

Conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de **LUTTE CONTRE LE SIDA 2021-2026**

Documents supplémentaires pour ce point : n/a

Mesure requise lors de cette réunion — le Conseil de coordination du Programme est invité à :

- *Prendre note* du rapport sur les conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (UNAIDS/PCB (55)/24.28) ;
- Sur la base des conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, de l'état d'avancement du processus de définition des objectifs pour 2030 et de l'examen en cours du modèle opérationnel du Programme commun, *demander* à la Directrice exécutive de :
 - *Présenter* l'ébauche annotée de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031, élaborée dans le cadre d'un processus consultatif multipartite, pour examen par le CCP lors de sa 56e réunion en juin 2025 ;
 - *Présenter* le plan de travail et le budget transitoires d'un an de l'UBRAF pour 2026, dans le cadre de l'UBRAF actuel, lors de la 56e réunion du CCP ;
 - Rappelant le point de décision 7.5 de la 50e réunion du CCP, *établir* un groupe de travail pour le développement du prochain UBRAF qui devra être opérationnel d'ici septembre 2025 ; et
- Rappelant le point de décision 6.5 de la 53e réunion du CCP, *attendre avec impatience* le rapport de la 56e réunion du CCP sur les recommandations issues de l'examen du modèle opérationnel du Programme commun par le Groupe de haut niveau sur un Programme commun de l'ONUSIDA résilient et adapté à son objectif dans le contexte de la durabilité de la riposte au VIH lors de la 56e réunion du CCP.

Implications financières de la mise en œuvre des décisions : aucune

Résumé analytique

1. La prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida (2026-2031) sera l'une des plus importantes de la riposte mondiale au VIH, qui dure depuis quatre décennies. La Stratégie guidera cette réponse jusqu'à l'échéance des Objectifs de développement durable de 2030 et jettera les bases de la pérennisation de la réponse au-delà de 2030.
2. L'actuelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida (2021-2026) a orienté la riposte avec une vision audacieuse visant à mettre fin aux inégalités qui alimentent la pandémie de sida. L'examen à mi-parcours de la stratégie actuelle, publié dans le cadre du *Rapport mondial actualisé sur le sida* en juillet 2024, met en lumière les principales réalisations et les défis qui subsistent afin d'éclairer l'élaboration de la prochaine phase de la riposte.
3. Dans le cadre de la Stratégie actuelle, le nombre de personnes ayant contracté le VIH en 2023 sera inférieur à celui enregistré depuis la fin des années 1980. Près de 31 millions de personnes bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale salvatrice, ce qui a permis de réduire le nombre de décès liés au sida à son niveau le plus bas depuis le pic de 2004. Des progrès significatifs ont été réalisés en Afrique au sud du Sahara, soulignant la capacité des interventions existantes à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030.
4. Malgré ces progrès, le monde n'est pas en mesure d'atteindre les objectifs fixés pour 2025 dans la Stratégie. Des progrès inégaux, des inégalités profondément ancrées, des programmes de prévention insuffisants, l'incapacité d'élever et de soutenir le travail des communautés, des obstacles à l'accès au traitement et un manque de volonté politique et de soutien financier menacent la réponse.
5. Ce document, intitulé *Conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026*, résume les principales conclusions de cet examen et lance le processus d'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, notamment en définissant le rôle et l'engagement du Conseil de Coordination du Programme dans l'élaboration et l'adoption de la Stratégie et du cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA 2027-2031.
6. L'examen des progrès réalisés par les pays dans le cadre de la stratégie actuelle, de sa mise en œuvre et de ses résultats sera présenté au cours de l'année prochaine lors de consultations multipartites en vue de l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida. Ces consultations examineront les conclusions de l'examen à mi-parcours et les recommandations du Groupe de haut niveau sur un Programme commun de l'ONUSIDA résilient et adapté aux besoins dans le contexte de la durabilité de la riposte au VIH.
7. Une ébauche annotée de la prochaine stratégie, éclairée par ces consultations, sera présentée lors de la 56e réunion du Conseil d'administration en juin 2025 pour examen et commentaires. La Stratégie finalisée sera présentée pour adoption lors de la 57e réunion du Conseil d'administration en décembre 2025.

Introduction

9. La riposte au VIH est à la croisée des chemins : les réalisations révolutionnaires et les avancées scientifiques sont assombries par la diminution de l'engagement et des investissements mondiaux visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.
10. Nous savons ce qu'il faut faire pour atteindre cet objectif. L'accès universel au traitement du VIH et son intégration dans d'autres programmes de santé, l'investissement dans les technologies et l'intensification des programmes de prévention du VIH, des environnements juridiques et sociaux favorables, un engagement renforcé en faveur des droits humains et des valeurs d'équité, des investissements dans les communautés et des programmes bénéficiant d'un financement suffisant et durable permettront au monde de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Les données les plus récentes montrent que les objectifs pour 2025 sont à portée de main pour certains pays et que beaucoup d'autres sont prêts à faire des progrès rapides.
11. Nous savons également où se situent certaines des lacunes les plus importantes. L'engagement politique en faveur du financement intégral de la riposte au VIH et du respect des droits humains dans le cadre de la prévention et du traitement du VIH est en péril, ce qui menace la riposte au VIH et aggrave les disparités entre les populations et les régions. La fréquence et l'ampleur accrues des situations d'urgence liées aux conflits et au climat soulignent la nécessité d'adapter les réponses au VIH aux contextes humanitaires. Les populations clés n'ont toujours pas accès aux services essentiels, ce qui les expose à un risque accru de contracter le VIH.
12. L'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 a été publié dans le cadre du *Rapport mondial actualisé sur le sida 2024, l'urgence d'aujourd'hui : Le sida à la croisée des chemins*.¹ L'examen fait le point sur les progrès réalisés au niveau mondial et national dans le cadre de la Stratégie actuelle, en détaillant les données et analyses les plus récentes sur la pandémie et la riposte, et en évaluant les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de 2025.
13. Le succès dépendra de la reconnaissance de l'urgence du moment présent. L'examen à mi-parcours souligne cette urgence en montrant que la voie choisie par les dirigeants au cours des prochaines années déterminera si le monde mettra fin au sida en tant que menace pour la santé publique. La prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, qui s'étendra au-delà de 2026, tracera la voie à suivre pour atteindre et maintenir cet objectif.

Contexte

14. Lors d'une réunion tenue le 21 août 2024, la Directrice exécutive de l'ONUSIDA, en collaboration avec le Bureau du Conseil de Coordination du Programme (CCP), a proposé qu'une discussion dédiée aux résultats de l'examen à mi-parcours et au processus stratégique à venir soit inscrite à l'ordre du jour de la 55e réunion du CCP en décembre 2024.
15. S'appuyant sur l'expérience et les enseignements tirés de l'élaboration de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, y compris l'examen des données probantes et les consultations multipartites, ce document présente les conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie actuelle, en mettant l'accent sur les

implications pour les priorités stratégiques au-delà de 2026.

16. Le document a également été élaboré à la suite de deux points de décision du CCP sur l'élaboration de processus connexes, y compris une évaluation du modèle opérationnel du Programme commun pour maximiser et maintenir le rôle et la contribution du Programme commun à la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sidaⁱ et l'élaboration anticipée du cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités (UBRAF) 2027-2031.ⁱⁱ
17. Le document se compose de trois sections :
 - La section I résume les principales conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et les implications pour les priorités stratégiques au-delà de 2026, en soulignant à la fois les progrès et les défis majeurs ;
 - La section II donne un aperçu de haut niveau du processus d'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, en mettant l'accent sur la participation du CCP ; et
 - La section III donne un aperçu du processus complémentaire prévu pour élaborer l'UBRAF 2027-2031, qui concrétisera la contribution du Programme commun à la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida.

Section 1. Conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et implications pour les priorités stratégiques au-delà de 2026

18. L'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 a été publié en juillet 2024 dans le cadre du *Rapport mondial actualisé sur le sida*. Les résultats documentés dans l'examen à mi-parcours serviront de base aux consultations pour l'élaboration de la prochaine stratégie. Les principales conclusions de l'examen sont résumées ci-dessous.
19. La riposte mondiale au VIH a réalisé des progrès remarquables en vue de franchir les étapes de 2025 fixées par l'Assemblée générale des Nations unies (ONU) en juin 2021 pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030, un engagement inscrit dans les Objectifs de développement durable (ODD).² Malgré ces progrès, le monde n'atteindra pas les objectifs de 2025 dans les délais prévus. La réponse au VIH est menacée par une volonté politique inadéquate, un manque de ressources suffisantes et durables, l'absence de progrès en matière de prévention du VIH et de facteurs sociétaux essentiels pour les services, des inégalités qui exposent les populations clésⁱⁱⁱ et d'autres populations prioritaires à un risque nettement plus élevé, et des progrès inégaux entre les pays et les régions.

ⁱ Point de décision 6.5 de la 53e réunion du CCP : « Demande à la Directrice exécutive et au Comité des Organismes Coparrainants de continuer à veiller à ce que le Programme commun reste durable, résilient et adapté à son objectif, en réexaminant le modèle opérationnel, avec l'appui d'une facilitation par des experts externes et par le biais de consultations appropriées, y compris avec les membres du CCP et les participants, faire rapport lors de la réunion du CCP de juin 2025 avec des recommandations qui tiennent compte du contexte des réalités financières et des risques pour le Programme commun et des recommandations pertinentes du Corps commun d'inspection, en reconnaissant l'importance des conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et de l'élaboration d'une stratégie à long terme à l'horizon 2030 et au-delà, dans l'alignement du Programme commun ».

ⁱⁱ Point de décision 7.5 de la 50e réunion du CCP : « Demande à la Directrice exécutive d'établir un groupe de travail pour le développement du prochain UBRAF, qui devra être opérationnel en janvier 2025 ».

ⁱⁱⁱ Les populations clés comprennent les travailleurs du sexe, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres et les personnes vivant en prison ou dans d'autres milieux fermés.

Tableau 1. Résumé des progrès accomplis par rapport aux Objectifs de mortalité due au sida à l'horizon 2025

Des résultats mitigés à mi-parcours des objectifs pour 2025

Tableau 0.1 Résumé des progrès accomplis par rapport aux objectifs pour 2025

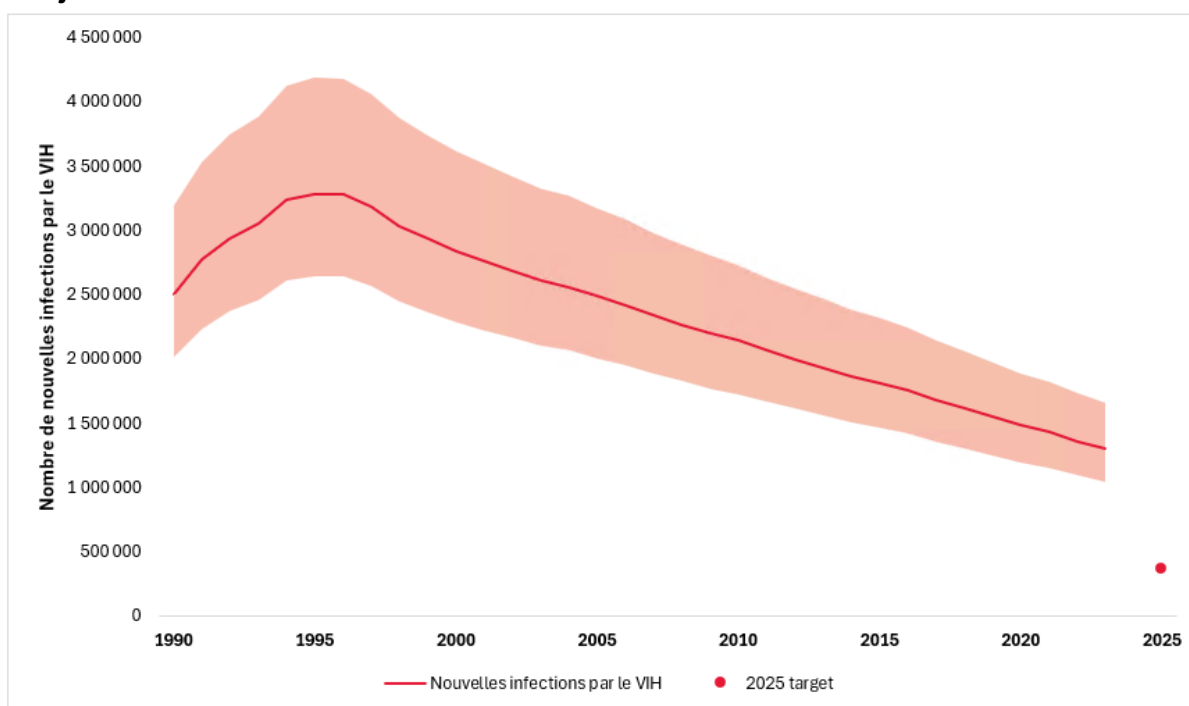
| | CIBLE | SITUATION EN 2023 |
|--|---------------------------|--|
| PRÉVENTION COMBINÉE DU VIH POUR TOUS | | |
| Ramener à moins de 370 000 le nombre de nouvelles infections par le VIH | 370 000 | 1 300 000 |
| Réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes à moins de 50 000 | 50 000 | 210 000 50%/40%/39%/39% (médianes) (travailleurs du sexe/hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes/personnes qui s'injectent des drogues/personnes transgenres) |
| 95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ont accès à une prévention combinée efficace | 95% | |
| Prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour 10 millions de personnes exposées à un risque important d'infection par le VIH (ou 21,2 millions de personnes ayant utilisé la PrEP au moins une fois au cours de l'année) | 21,2 millions | 3,5 millions |
| 50 % de couverture de la thérapie d'entretien par agoniste opioïde chez les personnes dépendantes aux opioïdes | 50% | 0 région sur 8 |
| 90 % de matériel d'injection stérile lors de la dernière injection | 90% | 11 pays sur 27 |
| 90 % des hommes âgés de 15 ans et plus dans 15 pays prioritaires ont accès à la circoncision médicale volontaire | 90% | 67% |
| OBJECTIFS 95-95-95 POUR LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DU VIH | | |
| Réduire le nombre de décès annuels liés au sida à moins de 250 000 | 250 000 | 630 000 |
| 34 millions de personnes bénéficient d'un traitement contre le VIH d'ici à 2025 | 34 millions | 30,7 millions Tous âges : 86–89–93 Femmes (15 ans et plus) : 91–91–94 Hommes (15 ans et plus) : 83–86–94 Enfants (0 à 15 ans) : 66–86–84 |
| Objectifs 95-95-95 pour le dépistage, le traitement et la suppression virale | Objectifs 95-95-95 | Inconnu pour les populations clés |
| 90 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement préventif contre la tuberculose (TB) d'ici à 2025 | 90 % | 1,7 millions de personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'un traitement préventif contre la tuberculose entre 2006 et 2022 |
| Réduire le nombre de décès liés à la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH de 80 % | 80% | 71% |
| LE VIH PÉDIATRIQUE | | |
| 75 % des enfants vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée d'ici 2023 | 75% | 48% |
| 100 % des femmes enceintes et allaitantes séropositives bénéficient d'une thérapie antirétrovirale et 95 % d'entre elles parviennent à une suppression virale | 100% | 84% |
| ÉGALITÉ DES GENRES ET AUTONOMISATION DES FEMMES ET DES FILLES | | |
| < 10 % des femmes et des filles ont été évitées de violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime masculin au cours des 12 derniers mois | < 10% | 13% [10 - 16%] |
| < 10 % des personnes issues des populations clés ont subi des violences physiques et/ou sexuelles au cours des 12 derniers mois | < 10% | 21%/8%/28%/24% (médianes) (travailleurs du sexe/hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes/personnes qui s'injectent des drogues/personnes transgenres) |
| < 10 % des gens sont favorables à des normes inéquitables entre les sexes d'ici 2025 | < 10% | 24,2% (médiane) |
| 95 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans voient leurs besoins en matière de soins de santé sexuelle et reproductives satisfaits | < 10% | En moyenne, 50,8% des femmes actuellement mariées ou en union prennent leurs propres décisions concernant les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leurs soins de santé (données provenant de 16 pays) |
| Atteindre le respect des droits humains et éliminer la stigmatisation et la discrimination | | |
| < 10 % des pays criminalisent | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Le travail sexuel La possession de petites quantités de drogues Les comportements sexuels avec des personnes de même sexe La transmission, l'exposition ou la non-divulguation du VIH | | 168 pays 152 pays 63 pays 156 pays |
| < 10 % des pays ne disposent pas de mécanismes permettant aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés de signaler les abus et les discriminations et de demander réparation | < 10% | 52 % des pays ont des mécanismes mis en place par le gouvernement, 66 % des pays ont des mécanismes mis en place par les communautés |
| < 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés n'ont pas accès à des services juridiques | < 10% | 39 % des pays |
| > 90 % des personnes vivant avec le VIH ont subi des violations de leurs droits ont demandé réparation | 90% | 31 % des personnes ont demandé réparation |
| < 10 % de la population générale fait état d'attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH | < 10% | 47 % (médiane) |
| < 10 % des personnes vivant avec le VIH déclarent avoir vécu de la stigmatisation | < 10% | 38% |
| < 10 % des personnes issues des populations clés déclarent avoir été victimes de stigmatisation et de discrimination | < 10% | 26%/16%/40%/49% (médianes) (travailleurs du sexe/hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes/personnes qui s'injectent des drogues/personnes transgenres) |
| < 10 % des personnes vivant avec le VIH ont été victimes de stigmatisation et de discrimination dans le cadre de soins de santé et de la communauté | < 10% | 13 % (soins VIH), 25 % (soins non-VIH), 24 % (communauté) |
| LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE | | |
| Les organisations communautaires fournissent 30 % des services de dépistage et de traitement | 30% | |
| Les organisations communautaires fournissent 80 % des services de prévention du VIH pour les populations à haut risque d'infection par le VIH et pour les femmes | | |
| Les organisations communautaires mettent en place 60 % des programmes visant à soutenir les catalyseurs sociétaux | | |
| LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET INTÉGRATION | | |
| Systèmes de santé et de protection sociale permettant à 90 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus de bénéficier de services intégrés de lutte contre le VIH | | |
| 90 % des personnes vivant dans les situations humanitaires ont accès à des services intégrés de lutte contre le VIH | | |
| 45 % des personnes vivant avec le VIH, à risque ou affectées par le virus ont accès à une ou plusieurs prestations de protection sociale | | |
| INVESTISSEMENTS ET RESSOURCES | | |
| Financer pleinement la riposte au VIH en portant à 29 milliards de dollars US d'ici 2025 les investissements annuels consacrés à la lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire | 29,3 milliards de dollars | 19,8 milliards de dollars |

■ Les progrès ne sont pas au rendez-vous ■ Progrès modérés ■ Les objectifs de 2025 sont à portée de main ■ Pas de données disponibles

La pandémie de VIH aujourd'hui

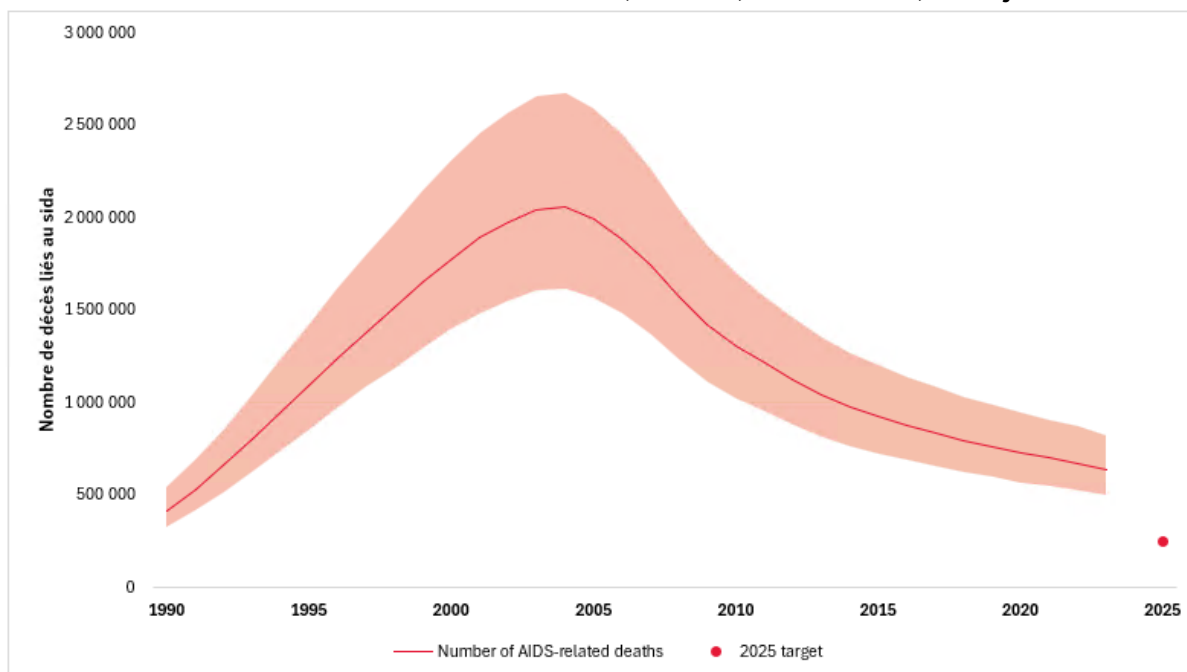
20. Le nombre de personnes infectées par le VIH en 2023 sera plus faible que jamais depuis la fin des années 1980. Au niveau mondial, le nombre de personnes ayant contracté le VIH en 2023 sera inférieur d'environ 39 % à celui de 2010, l'Afrique au sud du Sahara enregistrant la réduction la plus forte (-56 %).
21. Néanmoins, on estime que 1,3 million [1,0 million -1,7 million] de personnes ont contracté le VIH en 2023, soit plus de trois fois plus que l'objectif de 370 000 nouvelles infections ou moins en 2025. Trois régions connaissent une augmentation du nombre de nouvelles infections par le VIH : l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, l'Amérique latine, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (figure 1).

Illustration 1. Nombre de nouvelles infections par le VIH, monde, 1990 – 2023 et objectif 2025



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

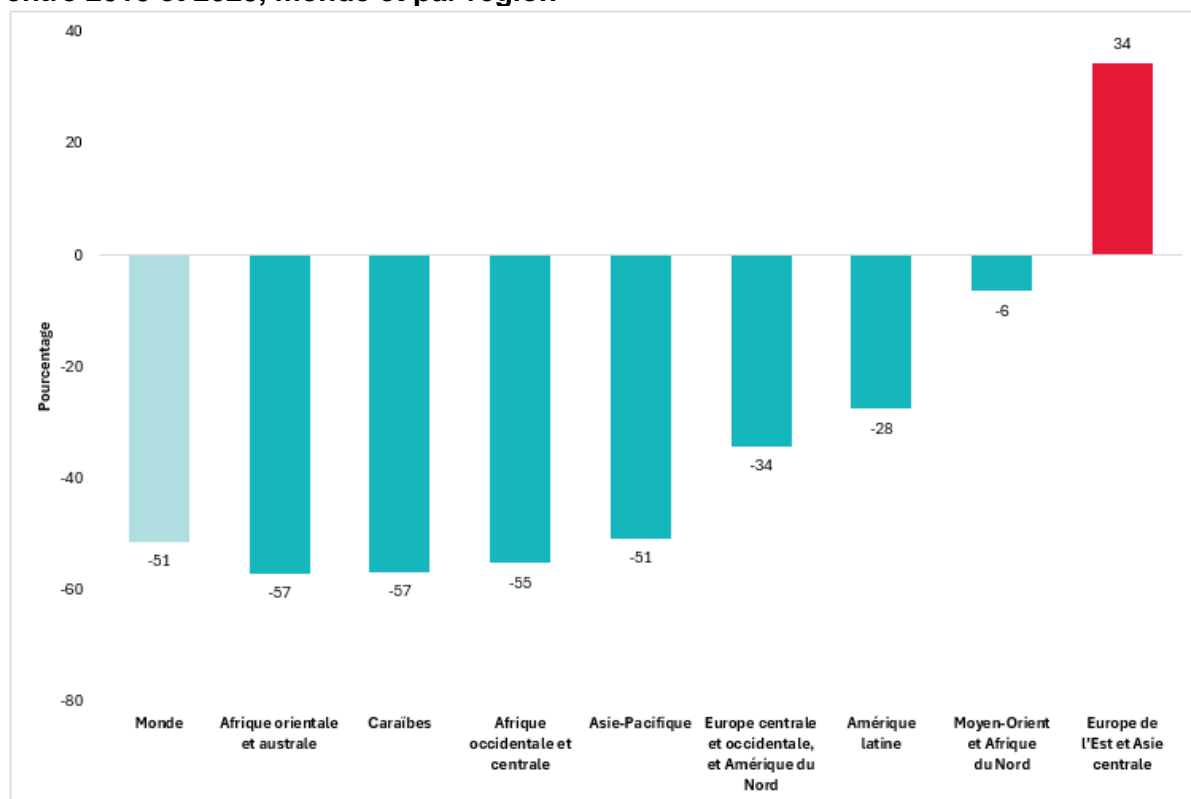
22. Beaucoup moins d'enfants âgés de 0 à 14 ans contractent le VIH, une tendance largement due aux succès remportés en Afrique orientale et australe, où le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH chez les enfants a chuté de 73 % entre 2010 et 2023. Le déclin global des infections verticales par le VIH s'est toutefois nettement ralenti ces dernières années, en particulier en Afrique occidentale et centrale. On estime que 120 000 [83 000-170 000] enfants auront contracté le VIH en 2023, ce qui portera à 1,4 million [1,1 million -1,7 million] le nombre total d'enfants vivant avec le VIH dans le monde, dont 86 % en Afrique au sud du Sahara.
23. En 2023, près de 31 millions de personnes recevaient un traitement antirétroviral (TAR) salvateur, ce qui a permis de réduire le nombre de décès liés au sida à son niveau le plus bas depuis le pic de 2004 (Illustration 2). En Afrique au sud du Sahara, ces succès ont entraîné un rebond de l'espérance de vie moyenne, qui est passée de 56,3 ans en 2010 à 61,1 ans en 2023.

Illustration 2. Nombre de décès liés au sida, monde, 1990 – 2023, et objectif 2025

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

24. L'élargissement de l'accès aux traitements antirétroviraux - dont une grande partie est fournie gratuitement par le secteur de la santé publique - a permis de réduire de plus de moitié le nombre annuel de décès liés au sida, qui est passé de 1,3 million [1,0 million -1,7 million] en 2010 à 630 000 [500 000-820 000] en 2023.
25. Les programmes de traitement permettent également de réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH. On estime à 30,7 millions [27,0 millions -31,9 millions] le nombre de personnes recevant un traitement contre le VIH en 2023. Le monde peut ramener le nombre de décès liés au sida à un niveau inférieur à l'objectif de 250 000 fixé pour 2025 s'il parvient à augmenter encore rapidement le nombre de diagnostics et de traitements pour les personnes vivant avec le VIH (Illustration 3).

Illustration 3. Évolution en pourcentage du nombre annuel de décès liés au sida entre 2010 et 2023, monde et par région



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

26. Les progrès sont toutefois très inégaux. La riposte mondiale au VIH évolue à deux vitesses : relativement rapidement dans une grande partie de l'Afrique au sud du Sahara, mais de manière hésitante dans le reste du monde. Le nombre de personnes infectées par le VIH augmente dans au moins 28 pays et trois régions, dont certains connaissent déjà des épidémies importantes.
27. Chaque minute, le sida fait une victime. Dans le monde, 9,3 millions de personnes n'ont pas reçu de traitement vital en 2023, soit près d'un quart des 39,9 millions de personnes vivant avec le VIH. Le monde s'est engagé à réduire le nombre de nouvelles infections annuelles à moins de 370 000 d'ici 2025, mais les nouvelles infections annuelles au VIH sont encore plus de trois fois supérieures à ce chiffre, soit 1,3 million en 2023.
28. Pour la première fois dans l'histoire de la pandémie, les nouvelles infections sont plus nombreuses en dehors de l'Afrique au sud du Sahara que dans cette région. Cela reflète à la fois les résultats obtenus en matière de prévention dans une grande partie de l'Afrique au sud du Sahara et l'absence de progrès comparables dans le reste du monde, où les membres des populations clés et leurs partenaires sexuels continuent d'être négligés dans la plupart des programmes de lutte contre le VIH, ce qui accroît leur risque, déjà élevé, de contracter le virus.
29. En Afrique au sud du Sahara, le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH a diminué plus rapidement chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes, et les femmes continuent généralement à courir un risque disproportionné de contracter le VIH. Bien qu'elle soit en baisse, l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes

femmes âgées de 15 à 24 ans reste extraordinairement élevée dans certaines parties de l'Afrique au sud du Sahara. Les programmes de prévention et les efforts visant à réduire les inégalités entre les genres, la violence à l'égard des femmes et les normes sexistes néfastes n'ont pas encore un impact suffisant.

30. Les programmes de prévention font défaut et des investissements sont nécessaires de toute urgence pour accélérer les progrès et s'attaquer aux obstacles sous-jacents. Les services de prévention et de traitement n'atteindront les personnes qui en ont besoin que si les droits humains sont respectés, les lois qui portent atteinte aux droits humains et aux libertés fondamentales sont respectées
31. la discrimination à l'égard des femmes et des communautés marginalisées est supprimée, et la discrimination et la violence sont réduites. L'accès équitable aux médicaments contre le VIH et aux innovations, y compris les nouvelles technologies à longue durée d'action, est vital.
32. La stigmatisation et la discrimination persistantes liées à la séropositivité, au genre, aux comportements ou à la sexualité y font également obstacle. Les besoins liés au VIH des populations clés sont souvent pris en charge par des organisations non gouvernementales, y compris des organisations communautaires, dont le travail tend à être méconnu et sous-financé.
33. Le sida n'est pas arrivé à sa fin : il reste encore beaucoup de travail à accomplir.

Des progrès mitigés dans la prise en compte des besoins des citoyens en matière de prévention

34. Au niveau mondial, l'objectif de prévention fixé pour 2025 (95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ont accès à des combinaisons efficaces de moyens de prévention et les utilisent) n'est pas encore atteint. Les programmes de prévention continuent d'être sous-financés, l'adoption de méthodes de prévention du VIH à faible coût a ralenti et l'accès aux outils de prévention tels que les produits de prophylaxie pré-exposition (PrEP) et l'anneau de dapivirine reste inégal.
35. Des innovations récentes pourraient constituer une percée dans la prévention du VIH si elles étaient mises à la disposition des utilisateurs potentiels rapidement et à un prix abordable. Par exemple, le lenacapavir, un produit injectable de PrEP à longue durée d'action de six mois, s'est révélé extrêmement efficace dans la prévention du VIH chez les adolescentes et les femmes en Afrique.
36. L'action mondiale de prévention du VIH progresse à un rythme encourageant en Afrique au sud du Sahara, mais elle est au point mort dans d'autres régions. Il est urgent de combler les lacunes persistantes et, dans certains pays, de plus en plus importantes en matière de prévention de base du VIH.
37. Le nombre total de personnes utilisant la PrEP orale est passé d'un peu plus de 200 000 en 2017 à environ 3,5 millions en 2023, mais il est loin d'atteindre l'objectif mondial de 21,2 millions de personnes fixé pour 2025. Seuls quelques pays d'Afrique progressent vers la réalisation des objectifs de 2025 en matière de PrEP.
38. Selon les données communiquées à l'ONUSIDA, au moins la moitié des personnes appartenant à des populations clés ne bénéficient pas de services de prévention. Les hommes et les femmes qui s'injectent des drogues, les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que les transsexuels, sont particulièrement négligés. En outre, plus de la moitié des régions

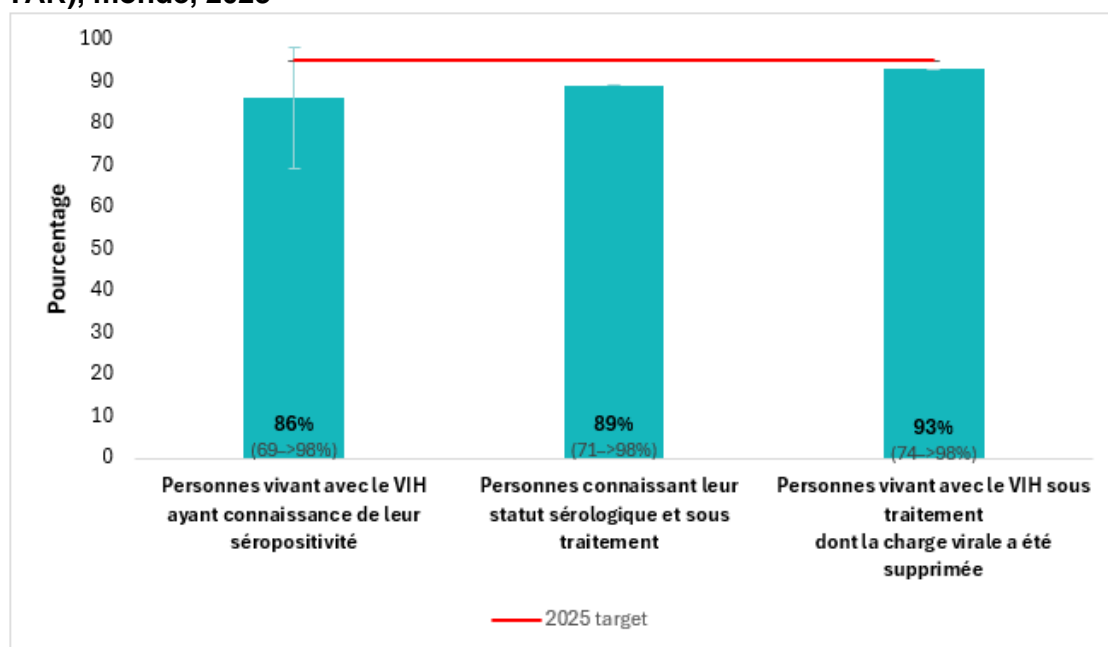
d'Afrique au sud du Sahara où l'incidence du VIH est élevée ou modérément élevée ne bénéficient pas de programmes de prévention adaptés aux adolescentes et aux jeunes femmes.³

39. L'utilisation du préservatif reste la méthode de prévention du VIH la plus efficace et la moins coûteuse,^{4 5} mais les programmes de distribution de préservatifs ont été supprimés et les programmes de marketing social réduits dans de nombreux pays.⁶ Les données de l'enquête auprès des ménages suggèrent que l'utilisation du préservatif a diminué ces dernières années, y compris chez les jeunes de 15 à 24 ans, et qu'elle est très peu fréquente lors de rapports sexuels avec des partenaires non réguliers. Environ 36 % des adultes en Afrique orientale et australe et 25 % en Afrique occidentale et centrale ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.
40. Dans certains pays, les travailleurs du sexe font état d'un taux élevé d'utilisation du préservatif avec leurs clients, mais leur accès à des outils de prévention puissants tels que la PrEP est minime.⁷ Il est également vrai que les hommes homosexuels, les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres n'ont pas accès à la PrEP, sauf dans quelques pays à revenu élevé. L'accès aux services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues est extrêmement faible dans tous les pays, à l'exception de quelques-uns.
41. Un accès rapide et plus large à la PrEP, y compris aux versions à longue durée d'action, pourrait réduire massivement le nombre de nouvelles infections par le VIH, en particulier parmi les populations clés et les femmes dans les régions où l'incidence du VIH est élevée, si les coûts diminuent et si la stigmatisation et la discrimination sont réduites.
42. Les programmes de circoncision médicale volontaire des hommes ont également la possibilité d'avoir un impact plus important.⁸ Les 35 millions de circoncisions réalisées entre 2008 et 2022 dans 15 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe ont permis d'éviter environ 670 000 infections par le VIH.⁹ Dans la plupart de ces pays, il est possible d'augmenter encore l'utilisation de la circoncision médicale volontaire des hommes, à condition de surmonter les problèmes de financement et d'étendre les services aux groupes d'âge plus élevé.
43. Les interventions qui s'attaquent aux obstacles sociaux et structurels continueront d'être cruciales pour prévenir les nouvelles infections par le VIH. Les programmes de prévention destinés aux populations clés doivent être entièrement financés et s'attaquer aux obstacles juridiques et sociaux, y compris la stigmatisation et la discrimination, qui entravent l'accès à ces programmes. L'éducation sexuelle complète reste importante pour les adolescents, filles et garçons, afin qu'ils se protègent du VIH en améliorant leurs connaissances sur le VIH et les services connexes. Les investissements doivent être intensifiés pour prévenir la violence à l'égard des femmes et d'autres préjudices et inégalités qui exposent les femmes à des risques importants.
44. Les programmes de prévention du VIH nécessitent des partenariats. Les organisations non gouvernementales, y compris les organisations communautaires, répondent aux besoins liés au VIH de nombreuses personnes, y compris des populations difficiles à atteindre. Reconnaître, soutenir et financer leur travail contribuera à garantir l'accès de tous aux services de prévention du VIH.

L'accès au traitement du VIH continue de s'étendre

45. L'année 2023 a été marquée par une avancée historique en matière de santé publique dans l'accès au traitement du VIH. Environ 30,7 millions [27,0 millions - 31,9 millions] des 39,9 millions estimés [36,1 millions - 44,6 millions] de personnes vivant avec le VIH dans le monde ont accès à un traitement antirétroviral (TAR) en 2023. La couverture mondiale des traitements a grimpé en flèche de 47 % en 2015 à 77 % en 2023.
46. Les objectifs 95-95-95 sont à portée de main : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95 % des personnes qui savent qu'elles vivent avec le VIH et 95 % des personnes recevant un TAR bénéficient d'une suppression virale. En 2023, environ 86 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde connaissaient leur statut sérologique. Parmi elles, environ 89 % recevaient un TAR et 93 % des personnes sous traitement avaient une charge virale supprimée (Illustration 4).

Illustration 4. Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, reçoivent un TAR (parmi celles qui connaissent leur statut sérologique) et ont une charge virale supprimée (parmi celles qui reçoivent un TAR), monde, 2023



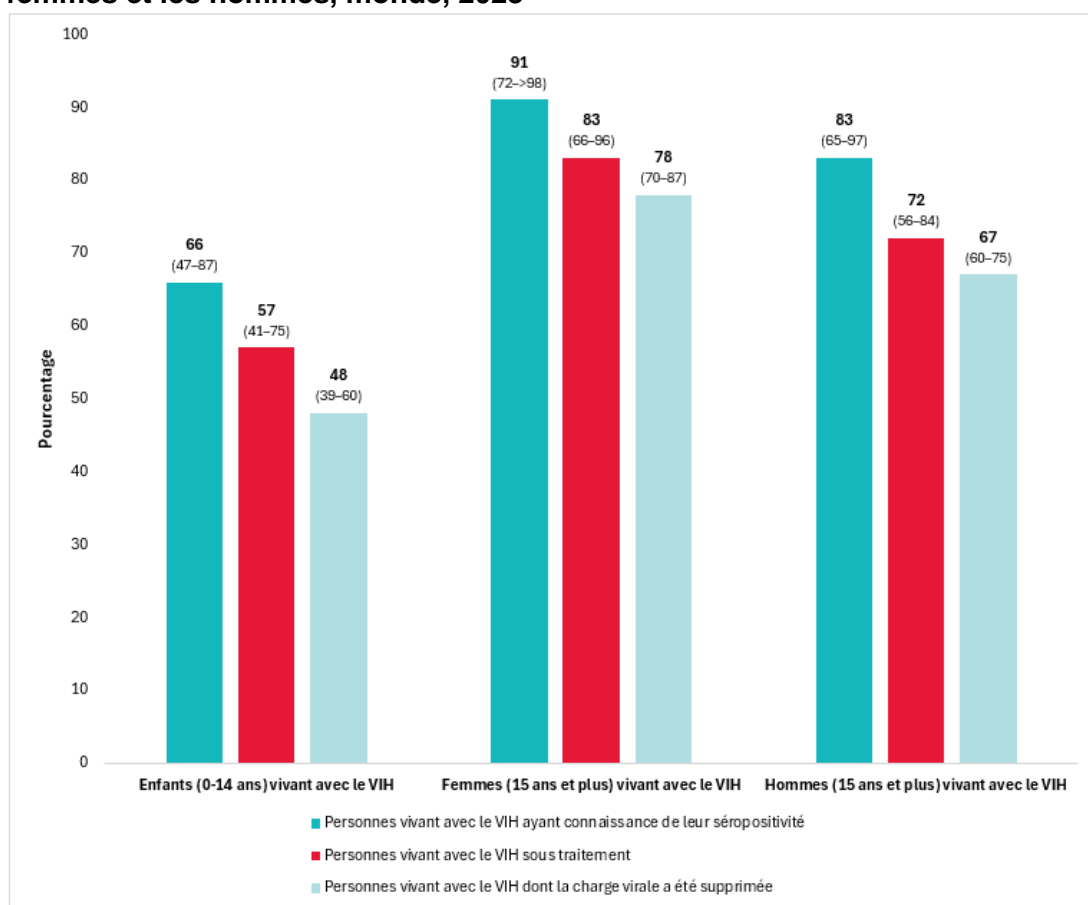
Source : Analyse complémentaire des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024.

47. Aider les personnes vivant avec le VIH à commencer et à poursuivre un traitement antirétroviral présente d'énormes avantages sur le plan de la santé personnelle et publique. Les personnes dont la charge virale est indétectable^{iv} n'ont aucun risque de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels, et les personnes dont la charge virale est supprimée ont un risque quasi nul de le faire.^{10 11} C'est ce qui a donné lieu à la campagne U = U (indétectable = intransmissible). Le succès du traitement du VIH est donc également d'une importance cruciale pour la prévention de nouvelles infections par le VIH.¹² En 2023, près de trois adultes sur quatre (73 % [66-81 %]) vivant avec le VIH dans le monde avaient une charge virale supprimée, ce qui représente une énorme amélioration par rapport aux 40 % [36-45 %] de 2015.

^{iv} Une charge virale est indétectable lorsqu'elle est si faible qu'un test de réaction en chaîne par polymérase ne peut la mesurer. Une charge virale supprimée correspond à un résultat égal ou inférieur à 1 000 copies/ml.

48. Certains des progrès les plus importants sont réalisés en Afrique au sud du Sahara, souvent dans des conditions défavorables. Les systèmes de santé et les systèmes communautaires sont devenus plus aptes à proposer des tests de dépistage du VIH aux personnes susceptibles d'avoir été exposées au virus et à les mettre en relation avec des services de traitement et de soins fiables. Grâce à des schémas thérapeutiques mieux tolérés et plus efficaces, il est plus facile pour les patients de continuer à prendre leurs médicaments antirétroviraux (ARV) et d'obtenir une charge virale supprimée.
49. Les disparités dans l'accès au dépistage et au traitement du VIH continuent toutefois de compromettre l'impact global de ces réalisations. Les lacunes les plus importantes concernent les personnes qui ne savent pas qu'elles vivent avec le VIH et les personnes qui ont été diagnostiquées séropositives mais qui n'ont pas commencé de traitement ou n'ont pas été en mesure de le poursuivre. Les disparités persistantes dans la couverture des traitements - entre les régions, entre les adultes et les enfants, et entre les femmes et les hommes - continuent de compromettre l'impact global de la riposte au VIH.
50. Les enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH ont toujours beaucoup moins de chances que les adultes d'être diagnostiqués et de recevoir un traitement antirétroviral : environ 43 % [31-57 %] du total mondial de 1,4 million [1,1 million - 1,7 million] d'enfants vivant avec le VIH ne recevront pas de traitement en 2023. Les enfants représentent 12 % de tous les décès liés au sida, alors qu'ils ne constituent que 3 % des personnes vivant avec le VIH. Plus d'un tiers (36 %), soit 370 000 [250 000-470 000], des adolescents âgés de 15 à 19 ans vivant avec le VIH ne recevaient pas de traitement antirétroviral en 2023 (Illustration 5).

Illustration 5. Cascade de dépistage et de traitement du VIH chez les enfants, les femmes et les hommes, monde, 2023



Source : Analyse complémentaire des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024.

51. Dans une grande partie du monde, les garçons et les hommes âgés de 15 ans et plus qui vivent avec le VIH ont moins de chances que leurs homologues féminines de connaître leur statut sérologique et de recevoir un traitement contre le VIH ; les résultats de leur traitement tendent également à être moins bons. La couverture des traitements antirétroviraux parmi certaines populations clés a peut-être augmenté ces dernières années,¹³ mais les personnes vivant avec le VIH ont toujours une couverture de traitements antirétroviraux plus faible et des résultats thérapeutiques plus mauvais que les autres personnes vivant avec le VIH, en particulier en Afrique au sud du Sahara.¹⁴
52. Par conséquent, un quart (23 % [19-27 %]) de toutes les personnes vivant avec le VIH ne recevront pas de traitement antirétroviral en 2023. L'accès au traitement était particulièrement faible en Europe de l'Est et en Asie centrale, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, où seule la moitié environ des 2,1 millions [1,9 million - 2,3 millions] et 210 000 [170 000-280 000] de personnes vivant avec le VIH, respectivement, bénéficiaient d'un traitement antirétroviral.
53. Il y a aussi d'autres défis à relever. On estime qu'au moins 1,8 million [1,6 million - 2,0 millions] de personnes sont atteintes du VIH à un stade avancé (sida). Auparavant, le sida était principalement considéré comme un problème lié à un diagnostic et à un traitement tardifs de l'infection par le VIH. Ces préoccupations demeurent, mais le sida est désormais plus fréquent chez les personnes vivant avec le VIH qui ont reçu un traitement antirétroviral et l'ont ensuite arrêté.^{15 16} Cela met leur santé en danger, augmente le risque de transmission du VIH et alourdit le fardeau qui pèse sur les systèmes de santé, notamment en sapant les avantages de l'U=U.^{17 18} Il est urgent de mettre en place des interventions et un soutien efficaces afin que les personnes puissent poursuivre leur traitement contre le VIH et que celles qui l'ont interrompu puissent être réintégrées dans le système de soins.
54. Le succès du traitement du VIH a entraîné une augmentation de l'âge moyen des personnes vivant avec le VIH. En vieillissant, les personnes vivant avec le VIH risquent d'être confrontées à un nombre croissant de comorbidités, y compris des maladies non transmissibles telles que l'hypertension et le diabète, qui nécessitent des soins. Le moment est venu de combler les inégalités dans l'accès aux services de dépistage et de traitement du VIH en élargissant l'accès à ces services et en réduisant la stigmatisation et la discrimination. Une intégration plus étroite du VIH et des autres services de santé, des équipements et des chaînes d'approvisionnement, ainsi qu'une formation plus poussée des travailleurs de la santé figurent parmi les changements qui favoriseront et maintiendront l'accès aux traitements vitaux contre le VIH.

Lenteur des progrès dans la réduction de la stigmatisation, de la discrimination, des inégalités sociales et de la violence

55. Les objectifs 10-10-10 et 30-80-60 fixés pour 2025 ne sont pas à portée de main. Les lois punitives visant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés sont toujours en vigueur dans presque tous les pays, menaçant ainsi l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH. La stigmatisation, la discrimination, les inégalités sociales et les inégalités entre les genres, y compris la violence fondée sur le genre, font qu'il est difficile de rester à l'abri du VIH et de protéger sa santé.¹⁹ Les personnes appartenant à des populations clés sont particulièrement vulnérables.²⁰ La reconnaissance de ces obstacles s'est accrue, mais elle n'est pas encore suffisamment reflétée dans les lois, les politiques et les pratiques. La montée de l'autoritarisme et les attaques contre les droits humains et les droits civils rendent plus difficile l'élimination des obstacles qui bloquent l'accès aux services liés au VIH.²¹ Il est

essentiel de progresser dans l'élimination de ces obstacles pour atteindre les objectifs de prévention et de traitement du VIH.

56. Les violences liées au genre, notamment à l'encontre des femmes et des filles, restent une menace partout. Dans 42 pays ayant fait l'objet d'une enquête récente, en moyenne, près de la moitié (47 %) des personnes avaient des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Ces attitudes se retrouvent également dans les établissements de santé. Près d'un quart des personnes vivant avec le VIH ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation lorsqu'elles ont cherché à obtenir des services de santé non liés au VIH au cours de l'année précédente, selon une analyse des enquêtes de l'indice de stigmatisation menées dans 25 pays.²²
57. Ces préjugés sont réversibles, mais très peu de pays sont sur le point d'atteindre l'objectif pour 2025 consistant à réduire à moins de 10 % le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et de personnes appartenant à des populations clés qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination. Sous l'impulsion de l'activisme des communautés touchées, quelques pays ont abrogé ou réformé des lois visant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Dans l'ensemble, cependant, seuls trois des 193 pays n'avaient pas de lois criminalisant le travail du sexe, les relations sexuelles entre personnes de même sexe, la possession de petites quantités de drogues, les personnes transgenres ou la non-divulgateion, l'exposition ou la transmission du VIH.
58. L'interaction entre la violence entre partenaires intimes et le VIH est une préoccupation constante dans les environnements à forte prévalence. Les violences liées au genre nuisent à des centaines de millions de personnes et la violence exercée par un partenaire intime est une épreuve douloureusement commune et une violation des droits humains, en particulier à l'encontre des femmes et des adolescentes.^v Bien que la prévalence de la violence physique ou sexuelle exercée par un partenaire intime au cours des 12 mois précédents soit inférieure à 10 % dans un peu plus de la moitié (82) des 156 pays pour lesquels des estimations sont disponibles, le risque d'être victime de violence physique ou sexuelle reste inacceptablement élevé.²³
59. L'expérience ou la crainte de la violence physique et sexuelle peut entraver le recours aux services liés au VIH. Les femmes qui ont subi des violences physiques de la part de leur partenaire intime au cours de l'année précédente ont en moyenne 9 % de chances en moins de bénéficier d'une suppression virale par rapport à celles qui n'ont pas été exposées à de telles violences, selon l'analyse des données de sept enquêtes menées dans des pays d'Afrique au sud du Sahara.²⁴ Les politiques nationales de santé reconnaissent de plus en plus la nécessité d'endiguer cette violence, et il existe des preuves solides de l'intégration de la prévention de la violence dans les structures de soins de santé.^{25 26 27} Toutefois, la mise en œuvre est souvent freinée par le manque de formation et de soutien des professionnels de la santé et par l'insuffisance des systèmes d'orientation pour les victimes de violences.²⁸
60. Les organisations non gouvernementales, y compris les organisations communautaires, contribuent à fournir des services et un soutien aux personnes, en particulier aux membres des populations clés, dont les besoins en matière de VIH et d'autres soins de santé tendent à être négligés par les prestataires de soins de santé

^v La violence entre partenaires intimes est le comportement d'un partenaire intime ou d'un ex-partenaire qui cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, y compris l'agression physique, la coercition sexuelle, les abus psychologiques et les comportements de contrôle.

publics et privés.²⁹ Le leadership communautaire est la pierre angulaire de la riposte au VIH et est inscrit dans le principe GIPA adopté en 1994 lors du sommet de Paris sur le sida³⁰ : « Rien sur nous sans nous ».

61. Il est essentiel que les organisations communautaires disposent d'un espace civique et d'un environnement juridique et réglementaire leur permettant de recevoir des fonds et de fonctionner, ainsi que de liens fonctionnels avec les systèmes de santé publique et les systèmes gouvernementaux au sens large. Ces conditions font défaut dans de nombreux pays. Plus des deux tiers (71 %) de la population mondiale vivent dans 78 pays où l'espace civique est aujourd'hui soit entièrement fermé, soit fortement contrôlé, ce qui menace les droits fondamentaux de la population, y compris le droit à la santé universelle.³¹ Il existe un besoin persistant de soutien cohérent et durable (y compris financier) pour l'engagement des communautés dans la riposte au VIH, afin de garantir la durabilité de la riposte au VIH à l'avenir.

L'intégration des services de lutte contre le VIH et d'autres services a un impact

62. Lorsqu'ils sont bien intégrés, les services de santé liés au VIH et les autres services de santé peuvent améliorer les résultats sanitaires, renforcer les systèmes de santé et favoriser les progrès vers la couverture sanitaire universelle.³² L'intégration intersectorielle a également été une caractéristique des réponses au VIH, les interventions sur le lieu de travail, les initiatives en matière d'éducation, les programmes humanitaires et les systèmes de protection sociale étant progressivement liés aux interventions liées au VIH.
63. Ces dernières années, l'intégration du VIH et d'autres services de soins de santé s'est nettement accentuée. Bien qu'ils soient encore minoritaires, un nombre croissant de pays disposent de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH qui sont intégrés à d'autres problèmes de santé ou maladies, ainsi qu'à des stratégies ou plans de santé plus larges. Trente-neuf des 151 pays déclarants ont des stratégies ou des politiques nationales de santé qui intègrent la riposte au VIH (sept de plus qu'en 2022). Sur les 60 pays qui ont adopté des régimes de couverture sanitaire universelle, 38 incluent le traitement antirétroviral et 21 la prévention de la transmission mère-enfant dans leurs programmes de prestations et de financement des soins de santé.³³
64. Ces changements marquent les esprits. Souvent, les résultats en matière de VIH et d'autres aspects de la santé sont meilleurs dans les services intégrés que dans les services séparés, et l'utilisation des services non liés au VIH tend également à augmenter.³⁴ Le traitement lié ou intégré de la tuberculose et du VIH pour les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, par exemple, a permis d'éviter environ 6,4 millions [5,5 millions - 7,3 millions] de décès entre 2010 et 2022.³⁵ Les interventions qui préviennent et traitent le VIH, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite virale peuvent être à la fois rentables et économes, en particulier lorsqu'elles sont combinées.³⁶ L'émergence récente et rapide de l'orthopoxvirose simienne a rappelé l'importance des soins intégrés.
65. L'intégration des services peut permettre de traiter des questions et des risques interdépendants. Toutefois, ces processus sont inégaux. Des progrès ont été réalisés dans l'intégration des services visant à éliminer la transmission verticale du VIH dans les programmes de santé et de droits sexuels et reproductifs, mais les services intégrés pour le VIH et la santé sexuelle et reproductive, par exemple, ne sont pas encore très répandus.³⁷

66. L'intégration des programmes de soins de santé primaires et de lutte contre le VIH est considérée comme une occasion importante d'élargir et de maintenir les progrès réalisés dans la lutte contre le VIH. Les programmes actuels en Afrique au sud du Sahara, par exemple, peuvent soutenir l'intégration des services de soins de santé primaires dans les services existants de lutte contre le VIH et vice versa.³⁸ Mais cela nécessite également de repenser les modèles actuels de programmation du VIH et des soins de santé primaires - par exemple, en intégrant dans les modèles de soins de santé primaires l'évolution vers des soins différenciés et centrés sur la personne, qui distinguent de plus en plus les programmes de lutte contre le VIH.
67. Une préoccupation majeure est de savoir comment évoluer vers des systèmes plus intégrés tout en maintenant des services sûrs et stables pour les personnes appartenant à des populations clés et à d'autres populations prioritaires. La situation réelle des soins de santé primaires dans un pays doit également être prise en compte. Le personnel de santé publique est souvent surchargé, insuffisamment formé et mal soutenu ; les infrastructures sanitaires sont souvent inégalement disponibles et mal entretenues ; les frais d'utilisation et autres dépenses personnelles posent souvent des problèmes aux personnes qui cherchent à se faire soigner.
68. Une intégration réussie est très prometteuse pour la lutte contre le VIH et d'autres résultats en matière de santé. La modélisation montre qu'au Nigeria, par exemple, l'intégration des services liés au VIH et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs pourrait, sur une décennie, réduire de 56 % le nombre de nourrissons infectés par le VIH et éviter plus de huit millions de grossesses non désirées. Au Kenya, l'intégration des services de dépistage du VIH, du diabète et de l'hypertension, si elle est associée à des systèmes d'orientation solides, pourrait éviter plus de 240 000 décès liés au sida et plus de 215 000 nouvelles infections, et réduire l'incidence du VIH de 44 % sur une période similaire.³⁹
69. L'augmentation des urgences humanitaires liées aux conflits et au changement climatique souligne la nécessité d'apporter des réponses intégrées aux situations d'urgence qui répondent aux besoins des populations en matière de santé, de nutrition et de sécurité.
70. L'intégration n'est cependant pas sans défis ni coûts. Les avantages sont spécifiques au contexte et nécessitent une série de changements favorables, notamment des niveaux de personnel adéquats, des systèmes de santé fonctionnant efficacement (y compris des systèmes de santé communautaires bien dotés en ressources et reliés de manière adéquate) et des actions décisives pour prévenir la stigmatisation et la discrimination.^{40 41 42} En outre, il est essentiel que l'intégration soit poursuivie de manière à renforcer plutôt qu'à affaiblir les principes centrés sur la personne et fondés sur l'équité qui définissent les programmes de lutte contre le VIH réussis.⁴³

Un déficit de financement croissant freine la riposte au VIH

71. Un déficit de financement croissant empêche de progresser plus rapidement. Environ 19,8 milliards de dollars (dollars américains de 2019) étaient disponibles en 2023 pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit près de 9,5 milliards de dollars de moins que le montant nécessaire en 2025. Les ressources totales disponibles pour le VIH, corrigées de l'inflation, sont à leur niveau le plus bas depuis plus d'une décennie.
72. Les régions présentant les déficits de financement les plus importants, à savoir l'Europe de l'Est et l'Asie centrale ainsi que le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, sont

celles qui progressent le moins dans la lutte contre l'épidémie de sida. La majeure partie du financement de la lutte contre le VIH provient de ressources nationales (environ 59 %), mais les financements internationaux et nationaux de la lutte contre le VIH sont tous deux soumis à des pressions. Corrigé de l'inflation, le financement national de la lutte contre le VIH a diminué en 2023 pour la quatrième année consécutive et les ressources internationales ont diminué de près de 20 % par rapport à leur niveau record de 2013.

73. Le soutien financier des donateurs bilatéraux s'est considérablement réduit. Les réductions globales des ressources extérieures consacrées à la lutte contre le VIH seraient beaucoup plus importantes si le Fonds mondial et le gouvernement des États-Unis ne fournissaient pas des niveaux de financement élevés et soutenus. L'aide au développement pour la lutte contre le VIH restera cruciale.
74. Le sous-financement actuel de la prévention du VIH, des programmes de soutien à la société et des activités menées par les communautés n'augure rien de bon pour la riposte au VIH. Les interventions en faveur des populations clés sont particulièrement négligées, même dans les régions où la grande majorité des nouveaux cas d'infection par le VIH touchent des personnes issues de ces populations. On estime qu'entre 1,8 et 2,4 milliards de dollars seront disponibles pour les programmes de prévention primaire dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2023, alors que 9,5 milliards de dollars seront nécessaires en 2025. Les dépenses consacrées aux programmes de soutien à la société se sont élevées à 0,9 à 1,1 milliard de dollars, ce qui est loin des 3,0 milliards de dollars nécessaires en 2025.
75. Le prix des produits vitaux contre le VIH est un facteur majeur dans la capacité des pays à financer durablement leurs programmes de lutte contre le VIH avec des ressources nationales. Bien que les prix de nombreux médicaments antirétroviraux aient continué à baisser ces dernières années, les pays à revenu faible et intermédiaire ont dépensé environ 3 milliards de dollars en médicaments antirétroviraux en 2020-2022. Les prix d'achat varient encore considérablement d'une région à l'autre et d'un pays à l'autre.

Au-delà de la croisée des chemins : les priorités stratégiques pour l'avenir

76. Si les programmes de lutte contre le VIH restent sur leur lancée, les projections de l'ONUSIDA montrent qu'environ 46 millions de personnes vivront avec le VIH en 2050. Même si le monde atteint les objectifs fixés pour 2025 et maintient ces progrès, près de 30 millions de personnes vivront avec le VIH en 2050. Chacun d'entre eux aura besoin d'un traitement à vie contre le VIH et d'un soutien pour vivre longtemps et en bonne santé. En l'absence d'un vaccin ou d'un remède efficace et universellement accessible, la transmission du VIH se poursuivra.
77. Pour 2030, l'objectif principal est de réduire le nombre de nouvelles infections et de décès liés au sida de 90 % par rapport aux niveaux de 2010 et de le faire de manière à prévenir une résurgence future de l'épidémie.⁴⁴ Cela nécessite une réponse au VIH qui soit résiliente et durable.
78. Les pays qui luttent pour contrôler leur épidémie peuvent obtenir une baisse plus importante de l'incidence du VIH en augmentant rapidement la couverture et l'adhésion au traitement,^{45 46} et en intensifiant leurs interventions de prévention primaire les plus efficaces. Les projections montrent que les pays fortement touchés qui atteignent les objectifs de traitement 95-95-95 pourraient continuer à réduire les

nouvelles infections par le VIH de 20 % tous les cinq ans s'ils investissent simultanément dans des programmes efficaces de prévention primaire du VIH.⁴⁷

79. Les investissements dans la lutte contre le VIH doivent se faire dans des environnements exempts de stigmatisation et de discrimination, ce qui nécessite des investissements financiers et politiques dans des programmes essentiels de soutien et des programmes menés par les communautés. Mais une pandémie de sida en constante évolution appelle également d'autres changements. Avec le vieillissement de la population vivant avec le VIH, le risque de contracter le virus continuera à se déplacer vers les groupes d'âge plus élevés, et les stratégies de prévention devront s'adapter à cette tendance. Les programmes de lutte contre le VIH devront faire cause commune avec les programmes de santé plus généraux en répondant à l'impact croissant des maladies non transmissibles, y compris chez les personnes vivant avec le VIH, et au tribut permanent prélevé par d'autres maladies infectieuses.^{48 49}
80. Au fur et à mesure que les programmes de lutte contre le VIH s'intègrent dans des systèmes de santé plus vastes, il y aura également beaucoup de place pour l'apprentissage mutuel. Les réponses réussies au VIH ont montré l'importance de renforcer les systèmes sanitaires et communautaires, de renforcer le rôle des communautés touchées, d'identifier les facteurs sociétaux et structurels qui alimentent l'épidémie et de faire des droits humains et de l'équité des priorités centrales. Une intégration plus poussée avec d'autres programmes de santé peut diffuser plus largement ces attributs, mais elle ne doit pas diluer les caractéristiques distinctives qui font le succès des ripostes au VIH.^{50 51} Ceci est particulièrement important lorsqu'il s'agit de servir des populations qui peuvent être victimes de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation.
81. Tout cela doit être réalisé dans un contexte marqué par des inégalités au sein des pays et entre eux, par une menace croissante de gouvernance répressive et par une discrimination permanente à l'encontre des personnes qui sont excessivement exposées au VIH et à d'autres menaces pour la santé. Les contraintes budgétaires imposées par le surendettement et la faible croissance économique, en particulier en Afrique, réduisent également la capacité des pays à revenu faible et intermédiaire à investir davantage dans leur lutte contre le VIH, tandis que certains bailleurs de fonds ont détourné leur aide vers d'autres priorités. L'évolution de la pandémie et du contexte a placé la lutte contre le VIH à la croisée des chemins. Les progrès remarquables de la dernière décennie ne sont pas autosuffisants. Les décisions et les actions prises aujourd'hui auront un impact durable sur les efforts déployés par le monde pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.

Section 2. Lancement de l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031

82. L'actuelle *Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 - Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida*, fournit un cadre pour réduire les inégalités qui alimentent l'épidémie de sida et définit des actions prioritaires et des cibles fondées sur des données probantes pour atteindre l'ODD 3.3 d'ici à 2030. La stratégie 2021-2026 a été adoptée par consensus lors d'une session spéciale du CCP en 2021.
83. Plus tard, en 2021, la déclaration politique sur le VIH/sida a envisagé une réponse transformatrice pour mettre fin au sida en tant que « menace pour la santé publique d'ici à 2030 ». Les pays se sont mis d'accord sur une série d'objectifs pour 2025 qui les mettraient sur la voie de la réalisation de cet objectif d'ici 2030.

84. La prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida sera élaborée au cours de l'année 2025 et sera définitivement adoptée lors de la 57^e réunion du CCP en décembre 2025. En 2026, la prochaine réunion de haut niveau sur le VIH/sida se tiendra à l'Assemblée générale des Nations unies, où les pays s'engageront à mettre en œuvre la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 et à atteindre des objectifs spécifiques d'ici à 2030.

S'appuyer sur les travaux de l'ONUSIDA en 2024 pour élaborer la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida en 2025

85. Tout au long de l'année 2024, l'ONUSIDA a jeté les bases de l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida par le biais : (1) de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, soulignant la nécessité d'accélérer encore l'action sur la prévention du VIH et les catalyseurs sociétaux tout en continuant à faire progresser et à pérenniser les acquis en matière de traitement du VIH ; (2) de la mise en place d'une équipe spéciale mondiale sur les objectifs pour 2030 ; et (3) de l'appui aux pays pour l'élaboration de feuilles de route sur la durabilité.

Élaborer des objectifs 2030 pour la prochaine phase de la riposte au sida

86. Le Programme commun de l'ONUSIDA a convoqué une équipe spéciale mondiale de haut niveau composée d'experts de premier plan dans la riposte au VIH afin d'élaborer un ensemble d'objectifs fondés sur des données probantes pour 2030. Les objectifs du processus de développement des objectifs sont de générer un consensus autour d'objectifs clés qui permettront de :
- veiller à ce que les pays réduisent de manière significative les nouvelles infections et les décès liés au sida d'ici à 2030 ;
 - assurer la pérennité de la riposte au VIH au-delà de 2030 ; et
 - estimer l'impact potentiel de ces objectifs et les besoins mondiaux en ressources pour 2026-2030.
87. L'équipe spéciale mondiale, coprésidée par Chewe Luo et Michel Kazatchkine, est composée de 33 experts issus de gouvernements, de la société civile et de réseaux de personnes vivant avec ou affectées par le VIH, d'experts en santé publique et de bailleurs de fonds multilatéraux ou bilatéraux, soutenus par un groupe d'experts en métrologie. L'équipe a commencé ses travaux en mars 2024 et achèvera son mandat limité dans le temps d'ici décembre 2024.
88. Les coprésidents ont présenté les actions entreprises par l'équipe pour élaborer la série d'objectifs recommandés pour 2030 lors d'une réunion d'information sur les missions en octobre 2024, à laquelle ont participé plus de 150 intéressés. Les commentaires et les conseils reçus des membres du CCP, des Coparrainants et de la société civile alimenteront le travail de l'équipe.
89. Les objectifs proposés pour 2030 s'appuieront sur les objectifs de 2025, veilleront à ce que les objectifs restent pertinents pour les pays et les programmes, s'articuleront avec les stratégies et les objectifs existants du système des Nations unies dans son ensemble pour soutenir la cohésion et la coordination globales, et fourniront un cadre équilibré, mesurable, fondé sur des données probantes et sur les droits humains pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique.

90. Ce processus constituera une contribution essentielle à l'élaboration de la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida. Les objectifs élaborés par l'équipe spéciale mondiale mettront en évidence ce que la riposte au VIH doit réaliser d'ici 2030 et la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 décrira la manière dont ces objectifs peuvent être atteints.

Durabilité de la riposte au VIH

91. En 2015, le monde s'est engagé à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 en adoptant l'ODD 3.3. La prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida couvrira les cinq dernières années précédant cette échéance et doit permettre au monde de pérenniser les résultats de la riposte au VIH après 2030.
92. La viabilité politique, financière et programmatique nécessitera des visions immédiates, à moyen et à long terme pour atteindre les objectifs de 2025, maintenir et accélérer les progrès jusqu'en 2030 et mettre en place des systèmes renforcés permettant des réponses efficaces et de plus en plus prises en charge par les pays après 2030.
93. En 2024, l'ONUSIDA a travaillé en étroite collaboration avec les pays pour commencer à élaborer des feuilles de route individuelles sur la viabilité à long terme de la riposte au VIH. Les feuilles de route sont destinées à s'appuyer sur les partenariats régionaux et mondiaux pour mettre en place des ripostes durables au VIH. Elles fourniront des cadres permettant à tous les acteurs concernés d'aligner leurs plans d'action sur des visions globales propres à chaque pays, et esquisseront des voies permettant aux pays de tirer parti de la collaboration et des ressources multisectorielles à l'intérieur de leurs frontières, en accordant un rôle particulier aux communautés.
94. Elles veilleront à ce que la planification de la durabilité soit intégrée dans tous les aspects de la riposte au VIH. Elles indiqueront également les transformations nécessaires pour que ces réponses puissent s'adapter à l'évolution des épidémies et des environnements sociaux et financiers. Ce faisant, les feuilles de route reconnaîtront que les stratégies et les modalités de mise en œuvre requises pour développer les services de prévention et de traitement afin d'atteindre l'objectif de 2030 seront différentes de celles nécessaires pour assurer la viabilité à long terme.
95. Alors que les pays cherchent à renforcer et à pérenniser leur riposte au VIH, les processus de la feuille de route mettront également en évidence les priorités et les domaines de travail qui doivent inspirer le processus de fixation des objectifs et l'élaboration de la prochaine stratégie mondiale de lutte contre le sida.

Vision, calendrier et processus pour l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida

96. La prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida fixera les priorités mondiales pour la période allant jusqu'à 2030 et au-delà, ainsi que l'aboutissement des ODD, y compris l'objectif consistant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Cette stratégie guidera les pays, les communautés, les bailleurs de fonds, les décideurs politiques et les intéressés dans la prochaine phase de la riposte au VIH.
97. La prochaine stratégie envisagera un mouvement mondial unifié pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique, un mouvement qui sera guidé par l'innovation, l'équité et l'engagement à éliminer les inégalités qui alimentent la

pandémie. La stratégie sera un appel à l'action pour redéfinir ce que nous pouvons réaliser ensemble dans les années à venir et pour réimaginer les moyens d'y parvenir, notamment en impliquant des intéressés au-delà de l'« espace sida » traditionnel.

98. La stratégie sera élaborée dans le cadre d'un processus inclusif et multipartite au cours de l'année 2025. Cinq phases guideront le processus, qui comprend de multiples points d'entrée pour la consultation des intéressés concernés. Les intéressés du CCP auront l'occasion de contribuer à l'élaboration de la stratégie au cours de la phase de délimitation du champ d'application et d'élaboration des propositions, ainsi qu'à l'occasion de deux consultations multipartites qui se tiendront au printemps et à l'automne 2025.

Illustration 6. Calendrier de la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA



99. Le CCP recevra les grandes lignes de la stratégie proposée pour examen et commentaires lors de sa 56e réunion en juin 2025 et il est prévu qu'il adopte la stratégie lors de sa 57e réunion en décembre 2025.
100. L'ONUSIDA élaborera la stratégie en suivant une approche progressive et consultative.
- **Phase 1 : Délimitation et recherche de solutions (janvier - mars 2025).** Les consultations sur les domaines thématiques clés de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida permettront d'identifier clairement les problèmes et de trouver des solutions auprès de nombreux intéressés afin de progresser vers les objectifs de haut niveau et les cibles de 2030. Les intéressés des différents secteurs de la lutte contre le VIH seront invités à contribuer à ces groupes thématiques.
 - **Phase 2 : Sélection et hiérarchisation (avril - mai 2025).** Les propositions émanant des groupes thématiques et d'une consultation multipartite (y compris avec les intéressés du CCP), qui se tiendra au printemps 2025, contribueront à l'élaboration d'une ébauche de la stratégie.

- **Phase 3 : Élaboration des grandes lignes et proposition au CCP (juin 2025).** Le CCP examinera et fournira des commentaires sur le projet de stratégie. Les commentaires permettront de finaliser le cadre et d'élaborer la stratégie finale.
- **Phase 4 : Rédaction et consultations finales sur le projet de stratégie (septembre - octobre 2025).** Une deuxième consultation multipartite (y compris avec les intéressés du CCP) sera organisée pour finaliser la stratégie en vue de son adoption.
- **Phase 5 : Soumission et approbation du CCP (novembre - décembre 2025).** La stratégie finale sera communiquée au CCP pour adoption lors de sa 57e réunion.

101. Le processus par étapes permettra des consultations inclusives avec les intéressés concernés dans le cadre d'un exercice plus court et plus concis que les années précédentes, en tenant compte à la fois des contraintes de ressources et des leçons tirées de l'expérience.

Section 3. Le cadre unifié du budget, des résultats et de la responsabilité 2027-2031 (UBRAF) et le réexamen du modèle de fonctionnement du Programme commun

102. En complément et parallèlement à l'élaboration de la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida et au processus de définition des objectifs, un nouveau cadre stratégique visant à rendre opérationnel le travail du Programme commun sera élaboré pour la période 2027-2031.
103. Le Programme commun - et la riposte au VIH - est à la croisée des chemins. Il est plus que jamais essentiel que l'ONUSIDA soit résilient et adapté à ses objectifs et qu'il incarne l'esprit d'innovation, de multisectorialité et de solidarité mondiale qui a permis à la riposte au VIH d'être si proche de l'élimination du sida en tant que menace pour la santé publique. Le Programme commun doit s'appuyer sur ses modèles de meilleures pratiques en matière de collaboration et de coordination au sein du système des Nations unies, tout en veillant à ce qu'il évolue pour s'adapter à l'évolution des contextes épidémiques, politiques, sociaux et économiques.
104. L'UBRAF 2022-2026, approuvé par le CCP lors de sa 48e réunion, articule la contribution du Programme commun à la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. L'UBRAF est en outre accompagné de plans de travail et de budgets biennaux afin de garantir que le Programme commun puisse apporter sa contribution.
105. Le financement de l'UBRAF au cours de cette période est resté bien en deçà du budget de base approuvé, à savoir un budget de base de 187 millions de dollars et un budget complet de 210 millions de dollars. Les contributions de base prévues pour 2024 s'élèvent à 140 millions de dollars, soit un déficit de 20 millions de dollars par rapport au budget de base réduit convenu de 160 millions de dollars. Les contributions de base pour 2025 devraient s'élever à environ 135 millions de dollars.
106. Le Programme commun joue un rôle essentiel dans la capacité du monde à atteindre l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030. Le prochain cadre destiné à rendre opérationnelle la contribution du Programme commun à la stratégie mondiale de lutte contre le sida doit tenir compte de l'évolution de l'épidémie de VIH, des ripostes et des besoins des pays dans un contexte plus large, tout en gérant une situation de financement difficile.

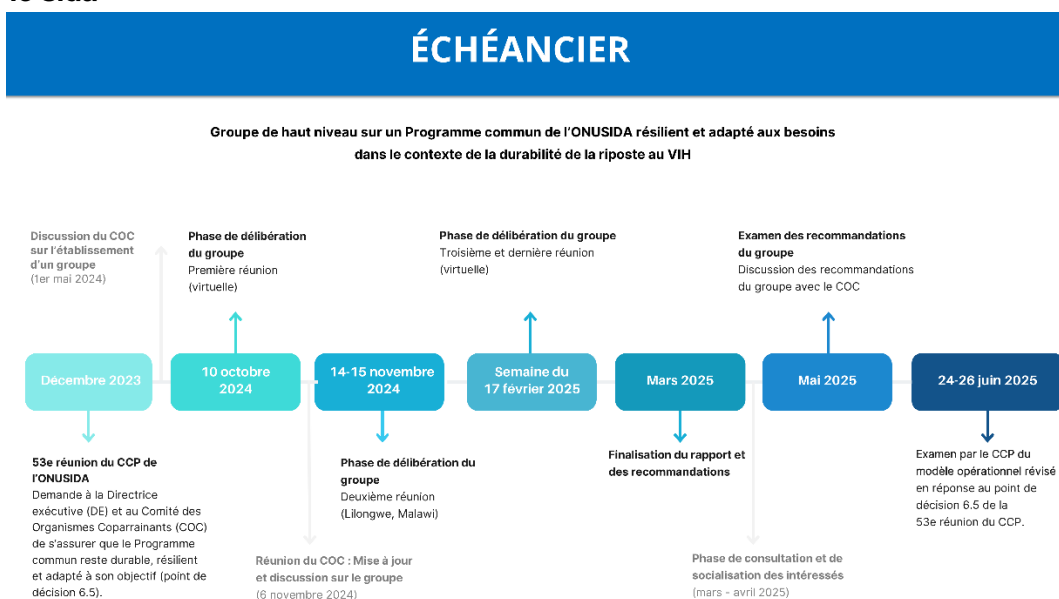
107. S'appuyant sur les expériences passées,^{vi} le CCP, lors de sa 50e réunion, a demandé à la Directrice exécutive de l'ONUSIDA d'établir un groupe de travail pour guider et soutenir l'élaboration du prochain UBRAF. À l'époque, le CCP avait proposé que ce groupe de travail soit opérationnel d'ici janvier 2025.
108. Compte tenu du calendrier d'élaboration de la nouvelle Stratégie mondiale de lutte contre le sida, comme décrit ci-dessus, ainsi que des processus complémentaires importants en cours qui devraient façonner la vision et le modèle opérationnel révisé du Programme commun pour les années à venir, il est recommandé que le groupe de travail chargé de l'élaboration de l'UBRAF 2027-2031^{vii} soit mis en place d'ici septembre 2025.
109. Ce calendrier permettra au Programme commun, sous la direction du groupe de travail externe, de s'appuyer sur les conclusions de plusieurs processus, tels que
- le rapport annuel du Bureau de l'évaluation, y compris l'étude documentaire des évaluations du Programme commun, à présenter au CCP lors de sa 55e réunion ;
 - les conclusions du groupe de haut niveau sur un Programme commun résilient et adapté dans le contexte de la durabilité de la riposte au VIH ; et
 - l'ébauche et l'élaboration complète de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et le retour d'information connexe du CCP en juin 2025 ;
110. **Examen des évaluations du Programme commun de l'ONUSIDA (2024).** Le Bureau de l'évaluation de l'ONUSIDA a entrepris une étude consolidant les données de 21 évaluations réalisées au cours des quatre dernières années. Cet examen rassemble les preuves des réalisations, des défis et des enseignements tirés des contributions du Programme commun conformément à son mandat et à la stratégie mondiale actuelle de lutte contre le sida. Le Bureau de l'évaluation rend compte au CCP de l'étude documentaire dans le rapport annuel du Bureau de l'évaluation lors de la 55e réunion du CCP (UNAIDS/PCB (55)/24.24). Une réponse de la direction au rapport d'évaluation sera également fournie au CCP pour examen (UNAIDS/PCB (55)/24.25). Ces documents, ainsi que toute décision connexe du CCP, éclaireront l'élaboration du prochain UBRAF afin de s'assurer qu'il tire parti des points forts de l'ONUSIDA et qu'il aborde les domaines à améliorer.
111. **Le groupe de haut niveau sur un Programme commun de l'ONUSIDA résilient et adapté dans le contexte de la durabilité de la riposte au VIH.** Lors de sa 53e réunion, le CCP a demandé à la Directrice exécutive et au Comité des Organismes Coparrainants (COC) de : « veiller à ce que le Programme commun reste durable, résilient et adapté à son objectif, en réexaminant le modèle opérationnel, avec l'appui d'une facilitation par des experts externes et par le biais de consultations appropriées, y compris avec les membres du CCP et les participants, faire rapport lors de la réunion du CCP de juin 2025 avec des recommandations qui tiennent compte du contexte des réalités financières et des risques pour le Programme commun et des recommandations pertinentes du Corps commun d'inspection, en reconnaissant l'importance des conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida et de l'élaboration d'une stratégie à long terme à l'horizon 2030 et au-delà, dans l'alignement du Programme commun ».

^{vi} Des informations sur les groupes de travail techniques du CCP chargés d'examiner et d'élaborer le cadre de résultats et de redevabilité de l'UBRAF 2022-2026 et de l'UBRAF 2016-2021 sont disponibles à l'adresse suivante : [Sous-comités et groupes de travail du CCP | ONUSIDA](#).

^{vii} Tout en notant que la portée, le cadre, la structure et le nom exacts du cadre d'action du Programme commun pour 2027-2031 peuvent évoluer, il est fait référence dans le présent document au prochain Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités de l'ONUSIDA (UBRAF) pour faciliter la référence et l'alignement sur le point de décision du CCP correspondant.

112. En réponse, la Directrice exécutive et le Directeur général de l'Organisation internationale du travail, au nom du COC, ont convoqué un groupe de haut niveau composé de divers intéressés afin d'examiner l'évolution de la pandémie de VIH, la riposte mondiale au sida et les besoins et priorités des pays dans le contexte général du mandat du Programme commun, tel qu'il a été défini par le Conseil économique et social des Nations unies (ECOSOC).^{viii}
113. Le groupe est coprésidé par Erika Castellanos, directrice exécutive de GATE (Global Action for Trans Equality), l'ambassadeur John Nkengasong, coordinateur américain de la lutte contre le sida au niveau mondial, haut responsable du bureau pour la sécurité sanitaire mondiale et la diplomatie, et S.E. M. Cleopa Kilonzo Mailu, ancien secrétaire d'État à la santé et ancien représentant permanent du Kenya auprès des Nations unies à Genève. Le mandat du groupe de haut niveau est disponible en ligne.
114. Le groupe a commencé ses travaux en octobre 2024. Il devrait fournir une série de recommandations sur le modèle de fonctionnement du Programme commun d'ici juin 2025, qui seront reçues par la Directrice exécutive et le COC. Sur la base de ces recommandations, la Directrice exécutive et le COC feront rapport à la 56e réunion du CCP en juin 2025 sur le réexamen du modèle de fonctionnement pour examen par le Conseil. Ce processus constituera une contribution importante à l'élaboration du nouvel UBRAF 2027-2031.

Illustration 7. Calendrier détaillé de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida



^{viii} L'ONUSIDA est chargé, en vertu de la résolution 1994/24 de l'ECOSOC, de : (a) Assurer un leadership mondial dans la lutte contre l'épidémie ; (b) Atteindre et promouvoir un consensus mondial sur les approches politiques et programmatiques ; (c) Renforcer la capacité du système des Nations unies à suivre les tendances et à veiller à ce que des politiques et des stratégies appropriées et efficaces soient mises en œuvre au niveau national ; (d) Renforcer la capacité des gouvernements nationaux à élaborer des stratégies nationales globales et à mettre en œuvre des activités efficaces de lutte contre le VIH/sida au niveau national ; (e) promouvoir une large mobilisation politique et sociale pour prévenir et combattre le VIH/sida dans les pays, en veillant à ce que les réponses nationales impliquent un large éventail de secteurs et d'institutions ; et (f) plaider en faveur d'un plus grand engagement politique dans la lutte contre l'épidémie aux niveaux mondial et national, y compris la mobilisation et l'allocation de ressources adéquates pour les activités liées au VIH/sida.

115. Comme prévu, un plan de travail et un budget UBRAF transitoires d'un an pour 2026 seront également présentés lors de la 56e réunion du CCP. Le plan de travail et le budget biennal actuels de l'UBRAF couvrent la période 2024-2025. Le plan d'un an assurera la transition entre la stratégie actuelle et la nouvelle stratégie. Il offrira la souplesse nécessaire pour répondre à l'évolution de la situation au cours de la préparation du nouveau cadre UBRAF.

Conclusion

116. Au cours des 12 prochains mois, les processus complémentaires décrits dans le présent document - le processus de définition des objectifs, l'élaboration de la prochaine Stratégie mondiale de lutte contre le sida, la révision du modèle opérationnel du Programme commun et le nouveau cadre d'action pour rendre opérationnelle la contribution du Programme commun - définiront collectivement l'orientation stratégique de la riposte au VIH à l'horizon 2030 et au-delà, y compris la contribution du système multilatéral. Les synergies et les gains d'efficacité dans l'ensemble de ces processus seront essentiels pour accélérer les progrès en vue d'atteindre nos objectifs.

Les enjeux et les attentes pour les communautés que nous servons sont immensément élevés, mais la force de la détermination du Programme commun et l'engagement du monde à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique le sont tout autant.

Propositions de décisions

117. Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :
- *Prendre note* du rapport sur les conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 (UNAIDS/PCB (55)/24.28) ;
 - Sur la base des conclusions de l'examen à mi-parcours de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026, de l'état d'avancement du processus de définition des objectifs pour 2030 et de l'examen en cours du modèle opérationnel du Programme commun, *demander* à la Directrice exécutive de :
 - *présenter* l'ébauche annotée de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031, qui doit être élaborée dans le cadre d'un processus consultatif multipartite, pour examen par le CCP lors de sa 56e réunion en juin 2025 ;
 - *présenter* le plan de travail et le budget transitoires d'un an de l'UBRAF pour 2026, dans le cadre de l'UBRAF actuel, lors de la 56e réunion du CCP ;
 - rappelant la décision 7.5 de la 50e réunion du CCP, *établir* un groupe de travail pour le développement du prochain UBRAF qui devra être opérationnel d'ici septembre 2025 ; et
 - Rappelant le point de décision 6.5 de la 53e réunion du CCP, *attendre avec impatience* le rapport sur les recommandations issues de l'examen du modèle opérationnel du Programme commun par le Groupe de haut niveau sur un Programme commun de l'ONUSIDA résilient et adapté à son objectif dans le contexte de la durabilité de la riposte au VIH lors de la 56e réunion du CCP.

[Fin du document]

Références

- ¹ Rapport mondial actualisé sur le sida : L'urgence d'aujourd'hui : le sida à la croisée des chemins. Genève : ONUSIDA, 2024 (<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>).
- ² Déclaration politique sur le VIH et le sida : mettre fin aux inégalités et s'engager sur la voie de l'éradication du sida d'ici à 2030. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 8 juin 2021. A/RES/75/284. New York : Assemblée générale des Nations Unies ; 2021.
- ³ Une incidence élevée du VIH correspond à une ou plusieurs nouvelles infections pour 100 années-personnes. Une incidence modérément élevée correspond à 0,3 - 0,99 nouvelle infection pour 100 années-personnes.
- ⁴ Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Cogan M, et al. The case for investing in the male condom. *PLoS One*. 2017 ;12(5):e0177108.
- ⁵ Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. *Gates Open Res*. 2022 ;5:91.
- ⁶ Understanding the global condom landscape. Seattle et Genève : Mann Global Health ; 2024.
- ⁷ Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. *Gates Open Res*. 2022 ;5:91.
- ⁸ Bansi-Matharu L, Mudimu E, Martin-Hughes R, Hamilton M, Johnson L, Ten Brink D, et al. Cost-effectiveness of voluntary medical male circumcision for HIV prevention across sub-Saharan Africa: results from five independent models. *Lancet Glob Health*. 2023 ;11(2):e244–e255.
- ⁹ Analyse spéciale réalisée par Avenir Health à l'aide du modèle Goals, novembre 2023.
- ¹⁰ Le rôle de la suppression virale du VIH dans l'amélioration de la santé individuelle et la réduction de la transmission : note d'information. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
- ¹¹ Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023;402(10400):464–471.
- ¹² Anderson RM, May RM. Epidemiological parameters of HIV transmission. *Nature*. 1988 ;333:514–519.
- ¹³ Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N, et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2023 ;10(8):e528–e542.
- ¹⁴ Stevens O, Sabin K, Anderson R, Arias Garcia S, Willis K, Rao A, et al. Population size, HIV prevalence, and ART coverage among key populations in sub-Saharan Africa: collation and synthesis of survey data 2010–2023. *medRxiv*; 2022 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.07.27.22278071v2>).
- ¹⁵ Kitenge MK, Fatti G, Eshun-Wilson I, Aluko O, Nyasulu P. Prevalence and trends of advanced HIV disease among ART-naïve and ART-experienced patients in South Africa between 2010–2021: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2023 ;23(1):549.
- ¹⁶ Stelzle D, Rangaraj A, Jarvis J, Razakaso N, Low-Beer D, Doherty M, et al. High prevalence of advanced HIV disease in sub-Saharan Africa: an analysis of household surveys. Résumé 196. Présenté lors de la conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, 3-6 mars 2024, Denver, Colorado.
- ¹⁷ Moolla H, Davies M-A, Davies C, Euvrard J, Prozesky HW, Fox MP, et al. The effect of unplanned care interruptions on the mortality of adults resuming ART in South Africa: a survival analysis. Résumé OAC0104. Présenté lors de la 12e conférence de l'International AIDS Society sur la science du VIH, 23-26 juillet 2023, Brisbane, Australie.
- ¹⁸ Abdulrahman SA, Ganasegeran K, Rampal L, Martins OF. HIV treatment adherence: a shared burden for patients, health-care providers, and other stakeholders. *AIDS Rev*. 2019 ;21:28–39.
- ¹⁹ Stangl AL, Pliakas T, Izazola-Licea JA, Ayala G, Beattie TS, Ferguson L, et al. Removing the societal and legal impediments to the HIV response: an evidence-based framework for 2025 and beyond. *PLoS One*. 2022;17(2):e0264249.
- ²⁰ Baggaley R, Armstrong A, Dodd Z, Ngoksin E, Krug A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(2 Suppl 1):19438.
- ²¹ Risks, rights and health: supplement. New York : Global Commission on HIV and the Law ; 2018 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf).
- ²² Hear us out : community measuring HIV-related stigma and discrimination—global report 2023. Amsterdam : Global Network of People Living with HIV ; 2023 (<https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2023/11/PLHIV-StigmaIndex-Global-Report-2023-3.pdf>).
- ²³ Estimations de la prévalence de la violence à l'égard des femmes, 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>).
- ²⁴ Kuchukhidze S, Panagiotoglou D, Boily MC, Diabaté S, Imai-Eaton JW, Stöckl H, et al. Characteristics of male perpetrators of intimate partner violence and implications for women's HIV status: a pooled analysis of cohabiting couples from 27 countries in Africa (2000–2020). *PLOS Glob Public Health*. 2023 ;3(9):e0002146.

-
- ²⁵ Cluver LD, Zhou S, Orkin M, Rudgard W, Meinck F, Langwenya N, et al. Impacts of intimate partner violence and sexual abuse on antiretroviral adherence among adolescents living with HIV in South Africa. *AIDS*. 2023;37(3):503–511.
- ²⁶ Meilleures pratiques : modèles d'intégration des services de santé sexuelle et reproductive, de lutte contre le VIH et violences liées au genre dans quatre pays. New York : Fonds des Nations unies pour la population ; 2022 (<https://esaro.unfpa.org/en/publications/best-practices-models-integration-srhr-hiv-and-gbvservices-four-countries>).
- ²⁷ Combattre les violences liées au genre à l'encontre des femmes et des personnes d'identité et d'expression sexuelles diverses qui consomment des drogues : document d'information. Vienne : Office des Nations unies contre la drogue et le crime ; 2023 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2023/2314425E_eBook.pdf).
- ²⁸ Hatcher AM, Woollett N, Pallitto CC, Mokoatle K, Stockl H, Garcia-Moreno C. Willing but not able: patient and provider receptiveness to addressing intimate partner violence in Johannesburg antenatal clinics. *J Interpers Violence*. 2019 ;34:1331–1356.
- ²⁹ Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S, et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. *PLoS One*. 2021;16(12):e0260555
- ³⁰ https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/20141201_GIPAprinciple
- ³¹ People under attack 2023: a report based on data from the CIVICUS Monitor. Johannesburg : CIVICUS: Alliance mondiale pour la participation citoyenne ; 2023 (<https://civicusmonitor.contentfiles.net/media/documents/GlobalFindings2023.pdf>).
- ³² Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, Stepanova A, Lamontagne E, Yakusik A, et al. Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021 ;18:e1003836.
- ³³ National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (<https://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- ³⁴ Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, Stepanova A, Lamontagne E, Yakusik A, et al. Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021;18:e1003836.
- ³⁵ Rapport sur la tuberculose dans le monde 2023. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>).
- ³⁶ Policy brief : consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053274>).
- ³⁷ Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Faire progresser la santé mondiale et renforcer la riposte au VIH à l'ère des objectifs de développement durable : Commission de l'International AIDS Society-Lancet. *Lancet*. 2018;392(10144):312–358.
- ³⁸ Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, Phelps BR, Minior T. Integrating global HIV services with primary health care : a key step in sustainable HIV epidemic control. *Lancet Glob Health*. 2023 ;11(7):e1120–e1124.
- ³⁹ Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Faire progresser la santé mondiale et renforcer la riposte au VIH à l'ère des objectifs de développement durable : Commission de l'International AIDS Society– Lancet. *Lancet*. 2018;392(10144):312–358.
- ⁴⁰ Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, Stepanova A, Lamontagne E, Yakusik A, et al. Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2021;18:e1003836.
- ⁴¹ Nkhoma L, Sitali DC, Zulu JM. Integration of family planning into HIV services: a systematic review. *Ann Med*. 2022;54(1):393–403.
- ⁴² Zakumumpa H, Rujumba J, Amde W, Damian RS, Maniple E, Ssengooba F. Transitioning health workers from PEPFAR contracts to the Uganda government payroll. *Health Policy Plan*. 2021;36(9):1397–1407.
- ⁴³ Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Faire progresser la santé mondiale et renforcer la riposte au VIH à l'ère des objectifs de développement durable : Commission de l'International AIDS Society-Lancet. *Lancet*. 2018;392(10144):312–358.
- ⁴⁴ Neel AH, Rodríguez DC, Sikazwe I, Pillay Y, Barron P, Pereira SK, et al. HIV programme sustainability in southern and eastern Africa and the changing role of external assistance for health. *Health Policy Plan*. 2024;39(Suppl. 1):i107–i117.
- ⁴⁵ Larmarange J, Bachanas P, Skalland T, Balzer LB, Iwuji C, Floyd S, et al. Population-level viremia predicts HIV incidence at the community level across the Universal Testing and Treatment Trials in eastern and southern Africa. *PLOS Glob Public Health*. 2023 ;3(7):e0002157.
- ⁴⁶ Hladik W, Stupp P, McCracken SD, Justman J, Ndongmo C, Shang J, et al. The epidemiology of HIV population viral load in twelve sub-Saharan African countries. *PLoS One*. 2023 ;18(6):e02755600.
- ⁴⁷ Décrire « la fin du sida en tant que menace pour la santé publique » : rapport final d'une réunion de travail technique tenue à la Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, Massachusetts (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/02/Describing_End_of_AIDS_HArvard_Technical_Mtg_Edited_Layout_26_Feb_2024.pdf).

⁴⁸ Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Faire progresser la santé mondiale et renforcer la riposte au VIH à l'ère des objectifs de développement durable : Commission de l'International AIDS Society-Lancet. *Lancet*. 2018;392(10144):312–358.

⁴⁹ Oberth G, Whiteside A. What does sustainability mean in the HIV and AIDS response? *Afr J AIDS Res*. 2016;15(1):35–43.

⁵⁰ Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Faire progresser la santé mondiale et renforcer la riposte au VIH à l'ère des objectifs de développement durable : Commission de l'International AIDS Society-Lancet. *Lancet*. 2018;392(10144):312–358.

⁵¹ Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *Lancet*. 2015 ; 386:171–218.