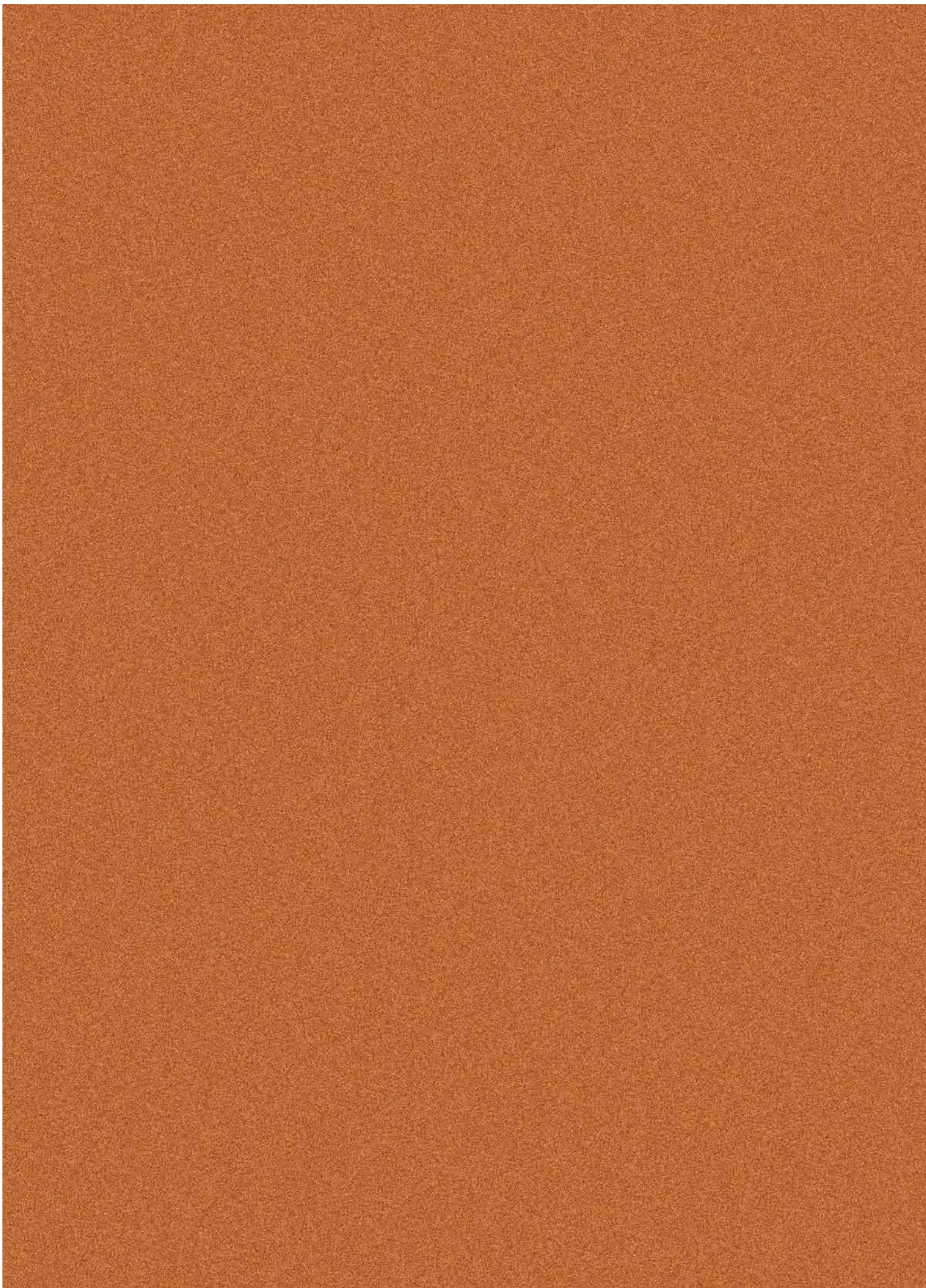


RAPPORT DE LA JOURNÉE MONDIALE
DE LUTTE CONTRE LE SIDA | 2021

INÉGALITÉS, IMPRÉPARATION, MENACES

POURQUOI UNE ACTION AUDACIEUSE CONTRE LES INÉGALITÉS
EST NÉCESSAIRE POUR METTRE FIN AU SIDA, ARRÊTER LA
COVID-19 ET SE PRÉPARER AUX FUTURES PANDÉMIES



SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	4
PRÉFACE	5
INTRODUCTION ET RÉSUMÉ	7
CHAPITRE 1 : Infrastructure dirigée par la communauté et basée sur la communauté	21
CHAPITRE 2 : Accès équitable aux médicaments, vaccins et technologies de la santé	30
CHAPITRE 3 : Soutien aux travailleurs en première ligne de la pandémie	38
CHAPITRE 4 : Les droits humains au cœur des ripostes aux pandémies	47
CHAPITRE 5 : Des systèmes de données centrés sur les personnes qui mettent en évidence les inégalités	58

AVANT-PROPOS

Le présent rapport est un signal d'alarme sur l'urgence du sida et sur l'urgence de relever ensemble nos multiples défis de la pandémie. Il montre pourquoi nous ne pouvons pas nous permettre de ne pas mettre fin au sida et illustre avec force la nécessité pour les dirigeants de prendre les mesures courageuses qui permettront de sauver des vies aujourd'hui et de nous préparer davantage aux pandémies à venir.

La pandémie de sida pourrait tuer des millions de personnes dans les années à venir si nous n'agissons pas dans l'urgence.

En cette période de COVID-19, il existe un risque important de dérive de l'attention politique et du financement du VIH. Si nous ne prenons pas les mesures nécessaires pour lutter contre les inégalités à l'origine du VIH aujourd'hui, non seulement nous ne parviendrons pas à mettre fin à la pandémie de sida, mais nous laisserons également notre monde dangereusement mal préparé aux futures pandémies.

Comme le souligne le rapport, un ensemble de mesures efficaces doit inclure des services dirigés par la communauté, un accès abordable à une technologie médicale de pointe, des droits humains, des protections pour la santé et des travailleurs essentiels, et des données pour révéler les inégalités.

Trop souvent, ces questions clés sont repoussées à la périphérie. Mais les mesures de transformation nécessaires pour mettre fin au sida sont essentielles à une bonne préparation et à une bonne riposte à une pandémie. Ce rapport illustre la nécessité d'une approche globale des pandémies demandée par le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte aux pandémies.

Comme le mentionne ce rapport, les pandémies trouvent un espace pour se développer dans les fractures des sociétés divisées.

Les extraordinaires scientifiques, les médecins, le personnel infirmier et les communautés qui s'efforcent de mettre fin aux pandémies ne peuvent réussir que si les dirigeants mondiaux prennent les mesures qui leur permettront de le faire.

Nous devons être attentifs aux risques du statu quo. Sans action audacieuse pour mettre fin aux inégalités, la trajectoire sur laquelle nous nous trouvons nous condamnera à être piégés par plusieurs pandémies en collision. Cela nous laissera en danger et craintifs, et compromettra le progrès, la paix et la prospérité.

Ce rapport met en évidence deux raisons importantes d'espérer. Premièrement, nous avons des preuves solides d'approches qui fonctionnent. Nous devons maintenant appliquer ces leçons à grande échelle, partout. Deuxièmement, nous avons un plan mondial, convenu lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'élimination du sida au début de cette année. Si elles sont mises en pratique, les mesures convenues par l'Assemblée générale permettront au monde de mettre fin aux inégalités qui sont à l'origine du VIH et du sida et ouvriront la voie à la préparation aux pandémies.

L'espoir dépend de l'action courageuse des dirigeants maintenant. Nous ne pouvons pas attendre. Les pandémies ne disparaissent pas d'elles-mêmes. Elles sont battues par une action déterminée, ou elles nous battent.

Nous pouvons gagner le combat de mettre fin aux pandémies, mais seulement si nous sommes assez audacieux pour mettre fin aux inégalités qui les animent.

Il est vital que tous les gouvernements tiennent compte du message de ce rapport et y donnent suite par des actes et non par des paroles.

Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Mettre fin aux pandémies.



Helen Clark

Coprésidente du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte aux pandémies, ancienne Première ministre de Nouvelle-Zélande et ancienne Administratrice du Programme des Nations Unies pour le développement.

Nous pouvons mettre fin au sida d'ici 2030. Certains pays font des progrès remarquables, nous montrant ce qui est possible. Mais à l'échelle mondiale, nous ne plions tout simplement pas les courbes assez rapidement pour arrêter la pandémie de sida.

Dans le présent rapport, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) lance un avertissement sévère. Le voyant rouge clignote. Les progrès dans la lutte contre le sida, qui étaient déjà à la traîne, sont désormais soumis à une pression encore plus grande alors que la crise de la COVID-19 continue de faire rage, perturbant les services de prévention et de traitement du VIH, la scolarisation, les programmes de prévention de la violence et plus encore.

L'analyse de ce rapport montre que des millions de vies seront perdues à cause du sida si nous continuons comme nous le faisons, si nous n'étendons pas rapidement la couverture pour arrêter les nouvelles infections et les décès et mettre fin à la pandémie.

Et ne vous y trompez pas : le sida reste une pandémie. Pour l'arrêter, nous avons besoin de toute urgence d'une vision plus audacieuse de la riposte à la pandémie, capable de s'attaquer aux inégalités qui prolongent la pandémie de sida. Bon nombre de ces pièces manquantes pour lutter contre le VIH permettent également à la pandémie de COVID-19 de se poursuivre et nous laissent dangereusement mal préparés aux pandémies du futur.


Les dirigeants ont fait un grand pas en avant cette année à l'Assemblée générale des Nations Unies lorsqu'ils sont convenus d'un plan audacieux pour lutter contre ces inégalités. Faire de ce plan une réalité dépend désormais d'un suivi déterminé et rapide.

En agissant avec audace ensemble, les dirigeants rassemblent une science de pointe, des services qui répondent aux besoins des personnes, la protection des droits humains et un financement durable. Ces actions rendent rares les décès liés au sida et les nouvelles infections à VIH. Mais ce n'est le cas que dans certains endroits et pour certaines personnes.

Les dirigeants mondiaux doivent travailler ensemble de toute urgence pour relever ces défis de front. Nous avons une idée très claire de la bonne direction. Mais en ce moment, dans trop de cas, nous n'y allons pas assez vite. Certains vont même dans la mauvaise direction.

En luttant contre la pandémie de sida, nous avons beaucoup appris sur ce qui est nécessaire pour affronter avec succès le sida et toutes les pandémies. Le monde ne doit pas choisir entre mettre fin à la pandémie de sida qui sévit aujourd'hui et se préparer aux pandémies de demain. Le succès passe par la réalisation de ces deux objectifs. À ce jour, nous ne sommes pas sur la bonne voie pour y parvenir.

La bonne nouvelle est que les stratégies de lutte contre les inégalités ont fait leurs preuves, même dans les contextes les plus difficiles. Elles doivent maintenant être rapidement appliquées à grande échelle partout.



NOUS AVONS ATTEINT UNE BIFURCATION DE LA ROUTE. LE CHOIX QUE DOIVENT FAIRE LES DIRIGEANTS EST ENTRE L'ACTION AUDACIEUSE ET LES DEMI-MESURES. LES DONNÉES SONT CLAIRES : LE CHOIX QUE L'ON NE PEUT SE PERMETTRE DE FAIRE, C'EST D'ÊTRE TROP GRADUEL.

Le présent rapport examine cinq éléments essentiels de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida qui doivent être universalisés de toute urgence, et qui sont également essentiels mais sous-financés et sous-privilégiés pour la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies.

- 1 Infrastructure dirigée par la communauté et basée sur la communauté**
- 2 Accès équitable aux médicaments, vaccins et technologies de la santé**
- 3 Soutien aux travailleurs en première ligne de la pandémie**
- 4 Les droits humains au cœur des ripostes aux pandémies**
- 5 Des systèmes de données centrés sur les personnes qui mettent en évidence les inégalités**

Nous avons atteint une bifurcation de la route. Le choix que doivent faire les dirigeants est entre l'action audacieuse et les demi-mesures. Les données sont claires : le choix que l'on ne peut se permettre de faire, c'est d'être trop graduel.

Nous pouvons gagner la bataille, mais seulement si nous sommes courageux, et seulement si nous agissons ensemble.

Lors de ma récente visite au Sénégal, j'ai vu le pouvoir du leadership dans la réduction des nouvelles infections à VIH. À Dakar, j'ai rencontré l'inspiratrice Mariama Ba Thiam, une pair éducatrice dans le cadre d'un programme de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues. Le programme les aide à protéger leur santé et à assurer leur indépendance économique. L'approche de Mariama fonctionne car elle commence par considérer la personne dans son ensemble, en reliant le médical au social. Elle rejette les approches punitives et stigmatisantes qui échouent et qui pourtant sont adoptées par tant de personnes, et respecte, au contraire, la dignité de chaque personne. Elle réussit parce qu'elle implique les communautés de première ligne dans la prestation de services et dans le leadership, et parce qu'elle reconnaît que l'accès aux traitements fondés sur la meilleure science est un droit humain et un bien public. Nous savons à quoi ressemble le succès, et cela ressemble à Mariama. Des milliers de Mariama du monde entier ont montré la voie en la parcourant.

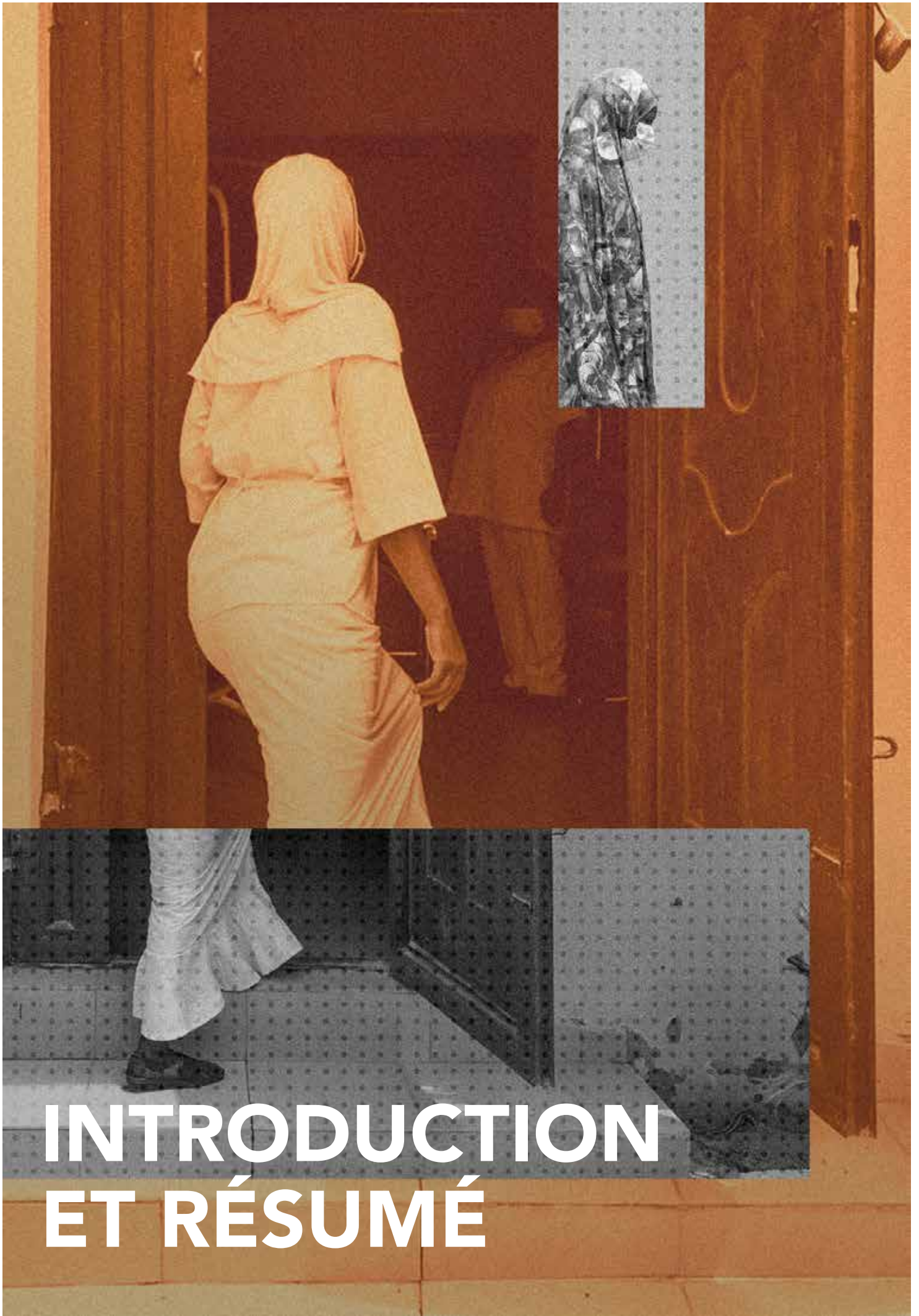
Chaque minute qui passe, nous perdons une vie précieuse à cause du sida. Nous n'avons pas le temps.

Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida. Mettre fin aux pandémies.



Winnie Byanyima

Directrice exécutive de l'ONUSIDA



INTRODUCTION ET RÉSUMÉ

PANDÉMIES EN COLLISION

L'humanité est menacée par un nombre croissant de pandémies. Le sida entre en collision avec la COVID-19 avec des effets mortels, car une grande partie du monde reste dangereusement insuffisamment préparée et sous-financée pour faire face aux pandémies d'aujourd'hui et de demain.

Au cours des quatre dernières décennies, les progrès dans les investissements dans la science, les droits humains et la santé publique ont conduit à des succès remarquables dans la lutte contre le sida pour certaines régions et populations. Ces progrès ont montré ce qui est possible lorsque les pays et les communautés luttent ensemble contre une contagion mortelle.

Des disparités considérables subsistent. Des inégalités enracinées font obstacle à de nouveaux progrès dans la lutte contre le sida et laissent le monde vulnérable aux futures pandémies. Les nouveaux défis colossaux créés par la COVID-19 menacent les gains réalisés jusqu'à présent.

À peine six mois avant la Journée mondiale de lutte contre le sida de cette année 2021, les États membres des Nations Unies (ONU) sont convenus d'une nouvelle approche : lutter contre les inégalités, combler les lacunes dans l'accès aux services liés au VIH d'ici 2025 et se mettre sur la bonne voie pour atteindre l'objectif mondial de mettre fin au sida d'ici 2030 comme menace de santé publique. Alors qu'il n'y a pas de temps à perdre, ces actions convenues ne sont pas menées à la vitesse et à l'échelle requises.

Si les progrès réalisés jusqu'à présent ne sont pas mis à profit, 7,7 millions de décès liés au sida surviendront au cours de cette décennie.¹ La plupart de ces décès peuvent être évités si le monde met en oeuvre la stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021-2026 et atteint les objectifs fixés pour 2025 par l'Assemblée générale des Nations unies.

Il n'y a pas de temps à perdre. Ces systèmes de santé et agents de santé sont maintenant poussés au point de rupture par une pandémie de coronavirus à laquelle le monde n'était malheureusement pas préparé malgré les avertissements clairs des experts en maladies infectieuses et même des films à succès hollywoodiens. Pire encore, deux années de crise de COVID-19 n'ont jusqu'à présent pas réussi à inspirer une réponse mondiale unifiée à la nouvelle pandémie : les pays riches accumulent des vaccins et luttent pour convaincre une proportion suffisante de leurs populations à se faire vacciner, tandis que les pays à revenu faible et intermédiaire sont exposés à toute la force de la prochaine vague d'infections au SRAS-CoV-2.

Ce qui est en jeu, est plus grand que le sida. Les actions et les interventions qui nécessitent un leadership politique, une attention politique et un financement accru pour mettre fin au sida, sont également essentielles pour faire reculer la COVID-19. Alors que les dirigeants du monde et les grandes économies du G20 s'efforcent d'établir un cadre mondial de prévention, de préparation et de riposte pour lutter contre les pandémies, les succès durement acquis et les échecs cuisants de la riposte au sida ont des expériences à partager. Ces expériences révèlent que les éléments critiques de la stratégie mondiale de lutte contre le sida sont largement absents des efforts et des plans de préparation aux pandémies : des éléments qui ne doivent pas être négligés si le monde veut tenir sa promesse de mettre fin au sida au cours de la prochaine décennie, de vaincre rapidement la COVID-19 et de faire face de manière proactive aux pandémies de demain.

LES COURBES DES INFECTIONS AU VIH ET DES DÉCÈS LIÉS AU SIDA NE S'INFLÉCHISSENT PAS ASSEZ VITE. SI L'ON NE PARVIENT PAS À EXPLOITER LES PROGRÈS RÉALISÉS JUSQU'À PRÉSENT, 7,7 MILLIONS DE DÉCÈS LIÉS AU SIDA SURVIENDRONT AU COURS DE CETTE DÉCENNIE.

1. L'estimation de 7,7 millions de décès liés au sida entre 2021 et 2030 correspond aux prévisions établies par les modèles de l'ONUSIDA si la couverture des services liés au VIH reste constante aux niveaux de 2019. Si la stratégie mondiale de lutte contre le sida est mise en oeuvre et que les objectifs de 2025 sont atteints, l'ONUSIDA estime qu'au moins 4,6 millions de ces vies peuvent être sauvées au cours de la décennie.

Cinq éléments essentiels de la stratégie mondiale de lutte contre le sida qui doivent être renforcés pour mettre fin au sida d'ici 2030 et renforcer l'architecture mondiale de prévention, de préparation et de réponse aux pandémies

Infrastructure dirigée par la communauté et centrée sur la communauté. Lorsque les systèmes de santé publique ont engagé des réseaux et des organisations dirigés par la communauté et habilité les personnes les plus touchées par les pandémies, ils ont mieux réussi à lutter contre la désinformation, à assurer la continuité des services de santé et à protéger les droits et les moyens de subsistance des plus vulnérables.

Accès équitable aux médicaments, vaccins et technologies de la santé. Il a fallu des décennies pour que les tests de dépistage du VIH et les médicaments pour le VIH deviennent largement disponibles et abordables pour tous ceux qui en ont besoin. Des millions de vies ont été perdues en cours de route. Les inégalités vaccinales de la pandémie actuelle de la COVID-19 font écho aux inégalités de traitement de la riposte au sida à ses débuts. Début novembre 2021, seulement 2 % des habitants des pays à faible revenu étaient entièrement vaccinés contre la COVID-19, contre 65 % dans les pays à revenu élevé (1). À la mi-novembre, le nombre quotidien de rappels administrés dans le monde (principalement dans les pays à revenu élevé) était six fois supérieur au nombre quotidien de doses primaires dans les pays à faible revenu (2). L'indignation provoquée par le refus injustifié de fournir des médicaments antirétroviraux aux pays à faible revenu dans les années 1990 et au début des années 2000 a conduit à la mise en place de mécanismes qui rendent les versions génériques des technologies VIH de pointe rapidement abordables et accessibles. Ces mécanismes doivent être renforcés davantage pour garantir que tous les médicaments, vaccins, tests de dépistage et autres technologies de la santé dont nous avons un besoin urgent, soient considérés comme des biens publics.

Soutien aux travailleurs en première ligne en cas de pandémie. Les agents de santé, les travailleurs sociaux, les enseignants et les aidants non rémunérés sont les héros des réponses aux pandémies, risquant leur santé pour prodiguer des soins et s'assurer que les biens et services de base restent disponibles. Pourtant, ils travaillent souvent dans des conditions dangereuses et relevant de l'exploitation, ils sont chroniquement sous-payés et sous-équipés, et ils sont sous-estimés pendant toutes les phases de crise, sauf les plus aiguës. Valoriser les travailleurs essentiels et leur fournir les ressources et les outils dont ils ont besoin est indispensable pour les garder au travail.

Les droits humains au centre des réponses à la pandémie. Les violations des droits sapent la confiance et éloignent les populations des mesures de santé publique. Cela reste un obstacle à l'élimination du sida dans de nombreux endroits, et le manque de respect des droits sape également les mesures liées à la COVID-19. Inversement, les preuves et l'expérience montrent que la promotion des droits humains améliore la santé publique. Les éléments clés des réponses à la pandémie fondées sur les droits qui renforcent la confiance du public comprennent la limitation du recours au droit pénal pour appliquer les mesures de santé publique, l'identification des violations des droits là où elles se produisent, des institutions judiciaires et des droits humains efficaces et des groupes indépendants de la société civile capables de demander des comptes aux gouvernements et aux autres acteurs.

Des systèmes de données centrés sur les personnes qui mettent en évidence les inégalités. Dans un monde inondé de données, il est facile de choisir les points de données qui renforcent les préjugés et protègent les intérêts personnels et politiques. Les réponses à la pandémie devraient être façonnées par la triangulation objective d'un large éventail de données. La collecte, l'analyse et l'utilisation de données à la fois quantitatives et qualitatives, d'une manière éthique et préservant la confidentialité des informations privées des individus, sont essentielles pour comprendre qui est le plus touché lors des épidémies et qui est atteint par les services, qui ne l'est pas et pourquoi.



Un Cambodgien vivant avec le VIH a sa main désinfectée avant une consultation médicale. Crédit: ONUSIDA/S. Dara

UNE STRATÉGIE QUINQUENNALE POUR METTRE FIN AUX INÉGALITÉS ET AU SIDA

Les efforts pour sauvegarder et redynamiser la riposte mondiale au VIH ont franchi deux étapes importantes en 2021 : l'élaboration d'une stratégie mondiale de lutte contre le sida sur cinq ans et l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies de l'accent mis par la stratégie sur les inégalités ainsi qu'un ensemble complet cibles mondiales pour 2025.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida et les objectifs mondiaux 2025 reconnaissent que le VIH se développe sur les failles des inégalités au sein des sociétés et entre elles, et font de la lutte contre ces inégalités la pièce maîtresse des efforts pour reléguer le sida aux livres d'histoire. Le VIH n'est pas seul à cet égard : les inégalités sous-jacentes sont au cœur des impacts inégaux de la COVID-19, de la tuberculose, du paludisme, d'Ebola, du choléra et d'autres maladies infectieuses.

Plusieurs populations clés, notamment les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les détenu(e)s, les transgenres, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, sont exposées à un risque accru de contracter le VIH et d'autres infections potentiellement mortelles en raison de leur marginalisation dans la société, de la discrimination et la violence qu'ils subissent, et des lois qui cherchent à punir leurs actes. Une nouvelle analyse réalisée par l'ONUSIDA montre que les données communiquées par de nombreux pays semblent sous-estimer la taille des populations clés, laissant ainsi de côté des dizaines de millions de personnes dans le plus grand besoin pratiquement invisibles aux plans et programmes nationaux de lutte contre le VIH (voir le chapitre 5).

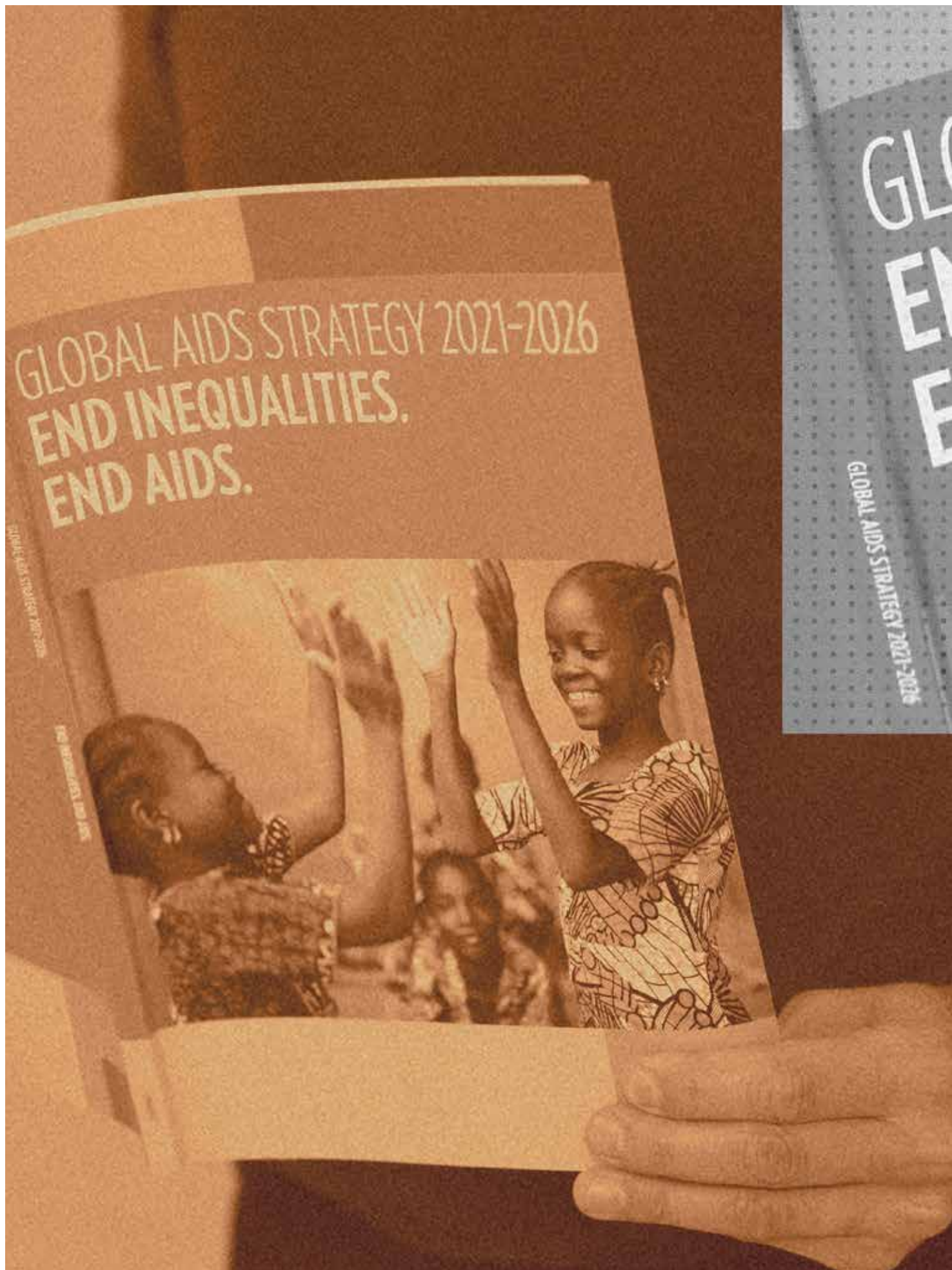


LE VIH PROSPÈRE SUR LES LIGNES DE FAILLE DES INÉGALITÉS AU SEIN DES SOCIÉTÉS ET ENTRE ELLES. LA LUTTE CONTRE CES INÉGALITÉS DOIT ÊTRE AU CŒUR DES EFFORTS VISANT À RELÉGUER LE SIDA DANS LES LIVRES D'HISTOIRE.

En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les femmes sont encore bien plus nombreuses que les hommes et les garçons parmi les personnes infectées par le VIH. Cependant, les hommes de cette région sont moins susceptibles d'être atteints par les services de dépistage et de traitement du VIH. La pauvreté et le manque de scolarisation sont d'autres obstacles redoutables aux services de santé et de lutte contre le VIH. Des preuves substantielles montrent que l'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes peut non seulement réduire leur risque d'être infecté par le VIH, mais aussi conférer un large éventail d'avantages sociaux et de santé tout au long de la vie. L'éducation, en particulier, réduit la vulnérabilité au VIH tout en aidant à construire des sociétés fortes et résilientes, ce qui souligne l'importance des investissements nationaux dans les systèmes éducatifs en général, et en particulier dans les mesures visant à permettre aux filles de rester scolarisées.

La stratégie mondiale de lutte contre le sida intègre des décennies d'expérience et de preuves dans un cadre complet d'actions transformatrices pour : maximiser un accès égal et équitable aux services et solutions liés au VIH ; éliminer les obstacles à l'obtention de résultats en matière de lutte contre le VIH ; et financer pleinement et soutenir des ripostes efficaces au VIH et les intégrer dans les systèmes de santé, de protection sociale, humanitaires et de ripostes aux pandémies.

De nombreux aspects de la stratégie mondiale de lutte contre le sida sont également importants pour aider à prévenir les futures pandémies et d'y répondre.



Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021 - 2026. Crédit : ONUSIDA.

LES ADAPTATIONS ET LA RÉSILIENCE PROTÈGENT LES PROGRAMMES ESSENTIELS DE LUTTE CONTRE LE VIH

Les dommages causés aux programmes de lutte contre le VIH par la COVID-19 varient selon les pays. Il y a eu des revers substantiels, en particulier au cours des six premiers mois de la crise, et les personnes vivant avec le VIH sont exposées à un risque élevé de morbidité et de mortalité liées à la COVID-19 (voir l'encadré). Il existe également de nombreux exemples inspirants d'adaptation et de résilience.

Les services de réduction des risques pour les personnes qui s'injectent des drogues, qui sont la pierre angulaire des mesures de prévention du VIH parmi cette population clé à plus haut risque d'infection par le VIH, ont été interrompus dans près des deux tiers (65 %) des 130 pays sondés en 2020 (3). Les programmes de circoncision masculine médicale volontaire ont eux aussi été gravement perturbés en 2020, certains pays suspendant complètement les procédures. Les objectifs fixés pour la circoncision masculine médicale volontaire dans 15 pays prioritaires d'Afrique orientale et australe ont été largement manqués, mais grâce à l'assouplissement des restrictions sociales, ces programmes ont montré des signes encourageants de reprise vers la fin de 2020 (4). Les programmes de prophylaxie pré-exposition (PrEP) se sont étendus en 2020, mais l'accès à la PrEP reste loin des objectifs mondiaux pour cette option de prévention du VIH relativement nouvelle.

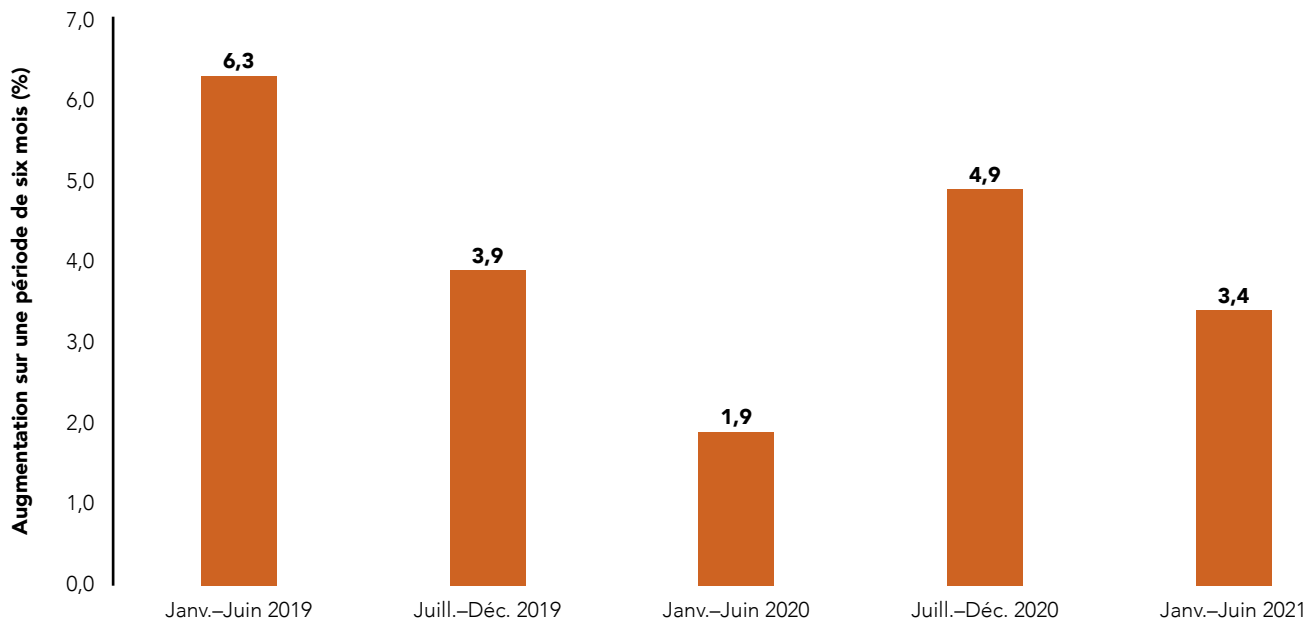
Le rythme des tests de dépistage du VIH a diminué presque uniformément, et les preuves disponibles montrent que les dépistages du VIH ont diminué et que moins de personnes vivant avec le VIH ont commencé un traitement en 2020 dans 40 des 50 pays qui ont communiqué ces données à l'ONUSIDA.

Le nombre de personnes vivant avec le VIH et recevant une thérapie antirétrovirale n'a augmenté que de 1,9 % entre janvier et juin 2020, passant de 25,5 millions de personnes à 26,0 millions de personnes. Cette augmentation a été suivie d'une hausse accélérée de 4,9 % de juillet 2020 à décembre 2020, pour atteindre 27,3 millions de personnes, puis d'une augmentation de 3,4 % au cours des six premiers mois de 2021. À la fin du mois de juin 2021, on comptait 28,2 millions de personnes vivant avec le VIH sous traitement dans le monde.²

LES PLUS GRANDES PERTURBATIONS DES SERVICES DE LUTTE CONTRE LE VIH ONT EU LIEU AU COURS DU PREMIER SEMESTRE DE 2020, LORSQUE DE NOMBREUX PAYS ONT CONNU LEURS PREMIERS CONFINEMENTS ET QUE LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH SE SONT DÉMENÉS POUR S'ADAPTER.

2. Les estimations de traitement à mi-parcours de l'année 2021 sont basées sur les données rapportées par 80 pays représentant 80% des personnes vivant avec le VIH dans le monde et extrapolées au reste du monde.

FIGURE 1. Augmentation du nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral sur une période de six mois, dans le monde, de janvier 2019 à juin 2021



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2021.

Dans de nombreux endroits, les bouleversements provoqués par la COVID-19 ont fait appel à l'inventivité et à la résilience qui sont devenues les caractéristiques de la riposte au VIH. Les programmes dotés de ressources suffisantes, prêts à s'adapter et ancrés dans une forte implication communautaire ont eu tendance à mieux faire face. Les restrictions de mouvement liées à la COVID-19 ont nécessité une accélération de la distribution sur plusieurs mois par les programmes nationaux de traitement du VIH, et l'approche a été un succès retentissant, permettant aux personnes de continuer à prendre leurs médicaments contre le VIH malgré les interruptions de service. De même, les doses à emporter pour le traitement de substitution aux opiacés au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ont réduit la stigmatisation et amélioré l'observance au traitement pour les personnes s'injectant des drogues (5).

Faire confiance aux communautés affectées s'est toujours avéré être une stratégie gagnante. Le traitement du VIH et d'autres services essentiels ont été préservés en passant à des services centrés sur la communauté et à d'autres formes de services différenciés, et en utilisant la télésanté et les plateformes virtuelles pour l'information et le soutien. Des programmes et des sites de dispensation communautaires ont été mis en place, des services de livraison à domicile ont été organisés et l'aide au traitement a été mise en ligne.

Dans sept pays d'Afrique orientale et australe, par exemple, 2 500 sites de traitement du VIH soutenus par le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR), au service de 1,8 million de personnes vivant avec le VIH, ont fourni des renouvellements de médicaments antirétroviraux dans les établissements communautaires, distribué de plus grandes quantités de médicaments pour couvrir des périodes de traitement plus longues (généralement six mois au lieu de trois mois), et mis en place des mesures de distanciation sociale et d'autres mesures de prévention dans les dispensaires (6).³ Dans six des sept pays, ces ajustements ont en fait réduit le pourcentage de patients ayant subi des interruptions de traitement. Dans les sept pays, au cours du trimestre précédant le confinement, le nombre de patients ayant subi des interruptions de traitement était supérieur de 23 % à celui des patients ayant subi des interruptions de traitement pendant les fermetures, tandis qu'au cours du trimestre suivant les fermetures, les interruptions de traitement ont diminué de 10 % supplémentaires par rapport au nombre d'interruptions pendant les fermetures.

3. Les sept pays sont les suivants : Botswana, Eswatini, Namibie, Rwanda, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

En Ouganda, une combinaison d'approches centrées sur la communauté a été utilisée, y compris la distribution de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois, les points de collecte de médicaments communautaires et la collecte communautaire de médicaments (où la population forme de petits groupes dont les membres se relaient pour récupérer les médicaments antirétroviraux de chacun) (7). En Afrique occidentale et centrale, l'initiative Antiretroviral Therapy Surge du Nigéria a réussi à améliorer la couverture et la qualité du traitement du VIH malgré les perturbations liées à la COVID-19 (voir le reportage).

Avant la crise de la COVID-19, de nombreux pays ont résisté aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant la distribution de médicaments antirétroviraux sur plusieurs mois, arguant qu'elles étaient trop complexes et risquées à mettre en œuvre. Ces reticences et hésitations faisaient écho à des préoccupations infondées exprimées des décennies plus tôt, lorsque les médicaments antirétroviraux étaient cruellement refusés à l'Afrique subsaharienne et à d'autres régions à faible revenu par crainte que leurs systèmes de santé soient trop faibles et leurs patients trop peu éduqués et indisciplinés pour gérer le dosage quotidien du traitement anti-VIH.

Les perturbations liées à la COVID-19 dans la production et la distribution de médicaments antirétroviraux ont menacé de provoquer des ruptures de stock et ont limité l'expansion de la distribution de plusieurs mois dans certains pays. Les données douanières de l'Inde montrent qu'il y a eu des réductions significatives des expéditions de médicaments antirétroviraux génériques vers les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure en mars-juin 2020, lorsque de nombreux pays en étaient à leurs premiers confinements. Les volumes d'exportations de l'Inde se sont redressés et ont augmenté fin 2020 (8). L'impact de la COVID-19 en 2020 et l'émergence de la variante delta du SRAS-CoV-2 en Inde et sa propagation mondiale en 2021 ont semblé changer les modèles et les niveaux de commandes de médicaments antirétroviraux génériques des pays à revenu faible et intermédiaire par rapport aux années précédentes, mais cela n'a pas eu d'impact sur la livraison des commandes passées au cours des huit premiers mois de 2021 (8).

De plus en plus de preuves que les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à des risques plus élevés de COVID-19

Une image plus complète se dessine de l'interaction entre l'infection par le VIH et l'infection par le SRAS-CoV-2, et de la réponse vaccinale à la COVID-19 chez les personnes vivant avec le VIH. Un solide corpus de preuves – en provenance d'Afrique du Sud, du Royaume-Uni et des États-Unis d'Amérique – indique que les personnes vivant avec le VIH qui contractent l'infection par le SRAS-CoV-2 courent un risque accru de maladie grave et de décès. (9–15). Le risque est particulièrement élevé pour les personnes qui ne contrôlent pas leur infection par le VIH avec un traitement antirétroviral (16, 17).

Une grande étude récente basée sur les données de 5,8 millions de personnes dans 54 sites cliniques aux États-Unis a abordé les facteurs de confusion potentiels en effectuant des ajustements pour tenir compte des comorbidités, des caractéristiques démographiques et des facteurs liés au mode de vie. Elle a révélé que vivre avec le VIH était associé à un risque 20 % plus élevé d'être hospitalisé pour une infection par la COVID-19 et à un risque 29 % plus élevé de mortalité due à la COVID-19. (18). Le résultat est largement repris dans une méta-analyse de 84 études d'Afrique, d'Asie, des Amériques et d'Europe (19).

Il existe également de plus en plus de preuves que le risque de conséquences néfastes chez les personnes vivant avec le VIH est le plus élevé chez celles qui ont un faible nombre de cellules CD4 ou une charge virale détectable du VIH. (18, 20–22). Cela souligne l'importance et les multiples avantages d'un traitement efficace contre le VIH. Il convient de noter, cependant, les résultats d'une autre étude, indiquant que les personnes vivant avec le VIH et ayant un faible taux de cellules CD4 peuvent être plus à risque d'évolution défavorable de la COVID-19 même en cas de suppression de la charge virale (23). Cela suggère que les personnes qui ont récemment commencé un traitement contre le VIH ou celles qui ont connu un faible taux de cellules CD4 pendant de longues périodes peuvent avoir besoin d'une observation plus étroite si elles contractent la COVID-19. Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis recommandent un rappel du vaccin contre la COVID-19 pour les personnes atteintes du VIH à un stade avancé ou non traité (24).

Il n'y a aucune preuve que l'infection par le VIH puisse être associée à des effets indésirables aux vaccins actuels contre la COVID-19. Il existe cependant des données d'études contradictoires sur la question de savoir si les personnes vivant avec le VIH peuvent avoir des réponses immunitaires induites par le vaccin plus faibles. Plusieurs études n'ont pas trouvé une telle différence (25–28). Cependant, une étude récente menée aux États-Unis a fait état d'une réponse en anticorps induite par le vaccin plus faible chez les personnes vivant avec le VIH que chez les personnes séronégatives, l'effet semblant différer selon le vaccin (29). La réponse a été la plus faible chez les personnes atteintes d'infections à VIH non supprimées. Les anticorps, cependant, ne sont pas le seul déterminant de la réponse vaccinale, et cette étude n'a pas mesuré les réponses des lymphocytes T.

LA CRISE DE LA COVID-19 AGGRAVE LES INÉGALITÉS

Alors que de nombreux programmes de lutte contre le VIH se sont avérés résilients pendant la crise de la COVID-19, les dommages plus larges causés par la pandémie – ressentis le plus durement par les populations déjà défavorisées – menacent de saper les efforts mondiaux visant à mettre fin à la pandémie de sida d'ici 2030.

Selon le Forum économique mondial, la COVID-19 a fait reculer l'égalité de genre d'au moins une génération. Sur la base des tendances actuelles, il faudra près de 136 ans pour combler les disparités de genre mondiales, contre 100 ans avant la COVID-19. Les pertes d'emplois et de revenus pendant la pandémie ont été plus élevées chez les femmes, et leurs charges de soins non rémunérées ont augmenté (30). Des dizaines d'études ont documenté une augmentation de la violence à l'égard des femmes et des filles pendant la pandémie ; cette augmentation de la violence, ainsi que des dommages physiques et émotionnels, est également associée à un risque accru d'infection par le VIH et à de moins bons résultats pour la santé des femmes vivant avec le VIH (31–33). Une évaluation rapide de l'impact de la pandémie de COVID-19 dans six pays en 2020 a révélé que l'accès aux services relatifs aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive avait été perturbé (34)⁴. En outre, la scolarité a été interrompue à un moment donné pour la plupart des enfants dans le monde, et l'on s'attend à ce que 11 millions de filles ne puissent jamais retourner à l'école à la suite de la pandémie de COVID-19 (35).

La protection sociale a été temporairement étendue dans de nombreux pays alors que des secteurs entiers de l'emploi étaient fermés, mais l'assistance a manqué à bon nombre des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables. Avec la chute des revenus et la hausse des prix des denrées alimentaires, l'insécurité alimentaire augmente : environ une personne sur trois dans le monde (2,4 milliards de personnes) n'avait pas accès à une alimentation adéquate en 2020, soit une augmentation de 320 millions de personnes en un an, selon l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (36). L'insécurité alimentaire a également un impact négatif sur les personnes vivant avec le VIH, y compris l'observance du traitement anti-VIH (37).



Un membre du personnel de l'organisation de la société civile Diálogo Diverso distribue des préservatifs aux migrants de la République bolivarienne du Venezuela. Basée à Quito, en Équateur, Diálogo Diverso travaille à la protection et à la promotion des droits de l'homme, en mettant l'accent sur le genre et les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées. (LGBTI). Crédit : ONUSIDA

4. Les six pays sont les suivants : Colombie, Kenya, Nigéria, Afrique du Sud, Ouganda et États-Unis.

ENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PRÉPARATION ET LA RÉPONSE À UNE PANDÉMIE

La tâche de mettre fin à la pandémie du sida s'est accrue au cours des deux dernières années. Les défis rencontrés pendant la crise de la COVID-19 et les efforts pour les relever ont également mis en évidence certains des éléments clés du succès des réponses à la pandémie. Les corrections de cap demandées dans la stratégie mondiale de lutte contre le sida ne mettront pas seulement fin au sida d'ici 2030 ; elles sont également nécessaires pour protéger le monde contre de futures pandémies. L'accent mis par la stratégie mondiale de lutte contre le sida sur les inégalités reconnaît que les personnes et les communautés les plus à risque doivent être placées au centre des ripostes à la pandémie. Personne n'est en sécurité tant que tout le monde ne l'est pas.

L'histoire souligne également l'importance fondamentale d'avoir un financement suffisamment fiable pour gérer et soutenir des réponses efficaces à la pandémie. Les programmes de lutte contre le VIH les plus résilients pendant la crise de la COVID-19 ont été ceux dotés d'un financement fiable et d'un noyau solide de professionnels de la santé publique travaillant en étroite collaboration avec les dirigeants communautaires. Des dépenses de santé plus (et non pas moins) ambitieuses sont une priorité si le monde veut maîtriser la pandémie de COVID-19 et mettre fin aux pandémies de VIH et de tuberculose (38).

Il existe un grand danger de répéter une fois de plus les erreurs du passé, où la croissance économique à court terme, les parts de marché des entreprises géantes et l'avenir politique personnel des chefs de gouvernement sont prioritaires sur le plus grand bien à long terme qui peut être obtenu lorsque les systèmes de santé publique reçoivent les ressources et l'appui dont ils ont besoin pour répondre aux crises sanitaires, et que les communautés sont engagées de manière constructive pour faire face aux inégalités et s'assurer que personne n'est laissé pour compte par les réponses au sida, à la COVID-19 et à d'autres pandémies.

Alors que les négociations sur la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies se poursuivent en 2022, cinq éléments essentiels requièrent une plus grande attention de la part des dirigeants mondiaux : (1) des infrastructures dirigées par les communautés et basées sur les communautés ; (2) un accès équitable aux médicaments, aux vaccins et aux technologies de la santé ; (3) un soutien aux travailleurs en première ligne de front sur la pandémie ; (4) les droits de l'homme au centre des réponses à la pandémie ; et (5) des systèmes de données centrés sur les personnes qui mettent en évidence les inégalités. Les enjeux pour les personnes vivant avec le VIH et celles à haut risque d'infection sont incroyablement élevés. Elles figurent parmi les plus vulnérables, mais elles ne sont pas seules : la propagation rapide du SRAS-CoV-2 et les larges impacts de la COVID-19 sont une tragédie mondiale qui touche presque tout le monde. Cette crise, cependant, est également une opportunité sans précédent d'apprendre des erreurs du passé et de mobiliser le leadership et les investissements nécessaires à la mise en place d'un cadre mondial global permettant de mettre fin aux inégalités, au sida et aux pandémies.

LA COVID-19 EST UNE CRISE TERRIBLE. C'EST AUSSI UNE OCCASION SANS PRÉCÉDENT DE TIRER LES LEÇONS DES ERREURS DU PASSÉ ET DE MOBILISER LE LEADERSHIP ET LES INVESTISSEMENTS NÉCESSAIRES À LA MISE EN PLACE D'UN CADRE MONDIAL COMPLET PERMETTANT DE METTRE FIN AUX INÉGALITÉS, AU SIDA ET AUX PANDÉMIES.

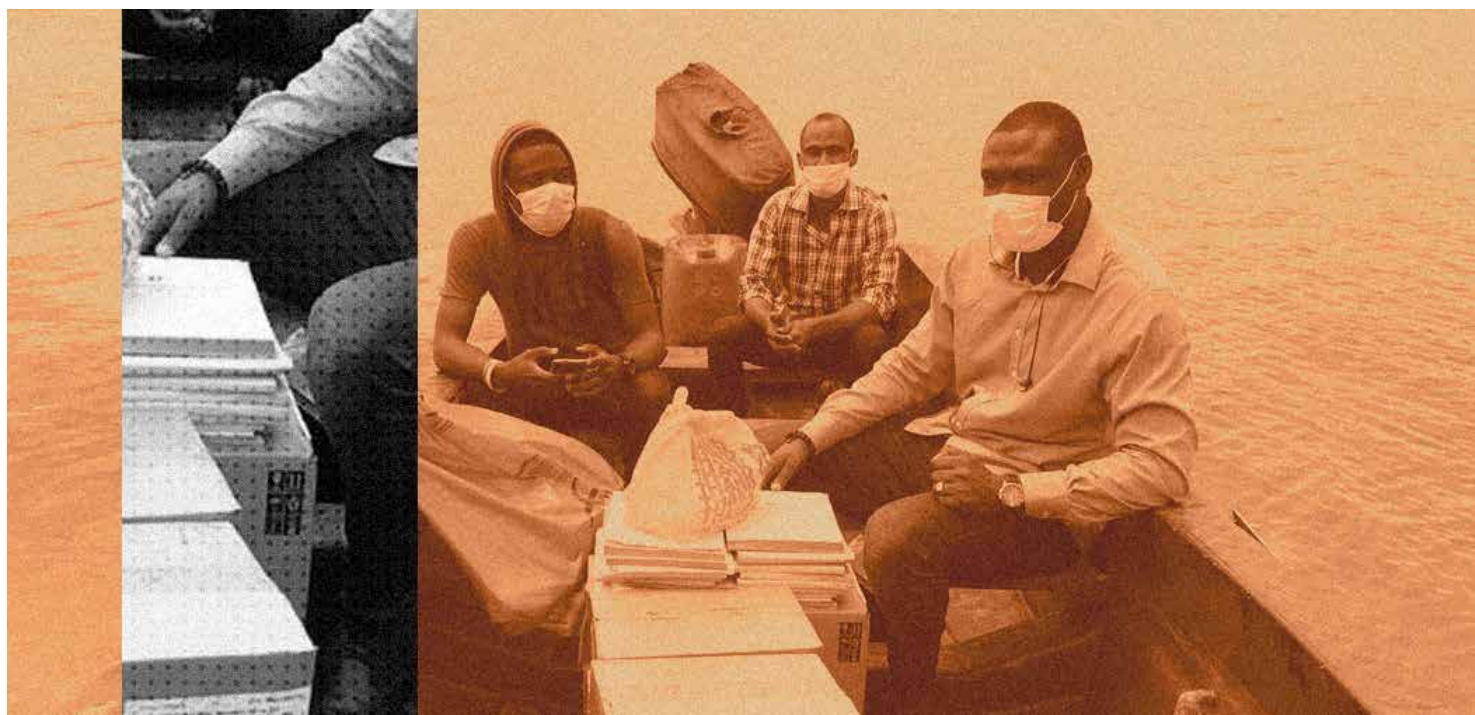
ENCADRÉ : ADAPTATIONS AGILES LORS DE L'ACCÉLÉRATION DE LA MISE SOUS TRAITEMENT AU NIGERIA

La pandémie de COVID-19 a frappé le Nigeria au milieu d'un effort intensif pour accélérer la couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes vivant avec le VIH. Ce qui s'est passé ensuite a été un exemple inspirant de la façon dont un programme de lutte contre le VIH robuste et centré sur la communauté peut contourner les perturbations associées à la pandémie de COVID-19.

L'initiative « Nigeria Antiretroviral Therapy Surge », soutenue par le PEPFAR, a débuté en avril 2019 avec un objectif à atteindre en 18 mois : accroître de 500 000 le nombre de personnes recevant un traitement soutenu par le PEPFAR parmi les personnes vivant avec le VIH dans 10 États et territoires du Nigeria (39).⁵

Le dépistage des personnes vivant avec le VIH a été un défi particulièrement important dans le programme de traitement du Nigeria en raison de la faible fréquentation des établissements de santé, en particulier dans les milieux ruraux à faible revenu. Pour relever ce défi, le programme Surge a utilisé les données d'enquêtes nationales récentes pour se concentrer sur les zones comptant un grand nombre de personnes vivant avec le VIH non dépistées, un outil de dépistage du risque d'infection par le VIH et le dépistage par cas index pour accélérer les diagnostics du VIH, ainsi que plusieurs stratégies d'appui pour relier rapidement les personnes nouvellement diagnostiquées au traitement (40).

Les tests communautaires, le lien actif avec les soins, le lancement immédiat du traitement et la fourniture de « kits de démarrage » de 30 jours de médicaments antirétroviraux ont permis des gains impressionnants en peu de temps. Dans les 10 États et territoires, entre avril 2019 et mars 2020, le nombre hebdomadaire de tests de dépistage du VIH effectués a augmenté de 518 %, celui des résultats de tests positifs a augmenté de 239 % et celui des personnes vivant avec le VIH nouvellement identifiées ayant commencé un traitement a augmenté de 272 % (Figure 11) (41). Le nombre total de personnes sous traitement dans les 10 États et territoires a augmenté de 43 % au cours de la première année du programme Surge, passant à 559 488 (41).



Des agents de santé bravant des terrains périlleux pour fournir des services à des clients dans des endroits difficiles d'accès, en route vers l'hôpital général de Ngo, dans la zone de gouvernement local (LGA) d'Andoni, dans l'État de Rivers, au Nigeria. Andoni (LGA), État de Rivers, Nigeria. Crédit : PEPFAR Nigeria

5. Les États sont les suivants : Akwa Ibom, Benue, Delta, Enugu, Gombe, Imo, Lagos, Nasarawa et Rivers. Le territoire se réfère ici au Territoire de la capitale fédérale.

Lorsque les restrictions liées à la COVID-19 ont commencé à avoir un impact sur la fréquentation des établissements de santé au début de 2020, les responsables du programme Surge ont doublé les approches centrées sur la communauté. Les équipes de sensibilisation ont travaillé avec des organisations communautaires locales pour adapter l'éducation sur le VIH, le dépistage et le conseil en matière de lutte contre le VIH afin de se conformer aux restrictions liées à la COVID-19 et pour faciliter l'obtention et l'observance du traitement contre le VIH (42). Les personnes commençant un traitement contre le VIH ont reçu des antirétroviraux pour 90 jours afin de réduire les visites dans les établissements de santé. Des points de collecte communautaires supplémentaires ont été mis en place pour la distribution des antirétroviraux, et les personnes ont reçu des messages sur leur téléphone portable avec des rappels de réapprovisionnement et les adresses des points de collecte de proximité. La distribution d'antirétroviraux sur plusieurs mois (trois à six mois) a également été étendue à toute personne déjà sous traitement antirétroviral. Les mesures d'atténuation de l'impact de la COVID-19 comprenaient la fourniture de masques faciaux aux membres du personnel, une meilleure hygiène des mains observée par les membres du personnel et les patients lors des visites cliniques et des mesures de distanciation physique (43). La plupart des adaptations étaient en place en avril 2020 (44).

La proportion de personnes dépistées dans leurs communautés (plutôt que dans les établissements de santé) est passée de 67 % en mars 2020 à 80 % en septembre 2020, 90 % des personnes sous traitement avaient des ordonnances de plusieurs mois pour des médicaments antirétroviraux, et presque tous les approvisionnements de médicaments étaient récupérés à temps (41). En mai 2020, les activités du programme Surge sont revenues aux niveaux d'avant la pandémie (c'est-à-dire avant la fin mars 2020) et elles ont continué à augmenter : entre avril et septembre 2020, 161 444 personnes ont commencé un traitement et le nombre total de personnes sous traitement a augmenté de 29 % pour passer à 720 932 (41).

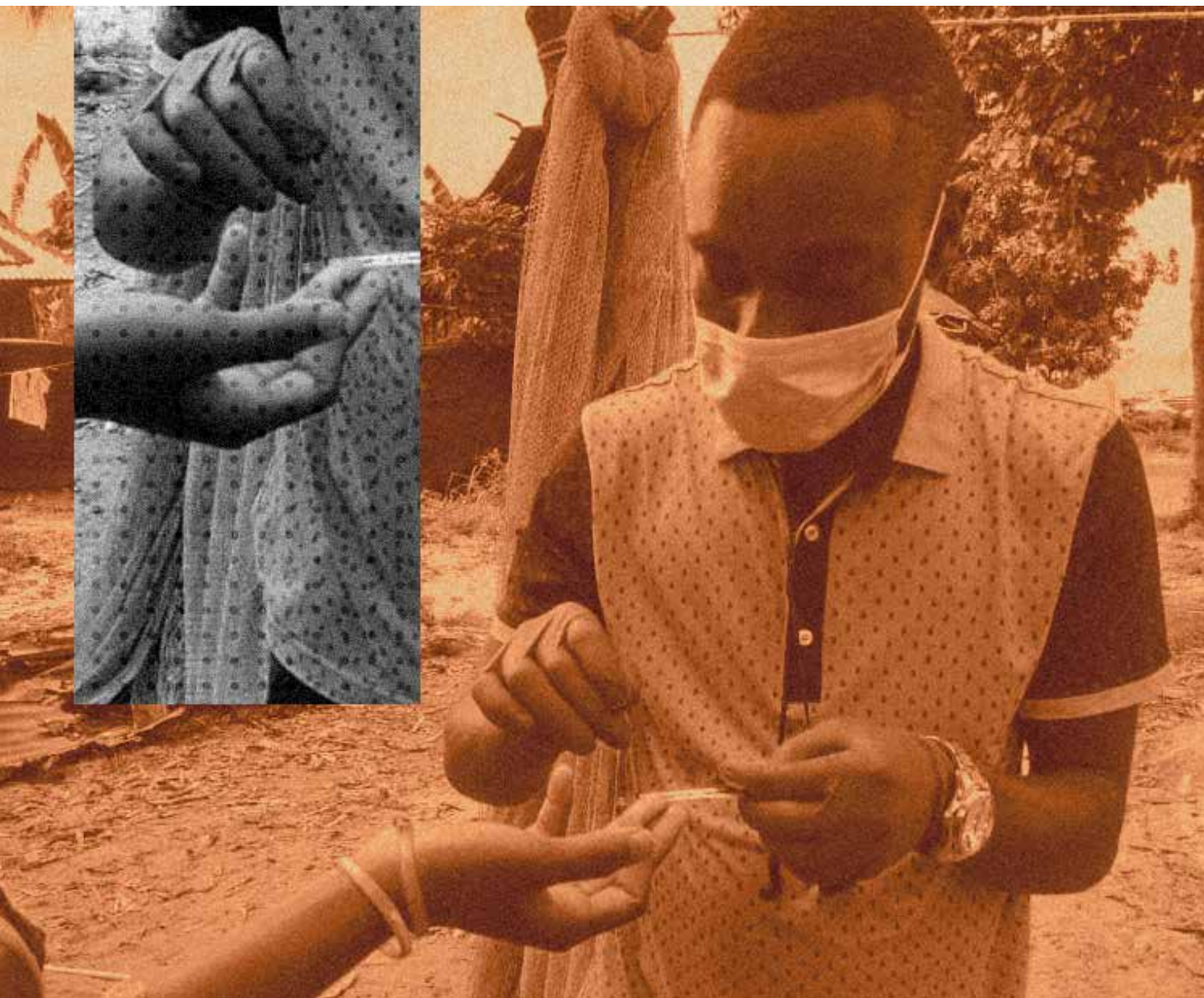
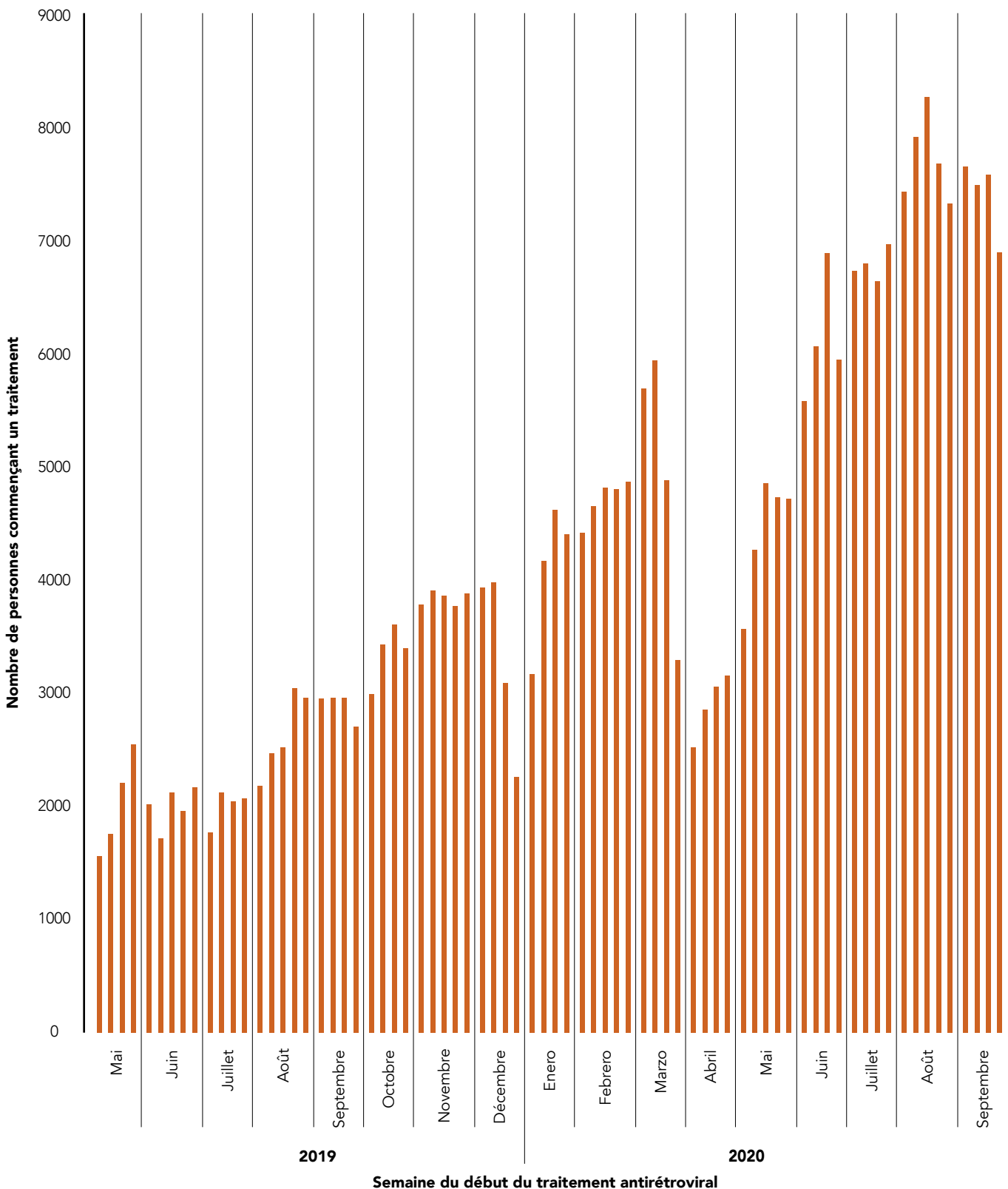


FIGURE 2. Nombre de personnes vivant avec le VIH nouvellement identifiées qui ont commencé un traitement antirétroviral, par semaine, dix États et Territoires du Nigeria participant à l'initiative Antiretroviral Therapy Surge, 4 mai 2019–26 septembre 2020



■ Personnes vivant avec le VIH nouvellement identifiées qui ont commencé un traitement antirétroviral

Remarque : dix États nigériens ont participé à l'initiative Antiretroviral Therapy Surge : Akwa Ibom, Benue, Delta, Enugu, Territoire de la capitale fédérale, Gombe, Imo, Lagos, Nasarawa et Rivers.

Remarque : le 27 février 2020, le Nigeria Center for Disease Control a confirmé le premier cas diagnostiqué de COVID-19. Il a activé un centre d'opérations d'urgence le 28 février. Ensuite, le gouvernement nigérien a pris des mesures d'atténuation de la COVID-19, notamment la fermeture des écoles (à partir du 19 mars), l'interdiction de voyager à l'étranger (à partir du 23 mars) et l'injonction nationale de rester chez soi (à partir du 30 mars).

Source : Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M et al. « Rapid scale-up of an antiretroviral therapy program before and during the COVID-19 pandemic—nine states, Nigeria, March 31, 2019–September 30, 2020. » MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021 ; 70 (12) : 421-6.

RÉFÉRENCES

1. Our World in Data [database]. Our World in Data; c2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).
2. Kutlu O. WHO head says there is “scandal” in global coronavirus vaccine inequity. In: Anadolu Agency [Internet]. 13 November 2021. Anadolu Agency; c2021 (<https://www.aa.com.tr/en/health/who-head-says-there-is-scandal-in-global-coronavirus-vaccine-inequity/2419607>).
3. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services [Internet]. Geneva: WHO; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789224012455>).
4. Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services, 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 760.
5. EuroNPUD. Take home opiate substitution therapies. Advocacy brief. 2020 (<https://www.dropbox.com/s/s0y4hrvac4q1f2/EuroNPUD%20Take%20Home%20OST%20Advocacy%20Brief%20UK.pdf?dl=0>).
6. Mehta N, Stewart A, Fisher K, Ghosh S, Santos L, Harvey P et al. Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April–June 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 2641.
7. Zakumumpa H, Makobu K, Ntawiha W, Maniple E. A mixed-methods evaluation of the uptake of novel differentiated ART delivery models in a national sample of health facilities in Uganda. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254214.
8. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim solutions, 2020–2021.
9. Western Cape Department of Health in collaboration with the National Institute for Communicable Diseases, South Africa. Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Death in a Population Cohort Study from the Western Cape Province, South Africa. *Clin Infect Dis*. 2021 Oct 5;73(7):e2005–e2015.
10. Sabin C, Raya R, Curtis H, Water L, Chadwick D; BHIVA COVID Registry Working Group. Coronavirus (COVID)-19 in people with HIV in the UK: initial findings from the BHIVA COVID-19 Registry. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract 08.
11. Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, Schulze A, Mehrkar A, Bates CJ et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *Lancet HIV*. 2021;8(1):e24–e32.
12. Geretti AM, Stockdale AJ, Kelly SH, Cevik M, Collins S, Waters L et al. Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. *Clin Infect Dis*. 2020 Oct 5;73(7):e2095–e2106.
13. Yendewa GA, Perez JA, Schlick KA, Tribout HA, McComsey GA. Characterizing COVID-19 presentation and clinical outcomes in HIV patients in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 548.
14. Spinelli MA, Brown LB, Glidden DV, Hunter K, Martin-Tuite P, Zheng J et al. SARS-CoV-2 incidence, testing rates, and severe COVID-19 outcomes among people with and without HIV. *AIDS*. 2021;35:2545–7.
15. Clinical features and prognostic factors of COVID-19 in people living with HIV hospitalized with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection. Geneva: WHO; 2021.
16. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. *Lancet HIV*. 2021;8(5):e294–e305.
17. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
18. Yang X, Sun J, Patel RC, Zhang J, Guo S, Zheng Q et al. Associations between HIV infection and clinical spectrum of COVID-19: a population level analysis based on US National COVID Cohort Collaborative (N3C) data. *Lancet HIV*. 2021;8(11):e690–e700.
19. Wang Y, Feng R, Xu J, Shi L, Feng H, Yang H. An updated meta-analysis on the association between HIV infection and COVID-19 mortality. *AIDS*. 2021;35:1875–80.
20. Nomah DK, Reyes-Uruena J, Diaz Y, Moreno S, Aceiton J, Bruguera A et al. Sociodemographic, clinical and immunological factors associated with SARS-CoV-2 diagnosis and severe COVID-19 outcomes in people living with HIV: a retrospective cohort study. *Lancet HIV*. 2021;8(11):e701–e710.
21. Sigel K, Swartz T, Golden E, Paranjpe I, Somani S, Richter F et al. Coronavirus 2019 and people living with human immunodeficiency virus: outcomes for hospitalized patients in New York City. *Clin Infect Dis*. 2020;71(11):2933–8.
22. Jassat W, Cohen C, Tempia S, Masha M, Godlstein S, Kufa T. Risk factors for COVID-19-related in-hospital mortality in a high HIV and tuberculosis prevalence setting in South Africa: a cohort study. *Lancet HIV*. 2021;8(9):e554–e567.
23. Dandachi D, Geiger G, Montgomery MW, Karmen-Tuohy S, Golzy M, Antar AAR et al. Characteristics, comorbidities and outcomes in a multicenter registry of patients with human immunodeficiency virus and coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e1964–e1972.
24. COVID-19 Vaccines for Moderately to Severely Immunocompromised People. In: US Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 18 October 2021. Atlanta (GA): US CDC; c2021 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html>).
25. Madhi S, Koen A, Fairlie L, Cutland C, Baillie V, Padayachee S et al. ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine in people living with and without HIV. 2021. Pre-print.
26. Frater J, Ewer K, Ogbe A, Pace M, Adele S, Adland E et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 (ZAD1222) vaccine against SARS-CoV-2 in HIV infection. *Lancet*. 2021;19 April. Pre-print.
27. Ruddy J, Boyarsky B, Bailey J, Karaba A, Garonzik-Wang J, Jacqueline M et al. Safety and antibody response to two-dose SARS-CoV-2 messenger RNA vaccination in persons with HIV. *AIDS*. 2021;35(14):2399–401.
28. Woldemeskel B, Karaba A, Garliss C, Beck E, Wang K, Laeyendecker O et al. The BNT162b2 mRNA vaccine elicits robust humoral and cellular immune responses in people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Clin Infect Dis*. 2021;ciab648.
29. Spinelli M. Lower SARS-CoV-2 IgG and pseudovirus neutralization titers post-mRNA vaccination among people living with HIV. *IDWeek 2021*, 29 September–3 October. Abstract LB8.
30. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
31. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 100 papers in. A fourth research round-up. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
32. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
33. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183–94.
34. Missing in action: COVID-19 response funding for gender-based violence and sexual and reproductive health in five countries. New York (NY): Global Health Justice and Governance Programme at Columbia University; 2020 (https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/multi-country_funding_2-pager_9_april_2021.pdf).
35. Addressing the gender dimensions of COVID-related school closures. Geneva: UNESCO; August 2020 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373379>).
36. The state of food security and nutrition in the world 2021. Rome: Food and Agriculture Organization; 2021 (<https://www.fao.org/3/cb4474en/online/cb4474en.html>).
37. McLinden T, Stover S, Hogg RS. HIV and food insecurity: a syndemic amid the COVID-19 pandemic. *AIDS Behav*. 2020;24:2766–9.
38. Korowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery: implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>).
39. Jahun I, Said I, El-Imam I, Ehoche A, Dalhatu I, Yakubu A et al. Optimizing community linkage to care and antiretroviral therapy initiation: lessons from the Nigeria HIV/AIDS Indicator and Impact Survey (NAIIS) and their adaptation in Nigeria ART Surge. *PLoS ONE*. 2021;16(9):e0257476.
40. Jahun I, Dirlikov E, Odafe S, Yakubu A, Boyd AT, Bachanas P et al. Ensuring optimal community HIV testing services in Nigeria using an enhanced community case-finding package (ECCP), October 2019–March 2020: acceleration to HIV epidemic control. *HIV AIDS (Auckl)*. 2021 Aug 25;13:839–50.
41. Data provided to UNAIDS by the PEPFAR team in Nigeria, 16 November 2021.
42. Boyd AT, Ogbanufe O, Onyenuobi C, Mgbakor I, Bachanas P, Olupitan O et al. Scale-up of antiretroviral treatment access among people living with HIV in Rivers State, Nigeria, 2019–2020. *AIDS*. 2021;35(7):1127–34.
43. Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M et al. Rapid scale-up of an antiretroviral therapy program before and during the COVID-19 pandemic—nine states, Nigeria, March 31, 2019–September 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(12):421–6.
44. Boyd AT, Jahun I, Dirlikov E, Greby S, Odafe S, Abdulkadir A et al. Expanding access to HIV services during the COVID-19 pandemic—Nigeria, 2020. *AIDS Res Ther*. 2021;18(1):62.



**INFRASTRUCTURE
DIRIGÉE PAR
LA COMMUNAUTÉ
ET BASÉE SUR
LA COMMUNAUTÉ**

Les paysages sociaux dans lesquels les virus se propagent et les ripostes aux pandémies sont divers, complexes et turbulents. L'incapacité d'atteindre des parties critiques de la population contribue à la transformation des flambées en épidémies et des épidémies en pandémies. Le déploiement de haut en bas de mesures de santé publique qui dérangent, perturbent les moyens de subsistance ou remettent en cause les mœurs sociales peut être compromis par la désinformation, la peur, les doutes et la stigmatisation qui paralysent une riposte à une pandémie (1).

La société civile et les organisations communautaires, en particulier celles dirigées par des personnes le plus souvent exclues ou mal desservies, peuvent compléter les réponses des systèmes de santé traditionnels aux pandémies dans trois rôles clés : fournir des services ; apporter les connaissances de la communauté à la planification et aux décisions ; et soutenir la responsabilisation.

Dans les pandémies de sida et de COVID-19, les programmes nationaux ont eu du mal à lutter contre les rumeurs, la désinformation, la méfiance et la stigmatisation. Dans bon nombre des ripostes au sida les plus efficaces, des organisations dirigées par la communauté ont été engagées pour transmettre des informations sur la prévention et le traitement fondées sur des données probantes et pertinentes pour différentes perspectives, et pour mettre en place des services VIH pour les populations clés victimes de discrimination. Les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ont obtenu un siège à la table de prise de décision, tandis que le plaidoyer de la société civile et le suivi communautaire ont amélioré les services liés au VIH. Au fil du temps, une mosaïque d'organisations communautaires est devenue une infrastructure dirigée par la communauté essentielle à tous les aspects de la riposte aux pandémies.

Pour mettre la riposte au sida sur la bonne voie, l'engagement total de cette infrastructure dirigée par la communauté doit devenir universel. En 2021, les États membres des Nations Unies (ONU) se sont engagés dans la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la fin du sida à accroître l'inclusion dans la prise de décision et la proportion de services liés au VIH fournis par les communautés, à renforcer le personnel de santé communautaire et à soutenir la collecte de données communautaires pour protéger les droits et répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH, exposées au risque d'infection à VIH et touchées par le VIH.

De la COVID-19 à l'Ébola et au-delà, cette infrastructure dirigée par la communauté et basée sur la communauté s'est avérée tout aussi importante. Ce n'est pas un substitut à l'État, mais plutôt un moyen efficace d'étendre la portée et la profondeur des interventions et de rendre les ripostes aux pandémies plus inclusives, équitables et durables.

Pourtant, cette infrastructure dirigée par la communauté est rarement incluse dans l'essentiel de la préparation aux pandémies.

LES RIPOSTES LES PLUS EFFICACES À LA PANDÉMIE DE SIDA TIENNENT COMPTE DU FAIT QUE LES INDIVIDUS ONT UNE PLUS GRANDE CONFIANCE DANS LEURS PROPRES COMMUNAUTÉS QUE DANS LES AUTORITÉS GOUVERNEMENTALES. LES ORGANISATIONS DES COMMUNAUTÉS TOUCHÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME DES PARTENAIRES À PART ENTIÈRE, IMPLIQUÉS DANS LA GOUVERNANCE, LA CONCEPTION, LA PLANIFICATION ET LA BUDGÉTISATION DES RIPOSTES AUX PANDÉMIES, ET ELLES ONT BESOIN D'UN SOUTIEN TECHNIQUE ET FINANCIER POUR S'IMPLIQUER DE MANIÈRE EFFICACE.

LES DURES LEÇONS DE ÉBOLA ET DU VIH

Au début de la crise de l'Ébola de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest, les mesures de confinement ont été imposées de haut en bas, sans impliquer les communautés. Certaines de ces mesures de santé publique étaient économiquement préjudiciables et se heurtaient aux coutumes sociales locales, déclenchant un contrecoup. Au fil du temps, les idées des agents de santé au niveau communautaire ont été réintroduites dans les stratégies de riposte, facilitées par les réseaux de spécialistes des sciences sociales, mais un temps précieux et de nombreuses vies ont été perdus avant que la riposte à l'épidémie ne passe à des approches plus engagées et plus efficaces dans la communauté (2).¹ Un processus plus inclusif axé sur le renforcement de la compréhension et de la confiance aurait pu limiter le ressentiment et le désarroi (3).

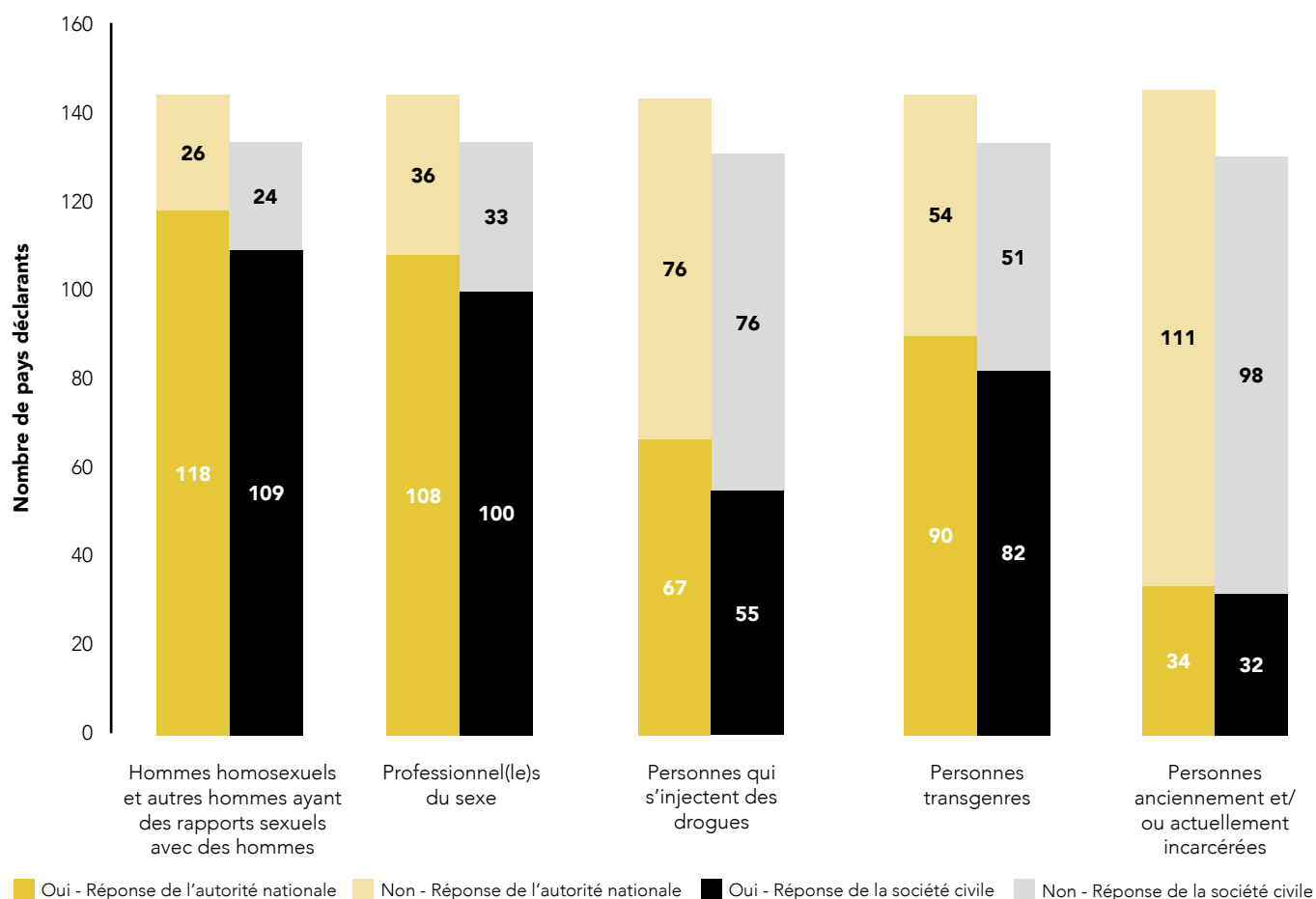
Des décennies plus tôt, les ripostes au VIH ont faibli lorsqu'elles ont négligé les réalités et les droits des communautés touchées et ont donné la priorité aux protections par brevet par rapport aux personnes. Les organisations communautaires ont fini par se frayer un chemin dans les processus et les arènes de prise de décision, comme ACT-UP l'a fait aux États-Unis d'Amérique et en Europe, et la Treatment Action Campaign en Afrique du Sud. Comme leurs homologues dans d'autres pays, ces organisations ont fait pression sur les planificateurs pour qu'ils adoptent des approches fondées sur les droits humains, accélérant le développement et l'approbation des médicaments, mettant en œuvre des interventions au niveau communautaire et s'attaquant aux effets invalidants de la stigmatisation et de la discrimination. Elles ont veillé à ce que les dures réalités des prix inabordables et de l'accès inégal aux traitements vitaux du VIH restent au centre de la scène jusqu'à ce que de nouveaux accords sur les prix soient conclus, les restrictions sur les brevets soient assouplies, la fabrication de médicaments génériques moins chers augmente et des mécanismes de responsabilisation mondiale soient établis.

Aujourd'hui, la participation active des organisations communautaires à la gouvernance, à la planification et à la mise en œuvre des ripostes nationales au VIH est la règle dans de nombreux pays. Elles participent aux conseils nationaux de lutte contre le sida et aux mécanismes de coordination nationale du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes participent à l'élaboration des politiques, directives et stratégies nationales liées à leur santé dans la majorité des pays qui ont transmis des rapports à l'ONUSIDA ces dernières années. L'implication d'autres populations clés – les personnes qui s'injectent des drogues et les personnes actuellement ou anciennement en prison – est moins courante (Graphique 3). Au niveau mondial, les organisations et réseaux communautaires sont membres du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA et du Conseil du Fonds mondial, et ils participent aux processus décisionnels du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR), le plus grand programme bilatéral de lutte contre le VIH au monde.

LES RIPOSTES AU VIH ONT FAIBLI LORSQU'ELLES ONT NÉGLIGÉ LES RÉALITÉS ET LES DROITS DES COMMUNAUTÉS TOUCHÉES ET ONT DONNÉ LA PRIORITÉ AUX PROTECTIONS PAR BREVET PAR RAPPORT AUX PERSONNES. LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES ONT VEILLÉ À CE QUE LES DURES RÉALITÉS DES PRIX INABORDABLES ET DE L'ACCÈS INÉGAL AUX TRAITEMENTS VITAUX DU VIH RESTENT AU CENTRE DE LA SCÈNE.

1. Pour plus d'informations, consulter : Jedwab R, Khan AM, Russ J, Zaveri ED. « Epidemics, pandemics, and social conflict: lessons from the past and possible scenarios for COVID-19 ». World Development. 2021 ; 147 : 105629.

FIGURE 3. Pays signalant la participation des populations clés à l'élaboration de politiques, de lignes directrices et/ou de stratégies nationales relatives à leur santé, au niveau mondial, 2017-2021



Source : Engagements et moyens d'action nationaux, 2017-2021.



Des jeunes se rassemblent lors d'un événement Teenergizer à Kiev, en Ukraine. Teenergizer fournit un soutien par les pairs aux adolescents vivant avec le VIH et des services de prévention et de conseil en matière de VIH aux jeunes des pays d'Europe orientale et d'Asie centrale. Crédit : Teenergizer

UN DÉBUT LENT DE L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE À L'HEURE DE LA COVID-19

Les ripostes nationales à la COVID-19 risquent de sous-estimer l'expertise non sanitaire et non gouvernementale qui peut révéler des informations sur les défis, les préoccupations et les besoins des populations touchées.

Alors qu'une grande partie du monde est entrée dans son premier confinement en avril 2020, une analyse rapide des structures de gouvernance pour les ripostes à la COVID-19 dans 24 pays a révélé que la société civile a été peu impliquée dans la prise de décision et les actions au niveau du gouvernement national (4). Il est ressorti de cette analyse que les chercheurs consultés étaient en grande partie des épidémiologistes et des virologues, laissant de côté les spécialistes dans des domaines tels que la santé mentale, la santé infantile, les maladies chroniques, la médecine préventive, la gérontologie et d'autres domaines non liés à la santé. Il a également été constaté qu'il y avait de faibles pourcentages de femmes expertes dans les groupes de travail nationaux sur la COVID-19, malgré le fait que la majorité du personnel de santé de première ligne soit constitué de femmes (5).

Près d'un an plus tard, une analyse plus approfondie des ripostes à la COVID-19 de neuf pays a révélé que certains avaient tiré parti du potentiel de la société civile et efficacement réduit les conséquences de la crise tout en renforçant le sentiment de solidarité et d'appartenance au sein de leurs sociétés (6). Dans d'autres pays, le gouvernement a tenté de jouer le rôle de sauveur héroïque et de solutionneur exclusif de problèmes, s'emparant à la fois de gains symboliques et d'une concentration accrue du pouvoir (6).²



Un jeune homme de Let's Walk Uganda prépare des fournitures. Le projet Jump Start de l'organisation communautaire fournit aux hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes vivant dans trois bidonvilles de Kampala les compétences nécessaires pour démarrer, gérer et maintenir une activité sociale. Crédit : ONUSIDA

2. Les neuf pays étudiés sont les suivants : Allemagne, Autriche, Chine, Hongrie, Inde, Israël, République de Corée, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et Turquie.

Les approches qui ignorent les réalités diverses et les disparités dans les sociétés ont des angles morts qui les font souvent trébucher. Les mesures de confinement, de port du masque et de distanciation sociale pour la COVID-19 sont relativement faciles pour les personnes qui peuvent travailler à domicile, qui vivent et travaillent dans des environnements peu surpeuplés et qui ne dépendent pas des transports en commun. De même, éviter de contracter le VIH est plus facile pour les personnes qui ont aisément accès à des informations pertinentes et à des services de prévention, qui contrôlent leur vie sexuelle et qui ne sont pas confrontées à la stigmatisation et à la discrimination dans leur vie de tous les jours. En revanche, les personnes qui luttent pour joindre les deux bouts et qui sont victimisées, harcelées et marginalisées sont souvent laissées pour compte et encore plus marginalisées par les mesures de riposte à la pandémie.

Les organisations communautaires sont plus susceptibles de comprendre les divers besoins et préoccupations des communautés locales. Parce qu'elles sont enracinées dans ces communautés et que celles-ci leur font confiance, elles sont mieux placées pour élaborer et mettre en place des ripostes efficaces et collectives, et pour faire en sorte que ces ripostes soient plus responsables, en particulier envers les personnes qui sont déjà marginalisées (7, 8). Elles sont également cruciales pour préserver et adapter les interventions lorsque d'autres crises surviennent.

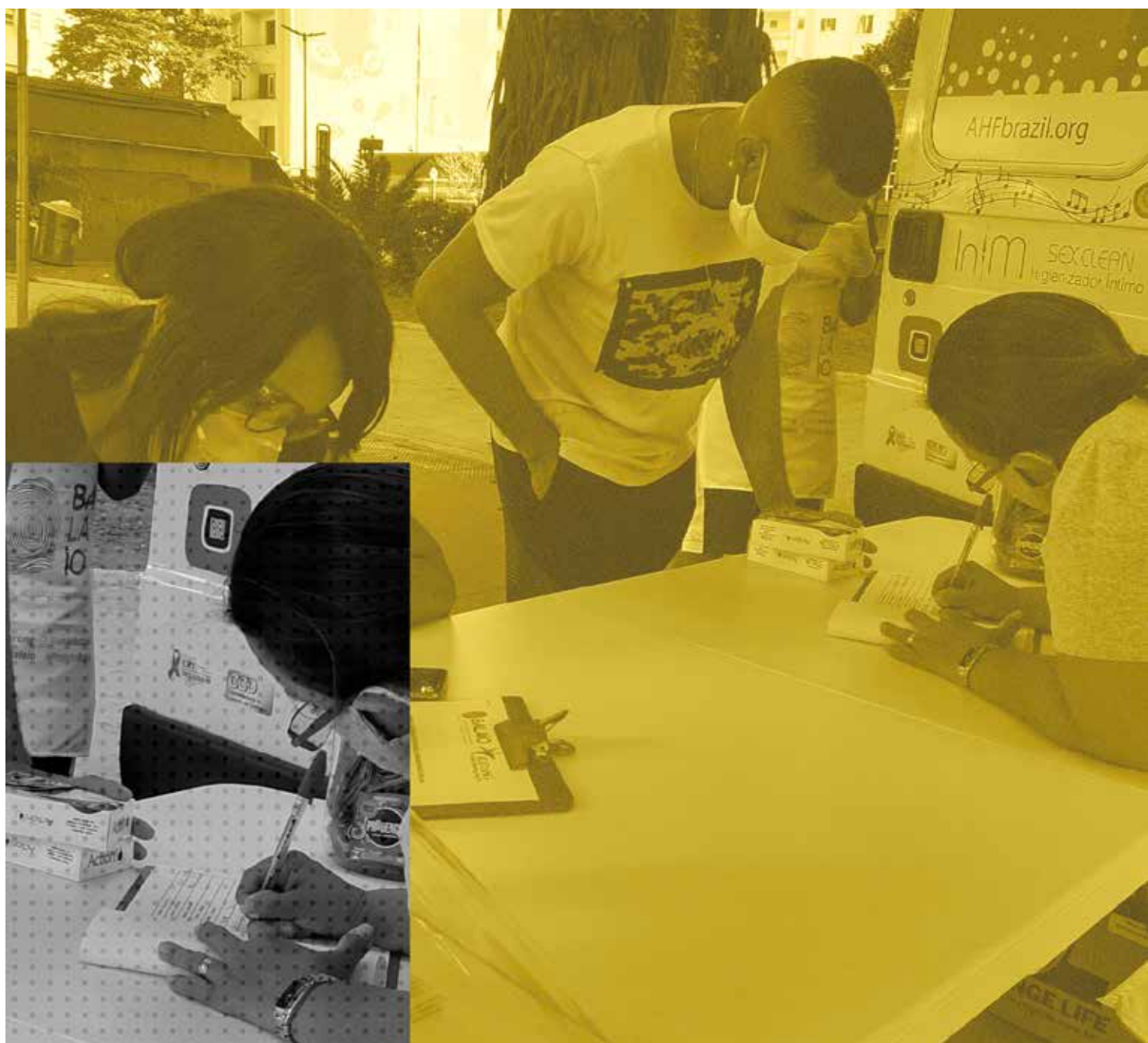
Dans certaines parties de l'Afrique et de l'Asie, les organisations communautaires servent de ponts vers les communautés marginalisées (9). Elles effectuent le dépistage, les tests et la recherche des contacts COVID-19 dans les zones mal desservies, fournissent ces services de manière à respecter les différentes réalités et préoccupations des personnes et relient les communautés aux services de santé formels.

Au Malawi et dans le sud du Mozambique, les organisations communautaires ont collaboré avec les autorités gouvernementales locales pour mettre les travailleurs migrants de retour en contact avec les services de dépistage, leur fournir de la nourriture et d'autres formes de soutien pendant leur mise en quarantaine et effectuer la recherche des contacts si nécessaire (8, 10). Dans la favela Paraisópolis de Sao Paulo, les « présidents de bloc » ont surveillé la santé et le bien-être des ménages, tandis que des bénévoles formés localement ont fait connaître les méthodes de protection et prodigué des soins d'urgence (11). Un examen d'efforts similaires dans 14 villes d'Amérique latine a révélé que de nombreuses activités se sont mises en réseau et liées à des alliances à plusieurs niveaux entre les organisations, permettant le partage d'informations, de ressources et d'enseignements (12).

ALORS QU'UNE GRANDE PARTIE DU MONDE EST ENTRÉE DANS SON PREMIER CONFINEMENT EN AVRIL 2020, LA SOCIÉTÉ CIVILE A ÉTÉ PEU IMPLIQUÉE DANS LA PRISE DE DÉCISION ET LES ACTIONS AU NIVEAU DU GOUVERNEMENT NATIONAL. IL Y AVAIT DE FAIBLES POURCENTAGES DE FEMMES EXPERTES DANS LES GROUPES DE TRAVAIL NATIONAUX SUR LA COVID-19, MALGRÉ LE FAIT QUE LA MAJORITÉ DU PERSONNEL DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE SOIT CONSTITUÉ DE FEMMES.

Par exemple, en œuvrant par le biais des réseaux de groupes et de dirigeants communautaires locaux, la Fédération des sans-abri des Philippines a compilé des bases de données locales de personnes dans le besoin dans 14 villes, distribué des vivres et d'autres aides, mis en place des cuisines communautaires, fourni des informations et des équipements de protection pour éviter la COVID-19, et coopéré avec les administrations locales pour amener les sans-abri malades dans les établissements de santé (13, 17). De même, les Community Action Networks en Afrique du Sud ont mobilisé des bénévoles pour équiper les cuisines communautaires et préparer des kits d'hiver pour les sans-abri, et ils ont utilisé des groupes de médias sociaux pour rester en contact avec les personnes dans le besoin (14). D'autres initiatives en Inde et en Afrique du Sud ont associé les petits agriculteurs, les jardins potagers communautaires et les restaurants locaux à des opérations de bénévolat livrant de la nourriture aux ménages dans le besoin (15, 16).

Les valeurs et les approches de ces actions collectives – l'accent mis sur les droits, l'équité et la solidarité – sont essentielles pour empêcher les ripostes aux pandémies de refléter et de renforcer les inégalités existantes. Mais pour que ces efforts admirables aient un effet maximal, ils doivent être liés et intégrés aux stratégies globales de lutte contre les pandémies, un exploit qui distingue certains des programmes de lutte contre le VIH les plus efficaces.



Les bénéficiaires du projet Balaio reçoivent des provisions à un point de distribution communautaire. Le projet Balaio, une initiative de l'Institut culturel Barong soutenue par ONUSIDA Brésil, fournit des médicaments antirétroviraux, de la nourriture, des kits d'hygiène, du carburant et une assistance sociale aux personnes vivant avec le VIH à Sao Paulo. Crédit : A Bertini

LES GROUPES COMMUNAUTAIRES AIDENT À MAINTENIR LES SERVICES LIÉS AU VIH À L'HEURE DE LA COVID-19

L'action rapide et l'ingéniosité des organisations communautaires ont permis à de nombreux services VIH de s'adapter aux perturbations liées aux mesures de confinement contre la COVID-19. En liaison avec les prestataires de services de santé formels, des organisations communautaires ont complété et adapté les services liés au VIH alors que le personnel de santé était redéployé et que les hôpitaux et les dispensaires étaient envahis par les cas de COVID-19.

De la Colombie à la Côte d'Ivoire, de la Thaïlande à la République-Unie de Tanzanie, des groupes communautaires se sont organisés pour apporter des médicaments antirétroviraux et antituberculeux au domicile des personnes ou dans des centres d'accueil locaux, et ont livré des préservatifs et des kits d'autotest pour le VIH à des points de distribution communautaires sûrs, relié les personnes en détresse à une aide d'urgence et fourni de la nourriture et d'autres produits de première nécessité. Ils ont improvisé et maintenu les références et les liens avec les soins, ont déplacé le soutien par les pairs en personne vers les plateformes de médias sociaux et la communication par téléphone portable, et ont utilisé des équipes de sensibilisation pour suivre les patients et retrouver ceux ayant abandonné le traitement (18-24). Ces types d'interventions ont aidé des millions de personnes à rester sous traitement en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans les Caraïbes alors que la pandémie de COVID-19 se propageait. La plupart de ces exemples ont inclus un certain niveau de coopération ou de partenariat avec les autorités de l'État, généralement au niveau de la ville ou au niveau local, un rappel de l'importance du partenariat et de la combinaison des ressources et des capacités (8).

La Coalition internationale pour la préparation au traitement a adapté son modèle d'observatoire communautaire de traitement pour mettre en œuvre rapidement un suivi et un plaidoyer à court terme dirigés par la communauté afin d'évaluer l'impact des restrictions COVID-19 sur l'accès et la qualité du traitement contre le VIH et la tuberculose, et sur d'autres dispositions relatives à la santé et aux droits humains (24).

Des groupes communautaires et des réseaux de populations clés dans des dizaines de pays ont travaillé en étroite collaboration avec leurs communautés pour fournir des produits essentiels, des informations et des services de dépistage et de traitement du VIH. L'équipe Iloilo Pride aux Philippines distribue des médicaments antirétroviraux et fournit des colis de secours aux hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Elle facilite également l'orientation vers les centres de dépistage et de traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (25). Beyrouth Tayf, au Liban, a lancé une clinique de santé mentale en ligne, et des bénévoles équipés de matériel de protection individuelle livrent des paniers de nourriture et des produits d'hygiène aux communautés homosexuelles (25). Au Pérou, Red Trans fournit des paniers alimentaires aux femmes transgenres vivant avec le VIH et aux professionnelles du sexe, deux groupes appauvris et plus à risque. L'organisation coordonne également la livraison à domicile de médicaments par le biais d'un programme de communication rapide par SMS (25).

Faire confiance aux communautés touchées s'est toujours avéré être une stratégie gagnante pour les programmes de lutte contre le VIH. Face aux défis supplémentaires liés à la COVID-19, les organisations communautaires prouvent à nouveau leur rôle essentiel dans la santé publique et les ripostes aux pandémies.

DES GROUPES COMMUNAUTAIRES ET DES RÉSEAUX DE POPULATIONS CLÉS DANS DES DIZAINES DE PAYS ONT TRAVAILLÉ EN ÉTROITE COLLABORATION AVEC LEURS COMMUNAUTÉS POUR FOURNIR DES PRODUITS ESSENTIELS, DES INFORMATIONS ET DES SERVICES DE DÉPISTAGE ET DE TRAITEMENT DU VIH.

RÉFÉRENCES

- Johnson O, Goronga T. Why communities must be at the centre of the Coronavirus Disease 2019 response: lessons from Ebola and human immunodeficiency virus in Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2021;12(1):a2496.
- Leach M, MacGregor H, Scoones I, Wilkinson A. Post-pandemic transformations: how and why COVID-19 requires us to rethink development. *World Dev.* 2021;138:105233.
- Cohn S, Kutalek R. Historical parallels, Ebola virus disease and cholera: understanding community distrust and social violence with epidemics. *PLoS Curr.* 2016;8:ecurrents.outbreaks.aaf1f2b60e8d43939b43fbd93e1a63a94.
- Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M et al. Governance of the COVID-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health.* 2020;5(5):e002655.
- Women in Global Health. Operation 50/50: women's perspectives save lives, 2020 (https://c8f8e10e-fb87-47e7-844b-4e700959d2d4.filesusr.com/ugd/ffa4bc_aa83e933b1294558a11df9172afd926a.pdf?index=true).
- Kövér Á. The relationship between government and civil society in the era of COVID-19. *Nonprofit Policy Forum.* 2021;12(1):1-24.
- Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. *Lancet.* 2020;395(10238):1676-8.
- Loewenson R, Colvin CJ, Szabzon F, Das S, Khanna R, Schattan V et al. Beyond command and control: a rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19. *Glob Public Health.* 2021;6(8-9):1439-53.
- Community-led package services in response to COVID-19 in high density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS; 2021.
- Black S. Mozambican workers returning from South Africa engaged to check COVID-19's spread. In: *iom.int* [Internet]. Geneva: IOM; 2020 (<https://www.iom.int/news/mozambican-workers-returning-south-africa-engaged-check-covid-19s-spread>).
- Osborn C. How Brazil's COVID-19 response has fallen to community leaders. In: *The New Humanitarian* [Internet]. 27 May 2020. The New Humanitarian; c2021 (<https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/05/27/Brazil-coronavirus-response-community-leaders>).
- Duque Franco I, Ortiz C, Samper J, Millan G. Mapping repertoires of collective action facing the COVID-19 pandemic in informal settlements in Latin American cities. *Environment and Urbanization.* 2020;32(2):523-46.
- Carampatana T, Tuazon RA. Community-led COVID-19 response: the work of the Philippines Homeless People's Federation. In: *iied.org* [Internet]. 9 June 2020. London: International Institute for Environment and Development; c2020 (<https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-work-philippines-homeless-peoples-federation>).
- Scheepers E, Lakhani I, Armstrong K. Making a community action net (work): organising in the times of COVID-19. In: *openglobalrights.org* [Internet]. 15 May 2020. Open Global Rights; c2020 (<https://www.openglobalrights.org/organising-in-the-times-of-covid-19/>).
- Buxton N. Food flow: the initiative that's helping both farmers and families in need. In: *Eat Out* [Internet]. 16 April 2020. iab.South Africa; c2006–2021 (<https://www.eatout.co.za/arti<cle/food-flow-initiative-thats-helping-farmers-families-need/>).
- Pol A. In lockdown, Satara farmers' revolutionary new model. In: *New Delhi Television* [Internet]. 17 April 2020. NDTV Convergence; c2021 (<https://www.ndtv.com/opinion/in-lockdown-satara-farmers-revolutionary-new-model-2213476>).
- Papeleras R, Gaddi M. Community-led COVID-19 response: an update from the Philippines. In: *iied.org* [Internet]. 14 July 2021. London: International Institute for Environment and Development; c2021 (<https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-update-philippines>).
- Hong SY, Ashipala LSN, Bikinesi L, Hamunime N, Kamangu J, Boylan A et al. Rapid adaptation of HIV treatment programs in response to COVID-19—Namibia, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(42):1549-51.
- Ensuring that people living with HIV in the Philippines have access to treatment during COVID-19. In: UNAIDS.org [Internet]. 8 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200408_philippines).
- Nasuuna EM, Alex M, Namayanja G, Shamim N, Paul K, Mwondha RMN et al. Ensuring HIV service continuity during the COVID-19 pandemic in Kampala, Uganda. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 6–10 March 2021. Abstract 729.
- Tukei BB, Fatti G, Tiam A, Ngorima-Mabhena N, Tukei VJ, Tshabalala I et al. Twelve-month outcomes of community-based differentiated models of multimonth dispensing of ART among stable HIV-infected adults in Lesotho: a cluster-randomized noninferiority trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(3):280-91.
- Fatti G, Lopes J, Mabehena-Ngorima N, Tiam A, Tukei B, Pisa P et al. Community multimonth ART provision: pooled analysis of 2 cluster-randomized trials. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 6–10 March 2021. Abstract 182.
- Odinga M, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan countries. *Gates Open Res.* 2020;4:117.
- Integrating community-led monitoring (CLM) into C19RM funding requests. Arusha (TZ): The Eastern Africa National Networks of AIDS and Health Service Organizations (EANNASO); n.d. (<https://eannaso.org/download/1020/reports/10875/integrating-community-led-monitoring-clm-into-c19rm-funding-requests.pdf>).
- Positive living in the time of COVID-19. Breaking the silence. ICW, GNP+, the Global Network of Young People Living with HIV; 15 June 2020 (https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/06/June-15th-Newsletter-6th-Edition-Positive-Living-in-the-time-of-Covid-19-Special-edition_-Transgender-community-living-with-HIV.pdf).



2

**ACCÈS ÉQUITABLE
AUX MÉDICAMENTS,
VACCINS ET
TECHNOLOGIES
DE LA SANTÉ**

Les ripostes aux pandémies échouent lorsque les technologies de la santé sont disponibles pour certains mais refusées à d'autres. Il a fallu de nombreuses années à la riposte au VIH et des millions d'infections et de décès évitables pour tirer cette leçon, mais le plaidoyer déterminé de la société civile, des cliniciens et des gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire a conduit à la mise en place de mécanismes qui aident à rendre les médicaments et les diagnostics contre le VIH abordables et disponibles dans le monde entier. Il y a aujourd'hui plus de 28 millions de personnes vivant avec le VIH sous traitement, car la technologie partagée et la production générique élargie font baisser les prix, permettant ainsi d'acheter et de distribuer de plus grandes quantités de technologies de santé vitales au profit des personnes qui en ont besoin.

Ces mécanismes sont cependant menacés. Alors que de nouvelles technologies puissantes contre le VIH, la COVID-19 et d'autres maladies arrivent sur le marché, les barrières de la propriété intellectuelle, le partage et le transfert de technologie restreints, les emplacements limités de la production pharmaceutique, les faibles capacités réglementaires et les prix prohibitifs restreignent l'approvisionnement des pays à revenu faible et intermédiaire.

Environ 6 % de la population africaine avait été vaccinée contre le SRAS-CoV-2 fin octobre 2021, contre au moins 40 % sur la plupart des autres continents et plus de 60 % dans la plupart des pays à revenu élevé (1, 2). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prédit que la pandémie de COVID-19 durera au moins un an de plus qu'elle ne le devrait, car les pays les plus pauvres ne reçoivent pas les vaccins dont ils ont besoin (3). Le secrétaire général des Nations Unies (ONU), António Guterres, a décrit le développement rapide des vaccins contre la COVID-19 et le rythme lent de leur distribution mondiale en ces termes : « Il s'agit d'un acte d'accusation moral contre l'état de notre monde. C'est une obscénité. Nous avons réussi le test en sciences, mais nous obtenons un 0 en éthique. » (4)

Il est essentiel de garantir un accès abordable aux nouvelles technologies qui peuvent aider à lutter contre les inégalités liées au VIH, telles que les nouvelles formulations de traitement du VIH pour les enfants et les adultes, la prophylaxie pré-exposition orale (PrEP) et les anneaux vaginaux pour la prévention du VIH, ainsi que les médicaments antirétroviraux à action prolongée.

Une série d'actions et d'innovations prônées par la People's Vaccine Alliance peuvent rendre l'accès aux technologies de la santé plus équitable. Un accord international garantissant un accès juste et équitable aux technologies de santé essentielles, en particulier pendant les crises sanitaires, est une priorité urgente. Sans cela, les habitants des pays à revenu faible et intermédiaire continueront de se voir refuser leur droit fondamental à la santé, et le monde ne sera pas préparé aux pandémies d'aujourd'hui et de demain.



Un professionnel de la santé de SMARTgirl fait passer un test de dépistage du VIH à une femme lors d'une intervention à Phnom Penh, au Cambodge.
Crédit : ONUSIDA/T Brown

LE TRAITEMENT DU VIH EST PLUS ABORDABLE, MAIS L'AVENIR EST INCERTAIN

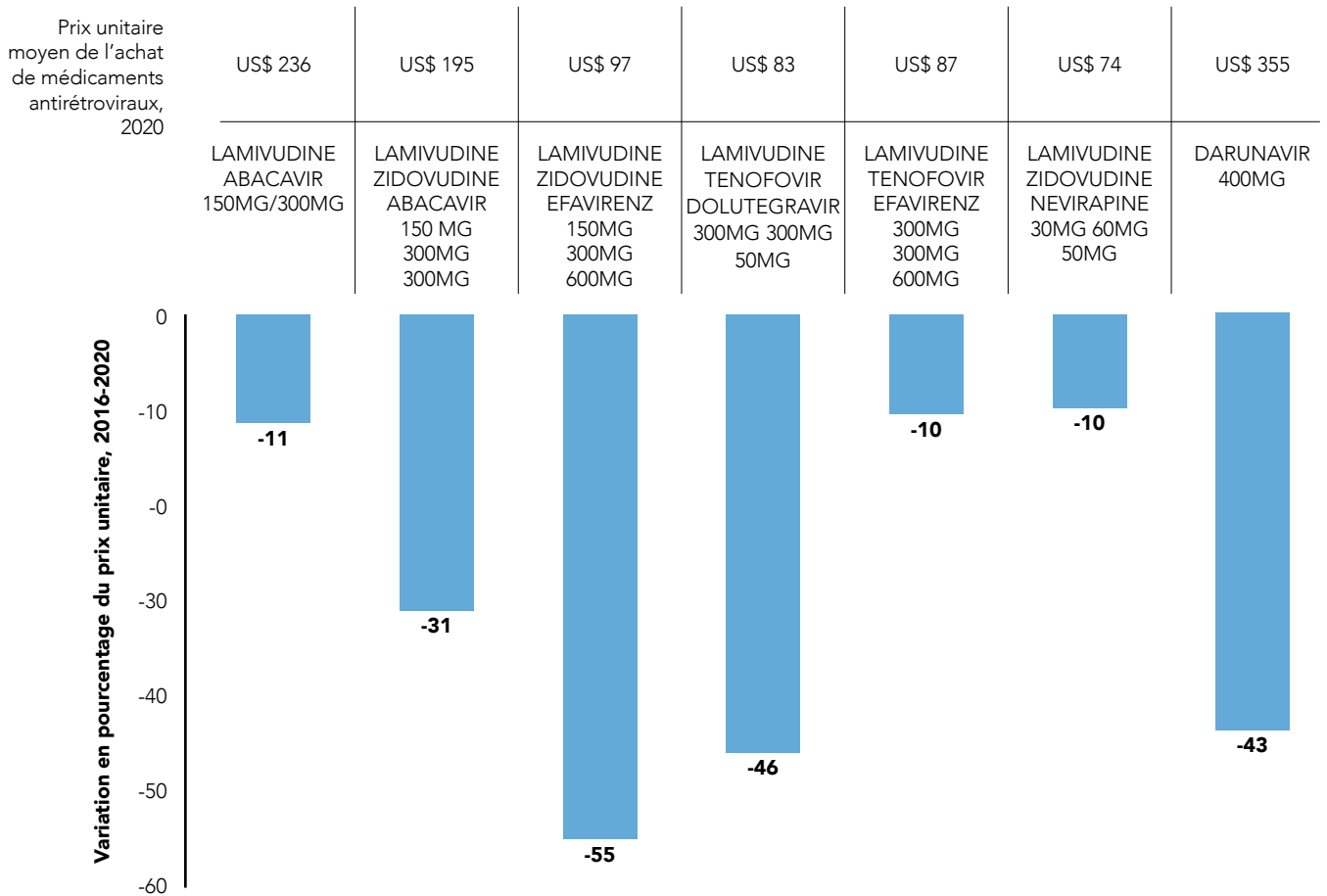
Il a fallu un large éventail d'actions, menées par des personnes vivant avec le VIH et leurs alliés, pour rendre les traitements vitaux du VIH aussi abordables et accessibles qu'ils le sont aujourd'hui. Les gouvernements ont été poussés à utiliser les flexibilités de l'accord de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur les aspects des droits de propriété intellectuelle liés au commerce (accord sur les ADPIC) pour obtenir des prix plus abordables pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Un programme de mise en commun des brevets, le Medicines Patent Pool, a été mis en place pour négocier des accords de licence volontaire avec les titulaires de brevets afin de permettre la fabrication de traitements génériques contre le VIH, la tuberculose et l'hépatite C (5). La concurrence accrue des producteurs de médicaments génériques a fait baisser les prix et les donateurs ont intensifié leurs efforts en finançant de nouvelles initiatives d'accès aux médicaments et des programmes de traitement utilisant des médicaments génériques contre le VIH.

Les prix des médicaments anti-VIH ont chuté dans la plupart des pays (voir Graphique 4). Les schémas thérapeutiques VIH en 2000 coûtaient plus de 10 000 USD par personne et par an ; le traitement anti-VIH de première intention actuellement recommandé par le dolutégravir, la lamivudine et le ténofovir était disponible en 2020 pour un prix moyen de 83 USD par personne et par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire qui ont communiqué des données sur les prix à l'ONUSIDA. De nombreux nouveaux médicaments anti-VIH entrent désormais sur le marché dans des formulations génériques plus abordables. Les experts ont noté que la gestion des droits de propriété intellectuelle axée sur la santé publique, que ce soit par l'utilisation des flexibilités de l'accord sur les ADPIC ou des mécanismes volontaires, n'a pas compromis le système d'innovation ou la rentabilité des plus grandes sociétés pharmaceutiques mondiales (6).

Mais il y a eu des accros. Même si le dépistage et le traitement gratuits du VIH sont la norme dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, la perception de frais d'utilisation dans les dispensaires et les hôpitaux de certains pays prive encore de nombreuses personnes, en particulier celles à faible revenu, des avantages des services et médicaments liés au VIH et d'autres services de santé (7-9). Certains pays à revenu intermédiaire ont du mal à accéder à des médicaments génériques anti-VIH abordables ; la PrEP reste chère dans de nombreux pays (en raison des restrictions de brevet et des retards réglementaires) et l'accessibilité des nouveaux produits anti-VIH en cours de développement (tels que les médicaments antirétroviraux à longue durée d'action et les anneaux vaginaux) n'est en aucun cas garantie. Le développement de traitements pédiatriques adaptés aux enfants, qui ne sont pas considérés comme des investissements rentables, a été très lent.

LA GESTION DES DROITS DE PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE AXÉE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, QUE CE SOIT PAR L'UTILISATION DES FLEXIBILITÉS DE L'ACCORD SUR LES ADPIC OU DES MÉCANISMES VOLONTAIRES, N'A PAS COMPROMIS LE SYSTÈME D'INNOVATION OU LA RENTABILITÉ DES PLUS GRANDES SOCIÉTÉS PHARMACEUTIQUES MONDIALES.

FIGURE 4. Prix unitaires moyens des achats de médicaments antirétroviraux, 2020, et variation en pourcentage, 2016-2020



■ Variation en pourcentage du prix unitaire des achats de médicaments antirétroviraux, 2016-2020

Source : Estimations de l'ONUSIDA, basées sur les rapports des pays au Global AIDS Monitoring 2021 et sur les données d'exportation des douanes gouvernementales de 69 pays à revenu faible et intermédiaire.



La méthadone est délivrée pour un traitement de substitution aux opioïdes, Sénégal. Crédit : ONUSIDA

ACCROÎTRE LA PRODUCTION DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE

La préparation et les ripostes aux pandémies sont entravées par les points d'étranglement de la production, les chaînes d'approvisionnement vulnérables et les contraintes de prix. La pandémie de COVID-19 a particulièrement mis en évidence la dépendance excessive de la plupart des systèmes de santé africains vis-à-vis des produits pharmaceutiques et médicaux importés : alors que la crise de la COVID-19 s'amplifiait en 2020, l'Afrique a été touchée par des restrictions à l'exportation dans les pays d'origine et un accès réduit aux médicaments en raison des fermetures d'usines en Chine et en Inde (10). Par exemple, des réductions significatives des expéditions de médicaments anti-VIH de l'Inde vers les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure ont été observées au cours du deuxième trimestre 2020 (11).

Les chaînes de valeur pharmaceutiques sont actuellement concentrées dans un très petit nombre de pays. Alors que l'Union européenne, les États-Unis d'Amérique et le Japon dominent la recherche et le développement pharmaceutiques, la Chine et l'Inde sont les principaux producteurs d'ingrédients pharmaceutiques actifs et exportateurs pharmaceutiques.

Tous les pays africains sont des importateurs nets de produits médicaux et pharmaceutiques, la plupart d'entre eux important entre 70 et 90 % des médicaments qu'ils consomment (10, 12). Les principales exceptions sont le Maroc et l'Afrique du Sud (13). L'industrie pharmaceutique du continent évolue rapidement, mais principalement au Ghana, au Nigéria, en Afrique du Sud et dans quelques pays d'Afrique orientale et septentrionale. Il existe au moins 370 fabricants de produits pharmaceutiques en Afrique, mais ils sont regroupés dans seulement neuf pays, avec environ un tiers des entreprises limité à l'emballage de pilules et de comprimés achetés auprès de tiers. La production d'ingrédients pharmaceutiques actifs est limitée à seulement trois sociétés en Afrique : deux en Afrique du Sud et une au Ghana (13).

Alors que le monde est aux prises avec les pandémies actuelles et se prépare pour les futures, une distribution plus large de la fabrication de fournitures médicales, de produits pharmaceutiques et d'autres technologies de la santé devrait être prioritaire. La localisation de la fabrication réduirait la vulnérabilité des systèmes de santé aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement et à la thésaurisation des produits médicaux essentiels pendant les crises. Cela pourrait se faire en établissant des chaînes de valeur régionales, en développant des pôles sous-régionaux dans lesquels les fabricants travaillent ensemble en grappes et en harmonisant les dispositions réglementaires pour faciliter et tirer parti de la collaboration transfrontalière (13). La création récente de l'Agence Africaine du Médicament est une étape importante vers l'établissement d'une plateforme continentale pour les décisions réglementaires (14).

ALORS QUE LE MONDE EST AUX PRISES AVEC LES PANDÉMIES ACTUELLES ET SE PRÉPARE POUR LES FUTURES, UNE DISTRIBUTION PLUS LARGE DE LA FABRICATION DE FOURNITURES MÉDICALES, DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET D'AUTRES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ DEVRAIT ÊTRE PRIORITAIRE.

Piliers pour un accès juste et équitable aux vaccins contre la COVID-19 et aux autres technologies de santé essentielles

Les technologies de la santé sont des biens publics mondiaux et doivent être accessibles à tous ; elles ne doivent pas être traitées comme des biens ordinaires et commercialisables. Les actions suivantes accéléreraient la production, la distribution et l'utilisation mondiales des médicaments, vaccins, diagnostics et autres technologies de santé essentielles pour la COVID-19.

Renonciation sélective aux droits de propriété intellectuelle. Fin 2020, l'Inde et l'Afrique du Sud ont proposé à l'OMC une dérogation temporaire pour les diagnostics, produits thérapeutiques, vaccins et autres technologies COVID-19 pour la durée de la pandémie de COVID-19 (15). La proposition a été soutenue par plus de 100 membres de l'OMC, mais certains membres puissants ont refusé leur soutien.

Utilisation plus large du pool d'accès aux technologies COVID-19 (C-TAP). L'OMS a mis en place le C-TAP à la mi-2020 pour faciliter l'octroi de licences volontaires de technologies de manière transparente. Cependant, les grandes entreprises pharmaceutiques n'ont pas encore adopté ce mécanisme (16).

Respect immédiat des engagements pris par les gouvernements et les sociétés pharmaceutiques dans le cadre de l'initiative COVAX Advance Market Commitment (le pilier vaccins de l'accélérateur d'accès aux outils COVID-19, ou ACT-A).¹ Les achats régionaux groupés devraient également être renforcés, par exemple grâce à la coopération entre les Centres africains de contrôle des maladies et le groupe de travail des Nations Unies sur la chaîne d'approvisionnement dirigé par l'OMS, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et d'autres entités (17).

Diffusion plus large de la fabrication et de la production de produits de santé. La prévention des monopoles et l'augmentation des capacités de production de produits de santé dans toutes les régions sont nécessaires pour accroître la concurrence et réduire le risque de perturbations de la chaîne d'approvisionnement pendant les crises (15).



Un patient de la clinique Chhouk Sar de Phnom Penh, au Cambodge, subit une prise de sang pour un test de dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Cette clinique est connue comme un « guichet unique » qui s'adresse principalement à la communauté LGBTI. Crédit : ONUSIDA/de la Guardia

1. Dans le cadre de l'initiative COVAX, les pays à revenu élevé se sont engagés à expédier 1,8 milliard de doses de vaccin aux pays à revenu faible et intermédiaire d'ici la fin de 2021 ; environ 261 millions de doses étaient arrivées dans ces pays en octobre 2021. Les fabricants de vaccins ont promis 994 millions de doses supplémentaires, dont 120 millions avaient été livrés. Consulter : Malpanik R, Maitland A. « Dose of reality: how rich countries and pharmaceutical corporations are breaking their vaccine promises ». Londres : The People's Vaccine, OXFAM ; 2021 (<https://app.box.com/s/kygk0i850bo18i33vk5p3qwyq9umk527>).

INCLURE LE DIAGNOSTIC DANS L'IMAGE

Chaque riposte à une pandémie nécessite que les pays disposent de diagnostics de qualité pour détecter et suivre les épidémies et diagnostiquer les personnes qui pourraient avoir besoin d'un traitement. Il y a eu des innovations extraordinaires dans les technologies de diagnostic et les systèmes d'information au cours des 10 à 15 dernières années, y compris les diagnostics au point de service, mais l'importance des diagnostics pour atteindre l'équité en santé passe souvent inaperçue, entraînant un sous-financement, des difficultés réglementaires et d'autres problèmes.

En 2008, la Déclaration de Maputo sur le renforcement des systèmes de laboratoire a souligné la nécessité d'améliorer l'accès aux tests de diagnostic. Plus d'une décennie plus tard, s'ils existent, peu de plans de couverture sanitaire universelle prévoient explicitement le financement des diagnostics (18). Selon la Lancet Commission on Diagnostics, près de la moitié (47 %) de la population mondiale n'a que peu accès aux diagnostics, voire aucun (18).

L'accès aux diagnostics reste inégal dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, les communautés appauvries et rurales étant les plus touchées. Dans de nombreux cas, les diagnostics ne sont effectivement pas disponibles en dehors des zones urbaines (19). Les laboratoires médicaux sont également inégalement répartis entre les pays. Les États-Unis, par exemple, comptent 260 000 laboratoires médicaux agréés, tandis que l'Inde, avec quatre fois plus d'habitants, en compte 1 150. Il y a également une pénurie de personnel de diagnostic : entre 840 000 et 1 million de personnes supplémentaires dédiées au diagnostic seront nécessaires dans le monde d'ici à 2030 (18). Il s'agit d'une énorme faiblesse, à la fois pour les ripostes aux pandémies et les soins de santé de routine.

Au cours des premiers mois de la pandémie de COVID-19, le manque d'accès aux diagnostics a été décrit comme le talon d'Achille de la riposte de l'Afrique. Lorsque les séquences du génome du SARS-CoV-2 ont été mises à disposition, l'Asie et l'Europe ont commencé à produire des tests internes en quelques semaines. L'Afrique ne disposait pas de cette capacité et a dû attendre les importations, étant souvent repoussée en queue de peloton alors que les pays se faisaient concurrence pour acquérir des tests dont l'offre était limitée (20).

La riposte au VIH a créé des voies pour contourner ces contraintes. Elle a élargi l'accès au diagnostic du VIH en utilisant des technologies simplifiées, y compris des tests au point de service, qui peuvent être décentralisés et administrés par des agents de santé non professionnels. Bien que des proportions importantes de personnes vivant avec le VIH ne soient toujours pas diagnostiquées dans certains pays, une utilisation plus large du dépistage communautaire des cas et l'avènement des kits d'autotest du VIH peuvent réduire davantage cet écart.

L'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus, du diabète, de la tension artérielle ou de la syphilis est bien inférieur à celui du VIH.² Les enjeux sont importants : la Commission Lancet a estimé que réduire l'écart de diagnostic pour six affections relativement courantes de 35 à 62 % actuellement à 10 % réduiraient de 1,1 million le nombre annuel de décès prématurés dans les pays à revenu faible et intermédiaire (18).³

Un accès fiable et équitable à des diagnostics de qualité nécessite une hiérarchisation, un engagement et un investissement à long terme. Les diagnostics doivent être intégrés aux plans de couverture sanitaire universelle, et l'accès équitable aux diagnostics doit être un élément clé de la planification de la préparation aux pandémies.

2. Une analyse d'enquêtes représentatives au niveau national réalisées pour l'accès à vie au dépistage du cancer du col de l'utérus entre 2005 et 2018 dans 55 pays à revenu faible et intermédiaire (représentant plus de 1,1 million de femmes) a montré que les femmes qui vivaient dans les zones rurales, avaient un faible niveau d'instruction ou comptaient parmi les ménages à faible richesse étaient généralement les moins susceptibles de déclarer avoir été dépistées.
3. Les six affections sont le diabète, l'hypertension, le VIH et la tuberculose dans l'ensemble de la population, ainsi que l'hépatite B et la syphilis chez les femmes enceintes.

1. Less than 10% of African countries to hit key COVID-19 vaccination goal. In: WHO Africa [Internet]. 28 October 2021. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; c2021 (<https://www.afro.who.int/news/less-10-african-countries-hit-key-covid-19-vaccination-goal>).
2. Holder J. Tracking Coronavirus vaccinations around the world. In: New York Times [Internet]. 9 November 2021. New York (NY): New York Times Company; c2021 (<https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>).
3. Malpanik R, Maitland A. A dose of reality. London: The People's Vaccine, OXFAM; 2021 (<https://app.box.com/s/kygk0i850bo18l33vk5p3qwyq9umk527>).
4. COVID-19: UN Secretary-General says the world has failed an ethics test. In: United Nations in Western Europe [Internet]. 21 September 2021. United Nations; c2021 (<https://unric.org/en/covid-19-un-secretary-general-says-the-world-has-failed-an-ethics-test/>).
5. Medicines Patent Pool [Internet]. Geneva: Medicine Patents Pool; c2021 (<https://medicinespatentpool.org>).
6. Garrett L. Stopping drug patents has stopped pandemics before. In: Foreign Policy. 7 May 2021. The Slate Group; c2021 (<https://foreignpolicy.com/2021/05/07/stopping-drug-patents-pandemics-coronavirus-hiv-aids/>).
7. Ahonkhai AA, Regan S, Idigbe I, Adeniyi O, Aliyu MH, Okonkwo P et al. The impact of user fees on uptake of HIV services and adherence to HIV treatment: findings from a large HIV program in Nigeria. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238720.
8. Watson SI, Wroe EB, Dunbar EL, Mukherjee J, Squire SB, Nazimera L et al. The impact of user fees on health services utilization and infectious disease diagnoses in Neno District, Malawi: a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):595.
9. Yates R. Universal health coverage and the removal of user fees. *Lancet*. 2009;373(9680):2078-81.
10. Banga K, Keane J, Mendez-Parra M, Pettinotti L, Sommer L. Africa trade and Covid-19: the supply chain dimension. London: Overseas Development Institute; 2020 (https://cdn.odi.org/media/documents/Africa_trade_and_Covid19_the_supply_chain_dimension.pdf).
11. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim Solutions, 2020–2021.
12. Conway M, Holt T, Sabow A, Sun I. Should sub-Saharan Africa make its own drugs? In: McKinsey and Company [Internet]. 10 January 2019. McKinsey & Company; c1996–2021 (<https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/should-sub-saharan-africa-make-its-own-drugs>).
13. Bright B, Babalola CP, Sam-Agudu NA, Oneaghala AA, Olatunji A, Aduh U et al. COVID-19 preparedness: capacity to manufacture vaccines, therapeutics and diagnostics in sub-Saharan Africa. *Global Health*. 2021;17(1):24.
14. Ncube BM, Dube A, Ward K. Establishment of the African Medicines Agency: progress, challenges and regulatory readiness. *J Pharm Policy Pract*. 2021;14(1):29.
15. Editorial. A patent waiver on COVID vaccines is right and fair. In: Nature [Internet]. 25 May 2021. Springer Nature Ltd; c2021 (<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01242-1>).
16. Zarocostas J. What next for a COVID-19 intellectual property waiver? *The Lancet*. 2021;397(10288):1871-2187.
17. Kavanagh MM, Erondu NA, Tomori O, Dzau VJ, Okiro EA, Maleche A et al. Access to lifesaving medical resources for African countries: COVID-19 testing and response, ethics, and politics. *Lancet*. 2020;395(10238):1735-8.
18. Fleming KA, Horton S, Wilson ML, Atun R, DeStigter K, Flanigan J et al. The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics. *The Lancet*. 2021;S0140-6736(21)00673-5.
19. Ndiokubwayo JB, Maruta T, Ndlovu N, Moyo S, Yahaya AA, Coulibaly SO et al. Implementation of the World Health Organization Regional Office for Africa stepwise laboratory quality improvement process towards accreditation. *Afr J Lab Med*. 2016;5:280.
20. Nkengasong J. Let Africa into the market for COVID-19 diagnostics. In: Nature [Internet]. 28 April 2020. Springer Nature Ltd; c2021 (<https://www.nature.com/articles/d41586-020-01265-0>).



3

**SOUTENIR LES
TRAVAILLEURS EN
PREMIÈRE LIGNE
DE LA PANDÉMIE**

Les travailleurs en première ligne sont les héros des ripostes aux pandémies, risquant leur santé et leur sécurité pour prodiguer des soins et s'assurer que les biens et services de base restent disponibles. Les ressources internationales et nationales de riposte au sida ont été utilisées pour embaucher et former des millions d'agents de santé au cours des décennies, permettant ainsi l'expansion des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Surtout aux niveaux communautaire et des soins primaires, ces professionnels de la santé et les communautés de personnes vivant avec le VIH et les populations clés font bien plus que le travail sur le VIH, et ils jouent désormais un rôle majeur dans la lutte contre la COVID-19.

Malgré l'ajout de ces renforts indispensables, les travailleurs essentiels sont chroniquement trop peu nombreux, sous-financés et surchargés. Les crises aggravent ces pénuries. Travaillant souvent dans des conditions difficiles et dangereuses, ces travailleurs improvisent des moyens de faire face à de lourdes charges de travail, à des pénuries d'équipement et à des systèmes déficients. Mais faire face n'est pas la même chose que la résilience : cela peut éviter un désastre à court terme, mais cela cache des défauts et des échecs plus profonds qui entravent la résilience réelle (1).

Les agents de santé ont été confrontés à des charges extraordinaires pendant la crise de la COVID-19 et sont exposés à un risque accru d'épuisement professionnel, de détresse mentale, de maladie et de décès (2, 3). Les données de 119 pays indiquent qu'en octobre 2021, seuls deux agents de santé sur cinq dans le monde étaient complètement vaccinés. Moins d'un agent de santé sur dix en Afrique était complètement vacciné, contre huit sur dix dans les pays à revenu élevé (4). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé que la COVID-19 avait tué entre 80 000 et 180 000 agents de santé en octobre 2021 (5). Les systèmes de santé ont désespérément besoin de plus d'agents de santé, et ils ont besoin de ressources et d'outils pour assurer leur sécurité.

Les agents de santé et organisations communautaires sont devenus des ressources de plus en plus importantes, fournissant des soins de santé de base dans leurs communautés, agissant comme des ponts vitaux entre les communautés et les établissements de santé, et soutenant la riposte au VIH, à la tuberculose et, de plus en plus, à la COVID-19 dans de nombreux pays (6). Malgré leur importance, les agents de santé communautaires ne représentent actuellement qu'environ 3 % du personnel de santé dans le monde. Ils sont également utilisés de manière très différente d'un pays à l'autre et, dans de nombreux cas, ils sont mal formés, mal payés et mal intégrés dans les systèmes de santé (7). Alors que les pays affrontent les pandémies actuelles et se préparent pour les futures, les rangs des travailleurs essentiels doivent être élargis pour relever le défi. En plus d'un nombre suffisant et d'une rémunération équitable, ces travailleurs ont besoin d'une formation, de ressources et d'outils adéquats pour leur travail, et de mécanismes pour faire respecter leurs droits en tant que travailleurs. Des mesures concrètes doivent également être prises pour valoriser le travail de soins non rémunéré des femmes.



Un patient et son ami attendent de voir le personnel de santé de la clinique Chuok Sar à Phnom Penh, Cambodge, 2019. Crédit : ONUSIDA/T Brown

LES PÉNURIES D'AGENTS DE SANTÉ FRAGILISENT LES RIPOSTES AUX PANDÉMIES

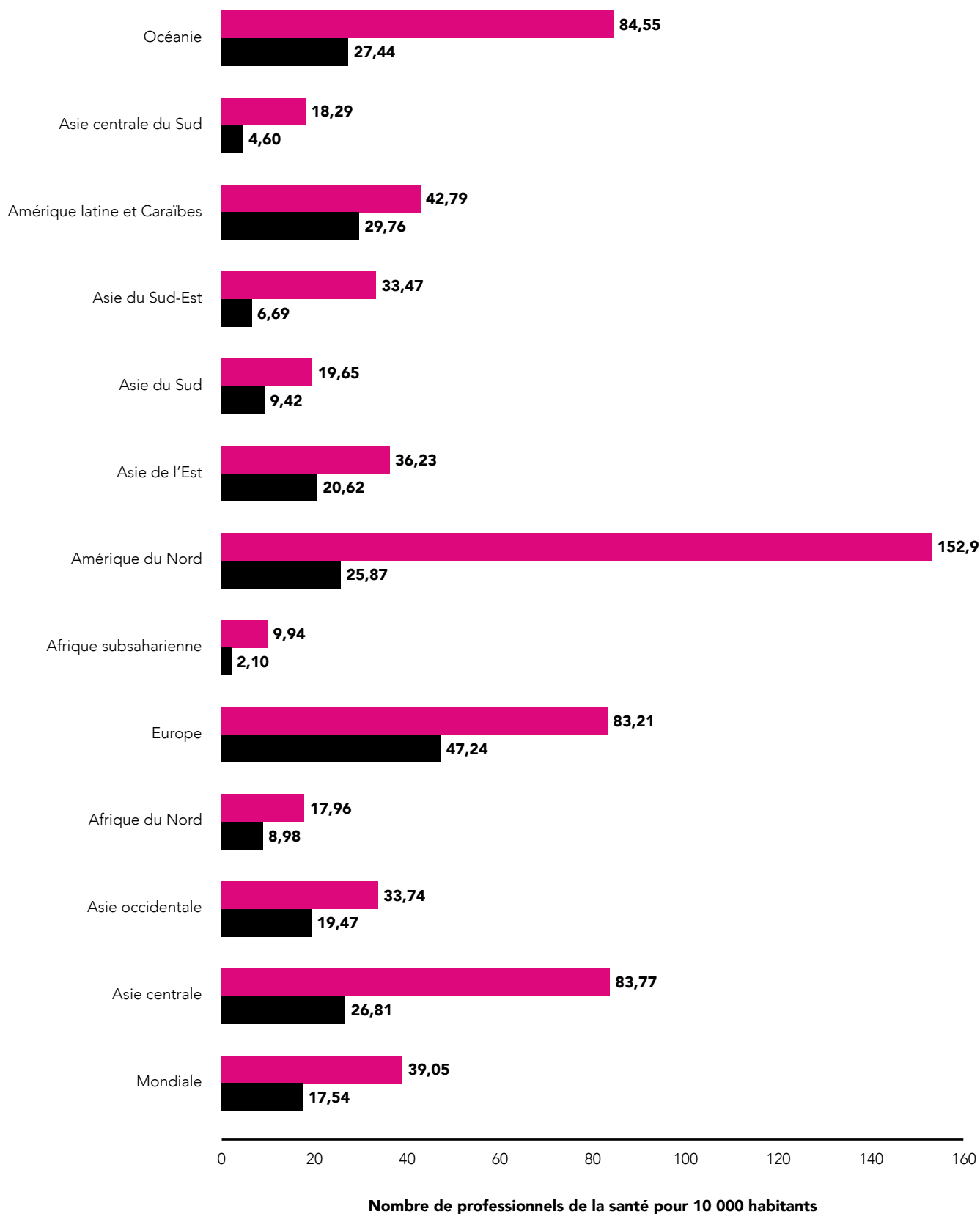
Il faut des systèmes de santé solides pour gérer et surmonter les pandémies. Mais ces systèmes sont aussi solides que les personnes qui les font fonctionner.

L'élément le plus important d'une riposte à une pandémie est sans doute la capacité à déployer suffisamment d'agents de santé pour les interventions, tout en maintenant le bon fonctionnement des systèmes de santé publique standard. La crise de la COVID-19 a révélé un danger persistant : de nombreux pays, y compris ceux à revenu intermédiaire et élevé, n'ont pas suffisamment d'agents de santé pour gérer une pandémie. Les agents de santé sont répartis de manière inéquitable dans le monde, avec de graves déséquilibres entre les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible et intermédiaire, et au sein des pays dont les systèmes de santé publics et privés sont divisés (Graphique 5).

À l'échelle mondiale, une pénurie de 18 millions d'agents de santé est prévue pour 2030, principalement en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des taux de maladies non transmissibles (8). Ces projections, faites en 2016, n'ont pas pris en compte les crises pandémiques telles que celle de la COVID-19. Elles cachent également la situation désastreuse dans certaines régions. Par exemple, alors que l'Afrique représente 24 % de la charge mondiale de morbidité, elle ne compte que 3 % des agents de santé dans le monde (9). Parmi les 54 pays africains, 31 ont un ratio médecin-patient d'environ 1 : 10 000, par rapport au ratio favorable dans les pays à revenu élevé comme l'Allemagne (1 : 417) et l'Italie (1 : 270) (10). Des disparités similaires existent au sein des pays, en particulier entre les zones urbaines et rurales.



FIGURE 5. Densité de professionnels de la santé sélectionnés, pour 10 000 habitants, mondiale et régionale, 2013-2019



■ Personnel infirmier et de maternité ■ Médecins


Remarque : dernières données disponibles (2013-2019).

Source : Base de données statistiques sur les personnels de santé dans le monde. Genève : OMS ; c2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>).

LE PARTAGE DES TÂCHES AVEC LES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES PEUT AIDER À COMBLER LES ÉCARTS

Les personnels de santé peuvent également être organisés plus efficacement. On estime que plus des trois quarts du personnel infirmier et des médecins effectuent des tâches pour lesquelles ils sont surqualifiés (11). En redistribuant les tâches aux agents de santé ayant une formation plus courte et moins de qualifications, y compris les agents de santé communautaires, le partage des tâches a contribué à des avancées majeures dans les ripostes au VIH. Ces adaptations réduisent également la charge de travail des médecins et du personnel infirmier et permettent de décentraliser les services et les procédures des hôpitaux vers les cliniques et autres établissements, les rapprochant ainsi des communautés (12). De même, les décisions d'autoriser le personnel infirmier à prescrire des médicaments contre le VIH et les agents de santé non professionnels à aider à dispenser les médicaments ont contribué à une augmentation rapide de la couverture du traitement du VIH depuis le milieu des années 2000 (13-15).

Les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose et de vaccination soulignent l'importance des agents de santé communautaires pour les services de santé de base et les ripostes aux pandémies, en particulier dans les communautés mal desservies par les systèmes de santé (6). Par exemple, lorsqu'ils sont adéquatement formés et soutenus, les agents de santé non professionnels fournissent des soins de suivi de qualité aux personnes vivant avec le VIH (16). Partout dans le monde, des réseaux de personnes vivant avec le VIH et des groupes de soutien communautaire ont élargi l'accès aux services liés au VIH et aidé à adapter ces services aux besoins variés des personnes. Ces soins et ce soutien différenciés aident les personnes à éviter de contracter l'infection à VIH et à adhérer au traitement anti-VIH.



PARTOUT DANS LE MONDE, DES RÉSEAUX DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DES GROUPES DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE ONT ÉLARGI L'ACCÈS AUX SERVICES LIÉS AU VIH ET AIDÉ À ADAPTER CES SERVICES AUX BESOINS VARIÉS DES PERSONNES.

Pendant la pandémie de COVID-19, ces groupes et réseaux ont assumé des rôles essentiels, apportant des médicaments, de la nourriture et d'autres formes de soutien aux personnes dans le besoin, les mettant en contact avec les services de santé et sociaux, surveillant et signalant les violations des droits et aidant au dépistage de la COVID-19 et à la recherche des contacts. Dans le cadre de l'initiative du Partenariat pour accélérer le dépistage de la COVID-19 (PACT), de l'Union africaine, des groupes de personnes vivant avec le VIH dans plusieurs pays sont désormais mis en contact avec des agents de santé communautaires pour aider à la sensibilisation à la COVID-19 et à la recherche des contacts et pour signaler les interruptions des services liés au VIH (17, 18).

Au Nigéria, quelque 50 000 assistants communautaires qui avaient été formés à la détection de la poliomyélite ont été déployés pour aider à la recherche des contacts COVID-19 à mesure que la pandémie avançait (19). Les autorités du Kerala, en Inde, ont envoyé quelque 30 000 agents de santé communautaires pour soutenir les efforts de détection précoce, de recherche des contacts et de communication des risques (20). Quelque 28 000 agents de santé communautaires en Afrique du Sud ont été redéployés des activités liées au VIH pour aider au dépistage communautaire et à la recherche des contacts (21). La République-Unie de Tanzanie a suivi une voie similaire (21).

Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies ont fait des agents de santé communautaires un pilier de leurs efforts pour renforcer les programmes de lutte contre la COVID-19 dans les communautés mal desservies. Ils effectuent un travail de communication sur les risques, mènent des activités de surveillance pour l'identification précoce des cas, effectuent la recherche des contacts et facilitent les orientations vers le dépistage et les soins. À la mi-2021, 17 000 agents de santé communautaires nouvellement formés travaillant dans 24 pays avaient orienté plus de 550 000 cas suspects de COVID-19 vers les services de dépistage (22). Un examen récent des données probantes de l'Afrique du Sud, du Botswana, du Ghana, du Nigéria, de l'Ouganda et du Zimbabwe a également fait remarquer la valeur des agents de santé communautaires pour la livraison de médicaments et d'autres fournitures à domicile et pour le suivi des patients souffrant de maladies chroniques (23).

Ces exemples prometteurs ne doivent pas exagérer l'impact actuel des agents de santé communautaires, qui représentent encore une infime fraction du personnel de santé dans le monde. En Afrique et en Asie, par exemple, il y a environ 0,1 à 1 agent de santé communautaire pour 1 000 adultes (24). Dans certains pays, les agents de santé communautaires sont mal payés et mal formés, mal répartis et sous-utilisés. Les systèmes de santé ne sont pas toujours conçus pour établir des liens avec eux de manière efficace et efficiente (7, 23, 25).

La gestion des pandémies actuelles et futures nécessite de former, de déployer et de rémunérer davantage d'agents de santé communautaires, et de les intégrer dans les systèmes de santé et les structures communautaires (24, 26). Cela nécessite également plus de financement. À l'heure actuelle, les programmes de santé communautaire dans la plupart des pays dépendent fortement du soutien des donateurs, même s'ils ne représentent qu'une petite fraction de l'aide au développement pour la santé publique (27, 28).¹

Les femmes portent un fardeau de soins disproportionné

Les femmes sont particulièrement susceptibles de se trouver en première ligne des ripostes aux pandémies, au travail et à domicile, dans des rôles qui augmentent leur risque d'infection. Elles représentent au moins 70 % des agents de santé (bien qu'une minorité de médecins et de spécialistes) et fournissent des services de santé à quelque 5 milliards de personnes dans le monde (29). Des études révèlent des taux élevés d'épuisement mental et de traumatisme chez les infirmières dispensant des soins liés à la COVID-19 (30). Les femmes constituent également la majorité des agents de santé communautaires en Afrique et en Asie. En outre, les filles et les femmes supportent le poids du travail d'aide non rémunéré, y compris la garde des enfants et l'enseignement à domicile, le tout généralement sous-évalué et non rémunéré. Les confinements à domicile ont augmenté les charges de travail non rémunérées des femmes et la violence domestique s'est aggravée (31).

Les femmes sont également surreprésentées dans les secteurs économiques les plus durement touchés par les fermetures liées à la pandémie (32). Selon l'Organisation internationale du travail (OIT), l'équivalent de 125 millions d'emplois à temps plein ont été perdus depuis le début de la pandémie, les femmes étant touchées de manière disproportionnée (33). Leurs taux d'emploi ont baissé de 5 % en 2020 (contre 3,9 % pour les hommes) (34). Les travailleurs indépendants et du secteur informel (par exemple, les travailleurs domestiques, dont 80 % sont des femmes) sont très rarement couverts par les régimes d'assurance-emploi ou d'assurance-maladie. Cela leur laisse un choix peu enviable entre retourner au travail malgré les risques pour la santé ou ne pas pouvoir subvenir à leurs besoins fondamentaux de survie.

1. Le financement des programmes d'agents de santé communautaires dans le monde a représenté environ 2,5 % de l'aide totale au développement pour la santé entre 2007 et 2017. La plupart de ce financement est allé à des programmes en Afrique subsaharienne, en particulier ceux axés sur les maladies infectieuses et la santé infantile et maternelle. Ces niveaux d'investissement ont diminué.

CONTRIBUTION DES COMMUNAUTÉS SOUVENT MÉCONNUE

Les 40 années de riposte à la pandémie du sida ont inclus la création et le développement d'organisations communautaires dans chaque région du monde. Leurs membres ont développé des connaissances et des capacités substantielles, et ces organisations sont devenues un élément inestimable des réponses mondiales de santé publique.

En juin et juillet 2020, l'ONUSIDA a mené une enquête auprès des organisations communautaires dirigées par et pour les personnes vivant avec le VIH et touchées par le VIH. Cette enquête principalement qualitative visait à mieux comprendre l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le travail lié au VIH des organisations communautaires et à en savoir plus sur leurs contributions à la riposte à la COVID-19 (35). Au total, 225 organisations communautaires de 72 pays ont répondu à l'enquête. Presque tous les répondants (92,5 %) ont déclaré être directement impliqués dans la fourniture de services liés au VIH à leurs communautés.

L'enquête a révélé que les organisations communautaires ont agi rapidement au début de la pandémie de COVID-19 pour atténuer son impact sur les membres de leurs communautés, en entreprenant un large éventail de nouvelles activités pour aider à assurer la continuité des services liés au VIH et à renforcer leur santé et bien-être (35). Parallèlement, ces organisations ont innové et entrepris de nouvelles interventions pour lutter contre la pandémie de COVID-19 elle-même. Elles ont déployé des campagnes de sensibilisation à la COVID-19 et d'information sur la santé, fourni des conseils individuels, produit et distribué des masques, du savon et des désinfectants, et fourni une assistance aux survivant(e)s d'une recrudescence de la violence basée sur le genre (35).

Alors que les organisations communautaires ont utilisé au maximum leurs ressources humaines et financières existantes, elles ont connu de graves déficits de financement qui ont épuisé les membres de leur personnel, ceux-ci travaillant le soir et le week-end pour collecter des fonds, généralement sans succès, et se tournant vers leurs propres salaires et économies pour aider leurs communautés (35). Les organisations communautaires ont également exprimé à plusieurs reprises leur profonde inquiétude quant à l'impact économique des fermetures et des restrictions de voyage sur leurs bénéficiaires, ainsi que sur les interruptions de service des services fournis par la communauté (35).

La pandémie de COVID-19 a souligné l'immense valeur d'avoir cette ressource communautaire mondiale prête à être déployée en temps de crise. Pourtant, ces organisations ont souvent été exclues des organismes d'intervention COVID-19, qui ne les ont pas impliquées dans la planification, la conception et l'évaluation des interventions, et ne les ont finalement pas reconnues comme des fournisseurs de services et d'informations essentiels.



Le droit relatif aux droits humains autorise la limitation ou la dérogation de certains droits à des fins légitimes, telles que la protection de la santé publique, mais il existe des limites strictes sur quand, comment et dans quelle mesure les droits peuvent être limités. Une préparation et une riposte efficaces aux pandémies nécessitent donc un travail spécifique et financé sur les droits humains en tant qu'élément essentiel.

GARDER LES AUTRES TRAVAILLEURS ESSENTIELS EN SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Les travailleurs essentiels s'étendent bien au-delà du système de santé. Ils comprennent les enseignants, les travailleurs du secteur alimentaire et du secteur de l'agriculture, les employés des magasins d'alimentation et de boissons et ceux qui fournissent des services de police et de lutte contre les incendies, pour n'en nommer que quelques-uns. Parmi ceux qui sont essentiels à la prévention des inégalités plus larges entre les puissants et les marginalisés au sein des sociétés pendant les pandémies se trouvent ceux qui fournissent des services de protection sociale. Dans le cadre de la riposte à la pandémie de sida, par exemple, les mesures de protection sociale sensibles au VIH ont augmenté les revenus des ménages, amélioré la sécurité alimentaire et la nutrition, et amélioré l'accès à l'éducation des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque élevé d'infection à VIH parmi les ménages pauvres et vulnérables (36). Pendant les premiers mois de la pandémie de COVID-19, cependant, les travailleurs sociaux n'étaient pas systématiquement reconnus comme des travailleurs essentiels, malgré leur rôle essentiel dans la prestation de services de santé et de services communautaires (36).

Comme c'est le cas pour les services de santé, les organisations communautaires jouent un rôle de soutien important dans la prestation de services de protection sociale qui sont sensibles au VIH et atteignent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Les populations marginalisées, vulnérables et mal desservies sont confrontées à des obstacles institutionnalisés qui limitent leur accès aux services. Par exemple, alors que les services de protection sociale en Ukraine ont été étendus pour atténuer l'impact des restrictions liées à la COVID-19, les populations clés ont reçu peu de soutien, principalement parce que beaucoup étaient des travailleurs non enregistrés. Des disparités similaires se sont produites au Népal parce que de nombreuses populations clés n'avaient pas de certificats de citoyenneté ou d'autres documents d'enregistrement officiels. Dans les deux cas, des réseaux communautaires ont dû intervenir pour fournir de la nourriture, des médicaments et d'autres moyens de subsistance de base au plus grand nombre, mais les besoins dépassaient de loin leurs ressources (36).



Un patient rencontre son conseiller en prophylaxie pré-exposition (PrEP) à la clinique Chhouk Sar à Phnom Penh, au Cambodge. Crédit : ONUSIDA/de la Guardia

RÉFÉRENCES

- Lee BY, Wedlock PT, Mitgang EA, Cox SN, Haidari LA, Das MK et al. How coping can hide larger systems problems: the routine immunisation supply chain in Bihar, India. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001609.
- Kaushik D. COVID-19 and health care workers burnout: a call for global action. *EClinicalMedicine*. 2021;35:100808.
- Anzaldúa A, Halpern J. Can clinical empathy survive? Distress, burnout, and malignant duty in the age of COVID-19. *Hastings Cent Rep*. 2021;51(1):22-7.
- Steering Committee for the International Year of Health and Care Workers in 2021. Joint statement on WHO's estimates of health and care worker deaths due to COVID-19. 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/year2021/english_joint-statement-health-care-health-deaths.pdf?sfvrsn=b3527728_50).
- The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department, Working Paper 1. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
- Gichaga A, Masis L, Chandra A, Palazuelos D, Wakaba N. Mind the global community health funding gap. *Glob Health Sci Pract*. 2021;9(Suppl 1):S9-S17.
- Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e006108.
- High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group. Geneva: WHO; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250040>).
- Health workers: a global profile. Geneva: WHO; 2006 (https://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf?ua=1).
- Poppe A, Jirovsky E, Blacklock C, Laxmikanth P, Moosa S, De Maeseneer J et al. Why sub-Saharan African health workers migrate to European countries that do not actively recruit: a qualitative study post-migration. *Glob Health Action*. 2014;7:24071.
- Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. Paris: OECD; 2016 (<https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>).
- Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>).
- Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Hum Resour Health*. 2010;8:8.
- Mbeye NM, Adetokunboh O, Negussie E, Kredo T, Wiysonge CS. Shifting tasks from pharmacy to non-pharmacy personnel for providing antiretroviral therapy to people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7:e015072.
- Penazzato M, Davies MA, Apollo T, Negussie E, Ford N. Task shifting for the delivery of pediatric antiretroviral treatment: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65:414-22.
- Kredo T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD007331.
- Partnering to strengthen community engagement in the HIV and COVID-19 responses in Namibia. In: UNAIDS.org [Internet]. 12 October 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211012_namibia).
- UNAIDS and its partners implement Partnership to Accelerate COVID-19 Testing in Madagascar. In: UNAIDS.org [Internet]. 18 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210518_madagascar).
- Nigeria's polio infrastructure bolster COVID-19 response. In: WHO in Africa [Internet]. 4 April 2020. Abidjan: WHO Regional Office for Africa; c2020 (<https://www.afro.who.int/pt/node/12495>).
- Masih N. Aggressive testing, contact tracing, cooked meals: how the Indian state of Kerala flattened its coronavirus curve. In: Washington Post [Internet]. 14 April 2020. Washington (DC): Washington Post; c2021 (https://www.washingtonpost.com/world/aggressive-testing-contact-tracing-cooked-meals-how-the-indian-state-of-kerala-flattened-its-coronavirus-curve/2020/04/10/3352e470-783e-11ea-a311-adb1344719a9_story.html).
- Nacheha JB, Grimwood A, Mahomed H, Fatti G, Preiser W, Kallay O et al. From easing lockdowns to scaling up community-based Coronavirus Disease 2019 screening, testing, and contact tracing in Africa—shared approaches, innovations, and challenges to minimize morbidity and mortality. *Clin Infect Dis*. 2021;72(2):327-31.
- The critical role of community health workers in COVID-19 vaccine roll out. Addis Ababa: Africa CDC; 2021 (<https://africacdc.org/download/the-critical-role-of-community-health-workers-in-covid-19-vaccine-roll-out/>).
- Ray S, Mash R. Innovation in primary health care responses to COVID-19 in sub-Saharan Africa. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22:e44.
- Community health workers (per 1,000 people). In: The World Bank Data [database]. Washington (DC): The World Bank Group; c2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.CMHW.P3>).
- WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>).
- LeBan K, Kok M, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(Suppl 3):116.
- Lu C, Palazuelos D, Luan Y, Sachs SA, Mitnick CD, Rhatigan J et al. Development assistance for community health workers in 114 low- and middle-income countries, 2007–2017. *Bull World Health Organ*. 2020;98(1):30-9.
- Masis L, Gichaga A, Zerayacob T, Lu C, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 4. Programme financing. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(Suppl 3):107.
- Delivered by women, led by men: gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>).
- Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(1):102-16.
- Kabeer N, Razavi S, van der Meulen Rodgers Y. Feminist economic perspectives on the COVID-19 pandemic. *Feminist Economics*. 2021;27(1–2):1-29.
- Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;583(7815):194-8.
- ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 8th edition. Geneva: ILO; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_824092.pdf).
- World employment and social outlook: trends 2021. Geneva: ILO; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_795453.pdf).
- Holding the line: communities as first responders to COVID-19 and emerging health threats. Geneva: UNAIDS; 2021 (forthcoming).
- Life-changing HIV and social protection interventions in COVID-19 era. Geneva: UNAIDS; [pre-publication version].



4

**LES DROITS
HUMAINS AU CŒUR
DES RIPOSTES AUX
PANDÉMIES**

Les droits humains sont au cœur des stratégies efficaces de riposte aux pandémies. Des décennies de recherche ont démontré que les approches fondées sur les droits humains corrigent les déséquilibres de pouvoir et améliorent les résultats de santé publique, y compris pendant la crise d'une pandémie.

Dans la pandémie de sida, les difficultés s'accumulent pour les populations qui sont régulièrement confrontées à la discrimination et à l'injustice, des expériences qui augmentent leur risque de contracter le VIH et qui rendent difficile pour elles l'accès au traitement et le maintien des soins. Selon le lieu et le contexte, ces populations comprennent les femmes et les filles, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les professionnel(le)s du sexe, les personnes qui consomment des drogues, les prisonniers, les migrants, les réfugiés et autres personnes déplacées.

Les ripostes au VIH, à l'Ébola et au Zika non ancrées dans les droits humains ont compromis le succès à moyen et long terme de la lutte contre ces pandémies.

Le droit international relatif aux droits humains crée l'obligation pour les États membres des Nations Unies (ONU) de garantir le droit au meilleur état de santé possible, et il exige également que les États maintiennent des protections pour la liberté d'expression, l'accès à l'information, l'équité et la non-discrimination. Ne pas tenir compte ouvertement des inégalités dans les efforts de préparation et de riposte aux pandémies compromet leur efficacité. La planification des stratégies de lutte contre les pandémies devrait inclure des analyses qui reconnaissent les réalités croisées des femmes et des filles dans toute leur diversité, des populations marginalisées, des personnes vivant dans la pauvreté et d'autres axes d'inégalité. Le financement de travaux de transformation en matière de genre et de prévention de la violence dans le cadre de la riposte à une pandémie peut remédier aux inégalités de genre tout en augmentant l'efficacité de la riposte à la pandémie.

Parfois, la protection des droits humains peut sembler entrer en conflit avec l'exécution des ordonnances de santé publique. Cependant, les pandémies passées et présentes montrent que les droits humains et la santé publique sont inextricablement liés et qu'une approche fondée sur les droits humains est essentielle pour garantir des résultats positifs en matière de santé publique. Les violations des droits, en particulier celles qui peuvent découler d'approches coercitives, restrictives ou de sécurité publique en matière de santé, ont souvent des impacts négatifs directs sur la santé, sapent la confiance dans la santé publique et compromettent les réactions aux pandémies, en particulier pour les personnes qui sont déjà dans des situations vulnérables ou marginalisées. Inversement, les approches de renforcement des droits et d'habilitation peuvent renforcer la confiance, réduire la stigmatisation et permettre aux personnes et aux communautés de protéger leur santé et leur bien-être, notamment en améliorant l'accès au dépistage, à la prévention et au traitement.

Bien que le droit relatif aux droits humains autorise la limitation ou la dérogation de certains droits à des fins légitimes, telles que la protection de la santé publique, il existe des limites strictes sur quand, comment et dans quelle mesure les droits peuvent être limités (1). Toute limitation doit viser un objectif légitime et doit être proportionnée à cet objectif, nécessaire (efficace et fondée sur des preuves), limitée dans le temps, non arbitraire (non discriminatoire) et conforme à la loi (1). Les gouvernements devraient également veiller à ce que toute limitation n'entraîne pas de violations supplémentaires des droits humains, par exemple en faisant des aménagements et en fournissant un soutien supplémentaire aux personnes et aux communautés qui se trouvent dans des situations vulnérables.

Une préparation et une riposte efficaces à une pandémie nécessitent donc un travail spécifique et financé sur les droits humains en tant qu'élément essentiel. Cela comprend la création d'environnements juridiques et politiques favorables, le renforcement des institutions judiciaires et des droits humains indépendantes et le soutien aux groupes de la société civile capables de demander des comptes aux gouvernements et aux autres acteurs. Cette infrastructure des droits humains garantit que les inégalités n'intensifient pas et ne prolongent pas les pandémies, et que les pandémies n'exacerbent pas les inégalités.

LES APPROCHES FONDÉES SUR LES DROITS HUMAINS CORRIGENT LES DÉSÉQUILIBRES DE POUVOIR ET AMÉLIORENT LES RÉSULTATS DE SANTÉ PUBLIQUE, Y COMPRIS PENDANT LA CRISE D'UNE PANDÉMIE. UNE PRÉPARATION ET UNE RIPOSTE EFFICACES AUX PANDÉMIES NÉCESSITENT UN TRAVAIL SPÉCIFIQUE ET FINANCÉ SUR LES DROITS HUMAINS EN TANT QU'ÉLÉMENT ESSENTIEL.

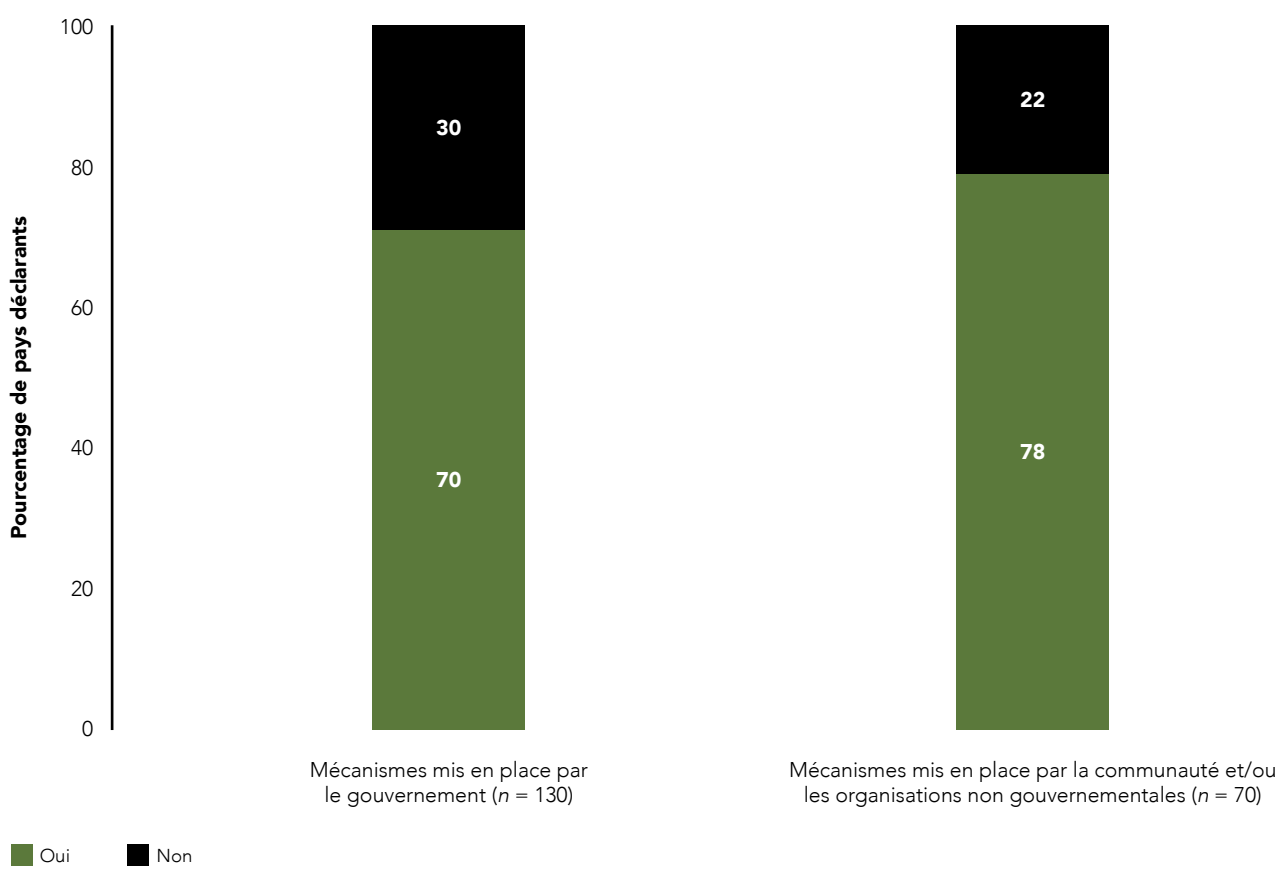
CONSTRUIRE UNE INFRASTRUCTURE DES DROITS HUMAINS DANS LE CADRE DE LA PRÉPARATION À UNE PANDÉMIE

Les acteurs fondés sur les droits sont des partenaires essentiels pour bâtir une riposte efficace à une pandémie, planifier de manière proactive des politiques de santé publique efficaces et remédier rapidement aux violations des droits afin de rétablir la confiance dans la santé publique.

Lorsque les détenteurs d'obligations outrepassent leur autorité, les mécanismes de responsabilisation sont essentiels pour corriger le tir et offrir un recours à ceux dont les droits sont violés. Les tribunaux, les avocats et les services juridiques ont joué un rôle essentiel pour assurer la défense des droits humains pendant les pandémies, y compris pour les populations clés et autres groupes vulnérables.

En Égypte, par exemple, une organisation non gouvernementale de défense des droits juridiques, Al Shehab Foundation for Comprehensive Development, a contribué à encourager le dépistage du VIH lorsqu'elle a soutenu avec succès devant les tribunaux que les personnes vivant avec le VIH ne peuvent pas être licenciées par leurs employeurs en raison de leur statut sérologique (2). La Commission nationale des droits humains de l'Inde a contribué à renforcer la confiance et à encourager les personnes vivant avec le VIH à s'engager dans des soins en défendant leurs droits au traitement, et la Commission nationale des droits humains de la Thaïlande a lutté contre le dépistage du VIH avant l'embauche et d'autres formes de dépistage obligatoire qui ont démontré provoquer la méfiance des individus à l'égard des autorités de santé publique (3).

FIGURE 6. Pourcentage de pays signalant l'existence de mécanismes pour enregistrer et traiter les plaintes individuelles de discrimination liée au VIH, mondial, 2017-2021



Source : Engagements et moyens d'action nationaux, 2017-2021.

Des mécanismes pour enregistrer et traiter les plaintes individuelles de discrimination liée au VIH ont été mis en place par les gouvernements dans 92 des 130 pays qui ont communiqué des données à l'ONUSIDA. Un pourcentage similaire de pays déclarants (55 sur 70) ont des mécanismes établis par des organisations communautaires et/ou non gouvernementales (Graphique 6). L'une des principales leçons de la riposte au VIH a été que le plaidoyer de la société civile et les efforts juridiques d'intérêt public augmentent le potentiel de responsabilisation, fournissent une plateforme pour des voix communautaires authentiques et mettent en lumière des informations essentielles pour les gouvernements sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas pour faire avancer la santé publique. L'engagement avec la société civile renforce la confiance, garantit l'adéquation et l'efficacité, aide à éviter les dommages indirects ou involontaires et garantit un partage fréquent d'informations (4).

Les acteurs civiques et les organisations communautaires du monde entier ont joué un rôle essentiel dans la lutte contre les violations des droits humains par les gouvernements dans le cadre de la riposte à la COVID-19, en luttant pour obtenir réparation pour les communautés touchées et en combattant la désinformation. En Ouganda, par exemple, la pression exercée par des groupes civiques a précédé un amendement du gouvernement aux restrictions de mouvement pour permettre aux femmes enceintes de demander des soins sans autorisation officielle, une ordonnance qui avait causé des décès au début de la pandémie. De même, la Commission nationale des droits humains du Nigéria a mis en place des permanences téléphoniques spéciales au début de la pandémie de COVID-19 pour recevoir les signalements de violations des droits humains à la suite d'incidents d'exécutions extrajudiciaires perpétrés par la police, l'armée et le service correctionnel nigérian qui ont fait 18 morts (5, 6).

Les militants ont été en mesure de fournir des informations critiques sur les mesures proposées, aidant à façonner la législation des ripostes à la COVID-19 de manière à protéger les droits des citoyens et à augmenter le potentiel de ripostes efficaces à la pandémie. L'activisme civique a également ouvert la voie à des litiges d'intérêt public qui ont renforcé les ripostes d'un pays fondées sur les droits. Par exemple, des militants chiliens ont aidé à obtenir des ordonnances judiciaires pour mettre en œuvre la politique de distribution de plusieurs mois du gouvernement à l'échelle nationale, et ils ont surveillé les ruptures de stock de médicaments contre le VIH pendant la COVID-19 (4). Les chefs de file kenyans en matière de droits ont pu garantir que les avocats soient désignés comme travailleurs essentiels, leur permettant ainsi d'aider les personnes détenues pour avoir enfreint les ordonnances de confinement – des personnes qui auraient autrement été laissées à languir dans les prisons avec un risque accru de contracter la COVID-19 (4).

L'investissement dans les infrastructures des droits humains et de la société civile devrait être un objectif clé du financement et de l'énergie politique pour la riposte à la pandémie de sida, et pour l'élaboration de plans plus larges et plus équitables de préparation et de riposte aux pandémies.



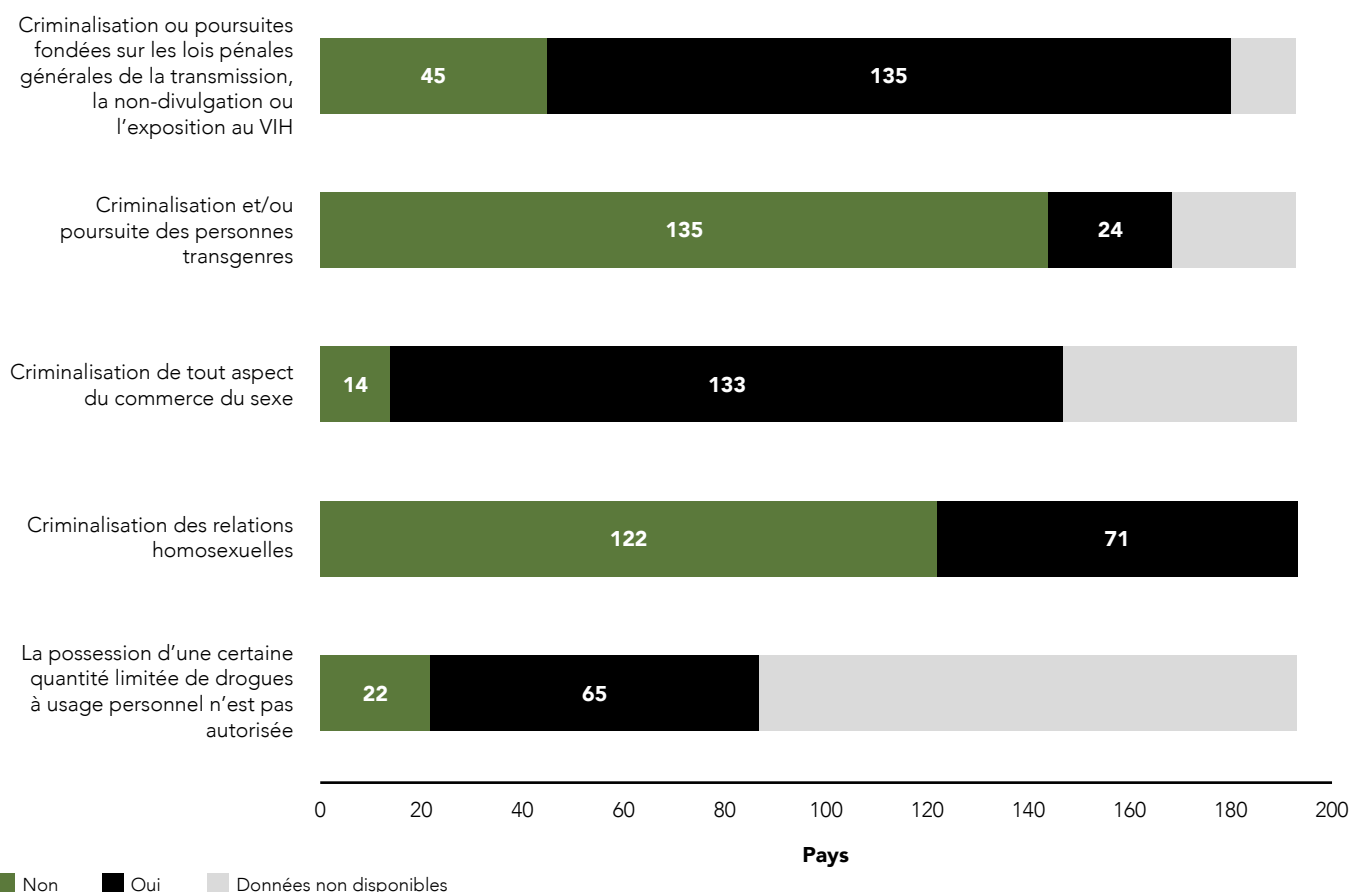
LIMITER L'UTILISATION DU DROIT PÉNAL DANS LES RIPOSTES AUX PANDÉMIES

Il a été démontré à maintes reprises que les lois pénales font beaucoup plus de mal que de bien pour les ripostes aux pandémies et la promotion des objectifs de santé publique.

L'utilisation du droit pénal à des fins de santé publique est, dans la plupart des cas, une réponse disproportionnée et inefficace qui est vulnérable à une mise en œuvre arbitraire et discriminatoire. Une telle approche éloigne souvent les personnes des services dont elles ont grand besoin, augmente le risque potentiel d'exposition ou de transmission et sape l'apprentissage par (et l'autonomisation de) tous les citoyens. L'application de la loi peut également détourner des ressources humaines et des budgets limités des mesures qui pourraient répondre plus efficacement à la pandémie, telles que l'éducation des citoyens, les tests, le traçage et le traitement.

Il a été démontré que la criminalisation des relations homosexuelles, du commerce du sexe, de la possession et de l'usage de drogues et de l'exposition au VIH, la non-divulgence et la transmission bloque l'accès aux services liés au VIH et augmente le risque d'infection à VIH. Les pays qui criminalisent les populations clés ont vu moins de progrès vers les objectifs de dépistage et de traitement du VIH au cours des cinq dernières années, avec des pourcentages significativement plus faibles de personnes vivant avec le VIH connaissant leur statut sérologique et atteignant la suppression virale que dans les pays qui ont évité la criminalisation (7). Des gains encore plus importants ont été réalisés dans les pays où les lois ont fait progresser la protection des droits humains, en particulier ceux qui protègent les droits à la non-discrimination et répondent à la violence basée sur le genre (7). Malgré ces preuves irréfutables, les lois discriminatoires et punitives restent extrêmement courantes (Graphique 7).

FIGURE 7. Nombre de pays dotés de lois discriminatoires et punitives, mondial, 2021



Sources : ONUSIDA, Engagements et moyens d'action nationaux, 2017-2021 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>) ; complété par des sources supplémentaires.

Des schémas similaires apparaissent lors des ripostes à la COVID-19. La criminalisation du commerce du sexe, par exemple, a signifié que les professionnel(le)s du sexe sont exclu(e)s des programmes temporaires de protection sociale dans de nombreux pays, ce qui compromet leur santé et leur bien-être, ainsi que leur capacité à aider à stopper la propagation du SRAS-CoV-2 (3). Au début de la riposte à la COVID-19, certains gouvernements ont institué des journées de mobilité spécifiques au genre pendant les fermetures, ce qui a entraîné des violences et des discriminations à l'encontre des personnes transgenres se trouvant à l'extérieur le « mauvais » jour (4).

Une dépendance excessive aux sanctions pénales dans le cadre des ripostes de nombreux pays à la COVID-19 a donné lieu à une série de violations des droits humains qui non seulement sapent les efforts visant à réduire la pandémie, mais exacerbent également les défis sociaux préexistants de la marginalisation, de la discrimination et de la pauvreté. Une étude récente menée auprès de professionnel(le)s du sexe en Afrique orientale et australe a montré que la COVID-19 a coïncidé avec une fréquence élevée de harcèlement et d'arrestations par la police (près de la moitié des personnes interrogées avaient été agressées ou extorquées par des policiers), ainsi qu'un accès réduit aux établissements de santé et services liés au VIH (8). Les personnes qui consomment des drogues manquent également d'options sûres pour accéder aux services de réduction des méfaits (4). Aux États-Unis d'Amérique, par exemple, plus de 100 000 décès par surdose de drogue ont été enregistrés entre avril 2020 et avril 2021, une augmentation de 28,5 % que les autorités sanitaires ont attribuée en partie à un accès réduit à des médicaments étayés par des données probantes tels que la naloxone, un pilier de la réduction globale des méfaits (9).

Les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres ont également fait l'objet d'arrestations et d'abus. Par exemple, en Ouganda, les autorités ont arrêté au moins 23 jeunes LGBTI qui vivaient dans une maison sûre en mars 2020 (10). La plupart ont été accusés d'avoir commis un « acte de négligence susceptible de propager une maladie infectieuse » en vertu du code pénal, prétendument en raison du nombre total de personnes vivant dans la maison. Bien qu'ils aient finalement été libérés et que toutes les charges aient été abandonnées, ils n'ont jamais été testés pour la COVID-19 pendant leur détention, ont passé des semaines en détention sans accès à des avocats et ont été horriblement brutalisés, à la fois par d'autres prisonniers et par des gardiens (10).

Rien ne prouve que l'incarcération soit un outil efficace pour lutter contre les pandémies. La surpopulation, le manque d'assainissement et de ventilation, et le refus de préservatifs, de seringues et d'autres outils pour prévenir les infections sexuellement transmissibles et transmissibles par le sang font des prisons et autres environnements fermés des environnements idéaux pour les épidémies de maladies infectieuses. La prévalence du VIH chez les détenus est six fois plus élevée que chez les adultes de la population générale, et le SARSCoV-2 s'est également propagé rapidement et mortellement dans les prisons du monde entier (11).

LA CRIMINALISATION, LES LOIS ET POLITIQUES PUNITIVES BASÉES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE, L'ORIENTATION SEXUELLE ET L'IDENTITÉ DE GENRE, LA CONSOMMATION DE DROGUES ET LE STATUT VIH ACCROÎT L'EXPOSITION DES ADOLESCENTES ET DES JEUNES FEMMES DES POPULATIONS CLÉS À DES NIVEAUX EXTRÊMES DE VIOLENCE, DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION. CES LOIS ET POLITIQUES NE FONT QUE LES ÉLOIGNER DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT DU VIH DONT ELLES ONT BESOIN, AVEC PEU DE RECOURS, VOIRE AUCUN, À LA JUSTICE DE GENRE ET SOCIALE POUR LES VIOLATIONS DE LEURS DROITS.

IRENE OGETA, UNE MILITANTE DES DROITS DES JEUNES FEMMES DU KENYA (12)

LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION DANS LES SOINS DE SANTÉ QUI ÉLOIGNE LES PERSONNES DES SERVICES

Lorsque les personnes les plus vulnérables à la transmission des maladies évitent les services de santé, les pandémies continuent de croître. Les preuves de l'ONUSIDA et d'autres institutions montrent que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé sont d'une fréquence inquiétante.

Les données nationales communiquées à l'ONUSIDA révèlent que les proportions de personnes appartenant aux populations clés qui évitent les services de santé en raison de la stigmatisation et de la discrimination restent étonnamment élevées. Parmi toutes les populations clés, au moins un pays rapportant sur trois a déclaré que plus de 10 % des personnes interrogées évitaient les services de santé, dont trois pays sur quatre pour les personnes s'injectant des drogues. Cela a des impacts négatifs tout au long du continuum de soins, de la prévention et des tests au traitement.

La non-discrimination est un précepte fondamental du droit international relatif aux droits humains, et les États membres de l'ONU ont l'obligation de protéger les citoyens contre la discrimination dans les contextes privés et publics et d'abroger les lois et politiques discriminatoires. Le VIH et la COVID-19 ont tous deux montré les risques très réels pour la santé publique découlant de la prestation discriminatoire de services de santé publique, qui éloigne les personnes de la recherche de services et de traitements.

L'un des éléments clés d'une riposte efficace à une pandémie est que les gouvernements prennent des mesures immédiates pour investir dans des politiques de non-discrimination et dans la formation du personnel de santé dans tous les établissements de santé. Un tel travail peut être renforcé par des campagnes de messages publics qui soulignent l'importance de lutter contre la stigmatisation et la discrimination pour de meilleurs résultats en matière de santé publique.



Une assistante médicale mesure la tension artérielle d'un patient au bureau de la ville de Bokhtar de l'AFIF, une organisation qui fournit des services médicaux, sociaux et juridiques aux personnes vivant avec le VIH et aux populations clés du Tadjikistan. Crédit : ONUSIDA/N Kalandarov

DONNER LA PRIORITÉ AUX EFFORTS SENSIBLES AU GENRE POUR LUTTER CONTRE LES PANDÉMIES

Les impacts du sida et d'autres pandémies sont souvent profondément sexués. Des ripostes efficaces à une pandémie nécessitent une attention à la fois à l'impact sexospécifique de la maladie et à la nécessité d'efforts équitables et fondés sur les droits pour lutter contre les inégalités sous-jacentes.

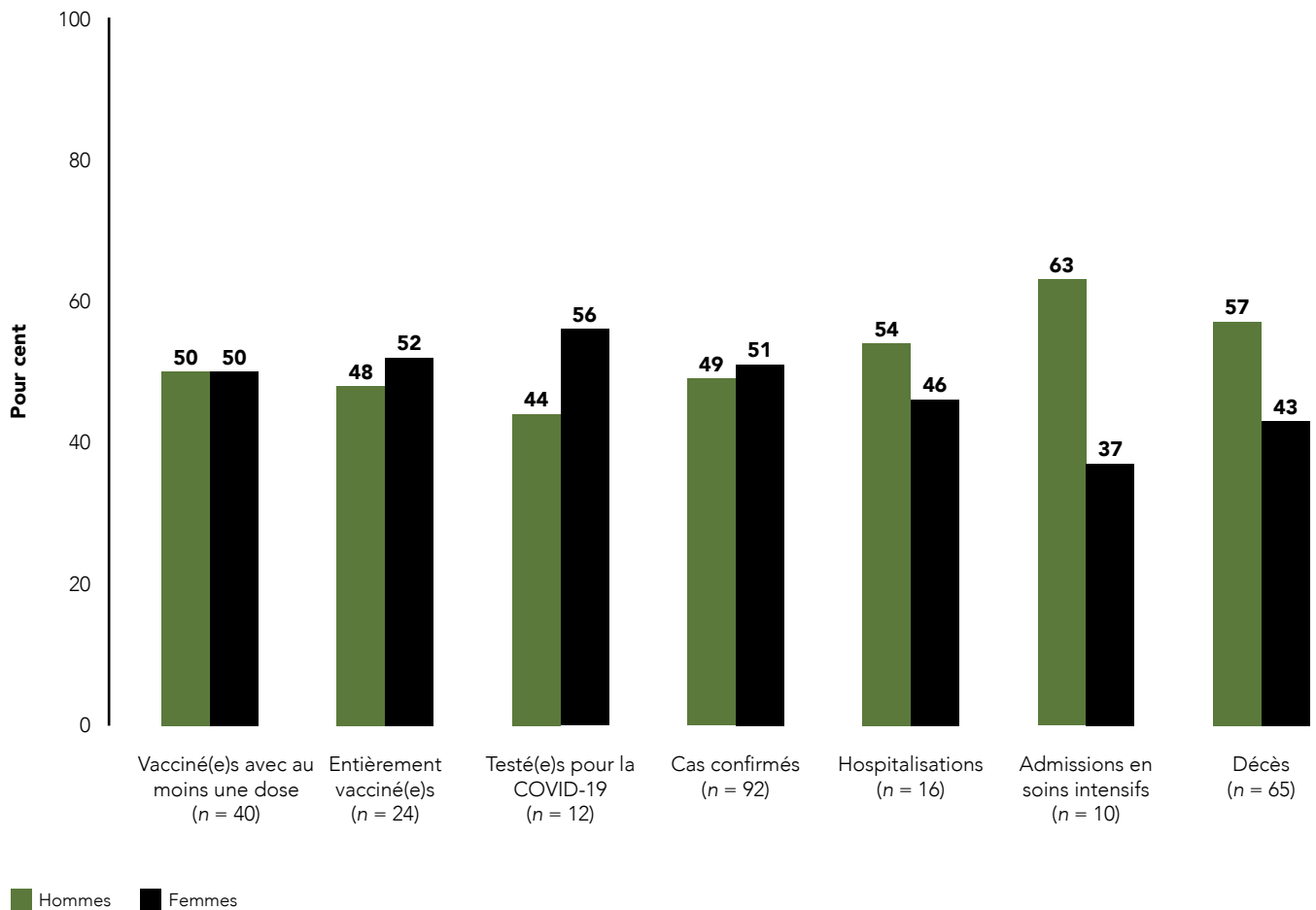
En Afrique subsaharienne, l'inégalité de genre contribue au risque accru de VIH auquel sont confrontées les adolescentes et les jeunes femmes de la région : six nouvelles infections à VIH sur sept chez les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) de la région surviennent chez les filles, et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont deux fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les jeunes hommes du même âge. La violence peut encore augmenter le risque de contracter l'infection à VIH pour les femmes, et la violence à l'égard des femmes vivant avec le VIH a été liée à un accès et à une adhésion réduits au traitement, à une baisse du nombre de CD4 et à des charges virales plus élevées (13, 14). Cependant, les hommes vivant avec le VIH dans cette région sont moins susceptibles que les femmes à demander un test de dépistage du VIH et d'initier et de suivre un traitement, ce qui entraîne de moins bons résultats pour la santé.

En ce qui concerne la COVID-19, les hommes semblent avoir une proportion plus élevée d'hospitalisations, d'admissions en soins intensifs et de décès (Graphique 8), tandis que les femmes et les filles sont confrontées à des impacts socioéconomiques plus importants (15). Les femmes sont particulièrement touchées par les pertes d'emplois et de revenus, la crise croissante des soins non rémunérés et les niveaux croissants de violences entre partenaires intimes, de pratiques néfastes et d'autres formes de violence basée sur le genre, notamment les mariages précoces, d'enfants et forcés, de grossesses chez les adolescentes et de mortalité maternelle (16-18).

De nombreuses études portant sur les effets de la pandémie de COVID-19 sur les femmes et les enfants ont signalé une augmentation de la violence (19). Les femmes semblent également subir des effets néfastes sur la santé mentale plus importants, notamment des niveaux de stress, d'anxiété, de dépression et de peur de la COVID-19 plus élevés que les hommes (20, 21). Dans ce contexte, des ripostes efficaces ont nécessairement inclus l'intensification des services de santé en matière de sexualité et de procréation et des efforts de lutte contre la violence en tant qu'élément clé de la réaction à la pandémie.

LES FEMMES ET LES FILLES SONT CONFRONTÉES À DES IMPACTS SOCIOÉCONOMIQUES PLUS IMPORTANTS DE LA COVID-19, Y COMPRIS DES PERTES D'EMPLOI ET DE REVENU, UNE CRISE CROISSANTE DE SOINS NON RÉMUNÉRÉS ET DES NIVEAUX CROISSANTS DE VIOLENCES ENTRE PARTENAIRES INTIMES, DE MARIAGES FORCÉS, DE GROSSESSES CHEZ LES ADOLESCENTES ET DE MORTALITÉ MATERNELLE.

FIGURE 8. Différences entre les sexes le long du parcours clinique COVID-19, données mondiales disponibles, octobre 2021



Remarque : n = nombre de pays ayant communiqué des données ventilées par sexe.

Remarque : Seuls deux pays (l'Autriche et l'Inde) signalent des vaccinations parmi les personnes non binaires.

Source : Analyse des données ventilées par sexe sur la COVID-19. Rapport d'octobre. Global Health 5050; 2021 (<https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/October-2021-data-tracker-update.pdf>).

Les inégalités intersectionnelles entraînent des impacts pandémiques disparates. Les épidémies d'Ébola en Afrique de l'Ouest de 2014 à 2016 ont bouleversé les moyens de subsistance, ceux des femmes prenant généralement plus de temps à se rétablir que ceux des hommes (22, 23). Par exemple, les mesures de mise en quarantaine ont forcé la fermeture de marchés pour la nourriture et d'autres articles, interrompant les moyens de subsistance des commerçants au Libéria et en Sierra Leone, dont 85 % étaient des femmes, dont beaucoup appartenaient aux groupes aux revenus les plus faibles. Les hommes ont également perdu leur emploi, mais un an après la détection du premier cas d'Ébola, 63 % des hommes ont repris le travail, contre seulement 17 % des femmes (22, 23).

Lors de l'épidémie de Zika en Amérique latine au milieu des années 2010, il a été conseillé aux femmes de retarder leur grossesse. Cependant, les énormes demandes non satisfaites de services de santé en matière de sexualité et de procréation dans de nombreux pays, qui ont particulièrement touché les femmes et les filles des quartiers à faible revenu et celles des communautés autochtones et des minorités raciales, ont entravé leur capacité à suivre ce conseil (25).

Une conception de la santé publique sensible au genre peut prendre en compte et traiter de telles inégalités.

Pandémies et pauvreté

Les personnes qui vivent dans la pauvreté sont les plus touchées par de nombreuses pandémies. Il y a près de deux siècles, lorsque le choléra s'est répandu pour la première fois dans le monde, il a été rapidement reconnu comme étant principalement une maladie des pauvres, et que les inégalités au sein des sociétés étaient associées à de moins bons résultats en matière de santé sociétale (26).

Des campagnes de vaccination à grande échelle ont alimenté les progrès récents contre la maladie, mais des solutions à long terme nécessitent de s'attaquer aux inégalités sous-jacentes, notamment l'assainissement, l'hygiène et l'accès à l'eau potable (27). Plus de 170 ans après la première pandémie de choléra, les cas dans les pays à revenu élevé sont extrêmement rares (et presque toujours importés), mais le choléra reste endémique dans des dizaines de pays, presque tous à faible revenu ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (28, 29).

La pauvreté et le manque de scolarisation sont également de grands obstacles aux services liés au VIH et à la capacité des femmes à revendiquer leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Par exemple, les données d'enquêtes de 32 pays montrent que les femmes des quintiles de richesse et d'éducation les plus faibles sont moins susceptibles d'accéder aux services de planification familiale dont elles ont besoin (30). De même, les hommes des quintiles de richesse inférieurs dans 11 pays d'Afrique subsaharienne à forte prévalence du VIH étaient moins susceptibles que les hommes des quintiles de richesse supérieurs de subir une circoncision masculine médicale volontaire afin de réduire leur risque de contracter le VIH (31).



RÉFÉRENCES

1. UN Commission on Human Rights, The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, 28 September 1984, E/CN.4/1985/4 (<https://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>).
2. Landmark court ruling in Egypt prohibits HIV discrimination in the workplace. In: UNAIDS [Internet]. 1 July 2016. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/july/20160713_Egypt).
3. Handbook on HIV and human rights for national human rights institutions. OHCHR, UNAIDS; 2007 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1367-handbookhiv_en_0.pdf).
4. Rights in a pandemic. Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19. Geneva: UNAIDS; 2020.
5. Coronavirus: security forces kill more Nigerians than COVID-19. In: BBC News [Internet]. 16 April 2020. London: BBC; c2021 (<https://www.bbc.com/news/world-africa-52317196>).
6. National Human Rights Commission press release on COVID-19 enforcement so far report on incidents of violations of human rights. In: National Human Rights Commission [Internet]. 15 April 2020. Abuja: National Human Rights Commission; c2021 (<https://www.nigeriarights.gov.ng/nhrc-media/press-release/100-national-human-rights-commission-press-release-on-covid-19-enforcement-so-far-report-on-incidents-of-violation-of-human-rights.html>).
7. Kavanagh M, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A et al. Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Global Health*. 2021;6:e006315.
8. A rapid scoping of the impact of COVID-19 on sex worker programmes in east and southern Africa. Pretoria: UNFPA East and Southern Africa; 2020 (https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/covid-19_sex_workers_report-ia.pdf).
9. Brooks B, Mishra M. U.S. drug deaths surpass 100,000 for first time, spurred by pandemic. In: Reuters [Internet]. 17 November 2021. Reuters; [updated 18 November 2021] (<https://www.reuters.com/world/us/us-drug-overdose-deaths-top-100000-annually-cdc-2021-11-17/>).
10. Press statement. 21 July 2020. Kampala: Human Rights Awareness and Promotion Forum; 2020 (<https://www.hrapf.org/index.php/resources/other-publications/159-20-07-20-press-statement-on-filing-of-the-cosf-case-7/file>).
11. Global Outbreaks. In: The COVID Prison Project [Internet]. c2021 (<https://covidprisonproject.com/additional-resources/global-outbreaks/#:~:text=Of%20832%20samples%20collected%20from,at%20the%20beginning%20of%20May>).
12. Gender equality and justice critical for ending AIDS. In: UNAIDS.org [Internet]. 10 June 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210614_gender-equality-and-justice).
13. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
14. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
15. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker. October update report. *Global Health 5050*; 2021 (<https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/>).
16. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
17. COVID-19: a threat to progress against child marriage. New York: UNICEF; 2021.
18. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2021;9(6):e759-e772.
19. Petermann A, O'Donnell M. COVID-19 and violence against women and children: a third research round-up for the 16 Days of Activism. Washington (DC): Center for Global Development; 2020 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/covid-and-violence-against-women-and-children-three.pdf>).
20. Krubiner C, O'Donnell M, Kaufmann J, Bourgault S. Addressing the COVID-19 crisis' indirect health impacts for women and girls. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/COVID-Gender-Health-BRIEF.pdf>).
21. Gender dimensions of the COVID-19 pandemic. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/618731587147227244/gender-dimensions-of-the-covid-19-pandemic>).
22. Bandiera O, Buehren N, Goldstein M, Imran R, Smurra A. The economic lives of young women in the time of Ebola: lessons from an empowerment programme. Washington (DC): World Bank; 2018.
23. Neglected and unprotected: the impact of the Zika outbreak on women and girls in northeastern Brazil. Human Rights Watch; 2017.
24. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;583(7815):194-8.
25. Cabal L. Tackling Zika: have we learned our lesson rights? In: Rewire [Internet]. 15 March 2016. Rewire News Group; c2021 (<https://rewirenewsgroup.com/article/2016/03/15/tackling-zika-learned-lesson-rights/>).
26. Williams AS. The rich man and the diseased poor in early Victorian literature. Atlantic Highlands (NJ): Humanities Press International; 1987.
27. Drop in cholera cases worldwide, as key endemic countries report gains in cholera control. In: WHO.int [Internet]. 19 December 2019. Geneva: WHO; c2021 (<https://www.who.int/news/item/19-12-2019-drop-in-cholera-cases-worldwide-as-key-endemic-countries-report-gains-in-cholera-control>).
28. Ali M, Nelson AR, Lopez AL, Sack DA. Updated global burden of cholera in endemic countries. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(6):e0003832.
29. World Health Organization. Weekly epidemiological record. 29 November 2019. 94(48):561-80.
30. Demographic and Health Surveys, 2015–2020.
31. Population-based HIV Impact Assessments, 2015–2019.



5

**DES SYSTÈMES DE
DONNÉES CENTRÉS
SUR LES PERSONNES
QUI METTENT EN
ÉVIDENCE LES
INÉGALITÉS**

Le suivi en temps quasi réel des infections au SRAS-CoV-2, des décès dus à la COVID-19 et de la couverture vaccinale par plusieurs sites Web de santé publique et grands fournisseurs d'informations a captivé les populations du monde entier au cours des deux dernières années. La vitesse de collecte, d'agrégation et de partage des données sur la COVID-19 est une réalisation remarquable. Ce qui manque souvent dans ces données, cependant, ce sont les détails : qui est le plus vulnérable aux impacts de la COVID-19, qui est atteint, qui n'est pas atteint et pourquoi.

Des données plus granulaires sont nécessaires pour révéler les disparités et les inégalités sous-jacentes qui façonnent les pandémies et leurs conséquences. La riposte mondiale au VIH a mis en place certains des systèmes de données les plus complets en matière de santé et de développements mondiaux, et des dizaines de pays utilisent ces systèmes pour la COVID-19 et d'autres problèmes de santé (1). L'un des systèmes de gestion de l'information sur la santé les plus couramment utilisés au monde, DHIS2, qui est financé en grande partie par des investissements dans la lutte contre le VIH, est utilisé pour la planification et l'amélioration de la prestation de services pour la COVID-19 et d'autres priorités de santé dans 73 pays (2).

La riposte au VIH reste également à l'avant-garde du leadership communautaire et de l'engagement dans la collecte et l'utilisation des données. Le suivi communautaire est de plus en plus utilisé comme mécanisme de responsabilisation qui permet aux réseaux de populations clés, d'autres groupes touchés ou d'autres entités communautaires de collecter et d'analyser systématiquement et régulièrement des données qualitatives et quantitatives sur la prestation de services liés au VIH. Il rend compte aux responsables des programmes VIH et aux décideurs de la santé de ce qui fonctionne bien, de ce qui ne fonctionne pas et de ce qui doit être amélioré, avec des suggestions d'actions ciblées pour améliorer les résultats.

Certains pays n'ont toujours pas la capacité de collecter et d'utiliser efficacement des données sanitaires actualisées et désagrégées. Beaucoup ne collectent pas suffisamment de données sur les populations prioritaires, ce qui peut laisser des aspects importants de leurs épidémies cachés de la riposte. Dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, par exemple, les données fiables sur les tendances de la COVID-19 restent rares près de deux ans après le début de la pandémie. En Afrique, le fardeau supplémentaire de faire face à la COVID-19 met à rude épreuve les systèmes de santé déjà fragiles. Ils ont un besoin urgent de formation, d'améliorations des infrastructures, d'équipements modernes et d'un soutien technique pour passer des systèmes de collecte de données papier aux systèmes de collecte de données électroniques (3). Une forte pénétration des téléphones portables peut être utilisée beaucoup plus efficacement pour collecter et partager des données vitales lors d'épidémies (surtout si les coûts exorbitants du temps d'antenne sont réduits).¹ Cependant, la gérance et la gouvernance des données doivent être améliorées pour garantir que les données de santé sont collectées et utilisées de manière à protéger la vie privée et le droit à la confidentialité des personnes.



Une participante passe en revue des données lors d'une consultation à Phnom Penh, au Cambodge, sur le tableau de bord Uproot. Cette initiative de suivi communautaire recueille des informations quantitatives et qualitatives sur les efforts des pays pour atteindre les objectifs mondiaux de la riposte au sida. Crédit : Kyoungmi Kim/ONUSIDA

1. Lors des épidémies d'Ébola en Afrique de l'Ouest en 2014-2016, les données des téléphones portables ont été utilisées pour modéliser les schémas de déplacement, et les dispositifs de séquençage portables ont permis une recherche des contacts plus efficace et une meilleure compréhension de la dynamique de l'épidémie. Consulter : Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. « Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response ». *BMJ Glob Health*. 2021 ; 6(6) :e006108.

LE SUIVI COMMUNAUTAIRE TRANSFORME LES PROGRAMMES DE TRAITEMENT DU VIH

Les défauts qui freinent les programmes de santé ne sont pas toujours évidents pour les prestataires de services ou pour les processus de suivi et d'évaluation de routine. En documentant systématiquement l'expérience et les connaissances des utilisateurs de services, la surveillance communautaire ajoute des perspectives et des informations manquantes vitales qui peuvent être utilisées pour améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé.

Le suivi communautaire est en train d'être intégré à un nombre croissant de programmes de lutte contre le VIH en Afrique, en Asie et en Amérique latine, à mesure que de plus en plus de preuves de la valeur et de l'impact de cette approche émergent. Ces modèles de surveillance inclusifs améliorent les services et rétablissent la confiance du public en favorisant une culture de résolution collective des problèmes avec les responsables de la santé. Par exemple, les comités des établissements de santé au Kenya, au Pérou et au Zimbabwe ont plaidé avec succès pour une réduction des frais d'utilisation, des augmentations de personnel et d'autres améliorations qui ont conduit à une utilisation accrue des services de santé. De même, l'utilisation de rapports communautaires ou de fiches d'évaluation dans certaines parties du Malawi et de l'Ouganda a conduit à davantage de jeunes et d'hommes fréquentant les établissements de santé, à des temps d'attente plus courts, à des établissements de santé plus propres et à des taux plus élevés de vaccination des enfants (4, 5).

Un effort pionnier est l'Observatoire régional de traitement communautaire en Afrique de l'Ouest, qui a été créé en 2017 par l'International Treatment Preparedness Coalition pour aider à améliorer les programmes de traitement du VIH en retard.² Le modèle implique des membres de la communauté travaillant avec une structure de soutien pour collecter des données quantitatives et qualitatives sur l'accès et la qualité des services liés au VIH. Les superviseurs collectent, vérifient et valident les données, qui sont ensuite analysées et utilisées pour le plaidoyer et le lobbying afin d'apporter les changements nécessaires (6). L'innovation a conduit à des améliorations importantes, notamment une réduction des ruptures de stock de médicaments et une meilleure qualité de service, et elle a contribué à l'augmentation des taux de suppression de la charge virale chez les personnes sous traitement anti-VIH (7).

En Afrique du Sud, la faiblesse des taux de rétention dans les soins est un problème majeur. Un effort de surveillance communautaire nommé Ritshidze (qui signifie « sauver nos vies » en langue venda) met en lumière les lacunes au cœur de la faible rétention et trouve des solutions qui permettent à davantage de personnes de continuer à suivre un traitement contre le VIH (8). Ritshidze collecte des données sur plus de 400 sites de traitement du VIH à travers le pays, en se concentrant sur les cliniques les moins performantes.

Dans la province de l'État libre d'Afrique du Sud d'avril à juin 2021, par exemple, Ritshidze a mis en évidence une multitude de problèmes, notamment des pénuries chroniques de personnel, de longs délais d'attente (cinq heures en moyenne), des heures d'ouverture inadaptées, un environnement dangereux, des installations sales, le manque de médicaments (y compris des prescriptions de plusieurs mois pour les médicaments antirétroviraux) et la conduite inconsidérée de certains personnels de santé. Des améliorations ont été proposées pour chaque établissement surveillé, et les responsables de la santé au niveau de l'établissement, du district et de la province subissent des pressions pour les mettre en œuvre (8).

Des tableaux de bord communautaires sont également utilisés au Vietnam pour suivre et améliorer la qualité des services. Les membres de la communauté et le personnel de santé développent conjointement un ensemble d'indicateurs qu'ils utilisent pour évaluer les services. Quinze mois après leur mise en place en janvier 2020, les personnes utilisant les installations surveillées ont signalé des améliorations majeures dans la fourniture de produits gratuits de prévention du VIH (y compris les préservatifs et le matériel d'injection stérile), d'informations et de conseils (voir Graphique 9) (9).

2. L'Observatoire opère au Bénin, en Côte d'Ivoire, en Gambie, au Ghana, en Guinée, en Guinée-Bissau, au Libéria, au Mali, au Sénégal, en Sierra Leone et au Togo.

Savoir pourquoi les gens évitent les services de santé ou résistent aux mesures de santé publique est d'une importance vitale, comme l'ont découvert les ripostes à la COVID-19. Près d'un an après le déploiement des vaccins contre le SRAS-CoV-2 dans les pays à revenu élevé, les raisons de la résistance au vaccin et de l'hésitation parmi une proportion substantielle de la population sont encore mal comprises (10).

La surveillance communautaire aide à combler le fossé entre les plans de stratégies de santé les mieux élaborés et les manières indisciplinées dont ils se déroulent dans la réalité. En suivant la qualité et l'adéquation des services et en identifiant les obstacles et problèmes persistants, l'approche peut révéler pourquoi certaines personnes évitent d'utiliser les services de santé, sautent des rendez-vous, interrompent ou arrêtent de prendre des médicaments, ou même refusent de se faire vacciner contre des maladies potentiellement mortelles.

Surtout, cela contribue également à renforcer la responsabilité politique pour les programmes et services de santé (11). Une plus grande responsabilisation renforce la confiance du public dans les systèmes de santé, un défi chronique pendant les crises pandémiques.

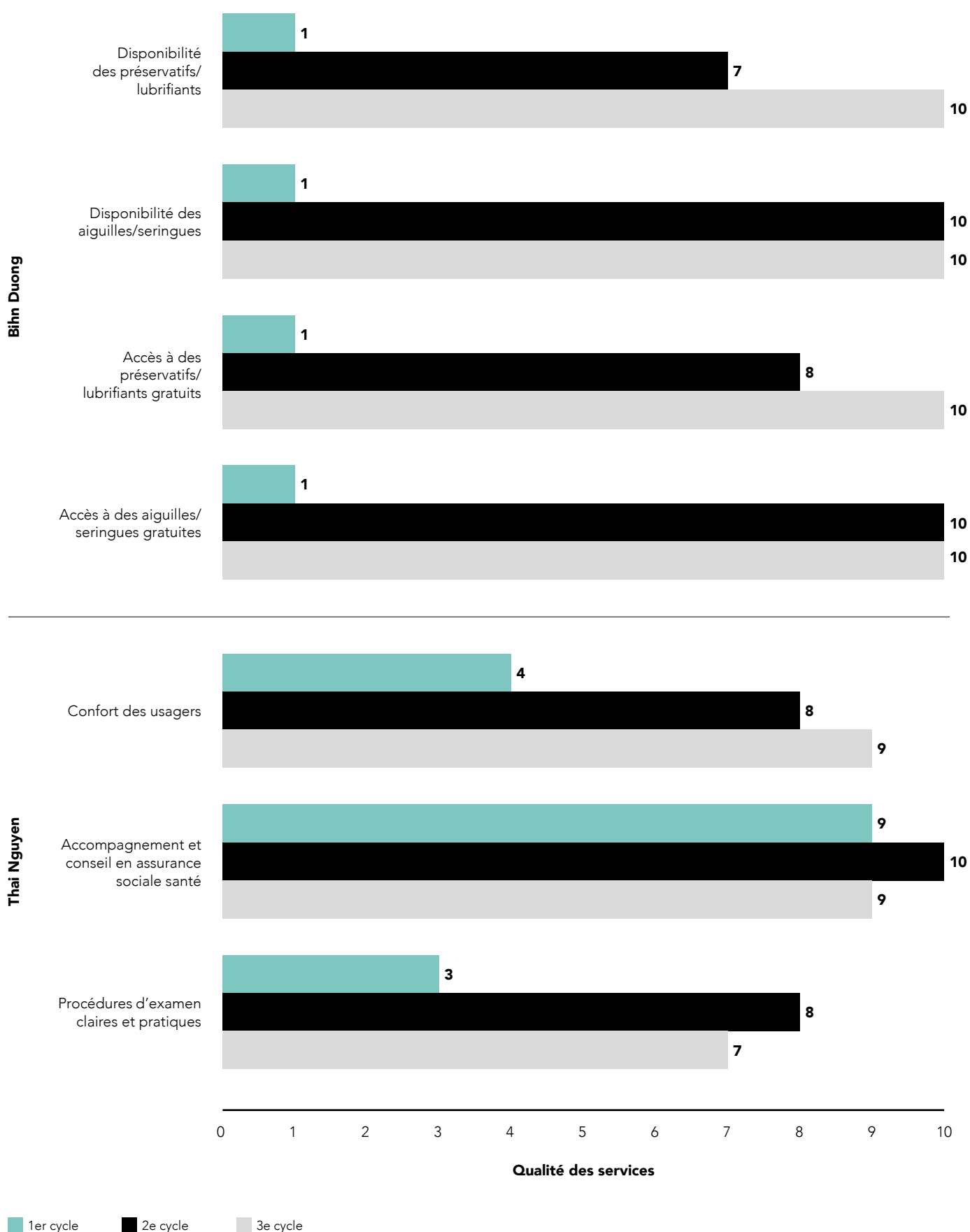
Avec la surveillance communautaire, les membres de la communauté collectent des informations sur les sites de services et auprès des patients. Les informations sont ensuite utilisées en partenariat avec les prestataires de santé et les responsables de programme pour résoudre rapidement les problèmes identifiés ; elles peuvent également être utilisées, si nécessaire, pour le plaidoyer afin de tenir les gouvernements, les donateurs et les programmes de santé responsables de l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services (11).

Pour bien fonctionner, le suivi communautaire nécessite de former, de soutenir, d'équiper et de payer les organisations communautaires pour surveiller régulièrement la qualité et l'accessibilité des services de santé (11). Les membres de la communauté identifient leurs principales priorités et conçoivent des indicateurs ou des mesures pour voir si les services de santé répondent à ces priorités. Ils collectent ensuite les données, analysent les résultats, portent leurs idées à l'attention des planificateurs et des gestionnaires des services et font pression sur les responsables pour qu'ils apportent les améliorations recommandées (12).



Un moniteur communautaire de Ritshidze interroge une patiente à l'extérieur de la clinique Bloemspruit dans la province de l'État libre d'Afrique du Sud.
Crédit : Ritshidze/R Horn

FIGURE 9. Évaluations par les usagers de la qualité des services au cours de trois cycles de suivi communautaire dans les dispensaires de Binh Duong et Thai Nguyen, Viet Nam, janvier 2020-avril 2021



Remarque : qualité des services : 1 = très mauvaise ; 10 = très bonne.

Source : Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Plack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M et al. Amélioration de la qualité des services liés au VIH menée par la communauté à l'aide de tableaux de bord communautaires au Vietnam. Conférence de l'International AIDS Society, 18-21 juillet 2021. Résumé OALD01LB02.

Le suivi communautaire était crucial pour renforcer les services de lutte contre le VIH et d'autres services de santé pendant les premières phases de la pandémie de COVID-19. Le projet communautaire Five Cities, par exemple, a suivi l'impact de la pandémie sur les services liés au VIH dans les grandes villes de Chine, du Guatemala, de l'Inde, du Népal et de la Sierra Leone. Géré par l'International Treatment Preparedness Coalition et d'autres partenaires, le projet a identifié et rendu public des tactiques pour préserver ces services (p. ex. livraisons à domicile d'antirétroviraux et d'autres médicaments, utilisation des médias sociaux et d'autres outils numériques, et distribution de médicaments essentiels sur plusieurs mois). Alors que les systèmes de santé se sont effondrés sous l'impact de la pandémie de COVID-19, des initiatives similaires ont maintenu les services de lutte contre le VIH dans des dizaines de pays à travers le monde.



Des patients font la queue devant la clinique Namahali dans l'État libre d'Afrique du Sud avant l'ouverture de la clinique. Crédit : Ritshidze/R Horn

DES MILLIONS DE PERSONNES AU SEIN DES POPULATIONS CLÉS RESTENT INVISIBLES POUR LES RIPOSTES À LA PANDÉMIE

Une nouvelle analyse réalisée par l'ONUSIDA montre que des millions de personnes à haut risque d'infection à VIH dans le monde sont pratiquement invisibles pour de nombreux plans et programmes nationaux de lutte contre le VIH. Les données communiquées à l'ONUSIDA par de nombreux pays semblent sous-estimer la taille de leurs populations clés ; en conséquence, leurs programmes de lutte contre le VIH peuvent être déséquilibrés, avec des lacunes potentiellement profondes dans les services pour les populations qui en ont le plus besoin.

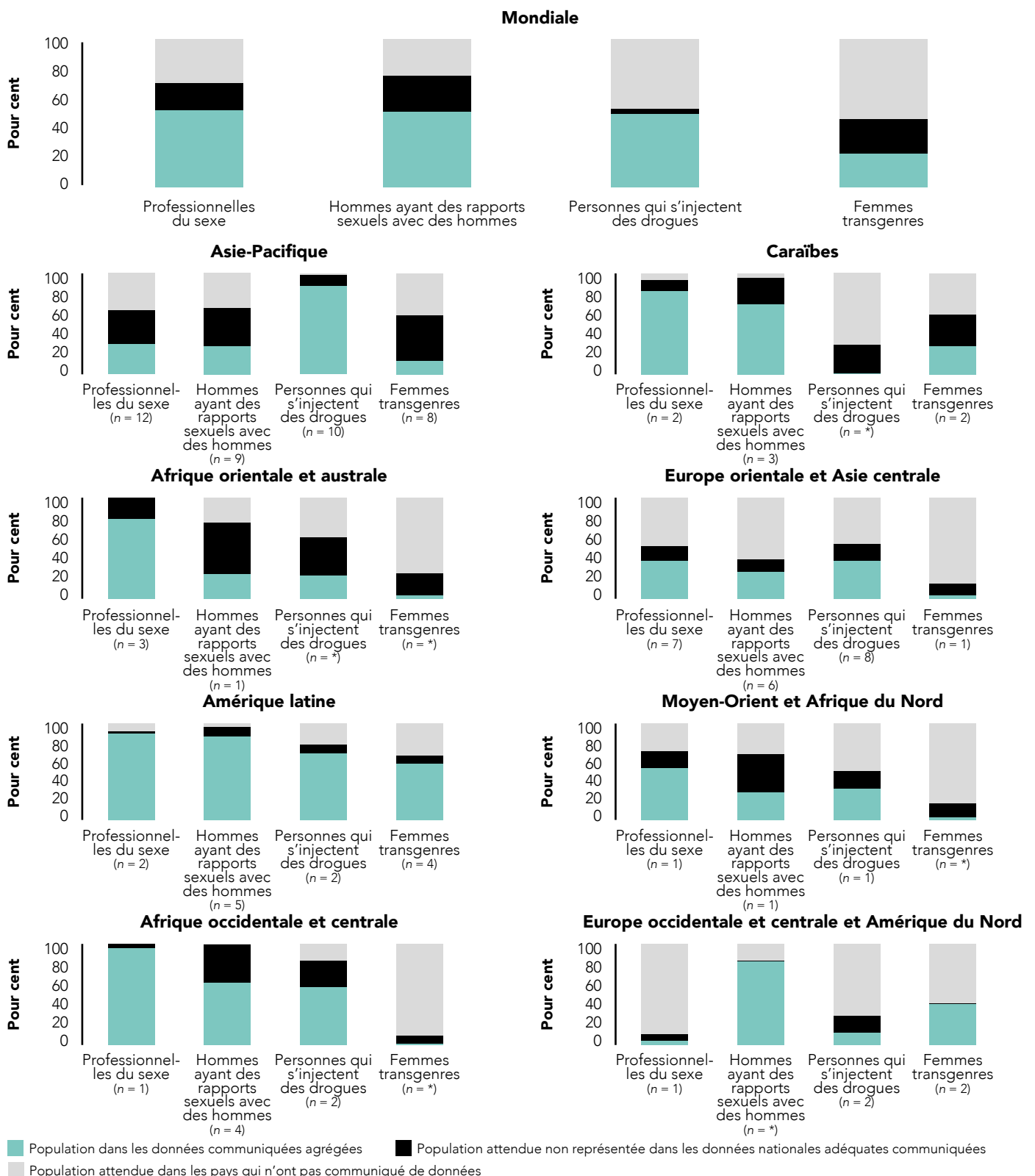
Depuis 2016, 52 pays ont communiqué à l'ONUSIDA une estimation de la taille d'au moins une population clé répondant aux critères standard de qualité et de portée. Pour chaque population clé, la médiane de ces estimations de taille adéquates au niveau national a été comparée à toutes les estimations de taille de population communiquées à l'ONUSIDA ces dernières années (Graphique 10).³ Il ressort de l'analyse que plus de 15 millions de personnes qui bénéficieraient de services de prévention, de soins et de traitement du VIH ne sont pas prises en compte dans les estimations de la taille de la population des pays déclarants. En d'autres termes, le nombre total de professionnelles du sexe, de personnes qui s'injectent des drogues, d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de femmes transgenres est probablement le double des estimations actuelles reflétées dans les plans et stratégies de lutte contre le VIH de ces pays. Les tailles de population sous-estimées sont amplifiées par d'autres lacunes en matière de données pour les populations clés. Les enquêtes biocomportementales ont fourni la majeure partie des données liées au VIH concernant les populations clés (13, 14). Cependant, les contraintes de financement et d'autres décisions entraînent une réduction de ces enquêtes, les donateurs et les pays s'appuyant désormais davantage sur les données de programme de routine qui ignorent le grand nombre de personnes qui évitent les services de santé en raison du manque d'accès et des expériences de stigmatisation, de discrimination et de harcèlement. Cela peut conduire à des angles morts dans les pays où l'épidémie de VIH et d'autres épidémies (par exemple, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles) sont importantes parmi les populations clés. Il est essentiel de combler les lacunes en matière de données pour les populations clés afin de leur fournir les services dont elles ont besoin.

Cela doit être fait d'une manière qui respecte leur vie privée et la confidentialité de leurs données. L'utilisation des données de santé à d'autres fins, telles que l'application de la loi, sape la confiance dans les services et les systèmes de données, viole les droits des patients et réduit la probabilité que des données complètes et précises puissent être collectées. Les informations individuelles relatives aux populations clés et aux comportements qui sont criminalisés ne doivent pas être saisis dans les registres des services liés au VIH ni rapportées aux unités de gestion des données infranationales ou nationales. Les bases de données nationales devraient également utiliser des identifiants uniques plutôt que des noms pour renforcer la confidentialité et la sécurité des données (15).

DE NOMBREUX PAYS SEMBLENT SOUS-ESTIMER LA TAILLE DE LEURS POPULATIONS CLÉS ; EN CONSÉQUENCE, LEURS PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH PEUVENT AVOIR DE PROFONDES LACUNES DANS LES SERVICES POUR LES POPULATIONS QUI EN ONT LE PLUS BESOIN.

3. L'ONUSIDA, l'OMS et le Fonds mondial ont examiné toutes les estimations de la taille de la population communiquées par les pays. Une estimation de la taille de la population était considérée comme adéquate au niveau national si elle était de qualité et de portée suffisantes pour être utilisée dans la planification et la budgétisation d'une riposte nationale au sida. L'estimation médiane pour les professionnelles du sexe est basée sur des données adéquates au niveau national de 29 pays, représentant 17 % de la population féminine adulte mondiale. L'estimation médiane pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est basée sur des données de 29 pays, représentant 12 % de la population masculine adulte mondiale. L'estimation médiane pour les personnes qui s'injectent des drogues est basée sur des données de 25 pays, représentant 57 % des adultes dans le monde. L'estimation médiane pour les femmes transgenres est basée sur 17 pays, représentant 17 % de la population féminine adulte mondiale. Les plus de 15 millions de personnes au sein des populations clés non recensées dans les pays qui ont communiqué des estimations de taille représentent les pourcentages suivants de la population totale estimée : les professionnelles du sexe dans 48 % de la population féminine adulte ; les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans 70 % de la population masculine adulte ; les personnes qui s'injectent des drogues dans 80 % de la population adulte (hommes et femmes) ; et les femmes transgenres dans 46 % de la population féminine adulte. Les pays qui n'ont pas soumis de données sont présumés n'avoir aucune donnée officielle et sont indiqués en gris sur le graphique 10.

FIGURE 10. Pourcentage des tailles de population attendues des populations clés qui ne sont pas incluses dans les estimations de taille rapportées par les pays, dans le monde et par région, 2020



** utilise la médiane mondiale qui comprend 29 pays pour les professionnel(le)s du sexe, 29 pays pour les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 25 pays pour les personnes qui s'injectent des drogues et 17 pays pour les femmes transgenres.

n = nombre de pays de la région avec des estimations de taille adéquates au niveau national.

Remarque : une estimation de la taille de la population était considérée comme adéquate au niveau national si elle était de qualité et de portée suffisantes pour être utilisée dans la planification et la budgétisation d'une riposte nationale au sida. L'estimation médiane pour les professionnelles du sexe est basée sur des données adéquates au niveau national de 29 pays, représentant 17 % de la population féminine mondiale. L'estimation médiane pour les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est basée sur des données de 29 pays, représentant 12 % de la population masculine mondiale. L'estimation médiane pour les personnes qui s'injectent des drogues est basée sur des données de 25 pays, représentant 57 % des adultes dans le monde. L'estimation médiane pour les femmes transgenres est basée sur 17 pays, représentant 17 % de la population féminine mondiale. Le nombre de populations clés non prises en compte dans les estimations de taille communiquées s'applique à 48 % de la population mondiale féminine pour les professionnelles du sexe, 70 % de la population masculine pour les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 80 % des hommes et des femmes pour les personnes qui s'injectent des drogues et 46 % des femmes pour les femmes transgenres. Les pays qui n'ont pas soumis de données sont présumés n'avoir aucune donnée officielle et sont indiqués séparément dans les barres."

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2021.

UTILISER DES DONNÉES SOUS-NATIONALES POUR RÉDUIRE LES LACUNES DE SERVICES

Les données géolocalisées sous-nationales sont importantes pour cibler les interventions là où le risque d'infection et le besoin de traitement et de soins sont les plus élevés, en particulier lorsque les ressources sont limitées. En conséquence, de plus en plus de programmes VIH utilisent ces données.

Au début de l'épidémie de VIH, la plupart des pays ont suivi la propagation du VIH en mettant en place des systèmes de surveillance sentinelle qui testaient les femmes enceintes fréquentant certaines cliniques prénatales pendant deux à trois mois tous les deux ans. Depuis, les pays sont passés de l'utilisation de ces données de surveillance sentinelle sporadiques à l'utilisation des données de routine sur la prévalence du VIH collectées chaque fois qu'une femme enceinte se rend dans une clinique pour des soins prénatals. Ces données de routine sont disponibles dans chaque clinique du pays, fournissant des données granulaires essentielles pour mieux comprendre la répartition de l'épidémie dans un pays.

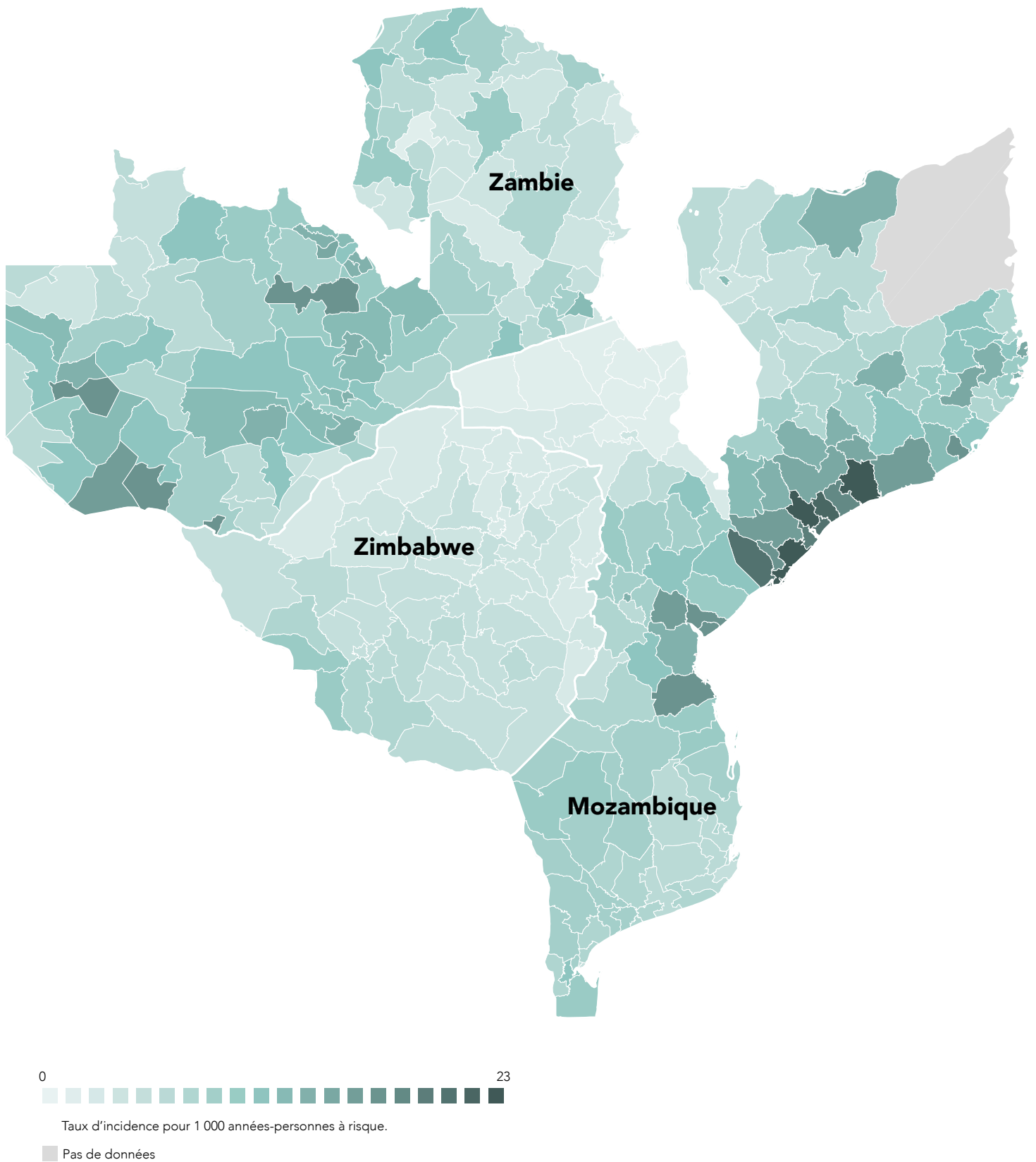
Les pays collectent et analysent également de plus en plus de données de programmes géolocalisées afin d'affiner leurs ripostes au VIH. Dans le cycle 2021 des estimations épidémiologiques du VIH soutenues par l'ONUSIDA, 38 pays ont utilisé l'outil de modélisation Naomi pour générer des estimations du VIH sous-nationales (Graphique 11), que le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) utilise dans sa planification et ses décisions (16).

À mesure que l'accès aux données infranationales augmente, il devient plus facile d'affiner les interventions et de suivre et détecter les variations dans les résultats (Graphique 11). Ces informations peuvent ensuite être utilisées pour améliorer la précision et l'efficacité des interventions (17, 18).



Deux collègues examinent des données au centre d'appels de Kutabila au Zimbabwe. Le centre, qui est géré par le Réseau national du Zimbabwe des personnes vivant avec le VIH, recueille des données sur la satisfaction des usagers, la visibilité des partenaires de mise en œuvre, et les tendances et modèles d'accès aux services tels que la prévention du VIH, la distribution de plusieurs mois de médicaments antirétroviraux et les tests de charge virale. Crédit : ONUSIDA

FIGURE 11. Incidence de l'infection à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans), par niveau administratif infranational, Zambie, Zimbabwe et Mozambique, 2020



Remarque : incidence du VIH estimée en nouvelles infections à VIH pour 1 000 personnes-années à risque.

Remarque : aucune donnée communiquée pour la province de Cabo Delgado au Mozambique.

Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA, 2021.

DES DONNÉES DÉSAGRÉGÉES AFFINENT LES RIPOSTES AU VIH EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Les données sur le VIH ventilées par sexe et par âge révèlent des schémas sous-jacents à la pandémie de sida et redéfinissent les ripostes, en particulier en Afrique subsaharienne. Par exemple, les estimations épidémiologiques produites par les pays et les données d'enquêtes montrent que les femmes et les adolescentes d'Afrique subsaharienne courent un risque considérablement plus élevé de contracter le VIH que les hommes et les garçons (Graphique 12).⁴ Des preuves substantielles, cependant, montrent également que l'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes peut non seulement réduire leur risque d'infection au VIH, mais aussi conférer un large éventail d'avantages sociaux et de santé tout au long de la vie. L'éducation, en particulier, réduit la vulnérabilité au VIH : les données de plusieurs pays d'Afrique subsaharienne montrent clairement que rester à l'école plus longtemps réduit le risque d'infection à VIH et qu'un meilleur niveau d'instruction chez les femmes est lié à un contrôle accru sur leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation (19-21). Ces résultats soulignent l'importance des investissements nationaux dans les systèmes éducatifs pour construire des sociétés fortes et résilientes, et ils ont inspiré des efforts accrus pour autonomiser les femmes avec une éducation et des opportunités économiques, y compris des transferts d'argent qui les aident à rester à l'école.

Dans le même temps, les données recueillies dans le cadre du suivi mondial du sida de l'ONUSIDA et les estimations épidémiologiques montrent que les hommes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne sont moins susceptibles que les femmes d'être diagnostiqués séropositifs ou de commencer et de continuer à suivre un traitement anti-VIH (Graphique 13). La reconnaissance de cet écart a encouragé des efforts plus importants pour améliorer le dépistage et la couverture du traitement chez les hommes de cette région, y compris la coalition multipartenaire MenStar. En septembre 2021, MenStar avait lié près de 1,3 million d'hommes au traitement du VIH en Afrique australe, 91 % d'entre eux ayant réduit leur charge virale à des niveaux très bas.⁵



4. Alors qu'elles ne représentent que 10 % de la population, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) représentaient 25 % des nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne en 2020 (sur la base des estimations de l'ONUSIDA en 2021).

5. Pour plus d'informations, veuillez consulter : <https://menstarcoalition.org/about-menstar/>.

FIGURE 12. Répartition des nouvelles infections à VIH et de la population, par âge et sexe, Afrique subsaharienne, 2020

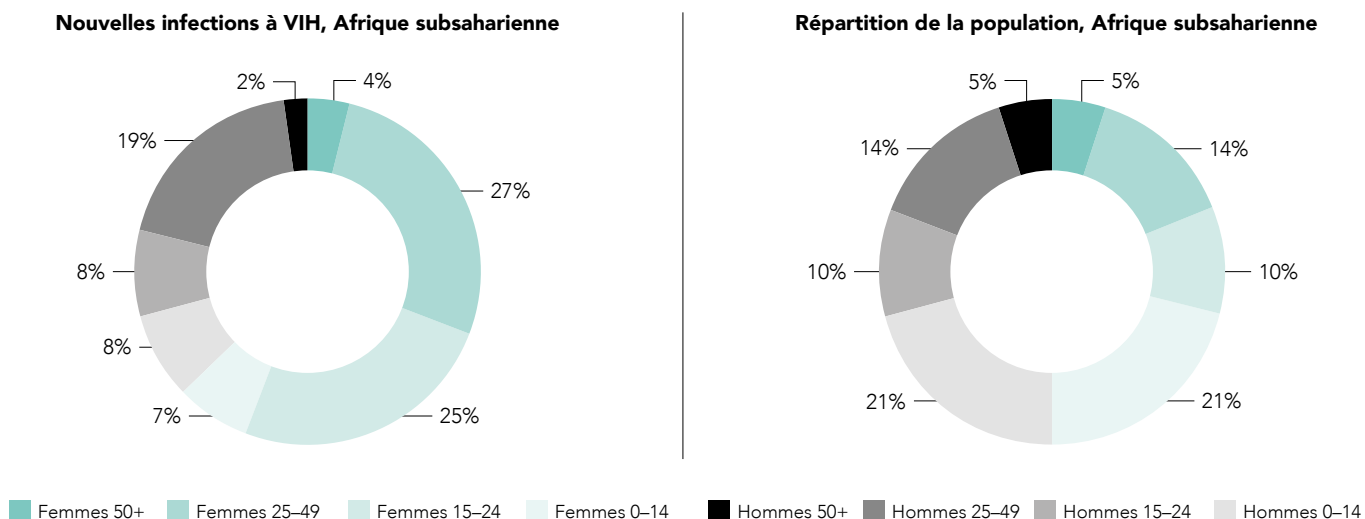
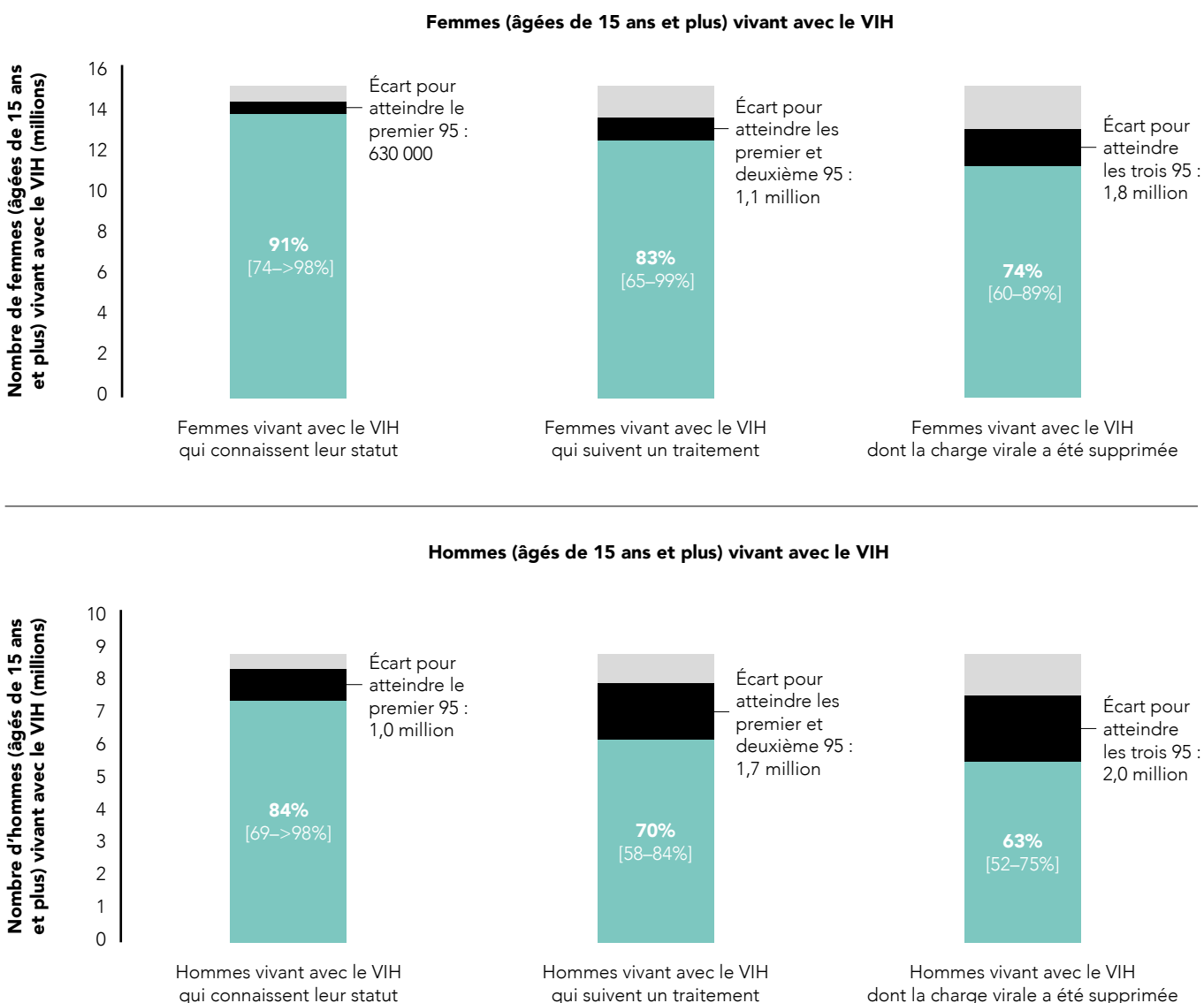


FIGURE 13. Cascade de dépistage et de traitement du VIH, femmes (15+) par rapport aux hommes (15+), Afrique subsaharienne, 2020




Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2021..

Il est généralement admis que les normes de masculinité en vigueur encouragent les comportements à risque plus élevé chez les hommes et les découragent de rechercher des services de santé (22). Mais une analyse approfondie des données de fréquentation des établissements de santé révèle une image plus nuancée et indique des améliorations simples et pratiques (23).

Des études menées au Malawi, par exemple, montrent que les hommes de ce pays visitent en fait régulièrement les établissements de santé. Ils fréquentent les services ambulatoires pour les soins aigus, et ils fréquentent d'autres services, accompagnant les enfants ou les conjoints (23, 24). Une étude récente dans 36 villages a révélé que 70 % des hommes ayant besoin d'un test de dépistage du VIH s'étaient rendus dans un établissement de santé au cours des 12 mois précédents. Dans une étude précédente, près d'un quart des hommes vivant en milieu rural (22 %) avaient accédé à des services de santé pour leur propre santé au cours des deux mois précédents (25). Mais ces hommes se voient rarement proposer des services de dépistage du VIH, même dans les milieux où le VIH est très répandu : dans une étude récente, seuls 7 % des hommes ayant besoin d'un test de dépistage du VIH en ont reçu un (25). En outre, la plupart des services liés au VIH étaient organisés autour des services de santé génésique et infantile, un modèle également observé ailleurs (26).

Les données programmatiques de routine ont montré que les stratégies de sensibilisation axées sur l'auto-dépistage du VIH, l'index testing et le test en milieu de travail ont augmenté les taux de dépistage chez les hommes (27). L'analyse des données du Malawi suggère que d'autres options actuellement disponibles peuvent également être mieux utilisées. Par exemple, les services de consultation externe et d'autres établissements peuvent tirer parti des visites des hommes en proposant effectivement un test de dépistage du VIH et en procédant à d'autres ajustements de base, notamment des heures d'ouverture plus pratiques (au-delà des heures normales de travail), des temps d'attente réduits et une plus grande intimité et confidentialité (23, 24). Dans de nombreux cas, ces changements profiteraient également aux femmes.



LES DONNÉES DE L'ONUSIDA MONTRENT QUE LES HOMMES VIVANT AVEC LE VIH EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE SONT MOINS SUSCEPTIBLES QUE LES FEMMES D'ÊTRE DIAGNOSTIQUÉS SÉROPOSITIFS OU DE COMMENCER ET DE CONTINUER À SUIVRE UN TRAITEMENT ANTI-VIH. LES STRATÉGIES DE SENSIBILISATION AXÉES SUR L'AUTO-DÉPISTAGE DU VIH, LE DEPISTAGE PAR CAS INDEX ET LE TEST EN MILIEU DE TRAVAIL ONT AUGMENTÉ LES TAUX DE DÉPISTAGE CHEZ LES HOMMES.

1. Achrekar A. Our global plan to fight HIV has been a strategic weapon against COVID. In: The Hill [Internet]. 20 September 2021. Washington (DC): The Hill; c2021 (<https://thehill.com/opinion/healthcare/573056-our-global-plan-to-fight-hiv-has-been-a-strategic-weapon-against-covid>).
2. DHIS2 [Internet]. Oslo: University of Oslo (<https://dhis2.org>).
3. Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006108.
4. Gullo S, Galavotti C, Sebert Kuhlmann A, Msiska T, Hastings P, Marti CN. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: a cluster-randomized controlled evaluation. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171316.
5. Danhoundo G, Nasiri K, Wiktorowicz ME. Improving social accountability processes in the health sector in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):497.
6. The Community Treatment Observatory model explained. Summary brief. International Treatment Preparedness Coalition; 2019 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/itpc-community-treatment-observatory-model-explained-2019-summary.pdf>).
7. "They keep us on our toes": how the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. International Treatment Preparedness Coalition; September 2020 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>).
8. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
9. Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Pllack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M et al. Community-led quality improvement of HIV services using community scorecards in Vietnam. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract OALD01LB02.
10. Tufekci Z. The unvaccinated may not be who you think. In: New York Times [Internet]. 15 October 2021. New York (NY): The New York Times Company; c2021 (<https://www.nytimes.com/2021/10/15/opinion/covid-vaccines-unvaccinated.html>).
11. O'Neill Institute, Treatment Action Campaign, Health Gap, ITPC, ICW, Sexual Minorities Uganda (SMUG) et al. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. Washington (DC): O'Neill Institute for National and Global Health Law; 2020 (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).
12. Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanaugh M. Using community-led monitoring to hold national governments' and PEPFAR HIV programmes accountable to the needs of people living with HIV for quality, accessible health services. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract PED453.
13. Volkman T, Chase, M, Lockard AM, Henningham D, Albalak R. Lessons learned from the implementation of biological-behavioural surveys of key populations in the Caribbean. *AIDS Educ Prev*. 2019;30:528-41.
14. Hakim A, Macdonald V, Hladik W, Zhao J, Burnett J, Sabin K et al. Gaps and opportunities: measuring the key population cascade through surveys and services to guide the HIV response. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(S5):e25119.
15. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO; June 2017.
16. PEPFAR 2021 Country and Regional Operational Plan (COP/ROP) guidance for all PEPFAR countries. Washington (DC): U.S. Department of State (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/12/PEPFAR-COP21-Guidance-Final.pdf>).
17. Local Burden of Disease HIV Collaborators. Subnational mapping of HIV incidence and mortality among individuals aged 15–49 years in sub-Saharan Africa, 2000–2018, a modelling study. *Lancet HIV*. 2021;8:e363-e375.
18. Van Schalkwyk C, Dorrington RE, Seatlhodi T, Velasquez C, Feizadeh A, Johnson LF. Modelling of HIV prevention and treatment progress in five South African metropolitan districts. *Sci Rep*. 2021;11(1):5652.
19. 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;127:108-15.
20. 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.
21. Santelli JS, Mathur S, Song Z, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school and enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. *Global Soc Welf*. 2015;2:87-103.
22. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. What role do masculine norms play in men's HIV testing in sub-Saharan Africa? A scoping review. *AIDS Behav*. 2018;22(8):2468-79.
23. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(Suppl 2):e25517.
24. Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. *Bull World Health Organ*. 2021;99(9):618-26.
25. Yeatman S, Chamberlin S, Dovel K. Women's (health) work: a population-based, cross-sectional study of gender differences in time spent seeking health care in Malawi. *PLoS One*. 2018;13(12):e0209586.
26. Chikovore J, Gillespie N, McGrath N, Orne-Gliemann J, Zuma T. Men, masculinity, and engagement with treatment as prevention in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 3:74-82.
27. Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*. 2017;14:e1002262.

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2021

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. [Titre]. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Matériel tiers. Si vous souhaitez réutiliser des éléments 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.

