

AGISSONS MAINTENANT

Pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies



Copyright: © 2020
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits de reproduction réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

ONUSIDA / JC2991F / Synthèse

SYNTHÈSE

Un virus mortel franchit la barrière des espèces et se propage sans bruit. D'abord, on ne fait pas grand-chose. Dénis, discrimination et discorde sapent toute réaction efficace. Les populations pauvres et marginalisées sont les plus exposées à l'infection et à la mort, tout en étant les moins capables d'affronter les répercussions plus vastes de la maladie. Le ressentiment et la frustration montent. Les émotions bouillonnent. Les manifestations se mettent en marche.

Lorsque le VIH est apparu comme pandémie mondiale, le changement a pris des années. Il a fallu attendre que les appels des activistes et le nombre de cercueils ne puissent plus être ignorés pour qu'un consensus et des engagements internationaux aboutissent enfin. Des actions de santé publique autrefois considérées impossibles sont devenues courantes.

Une crise de santé mondiale sans précédent exige une démarche à la hauteur.

Pour la COVID-19, le calendrier des débats et du changement a été réduit, passant de plusieurs années à quelques semaines.

Les systèmes de santé se mobilisent, les communautés se confinent et les économies entrent en récession. La COVID-19 rappelle au monde quelques vérités désagréables. Les femmes subissent des violences dans leur propre domicile. Les filles déscolarisées sont exposées à des pratiques dangereuses, comme le mariage précoce. La réglementation et les mesures politiques visant à maintenir l'ordre et la loi servent à harceler et à causer du tort aux minorités, pauvres et vulnérables. Les personnes qui travaillent dans l'économie informelle ne bénéficient d'aucun filet de sécurité et ne sont pas éligibles au chômage et à la protection maladie. On leur refuse les standards de santé et de sécurité sur leur lieu de travail.

Les efforts déployés pour abattre des siècles d'inégalités progressent lentement et restent sujets aux revers. Il a été trop facile au monde privilégié d'ignorer les entraves de la pauvreté, du racisme et du sexisme. L'avidité de la course à la croissance économique a trop aisément muselé les appels à l'action liés au changement climatique, les demandes d'accès étendu aux soins de santé et à des dispositifs de protection sociale renforcés.

Les frustrations bouillonnaient, les voilà qui débordent désormais. Nos sociétés en 2020 se débattent face à un changement rapide, et tout devient possible. Nous ne pouvons plus tolérer que des hommes de pouvoir agressent sexuellement de jeunes femmes. #MeToo. Le meurtre d'hommes noirs non armés par des policiers blancs ne constitue pas un usage raisonnable de la force. Black Lives Matter. Faisons face aux inégalités. Les manifestations remplissent à nouveau les rues.

Trop de manques marquent cette année charnière de la riposte au VIH

Les demandes de transformation sociale se multiplient, et la riposte mondiale au VIH atteint une étape primordiale. Il y a quatre ans, l'Assemblée générale des Nations Unies a convenu que mettre un terme à l'épidémie de sida d'ici 2030 exigeait d'accélérer le déploiement des services de lutte contre le VIH tout en favorisant un contexte de consolidation des droits et d'autonomie. Les objectifs intermédiaires devaient être atteints en 2020.

Des progrès notables sont enregistrés. Des douzaines de pays autour du monde dans des contextes économiques et épidémiologiques différents sont en bonne voie pour atteindre la plupart de ces engagements. Cela prouve combien les objectifs audacieux restent à la portée d'une réelle volonté politique combinée aux ressources financières et à l'implication communautaire. Ces pays ont en commun une détermination de leurs responsables politiques à propos du sida, la force d'engagement

des communautés pour riposter à la pandémie, une démarche multisectorielle fondée sur les droits et le recours récurrent aux preuves scientifiques pour guider une action concertée. Ces signes de réussite ne concernent pas uniquement la riposte au VIH de certains pays. Ce sont des enseignements offerts au monde qui se mobilise face à une nouvelle menace pandémique.

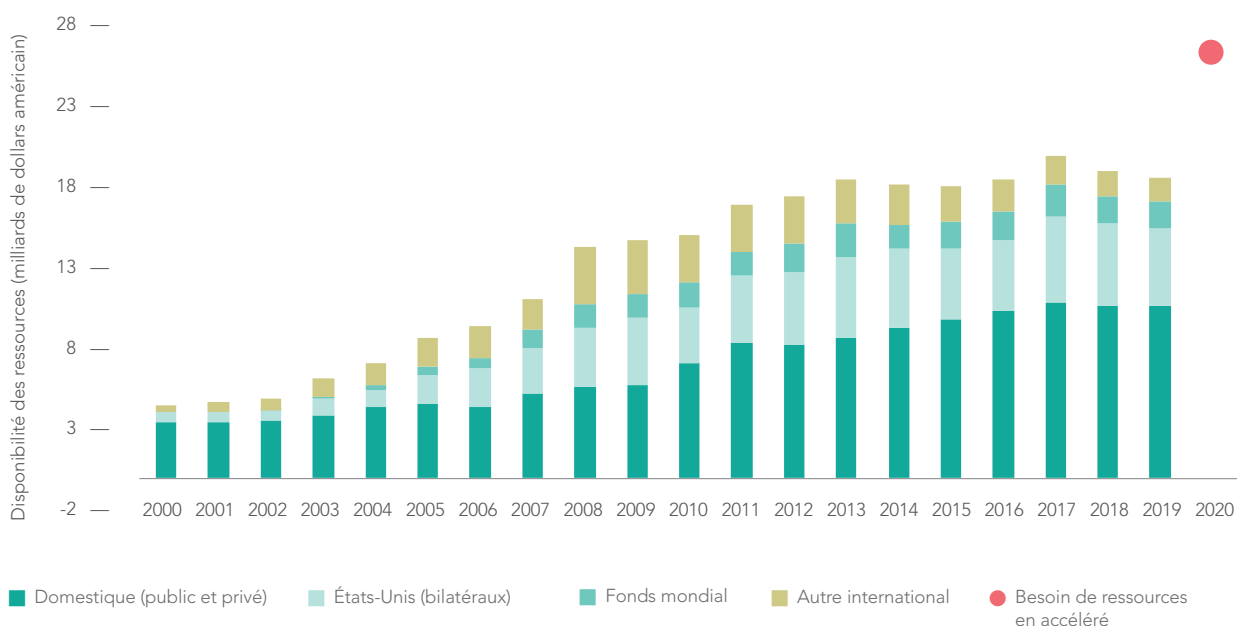
Pendant, la triste vérité demeure. L'échec de certains pays ou de certaines régions ternit la réussite des autres. Les données nationales cumulées à l'échelle de la planète, dont dispose l'ONUSIDA, indiquent que les pays ont investi trop peu de ressources, délivré trop peu de services et échoué à infléchir les courbes des nouvelles infections au VIH et le taux de mortalité lié au sida pour respecter la stratégie Accélérer de l'ONUSIDA.

Aucun des objectifs mondiaux fixés pour 2020 ne sera atteint.

Le manque de financement pour la riposte au VIH se creuse. L'enthousiasme généré par l'accord

FIGURE 0.1

Disponibilité des ressources et principales sources de financement pour le VIH dans les pays à faible et moyen revenu, 2000-2019, avec les besoins en ressources de l'objectif 2020



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2020 (voir <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
Note : Dollars américains constants de 2016.

1 Les estimations de ressources disponibles sont présentées en dollars américains 2016 pour rendre compte de l'inflation et pour pouvoir établir une comparaison avec les objectifs fixés par l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Déclaration politique 2016 sur le VIH et le sida.

mondial sur les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en 2000 s'est dilué dans la phase ODD. L'augmentation des ressources destinées à la riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire a d'abord fait une pause en 2017 avant la baisse de 7 % des investissements entre 2017 et 2019.¹ En 2019, le total des investissements consacrés à la riposte au VIH dans ces pays s'élevait à environ 70 % de l'objectif 2020 fixé par l'Assemblée générale des Nations Unies (Figure 0.1). Les facilitateurs clés d'une riposte efficace au VIH, que sont l'accès à l'éducation et l'accès à la santé, ainsi que les systèmes législatif et judiciaire qui protègent les droits de la fraction la plus marginalisée de la société, demeurent

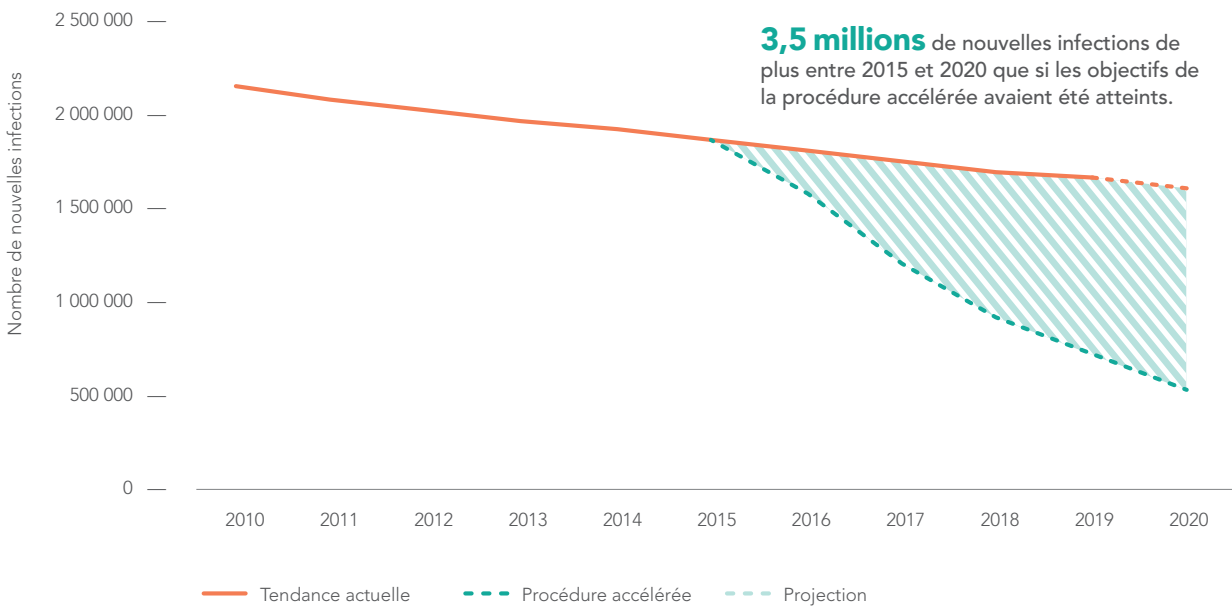
négligés dans des dizaines de pays et de régions.

Cet échec collectif à investir suffisamment dans une riposte au VIH, qui soit exhaustive et repose sur les droits présente une facture terriblement élevée : 3,5 millions d'infections au VIH supplémentaires, 820 000 décès supplémentaires liés au sida entre 2015 et 2020, par rapport aux objectifs mondiaux (Figures 0.2 and 0.3).

La voie de la réussite reste grande ouverte. Le monde peut mieux faire.

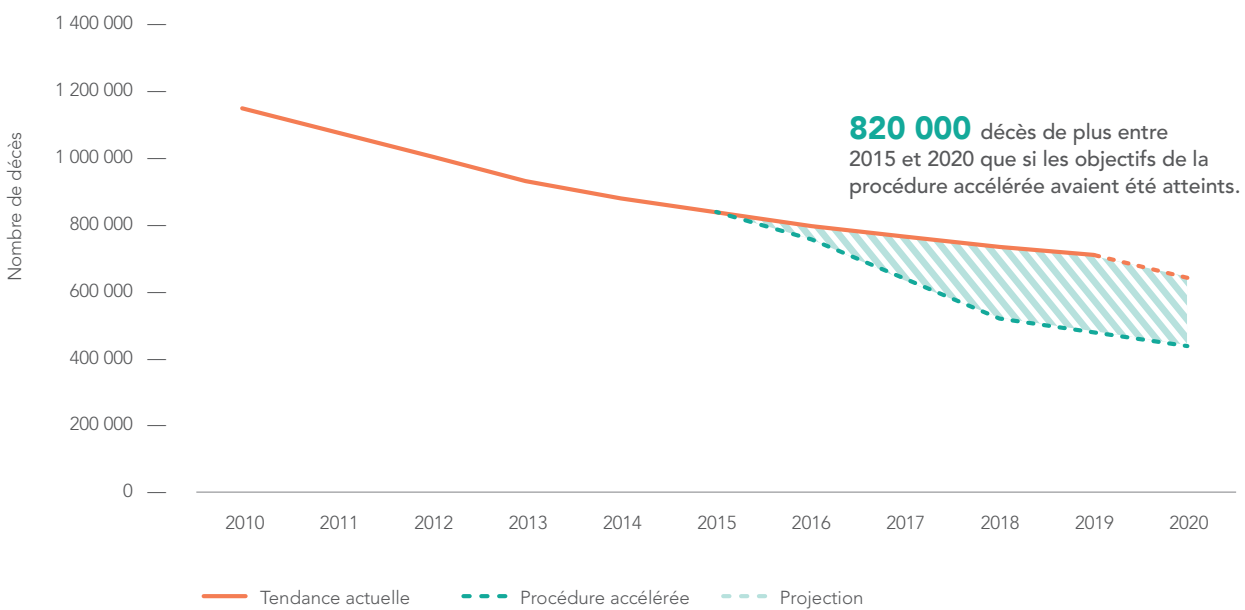


FIGURE 0.2
Nouvelles infections à VIH prévues jusqu'en 2020, et prévisions modélisées résultant des interventions accélérées, au niveau mondial, 2010-2020



Source : Analyse spéciale réalisée par *Avenir Health* à partir des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 0.3
Décès liés au sida prévus jusqu'en 2020, et prévisions modélisées résultant des interventions accélérées, au niveau mondial, 2010-2020



Note : Les méthodes d'estimation de la mortalité liée au sida ont été améliorées depuis 2016. En conséquence, les estimations les plus récentes de la mortalité liée au sida (ligne orange) sont inférieures avant 2016 aux estimations qui ont été utilisées pour calculer les objectifs de 2020 (ligne verte en pointillés).
 Source : Analyse spéciale réalisée par *Avenir Health* à partir des estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Objectifs : 90-90-90

Le premier des dix engagements majeurs de l'Assemblée générale des Nations Unies dans sa Déclaration politique 2016 sur le VIH et le sida réside dans cet objectif 90-90-90. Il vise à apporter les tests de dépistage du VIH et le traitement à l'immense majorité de personnes vivant avec le VIH d'ici 2020 et à réduire le taux de VIH dans leur organisme à un niveau indétectable qui leur permette de vivre en bonne santé sans propager le virus.

À la fin de l'année 2019, 13 pays répartis dans trois régions avaient atteint ce triple objectif à leur échelle nationale, c'est-à-dire que 73 % des personnes vivant avec le VIH présentaient durablement une charge virale indétectable. Une grande diversité émerge de ces pays : l'Australie, le Botswana, le Cambodge, l'Espagne, l'Eswatini, l'Irlande, la Namibie, l'Ouganda, les Pays-Bas, le Rwanda, la Thaïlande, la Zambie et le Zimbabwe. Tous se sont appuyés sur des données épidémiologiques et issues de programmes pour approfondir les connaissances et apporter des services de lutte contre le VIH aux populations marginalisées et mal desservies. De manière impressionnante, l'Eswatini dépasse l'objectif 95-95-95 fixé pour 2030 à l'échelle nationale : 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur état sérologique vis-à-vis du VIH, 95 % de ces personnes sont sous traitement et 95 % des personnes sous traitement présentent une charge virale indétectable.

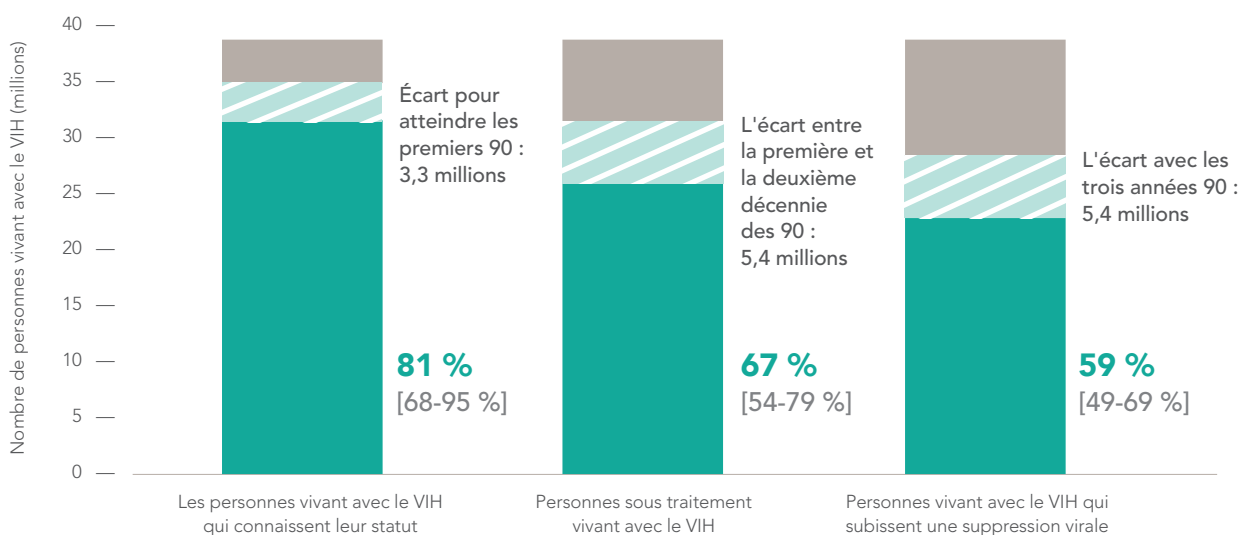
La cascade du dépistage suivi de traitements contre le VIH enregistre incontestablement des réussites à l'échelle planétaire. À la fin de l'année 2019, 81 % [68 à 95 %] des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique à cet égard et plus des deux tiers (67 % [54 à 79 %]) suivaient une thérapie antirétrovirale, soit environ 25,4 millions [24,5 à 25,6 millions] sur les 38 millions [31,6 à 44,5 millions] de personnes vivant avec le VIH. Ce nombre a plus que triplé depuis 2010.

La nette amélioration de l'efficacité des traitements et l'augmentation du nombre de personnes connaissant leur statut sérologique et sous traitement expliquent la hausse de 44 % (ou 18 points de pourcentage) du nombre de personnes présentant une charge virale indétectable parmi celles vivant avec le VIH, entre 2015 et 2019. Près de 59 % [49 % à 69 %] des personnes vivant avec le VIH dans le monde présentent une charge virale indétectable en 2019 (Figure 0.4).

On estime que l'accès à la thérapie antirétrovirale a évité 12,1 millions de décès liés au sida depuis 2010. L'estimation de 690 000 [500 00 à 970 000] vies perdues à cause de maladies opportunistes dans le monde depuis 2019 est au plus bas depuis 1993, en baisse de 39 % par rapport à 2010. Mais le nombre reste scandaleusement élevé (Figure 0.6).

FIGURE 0.4

Dépistage et traitement du VIH en cascade, au niveau mondial, 2019



LES INNOVATIONS DE LA THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE AMÉLIORENT LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT

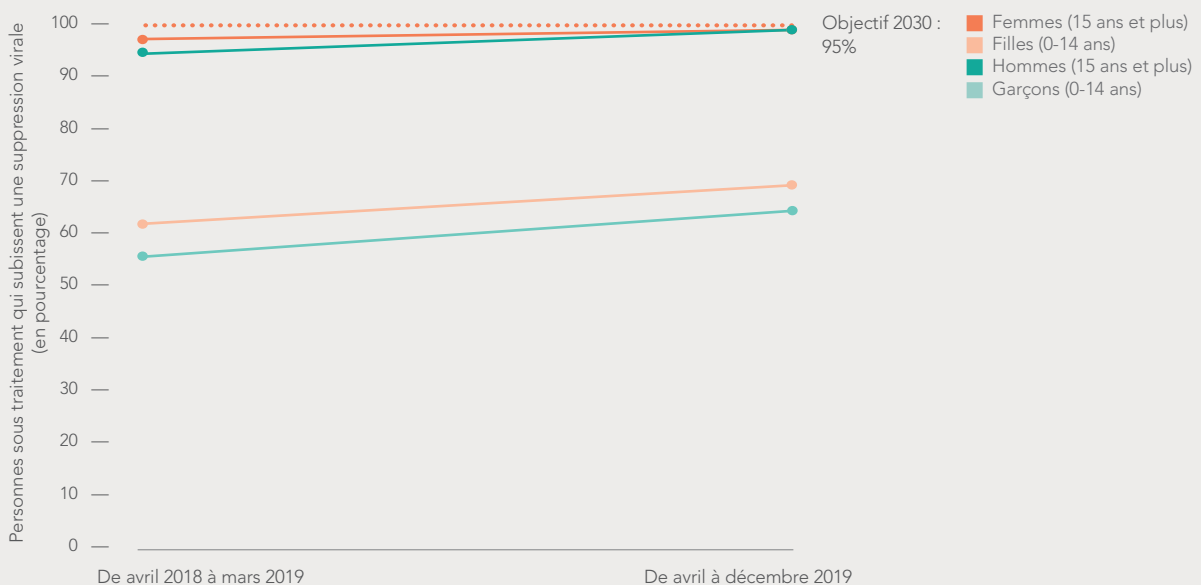
L'intégration du dolutegravir dans la combinaison à dose fixe des médicaments antirétroviraux entraîne une meilleure tolérance et moins d'interruption du traitement tout en étant davantage corrélée à une suppression rapide de la charge virale que les autres traitements antirétroviraux de première intention actuellement prescrits. Le taux de charge virale indétectable supérieur chez les personnes sous traitement au Malawi est à mettre au crédit des effets du dolutegravir (Figure 0.5).

Un traitement très prometteur se concrétise et approche de l'étape finale. Les médicaments contre le VIH à prendre une fois par mois, voire moins fréquemment, pourraient bientôt être à disposition des personnes vivant avec le VIH. Cette posologie simplifierait le traitement par rapport à la prise orale quotidienne actuellement en vigueur. Les essais ATLAS et FLAIR concluent qu'une injection chaque mois ou tous les deux mois de médicaments antirétroviraux cabotegravir et rilpivirine est aussi efficace que la thérapie orale quotidienne standard (1-4).

Une vaste majorité des volontaires soumis aux essais ATLAS et FLAIR a déclaré préférer une injection au traitement oral quotidien. Une étude distincte de moindre ampleur portant sur des femmes séropositives aux États-Unis conclut qu'une majorité d'entre elles préfère aussi l'injection mensuelle en invoquant l'aspect pratique et la confidentialité accrue (5).

FIGURE 0.5

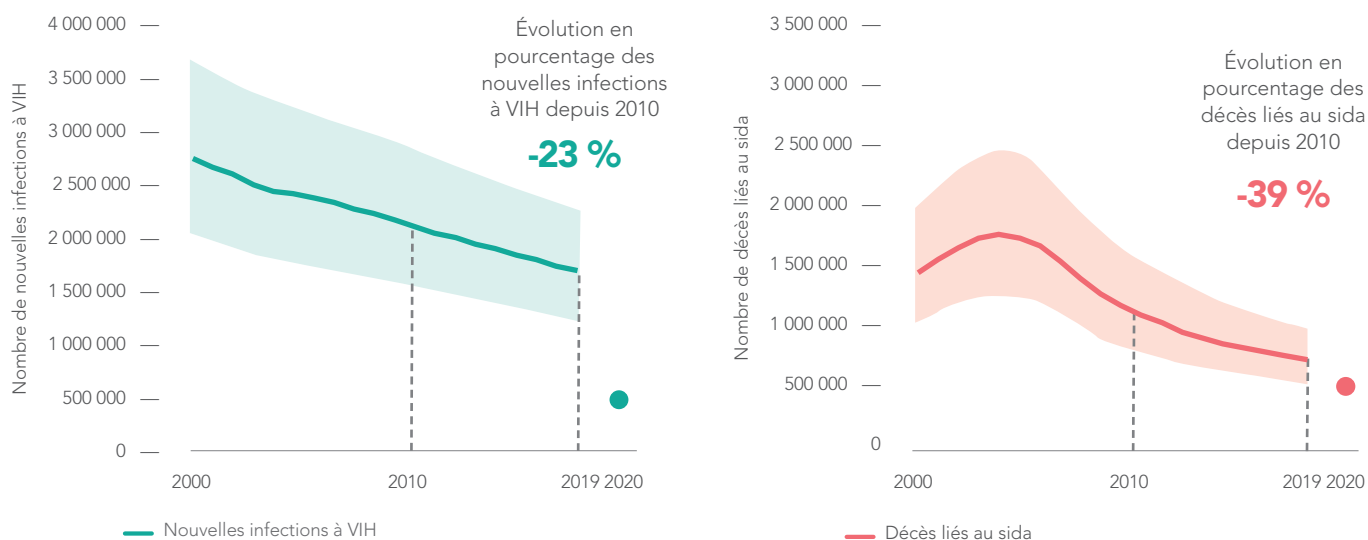
Charge virale indétectable et introduction du dolutegravir en avril 2019, Malawi, par sexe et âge, 2018-2019



Source : Communication personnelle : Mme Tadala Hamisi, pharmacienne, Département du VIH et du sida, ministère de la santé, Malawi, 23 juin 2020.
Note : Seuil de détection : <1000 copies par ml.

FIGURE 0.6

Nombre de nouvelles infections au VIH et taux de mortalité lié aux maladies opportunistes, dans le monde, 1990 à 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

Prévention combinée : une réussite ternie par de gros écarts

La démarche combinée de prévention du VIH comprend les approches comportementale, biomédicale et structurelle et s'adapte aux populations les plus défavorisées. Elle permet de réduire notablement les infections au VIH, comme l'illustrent quatre essais portant sur de grands groupes randomisés, plus de 250 000 personnes au Botswana, au Kenya, en Afrique du Sud, en Ouganda et en Zambie (6-10).

Le lancement de la Global HIV Prevention Coalition en 2017 a renouvelé l'intérêt des pays participants afin d'atteindre les objectifs de prévention dans le monde. Plus de 15 millions d'hommes et de garçons dans 15 pays prioritaires se sont portés volontaires pour une circoncision médicale depuis le début de 2016. Le lancement de la prophylaxie préexposition (PPrE) dans le jeu d'outils de prévention du VIH a contribué à accélérer la baisse des infections au VIH chez les gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs grandes villes d'Amérique du Nord, d'Europe et d'Australie.

Toutefois, des écarts profonds demeurent, et certains aspects clés de la prévention du VIH pourraient même reculer. Le budget dédié au programme de marketing social des préservatifs en Afrique subsaharienne subit des coupes claires depuis quelques années. Une nouvelle génération de jeunes sexuellement en activité ne connaît pas la promotion intensive du préservatif qui existait il y a dix ans. Les jeunes femmes et hommes déclaraient récemment une baisse d'utilisation du condom lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque, dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne. La population clé dans des dizaines de pays du monde entier n'a pas accès aux multiples services de prévention du VIH. La large majorité des personnes à qui la PPrE serait bénéfique n'y a pas accès. Les objectifs liés à l'utilisation du préservatif, à la CMMV et à la PPrE fixés pour 2020 ne seront vraisemblablement pas atteints.

Les avancées préventives de la transmission du VIH demeurent beaucoup trop lentes. On estime que 1,7 million de personnes [1,2 million à 2,2 millions] a contracté le VIH dans le monde en 2019, soit une baisse de 23 % par rapport à 2010 pour les nouvelles infections, mais le nombre reste plus du triple de l'objectif 2020 fixé à 500 000 cas (Figure 0.6).



Les écarts traduisent des inégalités solidement ancrées

Les écarts dans la riposte au VIH, les infections qui en résultent et le taux de mortalité par maladies opportunistes suivent les lignes de faille des inégalités.

Les données de 46 pays d'Afrique subsaharienne montrent une relation positive entre la prévalence du VIH et la disparité des revenus (Figure 0.7). Après avoir pris en compte l'éducation, l'inégalité entre les sexes et le revenu par habitant, une augmentation d'un point du ratio 20:20 d'un pays correspond à une augmentation de deux points de la prévalence du VIH.²

Les inégalités entre les sexes limitent la capacité d'agir et bâillonnent les filles et les femmes, freinent leur accès à l'éducation et aux ressources économiques, étouffent leur participation citoyenne et accroissent le risque de VIH

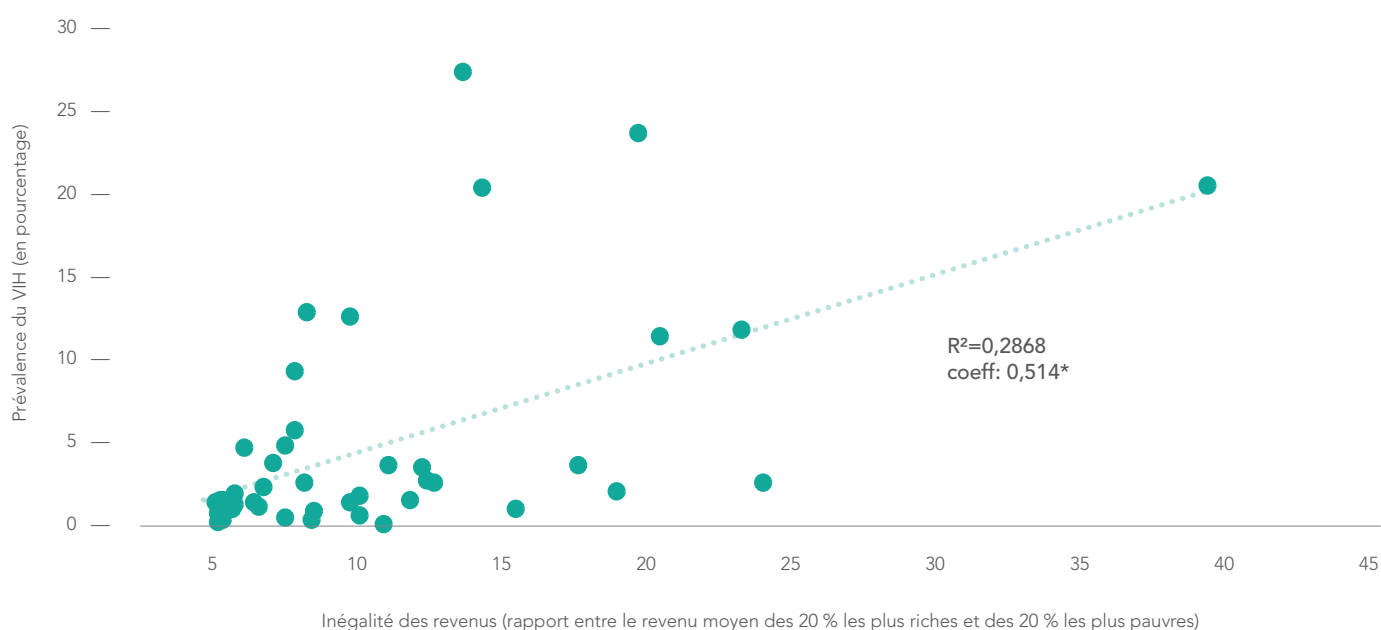
auquel sont confrontées les femmes dans des environnements à haute prévalence du VIH.

Les jeunes femmes sont les plus exposées. En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes (entre 15 et 24 ans) représentent 10 % de la population globale, mais 24 % des infections au VIH en 2019, soit proportionnellement plus du double (Figure 0.9). Les femmes et les filles tous âges confondus représentent 59 % des nouvelles infections au VIH en Afrique subsaharienne.

Hors d'Afrique subsaharienne, les hommes adultes (25 ans et plus) représentent la majorité des nouvelles infections au VIH (Figure 0.10), parmi lesquels une part considérable d'hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les femmes et les hommes transgenres présentent également un risque accru de contracter le VIH, en moyenne 13 fois supérieur à l'infection des adultes. Dans de nombreuses cultures, les normes de genre, y compris les concepts de binarité et les tabous sexuels, entretiennent la stigmatisation, l'homophobie et la transphobie. La

FIGURE 0.7

Prévalence du VIH et inégalité des revenus, pays d'Afrique subsaharienne, 2019



* Intervalle de confiance de 99 % [0,2909-0,7370].

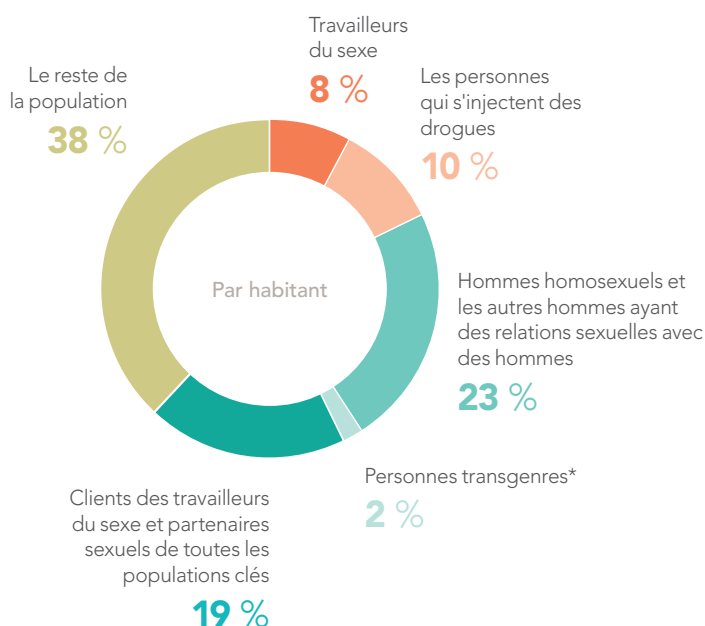
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>); Base de données sur les inégalités de revenus dans le monde (WIID3c) [base de données]. New York : Nations unies ; 2019 (<https://www.wider.unu.edu/project/wiid-world-income-inequality-database>, consulté le 6 juin 2020).

2 Le ratio 20:20 compare la richesse des 20 % les plus riches d'une population donnée à celle des 20 % les plus pauvres de cette même population.

communauté LGBTI et les femmes marginalisées (professionnelles du sexe ou consommatrices de drogues), qui redoutent le jugement, la violence ou les arrestations se démènent pour accéder aux services de santé sexuelle et de la reproduction, notamment en lien avec la contraception et la prévention du VIH.

Les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnel·les du sexe et la population carcérale font partie des autres populations clés très exposées au risque de contamination du VIH. Les populations clés et leurs partenaires de sexualité, bien que constituant une faible proportion de la population générale, représentent plus de 60 % des nouvelles infections au VIH chez les adultes dans le monde, en 2019 (Figure 0.8).

FIGURE 0.8
Répartition des nouvelles infections au VIH et population globale, 2019

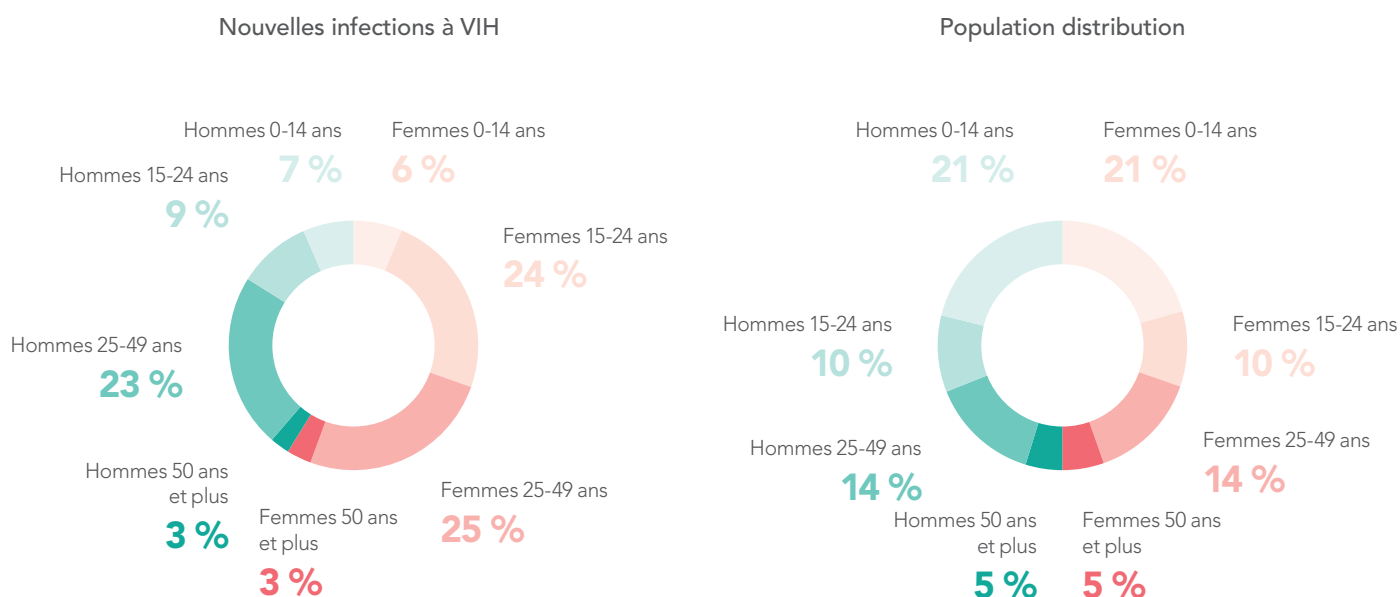


Les populations clés et leurs partenaires de sexualité, bien que faible proportion de la population générale, représentent plus de 60 % des nouvelles infections au VIH chez les adultes dans le monde, en 2019



FIGURE 0.9

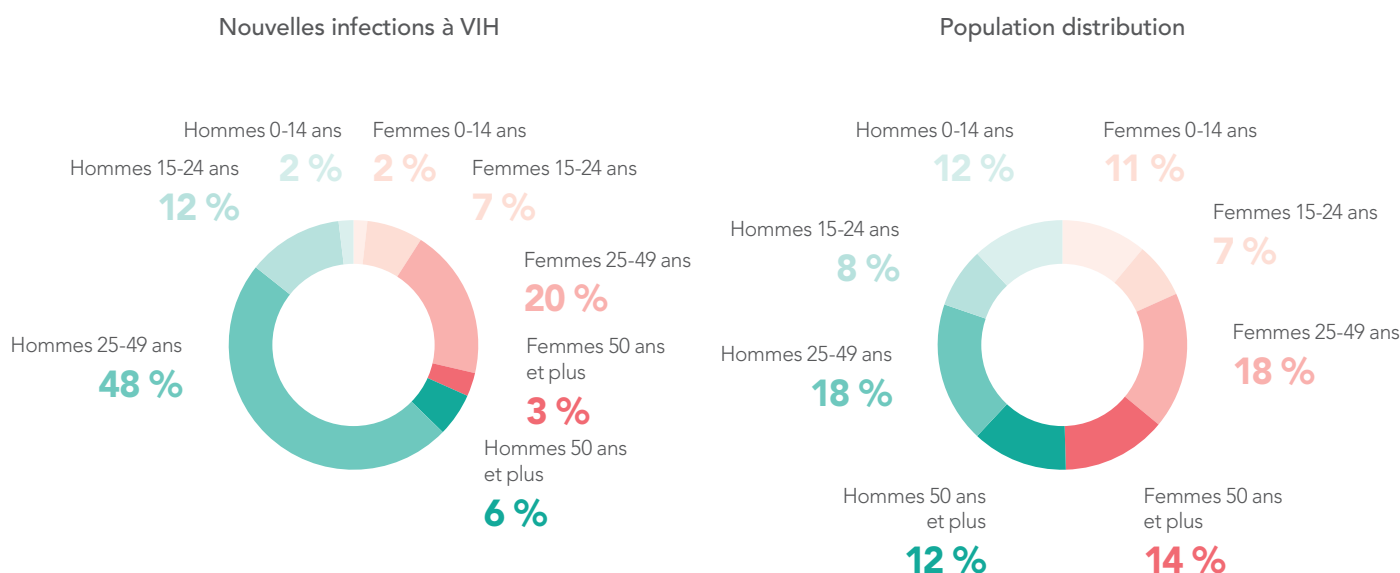
Répartition des nouvelles infections au VIH et de la population globale, par âge et sexe, Afrique subsaharienne, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

FIGURE 0.10

Répartition des nouvelles infections au VIH et de la population globale, par âge et sexe, hors Afrique subsaharienne, 2019



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

La COVID-19 amplifie les inégalités

La pandémie de COVID-19 affecte la vie et les moyens de subsistance des individus partout. Cependant les répercussions affectent plus gravement les populations défavorisées sur le plan socio-économique et marginalisées et celles déjà en mauvaise santé (11, 12).

La pandémie de COVID-19 amplifie les profondes inégalités qui font obstacle à l'épanouissement des individus et aux droits collectifs à la santé. Dans certains cas, les efforts visant à contrôler la propagation de la COVID-19 pénalisent les plus vulnérables, comme les femmes, les sans-abris, les précaires ou les personnes déjà marginalisées, stigmatisées ou criminalisées.

L'élargissement des mesures de confinement et des restrictions de déplacement exacerbées par les tensions économiques et sociales liées à la pandémie a coïncidé avec une augmentation des signalements de violences commises sur les femmes et les filles dans de nombreux pays (13). La fermeture nationale des écoles pour lutter contre la propagation du virus dans plus de 190 pays a déscolarisé plus de 1,57 milliard d'enfants et de jeunes, dont 743 millions de filles (14, 15). Les répercussions de cette période d'éducation perturbée sont innombrables et pénaliseront certainement davantage les filles marginalisées (16).

Les enseignements tirés de la crise Ebola montrent que la fermeture des écoles engendre une augmentation des violences sexistes, des grossesses chez les adolescentes, des mariages précoces, l'exploitation et d'autres formes d'abus des adolescentes (y compris l'exploitation et la sollicitation sexuelles sur Internet). La fermeture des écoles peut être particulièrement dévastatrice pour les filles plus vulnérables, comme les personnes réfugiées ou déplacées, celles qui rentrent au pays et les filles vivant avec un handicap (17).

Des rapports inquiétants signalent le recours aux forces de police pour harceler, causer du tort et arrêter des groupes vulnérables et criminalisés, comme les professionnel·les du sexe, les consommateurs et consommatrices de drogues, les personnes vivant avec le VIH et la communauté LGBTI. Les professionnel·les du sexe du monde entier signalent une recrudescence de la discrimination et du harcèlement, avec dans

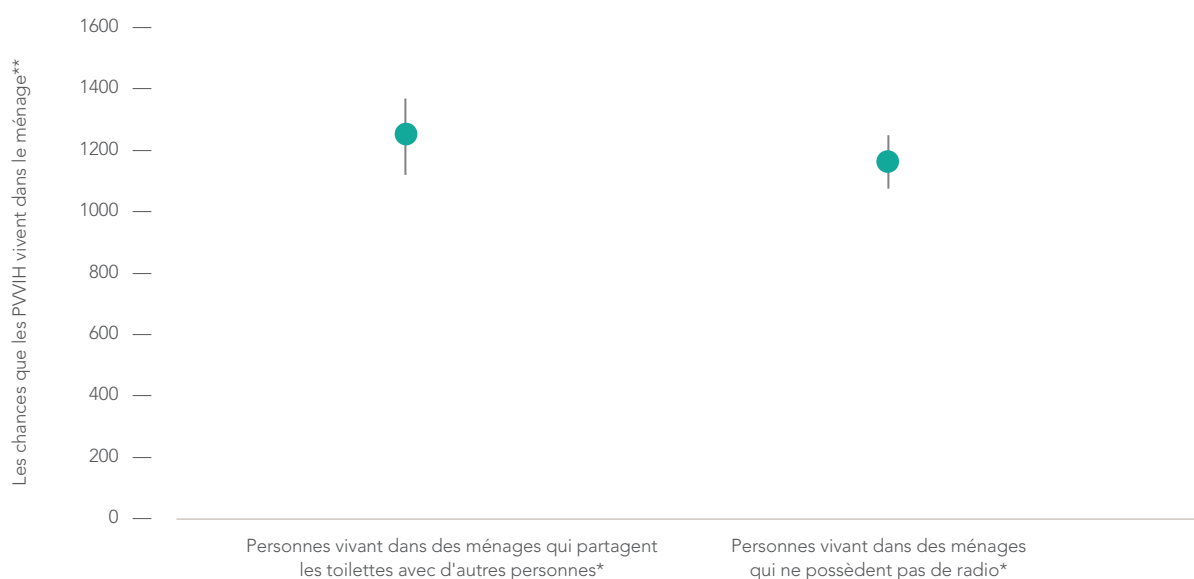
certains cas des mesures répressives contre cette population allant jusqu'à des descentes de police à leur domicile, des tests COVID-19 contraints, des arrestations et des menaces de reconduite à la frontière pour celles et ceux provenant de l'immigration (18).

Les restrictions imposées en riposte à la COVID-19 ont également servi à cibler les communautés marginalisées, comme la communauté LGBTI dans certains pays, sapant de fait les objectifs de santé publique et menaçant leur santé et leur sécurité. Au Panama, par exemple, la règle de confinement était genrée. Les hommes et les femmes devaient rester à leur domicile un jour sur deux en alternance. Les femmes transgenres ont signalé avoir subi des harcèlements et avoir été incarcérées au motif qu'elles seraient des hommes sortis le mauvais jour (19, 20). En Hongrie, l'État a profité de l'état d'urgence pour proposer une loi interdisant de changer de sexe et de nom sur les documents officiels afin d'assurer la conformité avec l'identité de genre. Cela constitue sans équivoque une violation des droits humains internationaux à faire reconnaître l'identité de genre (21).

La propagation du nouveau coronavirus dans les pays d'Afrique subsaharienne présentant une prévalence élevée au VIH s'accompagne du constat que les personnes vivant avec le VIH doivent être considérées comme un groupe à haut risque dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Les données relatives à 3,4 millions d'adultes dans la province sud-africaine de Western Cape, malades entre mars et juin 2020, indiquent que les personnes vivant avec le VIH présentent un risque légèrement supérieur de contracter la COVID-19 par rapport à des personnes séronégatives, que leur charge virale soit détectable ou non (22). L'étude n'a pas pu évaluer les répercussions du statut socio-économique des malades. Les données d'enquêtes en population menées dans huit pays lourdement touchés par le VIH suggèrent que les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de vivre dans des environnements où la distanciation physique est difficile à respecter. Une analyse préliminaire des données relatives à une enquête démographique et sanitaire en Afrique du Sud, en Angola, en Haïti, au Malawi, au Mozambique, au Rwanda, en Zambie et au Zimbabwe suggère que les personnes vivant avec le VIH présentent des risques sensiblement supérieurs de vivre dans un foyer sans radio où les toilettes sont communes (Figure 0.11) (23).

FIGURE 0.11

Les personnes vivant dans un ménage qui partagent les toilettes avec d'autres personnes et ne possèdent pas de radio, par statut VIH, analyse regroupée de huit pays



Notes

* Statistiquement significatif ($P < 0,05$).

**Rapport de cotes groupé et intervalle de confiance de 95 % pour 8 pays, ajusté pour la résidence urbaine.

Enquêtes incluses : Angola 2015-2016 DHS, Haïti 2016-2017 DHS, Malawi 2015-2016 DHS, Mozambique 2015 AIS, Rwanda 2014-2015 DHS, Afrique du Sud 2016 DHS, Zambie 2016 DHS et Zimbabwe 2015 DHS.

Note sur l'interprétation : Les points de données de ce graphique représentent les chances qu'une personne vivant avec le VIH vive dans un ménage où les toilettes sont partagées, et vive dans un ménage qui n'a pas de radio, par rapport aux chances pour ceux qui ne vivent pas avec le VIH. Un rapport de cotes de 1 signifie que les personnes vivant avec le VIH sont tout aussi susceptibles que celles qui ne le sont pas de vivre dans un ménage présentant ces caractéristiques. Un rapport de cotes supérieur à 1, comme on le voit ici, signifie que les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de vivre dans un ménage présentant ces caractéristiques.

Accélérer les innovations pour que les interruptions liées à la COVID-19 entravent moins les services de lutte contre le VIH

À l'heure où la propagation du nouveau coronavirus menace de submerger les capacités du système de santé, alors que le confinement réduit les déplacements et place l'économie sous tension, les personnes vivant avec le VIH et les plus exposées au risque de le contracter subissent l'interruption des services de santé et de lutte contre le VIH, interruption qui peut être mortelle. Cette situation nuit gravement à la circoncision médicale des hommes sur la base du volontariat, à la production et à la distribution de préservatifs, à la PPrE, au dépistage et au traitement du VIH ainsi qu'à d'autres programmes.

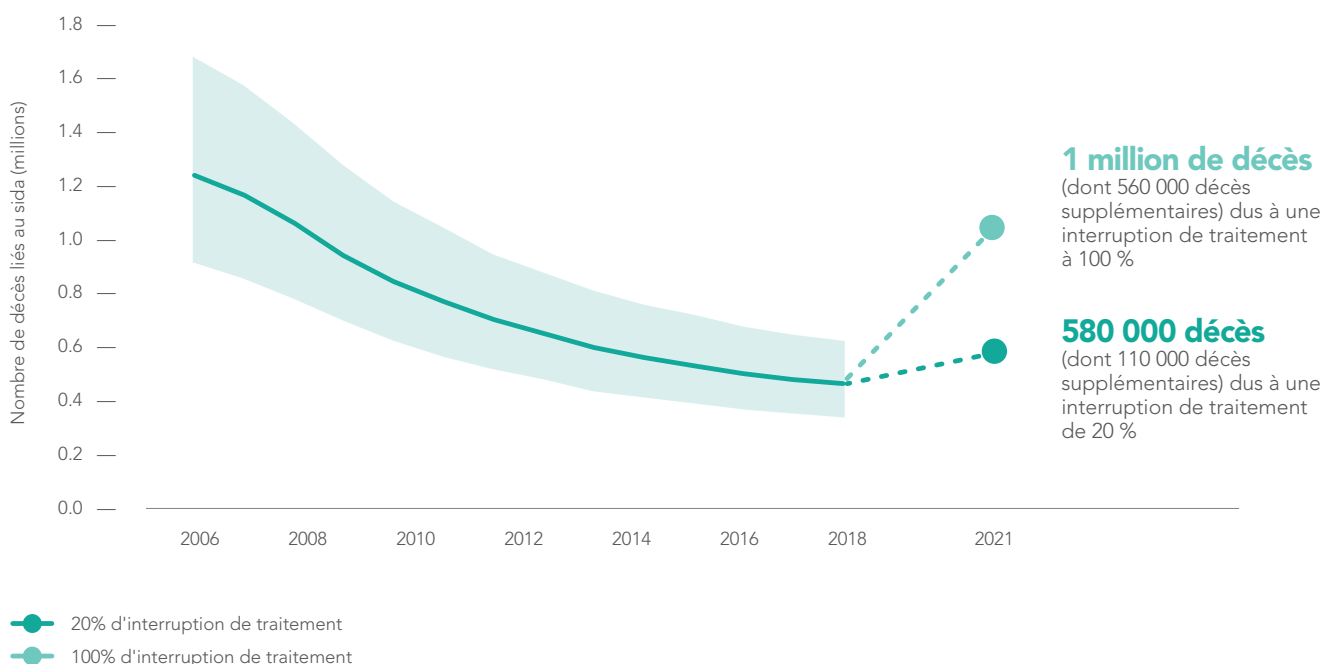
Cette interruption pourrait empêcher la riposte mondiale au VIH d'atteindre ses engagements pour 2020. Une modélisation récente évalue qu'une interruption totale de thérapie antirétrovirale pendant six mois entraînerait plus de 500 000 [471 000 à 673 000] morts supplémentaires liées aux maladies opportunistes (comme la tuberculose) en Afrique subsaharienne en 2020-2021 (24). Une

interruption de la thérapie antirétrovirale chez 20 % des personnes vivant avec le VIH pendant six mois entraînerait 110 000 morts supplémentaires par maladies opportunistes (Figure 0.12) (24, 25). La lutte contre le VIH et d'autres services de santé vitaux doivent être maintenus pendant que les communautés, les villes et les pays luttent contre cette nouvelle pandémie.

Les pays du monde entier accélèrent leurs innovations pour riposter au VIH et diminuer l'interruption de traitement. Les modèles de services pour lutter contre le VIH favorisent l'autonomie et le fait de prendre en charge sa propre santé tout en réduisant le contact physique dans les établissements de santé. Ils se révèlent stratégiques face à l'arrivée massive de malades de la COVID-19 en devant simultanément maintenir des services de santé primordiaux sans exposer les autres malades au risque de contracter la COVID-19.

L'autodépistage du VIH offre aux personnes concernées le choix de leur autonomie pour leur test de dépistage du VIH. Il présente l'avantage de décongestionner les établissements de santé et

FIGURE 0.12

Interruption du traitement contre le VIH pendant six mois en Afrique subsaharienne, 2020-2021

Sources : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2019 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>). Les estimations des décès liés au VIH et des nouvelles infections à VIH chez les enfants ont été établies à partir d'une modélisation mathématique réalisée par cinq groupes de recherche qui étudient une interruption complète des services de prévention et de traitement du VIH sur des périodes de trois et six mois et leur effet sur la mortalité et l'incidence du VIH en Afrique subsaharienne. Manuscrit imprimé disponible à l'adresse : Jewell B, Mudimu E, Stover J, Kelly SL, Phillips A, Smith JA et al. pour le consortium de modélisation du VIH. Effets potentiels de la perturbation des programmes de lutte contre le VIH en Afrique subsaharienne causée par COVID-19 : résultats de plusieurs modèles. Manuscrit avant publication. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>.

d'améliorer l'accès au dépistage du VIH chez les populations à haut risque d'infection. Le Burundi, l'Eswatini, le Guatemala et Myanmar font partie des pays qui ont annoncé le déploiement de l'autodépistage du VIH pendant la pandémie de COVID-19 (26).

Les services communautaires se développent également. L'État nigérian de Cross River, par exemple, a permis à des équipes de gestion des traitements communautaires d'assumer la responsabilité de 92 % des diagnostics de VIH depuis l'instauration des mesures de confinement en mars 2020 (27).

Les organisations communautaires de personnes vivant avec le VIH et des plus exposées au risque de le contracter dans de nombreux pays jouent un rôle prépondérant dans les efforts déployés pour offrir des outils et des informations de prévention, des trousse d'autodépistage, des médicaments antirétroviraux et d'autres médicaments essentiels aux personnes qui en ont besoin. Elles œuvrent aussi sur les réseaux sociaux et livrent à domicile. Dans les communautés isolées de la République de Moldavie, par exemple, des organisations non

gouvernementales délivrent des médicaments antirétroviraux au domicile d'environ 800 personnes vivant avec le VIH et auprès d'une centaine de personnes bénéficiant d'une PPrE (28).

La prescription de médicaments antirétroviraux pour plusieurs mois allège les établissements de santé et responsabilise les personnes vivant avec le VIH. Les personnes qui ont adopté tôt cette pratique de prescription ont mieux évité les interruptions graves de leur traitement contre le VIH pendant la pandémie de COVID-19. L'exemple parlant du Zimbabwe montre que 80 % des personnes sous traitement contre le VIH recevaient déjà des prescriptions pour trois mois de leurs médicaments antirétroviraux au début de l'année 2020. Un stock national pour huit mois d'antirétroviraux de première intention protège efficacement la population de toute rupture (26). D'autres pays ont accéléré les prescriptions pour plusieurs mois pendant la crise de la COVID-19 ou temporairement adopté des mesures plus flexibles (26). Le programme central de distribution et de prescription de médicaments pour les maladies chroniques du ministère sud-africain de la Santé a ainsi pris la décision à la fin du mois de

mai 2020 de prolonger automatiquement de six et douze mois les ordonnances de médicaments antirétroviraux (29).

Stigmatisation et discrimination

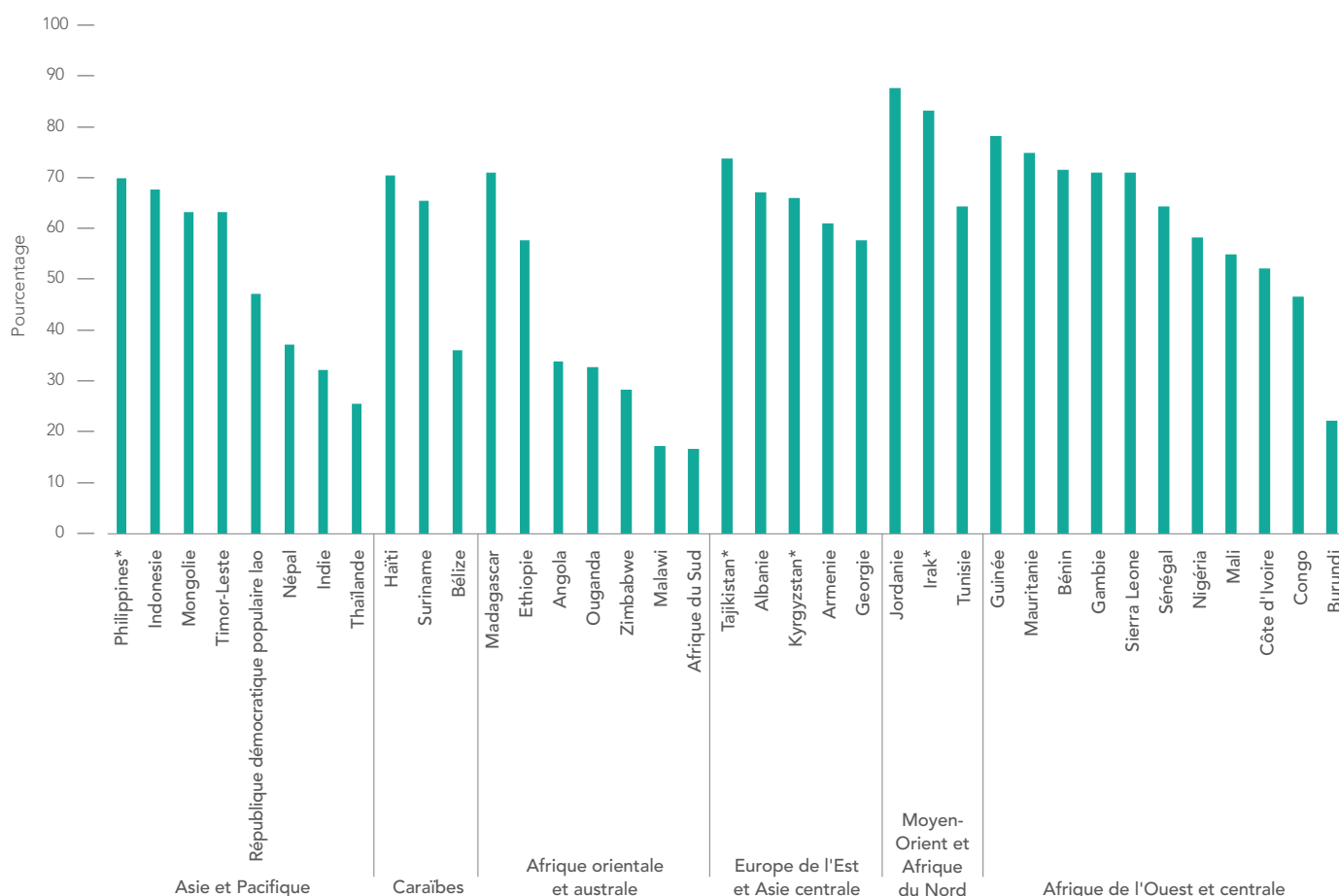
Craintes et préjugés ancestraux refont surface à la faveur de la pandémie de COVID-19. Certains pays ont adopté des mesures à très courte vue et utilisé le Code pénal pour sanctionner l'exposition à la COVID-19 et sa transmission. Citons le cas extrême de cet homme d'affaires sud-africain arrêté pour tentative de meurtre parce qu'il est retourné au travail après avoir été testé positif à la COVID-19 (30, 31). De telles décisions gouvernementales pourraient décourager les gens de se faire tester et de rechercher les contacts. C'est bien cette réalité qu'endurent des millions de personnes vivant avec le VIH depuis des décennies.

Parmi 151 pays produisant un rapport, 92 contiennent de criminaliser l'exposition au VIH, sa transmission et sa non-divulgation ; autant de violations des droits de ces personnes vivant avec le VIH qui entravent les efforts pour contrôler l'épidémie de VIH. Ces lois favorisent la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH et des plus exposées au risque de le contracter. Elles piétinent les connaissances scientifiques actuelles sur les risques et les dommages liés au VIH et nuisent à la santé publique.

Les données les plus récentes extraites d'enquêtes en population indiquent que si les attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH diminuent nettement dans certaines régions, elles augmentent dans d'autres. En Afrique de l'Est et de l'Ouest, par exemple, les attitudes discriminatoires ont atteint des niveaux historiquement bas

FIGURE 0.13

Pourcentage de personnes âgées de 15 à 49 ans qui signalent des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2014-2019



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

Note : Les attitudes discriminatoires sont mesurées par les réponses "Non" à l'une des deux questions : (1) Achèteriez-vous des légumes frais à un commerçant ou à un vendeur si vous saviez que cette personne est séropositive ; et (2) Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient pouvoir fréquenter l'école avec des enfants séronégatifs ?

Source : Enquêtes de population, 2014-2019.

dans certains pays. Ailleurs, cependant et de façon déconcertante, une grande proportion d'adultes continue d'adopter des attitudes discriminantes vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH. Dans 25 pays sur 36 ayant produit des données récentes relatives à un indice combinant deux types d'attitudes discriminantes, plus de 50 % des personnes entre 15 ans et 49 ans ont déclaré adopter une attitude discriminante vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH (Figure 0.13).

La crainte de poursuites peut dissuader des personnes vivant avec le VIH ou celles plus exposées au risque de le contracter de prendre ouvertement la décision de consulter des médecins ou une équipe de conseil en révélant leur statut sérologique ou en ayant recours aux services de dépistage du VIH ou de soins (32-34). Malheureusement, des enquêtes auprès de personnes vivant avec le VIH confirment que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé prennent fréquemment la forme de déni de soins, d'attitudes méprisantes, de procédures contraintes ou de violation du secret professionnel.

Dans 13 pays dont les données sont disponibles, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant déclaré un déni de soins au moins une fois au cours des douze mois écoulés en raison de leur statut sérologique va de 1,7 % au Malawi à 21 % au Pérou et au Tadjikistan. Les procédures de santé ou médicales contraintes restent fréquentes, de même que la violation du secret professionnel par le personnel de santé (signalé par au moins 15 % des personnes dans huit des 13 pays présentant des données). Une proportion significative de personnes vivant avec le VIH signale aussi l'accès à une thérapie antirétrovirale conditionnée par l'utilisation de certaines formes de contraception.

Inégalité entre les femmes et les hommes et risque d'infection par le VIH

La progression lente vers l'égalité entre les femmes et les hommes durant les dernières décennies continuent d'écarter les filles et les femmes des perspectives éducatives et économiques. Elles demeurent anormalement victimes de pauvreté, de violences et d'injustice (35).

Les inégalités liées au genre empêchent les filles et les femmes de faire leur propre choix de santé, les assignent davantage aux travaux domestiques et aux responsabilités du soin, entravent leur

liberté de travailler durablement aux conditions qui répondent à leurs besoins et au final nuisent à leur indépendance économique et à leur sécurité en les soumettant à un contrôle. Aux quatre coins du monde, les femmes continuent de manquer d'accès aux informations de qualité concernant la santé sexuelle et reproductive, l'éducation et les services, dont le planning familial.

La violence perturbe la vie de centaines de millions de filles et de femmes. Près d'une femme sur trois dans le monde a vécu des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, des violences sexuelles de la part d'un non-partenaire ou les deux (36). Dans les 46 pays présentant des données entre 2014 et 2018, le pourcentage de femmes entre 15 ans et 49 ans signalant des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime dans les 12 mois écoulés va de 3,5 % en Arménie à 47,6 % en Papouasie Nouvelle-Guinée (37). Les populations marginalisées ou criminalisées et les minorités, dont les femmes appartenant à des minorités ethniques ou autres, les femmes vivant avec un handicap, migrantes ou consommatrices de drogues, la communauté LGBTI et les professionnelles du sexe font face à un risque accru de violences, sous diverses formes (38).

Les adolescentes et les jeunes femmes affrontent des défis particuliers qui peuvent les exposer à des risques élevés de grossesse non désirée, de violences et de contracter le VIH. La plupart n'ont pas accès aux services de santé sexuelle et de la reproduction nécessaires. Sur 38 millions d'adolescentes entre 15 et 19 ans sexuellement actives à travers le monde, plus de la moitié n'utilise aucune contraception. Les adolescentes de 15 à 19 ans dans les pays à revenu faible et moyen ont au moins 10 millions de grossesses non désirées chaque année (39). Les complications pendant la grossesse et l'accouchement représentent la principale cause de mortalité de cette tranche d'âge dans le monde (40-42).

Les connaissances en matière de santé sexuelle et de la reproduction, ainsi que la prévention du VIH et des IST chez les adolescentes et les jeunes femmes demeurent très faibles. Seulement un tiers des femmes entre 15 et 24 ans en Afrique subsaharienne possèdent une connaissance complète du VIH (43). Ce haut niveau de vulnérabilité est alimenté par une interaction complexe de moteurs sociaux, économiques et structurels, comme la pauvreté, les inégalités



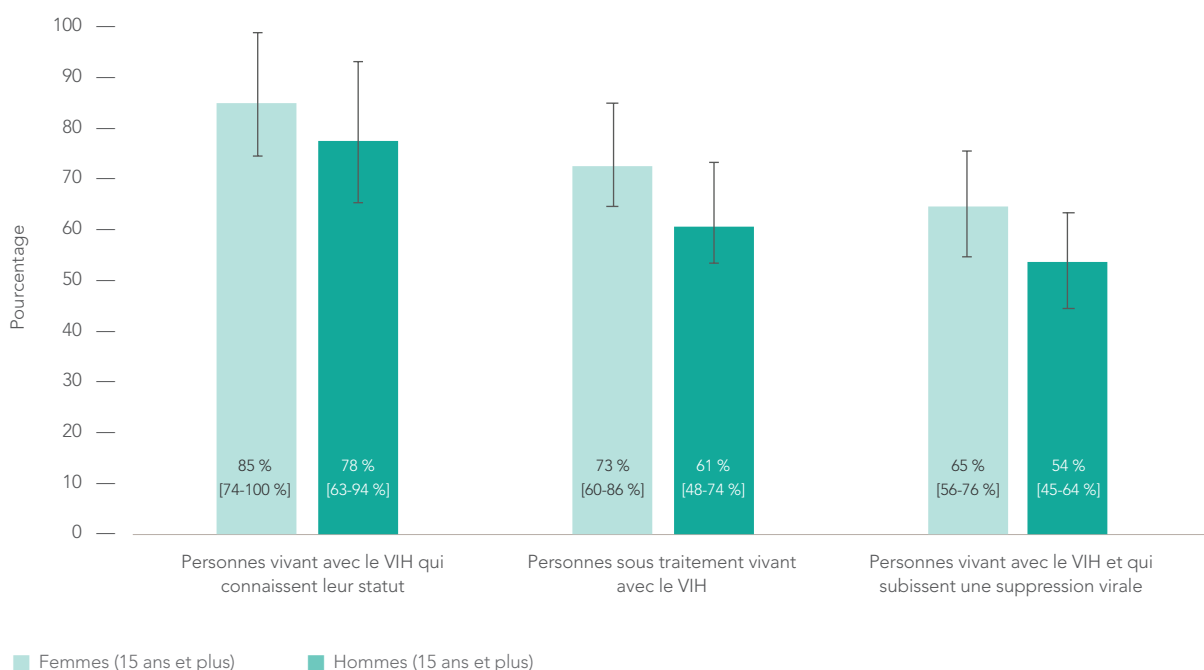
entre les femmes et les hommes, le déséquilibre des dynamiques relationnelles et de pouvoir, la violence sexiste, l'isolement social et l'accès restreint à la scolarisation.

Les femmes vivant avec le VIH sont confrontées à des défis particuliers, comme la stigmatisation combinée aux inégalités entre femmes et hommes, ce qui nuit gravement à leur santé (44). Les établissements de santé devraient être des espaces protégés, mais dans 19 pays, une femme sur trois vivant avec le VIH signale au moins une forme de discrimination en lien avec sa santé sexuelle et de la reproduction survenue dans un établissement de santé au cours des douze mois écoulés (45).

Les femmes vivant avec le VIH sont aussi cinq fois plus susceptibles de développer un cancer du col de l'utérus que les femmes séronégatives (46). Ce risque est lié au papillomavirus humain (PVH), une infection courante, mais évitable, difficile à éliminer pour les femmes dont le système immunitaire est défaillant. Un taux élevé de vaccination PVH des filles allié à un dépistage massif du cancer du col de l'utérus et aux traitements adéquats éliminerait ce type de cancer (47). Malgré les avantages évidents, sur 118 millions de femmes vaccinées contre le PVH à ce jour, seulement 1,5 million (1 %) vit dans un pays à revenu faible ou moyen (48).

FIGURE 0.14

Cascade du dépistage et du traitement du VIH chez les adultes (15 ans et plus), par sexe, dans le monde, 2019



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2020 ; voir l'annexe du rapport mondial 2020 sur les méthodes pour plus de détails.

Les femmes vivant avec le VIH dans presque toutes les régions sont plus susceptibles d'accéder au dépistage du VIH et à une thérapie antirétrovirale que les hommes. Cela s'explique en partie par leur comportement positif face à la nécessité de consulter et l'existence de services de lutte contre le VIH conçus spécifiquement pour toucher les femmes, comme ceux de prévention de la transmission de la mère à l'enfant durant les soins prénataux. Les femmes vivant avec le VIH présentaient un taux de couverture par traitement 12 points de pourcentage supérieur et une charge virale indétectable 10 points de pourcentage supérieur à celui des hommes vivant avec le VIH, en 2019 dans le monde (Figure 0.14). Cet écart de traitement chez les hommes vivant avec le VIH contribue au nombre élevé de nouvelles infections au VIH chez les femmes en Afrique subsaharienne. De récentes études longitudinales ont montré comment en comblant ces écarts, on accélère la baisse de l'incidence du VIH chez les femmes, notamment jeunes (49-51).

Démarches visant la pandémie et mettant en avant les personnes

La pandémie de COVID-19 a crûment mis en évidence le besoin de systèmes plus résilients, flexibles et adaptables et la nécessité de fournir à tout le monde les services nécessaires plus efficacement (11). Accélérer le mouvement vers une couverture sanitaire universelle aiderait les systèmes de santé à atteindre les standards exigeants de santé et de bien-être pour toutes et tous.

Le principe directeur de la couverture sanitaire universelle réside dans l'équité : quiconque indépendamment de sa race, son origine ethnique, son âge, son sexe ou son statut social doit bénéficier des services de santé nécessaires sans rencontrer d'obstacles financiers liés aux coûts de ces services. Un jeu de principes similaires guide la riposte mondiale au VIH depuis des décennies. Les stratégies qui ont permis de contrôler l'épidémie de VIH ont généralement respecté le principe consistant à ne laisser personne sur le bas-côté. Elles affirment les droits de la personne, incitent à travailler aux côtés des communautés et à leur confier la responsabilité des actions ; elles mobilisent autour d'un engagement politique ferme et d'un soutien financier fiable. Elles favorisent des environnements juridiques, sociaux et institutionnels fertiles, délivrent des services sur

mesure conçus par et pour les personnes les plus défavorisées.

Une riposte exhaustive pour les femmes et les filles

Les appels à l'égalité entre les femmes et les hommes grondent plus fort. Les femmes aux postes de responsabilité et celles qui mobilisent les communautés célèbrent le 25^e anniversaire de la déclaration de Beijing et du Programme d'action. Une démarche fondée sur les droits et tenant compte du genre s'impose pour surmonter les obstacles qui entravent les femmes et les filles. L'action doit être menée sur plusieurs fronts. Toutes les femmes exigent d'accéder à un panel exhaustif de services de qualité, relatifs à leurs droits et à la santé sexuelle et de la reproduction : (a) accessible et tenant compte du genre ; (b) sans contrainte, stigmatisation ni discrimination ; (c) fondé sur les droits humains ; (d) associé à d'autres services judiciaires.

Les études dans divers contextes ont montré les avantages qui existent à intégrer les soins contre le VIH et la santé sexuelle et de la reproduction :

- Le projet Girl Power au Malawi a mis en place un modèle adapté aux jeunes proposant les services combinés de dépistage du VIH, de planning familial et relatif aux infections sexuellement transmissibles (IST). Les adolescentes ayant recours à ces services intégrés étaient 23 % plus susceptibles de subir un test de dépistage du VIH, 57 % plus susceptibles de recevoir des préservatifs, 39 % plus susceptibles d'accéder à une contraception hormonale et 16 % plus susceptibles d'avoir recours à des services relatifs aux IST (52).
- Au Viêt Nam, l'intégration d'une éducation par les pairs et de la santé sexuelle et de la reproduction avec les services de lutte contre le VIH explique que cinq fois plus de jeunes demandent un dépistage du VIH (53). Une analyse systématique des enquêtes en Eswatini, aux États-Unis, au Kenya et en Ouganda a également identifié un potentiel d'augmentation des demandes de dépistage du VIH (54).
- Fournir la PPrE grâce aux services habituels du planning familial constitue aussi une stratégie prometteuse pour atteindre les femmes dans des environnements lourdement marqués par le



VIH. Une étude en Afrique du Sud l'a confirmé avec un taux de maintien de la PPrE élevé (92 %) (55).³

L'un des composants majeurs réside dans l'éducation exhaustive à la sexualité des ados et des jeunes de tous les sexes. L'éducation exhaustive à la sexualité constitue un investissement en ce qu'elle améliore les retombées liées à la santé sexuelle et de la reproduction. Notamment, elle retarde le premier rapport sexuel, diminue le nombre de partenaires de sexualité, atténue la prise de risque sexuel et accroît l'utilisation de préservatifs et de contraception. Tous ces résultats engendrent des taux plus faibles d'IST, d'infections au VIH et de grossesses non désirées (56-58).

Étudier plus longtemps à l'école présente un atout protecteur en réduisant le risque d'infection au VIH (60-62). Un taux élevé de scolarisation des femmes s'accompagne également d'une surveillance accrue de la santé et des droits sexuels et de la reproduction (63). L'octroi d'un budget maintient les jeunes, en particulier les jeunes filles à l'école, améliore les résultats scolaires, accroît leur utilisation des services de santé, retarde le début de leur activité sexuelle, diminue le nombre de mariages précoces ainsi que les grossesses d'adolescentes et encourage les relations sexuelles protégées (63, 64).

Le partenariat DREAMS financé par le PEPFAR constitue l'un des principaux efforts pour offrir aux adolescentes et aux jeunes femmes un éventail exhaustif de services multisectoriels impliquant les

moteurs sociaux, économiques et structurels, ceux qui alimentent les risques liés au VIH.⁴ Le projet met en place des espaces protégés pour fournir un éventail de services sur mesure incluant des informations relatives au VIH étayées par les preuves, une éducation à la prévention des violences, la prévention du VIH, des services de dépistage et de traitement, des interventions éducatives et économiques, des services adaptés aux parents, aux conjoints et aux membres de la communauté afin de bâtir un environnement favorable.

Cette démarche produit un effet positif sur les divers résultats liés au VIH. En Zambie, par exemple, les villes proposent des interventions éducatives et économiques en plus d'espaces protégés ou des activités visant à bâtir des actifs sociaux. La démarche a réduit la probabilité de comportements à risque face au VIH chez les adolescentes, notamment la diminution des rapports sexuels tarifés, l'utilisation plus fréquente de préservatifs et une hausse des dépistages du VIH (65).

Éliminer les infections chez les enfants et soigner les enfants vivant avec le VIH

Outre les adolescentes et les jeunes femmes, des enfants vivent avec le VIH. Souvent privé-es de soutien et des services nécessaires, ces enfants doivent pourtant rester en bonne santé et construire leur vie de manière pérenne et joyeuse.

Le nombre de nouvelles infections chez les enfants découlant de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant a chuté de plus de moitié depuis moins de vingt ans. Les avancées en la matière

³ L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande d'offrir la PPrE dans les contextes dont le taux d'incidence dépasse 3 %.

⁴ DREAMS est l'acronyme de « Determined, Resilient, Empowered, AIDS-Free, Mentored and Safe » (détermination, résilience, autonomie, mentorat et sécurité sans sida).

sont le fruit de la thérapie antirétrovirale plus fréquemment offerte aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Toutefois, et malgré cette couverture de soins largement étendue et améliorée, l'élimination progressive des infections chez les enfants marque une stagnation. Les objectifs 2018 et 2020 de réduction des nouvelles infections au VIH chez les enfants n'ont pas été atteints. L'analyse des données épidémiologiques et des programmes oriente les efforts pour traiter les défis encore en chantier, comme les failles dans la couverture de soins chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, les interruptions de thérapie antirétrovirale pendant la grossesse et l'allaitement et les femmes qui contractent le VIH pendant leur grossesse et l'allaitement.

Le modèle des marraines et des pairs d'éducation prouve son efficacité en donnant accès au dépistage aux femmes et aux enfants, en les faisant adhérer aux soins et en les motivant à les poursuivre même lorsque les circonstances se compliquent. Ces modèles impliquent de former

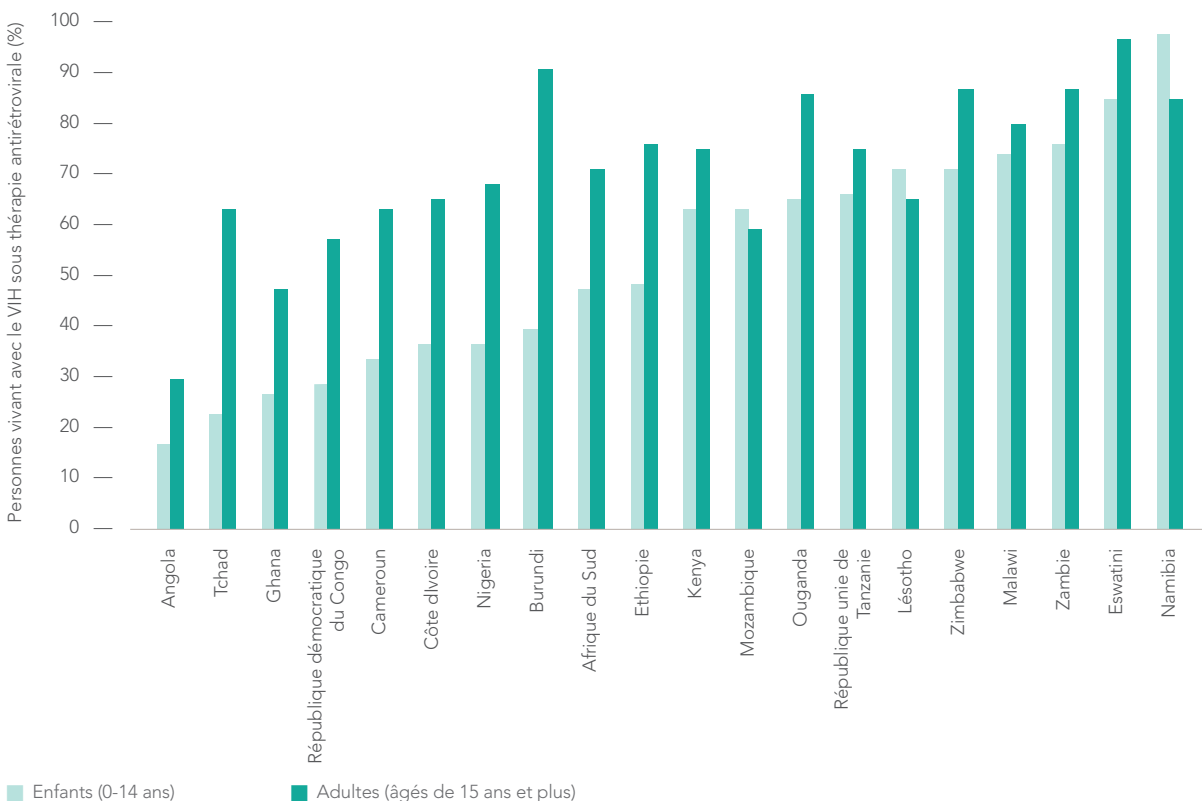
des femmes séropositives à délivrer des services de santé en première intention, des conseils et un soutien aux femmes et à leur famille (66). Le programme ougandais mothers2mothers (M2M) a remarquablement accru l'observance du traitement par les duos mère-enfant : 82 % continuaient d'observer leur traitement six mois après la fin de l'allaitement (contre 42 % dans le groupe de contrôle) et 71 % continuaient d'observer leur traitement 18 mois après la naissance (contre 21 % dans le groupe de contrôle) (67).

Les enfants plus âgé-es vivant avec le VIH et échappant au suivi

De même, aucun des objectifs de traitement pédiatrique fixés en 2016 n'a été atteint bien que deux fois plus d'enfants vivant avec le VIH accèdent à la thérapie antirétrovirale depuis 2010. La couverture du traitement chez les enfants vivant avec le VIH se situe loin derrière celle des adultes dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne où une épidémie de VIH sévit (Figure 0.15). Dans

FIGURE 0.15

Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants et les adultes en Afrique subsaharienne, pays cibles de l'initiative « Start Free, Stay Free, AIDS Free », 2019



Note : Les données du Botswana ne sont pas disponibles.
 Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2020 (voir <https://aidsinfo.unaids.org/>).

tous les pays, la couverture du traitement des enfants vivant avec le VIH en 2019 n'était que de 53 % [36-64 %], ce qui représente un échec global à fournir des soins vitaux à 840 000 enfants.

Les infections verticales diminuent, mais la proportion d'enfants vivant avec le VIH entre 5 ans et 14 ans augmente. On estime que 840 000 enfants vivant avec le VIH ne seront pas sous traitement en 2019, 560 000 d'entre eux étaient âgés de 5 à 14 ans. Nous devons multiplier les efforts pour identifier et soigner ces enfants pour qui aucun diagnostic n'a été posé. L'une des stratégies consiste à identifier les enfants ayant perdu un ou deux parents de maladies opportunistes liées au sida afin de les intégrer aux services de dépistage du VIH au sein de programmes accueillant les orphelins, les orphelins et d'autres enfants vulnérables (68, 69). Les études indiquent, en outre, que pour une large majorité des personnes sous traitement contre le VIH, certains membres de leur famille, dont des enfants, ne connaissent pas leur statut sérologique (70-72). Le dépistage indicateur de ces membres de la famille, respectant les droits et tenant compte du sexe, constitue une stratégie efficace d'identification des enfants plus âgés vivant avec le VIH (70, 73-76). Le dépistage indicateur familial améliore aussi nettement l'orientation opportune vers les soins avec des taux de démarrage situés entre 42 % et 96 %, comme le rapportent plusieurs enquêtes (70, 71, 75, 77, 78). Ces démarches reposant sur la famille permettent également aux parents et à leurs enfants d'accéder ensemble aux soins, ce qui améliore l'observance du traitement (79).

Population migrante et professionnel-les du sexe : droits bafoués et exposition accrue à la COVID-19 et au VIH

Les études évaluent que la population migrante à l'échelle du globe en 2019 représente autour de 272 millions d'individus, soit environ 3,5 % de la population mondiale (80).⁵ Les conflits, les violences, les catastrophes naturelles et les répercussions du changement climatique ne cessent de pousser les populations à migrer (81). Les évaluations prudentes évoquent près de 71 millions de personnes déplacées de force en 2018, soit deux fois plus que vingt ans auparavant (82).



Les personnes déplacées vivent dans des camps surpeuplés, des abris d'urgence et des installations de fortune et disposent d'un accès restreint aux soins de santé. Cette conjonction les rend extrêmement vulnérables aux menaces sanitaires comme la COVID-19. Un examen sanitaire exhaustif de la population réfugiée et migrante en Europe attribue essentiellement toute augmentation de risques face à une maladie donnée aux conditions de vie insalubres pendant et après la migration, y compris dans les camps (83). Une grande partie de la population migrante vivant avec le VIH l'a contracté après avoir migré (84). Le manque d'assurance maladie, les frais de santé, la discrimination, l'isolement social, les barrières linguistiques et culturelles, les conditions de travail abusives et la crainte de la reconduite à la frontière sont autant d'obstacles aux soins de santé (81, 85, 86).

Les personnes déplacées vivent dans des camps surpeuplés, des abris d'urgence et des installations de fortune et disposent d'un accès restreint aux soins de santé. Cette conjonction les rend extrêmement vulnérables aux menaces sanitaires comme la COVID-19. Une grande partie des migrants vivant avec le VIH ont été infectés après la migration.

⁵ La migration internationale désigne les personnes qui vivent dans un pays qui n'est pas celui où elles sont nées ou qui se trouvent dans un pays dont elles ne sont pas citoyennes.



La coopération régionale peut améliorer les difficultés rencontrées par les personnes déplacées par les crises. Par exemple, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes se sont mis d'accord sur une feuille de route pour l'intégration des réfugiés et des migrants en provenance du Venezuela touché par la crise. Dans le cadre de ce « processus de Quito », plusieurs pays s'efforcent de fournir aux migrants vivant avec le VIH des médicaments antirétroviraux de qualité, quel que soit leur statut d'immigration (87).

Nombre de migrant-es et de professionnel-les du sexe ont un commun des conditions de travail qui relèvent de l'exploitation. Les personnes contraintes de travailler hors du droit du travail local se voient refuser toute protection légale liée au travail, tous les avantages de santé et de sécurité lorsqu'elles sont en activité et les droits au chômage, le cas échéant. Partout où certains aspects du travail sexuel sont criminalisés, les

professionnel-les du sexe n'ont aucun recours juridique contre les violences, les discriminations et les abus de toutes sortes. Refuser de reconnaître leur légitimité professionnelle les prive aussi du filet minimum de protection sanitaire et sociale, dont profitent les autres professions. Cette exclusion se révèle particulièrement dommageable pendant les crises économiques et le confinement lié à la COVID-19 (88).

Décriminaliser le travail du sexe constitue un composant stratégique de sécurisation des droits, de la santé et de la sécurité au travail pour les professionnel-les du sexe. Cela leur permet, en outre, d'affirmer leur autonomie, de multiplier les opportunités de contacts et d'éducation par des pairs, d'accroître la transparence et de réduire la stigmatisation et la discrimination (89). Décriminaliser le travail du sexe réduit aussi le risque d'infection au VIH. Selon certaines études de modélisation, cela éviterait 33 % à 46 % des infections au VIH



sur une décennie (90). Le gouvernement chinois a abandonné une mesure politique permettant à la police d'incarcérer des professionnel·les du sexe jusqu'à deux ans sans accusation. La décision fait suite au plaidoyer d'une organisation non gouvernementale. Le Territoire du Nord australien a récemment dépénalisé le travail du sexe.

Les personnes transgenres

Les personnes transgenres dans le monde subissent la convergence croisée de législations punitives et discriminatoires et de politiques restreignant leur liberté, y compris leur autonomie corporelle, leur identité juridique, leur intimité et leur liberté d'expression. Les personnes transgenres en 2019 étaient criminalisées ou poursuivies dans 19 pays sur 134 (91). Les femmes

transgenres connaissent un taux de VIH parmi les plus élevés, toutes populations confondues, avec un taux de prévalence atteignant 40 % selon certaines études (92).

La stigmatisation et la discrimination qu'endurent les personnes transgenres (y compris auprès du personnel de santé) sont fréquemment associées à des troubles mentaux, à l'abus de drogues, au manque de soutien familial et social, à l'absence de domicile fixe et au chômage. Tous ces aspects compromettent également leur accès aux services de santé contre le VIH notamment (92-96).

Les gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

De belles réussites sont à noter dans la diminution des infections au VIH et de la mortalité par maladies opportunistes liées au sida parmi les gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans plusieurs grandes villes d'Australie, d'Amérique du Nord et d'Europe de l'Ouest. L'utilisation très fréquente du préservatif, l'observance de la PPrE et la charge virale indétectable permettent aux gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de protéger leur santé et celles de leurs partenaires.

Dans d'autres régions du monde, nombre de communautés de gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont qualifiées de criminelles et se voient refuser l'accès aux services de santé et de lutte contre le VIH nécessaires. Au moins 69 pays disposent de lois qui criminalisent les relations entre personnes de même sexe. Ces lois violent les droits humains fondamentaux des personnes lesbiennes, bisexuelles, transgenres, gays et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ce faisant, elles exposent ces communautés aux discours de violence, à des examens anaux contraints et à des mariages hétérosexuels forcés.⁶

Les personnes qui consomment des drogues

L'impact favorable sur la santé publique des programmes de réduction des risques est solidement ancré. Ils rassemblent les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, la

⁶ Les personnes intersexes ne sont pas incluses, car elles ne sont pas criminalisées pour ce fait. Toutefois, les personnes intersexes peuvent avoir des orientations sexuelles et des identités de genre diverses qui peuvent les criminaliser. La médicalisation et à la pathologisation de leur état intersexe posent fréquemment de nouveaux défis de droits humains et liés à la santé à ces personnes. Cet aspect peut conduire à des procédures médicales, notamment chirurgicales, souvent pratiquées sans consentement éclairé et qui peuvent avoir des répercussions néfastes et durables sur la santé et le bien-être.

thérapie de substitution d'opiacés, le traitement contre les overdoses, le service de lutte contre l'infection au VIH et l'hépatite C virale ainsi que d'autres services (98). Seule une minorité de pays délivre des services de réduction des risques. La plupart reste à toute petite échelle et s'inscrit souvent dans des contextes juridiques qui criminalisent la consommation de drogues et découragent d'accéder à ces services.

La criminalisation de la consommation de drogues reste un obstacle majeur. Le système des Nations Unies s'est engagé conjointement à soutenir ses États membres qui développeraient et mettraient en œuvre une riposte au problème de la drogue dans le monde sur une base équilibrée, exhaustive, intégrée, reposant sur des faits, respectueuse des droits humains, orientée développement et qui soit également pérenne (98). La communauté mondiale des consommateurs et consommatrices de drogues appelle à intégrer les services de réduction des risques dans les avantages que procure le système de couverture sanitaire universelle. Les principes de cette dernière imposent de traiter en priorité les besoins des personnes les plus défavorisées, dont les consommateurs et consommatrices de drogues (99).

L'intégration du traitement contre le VIH et l'hépatite C (y compris la prévention de la transmission) peut engendrer des résultats impressionnants chez les personnes qui s'injectent des drogues. Un récent essai sur un groupe randomisé en Inde portait sur des personnes qui s'injectent des drogues. Elles ont subi le test de dépistage de l'hépatite C et reçu des informations dans des établissements de santé intégrée, qui

proposent également le dépistage et le traitement du VIH ainsi que des services de réduction des risques. Ces personnes étaient quatre fois plus susceptibles de se faire dépister pour l'hépatite C et sept fois plus susceptibles de connaître leur statut vis-à-vis de l'hépatite C et d'entamer un traitement que des pairs qui se rendent dans des établissements de soins standard (100).

Population carcérale et en milieu fermé

Les recommandations internationales préconisent un ensemble d'interventions sanitaires exhaustif comprenant le VIH et la tuberculose, en prison (101, 102). Le risque de violence sexuelle entre personnes incarcérées et leur accès insuffisant aux préservatifs, lubrifiants, PPrE et services de réduction des risques accroissent notablement leurs risques de contracter le VIH, l'hépatite C et des IST (103). Les conditions de surpopulation, d'insalubrité et de locaux mal ventilés augmentent le risque de tuberculose et d'autres maladies respiratoires contagieuses comme la COVID-19 (103-105). La couverture de dépistage du VIH et de la thérapie antirétrovirale en prison s'étend, mais plusieurs pays présentent encore des failles, notamment ceux à haute prévalence du VIH dans la population générale. Les aspects de confidentialité, de discrimination et d'interruption des traitements lors de la libération restent des enjeux à régler (106).

La pandémie de COVID-19 a permis de rappeler vigoureusement l'obligation faite à tous les États au nom des droits humains internationaux de protéger la santé de la population carcérale et détenue (107). L'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (les Règles Nelson Mandela) affirme clairement que les soins de santé des personnes incarcérées doivent respecter le même standard que pour le reste de la population (101). Plusieurs pays envisagent d'appliquer ou appliquent déjà des réformes concrètes, comme recourir à la détention en mesure ultime, éviter la détention préventive et permettre la libération anticipée ou à domicile des coupables de crimes sans violence (108). Les appels se multiplient, y compris du Comité permanent interorganisations des Nations Unies, pour mettre fin à l'incarcération de personnes jugées coupables de délits mineurs ou de délits que ne reconnaît pas le droit international (109, 110).

La réussite de la riposte au VIH représente une contribution essentielle à celle de la COVID-19. Notre responsabilité partagée de l'échec à atteindre les objectifs 2020 met en lumière nos faiblesses systémiques et l'ancrage de nos inégalités. Cet échec fait émerger une interrogation sur ce qui a manqué. Et si la stratégie Accélérer de l'ONUSIDA avait été totalement mise en œuvre ? Et si les capacités de riposter à la pandémie avaient été plus solides ?



Intégrer les services de lutte contre la tuberculose et le VIH

Le déploiement de la thérapie antirétrovirale et les améliorations dans la délivrance intégrée de services de lutte contre le VIH et la tuberculose ont diminué de 58% le taux de mortalité lié à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH, dans le monde. Le traitement préventif contre la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH dans 65 pays gravement touchés par cette maladie s'est nettement accéléré depuis quelques années et concernait 1,8 million de personnes en 2018.

Malgré ce progrès, de profonds écarts subsistent dans la détection et le traitement préventif de la tuberculose, dans ces mêmes pays. Dans 66 pays produisant des données, la couverture du traitement préventif contre la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH récemment intégrées dans la procédure de soins atteignait tout juste 49 % en 2018. Parmi les 11 pays les plus lourdement touchés par la tuberculose et le VIH qui publient ces données, la couverture va de 10 % en Indonésie à 97 % dans la Fédération de Russie. Environ 0,8 million des 10 millions de nouveaux cas de tuberculose dans le monde en 2018 touchait des personnes vivant avec le VIH (111). La tuberculose demeure l'une des causes courantes de mort

prématurée chez les personnes vivant avec le VIH : 251 000 [223 000 à 281 000] décès en 2018 (111).

Maladies non contagieuses et santé mentale

La comorbidité des personnes vivant avec le VIH inclut souvent des maladies non contagieuses, surtout quand ces personnes avancent en âge. Une revue récente et systématique doublée d'une méta-analyse d'un ensemble d'enquêtes a calculé des estimations de taux de prévalence des maladies non contagieuses parmi les personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenus faibles et moyens : taux de prévalence de l'hypertension : 21,2 % ; taux de prévalence de l'hypercholestérolémie : 22,2 % ; taux de prévalence de l'obésité : 7,8 % ; taux de prévalence de la dépression : 24,4 % ; taux de prévalence du diabète : 1,3 à 18 % (112).

Intégrer les services de lutte contre les maladies non contagieuses au bénéfice des personnes qui vivent avec le VIH revêt une importance stratégique pour satisfaire leurs besoins. Lorsque l'étude SEARCH (Sustainable East Africa Research in Community Health) a appliqué une démarche de santé communautaire et intégré la délivrance de services luttant contre plusieurs maladies à la

riposte au VIH, de nombreuses améliorations ont vu le jour. Le taux d'incidence de la tuberculose associée au VIH a chuté et le contrôle de l'hypertension s'est amélioré parallèlement au déploiement important de la couverture des services de lutte contre le VIH et d'une réduction du taux d'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida (113).

La santé mentale demeure une cause de mortalité importante dans le monde, et les personnes vivant avec le VIH en souffrent davantage que le reste de la population (114). Les troubles de santé mentale concernent aussi les résultats de soin et de traitement contre le VIH. Une méta-analyse à grande échelle évalue le degré d'observance de la thérapie antirétrovirale. Elle est 42 % plus faible chez les personnes dépressives (115). Intégrer le dépistage et les soins contre les troubles de santé mentale dans le cadre des soins contre le VIH renforce la prévention au VIH et les résultats de soins tout en améliorant l'accès aux soins et à l'assistance liée aux maladies mentales.

Maintenant ou jamais

Le monde se débat face à une nouvelle pandémie dévastatrice et mobilise les responsables, les ressources et l'infrastructure de la riposte à une autre pandémie mortelle d'ampleur mondiale déjà présente. Les vétérans de la riposte nationale au VIH émergent pour coordonner la riposte à la COVID-19 dans de nombreux pays. Les partenariats internationaux noués à propos du VIH aident à réunir les spécialistes du monde entier dans les domaines de l'épidémiologie, de la science et de la médecine pour recueillir les données, élaborer des traitements et des vaccins, financer et livrer des fournitures aux pays et aux communautés qui en ont le plus besoin.

L'expertise, la capacité d'analyse, les systèmes de surveillance et de contrôle élaborés avec le financement consacré au VIH consolident la riposte à la COVID-19. Le réseau de laboratoires largement déployé et amélioré grâce au financement octroyé à la riposte au VIH et à la tuberculose est mis à disposition pour les essais liés à la COVID-19 (116, 117).

Les activistes et les organisations communautaires au cœur de la riposte au VIH pilotent les efforts afin que la riposte à la COVID-19 respecte les droits et tienne compte des sexospécificités sans porter préjudice aux communautés marginalisées, comme la communauté LGBTI. Les communautés se lèvent aussi pour conduire la riposte locale à la COVID-19 en signalant les infox et la stigmatisation, en délivrant les fournitures essentielles aux personnes défavorisées et en organisant les réseaux d'entraide locaux (118). À l'occasion des efforts déployés pour maintenir les services sanitaires pendant le confinement lié à la COVID-19, on a sous-estimé la valeur des services communautaires basés sur l'expérience située et réactive face aux besoins, aux priorités et aux droits des populations les plus touchées.

La réussite de la riposte au VIH représente une contribution essentielle à celle de la COVID-19. Notre responsabilité partagée de l'échec à atteindre les objectifs 2020 met en lumière nos faiblesses systémiques et l'ancrage de nos inégalités. Cet échec fait émerger une interrogation sur ce qui a manqué. Et si la stratégie Accélérer de l'ONUSIDA avait été totalement mise en œuvre ? Et si les capacités de riposter à la pandémie avaient été plus solides ?

Nous ne réécrivons pas le passé. Toutefois, une foule croissante refuse les inégalités héritées. La communauté internationale peut s'emparer de cette occasion pour imaginer un avenir radieux, dynamiser ses efforts et mettre fin à l'épidémie de sida en soutenant l'avènement de la santé dans le monde et d'un développement durable.

Références

1. Swindells S, Andrade-Villanueva J-F, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá MD et al. Longacting cabotegravir + rilpivirine as maintenance therapy: ATLAS week 48 results. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, 4–7 March 2019. Abstract 139.
2. Orkin C, Arastéh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovsky V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir + rilpivirine for HIV maintenance: FLAIR week 48 results. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, 4–7 March 2019. Abstract 140.
3. Swindells S, Andrade-Villanueva JF, Richmond GJ, Rizzardini G, Baumgarten A, Mar Masiá et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine for maintenance of HIV-1 suppression. *N Engl J Med.* 2020;382(12):1112-23.
4. Orkin C, Arasteh K, Górgolas Hernández-Mora M, Pokrovsky V, Overton ET, Girard P-M et al. Long-acting cabotegravir and rilpivirine after oral induction for HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2020;382(12):1124-35.
5. Ryan B. Women with HIV interested in long-acting injectable treatment. In: POZ [Internet]. 1 May 2020. CDM Publishing, LLC; c2020 (<https://www.poz.com/article/women-hiv-interested-longacting-injectable-treatment>, accessed 14 June 2020).
6. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2017;31(7):995-1007.
7. Ammon N, Mason S, Corkery JM. Factors impacting antiretroviral therapy adherence among human immunodeficiency virus-positive adolescents in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Public Health.* 2018;157:20-31.
8. Geter A, Sutton MY, Hubbard McCree D. Social and structural determinants of HIV treatment and care among black women living with HIV infection: a systematic review: 2005–2016. *AIDS Care.* 2018;30(4):409-16.
9. Stover J, Bollinger L, Izazola JA, Loures L, DeLay P, Ghys PD et al. What is required to end the AIDS epidemic as a public health threat by 2030? The cost and impact of the Fast-Track approach. *PLoS ONE.* 2016;11(5):e0154893.
10. Havlir D, Lockman S, Ayles H, Larmarange J, Chamie G, Gaolathe T et al. What do the Universal Test and Treat trials tell us about the path to HIV epidemic control? *J Int AIDS Soc.* 2020;23(2):e25455.
11. World Bank Group. Global economic prospects. June 2020. Washington (DC): The World Bank; 2020 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33748/9781464815539.pdf>).
12. Coronavirus. In: who.int [Internet]. Geneva: WHO; 2020 (https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1).
13. UN chief calls for domestic violence “ceasefire” amid “horrifying global surge.” In: UN News [Internet]. 6 April 2020. New York: United Nations; c2020 (<https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>, accessed 11 June 2020).
14. Education: from disruption to recovery. In: UNESCO [Internet]. Paris: UNESCO; c2019 (<https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>, accessed 20 April 2020).
15. Giannini S. COVID-19 school closures around the world will hit girls hardest. In: UNESCO [Internet]. 31 March 2020. Paris: UNESCO; c2019 (<https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest>, accessed 20 April 2020).
16. Girls’ education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impact of pandemics. Washington (DC): Malala Fund; 2020 (https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rgbh/6TMYLYAcUpjhQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09/GirlsEducationandCOVID19_MalalaFund_04022020.pdf, accessed 20 April 2020).
17. Joint letter to the African Union: the impact of COVID-19 on girls’ education and child marriage. In: Girls Not Brides [Internet]. 30 April 2020. London: Girls Not Brides; c2020 (<https://www.girlsnotbrides.org/joint-letter-to-theafricanunion-the-impact-of-covid-19/>, accessed 12 June 2020).
18. Sex workers must not be left behind in the response to COVID-19. In: UNAIDS.org [Internet]. 8 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200408_sex-workers-covid-19, accessed 12 June 2020).
19. Mohan M. Coronavirus: They grabbed my breasts and said, “You’re not a woman.” In: BBC News [Internet]. 18 May 2020. London: BBC; c2020 (<https://www.bbc.com/news/stories-52668174>, accessed 18 May 2020).
20. Cabrera CG. Panama’s Gender-Based Quarantine Ensnares Trans Woman. In: Human Rights Watch [Internet]. 2 April 2020. New York: Human Rights Watch; 2020 (<https://www.hrw.org/news/2020/04/02/panamas-gender-basedquarantine-ensnares-trans-woman>, accessed 12 June 2020).

21. COVID-19 and the human rights of LGBTI people. 17 April 2020. Geneva: OHCHR; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/LGBT/LGBTIpeople.pdf>, accessed 17 April 2020).
22. Davies M-A, Boule A. Risk of COVID-19 death among people with HIV: a population cohort analysis from the Western Cape Province, South Africa. *COVID-19 Special Public Health Surveillance Bulletin*. 2020; 18(2) (<https://www.nicd.ac.za/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-Special-Public-Health-Surveillance-Bulletin-22-June-2020.pdf>).
23. Pooled analysis of eight Demographic and Health Surveys, 2014–2017.
24. Jewell B, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA et al. for the HIV Modelling Consortium. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Pre-print manuscript. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12279914.v1>.
25. Personal communication with Britta L Jewell (Department of Infectious Disease Epidemiology, Imperial College London), Edinah Mudimu (Department of Decision Sciences, University of South Africa), John Stover (Avenir Health), Debra ten Brink (Burnet Institute), Andrew N Phillips (Institute for Global Health, University College London), 25 June 2020.
26. Internal UNAIDS data, 2020.
27. Contribution of Community ART Management (CAM) teams to HIV case-finding during the COVID-19 pandemic in Cross River State, Nigeria. FHI 360; May 2020.
28. Badiane K. HIV drug distribution: increasing patient-centred care and minimizing PLHIV exposure to COVID-19. Presentation to Differentiated service delivery and COVID-19: updates on policy and practice adaptations from Sierra Leone and Zambia. HIV Learning Network: The CQUIN Project for Differentiated Service Delivery webinar; 7 April 2020.
29. Republic of South Africa, Department of Health. Providing patients with dispensing for 12 months on CCMDD, letter to CCMDD Task Team Members, 26 May 2020.
30. Sun N, Zilli L. COVID-19 symposium: the use of criminal sanctions in COVID-19 responses—exposure and transmission, part 1. In: *Opinio Juris* [Internet]. 4 March 2020. *Opinio Juris*; c2020 ([opiniojuris.org/2020/04/03/covid-19-symposium-the-use-of-criminal-sanctions-in-covid-19-responses-exposure-and-transmission-part-i/](https://www.opiniojuris.org/2020/04/03/covid-19-symposium-the-use-of-criminal-sanctions-in-covid-19-responses-exposure-and-transmission-part-i/)).
31. Rall S-A. KZN businessman arrested for attempted murder after testing positive, absconding coronavirus quarantine. In: *IOL* [Internet]. 25 March 2020. *Independent Online*; c2020 (<https://www.iol.co.za/mercury/news/kzn-businessmanarrested-for-attempted-murder-after-testing-positive-absconding-coronavirus-quarantine-45527106>, accessed 12 June 2020).
32. Galletly CL, Pinkerton SD. Conflicting messages: how criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts to control the spread of HIV. *AIDS Behav*. 2006;10:451-61.
33. O’Byrne P, Willmore J, Bryan A, Friedman DS, Hendriks A, Horvath C et al. Nondisclosure prosecutions and population health outcomes: HIV testing, HIV diagnoses, and the attitudes of men who have sex with men following nondisclosure prosecution media releases in Ottawa, Canada. *BMC Public Health*. 2013;13:94.
34. O’Byrne P, Bryan A, Woodyatt C. Nondisclosure prosecutions and HIV prevention: results from an Ottawa-based gay men’s sex survey. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2013;24(1):81-7.
35. Making every woman and girl count. Flagship programme initiative. New York: UN Women, 2016 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/how%20we%20work/flagship%20programmes/fpistatistics-concept-note.pdf?la=en&vs=7>).
36. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
37. Population-based surveys, 2014–2018.
38. RESPECT women: preventing violence against women. Geneva: WHO; 2019 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2019/respect-women-preventing-violence-against-womenen.pdf?la=en&vs=5901>, accessed 7 April 2020).
39. Sexual and reproductive health and rights: an essential element of universal health coverage. Background document for the Nairobi Summit on ICPD25 – accelerating the promise. New York: UNDP; 2019.
40. Darroch JE, Woog V, Bankole A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. New York: Guttmacher Institute; 2016 (https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/addingit-up-adolescents-report.pdf, accessed 11 June 2020).

41. Neal S, Matthews Z, Frost M, Fogstad H, Camacho AV, Laski L. Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012;91:1114-18.
42. Every woman every child. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Geneva: Every Woman Every Child; 2015.
43. Population-based surveys, 2014–2019.
44. Women and HIV: understanding and addressing stigma—evidence from the Population Council. Washington (DC): Population Council; 2019 (https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1299&context=departments_sbsr-hiv, accessed 11 June 2020).
45. People Living with Stigma Index Surveys, 2011–2016.
46. Kelly H, Weiss HA, Benavente Y, de Sanjose S, Mayaud P; ART and HPV Review Group. Association of antiretroviral therapy with high-risk human papillomavirus, cervical intraepithelial neoplasia, and invasive cervical cancer in women living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV.* 2018;5(1):e45-e58.
47. Brisson M, Kim JJ, Canfell K, Drolet M, Gingras G, Burger EA et al. Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries. *The Lancet.* 2020;395(10224):P575-90.
48. Jit M, Brisson M, Portnoy A, Hutubessy R. Cost-effectiveness of female human papillomavirus vaccination in 179 countries: a PRIME modelling study. *Lancet Glob Health.* 2014;2:406-14.
49. Vandormael A, Cuadros D, Kim H-Y, Bärnighausen T, Tanser F. The state of the HIV epidemic in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a novel application of disease metrics to assess trajectories and highlight areas for intervention. *Int J Epidemiol.* 2020;1-10.
50. Vandormael A, Akullian A, Siedner M, deOliveira T, Bärnighausen T, Tanser F. Declines in HIV incidence among men and women in a South African population-based cohort. *Nat Commun.* 2019;10:5482.
51. Nakigozi, G, Chang LW, Reynolds SJ, Nalugoda F, Kigozi G, Quinn TC et al. Rapidly declining HIV incidence among men and women in Rakai, Uganda. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 8–11 March 2020. Abstract 150.
52. Rosenberg NE, Bhushan NL, Vansia D, Phanga T, Maseko B, Nthani T et al. Comparing youth-friendly health services to the standard of care through "Girl Power-Malawi": a quasi-experimental cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018;79(4):458-66.
53. Ngo AD, Ha TH, Rule J, Dang CV. Peer-based education and the integration of HIV and sexual and reproductive health services for young people in Vietnam: evidence from a project evaluation. *PLoS One.* 2013;8(11):e80951.
54. Narasimhan M, Yeh PT, Haberlen S, Warren CE, Kennedy CE. Integration of HIV testing services into family planning services: a systematic review. *Reprod Health.* 2019;16(Suppl 1):61.
55. Mansoor LE, Yende-Zuma N, Baxter C, Mngadi KT, Dawood H, Gengiah TN et al. Integrated provision of topical pre-exposure prophylaxis in routine family planning services in South Africa: a non-inferiority randomized controlled trial. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(9):e25381.
56. Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights: measuring SDG target 5.6. New York: UNFPA; 2020 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-SDG561562Combined-v4.15.pdf>, accessed 11 June 2020). Based on population-based survey data from 2007–2018.
57. Cost and cost-effectiveness analysis of school-based sexuality education programmes in six countries: full report. Paris: UNESCO; 2011.
58. Montgomery P, Knerr W. Review of the evidence on sexuality education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. Paris: UNESCO; 2016.
59. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *Soc Sci Med.* 2015 Feb;127:108-15.
60. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol.* 2008;37:1266-73.
61. Santelli JS, Mathur S, Song X, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. *Glob Soc Welf.* 2015;2:87-103.

62. Starrs AM, Ezeh AC, Barker G, Basu A, Bertrand JT, Blum R et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*. 2018;391(10140):2642-92. Introduction and summary 37
63. A rigorous review of programme impact and the role of design and implementation features. London: Overseas Development Institute (ODI); 2016.
64. Gorgens M, Mabuza K, de Walque D. Sitakhela Likusasa impact evaluation: results of a cluster randomized control trial (cRCT) of financial incentives for HIV prevention among adolescent girls and young women (AGYW) in Eswatini. IAS 2019, Mexico City, 21–24 July 2019. Abstract TUAC0205LB.
65. Reducing HIV risk among young women and their partners: evidence from DREAMS: highlights from the DREAMS implementation science research portfolio. DREAMS project brief. Washington (DC): Population Council; 2020.
66. Our impact 2017: mothers2mothers annual evaluation. Cape Town: mothers2mothers; 2018 (https://www.m2m.org/wp-content/uploads/2018/07/18_0719_AnnualEvaluation_Onepager_FINALNoMarks.pdf).
67. Igumbor JO, Ouma J, Otwombe K, Musenge E, Anyanwu FC, Basera T et al. Effect of a Mentor Mother Programme on retention of mother–baby pairs in HIV care: a secondary analysis of programme data in Uganda. *PLoS One*. 2019;14(10):e0223332.
68. Strategies for identifying and linking HIV-infected infants, children, and adolescents to HIV care and treatment. Washington (DC): PEPFAR; 2016 (<https://www.pepfar.gov/documents/organization/244347.pdf>, accessed 14 June 2020).
69. Improving HIV service delivery for infants, children and adolescents: a framework for country programming. New York: UNICEF; 2020.
70. Ahmed S, Sabelli RA, Simon K, Rosenberg NE, Kavuta E, Harawa M et al. Index case finding facilitates identification and linkage to care of children and young persons living with HIV/AIDS in Malawi. *Trop Med Int Health*. 2017;22:1021-9.
71. Jubilee M, Park FJ, Chipango K, Pule K, Machinda A, Taruberekera N. HIV index testing to improve HIV positivity rate and linkage to care and treatment of sexual partners, adolescents and children of PLHIV in Lesotho. *PLoS One*. 2019 Mar 27;14(3):e0212762.
72. Wagner AD, Mugo C, Njuguna IN, Maleche-Obimbo E, Sherr K, Inwani IW et al. Implementation and operational research: active referral of children of HIV-positive adults reveals high prevalence of undiagnosed HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;73(5):e83-e89.
73. Penda CI, Moukoko CEE, Koum DK, Fokam J, Meyong CAZ, Talla S et al. Feasibility and utility of active case finding of HIV-infected children and adolescents by provider-initiated testing and counselling: evidence from the Laquintinie hospital in Douala, Cameroon. *BMC Pediatr*. 2018;18(1):259.
74. Agbeko F, Fiawoo M, Djadou KE, Takassi E. Provider-initiated testing and counseling in pediatric units in Togo, 2013–2014: results of two years implementation. *J AIDS Clin Res*. 2017;8(5):1000697.
75. Simon KR, Flick RJ, Kim MH, Sabelli RA, Tembo T, Phelps BR et al. Family testing: an index case finding strategy to close the gaps in pediatric HIV diagnosis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018;78(Suppl 2):S88-S97.
76. Joseph Davey D, Wall KM, Serrao C, Prins M, Feinberg M, Mtonjana N et al. HIV positivity and referral to treatment following testing of partners and children of PLHIV index patients in public sector facilities in South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2019;81(4):365-70.
77. Luyrika E, Towle M, Achan J, Muhangi J, Senyimba C, Lule F et al. Scaling up paediatric HIV care with an integrated, family-centred approach: an observational case study from Uganda. *PLoS One*. 2013;8(8):e69548.
78. Bollinger A, Chamla D, Kitetele F, Salamu F, Putta N, Tsague L et al. The impact of the family-centred approach on paediatric HIV in DRC. 22nd International AIDS Conference, Amsterdam, 23–27 July 2018. Abstract 12507.
79. Essajee S, Putta N, Brusamento S, Penazzato M, Kean S, Mark D. Family-based index case testing to identify children with HIV. New York: Child Survival Working Group; 2018 (<http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/family-based-casetesting-paedHIV.pdf>, accessed 14 June 2020).
80. World migration report 2020. Geneva: IOM; 2020 (https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf, accessed 14 June 2020).
81. Abubakar I, Devakumar D, Madise M, Sammonds P, Groce N, Zimmerman C et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health. *The Lancet*. 2016;388(10050):1141-2.
82. Global trends: forced displacement in 2018. Geneva: UNHCR; 2019 (<https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>, accessed 14 June 2020).

83. Eiset AH, Wejse C. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers—current status and going forward. *Public Health Rev.* 2017;38:22.
84. Ross J, Cunningham CA, Hanna DB. HIV outcomes among migrants from low- and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Curr Opin Infect Dis.* 2018;31(1):25-32.
85. Health promotion for improved refugee and migrant health (technical guidance on refugee and migrant health). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
86. Finnerty F, Azad Y, Orkin C. Hostile health-care environment could increase migrants' risk of HIV and prevent access to vital services. *Lancet HIV.* 2019;6(2):e76.
87. Personal communication with Cesar Nunez, UNAIDS Regional Director, Latin America and the Caribbean, 30 June 2020.
88. Shih E, Thibos C. The fight to decriminalize sex work. In: *Open Democracy* [Internet]. 5 May 2020. Open Democracy; 2020 (<https://www.opendemocracy.net/en/beyond-trafficking-and-slavery/fight-decriminalise-sex-work/>, accessed 12 June 2020).
89. Submission to the Committee Reforming the Regulation of the Sex Industry in the Northern Territory consultation by the Scarlet Alliance, 2019.
90. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *The Lancet.* 2015;385(9962):55-71.
91. Mapping of good practices for the management of transgender inmates. Literature review. UNDP; 2020.
92. Poteat T, Scheim A, Xavier J, Reisner S, Baral S. Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;72(Suppl 3):S210-S219.
93. Heng A, Heal C, Banks J, Preston R. Transgender people's experiences and perspectives about general healthcare: a systematic review. *Int J Transgenderism.* 2018;19:359-78.
94. Neumann MS, Finlayson TJ, Pitts NL, Keatley J. Comprehensive HIV prevention for transgender persons. *Am J Public Health.* 2017;107(2):207-12.
95. Thomas R, Pega F, Khosla R, Verster A, Hana T, Say L. Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bull World Health Org.* 2017;95:154-6.
96. Blondeel K, Say L, Chou D, Toskin I, Khosla R, Scolaro E et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health.* 2016;15:16.
97. Saxton PW, McAllister SM, Noller GFE, Newcombe DA, Leafe KA. Injecting drug use among gay and bisexual men in New Zealand: findings from national human immunodeficiency virus epidemiological and behavioural surveillance. *Drug and Alcohol Rev.* Feb 2020. <https://doi.org/10.1111/dar.13046>
98. Chief Executives Board for Coordination. Summary of deliberations. Second regular session of 2018 Manhasset, New York, 7 and 8 November 2018 (CEB/2018/2; <https://www.unsceb.org/CEBPublicFiles/CEB-2018-2-SoD.pdf>).
99. Matthews M. What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief. London: INPUD; 2019 (<https://www.inpud.net/sites/default/files/Universal%20Health%20Coverage.pdf>, accessed 14 June 2020).
100. Solomon SS, Quinn TC, Solomon S, McFall AM, Srikrishnan AK, Verma V et al. Integrating HCV testing with HIV programs improves hepatitis C outcomes in people who inject drugs: a cluster-randomized trial. *J Hepatol.* 2020;72(1):67-74.
101. United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Mandela rules). New York: United Nations; 2015 (<http://www.penalreform.org/wp-content/uploads/2015/05/MANDELA-RULES.pdf>, accessed 14 June 2020).
102. UNODC, ILO, UNDP, WHO, UNAIDS. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna: UNODC; 2013 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf, accessed 14 June 2020).
103. Kamarulzaman A, Verster A, Altice FL. Prisons: ignore them at our peril. *Curr Opin HIV AIDS.* 2019;14(5):415-22.
104. Telisinghe L, Charalambous S, Topp SM, Herce ME, Hoffmann CJ, Barron P et al. HIV and tuberculosis in prisons in sub-Saharan Africa. *The Lancet.* 2016;388(10050):1215-27.
105. Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Vienna: UNODC; 2020.
106. Rich JD, Beckwith CG, Macmadu A, Marshall BDL, Brinkley-Rubinstein L, Amon JJ et al. Clinical care of incarcerated people with HIV, viral hepatitis, or tuberculosis. *The Lancet.* 2016;388:1103-14.

107. Rule 24 (1), United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). General Assembly resolution 70/175.
108. COVID-19 preparedness and responses in prisons: position paper. Vienna: UNODC; 31 March 2020 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Position_paper_COVID-19_in_prisons.pdf, accessed 14 June 2020). Introduction and summary 39
109. Rights in the time of COVID-19: lessons from HIV for an effective, community-led response. Geneva: UNAIDS; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_en.pdf, accessed 15 June 2020).
110. Inter-Agency Standing Committee. COVID-19: focus on persons deprived of liberty—interim guidance. Geneva: OCHR, WHO; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Focus%20on%20Persons%20Deprived%20of%20Their%20Liberty.pdf>, accessed 14 June 2020).
111. Global tuberculosis report, 2019. Geneva: WHO; 2019.
112. Patel P, Rose CE, Collins PY, Nuche-Berenguer B, Sahasrabudhe VV, Pehrah E et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2018 Jul 1;32(Suppl1):S5-S20.
113. Chamie G, Kanya MR, Petersen ML, Havlir DV. Reaching 90–90–90 in rural communities in East Africa: lessons from the Sustainable East Africa Research in Community Health Trial. *Curr Opin HIV AIDS*. 2019;14(6):449-54.
114. Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411-20.
115. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):181-7.
116. The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. 2019 Annual Report to Congress. Washington (DC): PEPFAR; 2019 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2019/09/PEPFAR2019ARC.pdf>).
117. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report – 92. 21 April 2020. Geneva: WHO; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200421-sitrep-92-covid-19.pdf?sfvrsn=38e6b06d_8).
118. Wickramanayake J. Meet 10 young people leading the COVID-19 response in their communities. In: Africa Renewal [Internet]. 3 April 2020. United Nations Africa Renewal; c2020.



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org