enseignants, des travailleurs de la santé, de la police, des procureurs et des juges en raison de leur séropositivité et/ou parce qu'elles sont soupçonnées d'être des professionnel(le)s du sexe, des personnes qui s'injectent des drogues ou des lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexuels (LGBTI). En 2019, les autorités nationales de 128 des 195 pays ayant répondu ont déclaré qu'elles menaient des politiques exigeant des établissements de santé qu'ils fournissent des soins de santé de qualité en temps utile, sans discrimination aucune, mais 42 d'entre eux ont admis que ces politiques n'étaient pas appliquées de manière cohérente (les organisations de la société civile ont indiqué que 77 pays n'avaient pas mis en œuvre ces politiques).
52. En 2018, on estime à 770 000 le nombre de décès liés au VIH. Les progrès réalisés dans la réduction des décès liés au VIH varient également d'une région à l'autre. L'Afrique orientale et australe (qui abrite plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde) a réduit les décès liés au VIH (tous âges confondus) de 44 % en 2010-2018, et l'Afrique occidentale et centrale a atteint une réduction de 30 %. En revanche, les décès liés au VIH en Europe orientale et en Asie centrale ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ont augmenté de 5 % et 9 %, respectivement, au cours de cette même période. La tuberculose reste la principale cause de décès chez les personnes vivant avec le VIH. La déclaration politique de 2016 a fixé comme objectif de réduire de 75 % les décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH (par rapport à la base de référence de 2010). On estime à 250 000 [220 000-280 000] le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH en 2018. Les décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH ont diminué de 52 % entre 2010 (contre 520 000 selon les estimations) et 2018.
53. Malgré les progrès impressionnants accomplis dans la réalisation des objectifs 90-90-90, des lacunes doivent encore être comblées dans certaines régions et certains pays.
54. **Connaissance de la séropositivité au VIH.** En 2018, huit millions (21 %) de personnes vivant avec le VIH ne connaissaient pas leur statut sérologique et ne recevaient pas de thérapie antirétrovirale. Le chiffre mondial dissimule toutefois des différences entre les régions. Alors qu'en 2018, 85 % des personnes vivant avec le VIH en Afrique orientale et australe¹⁰ et 80 % de celles d'Amérique latine connaissaient leur statut VIH, seuls 64 % de leurs pairs en Afrique occidentale et centrale et 47 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord savaient qu'ils vivaient avec le VIH. Dans toutes les régions, les hommes vivant avec le VIH sont moins susceptibles que les femmes de connaître leur statut sérologique. Les données sur la connaissance du statut VIH parmi les populations clés vivant avec le VIH ne sont pas largement disponibles.

¹⁰ En Afrique du Sud, au Botswana, au Malawi, en Namibie, au Rwanda et au Zimbabwe, plus de 9 personnes sur 10 vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique.

55. **Traitement.** En dépit de l'intensification massive du dépistage et du traitement du VIH, fin 2018, 14,6 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde (38 %) n'avaient pas accès à un traitement contre le VIH, y compris 56 % d'enfants (bien que cela représente une amélioration par rapport à l'écart de traitement de 52 % en 2015). Cette lacune dans le traitement entraîne la poursuite des décès dus aux maladies liées au VIH, dont 770 000 décès en 2018, dont un tiers (251 000) liés à la tuberculose. Dans toutes les régions, l'écart de traitement est plus important pour les hommes. L'accès au traitement varie également selon les populations clés et les régions. Les lois punitives, la stigmatisation sociale et la discrimination structurelle empêchent souvent les populations clés d'accéder aux services de dépistage et de traitement du VIH dont elles ont besoin. Dans les contextes humanitaires, le déficit de traitement reste important : 54 % de l'ensemble des adultes, 43 % des femmes enceintes, 65 % des enfants et 79 % des adolescents vivant avec le VIH n'ont pas accès au traitement. Les variations dans la couverture mettent en évidence le travail important des groupes communautaires et d'autres organisations de la société civile pour surmonter les obstacles à l'accès aux services.
56. **Suppression virale.** En 2018, les écarts au niveau de la cascade des tests et des traitements du VIH et le manque d'accès aux tests de charge virale ont finalement laissé environ 18 millions (47 %) de personnes vivant avec le VIH dans le monde avec une charge virale non supprimée ou inconnue. L'écart en matière de suppression virale était encore plus important dans les Caraïbes, en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi qu'en Afrique occidentale et centrale. Les taux de suppression virale sont également beaucoup plus faibles chez les hommes que chez les femmes et plus faibles chez les enfants et les adolescents que chez les adultes. Les pays doivent optimiser la combinaison de leurs services de dépistage du VIH pour atteindre les populations et les lieux actuellement laissés pour compte. Il est urgent d'investir dans des services complets afin de favoriser l'établissement de liens avec les soins et leur maintien, ainsi que la suppression durable de la charge virale, notamment par l'optimisation des schémas de traitement antirétroviral pour les adultes et les enfants, la formation au traitement, le soutien alimentaire et nutritionnel, la distribution communautaire de médicaments antirétroviraux, la distribution sur plusieurs mois, les clubs d'observance thérapeutique, les tests de charge virale, ainsi que le passage à des schémas de deuxième et troisième lignes après un échec thérapeutique confirmé.
57. Les progrès vers l'élimination des nouvelles infections par le VIH chez les enfants ont également été inégaux et ont stagné ces dernières années. Entre 2010 et 2015, la diminution annuelle moyenne des nouvelles infections par le VIH chez les enfants a été de 6,7 %, alors qu'entre 2015 et 2018, cette diminution annuelle moyenne n'a été que de 3,8 %. Plusieurs pays ont réduit les nouvelles infections chez les enfants d'au moins 65 % entre 2010 et 2018, mais les progrès sont actuellement au point mort.¹¹ Dans certains pays¹², le nombre annuel d'enfants nouvellement infectés par le VIH a augmenté depuis 2010.
58. Sur les 160 000 nouvelles infections infantiles de 2018, 44 % se sont produites dans cinq pays : Kenya, Mozambique, Nigeria, Afrique du Sud et Tanzanie. Les occasions manquées de prévenir ces infections varient selon les pays. Au Nigeria, la majorité des nouvelles infections est survenue parce que les femmes enceintes ou allaitantes

¹¹ Par exemple, le Botswana, le Cambodge, le Malawi, la Malaisie, la Namibie, le Nicaragua, le Portugal, le Rwanda, la Thaïlande, l'Ouganda et le Zimbabwe.

¹² Par exemple, l'Angola, l'Indonésie, Madagascar et le Pakistan.

vivant avec le VIH n'ont pas été contactées par les services liés au VIH. Pour le Kenya, le Mozambique et la Tanzanie, la plupart des nouvelles infections ont été dues au fait que les femmes enceintes et allaitantes n'étaient pas maintenues sous traitement, ou que les femmes connaissaient une séroconversion pendant la grossesse et l'allaitement. Si les femmes enceintes et allaitantes ne bénéficient pas de services liés au VIH, il est peu probable que leurs enfants bénéficient d'un diagnostic précoce. En 2018, la couverture mondiale des diagnostics précoces des nourrissons de 2 mois n'était que de 59 %. En outre, la lenteur des progrès en matière de prévention du VIH et des grossesses non désirées chez les adolescentes et les jeunes femmes a entravé encore plus l'élimination des nouvelles infections chez les enfants. En 2018, 310 000 [190 000-460 000] adolescentes et jeunes femmes (âgées de 10 à 15 ans) ont contracté le VIH, soit plus de trois fois l'objectif de moins de 100 000 fixé pour 2020.

59. La couverture des traitements chez les enfants vivant avec le VIH augmente moins vite que chez les adultes. En 2018, les 940 000 [820 000 - 970 000] enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral dans le monde étaient presque deux fois plus nombreux que ceux sous traitement en 2010, mais on était encore bien loin de l'objectif fixé pour 2018. La couverture des traitements pédiatriques reste bloquée à un niveau inacceptablement bas, avec une couverture des traitements de 54 % seulement en 2018. En 2018, moins de 30 000 enfants de plus qu'en 2015 bénéficiaient d'un traitement antirétroviral. En 2018, 790 000 enfants vivaient avec le VIH sans recevoir de thérapie antirétrovirale. La plupart de ces enfants (480 000) a 5 ans ou plus et est moins susceptible d'être atteinte sans effort particulier, notamment un dépistage par les parents, une action de sensibilisation ciblée organisée par les communautés ou les tests à domicile, ou si un accent particulier n'est pas mis sur certains centres sanitaires dans lesquels les enfants séropositifs peuvent être des enfants hospitalisés ou des enfants présentant des retards de développement.
60. La disponibilité insuffisante et l'utilisation sous-optimale des ressources financières menacent les progrès durement acquis. Les investissements internationaux et nationaux dans la réponse au VIH ne reflètent pas encore les engagements mondiaux. En 2018, les ressources disponibles pour la réponse au VIH dans les pays à faibles et moyens revenus s'élevaient à quelque 19 milliards de dollars, soit environ 900 millions de dollars de moins qu'en 2017. Les dépenses nationales, qui ont considérablement augmenté depuis 2010, représentaient quelque 10,7 milliards de dollars sur ce total. Les investissements sont inférieurs aux 26 milliards de dollars US annuels estimés nécessaires en 2020, comme le stipule la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le SIDA. Les quatre régions accusant la plus grande part du déficit de ressources mondiales sont l'Afrique occidentale et centrale, l'Asie et le Pacifique, l'Europe orientale et l'Asie centrale, et l'Amérique latine.
61. L'année 2020 constitue aussi la date limite pour la réalisation des objectifs convenus dans la Déclaration politique de 2020 sur le VIH et le SIDA. 2020 est aussi une année pleine de nouveaux défis majeurs, notamment ceux liés à la pandémie de COVID-19, qui, à bien des égards, rappelle les premiers jours de l'épidémie de VIH, lorsque le monde s'efforçait de comprendre et de combattre un nouveau virus mortel. Comme pour le VIH, la pandémie de COVID-19 met en évidence les inégalités en matière de santé, les faiblesses des systèmes sanitaires et l'insuffisance des mesures prises pour lutter contre les facteurs sociaux, économiques et structurels qui alimentent l'épidémie et freinent les réponses efficaces.
62. On commence tout doucement à comprendre les interactions potentielles entre le VIH et le COVID-19, mais on a déjà des raisons valables de s'inquiéter sérieusement de

l'interruption des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH - et de l'impact invalidant que cela aura sur la réponse mondiale au VIH.

63. La stratégie actuelle de l'ONUSIDA reconnaît la nécessité d'inclure le VIH dans la préparation et la réponse aux situations d'urgence, et d'atteindre les communautés fragiles dans les situations humanitaires. En 2016, une personne vivant avec le VIH sur quatorze était concernée par une telle situation. Les situations de fragilité, telles que les conflits, les catastrophes naturelles et les épidémies, interrompent les chaînes d'approvisionnement en produits de prévention et de traitement ; limitent des services de santé publique souvent déjà sous-optimaux par la perte ou l'absence de personnel et d'infrastructures, et séparent les personnes de leurs soignants et de leurs fournitures ; augmentent l'insécurité économique des individus et des ménages, d'où la nécessité de stratégies d'adaptation pouvant inclure des comportements à risque plus importants ; augmentent l'insécurité alimentaire ; et augmentent la violence, notamment la violence sexuelle, la violence sexiste et la violence sexuelle liée aux conflits.
64. Une modélisation récente réalisée par un consortium de modélisateurs avec la contribution de l'OMS et de l'ONUSIDA donne un aperçu de l'impact d'une interruption de six mois de la TARV, qui menace de doubler le nombre de décès liés au VIH en Afrique subsaharienne en un an seulement, en ajoutant 500 000 décès supplémentaires en 2020-2021. Cette situation nous ramènerait à celle de 2008, lorsque le déploiement du TARV était encore en pleine expansion et que près d'un million de personnes dans cette région sont mortes de maladies liées au VIH.¹³
65. L'impact de la pandémie de COVID-19 pourrait avoir des impacts sévères sur de nombreuses populations vulnérables et les populations les plus affectées par le VIH. Les politiques de confinement ont accru la violence sexiste envers les femmes. Les détenus et les personnes vivant dans d'autres milieux fermés, une population pour laquelle la distanciation physique est impossible, sont également exposés à un risque accru de VIH, de tuberculose et de COVID-19 en raison de la surpopulation et d'autres conditions carcérales. Les migrants et les réfugiés peuvent être confinés dans des camps et des installations, ou vivre dans des taudis urbains surpeuplés, avec de mauvaises conditions sanitaires et des services de santé surchargés ou inaccessibles. Ces liens doivent être mieux compris à mesure que nous progressons dans la planification de la prochaine stratégie de l'ONUSIDA. Une plus grande collaboration avec le système humanitaire est nécessaire car les impacts de la pandémie déstabilisent encore plus les contextes fragiles, et en créent de nouveaux.
66. Dans la réponse à l'épidémie de VIH, les politiques et les services multisectoriels, fondés sur les droits et dirigés par les communautés ont été au cœur de nos avancées les plus importantes en matière de prévention des nouvelles infections et de traitement et de maintien des personnes sous traitement. La réponse au VIH nous a appris que l'engagement et l'autonomisation des communautés, ainsi que la promotion des droits de l'homme et de l'égalité des sexes sont essentiels au succès. Le principe de la participation accrue des personnes vivant avec le VIH (GIPA) a été une caractéristique de la réponse au VIH. Les communautés ont un rôle vital à jouer dans la réponse au COVID-19 et les autorités de santé publique doivent les engager et leur donner les

¹³ Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al for the HIV Modelling consortium, Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Préimpression, <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>, <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279932.v1>.

moyens de participer pleinement à la réponse. La lutte contre le VIH nous a également appris que nous avons besoin d'une volonté politique et de systèmes de santé solides pour garantir un accès équitable aux technologies de la santé, notamment aux diagnostics, aux traitements et aux vaccins. Il en va de même pour le COVID-19.

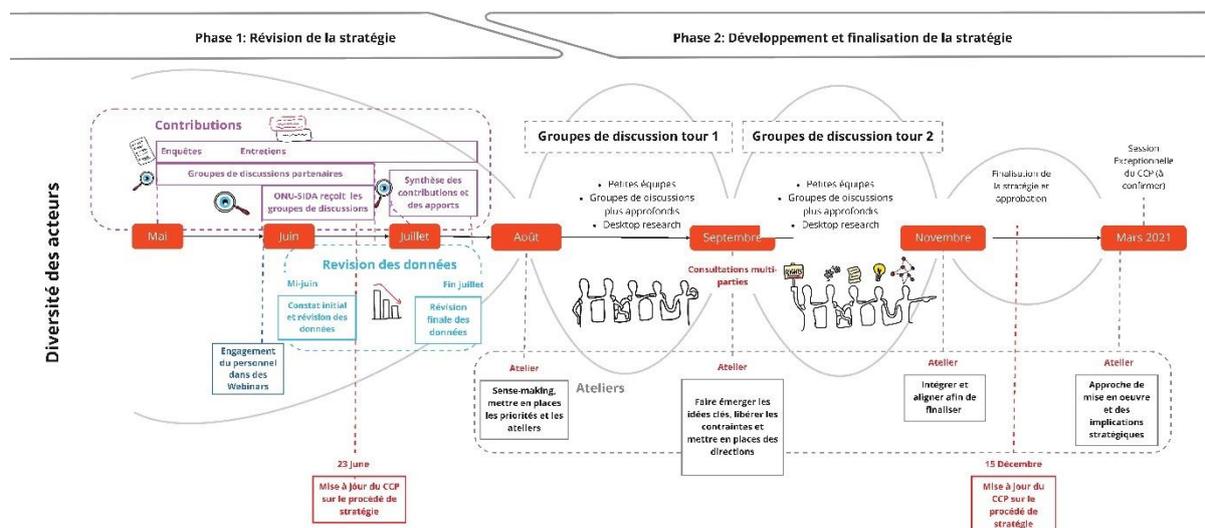
IV. LA PROCHAINE PHASE DU PROCESSUS

67. Afin de pouvoir préparer la prochaine phase de la réponse au VIH, il est nécessaire de mieux comprendre les facteurs clés qui ont conduit au succès de la mise en œuvre de la stratégie de l'ONUSIDA ainsi que les facteurs qui ont entravé les progrès. Il est important de mieux comprendre comment mieux exploiter l'impact du Programme commun dans un environnement de partenaires et de ressources en mutation et comment la stratégie post-2021 peut fournir des orientations pour les stratégies des autres parties prenantes au VIH, notamment le Fonds mondial, les partenaires bilatéraux et les stratégies et cadres des organisations de coparrainage. Il est également important d'évaluer les impacts précoces de la crise du COVID-19 et d'examiner les implications d'autres chocs imprévisibles (tels que d'autres maladies infectieuses émergentes, des catastrophes naturelles ou des urgences humanitaires) sur la réponse au VIH.
68. La prochaine phase de l'examen de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA, de sa mise en œuvre et des résultats obtenus (de juin à septembre 2020) identifiera et explorera plus en profondeur les questions clés afin de mieux comprendre quels ont été les facteurs de progrès et quels ont été les obstacles. L'examen évaluera ce qui doit changer pour obtenir des résultats, notamment pour les populations laissées pour compte et pour que le monde atteigne l'objectif de l'ODD qui consiste à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique, et ce, à l'horizon 2030.

Éléments de base pour la planification de la prochaine phase de la réponse au VIH

69. L'examen de la stratégie s'appuiera sur diverses sources et rassemblera différents processus qui apporteront des éclairages et des perspectives importants pour la planification de la prochaine phase de la réponse au VIH au-delà de 2021 et l'élaboration de la stratégie de l'ONUSIDA.

RÉVISION DE LA STRATÉGIE PARTICIPATIVE ONU-SIDA ET PROCÉDÉ DE DÉVELOPPEMENT



Examen des données

70. Dans cette deuxième phase, l'ONUSIDA achèvera l'examen et l'analyse des données de la stratégie d'ici fin juillet 2020. Cet examen et cette analyse des données serviront de cadre aux discussions visant à finaliser la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021.

Rapport de suivi des résultats de l'ONUSIDA (2018-2019)

71. L'examen de la stratégie s'appuiera également sur les données et les analyses figurant dans les quatre rapports de suivi des performances de l'ONUSIDA (2018-2019) présentés à la 46e réunion du CCP en juin 2020.

Groupe consultatif d'ONUSIDA (UAG)

72. S'appuyant sur la première réunion du groupe consultatif d'ONUSIDA (UAG) en février 2020, l'UAG et ses sous-groupes de travail continueront à apporter leur contribution et leur soutien au processus stratégique. Les groupes de discussion de l'UAG, qui seront ouverts à la participation d'autres membres de l'UAG, se réuniront en ligne pendant cette période pour explorer les questions prioritaires relatives au processus d'examen et d'élaboration de la stratégie. Les résultats de ces consultations seront soigneusement documentés et diffusés avant les consultations multipartites de septembre 2020. En outre, les membres de l'UAG seront sollicités pour participer à des entretiens avec les parties prenantes et à des discussions de groupe.

Larges consultations

73. L'examen basé sur les données sera complété par des consultations supplémentaires parmi les parties prenantes de l'ONUSIDA, via des enquêtes, des entretiens, des discussions de groupe et des ateliers qui seront répétés tout au long du processus d'élaboration de la stratégie. Les consultations porteront sur les priorités stratégiques ainsi que sur la mise en œuvre et l'opérationnalisation de la stratégie.

Consultation multipartite

74. Les résultats de l'analyse des données et les conclusions des consultations seront synthétisés et présentés lors d'une réunion multipartite en septembre 2020.

Évaluation indépendante de la réponse du système des Nations unies au SIDA en 2016-2019

75. L'examen de la stratégie et la planification de la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021 s'appuieront sur les conclusions et les recommandations de l'évaluation indépendante de la réponse du système des Nations Unies au SIDA en 2016-2019 ainsi que sur la réponse de l'ONUSIDA en termes de gestion de ces résultats. L'évaluation a été commandée par le bureau d'évaluation de l'ONUSIDA et a été réalisée par une équipe d'évaluation indépendante, ITAD Limited, du mois d'août 2019 au mois de mars 2020. Elle s'est concentrée sur la contribution du programme commun des Nations Unies aux buts et objectifs de la stratégie ONUSIDA 2016-2021. Le rapport d'évaluation sera présenté au CCP en décembre 2020, simultanément à la réponse de la direction.

Identification des objectifs pour 2025

76. L'ONUSIDA dirige un processus visant à définir des objectifs actualisés en matière de VIH et à estimer les besoins en termes de ressources. Ce processus comprend de nouveaux éléments sur les facilitateurs sociaux, l'intégration des services et les innovations. Les résultats doivent servir comme composantes clés de la prochaine stratégie de l'ONUSIDA, d'une réunion de haut niveau sur le SIDA, des futures reconstitutions du Fonds mondial et de l'élaboration de la stratégie, des objectifs de l'Organisation mondiale de la santé pour le secteur de la santé, de la fixation d'objectifs nationaux, ainsi que de la planification stratégique et de la prise de décision des principaux partenaires mondiaux. Ce processus alimentera la planification de la prochaine stratégie de l'ONUSIDA.

Implications de la réponse au COVID-19

77. La réponse multisectorielle au VIH a permis de tirer de nombreux enseignements qui sont pertinents pour la réponse actuelle à la pandémie de COVID-19. Dans le même temps, la pandémie COVID-19 perturbe les services de santé essentiels, y compris les services liés au VIH, et pose des problèmes sanitaires, sociaux et économiques considérables. Dans certains cas, cependant, cela a conduit à une mise en œuvre rapide de recommandations de longue date en faveur d'une prestation de services différenciée et d'innovations dirigées par la communauté. La pandémie a des implications importantes - et potentiellement aussi des enseignements - sur la réponse au VIH. L'ONUSIDA les examinera au cours de la prochaine phase d'examen et de planification de la stratégie.

V. CONCLUSION

78. L'ONUSIDA a répondu à la demande du CCP de revoir la stratégie actuelle de l'ONUSIDA, ainsi que sa mise en œuvre et ses résultats, en lançant des consultations stratégiques accompagnées d'enquêtes, d'entretiens et de discussions de groupe avec divers groupes de parties prenantes et en démarrant un examen des données de la stratégie actuelle.

79. L'examen initial des données disponibles montre que la stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA a servi de feuille de route et d'inspiration dans la réponse mondiale au VIH. L'examen rapide indique que lorsque les parties prenantes ont fait preuve de volonté politique et pris des mesures concertées et coordonnées, des succès majeurs ont été obtenus. Toutefois, les données montrent également qu'il existe plusieurs goulets d'étranglement dans la mise en œuvre de la stratégie et que la plupart des objectifs ne seront pas atteints d'ici fin 2020. Une analyse approfondie est nécessaire pour comprendre pleinement ce qui a bien fonctionné et pourquoi, ce qui a représenté des obstacles au progrès et ce qui doit changer alors que nous traçons la voie vers la prochaine étape de la réponse au VIH, au-delà de 2021.
80. À l'approche de l'échéance des objectifs de 2020, le monde est confronté à une nouvelle menace sanitaire, sociale et économique : la COVID-19. Le Programme commun de l'ONUSIDA, ainsi que les États membres des Nations unies, les organisations de la société civile travaillant sur le VIH, les groupes communautaires et d'autres parties prenantes de l'ONUSIDA, sont tous engagés dans la réponse au COVID-19 à tous les niveaux. Ce contexte a compliqué la tenue d'une consultation significative avec les parties prenantes au cours de la première phase de l'examen de la stratégie et a rendu difficile l'accès aux personnes les plus affectées par le VIH et/ou la COVID-19.
81. Compte tenu du contexte actuel et du calendrier serré des consultations, il est proposé que le CCP demande au Directeur exécutif de prolonger la période d'examen de la Stratégie au-delà de juin 2020, de prévoir une consultation multipartite au plus tard en septembre 2020 et la remise d'une mise à jour au CCP en décembre 2020 ainsi que d'étudier la possibilité de tenir une session spéciale du CCP en mars 2021 pour envisager l'adoption de la Stratégie au-delà de 2021. Ce nouveau calendrier étendu permettra un engagement total de toutes les parties prenantes dans l'élaboration de la stratégie qui orientera la prochaine phase de la réponse mondiale au VIH et servira de guide à l'élaboration des stratégies des pays, des coparrainants de l'ONUSIDA, des agences bilatérales et des partenaires tels que le Fonds mondial.

POINTS DE DÉCISION PROPOSÉS

82. Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :
- *Rappelant* les décisions 3.1 et 3.2 de la 45e réunion du CCP, *prendre note* de la mise à jour des progrès réalisés UNAIDS/PCB (46)/20.7 ;
 - *Demande au Directeur exécutif de :*
 - présenter les résultats de l'examen complet de la stratégie actuelle de l'ONUSIDA (2016-2021) et les implications pour les priorités stratégiques au-delà de 2021 pour examen par la consultation multipartite au plus tard en septembre 2020 ;
 - présenter à la 47e réunion du CCP, en décembre 2020, un rapport d'avancement sur le processus visant à garantir que la stratégie de l'ONUSIDA reste ambitieuse, visionnaire et fondée sur des données probantes au-delà de 2021 ;
 - présenter à une session spéciale du CCP, au plus tard en mars 2021, la stratégie de l'ONUSIDA au-delà de 2021 ;

[Fin de document]