

L'URGENCE D'AUJOURD'HUI



RÉSUMÉ

LE SIDA À LA CROISÉE DES CHEMINS

RAPPORT MONDIAL ACTUALISÉ 2024

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2024

Certains droits réservés. Ce travail est disponible sous la licence Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 3.0 Organisations Internationales (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Selon les termes de cette licence, vous êtes autorisé-e à copier, redistribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit correctement citée, comme indiqué ci-dessous. Toute utilisation de cette œuvre ne doit jamais laisser entendre que l'ONUSIDA soutient une organisation, des produits ou des services spécifiques. L'utilisation du logo de l'ONUSIDA n'est pas autorisée. Si vous adaptez l'œuvre, vous devez diffuser votre œuvre en utilisant la même licence Creative Commons ou une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, vous devez ajouter la clause de non-responsabilité suivante ainsi que la citation suggérée : « Cette traduction n'a pas été réalisée par l'ONUSIDA. L'ONUSIDA n'est pas responsable du contenu ou de l'exactitude de cette traduction. La version originale en anglais est la version contraignante et authentique. »

Toute médiation relative à des litiges découlant de la licence sera menée conformément au règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Proposition de citation. L'urgence d'aujourd'hui – Le sida à la croisée des chemins. ONUSIDA Rapport mondial actualisé sur le sida 2024. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2024. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel de cette œuvre qui est attribué à un tiers, par exemple des tableaux, des chiffres ou des illustrations, il vous incombe de déterminer si vous avez besoin d'une autorisation pour le réutiliser et d'obtenir le cas échéant l'autorisation du ou de la titulaire du droit d'auteur. Le risque de réclamations suite à une violation d'un élément appartenant à un tiers dans le cadre de l'œuvre incombe exclusivement à l'utilisateur ou l'utilisatrice.

Les désignations utilisées et la présentation du matériel dans la présente publication n'impliquent l'expression d'aucune opinion de la part de l'ONUSIDA concernant le statut juridique d'un pays, d'un territoire, d'une ville ou d'une région ou de ses autorités, ni la délimitation de ses frontières ou de ses limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n'y a peut-être pas encore d'accord définitif.

La mention d'entreprises spécifiques ou de produits de certains fabricants n'implique pas que l'ONUSIDA les approuve ou les recommande par rapport à d'autres de nature similaire qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreurs et omissions, les noms des produits déposés ou brevetés sont identifiables, car ils commencent par une majuscule.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'ONUSIDA pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Toutefois, le matériel publié est distribué sans garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du matériel incombe au lecteur ou à la lectrice. L'ONUSIDA ne pourra en aucun cas être tenue responsable des dommages résultant de son utilisation.

ONUSIDA/JC3116F

Rédacteur scientifique : Hein Marais

Rédactrices pour les histoires d'Asie-Pacifique, l'Amérique latine et l'Afrique orientale et australe : Dr Fifa A Rahman et Gisa Dang (Matahari Global Solutions)

Révision : Colette Holden (Cooinda Communications)

Conception graphique : Blossom

L'URGENCE D'AUJOURD'HUI

RÉSUMÉ

LE SIDA À LA CROISÉE DES CHEMINS

AVANT-PROPOS

WINNIE BYANYIMA

Directeur exécutif de l'ONUSIDA



Ce rapport montre que les dirigeants mondiaux peuvent tenir leur promesse de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 et, ce faisant, éviter des millions de décès liés au sida, prévenir des millions de nouvelles infections par le VIH et faire en sorte que les quelque 40 millions de personnes vivant avec le VIH aient une vie saine et bien remplie. Grâce à des études de cas percutantes et à de nouvelles données, le rapport montre comment certains pays sont déjà sur la bonne voie et comment tous les pays peuvent s'y engager.

Le rapport montre également qu'à l'heure actuelle, le monde n'est pas sur la bonne voie et que les inégalités qui alimentent la pandémie du VIH ne sont pas suffisamment prises en compte. Il montre qu'en raison de l'absence de progrès en matière de prévention, le nombre de nouvelles infections par le VIH ne diminue pas assez rapidement au niveau mondial et que dans trois régions du monde, le nombre de nouvelles infections par le VIH est en hausse. Il montre que près d'un quart des personnes vivant avec le VIH ne reçoivent pas de traitement essentiel à leur survie, et que, par conséquent, une personne meurt de causes liées au sida toutes les minutes.

Nous savons ce qui favorise la réussite. Les progrès contre le VIH ont été les plus importants dans les pays qui ont investi comme il se doit dans leur riposte et qui ont réformé leurs politiques pour permettre aux personnes d'accéder aux services

dont elles ont besoin. Pour accélérer la fin du sida en tant que menace pour la santé publique et pour garantir que les services et les systèmes soient en place pour répondre aux besoins des millions de personnes vivant avec le VIH pendant les décennies à venir, les ressources doivent être à la fois suffisantes et pérennes. La mise en place d'un environnement juridique facilitant l'accès à des services efficaces, équitables et centrés sur la personne – notamment en supprimant les lois pénalisantes et en s'attaquant à la discrimination – est essentielle pour faire avancer et pérenniser les progrès en matière de prévention et de traitement.

Nous savons aussi ce qui fait obstacle au succès. Les progrès sont mis en péril par l'effritement de la solidarité entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci. Lorsque l'engagement politique en faveur du financement intégral et des droits de l'homme est mis en péril, les progrès de la lutte contre le VIH le sont également.

Un déficit de financement croissant freine la riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la marge de manœuvre budgétaire étant encore plus réduite en raison de la crise de la dette. La récente montée en puissance des politiques anti-droits, anti-genre et anti-démocratie suscite des craintes justifiées parmi les personnes issues de communautés marginalisées qui ont le plus besoin de services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins du VIH, ainsi que parmi les travailleurs héroïques de première ligne qui les fournissent.

Les progrès technologiques, en particulier dans le développement d'options de traitement et de prévention à longue durée d'action, peuvent protéger la santé de toutes les personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque d'infection, mais seulement si ces technologies sont partagées avec tous les pays à revenu faible et intermédiaire et si elles sont produites à grande échelle par de multiples fabricants dans le monde entier. Actuellement, les détenteurs de brevets n'ouvrent pas l'accès suffisamment largement pour permettre cette percée.

La riposte au VIH est à la croisée des chemins. La fin du sida dans le monde dépend de la voie empruntée par les dirigeants. La voie à suivre pour mettre fin au sida n'est pas un mystère. Il s'agit d'un choix politique et financier.

Certains sont réticents à l'idée de fournir les ressources nécessaires pour mettre fin au sida. Mais, comme le montre le rapport, le coût de la non atteinte de mettre fin au sida serait exponentiellement plus élevé.

D'aucuns pourraient souhaiter se désengager de la lutte contre le VIH parce que la fin est désormais à portée de main. Mais, comme l'indique ce rapport, nous ne pouvons pas mettre fin partiellement à une pandémie. Les dirigeants ne peuvent mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique qu'en le vainquant partout, pour tous.

Certains laissent entendre que les investissements et les réformes visant à mettre fin au sida empêcheraient de relever d'autres défis. Mais, comme le montre le rapport, les actions nécessaires pour mettre fin au sida contribueront à faire progresser la réalisation de tous les objectifs de développement durable, à faire en sorte que les pays soient prêts à surmonter les pandémies de l'avenir et à garantir un monde plus sûr et plus juste pour tous.

On me demande parfois si je suis optimiste en ce qui concerne la riposte au VIH, parce que les progrès que nous avons accomplis montrent la voie à suivre pour mettre fin au sida, ou si je suis pessimiste, parce que les restrictions en matière de ressources et de droits mettent les progrès en péril. La réponse est que je ne suis ni optimiste ni pessimiste – je suis une activiste, parce que le succès dépend de la capacité à s'adapter au moment présent, à reconnaître l'urgence de l'instant présent.

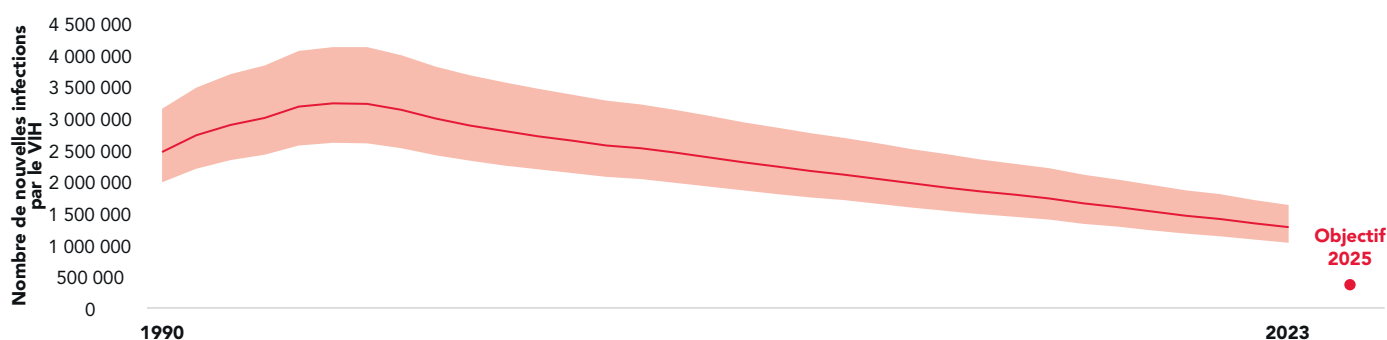
Nous pouvons mettre fin au sida, mais seulement si les dirigeants choisissent la bonne voie dès maintenant. Nous, les citoyennes et citoyens, veillerons à ce qu'ils le fassent.

RÉSUMÉ

À mi-chemin de l'échéance de 2025 fixée par l'Assemblée générale des Nations unies en juin 2021 (1), la riposte mondiale au VIH s'est rapprochée de l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030, un engagement inscrit dans les objectifs de développement durable.

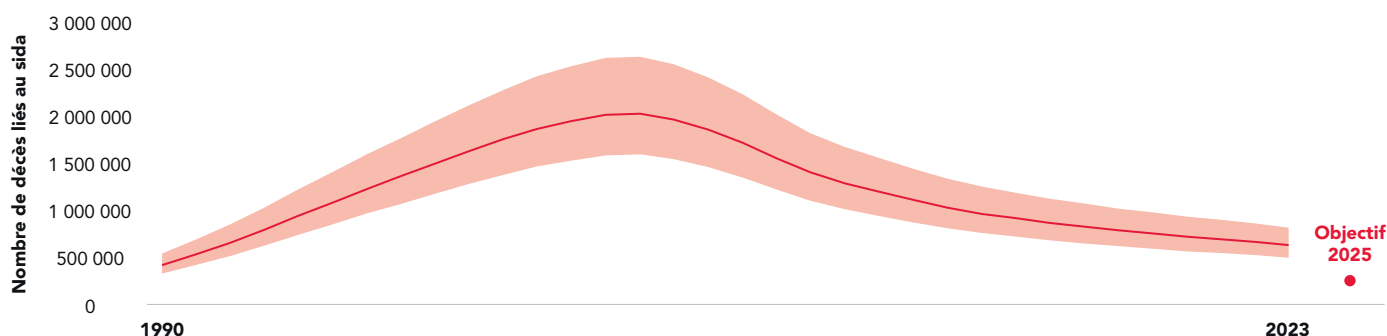
Le nombre de personnes ayant contracté le VIH en 2023 n'a jamais été aussi faible depuis la fin des années 1980. Près de 31 millions de personnes recevaient une thérapie antirétrovirale salvatrice en 2023, un succès de santé publique qui a permis de réduire le nombre de décès liés au sida à son niveau le plus bas depuis le pic de 2004 (figures 0.1 et 0.2)¹. En Afrique subsaharienne, ces succès ont entraîné un rebond de l'espérance de vie moyenne, qui est passée de 56,3 ans en 2010 à 61,1 ans en 2023 (2).

Figure 0.1 Nombre de nouvelles infections par le VIH et objectif pour 2025, dans le monde, 2010-2023



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

Figure 0.2 Nombre de décès liés au sida et objectif pour 2025, au niveau mondial, 2010-2023



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

1 Annexe 2 Méthodes pour plus d'informations sur les données de l'ONUSIDA dans ce rapport.

Les progrès sont toutefois très inégaux. La riposte mondiale au VIH évolue à deux vitesses : relativement rapide en Afrique subsaharienne, mais de manière incertaine dans le reste du monde. Le nombre de personnes infectées par le VIH augmente dans au moins 28 pays, dont certains connaissent déjà des épidémies importantes. De nombreux programmes de lutte contre le VIH négligent encore les membres des populations clés,² les exposant ainsi à des risques élevés de contracter le VIH. Les programmes manquent 9,3 [7,4 millions-10,8 millions] millions de personnes qui ont besoin d'un traitement salvateur, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH étant particulièrement touchés. Le sida n'est pas terminé – il reste encore beaucoup de travail à accomplir.

La riposte mondiale au sida est à la croisée des chemins : le succès ou l'échec sera déterminé par la voie empruntée par les dirigeants aujourd'hui. ***L'urgence d'aujourd'hui – Le sida à la croisée des chemins***, montre que les décisions prises par les dirigeants cette année détermineront si (ou non) les pays peuvent atteindre l'objectif de 2030 visant à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique et assurer des progrès au-delà de 2030.

Si des progrès ont été accomplis dans l'apport d'un traitement contre le VIH à plus de 30 millions de personnes, il faut redoubler d'efforts et d'abnégation pour accélérer la prévention et faire tomber les barrières qui empêchent les personnes, en particulier les personnes marginalisées, d'avoir accès aux services de prévention et de traitement du VIH.

Les dirigeants, les membres de la communauté et les responsables de programmes doivent travailler ensemble pour combler les lacunes importantes qui subsistent dans l'accès aux services de lutte contre le VIH. Les progrès en matière de prévention du VIH sont bien en deçà de ce qui est nécessaire. Les services de prévention et de traitement du VIH n'atteindront les gens que si les droits de l'homme sont respectés, si les lois injustes et préjudiciables sont supprimées et si la discrimination et la violence sont combattues. L'accès équitable aux médicaments et aux innovations, y compris aux technologies à longue durée d'action, est essentiel.

Il est temps d'investir pour que les objectifs de 2025 soient atteints et qu'une riposte durable soit mise en place pour les décennies à venir. La réponse au VIH doit s'adapter pour devenir un pilier durable et intégré des services sociaux et de santé, avec les communautés et les droits de l'homme au centre.

Ce rapport fournit un résumé des progrès réalisés par rapport aux objectifs de 2025 qui ont été élaborés dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026. Les chapitres décrivent les progrès réalisés par rapport à chaque objectif et l'annexe 1 fournit une vue d'ensemble.

La pandémie de VIH aujourd'hui

Au niveau mondial, environ 39 % de personnes de moins auront contracté le VIH en 2023 par rapport à 2010, l'Afrique subsaharienne enregistrant la plus forte réduction (-56 %). Néanmoins, on estime que 1,3 million [1,0 million-1,7 million] de personnes ont contracté le VIH en 2023, soit plus de trois fois plus que l'objectif de 370 000 nouvelles infections ou moins en 2025. Trois régions connaissent une augmentation du nombre de nouvelles infections à VIH : l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, l'Amérique latine, et le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord.

² Les populations clés comprennent les travailleuses du sexe, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les transgenres et les personnes vivant en prison ou dans d'autres lieux fermés

Pour la première fois dans l'histoire de la pandémie de VIH, les nouvelles infections sont plus nombreuses en dehors de l'Afrique subsaharienne qu'en Afrique subsaharienne. Cette situation reflète à la fois les résultats obtenus en matière de prévention dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne et l'absence de progrès comparables dans le reste du monde, où les membres des populations clés et leurs partenaires sexuels continuent d'être négligés dans la plupart des programmes de lutte contre le VIH.

Il y a une réalité qui donne à réfléchir. La volonté politique de financer et d'offrir des programmes de prévention aux membres des populations clés est insuffisante, et des conditions juridiques et sociales hostiles limitent encore davantage leur accès à des services qui pourraient leur sauver la vie. La stigmatisation et la discrimination persistantes liées au statut sérologique, au genre, aux comportements ou à la sexualité font également obstacle. Les besoins liés au VIH des personnes issues des populations clés sont souvent pris en charge par des organisations non gouvernementales, y compris des organisations communautaires, dont le travail tend à être méconnu et sous-financé.

Bien qu'elle soit en baisse, l'incidence du VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans est extraordinairement élevée dans certaines régions d'Afrique subsaharienne. Les programmes de prévention et les efforts visant à réduire les inégalités entre les genres, la violence à l'égard des femmes et les normes sexistes néfastes n'ont pas un impact suffisant.

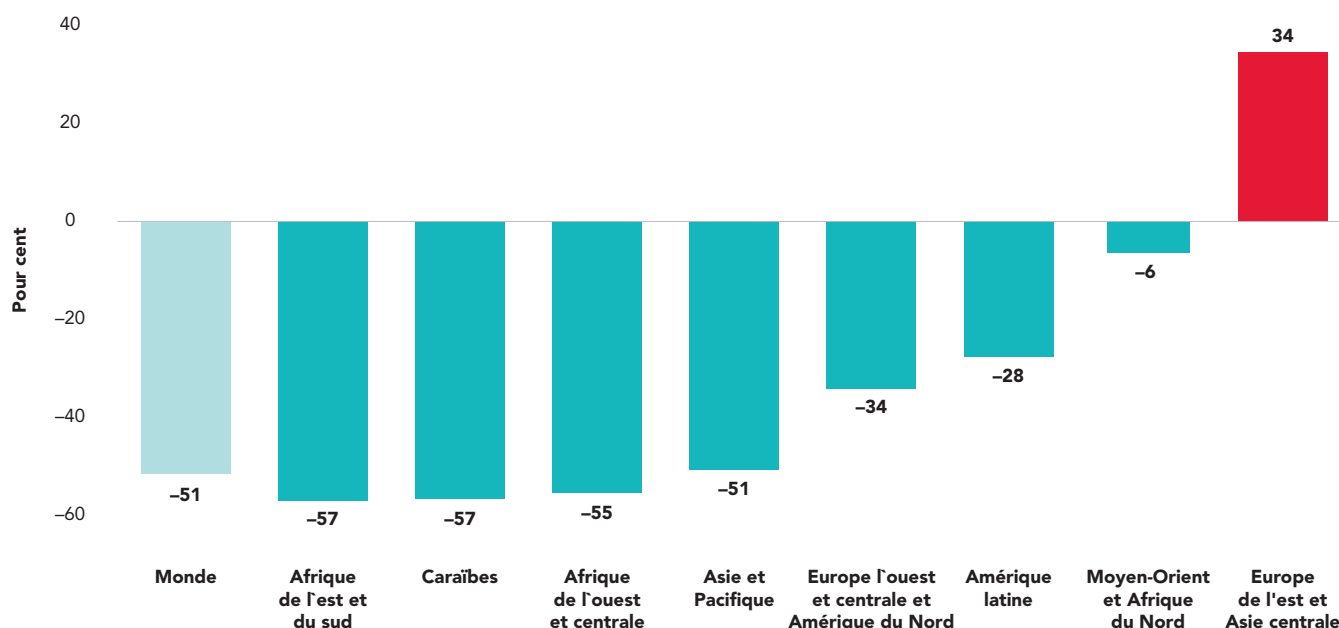
Beaucoup moins d'enfants âgés de 0 à 14 ans contractent le VIH, une tendance largement due aux succès remportés en Afrique orientale et australe, où le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH chez les enfants a chuté de 73 % entre 2010 et 2023. Le déclin global des infections verticales par le VIH³ s'est toutefois nettement ralenti ces dernières années, en particulier en Afrique occidentale et centrale. On estime que 120 000 [83 000-170 000] enfants auront contracté le VIH en 2023, ce qui portera à 1,4 million [1,1 million-1,7 million] le nombre total d'enfants vivant avec le VIH dans le monde, dont 86 % en Afrique subsaharienne.

L'élargissement de l'accès à la thérapie antirétrovirale – dont une grande partie est fournie gratuitement et par l'intermédiaire du secteur de la santé publique dans certaines régions – a plus que réduit de moitié le nombre annuel de décès liés au sida, qui est passé de 1,3 million [1,0 million-1,7 million] en 2010 à 630 000 [500 000-820 000] en 2023. Les programmes de traitement font également baisser le nombre de nouvelles infections par le VIH.

On estime que 30,7 millions [27,0 millions-31,9 millions] de personnes recevaient un traitement contre le VIH en 2023. Le monde peut réduire le nombre de décès liés au sida pour atteindre l'objectif de 250 000 fixé pour 2025 s'il parvient à augmenter rapidement le nombre de diagnostics et de traitements pour les personnes vivant avec le VIH (Figure 0.3).

3 La transmission verticale du VIH se produit pendant la grossesse et l'allaitement.

Figure 0.3 Évolution en pourcentage du nombre annuel de décès liés au sida entre 2010 et 2023, au niveau mondial et par région



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

Toutefois, l'ampleur de la pandémie du VIH est telle que même ces réalisations laisseront encore environ 9,3 millions [7,4 millions-10,8 millions] de personnes vivant avec le VIH sans traitement en 2023, dont près de la moitié (4,7 millions [3,8 millions-5,4 millions]) en Afrique subsaharienne. La couverture du traitement est restée plus faible chez les hommes et chez les populations clés, en particulier en Afrique subsaharienne (3), et elle a été particulièrement faible chez les enfants. Environ 630 000 [500 000-820 000] personnes dans le monde ont perdu la vie à cause du sida en 2023, dont 76 000 [53 000-110 000] enfants âgés de 0 à 14 ans – un enfant sur huit est décédé des suites du sida en 2023.

Des progrès mitigés pour répondre aux besoins des personnes en matière de prévention

Au niveau mondial, les objectifs de prévention pour 2025 (95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ont accès à des combinaisons efficaces d'options de prévention et les utilisent) ne sont pas à portée de main. La réponse mondiale en matière de prévention du VIH progresse à un rythme encourageant en Afrique subsaharienne, mais elle est au point mort dans d'autres régions. Il est urgent de combler les lacunes persistantes et, dans certains pays, de plus en plus importantes en matière de prévention de base du VIH.

Selon les données communiquées à l'ONUSIDA, au moins la moitié des personnes appartenant à des populations clés ne bénéficient pas de services de prévention. Les hommes et les femmes qui s'injectent des drogues, les homosexuels et les autres

4 Une incidence élevée du VIH correspond à une ou plusieurs nouvelles infections pour 100 personnes-années. Une incidence modérément élevée correspond à 0,3-0,99 nouvelles infections pour 100 personnes-années.

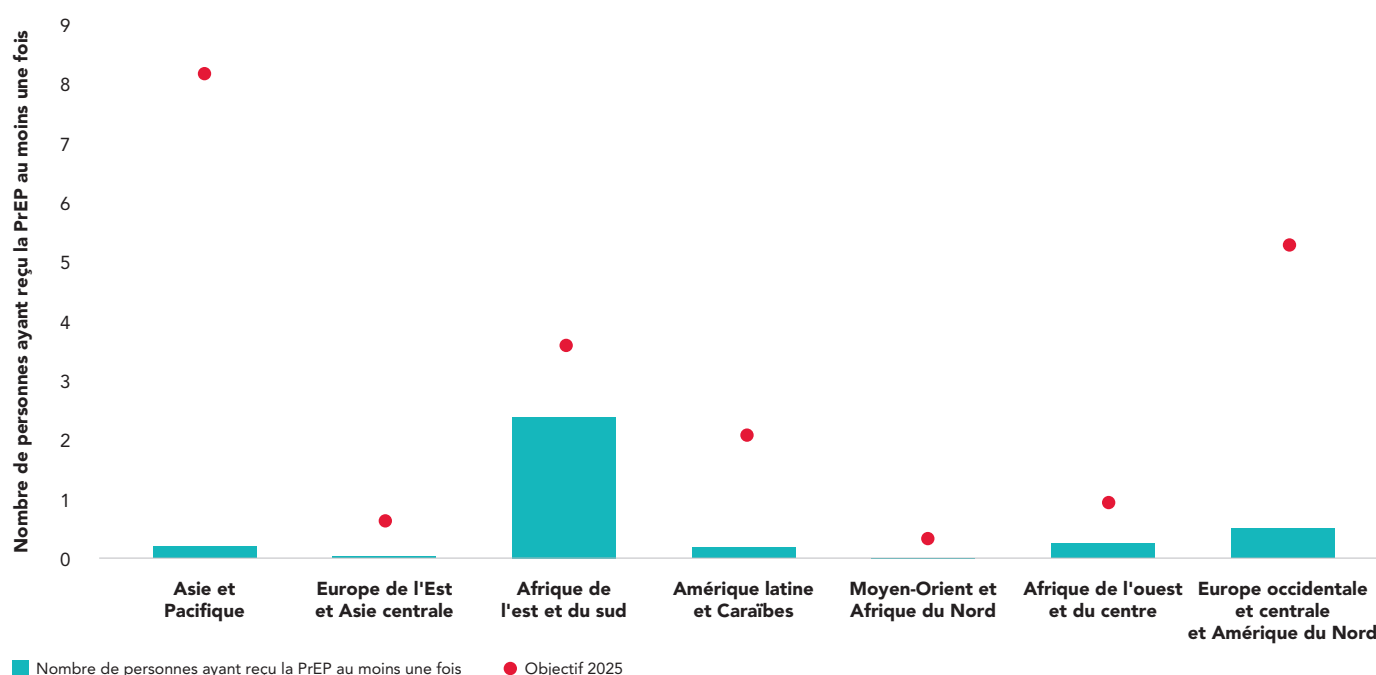
hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que les transsexuels, sont particulièrement négligés. En outre, plus de la moitié des zones avec une incidence au VIH élevée ou modérée⁴ en Afrique subsaharienne ne bénéficient pas de programmes de prévention adaptés aux adolescentes et aux jeunes femmes.

L'utilisation du préservatif reste la méthode de prévention du VIH la plus efficace et la moins coûteuse (4, 5), mais les programmes de distribution de préservatifs ont vu leurs financements diminuer et les programmes de marketing social réduits dans de nombreux pays (6). Les données des enquêtes auprès des ménages suggèrent que l'utilisation du préservatif a diminué ces dernières années, y compris chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, et qu'elle est très peu fréquente lors de rapports sexuels avec des partenaires non réguliers. Environ 36 % des adultes en Afrique orientale et australe et 25 % en Afrique occidentale et centrale ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel.

Dans certains pays, les travailleurs du sexe font état d'un taux élevé d'utilisation du préservatif avec leurs clients, mais leur accès à des outils de prévention puissants tels que la prophylaxie pré-exposition (PrEP)⁵ est minime. Il en va de même pour les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, ainsi que pour les transsexuels, sauf dans quelques pays à revenu élevé. L'accès aux services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues est extrêmement faible dans tous les pays, à l'exception de quelques-uns.

Un accès rapide et plus large à la PrEP pourrait réduire massivement le nombre de nouvelles infections par le VIH, en particulier parmi les populations clés et les femmes dans les régions où l'incidence du VIH est actuellement élevée. Le nombre total de personnes utilisant la PrEP orale est passé d'un peu plus de 200 000 en 2017 à environ 3,5 millions en 2023, mais il est loin de l'objectif mondial de 21,1 millions de personnes fixé pour 2025. Seules les deux régions d'Afrique subsaharienne font des progrès pour atteindre les objectifs de 2025 en matière de PrEP (figure 0.4). Un produit de PrEP injectable à longue durée d'action de six mois, le lenacapavir, s'est révélé extrêmement efficace pour prévenir le VIH chez les adolescentes et les femmes en Afrique. Si cette option de PrEP est mise à la disposition des utilisateurs potentiels rapidement et à un prix abordable, elle pourrait amorcer une percée dans la prévention du VIH (7).

Figure 0.4 Nombre de personnes ayant utilisé la PrEP au moins une fois et objectif 2025, par région, 2023



Source : Surveillance mondiale du sida, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org/>).

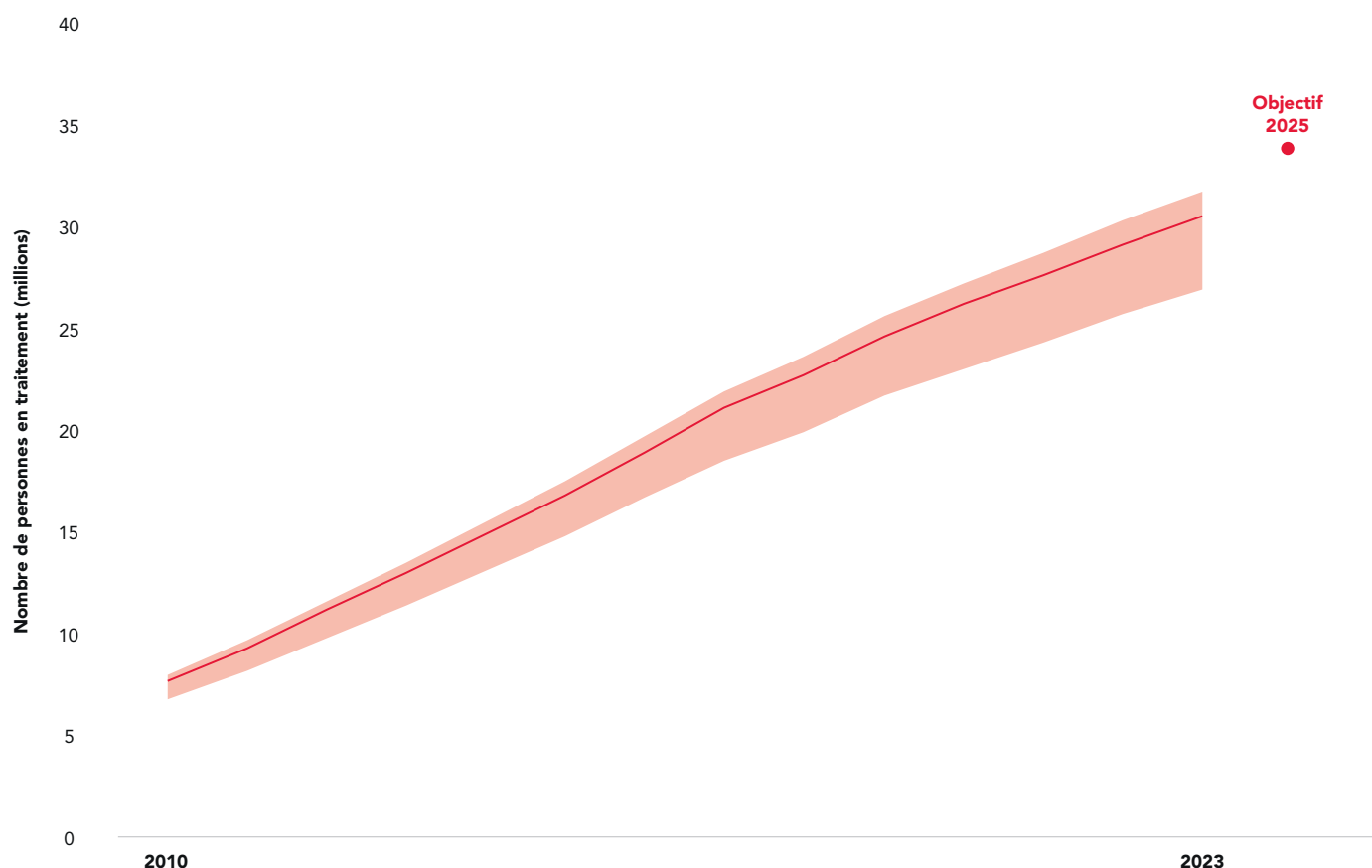
5 La PrEP consiste à prendre des médicaments antirétroviraux pour prévenir l'acquisition du VIH.

Il existe des opportunités pour que les programmes de circoncision médicale volontaire (VMMC) aient un impact plus important (8). Les 35 millions de circoncisions réalisées entre 2008 et 2022 dans 15 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe ont permis d'éviter environ 670 000 nouvelles infections par le VIH (9). La plupart de ces pays ont la possibilité d'augmenter encore le taux d'utilisation de la VMMC s'ils parviennent à surmonter les problèmes de financement et à étendre les services aux groupes d'âge plus élevés.

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

Environ 30,7 millions [27,0 millions-31,9 millions] des 39,9 millions [36,1 millions-44,6 millions] de personnes vivant avec le VIH dans le monde recevaient une thérapie antirétrovirale en 2023 (figure 0.5). Il s'agit là d'une avancée historique en matière de santé publique. En 2015, la couverture mondiale des traitements n'était que de 47 % [38-55 %], mais en 2023, elle atteint 77 % [61-89 %].

Figure 0.5 Nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale et objectif pour 2025, au niveau mondial, 2010-2023



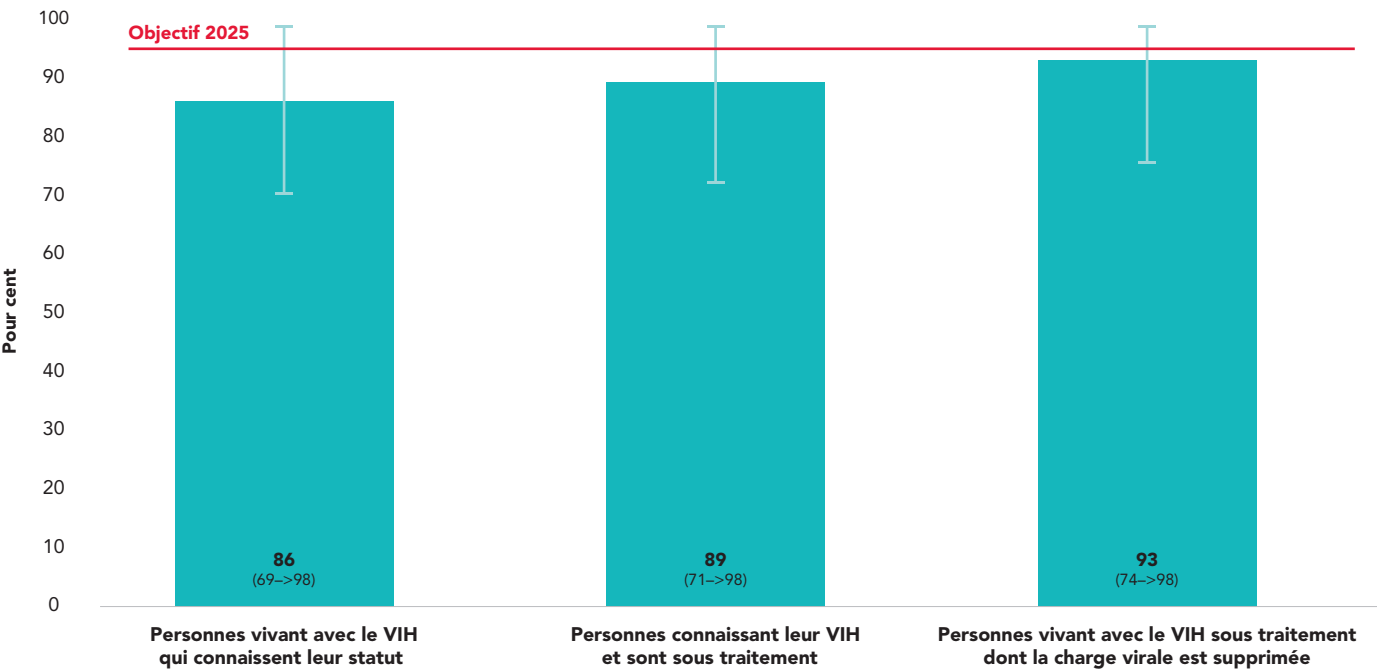
Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2024 (<https://aidsinfo.unaids.org>).

Le fait d’aider les personnes vivant avec le VIH à entamer et à poursuivre une thérapie antirétrovirale présente d’énormes avantages sur le plan de la santé des personnes et pour la santé publique. Les personnes dont la charge virale est indétectable n’ont aucun risque de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels, et les personnes dont la charge virale est supprimée ont un risque quasi nul de le faire (10, 11).⁶ C’est ce qui a donné lieu à la campagne « Indétectable = intransmissible » ou « U=U ». La réussite du traitement du VIH est d’une importance cruciale pour la prévention des nouvelles infections par le VIH (12). En 2023, près de trois adultes sur quatre (73 % [66-81 %]) vivant avec le VIH dans le monde auront une charge virale supprimée, ce qui représente une nette amélioration par rapport aux 40 % [36-45 %] de 2015.

Les objectifs 95-95-95 fixés pour 2025 sont à portée de main.⁷ Environ 86% [69->98%] des personnes vivant avec le VIH dans le monde connaissaient leur statut sérologique en 2023. Parmi elles, environ 89 % [71->98 %] recevaient une thérapie antirétrovirale et 93 % [74->98 %] des personnes sous traitement avaient une charge virale supprimée (figure 0.6). Certains des progrès les plus importants ont été réalisés en Afrique subsaharienne, souvent dans des conditions défavorables.

Les systèmes sanitaires et communautaires sont devenus plus aptes à proposer des tests de dépistage du VIH aux personnes susceptibles d’avoir été exposées au virus et à les mettre en relation avec des services de traitement et de soins fiables. Grâce à des schémas thérapeutiques mieux tolérés et plus efficaces, il est plus facile pour les personnes de continuer à prendre leurs médicaments antirétroviraux et d’avoir une charge virale supprimée.

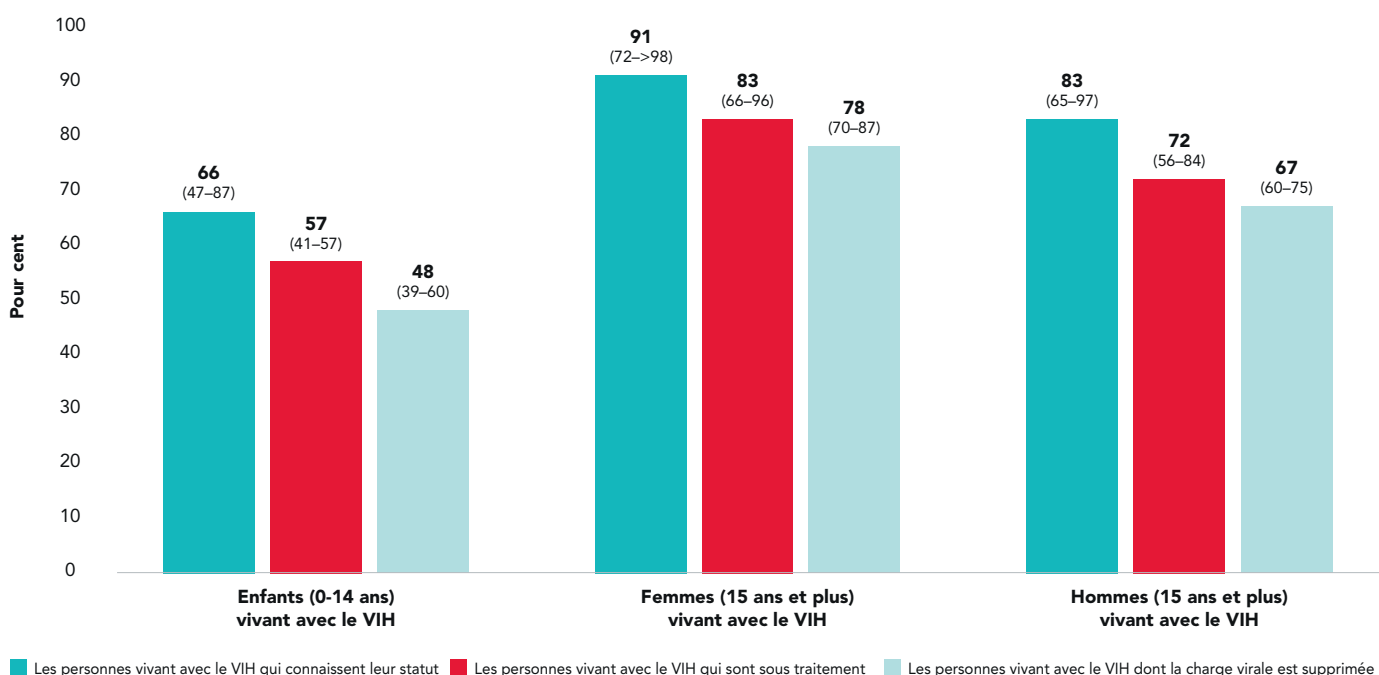
Figure 0.6 Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique, de personnes qui connaissent leur statut sérologique et reçoivent une thérapie antirétrovirale, et de personnes sous traitement antirétroviral dont la charge virale est supprimée, dans le monde, 2023



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

6 Une charge virale est indétectable lorsqu’elle est si faible qu’un test d’amplification en chaîne par polymérase ne peut la mesurer. Une charge virale supprimée est définie comme égale ou inférieure à 1000 copies/ml.
7 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 95 % des personnes qui savent qu’elles vivent avec le VIH reçoivent une thérapie antirétrovirale ; et 95 % des personnes recevant une thérapie antirétrovirale ont une charge virale supprimée.

Figure 0.7 Cascade de dépistage et de traitement chez les enfants, les femmes et les hommes, dans le monde, 2023



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

Les disparités en matière d'accès au dépistage et au traitement du VIH continuent toutefois de compromettre l'impact global de ces réalisations (figure 0.7). Les enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont toujours beaucoup moins de chances que les adultes d'être diagnostiqués et de recevoir une thérapie antirétrovirale : environ 43 % [31-57 %] du total mondial de 1,4 million [1,1 million-1,7 million] d'enfants vivant avec le VIH ne recevaient pas de traitement en 2023. Les enfants représentent 12 % de tous les décès liés au sida, alors qu'ils ne constituent que 3 % des personnes vivant avec le VIH. Plus d'un tiers (36 %), soit 370 000 [250 000-470 000], des adolescents plus âgés (15-19 ans) vivant avec le VIH ne recevaient pas de thérapie antirétrovirale en 2023.

Dans une grande partie du monde, les hommes adultes (âgés de plus de 15 ans) vivant avec le VIH ont moins de chances que leurs homologues féminins de connaître leur statut sérologique et de recevoir un traitement contre le VIH ; les résultats de leur traitement tendent également à être moins bons. La couverture de la thérapie antirétrovirale au sein de certaines populations clés a peut-être augmenté ces dernières années (13), mais les membres des populations clés vivant avec le VIH ont toujours une couverture de la thérapie antirétrovirale plus faible et des résultats de traitement plus mauvais que les autres personnes vivant avec le VIH, en particulier en Afrique subsaharienne (3).

Par conséquent, un quart (23 % [19-27 %]) de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH ne recevaient pas de thérapie antirétrovirale en 2023. L'accès au traitement était particulièrement faible en Europe orientale et en Asie centrale, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, où seule la moitié environ des 2,1 millions [1,9 million-2,3 millions] et 210 000 [170 000-280 000] de personnes vivant avec le VIH, respectivement, recevaient une thérapie antirétrovirale.

D'autres défis se posent également. On estime qu'au moins 1,8 million [1,6 million-2,0 millions] de personnes atteintes du VIH, sont à un stade avancé (sida). Auparavant, le sida était principalement considéré comme un problème lié à un diagnostic et à un traitement tardifs de l'infection par le VIH. Ces préoccupations demeurent, mais le sida est aujourd'hui plus fréquent chez les personnes qui ont reçu une thérapie antirétrovirale et qui ont arrêté le traitement du VIH (14, 15). Cette situation met leur santé en péril, augmente le risque de transmission du VIH et alourdit la charge qui pèse sur les systèmes de santé (16, 17). Il est urgent de mettre en place des interventions et un soutien efficaces afin que les personnes puissent poursuivre leur traitement contre le VIH et que celles qui l'ont interrompu puissent être réintégrées dans le système de soins.

Le succès du traitement du VIH a entraîné une augmentation de l'âge moyen des personnes vivant avec le virus. En vieillissant, ces personnes risquent d'être confrontées à un nombre croissant de comorbidités, y compris des maladies non transmissibles telles que l'hypertension et le diabète, qui nécessitent des soins. Une intégration plus étroite du VIH et des autres services de santé, des équipements et des chaînes d'approvisionnement, ainsi qu'une formation plus poussée des travailleurs de la santé, seront nécessaires pour faire face à ces changements.

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

Les objectifs 10-10-10 et 30-80-60 fixés pour 2025 ne sont pas à portée de main. La stigmatisation, la discrimination, les inégalités sociales et la violence liée au genre font qu'il est difficile de rester à l'abri du VIH et de protéger sa santé (18). Les membres des populations clés sont particulièrement vulnérables (19). Ces obstacles sont de plus en plus reconnus, mais ils ne sont pas encore suffisamment pris en compte dans les lois, les politiques et les pratiques. La montée de l'autoritarisme et les attaques contre les droits de l'homme et les droits civils rendent encore plus difficile l'élimination de ces obstacles (20).

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH ont diminué dans certains pays, mais restent très répandues dans de nombreux autres. Les inégalités fondées sur le genre restent omniprésentes, à des degrés divers selon les pays. Des lois punitives visant les personnes vivant avec le VIH et les populations clés sont encore en vigueur dans presque tous les pays. La violence basée sur le genre, notamment à l'encontre des femmes et des filles, reste une menace partout.

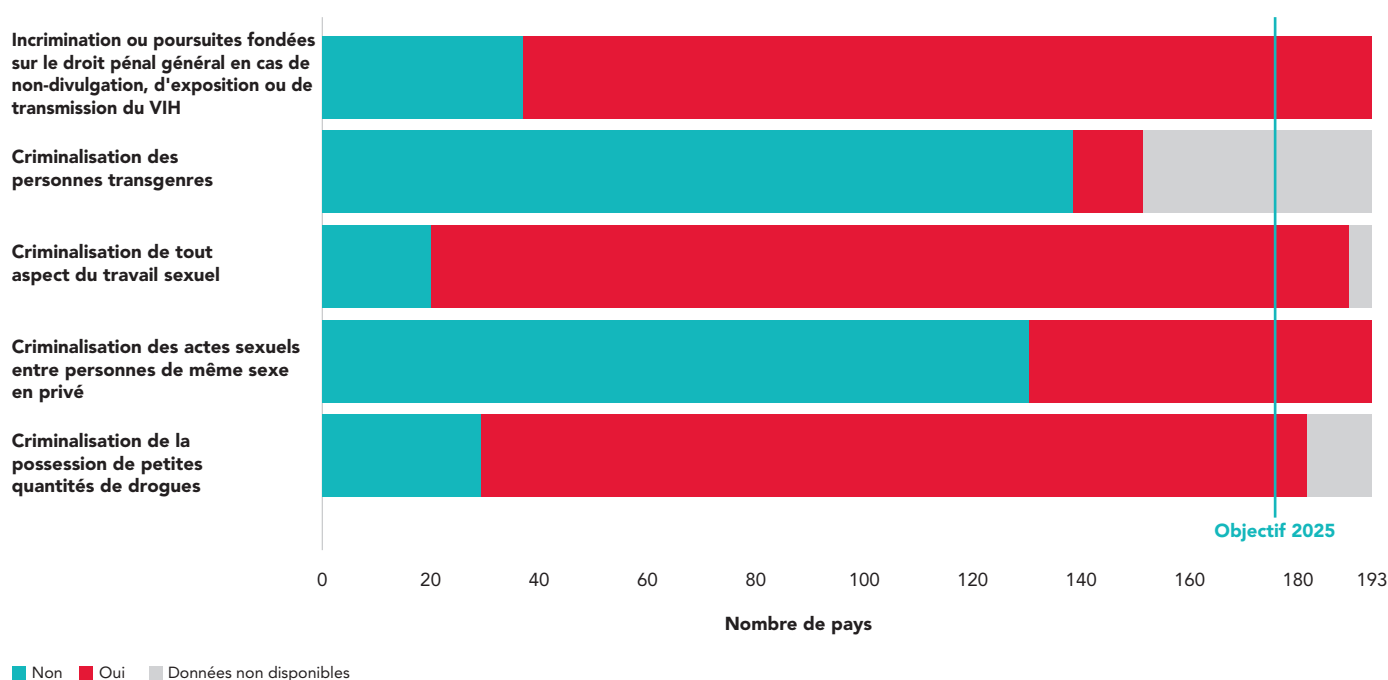
Dans 42 pays ayant fait l'objet d'une enquête récente, en moyenne, près de la moitié (47 %) des personnes avaient des attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH (21). Ces attitudes se retrouvent même dans les établissements de santé. Près d'un quart des personnes vivant avec le VIH ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation lorsqu'elles ont cherché à obtenir des services de santé non liés au VIH au cours de l'année précédente, selon une analyse des enquêtes de l'indice de stigmatisation menées dans 25 pays (22).

Ces préjugés sont réversibles, mais très peu de pays sont sur le point d'atteindre l'objectif de 2025 consistant à réduire à moins de 10 % le pourcentage de personnes vivant avec le VIH et de personnes appartenant à des populations clés qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination.

Sous l'impulsion de l'activisme des communautés les plus touchées, quelques pays ont abandonné ou réformé les lois qui ciblent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Dans l'ensemble, cependant, seuls quatre⁸ des 193 pays ne disposaient d'aucune loi criminalisant le travail du sexe, les relations sexuelles entre personnes du même sexe, la possession de petites quantités de drogues, les personnes transgenres ou la non-divulgence, l'exposition ou la transmission du VIH (figure 0.8).

La violence fondée sur le genre nuit à des centaines de millions de personnes, et la violence exercée par un partenaire intime est une épreuve douloureusement commune en particulier lorsqu'elle est à l'encontre des femmes et des adolescentes, et c'est une violation des droits de l'humains.⁹ Bien que la prévalence de la violence physique ou sexuelle exercée par un partenaire intime au cours des 12 mois précédents soit inférieure à 10 % dans un peu plus de la moitié (82) des 156 pays pour lesquels des estimations sont disponibles, le risque de subir des violences physiques ou sexuelles reste inacceptable même dans ces pays (23). Les politiques nationales de santé reconnaissent de plus en plus la nécessité d'endiguer cette violence, et il existe des preuves solides de l'intégration de la prévention de la violence dans les structures de soins de santé (24-26). Toutefois, la mise en œuvre est souvent freinée par le manque de formation et de soutien des travailleurs de la santé et par l'insuffisance des systèmes d'orientation pour les survivants de la violence (27).

Figure 0.8 Nombre de pays dotés de lois discriminatoires et répressives en matière de VIH, dans le monde, 2024



Source : Engagements nationaux et instrument politique, 2017-2024, complétés par des sources supplémentaires (voir les références dans les fiches d'information régionales et <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Note : Ce chiffre ne tient pas compte des cas où les populations clés peuvent être criminalisées de facto par d'autres lois, telles que les lois sur le vagabondage ou la moralité publique, ni de l'utilisation des lois susmentionnées pour différentes populations.

⁸ Colombie, Pays-Bas, Uruguay, République bolivarienne du Venezuela.

⁹ La violence entre partenaires intimes est le comportement d'un partenaire intime ou d'un ex-partenaire qui cause un préjudice physique, sexuel ou psychologique, y compris l'agression physique, la coercition sexuelle, les abus psychologiques et les comportements de contrôle.

Les organisations non gouvernementales, y compris les organisations communautaires, contribuent à fournir des services et un soutien aux personnes, en particulier aux populations clés, dont les besoins en matière de VIH et d'autres soins de santé tendent à être négligés par les prestataires de soins de santé publics et privés (28). Ces organisations ont besoin d'un espace civique, d'un environnement juridique et réglementaire qui leur permette de recevoir des fonds et de fonctionner, et de liens fonctionnels avec les systèmes de santé publique. Ces conditions font défaut dans de nombreux pays. Plus des deux tiers (71 %) de la population mondiale vivent dans 78 pays où l'espace civique est aujourd'hui soit entièrement fermé, soit fortement contrôlé (29), ce qui menace les droits de l'homme les plus fondamentaux, notamment le droit à la santé universelle.

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

Lorsqu'ils sont intégrés, les services de lutte contre le VIH et les autres services de santé peuvent améliorer les résultats en matière de santé, renforcer les systèmes et favoriser les progrès vers la couverture sanitaire universelle (30). L'intégration intersectorielle a également été une caractéristique des réponses au VIH, la promotion de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes, les interventions sur le lieu de travail, les programmes humanitaires et les systèmes de protection sociale étant progressivement liés aux interventions liées au VIH.

Ces dernières années, l'intégration du VIH et d'autres services de soins de santé s'est nettement accentuée. Bien qu'ils soient encore minoritaires, de plus en plus de pays disposent de plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH qui sont intégrés à d'autres problèmes de santé ou maladies, ainsi qu'à des stratégies ou plans de santé plus larges. Trente-neuf des 151 pays déclarants ont des stratégies ou des politiques nationales de santé qui intègrent la riposte au VIH (sept de plus qu'en 2022). Sur les 60 pays qui ont adopté des régimes de couverture sanitaire universelle, 38 incluent la thérapie antirétrovirale et 21 la prophylaxie pré-exposition (PrEP) dans leurs prestations de santé et leurs systèmes de financement (31).

Ces changements sont en train de marquer les esprits. Souvent, les résultats à la fois en matière de VIH et en matière d'autres aspects de santé, sont meilleurs dans les services intégrés que dans les services séparés, et l'utilisation des services non liés au VIH tend également à augmenter (30). Le traitement lié ou intégré de la tuberculose et du VIH pour les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, par exemple, a permis d'éviter environ 6,4 millions [5,5 millions-7,3 millions] de décès entre 2010 et 2022 (32). Les interventions qui préviennent et traitent le VIH, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite virale peuvent être à la fois rentables et économes, en particulier lorsqu'elles sont combinées (33). L'émergence récente et rapide du mpox a rappelé l'importance des soins intégrés, qui ont fait leurs preuves dans certains contextes en Amérique du Nord et en Europe occidentale.

Il existe une grande marge de manœuvre pour étendre judicieusement l'intégration. Les services intégrés pour le VIH et la santé sexuelle et reproductive ne sont pas encore très répandus (34), et il n'existe pas non plus d'exemples fonctionnels de services intégrés pour le VIH et les maladies non transmissibles, en particulier en Afrique subsaharienne (35). L'augmentation des urgences humanitaires liées aux conflits et au changement climatique souligne la nécessité d'apporter des réponses intégrées aux situations d'urgence qui répondent aux besoins des populations en matière de santé, de nutrition et de sécurité.

L'intégration n'est toutefois pas sans défis ni coûts. Les avantages sont spécifiques au contexte et nécessitent une série de changements favorables, notamment des niveaux de personnel adéquats, des systèmes de santé efficaces et des actions décisives pour prévenir la stigmatisation et la discrimination (30, 36, 37). En outre, il est essentiel que l'intégration soit poursuivie de manière à renforcer plutôt qu'à affaiblir les principes centrés sur la personne et fondés sur l'équité qui définissent les programmes de lutte contre le VIH réussis (34).

Un déficit de financement croissant freine l'accélération des progrès

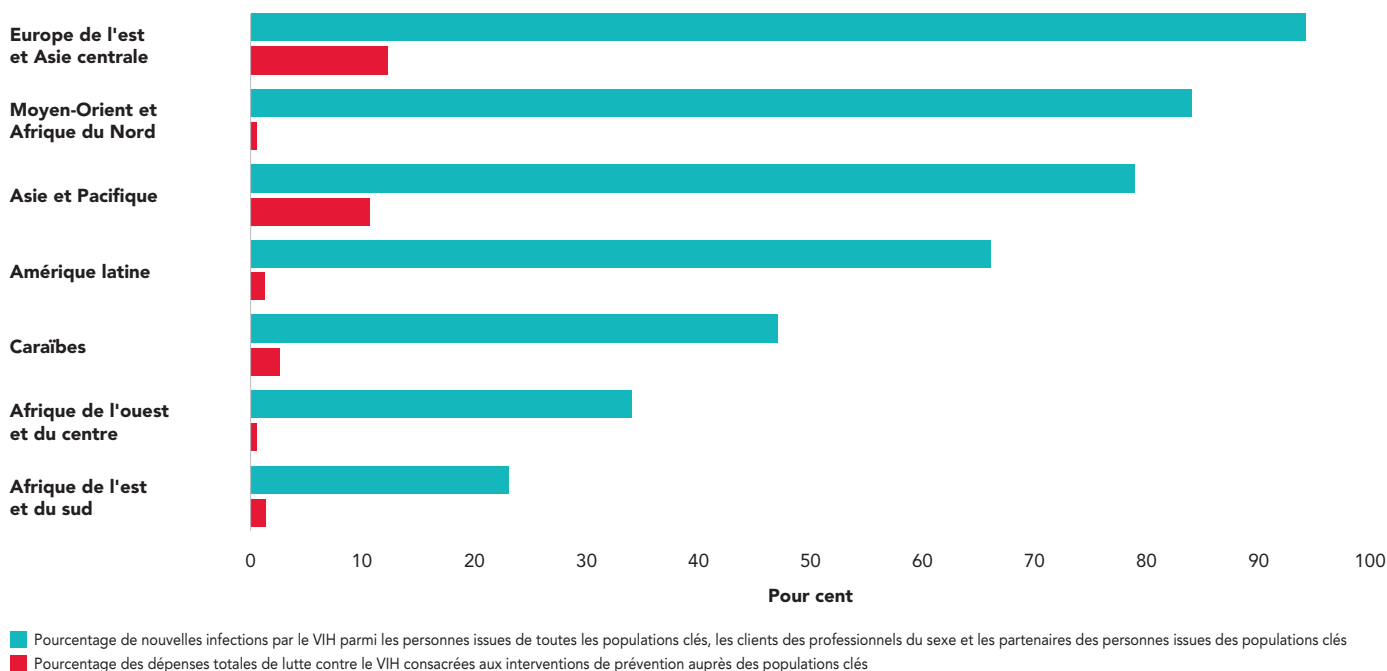
Un déficit de financement croissant freine la riposte au VIH. Environ 19,8 milliards de dollars US (dollars US de 2019) étaient disponibles en 2023 pour les programmes de lutte contre le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit près de 9,5 milliards de dollars US de moins que le montant nécessaire en 2025. Les ressources totales disponibles pour le VIH, ajustées à l'inflation, sont à leur plus bas niveau depuis plus d'une décennie. Les régions présentant les déficits de financement les plus importants – l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, ainsi que le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord – sont celles qui progressent le moins dans la lutte contre leur épidémie de VIH.

La majeure partie du financement de la lutte contre le VIH provient de ressources nationales (environ 59 %), mais le financement international et national de la lutte contre le VIH est soumis à des pressions. Corrigé de l'inflation, le financement national de la lutte contre le VIH a diminué en 2023 pour la quatrième année consécutive, et les ressources internationales ont baissé de près de 20 % par rapport à leur niveau record de 2013. Le soutien financier des donateurs bilatéraux s'est considérablement réduit. Les réductions globales des ressources extérieures pour la lutte contre le VIH seraient beaucoup plus importantes sans les niveaux élevés et soutenus de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et du gouvernement des États-Unis. L'aide au développement pour la lutte contre le VIH restera cruciale.

Le sous-financement persistant de la prévention du VIH, des programmes de soutien à la société et des activités menées par les communautés n'augure rien de bon pour la riposte au VIH. Les interventions en faveur des populations clés sont particulièrement délaissées, même dans les régions où la grande majorité des nouveaux cas d'infections par le VIH touchent des personnes issues de ces populations (figure 0.9).

On estime qu'entre 1,8 et 2,4 milliards de dollars seront disponibles pour les programmes de prévention primaire dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2023, alors que 9,5 milliards de dollars seront nécessaires en 2025. Les dépenses consacrées aux programmes d'incitation sociétale s'élevaient à 0,9 à 1,1 milliard d'USD, ce qui est loin des 3,0 milliards d'USD nécessaires en 2025.

Figure 0.9 Pourcentage des ressources totales consacrées aux programmes destinés aux populations clés et pourcentage des nouvelles infections à VIH chez les membres des populations clés et leurs partenaires sexuels, par région, 2023



Source : Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. New HIV infections among key populations and their partners in 2010 and 2022, by world region : a multisources estimation. *J Acquir Immune Deficit Syndr.* 2024;95(1S):e34-e45. doi:10.1097/QAI.0000000000003340. ; estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2024 (<http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Les prix des médicaments antirétroviraux essentiels à la riposte au VIH sont un facteur majeur de la capacité des pays à financer durablement leurs programmes de lutte contre le VIH à l'aide de leurs ressources nationales. Bien que les prix de nombreux médicaments antirétroviraux aient continué à baisser ces dernières années, les pays à revenu faible et intermédiaire ont dépensé environ 3 milliards de dollars en médicaments antirétroviraux en 2020-2022. Ces prix d'achat varient encore considérablement d'une région à l'autre et d'un groupe de pays à l'autre.

Au-delà de la croisée des chemins

Si les programmes de lutte contre le VIH restent sur leur lancée, les projections de l'ONUSIDA montrent qu'environ 46 millions de personnes vivront avec le VIH en 2050. Même si le monde atteint les objectifs fixés pour 2025 et maintient ces progrès, près de 30 millions de personnes vivront avec le VIH en 2050. Chacune d'entre elles aura besoin d'un traitement et d'un soutien à vie contre le VIH. En l'absence d'un vaccin ou d'un remède efficace et accessible à tous, il y aura toujours de nouvelles infections par le VIH. Aucun de ces scénarios n'équivaut à la « fin du sida » – le monde restera confronté à un défi majeur en matière de santé publique.

L'objectif premier est de réduire rapidement le nombre de nouvelles infections et de décès liés au sida à des niveaux qui se rapprochent de la maîtrise de la maladie ou qui y parviennent, et de le faire de manière à prévenir une résurgence future de l'épidémie (38). Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place une riposte au VIH qui soit résiliente et durable.

Les pays qui luttent pour contrôler leur épidémie peuvent obtenir une baisse plus importante de l'incidence du VIH en augmentant rapidement la couverture et l'adhérence au traitement (39, 40) et en intensifiant leurs interventions de prévention primaire les plus efficaces. Les projections montrent que les pays fortement touchés qui atteignent les objectifs de traitement 95-95-95 pourraient continuer à réduire les nouvelles infections par le VIH de 20 % tous les cinq ans s'ils investissent simultanément dans des programmes efficaces de prévention primaire du VIH (41).

Mais une pandémie de sida en constante évolution appelle également d'autres changements. Avec le vieillissement de la population vivant avec le VIH, le risque de contracter le virus se déplacera vers les groupes plus âgés, et les stratégies de prévention devront s'adapter à cette évolution. Les programmes de lutte contre le VIH devront faire cause commune avec les programmes de santé plus généraux en répondant à l'impact croissant des maladies non transmissibles, y compris chez les personnes vivant avec le VIH, et au besoins issus du traitement d'autres maladies infectieuses (34, 42).

Au fur et à mesure que les programmes de lutte contre le VIH s'intègrent dans les systèmes de santé plus larges, il y aura également beaucoup de place pour l'apprentissage mutuel. Les ripostes au VIH ont renforcé les systèmes sanitaires et communautaires, stimulé le rôle des communautés touchées, mis en évidence les facteurs sociétaux et structurels qui alimentent l'épidémie et placé les droits de l'homme et l'équité au cœur des priorités. Une intégration plus poussée avec d'autres programmes de santé peut permettre de partager plus largement ces attributs, mais elle ne doit pas diluer les caractéristiques distinctives qui font le succès des ripostes au VIH (34, 43). Cela est particulièrement urgent lorsque l'on s'adresse à des populations qui peuvent être victimes de stigmatisation, de discrimination ou pire encore.

Tout cela doit être réalisé dans un contexte marqué par des inégalités persistantes au sein des pays et entre eux, une menace croissante de gouvernance répressive et une discrimination permanente à l'encontre des personnes qui sont excessivement exposées au VIH et à d'autres menaces pour la santé. Les contraintes budgétaires imposées par le surendettement et la faible croissance économique, en particulier en Afrique, réduisent également la capacité des pays à revenu faible et intermédiaire à investir davantage dans leur riposte au VIH, tandis que certains donateurs ont détourné leur aide vers d'autres priorités.

L'évolution de la pandémie et le changement de contexte ont placé la riposte au VIH à la croisée des chemins. Les décisions et les mesures prises aujourd'hui auront un impact durable sur les efforts déployés par le monde pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique.

Des résultats mitigés à mi-parcours des objectifs de 2025

Tableau Résumé des progrès accomplis par rapport aux objectifs de 2025

PRÉVENTION COMBINÉE DU VIH POUR TOUS	CIBLE	ÉTAT 2023
Réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH à moins de 370 000	370 000	1 300 000
Réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes à moins de 50 000	50 000	210 000
95 % des personnes exposées au risque d'infection par le VIH ont accès à une prévention efficace	95%	50%/40%/39%/39% (médianes) (travailleurs du sexe/hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes/personnes qui s'injectent des drogues/transgenres)
Prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour 10 millions de personnes exposées à un risque important de contracter le VIH (ou 21,2 millions de personnes ayant utilisé la PrEP au moins une fois au cours de l'année)	10 millions	3,5 millions
50 % de couverture de la thérapie agoniste opioïde chez les personnes dépendantes aux opiacés	50%	0 de 8 régions
90% de matériel d'injection stérile lors de la dernière injection	90%	11 des 27 pays
90% des hommes de plus de 15 ans dans 15 pays prioritaires ont accès à la circoncision masculine médicale volontaire	90%	67%
95-95-95 POUR LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DU VIH	CIBLE	ÉTAT 2023
Réduire le nombre de décès annuels liés au sida à moins de 250 000	250 000	630 000
34 millions de personnes bénéficient d'un traitement contre le VIH d'ici à 2025	34 millions	30,7 millions
95-95-95 dépistage, traitement et objectifs de suppression virale	95-95-95	Tous les âges : 86-89-93 Femmes (15 ans et plus) : 91-91-94 Hommes (15 ans et plus) : 83-86-94 Enfants (0-14) : 66-86-84
		Populations clés : inconnues
90 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement préventif contre la tuberculose d'ici 2025	90%	17 millions de personnes vivant avec le VIH ont commencé à prendre un TPT entre 2005 et 2022
Réduire de 80 % le nombre de décès dus à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH	80%	71%
VIH PÉDIATRIQUE	CIBLE	ÉTAT 2023
75 % des enfants vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée d'ici à 2023	75%	48%
100 % des femmes enceintes et allaitantes séropositives reçoivent un traitement antirétroviral et 95 % d'entre elles atteignent la suppression virale	100%	84%
L'ÉGALITÉ DES GENRES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES ET DES FILLES	CIBLE	ÉTAT 2023
<10% des femmes et des filles ont subi des violences physiques ou sexuelles de la part d'un partenaire intime masculin au cours des 12 derniers mois	<10%	13% [10%–16%]
<10% des populations clés subissent des violences physiques et/ou sexuelle au cours des 12 derniers mois	<10%	21%/8%/28%/24% (médianes) (travailleurs du sexe/hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes/personnes qui s'injectent des drogues/transgenres)
< Moins de 10 % des personnes soutiennent les normes inéquitables en matière de genre d'ici à 2025	<10%	24,2% (médiane)
95 % des femmes et des filles âgées de 15 à 49 ans bénéficient de services de santé sexuelle et génésique adaptés à leurs besoins	95%	En moyenne, 50,8 % des femmes actuellement mariées ou en union prennent leurs propres décisions concernant les relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et leur propre santé.soins de santé (données provenant de 16 pays)
RÉALISER LES DROITS DE L'HOMME ET ÉLIMINER LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION	CIBLE	ÉTAT 2023
<10% des pays criminalisent - Travail du sexe - Possession de petites quantités de drogues - Comportement sexuel entre personnes de même sexe - Transmission du VIH, exposition ou non-divulgence		169 pays 152 pays 63 pays 156 pays
< 10 % des pays ne disposent pas de mécanismes permettant aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés de signaler les abus et la discrimination et de demander réparation.	<10%	52% des pays ont des mécanismes mis en place par le gouvernement), 66% des pays ont des mécanismes mis en place par les communautés
< 10 % des personnes vivant avec le VIH et des populations clés n'ont pas accès à des services juridiques	<10%	39% des pays
>90% des personnes vivant avec le VIH qui ont subi des violations de leurs droits ont demandé réparation	90%	31% des personnes ont demandé réparation
< Moins de 10 % de la population générale fait état d'attitudes discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH. à l'égard des personnes vivant avec le VIH	<10%	47% (médiane)
< 10 % des PVVIH font état d'une stigmatisation intériorisée	<10%	38%
<10% des populations clés déclarent être victimes de la stigmatisation et la discrimination	<10%	26%/16%/40%/49% (médianes) (travailleurs du sexe/hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes/personnes qui s'injectent des drogues/transgenres)
<Moins de 10 % des personnes vivant avec le VIH sont victimes de stigmatisation et de discrimination dans le cadre des soins de santé et au sein de la communauté	<10%	13% (soins VIH) 25% (soins non VIH) 24% (communauté)
LEADERSHIP COMMUNAUTAIRE	CIBLE	ÉTAT 2023
Les organisations communautaires fournissent 30 % des services de dépistage et de traitement	30%	
Les organisations communautaire fournissent 80 % des services de prévention du VIH pour les populations à haut risque d'infection par le VIH et les femmes.	80%	
Les organisations communautaires mettent en œuvre 60 % des programmes visant à soutenir les catalyseurs sociétaux	60%	
COUVERTURE UNIVERSELLE DES SOINS DE SANTÉ ET INTÉGRATION	CIBLE	ÉTAT 2023
Des systèmes de santé et de protection sociale qui fournissent 90 % des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection et affectées par le VIH des services intégrés de lutte contre le VIH	90%	
90 % des personnes en situation humanitaire ont accès à des aux services intégrés de lutte contre le VIH.	90%	
45 % des personnes vivant avec le VIH et le sida, exposées au risque d'infection ou affectées par le virus ont accès à des prestations de protection sociale.	90%	
INVESTISSEMENTS ET RESSOURCES	CIBLE	ÉTAT 2023
Financer pleinement la riposte au VIH en augmentant les investissements annuels dans la lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire. annuels dans les pays à revenu faible et intermédiaire à 29 milliards de dollars	29,3 milliards de dollars	19,8 milliards de dollars

Les progrès ne sont pas au rendez-vous Progrès modérés Les objectifs 2025 sont à portée de main Aucune donnée n'est disponible

Références

- 1 Political Declaration on HIV and AIDS: ending inequalities and getting on track to end AIDS by 2030. Resolution adopted by the General Assembly on 8 June 2021. A/RES/75/284. New York: United Nations General Assembly; 2021 (<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n21/145/30/pdf/n2114530.pdf?token=Em1oxdh4OE4945Mv2a&fe=true>).
- 2 World population prospects 2022. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022 (<https://population.un.org/wpp/>).
- 3 Stevens O, Sabin K, Anderson R, Arias Garcia S, Willis K, Rao A, et al. Population size, HIV prevalence, and antiretroviral therapy coverage among key populations in sub-Saharan Africa: collation and synthesis of survey data 2010–2023. medRxiv; 2022 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.07.27.22278071v2>).
- 4 Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Cogan M, et al. The case for investing in the male condom. PLoS One. 2017;12(5):e0177108.
- 5 Stover J, Teng Y. The impact of condom use on the HIV epidemic. Gates Open Res. 2022;5:91.
- 6 Understanding the global condom landscape. Seattle and Geneva: Mann Global Health; 2024.
- 7 Unitaid calls for accelerated global access to long-acting HIV prevention drug lenacapavir after positive trial results. Geneva: Unitaid; 2024 (<https://unitaid.org/news-blog/unitaid-calls-for-accelerated-global-access-to-long-acting-hiv-prevention-drug-lenacapavir-after-positive-trial-results/#en>).
- 8 Bansi-Matharu L, Mudimu E, Martin-Hughes R, Hamilton M, Johnson L, Ten Brink D, et al. Cost-effectiveness of voluntary medical male circumcision for HIV prevention across sub-Saharan Africa: results from five independent models. Lancet Glob Health. 2023;11(2):e244–e255.
- 9 Special analysis by Avenir Health using Goals model, November 2023.
- 10 The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
- 11 Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. Lancet. 2023;402(10400):464–471.
- 12 Anderson RM, May RM. Epidemiological parameters of HIV transmission. Nature. 1988;333:514–519.
- 13 Stannah J, Soni N, Lam JKS, Giguère K, Mitchell KM, Kronfli N, et al. Trends in HIV testing, the treatment cascade, and HIV incidence among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. Lancet HIV. 2023;10(8):e528–e542.
- 14 Kitege MK, Fatti G, Eshun-Wilson I, Aluko O, Nyasulu P. Prevalence and trends of advanced HIV disease among antiretroviral therapy-naïve and antiretroviral therapy-experienced patients in South Africa between 2010–2021: a systematic review and meta-analysis. BMC Infect Dis. 2023;23(1):549.
- 15 Stelzle D, Rangaraj A, Jarvis J, Razakasoa N, Low-Beer D, Doherty M, et al. High prevalence of advanced HIV disease in sub-Saharan Africa: an analysis of household surveys. Abstract 196. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 3–6 March 2024, Denver CO.
- 16 H. Moolla1, M.-A. Davies1, C. Davies2, J. Euvrard1, H.W. Prozesky3, M.P. Fox4, C. Orrell5, P. von Groote6, L.F. Johnson1. The effect of unplanned care interruptions on the mortality of adults resuming antiretroviral therapy in South Africa: a survival analysis. Abstract OAC0104. Presented at the 12th International AIDS Society Conference on HIV Science, 23–26 July 2023, Brisbane, Australia.
- 17 Abdulrahman SA, Ganasegeran K, Rampal L, Martins OF. HIV treatment adherence: a shared burden for patients, health-care providers, and other stakeholders. AIDS Rev. 2019;21:28–39.
- 18 Stangl AL, Pliakas T, Iazola-Licea JA, Ayala G, Beattie TS, Ferguson L, et al. Removing the societal and legal impediments to the HIV response: an evidence-based framework for 2025 and beyond. PLoS One. 2022;17(2):e0264249.
- 19 Baggaley R, Armstrong A, Dodd Z, Ngoksin E, Krug A. Young key populations and HIV: a special emphasis and consideration in the new WHO Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations. J Int AIDS Soc. 2015;18(2 Suppl. 1):19438.
- 20 Risks, rights and health: supplement. New York: Global Commission on HIV and the Law; 2018 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2020/06/Hiv-and-the-Law-supplement_EN_2020.pdf).
- 21 UNICEF Multiple Indicator Cluster Surveys 2019–2023.
- 22 Hear us out: community measuring HIV-related stigma and discrimination—global report 2023. Amsterdam: Global Network of People Living with HIV; 2023 (<https://www.stigmaindex.org/wp-content/uploads/2023/11/PLHIV-Stigma-Index-Global-Report-2023-3.pdf>).
- 23 Violence against women prevalence estimates, 2018. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>).
- 24 Cluver LD, Zhou S, Orkin M, Rudgard W, Meinck F, Langwenya N, et al. Impacts of intimate partner violence and sexual abuse on antiretroviral adherence among adolescents living with HIV in South Africa. AIDS. 2023;37(3):503–511.
- 25 Best practices: models of integration of SRHR, HIV and GBV services from four countries. New York: United Nations Population Fund; 2022 (<https://esaro.unfpa.org/en/publications/best-practices-models-integration-srhr-hiv-and-gbv-services-four-countries>).
- 26 Addressing gender-based violence against women and people of diverse gender identity and expression who use drugs: briefing paper. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2023 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/2023/2314425E_eBook.pdf).
- 27 Hatcher AM, Woollett N, Pallitto CC, Mokoatle K, Stockl H, Garcia-Moreno C. Willing but not able: patient and provider receptiveness to addressing intimate partner violence in Johannesburg antenatal clinics. J Interpers Violence. 2019;34:1331–1356.
- 28 Ayala G, Sprague L, van der Merwe LL, Thomas RM, Chang J, Arreola S, et al. Peer- and community-led responses to HIV: a scoping review. PLoS One. 2021;16(12):e0260555.
- 29 People under attack 2023: a report based on data from the CIVICUS Monitor. Johannesburg: CIVICUS: World Alliance for Citizen Participation; 2023 (<https://civicsmonitor.contentfiles.net/media/documents/GlobalFindings2023.pdf>).
- 30 Bulstra CA, Hontelez JAC, Otto M, Stepanova A, Lamontagne E, Yakusik A, et al. Integrating HIV services and other health services: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2021;18:e1003836.
- 31 National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<https://lawsandpolicies.unaids.org/>).
- 32 Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>).
- 33 Policy brief: consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053274>).
- 34 Bekker LG, Alleyne G, Baral S, Cepeda J, Daskalakis D, Dowdy D, et al. Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals: the International AIDS Society-Lancet Commission. Lancet. 2018;392(10144):312–358.
- 35 Chireshe R, Manyangadze T, Naidoo K. Integrated chronic care models for people with comorbid of HIV and non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: a scoping review. PLoS One. 2024;19(3):e0299904.
- 36 Nkhoma L, Sitali DC, Zulu JM. Integration of family planning into HIV services: a systematic review. Ann Med. 2022;54(1):393–403.
- 37 Zakumumpa H, Rujumba J, Amde W, Damian RS, Maniple E, Ssengooba F. Transitioning health workers from PEPFAR contracts to the Uganda government payroll. Health Policy Plan. 2021;36(9):1397–1407.
- 38 Neel AH, Rodríguez DC, Sikazwe I, Pillay Y, Barron P, Pereira SK, et al. HIV programme sustainability in southern and eastern Africa and the changing role of external assistance for health. Health Policy Plan. 2024;39(Suppl. 1):i107–i117.
- 39 Larmarange J, Bachanas P, Skalland T, Balzer LB, Iwuji C, Floyd S, et al. Population-level viremia predicts HIV incidence at the community level across the Universal Testing and Treatment Trials in eastern and southern Africa. PLoS Glob Public Health. 2023;3(7):e0002157.
- 40 Hladik W, Stupp P, McCracken SD, Justman J, Ndongmo C, Shang J, et al. The epidemiology of HIV population viral load in twelve sub-Saharan African countries. PLoS One. 2023;18(6):e0275560.
- 41 Describing “the end of AIDS as a public health threat”: final report of a technical working meeting held at the Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, MA (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/02/Describing_End_of_AIDS_Harvard_Technical_Mtg_Edited_Layout_26_Feb_2024.pdf).
- 42 Oberth G, Whiteside A. What does sustainability mean in the HIV and AIDS response? Afr J AIDS Res. 2016;15(1):35–43.
- 43 Piot P, Abdoof Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. Lancet. 2015; 386:171–218.

Notes

ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org