

PRÉVENTION DU VIH À L'HORIZON 2030

Un cadre d'accès
mondial pour des
réponses menées par
les pays



Sommaire

Introduction et contexte	2
<i>La nécessité urgente d'accélérer les progrès</i>	
Objectifs du Cadre d'accès à l'horizon 2030	5
<i>Un nouvel élan mondial pour la prévention du VIH</i>	
Changement de paradigme	10
<i>Une nouvelle ère de prévention du VIH</i>	
Cadre d'accès à la prévention 2030	11
<i>Une approche centrée sur la personne en matière d'accès et de choix</i>	
Optimisation de la prévention	19
<i>Priorisation améliorée dans un environnement aux ressources limitées</i>	
Financement de la prévention et durabilité	23
<i>Transformations de l'architecture d'investissement en prévention</i>	
Conclusion	28
<i>Appel à l'action pour la prévention menée par les pays</i>	
Annexes	31
<i>Annexe 1 : Étapes clés, estimations épidémiologiques et de ressources, et autres orientations</i>	
<i>Annexe 2 : Ressources de prévention du VIH</i>	
Références	42

Introduction et contexte

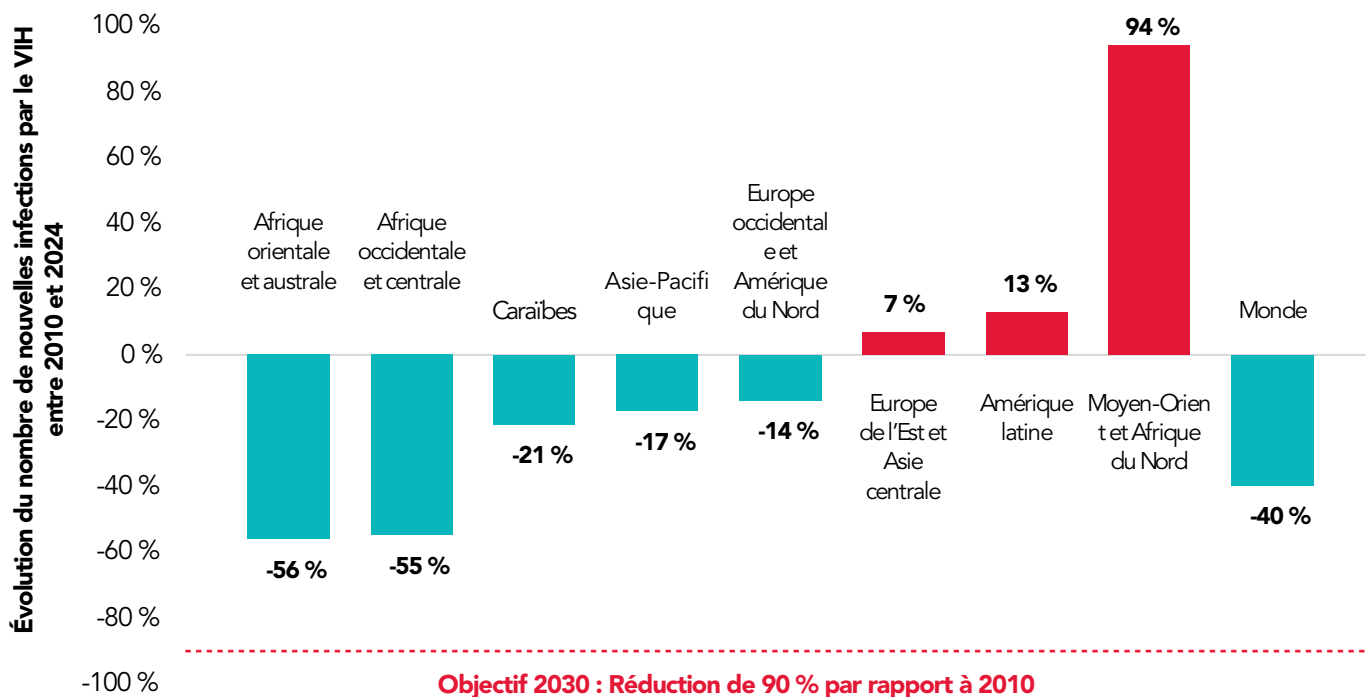
La nécessité urgente d'accélérer les progrès

Les objectifs mondiaux de prévention du VIH pour 2025 n'ont pas été atteints. Fin 2024, le nombre annuel de nouvelles infections par le VIH avait atteint son niveau le plus bas depuis plus de trois décennies. Mais cette baisse n'a pas été suffisamment marquée pour atteindre l'objectif de 2025, à savoir une réduction de 80 % des nouvelles infections entre 2010 et 2025. Fin 2024, le nombre de nouvelles infections dans le monde avait diminué d'environ 40 %.

Cinq pays – le Lesotho, le Malawi, le Népal, le Rwanda et le Zimbabwe – ont réussi à atteindre une réduction de 75 % entre 2010 et 2024 (1), démontrant ainsi que les objectifs étaient réalisables. Ces progrès ont été le fruit d'une forte volonté politique, d'un renforcement de la prévention et du traitement, du leadership communautaire et de la solidarité mondiale. Cependant, à l'échelle mondiale, la baisse des nouvelles infections par le VIH a été beaucoup trop lente pour atteindre les objectifs de 2025 et 2030 (moins de 200 000 nouvelles infections par le VIH par an en 2030).

Au total, on estime à 1,3 million (1 million – 1,7 million) le nombre de personnes qui ont contracté le VIH en 2024. Même dans les contextes où l'incidence du VIH est en baisse, certains groupes, notamment les populations clés, sont laissés pour compte. Alors que les nouvelles infections par le VIH diminuent en Afrique, elles stagnent voire augmentent dans d'autres régions (figure 1).

Figure 1. Évolution en pourcentage du nombre annuel de nouvelles infections par le VIH entre 2010 et 2024, par région et à l'échelle mondiale



Source : Estimations épidémiologiques de l'ONUSIDA pour 2025.

Les principaux groupes restent défavorisés. En 2024, la couverture médiane déclarée en matière de prévention du VIH n'était que de 38 % chez les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, de 39 % chez les personnes qui s'injectent des drogues, de 44 % chez les personnes transgenres et de 47 % chez les travailleur(se)s du sexe (2), tandis qu'on estime que 210 000 adolescentes et jeunes femmes ont contracté le VIH en 2024, soit 570 nouvelles infections par jour (1).

Pour la première fois depuis 2012, le nombre de pays criminalisant l'activité sexuelle entre personnes de même sexe et l'expression de sexospécificité a augmenté, créant des obstacles supplémentaires à l'accès et à l'utilisation des moyens de prévention du VIH (3). Les populations clés ainsi que la santé et les droits sexuels et reproductifs font l'objet d'une opposition organisée croissante, alimentée en partie par la désinformation propagée sur les réseaux sociaux.

Un traitement efficace et un large accès à la prévention primaire constituent les piliers d'une prévention réussie du VIH. De nouvelles technologies promettent d'accélérer les progrès en matière de prévention. Les antirétroviraux injectables à action prolongée (ARV) représentent l'une des plus grandes avancées dans le traitement du VIH depuis de nombreuses années (4). L'intelligence artificielle (IA) pourrait également contribuer à élargir l'accès à l'information relative au VIH afin d'aider les personnes à prendre des décisions éclairées en matière de prévention et de soins auto-administrés (5).

Une crise de financement sans précédent

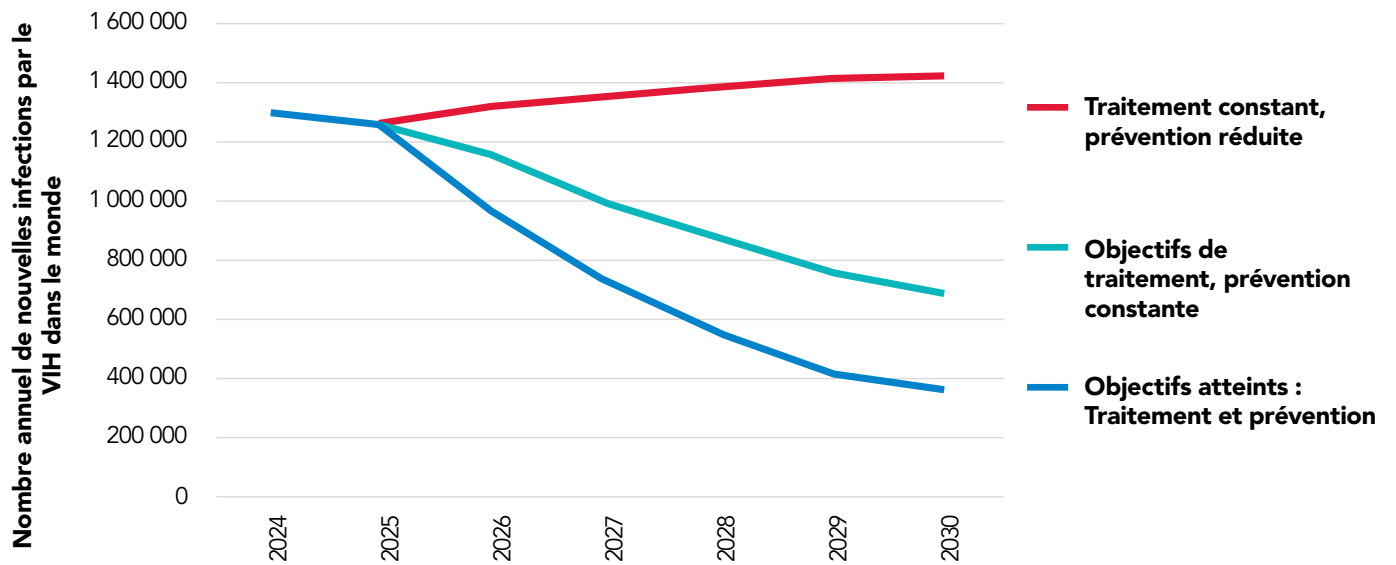
L'année 2025 a marqué le début de la crise de financement la plus grave depuis le début de la pandémie de sida. Les États-Unis d'Amérique ont considérablement réduit leur financement bilatéral pour la lutte contre le VIH (6, 7), tandis que le Fonds mondial a réduit ses allocations par pays pour le cycle de subventions 7 (2023-2025) (8) ; le réapprovisionnement pour le cycle de subventions 8 est resté nettement inférieur au montant ciblé et aux fonds collectés lors du cycle précédent. Plusieurs autres pays donateurs, dont la France, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont également annoncé des réductions de leur aide étrangère de 40 à 70 % en 2026 (9).

Ces coupes budgétaires ont des conséquences dramatiques pour la prévention du VIH, notamment pour la réduction des risques chez les personnes qui consomment des drogues. En mai 2025, jusqu'à 3,5 millions de personnes appartenant à des populations clés n'étaient plus couvertes par des programmes spécialisés de prévention du VIH financés par le PEPFAR, et on estime que 2,5 millions de personnes avaient perdu l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) soutenue par le PEPFAR (10). Les systèmes de prévention ont été mis à mal.

Même avant ces coupes budgétaires, les investissements dans la prévention du VIH étaient insuffisants. Environ 1,7 à 2,1 milliards de dollars américains étaient disponibles pour la prévention primaire dans les pays à revenu faible et intermédiaire en 2024, ce qui représentait environ un tiers des 5,3 milliards de dollars nécessaires annuellement d'ici 2030 (11). Dans les enveloppes budgétaires existantes, la prévention est également sous-priorisée. D'après les rapports de 88 pays, seulement 10 à 12 % des dépenses totales consacrées au VIH étaient allouées à la prévention du VIH en 2024, soit environ la moitié des 24 % en moyenne nécessaires pour atteindre les objectifs de 2030 (12). De plus, les pays dépendaient fortement de sources externes : 64 des 82 pays ayant communiqué leurs données ont dépendu de sources externes pour au moins 75 % de leur financement en matière de prévention (12).

Même si la couverture du traitement du VIH est maintenue aux niveaux actuels (et que seule la prévention primaire est affectée par les réductions de financement), les nouvelles infections par le VIH devraient augmenter à partir de 2026 (figure 2). Il est nécessaire d'adopter une nouvelle approche pour atteindre les objectifs de 2030 dans ce contexte modifié.

Figure 2. Impact prévu de la réduction des financements alloués à la prévention sur les nouvelles infections par le VIH, 2025-2030



Source : Estimations et projections de l'ONUSIDA d'après Avenir Health, octobre 2025.
 Pour plus d'informations, veuillez consulter : https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-04/JC3144_Estimates_Funding_cuts_impact_En.pdf

Objectifs du Cadre d'accès à l'horizon 2030

Un nouvel élan mondial pour la prévention du VIH

L'objectif global pour 2030 est de réduire l'incidence du VIH à l'échelle mondiale de 90 % par rapport à 2010, comme indiqué dans la [Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031](#). Les 16 principaux objectifs de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida, y compris ceux relatifs à la prévention, au traitement et aux facteurs facilitants, œuvrent de concert pour réduire l'incidence du VIH, les décès liés au sida et la discrimination liée au VIH.

Ce Cadre d'accès à la prévention à l'horizon 2030 se concentre sur l'un de ces objectifs prioritaires, qui couvre la prévention primaire et exige que **90 % des personnes ayant besoin de prévention contre le VIH utilisent des options de prévention efficaces d'ici à 2030**. Cet objectif est désagrégé en 15 objectifs de prévention de deuxième ligne pour des populations et des programmes spécifiques (voir le tableau 3a pour le flux logique des objectifs et le tableau 5 de l'annexe 1 pour une liste complète).

Le Cadre d'accès à la prévention à l'horizon 2030 présente plus en détail les étapes et les actions nécessaires à la réalisation de ces objectifs, qui reposent tous sur les trois priorités de la Stratégie mondiale de lutte contre le sida : des réponses au VIH résilientes, durables et menées par les pays ; des services axés sur les personnes ; et un leadership communautaire.

Les étapes chiffrées du Cadre comprennent les étapes 40+20, qui prévoient que 40 millions de personnes vivant avec le VIH aient accès à un traitement contre le VIH et bénéficient d'une suppression virale, et que 20 millions de personnes aient accès à des options de prévention du VIH basées sur les ARV d'ici 2030. Ces étapes clés, ainsi que d'autres, sont illustrées dans la figure 3 et seront abordées plus en détail ci-dessous.

Globalement, l'initiative d'accès à la prévention du VIH à l'horizon 2030 vise à accélérer l'utilisation des innovations, à étendre le recours aux interventions les plus rentables ainsi qu'à relever les défis de durabilité auxquels est confrontée la riposte au VIH.

Figure 3. Objectifs clés et étapes chiffrées

a. Objectifs de prévention primaire à l'horizon 2030 dans la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031.

DÉNOMINATEUR	COUVERTURE	RÉSULTAT
Personnes ayant besoin de prévention du VIH	95 % des personnes ayant besoin de prévention ont été atteintes par la prévention du VIH	90 % des personnes ayant besoin de prévention utilisent des options de prévention efficaces
<p>Jeunes et adultes (dans les zones à forte prévalence du VIH)</p> <p>Populations clés (travailleur(se)s du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, personnes transgenres, personnes qui s'injectent des drogues, personnes en prison et autres lieux clos)</p>	<p>Traduit en :</p> <ul style="list-style-type: none"> 95 % des personnes ayant été atteintes par des programmes de prévention axés sur la personne 95 % des besoins nationaux couverts en matière de distribution de préservatifs, de PrEP, de PEP, d'aiguilles, de seringues et de TAO 90 % des adolescents et des jeunes reçoivent une éducation sexuelle complète 80 % des programmes de prévention du VIH axés sur les personnes et destinés aux populations clés sont mis en œuvre par des organisations communautaires 	<p>Traduit en :</p> <ul style="list-style-type: none"> 80 % utilisent le préservatif avec des partenaires occasionnels Jusqu'à 80 % d'utilisation de la PrEP, y compris les produits à action prolongée, conformément aux données épidémiologiques et aux choix des individus <p>Cibles spécifiques à la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> 90 % des garçons et des hommes ont eu accès à la circoncision masculine volontaire dans 15 pays prioritaires 95 % des personnes qui s'injectent des drogues utilisent du matériel d'injection sécurisé, et 50 % des personnes qui s'injectent des opioïdes sous TAO 95 % des travailleur(se)s du sexe et de leurs clients utilisent un préservatif lors de rapports sexuels tarifés

b. Étapes chiffrées pour la réduction de l'incidence du VIH dans le cadre de l'accès à la prévention.



Note : TAO : traitement d'entretien par agoniste opioïde ; PEP : prophylaxie post-exposition ; PrEP : prophylaxie pré-exposition ; CMMV : circoncision masculine médicale volontaire

c. Relation entre les objectifs, les étapes clés, les scénarios de référence et les hypothèses sous-jacentes à l'horizon 2030

Objectif	Jalon numérique ⁱ	Base de référence ⁱⁱ	Remarques et hypothèses
90 % des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale indétectable	40 millions de personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement efficace contre le VIH	En 2024, on estimait à 31,6 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH qui recevaient un traitement contre le VIH (1)	40 millions est le chiffre arrondi qui représente 90 % des personnes vivant avec le VIH dans tous les pays du monde en 2030.
Jusqu'à 80 % d'utilisation de la PrEP , y compris les produits à action prolongée, conformément à l'épidémiologie et aux choix des personnes	20 millions de personnes dans le monde utilisent efficacement la PrEP avec une part croissante d'options de PrEP à action prolongée	En 2024, on estimait à 3,9 millions le nombre de personnes qui utilisaient la PrEP au moins une fois dans l'année (ce qui correspond à environ 2 millions de personnes-années d'utilisation de la PrEP).	L'objectif fait référence à 20 millions de personnes-années de PrEP. Cela représente environ le double de l'objectif de 10,6 millions de personnes-années fixé pour 2025. L'estimation arrondie des besoins mondiaux en PrEP dans tous les pays est de 20 millions de personnes-années d'utilisation. Elle est calculée selon une échelle mobile. Les objectifs de PrEP pour les sous-populations dans les pays varient en fonction de l'incidence du VIH et d'autres critères entre 0 et 80 % (voir Tableau 6 dans l'Annexe 1).
95 % des adolescentes et jeunes femmes, des femmes adultes, des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que des adolescents et des hommes vivant dans des contextes où le VIH est élevé, ont effectivement été atteints par des programmes de prévention du VIH axés sur les personnes	60 millions de femmes et de filles ainsi que d'hommes et de garçons vivant dans des contextes où l'incidence du VIH est élevée ont accès à des programmes combinés de prévention du VIH	En 2024, environ un tiers des adolescentes et des jeunes femmes vivant dans des contextes à forte prévalence du VIH bénéficiaient de programmes dédiés. Environ la moitié des hommes et des garçons éligibles à la circoncision masculine médicale volontaire (CMMV) étaient atteints grâce à cette intervention.	Le chiffre de 60 millions de personnes est un nombre arrondi représentant 95 % des personnes vivant dans des zones géographiques et des sous-populations (désagrégées par âge, sexe et partenaires réguliers/non réguliers) où l'incidence du VIH dépasse 0,2 % en Afrique subsaharienne. Dans d'autres régions, une incidence du VIH supérieure à 0,2 % est extrêmement rare en dehors des populations clés. Ce nombre n'inclut pas les populations clés, pour lesquelles des étapes numériques spécifiques sont définies dans la ligne suivante.

i Les jalons numériques sont basés sur les analyses spéciales de l'ONUSIDA pour les estimations des besoins en ressources à l'horizon 2030 (traitement, PrEP, populations clés, réduction des risques), [outil SHIPP](#) (femmes et filles, garçons et hommes) et les estimations des besoins en matière de prévention du spectre (préservatifs).

ii Sauf indication contraire, toutes les valeurs de référence de cette section sont basées sur : Le Tableau de bord mondial de la prévention du VIH. Analyse spéciale. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida 2025 ; (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/scorecards>)

<p>95 % des populations clés ont été effectivement atteintes grâce à des programmes de prévention du VIH axés sur les personnes</p>	<p>38 millions de personnes appartenant à des populations clés (travailleur(se)s du sexe, homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), personnes qui s'injectent des drogues (PID), personnes transgenres, détenus) ont accès à la prévention du VIH</p>	<p>En 2024, dans les pays ayant communiqué ces données, 55 % des travailleur(se)s du sexe, 30 % des HSH, 40 % des PID et 44 % des personnes transgenres ont bénéficié de services et d'outils de prévention du VIH (2).</p>	<p>38 millions représentent 95 % des populations clés qui doivent être atteintes par les programmes de prévention du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire.</p>
<p>80 % d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec des partenaires occasionnels 95 % d'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels tarifés parmi les travailleur(se)s du sexe et leurs clients</p>	<p>20 milliards de préservatifs distribués et vendus pour la prévention du VIH par an. Cela porterait le marché mondial des préservatifs à environ 35 milliards d'unités en 2030.</p>	<p>L'utilisation médiane du préservatif lors du dernier rapport sexuel tarifé était de 84 % selon les déclarations des travailleur(se)s du sexe (2) et de 74 % selon les déclarations des hommes ayant payé pour des relations sexuelles. L'utilisation médiane du préservatif avec des partenaires occasionnels était de 63 % selon les déclarations des hommes et de 36 % d'après les femmes.</p>	<p>20 milliards de préservatifs représentent le besoin total en préservatifs pour la prévention du VIH, dont 6 milliards en Afrique subsaharienne pour toutes les populations et 14 milliards pour les populations clés à l'échelle mondiale. Le besoin est établi en appliquant des objectifs de pourcentage à différentes sous-populations. La valeur de 35 milliards de préservatifs inclut également l'utilisation du préservatif par des couples non touchés par le VIH à des fins contraceptives.</p>
<p>95 % des personnes qui s'injectent des drogues ont utilisé des dispositifs d'injection sécurisés lors de leur dernière injection 50 % des personnes qui s'injectent des opioïdes suivent un traitement d'entretien par agoniste opioïde</p>	<p>7 millions de personnes qui s'injectent des drogues utilisent la réduction des risques, y compris des dispositifs d'injection sécurisés, le traitement d'entretien par agonistes opioïdes et la prévention des surdoses</p>	<p>En 2024, 4 personnes sur 10 qui s'injectaient des drogues avaient bénéficié de services de réduction des risques. L'utilisation médiane des dispositifs d'injection sécurisés dans les pays était de 87 % et la couverture médiane du traitement d'entretien par agonistes opioïdes était de 9 % (2).</p>	<p>7 millions représentent 95 % des personnes qui s'injectent des drogues dans les pays à revenu faible et intermédiaire.</p>
<p>Au moins 20 % des fonds nationaux alloués à la lutte contre le VIH devraient être consacrés à la prévention primaire</p>	<p>Aucun jalon global agrégé disponible</p>	<p>En 2023 et 2024 (d'après les données de 48 pays), environ 8 % des fonds nationaux alloués à la lutte contre le VIH ont été consacrés à la prévention (12).</p>	<p>Cet objectif est un point de repère indicatif, basé sur une moyenne mondiale de 24 % des besoins en ressources nécessaires à la prévention du VIH. Les besoins exacts doivent être déterminés au niveau national.</p>

Jalons annuels pour les individus et options de prévention

Par souci de clarté et de responsabilité, les gouvernements nationaux et infranationaux sont encouragés à définir des objectifs chiffrés annuels clairs, basés sur des estimations régulières des besoins du pays. Les étapes annuelles par pays présentées dans le tableau 1 sont données à titre d'exemple. (La figure 5 de l'annexe 1 présente les étapes annuelles de prévention par région). Des jalons annuels nationaux, voire infranationaux, peuvent être formulés à l'aide de processus et d'outils d'estimation des besoins annuels du pays. Ces données ont été intégrées au modèle Spectrum que les pays utilisent chaque année pour établir leurs estimations annuelles et qui est demandé dans le cadre du processus de surveillance mondiale du sida. Un soutien supplémentaire sera apporté à la production et à l'utilisation de ces estimations par l'ONUSIDA et la Coalition mondiale pour la prévention du VIH.

Tableau 1. Exemple illustratif de pays pour les jalons annuels d'accès à la prévention du VIH, 2026-2030

	2024 (base de référence)	2026	2027	2028	2029	2030
Préservatifs	52 millions	56	64	72	80	85 millions
PrEP	70 000	100 000	220 000	270 000	350 000	350 000
PEP	À confirmer	À confirmer	À confirmer	À confirmer	À confirmer	À confirmer
CMMV	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000	120 000
Femmes et filles dans les régions où l'incidence du VIH est élevée (>0,2 %)	350 000	350 000	550 000	750 000	900 000	900 000
Hommes et garçons dans les régions où l'incidence du VIH est élevée (>0,2 %)	200 000	200 000	300 000	350 000	400 000	400 000
Travailleur(se)s du sexe atteint(e)s	23 000	25 000	35 000	40 000	45 000	45 000
HSH atteints	20 000	24 000	32 000	40 000	50 000	60 000
Personnes TG atteintes	1000	1500	2000	3000	3500	4000
PID atteintes utilisant des aiguilles et des seringues	4000	6000	8000	9500	9500	9500
PID recevant un TAO	500	1000	2000	3000	4000	4800
Détenus atteints	1000	2000	3000	5000	6000	6000

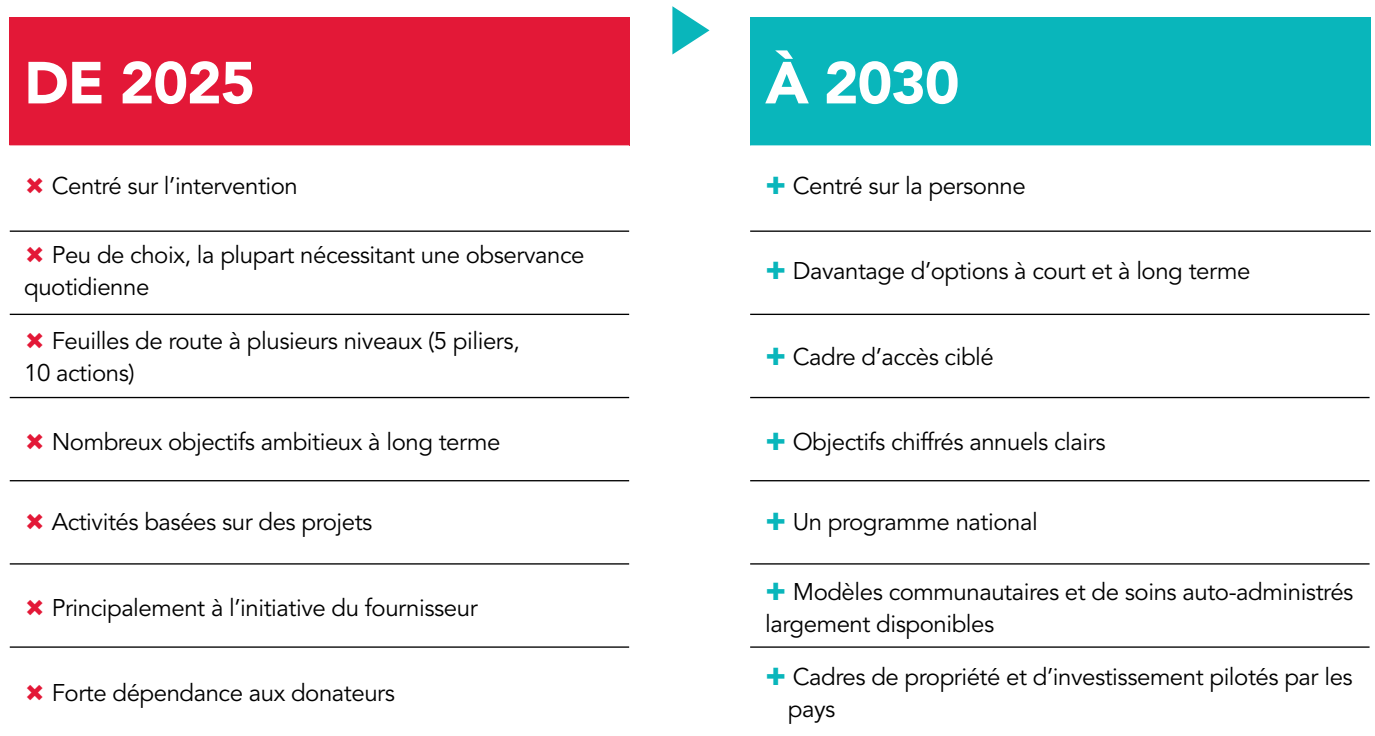
Note : Ce tableau présente les étapes clés du développement d'un pays représentatif d'Afrique subsaharienne.

Changement de paradigme

Une nouvelle ère pour la prévention du VIH

Ce nouveau contexte, ces nouveaux défis et ces nouvelles opportunités marquent le début d'une nouvelle ère pour la prévention du VIH. Le Cadre mondial d'accès à la prévention à l'horizon 2030 propose une approche ciblée pour atteindre les objectifs mondiaux de lutte contre le VIH à l'horizon 2030 dans un contexte de contraintes financières. Avec des changements stratégiques et des investissements appropriés (figure 4), il est possible que chaque personne à risque de contracter le VIH ait accès à une option de prévention adaptée à ses besoins d'ici 2030.

Figure 4. Le changement de paradigme pour la « prévention du VIH 2030 »



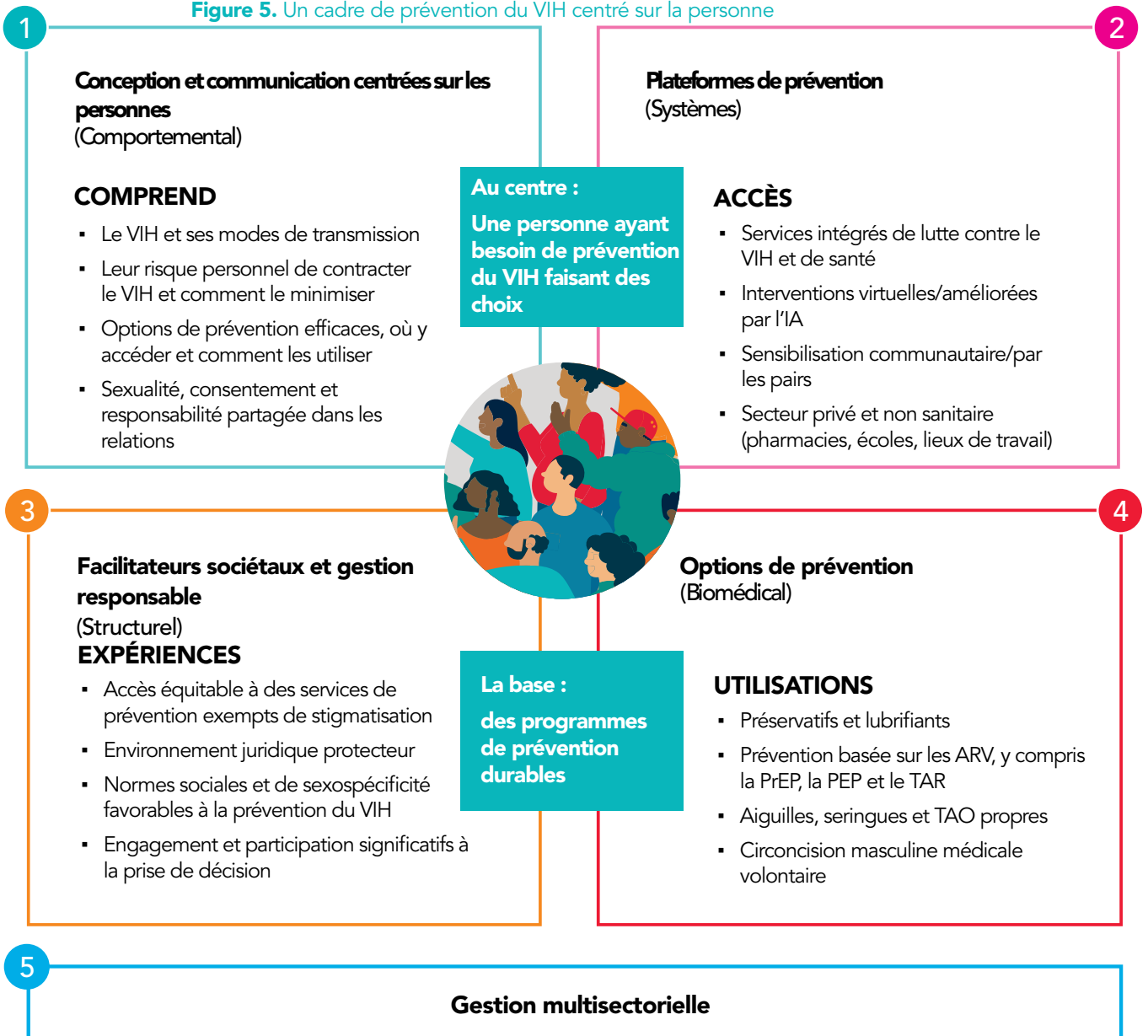
Cadre de prévention à l'horizon 2030

Une approche centrée sur la personne en matière d'accès et de choix

La « Prévention du VIH à l'horizon 2030 » est un cadre d'accès ciblé. Elle est structurée autour des « parcours » de prévention des personnes et reflète le fait qu'elles ont besoin de : **1) comprendre** leurs besoins, options et avantages en matière de prévention ; **2) accéder** à des services de prévention ; **3) utiliser** efficacement les options de prévention ; et **4) bénéficier** d'un environnement favorable (figure 5).

Ces quatre dimensions englobent les considérations comportementales, biomédicales, structurelles et systémiques qui peuvent soutenir la planification et l'investissement menés par les pays au cours des cinq prochaines années.

Figure 5. Un cadre de prévention du VIH centré sur la personne



1. Conception et communication centrées sur les personnes (comportementales)

L'efficacité des options de prévention du VIH dépend de la volonté des individus de les utiliser. Il est donc essentiel de s'attaquer aux facteurs clés qui influencent ces décisions, notamment : les connaissances des personnes sur la prévention du VIH (13) et sur les lieux où accéder aux services ; leur compréhension quant à leur risque personnel ; et leur capacité à prendre des décisions éclairées. Il existe de nombreuses preuves de ce que les interventions comportementales peuvent accomplir et de leurs limites (14).

Bien que les premières baisses de l'incidence du VIH aient été liées en partie à des changements de comportement sexuel comme la réduction des partenaires multiples, ces changements n'ont pas été durables. Les données probantes indiquent que les interventions comportementales peuvent contribuer à développer les connaissances, la motivation, la demande et les compétences dont les personnes ont besoin pour faire des choix éclairés en matière de prévention et utiliser efficacement les options de prévention. Mais, prises isolément, ces interventions ne devraient pas permettre de réduire l'incidence du VIH. Par conséquent, les conseils et les informations sur le VIH destinés aux populations clés ne devraient pas viser à modifier les comportements sous-jacents, mais ils peuvent être utilisés pour favoriser l'engagement et devraient être fournis de manière non jugeante, parallèlement à d'autres interventions de prévention (15).

De nouvelles orientations définissent les principes clés de la conception et de la communication centrées sur la personne (16). Pour améliorer les réponses, les pays peuvent :

Appliquer une approche de conception centrée sur la personne pour élaborer un plan de communication de prévention consolidé mais différencié. Par le passé, les communications en matière de prévention du VIH étaient souvent spécifiques à un produit ou à un projet, et donc fragmentées. La communication en matière de prévention du VIH peut désormais aborder différentes options de prévention et leurs avantages, et non plus seulement des produits spécifiques. De même, une approche de communication globale devrait être conçue pour tous les publics cibles, plutôt que pour des groupes spécifiques, tout en devant être suffisamment différenciée pour certaines populations clés et prioritaires. Les messages basés sur une conception centrée sur la personne sont bénéfiques, tandis que les campagnes médiatiques de masse non ciblées sont déconseillées (17). À titre d'exemple, la stratégie de communication sur le VIH du Zimbabwe identifie les meilleurs influenceurs et canaux d'information pour atteindre différentes populations (18).

- ▶ **Élaborer et mettre en œuvre une stratégie optimisée de communication préventive.** La communication en matière de prévention du VIH nécessite une combinaison de communication médiatique à grande échelle pour les populations cibles plus larges et, en outre, des approches de sensibilisation interpersonnelle plus intensives (p. ex. pour les populations clés ou les très jeunes enfants dans des contextes à forte incidence du VIH). Des messages de prévention du VIH améliorés par l'IA peuvent être appliqués à différentes populations et à différentes fins, et ce à grande échelle. Il a été démontré qu'il accroît l'adoption de la PrEP (19), augmente l'utilisation du préservatif (20) et réduit les comportements pouvant entraîner la transmission du VIH aux groupes vulnérables (21). L'éducation complète à la sexualité (ECS) peut jeter les bases importantes permettant aux jeunes de recevoir des informations relatives à la prévention et d'acquérir des connaissances et des compétences qui protègent leur santé sexuelle. L'éducation à la sexualité et aux compétences devrait être intégrée aux programmes d'enseignement à l'échelle mondiale et ne devrait pas dépendre principalement des programmes et des financements liés au VIH.
- ▶ **Confier la direction des communications de prévention à une seule entité de santé publique multisectorielle.** Pour optimiser l'utilisation des ressources limitées, une institution à vocation multisectorielle est nécessaire pour coordonner les communications. Elle devrait le faire en étroite collaboration avec les communautés, les acteurs de la mise en œuvre et d'autres secteurs, notamment en tirant parti de l'expertise du secteur privé en matière de communication.

2. Plateformes (systèmes) de prévention

La prévention durable du VIH nécessite un système bien défini, piloté par le pays, qui assure l'accès à l'information par le biais de différentes plateformes sanitaires et non sanitaires. Les personnes ayant besoin de prévention contre le VIH devraient pouvoir choisir parmi une gamme définie de plateformes de prestation

de services qui répondent aux besoins des différentes sous-populations (figure 6).

Par le passé, l'accès s'est parfois fait par le biais de projets fragmentés et limités dans le temps. Le nouveau Cadre 2030 applique une approche systémique. Il prend en compte la faisabilité, la portée, les préférences et les obstacles qui affectent les différentes populations. Par exemple, les pays utilisent différents modèles pour atteindre les populations clés à grande échelle (22). Des orientations supplémentaires sur les programmes de lutte contre le VIH durables et à grande échelle destinés aux populations clés sont disponibles (23) ; elles appliquent un modèle différencié pour les plateformes d'accès de confiance destinées aux populations clés (voir [Figure 3](#) dans l'Annexe 1). Des orientations sur un modèle différencié pour atteindre les adolescentes et les jeunes femmes sont également disponibles (24).

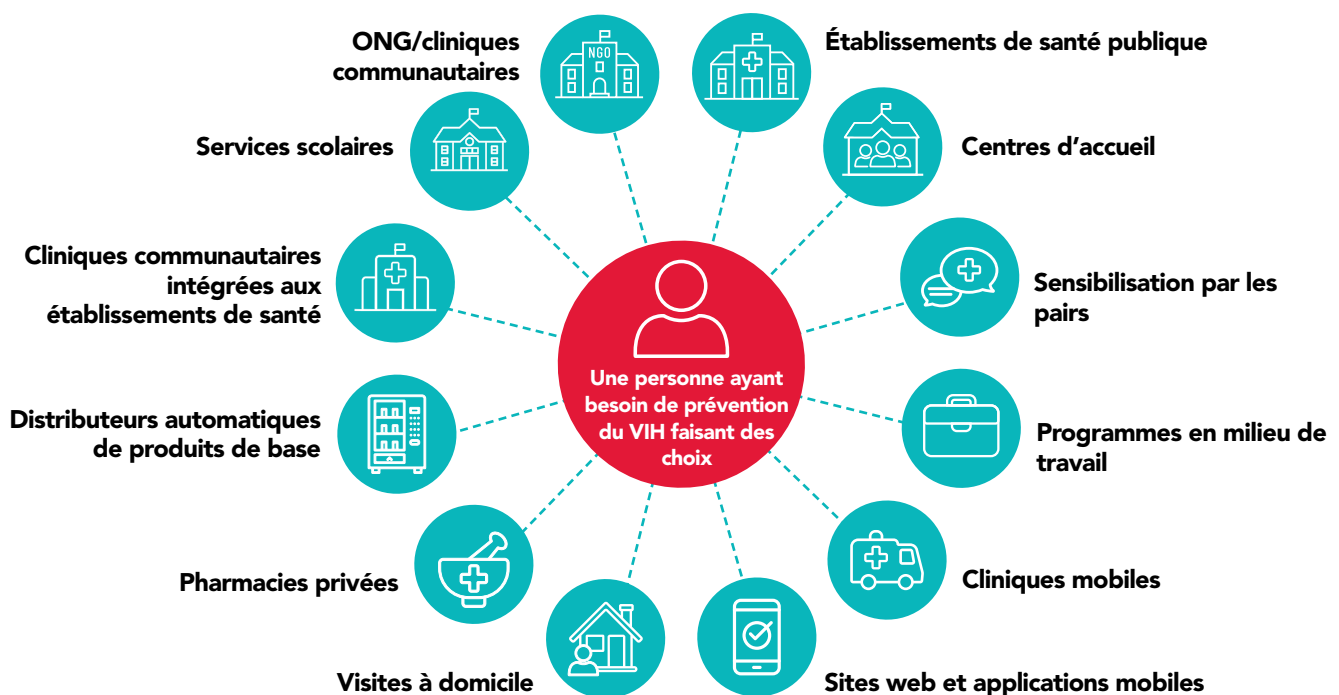
En tenant compte de leur contexte, les pays peuvent :

- ▶ **Déterminer la combinaison la plus appropriée de points d'accès.** Un processus multipartite piloté par le gouvernement peut définir les points d'accès pour toutes les populations concernées et les options de prévention, y compris les services publics, privés et communautaires. L'ensemble des plateformes disponibles dépendra des ressources disponibles et devra être fondé sur des données probantes et évolutive. Les pays devraient cartographier l'accès à la prévention par population et par plateforme, en tenant compte de la pertinence, de la faisabilité, du respect de la vie privée, de la sécurité et de l'accessibilité (qui varient selon les sous-populations). La collaboration intersectorielle – notamment dans les domaines de l'éducation (écoles), du travail (lieux de travail), etc. – est essentielle pour développer les plateformes de mise en œuvre des mesures de prévention du VIH.
- ▶ **Identifier les opportunités d'intégration pour améliorer l'accès.** L'intégration de la prévention du VIH dans les soins primaires et les services de santé sexuelle et reproductive (SSR) est une approche de durabilité recommandée, en particulier dans les contextes où l'incidence du VIH est élevée dans la population générale et où les femmes et les hommes sont régulièrement atteints par le biais de ces services (25). Par exemple, dans plusieurs pays fortement touchés, un grand nombre de femmes sexuellement actives ont accès à la contraception, mais des lacunes persistent dans l'intégration du VIH aux services de contraception. Ces problèmes peuvent être résolus à l'aide des directives opérationnelles existantes (26). Les possibilités d'intégration comprennent : le conseil en prévention du VIH à l'initiative du prestataire ; le dépistage ; la distribution systématique de préservatifs ; et l'accès à la PrEP dans le cadre des services de contraception. À l'inverse, les services de santé sexuelle et reproductive, y compris la contraception, peuvent être intégrés aux programmes de dépistage et de traitement du VIH. Le leadership gouvernemental (en matière de politique, de financement et de responsabilité) est un facteur essentiel à l'intégration (27).
- ▶ **Élaborer des modèles différenciés pour améliorer l'accès des populations clés.** Pour les populations clés, des approches différenciées sont nécessaires dans la plupart des contextes. Le « modèle KK » de la Malaisie et l'approche des « services différenciés de lutte contre le VIH pour les populations clés » représentent un bon exemple d'intégration, où le gouvernement et les communautés partagent divers rôles (26). **D'autres modèles réussis** proposent des services clés de prévention du VIH dirigés par la population et qui fonctionnent dans des établissements publics dotés d'espaces d'engagement communautaire désignés (27). Toutefois, de tels modèles ne fonctionnent que si la stigmatisation et la discrimination des populations clés dans les services sont minimisées. Lorsque la sécurité, la confidentialité et les services exempts de stigmatisation ne peuvent être garantis, la prestation de services par la communauté et les pairs, notamment par le biais de plateformes d'accès fiables, durables et intégrées, est essentielle pour atteindre les populations clés (28). Selon une analyse multicentrique, on estime que 10 à 45 % des populations clés accèdent à la prévention par le biais d'organisations dirigées par des pairs et que 33 à 51 % supplémentaires y ont accès par le biais d'organisations non gouvernementales (ONG) (29).
- ▶ **Développer l'utilisation des plateformes d'accès virtuelles et de télésanté innovantes.** Des plateformes virtuelles efficaces ont été développées et/ou étendues pendant la COVID-19 et devraient être maintenues et encore élargies (30). Les plateformes virtuelles peuvent améliorer la portée des actions, notamment pour les programmes animés par des pairs. Les options de télésanté sont rentables, peuvent aider à mobiliser les populations difficiles à atteindre, à réduire la stigmatisation et à créer des plateformes d'accès à la prévention plus accessibles (31).
- ▶ **Favoriser les approches de soins auto-administrés en matière de prévention du VIH.** Les soins auto-administrés en matière de prévention du VIH, associés à un soutien communautaire solide,

peuvent améliorer l'accès aux soins et les résultats, réduisant potentiellement les coûts. Les soins auto-administrés comprennent, par exemple, l'accès gratuit aux autotests et à la PrEP en pharmacie, ainsi que l'utilisation de distributeurs pour accéder à des produits de soins auto-administrés. Grâce aux chatbots, aux enregistrements virtuels et aux rappels numériques personnalisés, les outils basés sur l'IA peuvent soutenir les modèles de prévention des soins auto-administrés (32). Si ces modèles de soins auto-administrés étaient élargis, ils pourraient faire évoluer la prévention du VIH, actuellement assurée principalement par des prestataires de soins, même si ces derniers continueraient à jouer un rôle de soutien et de complément dans les soins auto-administrés.

- **Mettre en place un système national consolidé de données de prévention.** Des systèmes de données et de surveillance robustes et gérés par le pays sont nécessaires à la prévention. Les pays doivent disposer de systèmes de données sur la prévention qui fournissent des données clés sur la couverture et les résultats pour leur contexte. Il est également important de disposer de capacités d'analyse et d'utilisation des données, y compris les données générées par la communauté. Les pays peuvent utiliser les estimations annuelles des besoins en matière de prévention, basées sur un modèle, comme dénominateur pour le suivi annuel. Cela peut se faire plus régulièrement et à moindre coût que les enquêtes auprès de la population qui, bien que coûteuses, restent pertinentes pour la mesure d'impact, mais ne sont pas requises annuellement. Des outils de mesure des résultats plus légers, complémentaires à ces enquêtes, sont disponibles.
- **Assurer un approvisionnement régulier en produits de prévention par le biais de toutes les plateformes d'accès pertinentes.** Les considérations relatives à l'approvisionnement et à la chaîne logistique sont essentielles pour garantir la disponibilité des produits de prévention dans les différents points de vente. Pour maximiser la couverture et la portée, les pays devraient minimiser les coûts, par exemple en utilisant des plateformes d'achat internationales à grand volume pour les produits de prévention, quelle que soit la source de financement (33). Au niveau national, il est possible de tirer parti des systèmes logistiques de santé existants et des réseaux de distribution du secteur privé.

Figure 6. Diversifier les plateformes de prestation de services de prévention du VIH afin de maximiser le choix et l'accès



Choisir et hiérarchiser les plateformes de prévention en fonction du contexte national et des préférences des populations clés et prioritaires

3. Options de prévention (biomédicales)

Les personnes doivent pouvoir choisir entre différentes méthodes de prévention du VIH et différentes options de mise en œuvre. Cela inclut le « traitement comme méthode de prévention », étant donné que les personnes dont la charge virale est indétectable ne peuvent pas transmettre le VIH à d'autres (l'effet I=I, ou « indétectable = intransmissible » du traitement du VIH) (34, 35).

Avec la multiplication des options de prévention à court et à long terme, une approche systématique est désormais nécessaire pour proposer ces différentes options. Le concept de choix et de combinaison optimale des méthodes de prévention du VIH diffère partiellement de celui d'autres domaines de la santé publique tels que la contraception. Les préférences en matière de prévention varient selon les sous-populations. De plus, les outils peu coûteux et polyvalents comme les préservatifs et les aiguilles stériles sont largement pertinents même dans les régions où l'incidence du VIH est faible, tandis que les avantages de la PrEP sont les plus pertinents dans les contextes où l'incidence du VIH est importante (comme indiqué plus loin).

Compte tenu de ces considérations, les pays peuvent :

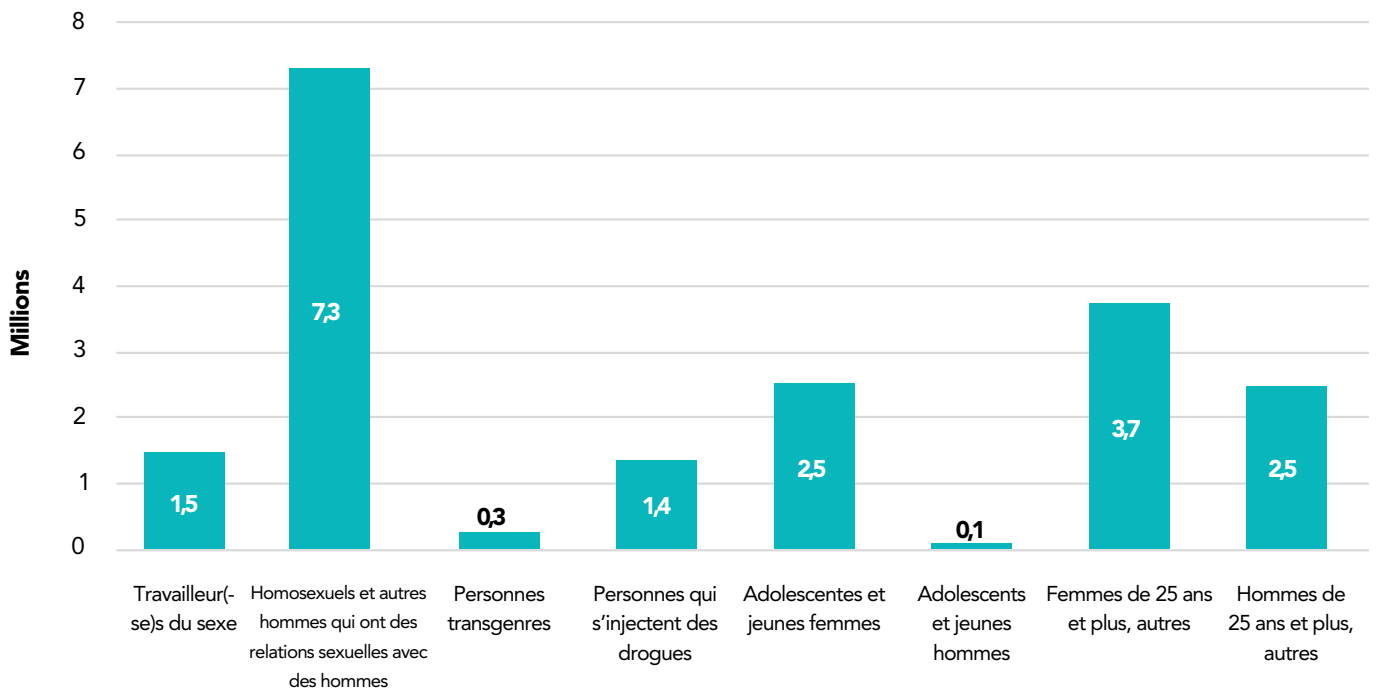
- ▶ **Offrir aux personnes un choix structuré de produits de prévention.** L'accès à des options pertinentes, le choix et la possibilité de changer de produits au fil du temps augmentent non seulement la couverture de prévention, mais sont également susceptibles d'être rentables (36). L'objectif principal est, en définitive, d'obtenir une couverture élevée en matière de prévention auprès des personnes les plus exposées au risque de contracter le VIH. La PrEP serait une option prioritaire pour certaines populations clés, mais complémentaire pour d'autres. Par exemple, le maintien d'un usage élevé et régulier du préservatif est une priorité pour les travailleur(se)s du sexe, tandis que la réduction des risques demeure une priorité absolue pour les personnes qui s'injectent des drogues.
- ▶ **Évaluer les besoins en différentes options de prévention par population.** Les estimations des besoins pour des méthodes spécifiques sont utiles à la planification et doivent être calculées en gardant à l'esprit une combinaison optimale. L'objectif est d'accroître globalement le recours à la prévention, et non pas seulement pour un seul produit. (Voir le tableau 1 pour un exemple de tableau de répartition des méthodes par pays pouvant être adapté à des fins de planification.)
- ▶ **Introduire rapidement les traitements antirétroviraux et autres technologies de prévention à action prolongée.** Les personnes qui en ont le plus besoin doivent pouvoir choisir parmi les technologies de prévention existantes et nouvelles. Cela inclut les formulations PrEP injectables à action prolongée, l'anneau vaginal de dapivirine et la PrEP orale contenant du ténofovir. Alors que d'autres options, telles que la PrEP orale mensuelle (MK-8527), progressent dans les essais cliniques et sont approuvées par les organismes de réglementation, leur accès doit également être prioritaire. La mise à jour des lignes directrices relatives à la PrEP et l'accélération du processus d'approbation réglementaire sont donc des priorités absolues. À l'échelle mondiale, une étape clé consiste à garantir qu'au moins 20 millions de personnes utilisent différentes options de PrEP d'ici à 2030, ventilées par population (figure 7).
- ▶ **Garantir un accès équitable et à grande échelle aux préservatifs pour une triple protection.** Les préservatifs restent le seul outil qui protège simultanément contre le VIH, les autres infections sexuellement transmissibles (IST) et les grossesses non désirées. Ils demeurent également le principal choix contraceptif des adolescentes dans le monde. Cependant, la distribution et la promotion des préservatifs ont été moins mises en avant après 2010, ce qui a entraîné une baisse de leur utilisation et une augmentation des infections sexuellement transmissibles dans plusieurs contextes. Des pays de différentes régions ont démontré qu'il est possible d'atteindre un taux d'utilisation du préservatif de 80 % avec des partenaires occasionnels ; la baisse de son utilisation n'est donc pas universelle. (37)

Pour combler les lacunes en matière d'utilisation du préservatif, les pays doivent redynamiser les approches globales du marché du préservatif, en associant des rôles complémentaires aux secteurs public, social et privé. On estime à 35 milliards le nombre de préservatifs nécessaires chaque année dans le monde à l'échelle mondiale pour une triple protection. Une approche programmatique axée sur la promotion du préservatif est nécessaire en Afrique subsaharienne pour atteindre l'objectif estimé de six milliards de préservatifs distribués et vendus annuellement d'ici 2030 (voir figure 3). Les besoins estimés en préservatifs parmi les populations clés du monde entier s'élèvent à environ 14 milliards par

an, besoins qui peuvent également être satisfaits par une approche de marché globale, les modèles du secteur privé jouant un rôle plus important dans les pays à revenus plus élevés.

- **Élargir l'accès à la réduction des risques pour les personnes qui consomment des drogues.** Les programmes de réduction des risques fondés sur des données probantes, notamment les aiguilles et les seringues propres, le TAO et la prévention des surdoses (naloxone), restent des options de prévention très efficaces, mais sont sous-utilisés. Les approches de réduction des risques mises en œuvre à l'échelle nationale et communautaire peuvent considérablement améliorer l'accès aux soins et réduire la transmission du VIH.

Figure 7. Besoins en PrEP dans la lutte contre le VIH d'ici 2030, par habitant, dans les pays à revenu faible et intermédiaire



Source : Estimation des besoins en matière de prévention du VIH par l'ONUSIDA, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025.

4. Facteurs sociétaux facilitateurs (structurels)

La stigmatisation et la discrimination, les lois punitives, les normes de sexospécificité néfastes et les inégalités créent des obstacles aux services de prévention du VIH, réduisent la suppression virale et augmentent l'incidence du VIH (38, 39, 40, 41). À l'échelle mondiale, le cadre juridique relatif à la prévention du VIH et aux populations clés s'est modérément amélioré depuis les années 1980, mais les progrès globaux ont stagné ces dernières années et ont même régressé dans certains pays. Il convient de s'attaquer à ces obstacles. L'espace civique des communautés touchées doit également être protégé.

Pour y parvenir, les pays peuvent :

- **Identifier les principaux obstacles à l'accès aux services de lutte contre le VIH et les facteurs influençant l'évolution de la situation liée au VIH au sein de différentes populations.** S'attaquer aux barrières liées aux droits humains, au genre et autres obstacles sociaux exige un engagement politique, des stratégies de collaboration et des investissements à long terme. Ces obstacles peuvent être identifiés dans le cadre de l'élaboration de plans et de stratégies nationaux de lutte contre le VIH, comme le prévoit la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031. Ce cadre se concentre sur les dimensions liées à la prévention.

- ▶ **Définir les rôles et les avantages comparatifs des partenaires pour surmonter les obstacles. Certains obstacles peuvent être surmontés par les secteurs de la santé, de la justice et de l'éducation, par exemple, et par les groupes de défense des droits des personnes vivant avec le VIH qui collaborent avec ces secteurs, les parlementaires et d'autres parties prenantes. Ces activités varieront selon les pays, mais peuvent inclure les éléments suivants :**ⁱⁱⁱ
 - Plaidoyer pour abaisser l'âge du consentement et supprimer l'exigence de consentement d'un tiers (parental et du conjoint) afin d'accéder aux méthodes de prévention du VIH, aux tests, aux services de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'aux informations connexes.
 - Décriminalisation des personnes et des comportements LGBTQI+, du travail du sexe, de la consommation de drogues et de la transmission du VIH.
 - Soutenir l'enregistrement légal des organisations communautaires qui fournissent des services de prévention du VIH et veiller à ce qu'elles puissent accéder au financement.
 - Développer la prévention des violences sexistes et l'accès aux services de lutte contre ces violences au sein des services de santé, avec des liens étroits avec les services de lutte contre le VIH, notamment la prophylaxie post-exposition (PEP) en temps opportun pour les survivant(e)s de violences sexuelles.
 - Promouvoir l'équité de genre et l'autonomisation des femmes.

- ▶ **Définir des mesures concrètes pour lever les obstacles structurels qui freinent les programmes de prévention.** Les efforts de prévention du VIH devront peut-être aussi s'attaquer aux barrières structurelles qui affectent directement l'accès des personnes aux options de prévention et leur utilisation, ou trouver des moyens de les contourner. Cela peut inclure :
 - Intégrer des messages sur les normes de genre positives dans les communications de prévention du VIH (p. ex. responsabilité partagée en matière de protection ; encourager les hommes à recourir aux services de santé).
 - Sensibiliser et soutenir les professionnels de la santé afin qu'ils fournissent des services de prévention du VIH respectueux, équitables et non discriminatoires, en particulier pour les populations clés et/ou les jeunes sexuellement actifs, notamment par le biais d'un suivi mené par la communauté.
 - Tenir compte des questions de sûreté, de sécurité et de confidentialité dans la conception des services de proximité, virtuels et en établissement destinés aux populations clés.
 - Renforcer les voies d'orientation et de recours en matière de soutien juridique afin de faire respecter les droits des populations clés (p. ex. en cas de violence et de discrimination).
 - Analyser et corriger les inégalités d'accès et d'utilisation des services de prévention (p. ex. selon le revenu, la sexospécificité, l'âge ou d'autres facteurs), notamment en ce qui concerne la disponibilité, l'acceptabilité et l'accessibilité financière des services.

- ▶ **Adopter une approche de prévention du VIH fondée sur les droits de l'Homme.** Cela inclut la décriminalisation des populations clés, car les lois punitives dissuadent les populations criminalisées de recourir aux services de santé et de lutte contre le VIH, avec des conséquences négatives qui se répercutent sur l'ensemble de la société. Les exigences relatives au consentement des tiers sont également pertinentes. L'accès durable à la prévention du VIH nécessite l'application des normes relatives aux droits de l'homme aux services de lutte contre le VIH (42). Il implique également de créer des environnements juridiques, politiques et institutionnels favorables qui respectent, protègent et défendent les droits des personnes vivant avec le VIH et des populations clés, en particulier dans les contextes de criminalisation du VIH et de réduction de l'espace civique. Il préconise également la participation effective des personnes vivant avec le VIH et des autres populations touchées à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des programmes de prévention. Ces changements de politique constituent des options peu coûteuses pour améliorer l'environnement opérationnel de la prévention du VIH.

iii Voir également la Stratégie mondiale de lutte contre le sida pour 2026-2031. Genève : ONUSIDA ; 2026 (https://www.unaids.org/sites/default/files/2026-02/2026%E2%80%932031_Global-AIDS-Strategy_en.pdf).

Les gouvernements, les dirigeants politiques et les responsables de programmes doivent prendre conscience des défis posés par la montée en puissance de campagnes organisées contre certaines populations et par la désinformation relative au VIH qui circule sur les réseaux sociaux et ailleurs. La prévention du VIH doit être popularisée par le biais de discours fondés sur des données probantes et sur les droits humains, qui mettent l'accent sur les avantages pour la santé publique de programmes de lutte contre le VIH qui ont fait leurs preuves.

5. Intendance multisectorielle (transversale)

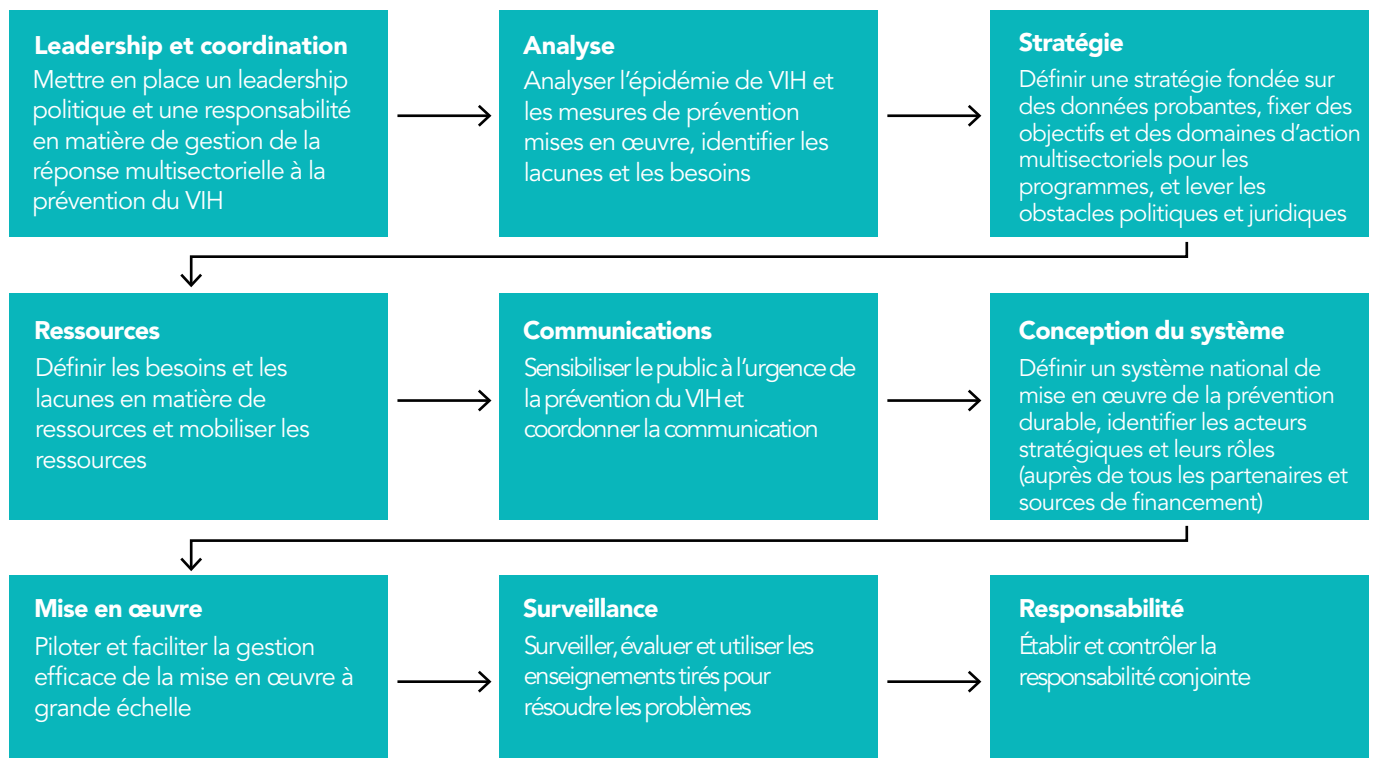
En matière de prévention du VIH, un leadership fort et une gestion responsable sont cruciaux. En développant et en maintenant des capacités essentielles de prévention du VIH au sein des systèmes de santé – y compris ceux dirigés par les communautés touchées –, les pays peuvent placer la prévention au premier plan de leurs réponses au VIH (43).

La complexité de la prévention du VIH exige un mécanisme de gestion dédié capable de s'appuyer sur des ressources humaines qualifiées.

Il est primordial que les gouvernements mettent en œuvre un engagement et une gestion fermes pour passer d'activités ponctuelles à un programme national coordonné de prévention du VIH. Aux côtés des gouvernements, les dirigeants des communautés touchées contribueront à la mise en place de systèmes de prévention durables.

Les structures multisectorielles de gestion du VIH sont des atouts importants dans le cadre de cette lutte, mais doivent être adaptées à leur objectif. Au Botswana, par exemple, la National AIDS Coordinating Agency (Agence nationale de coordination du sida) a été transformée en National Health Promotion Agency (Agence nationale de promotion de la santé) en 2019, placée au sein du Bureau de la présidence et dotée d'un mandat élargi pour inclure la prévention des maladies non transmissibles telles que le cancer et le diabète, en plus du VIH (44). La figure 8 décrit neuf fonctions et étapes clés de la gouvernance multisectorielle (qui sont également détaillées dans des orientations supplémentaires) (42).

Figure 8. Fonctions clés de pilotage multisectoriel pour la prévention du VIH



Source : Forum des leaders du VIH. Coalition mondiale pour la prévention du VIH. Piloter la prévention multisectorielle du VIH au niveau national. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (à paraître).

Optimisation de la prévention

Priorisation améliorée dans un environnement aux ressources limitées

Pour atteindre les objectifs de 2030 dans un contexte difficile, les réponses nationales au VIH doivent reconfigurer l'orientation et les modalités de la prévention du VIH. Avec des ressources extérieures réduites, une marge de manœuvre budgétaire limitée et de nombreuses priorités concurrentes, il n'est pas facile pour les gouvernements de maintenir leurs actions de lutte contre le VIH. Mais en utilisant intelligemment et efficacement les ressources existantes en matière de VIH, il est encore possible de réduire considérablement les nouvelles acquisitions de VIH d'ici 2030 (45).

La priorisation est essentielle. La prévention du VIH est plus efficace lorsque des programmes de prévention adaptés sont accessibles aux personnes qui en ont le plus besoin et dans des contextes où la prévalence du VIH est la plus élevée ; lorsque ces programmes sont fournis par le biais de plateformes de distribution efficaces ; et lorsqu'ils sont abordables.

Il est également nécessaire de toucher un grand nombre de personnes présentant un risque modéré d'infection par le VIH grâce à des interventions à grande échelle et à moindre coût. Des orientations plus détaillées sur la priorisation de la prévention sont disponibles auprès de l'ONUSIDA, de l'OMS, du Fonds mondial et d'autres organismes (46, 47, 48). La figure 9 illustre la façon dont les pays peuvent élargir les programmes de prévention destinés aux populations présentant une incidence plus élevée du VIH sans exclure de manière rigide les individus d'autres populations qui cherchent à accéder à la prévention du VIH.

Figure 9. Considérations de priorisation en fonction du niveau d'incidence du VIH

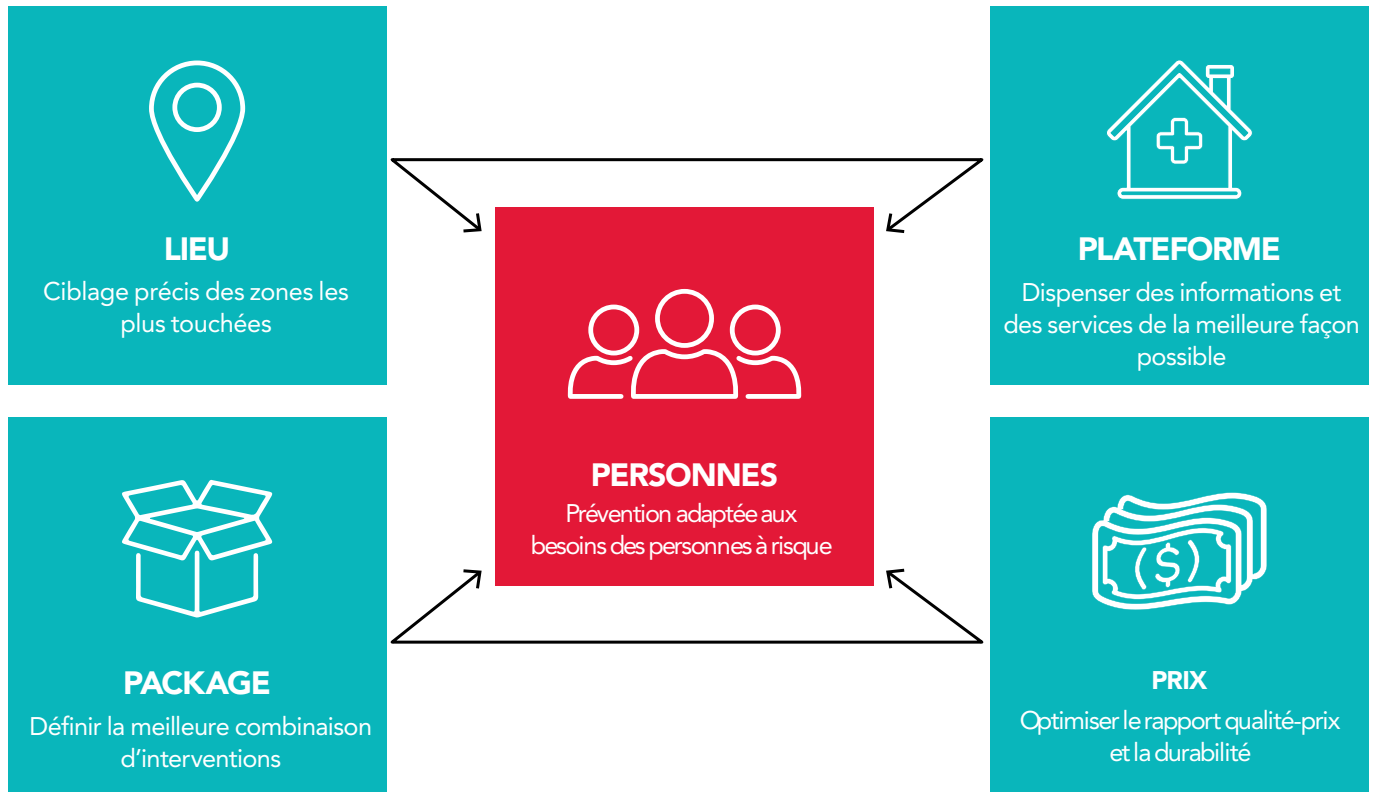
Taux d'incidence du VIH dans la sous-population (par âge, sexe, situation géographique et comportement)	Interventions à déployer à grande échelle pour les sous-populations spécifiques (avec les taux d'incidence du VIH respectifs)
Faible (moins de 0,2 %)	Services de dépistage du VIH et préservatifs disponibles + PEP disponible + TAR (toutes les personnes vivant avec le VIH)
Modéré (entre 0,2 % et 0,5 %)	+ Génération de demande pour l'association de mesures de prévention essentielle susmentionnée (virtuelle/médias) + PrEP disponible
Élevé (entre 0,5 % et 2 %)	+ Sensibilisation interpersonnelle (en face à face) (demande et services) + La PrEP est disponible avec une promotion active
Très élevé (plus de 2 %)	+ Objectifs de PrEP les plus élevés avec une offre universelle

Avec une incidence plus élevée du VIH, ajouter davantage d'interventions

Donner accès aux personnes qui en font activement la demande

La matrice de priorisation de la prévention du VIH « Cinq P » présentée dans la figure 10 fournit un cadre pour une planification et des investissements plus ciblés en matière de prévention.

Figure 10. Matrice de priorisation de la prévention du VIH « Cinq P »



PERSONNES : Ciblage sur les populations clés et prioritaires qui ont le plus besoin de prévention

Le ciblage des efforts de prévention du VIH sur les populations clés et leurs partenaires reste un moyen très efficace de réduire la transmission du VIH au niveau de la population, y compris dans les épidémies généralisées (1, 49). Un modèle a établi que dans trois contextes africains, 60 à 80 % de toutes les nouvelles infections survenant entre 2013 et 2033 pourraient être évitées grâce à des programmes de lutte contre le VIH plus robustes auprès des travailleur(se)s du sexe. Le ciblage de sous-ensembles de populations prioritaires peut encore améliorer le rapport coût/efficacité. Par exemple, dans une analyse menée dans le district de Siaya au Kenya sur près de 100 000 adolescentes et jeunes femmes, il a été estimé que seules 14 000 d'entre elles avaient besoin d'une prévention renforcée du VIH (46). Les pays peuvent utiliser les outils d'estimation les plus récents pour réviser leurs estimations des populations qui ont le plus besoin de prévention contre le VIH (Tableau 7 de l'Annexe 1).

La prévention de précision centrée sur les personnes signifie utiliser les données pour concevoir des programmes permettant aux personnes concernées d'accéder aux options de prévention les plus adaptées

Il convient également de tenir compte de l'évolution de la dynamique épidémique. Alors que les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentaient 9 % des nouvelles infections au VIH chez les adultes à l'échelle mondiale en 2010, ils en représentaient 18 % en 2024 (50, 47). De même, une proportion croissante de nouvelles infections par le VIH en Afrique subsaharienne survient désormais chez les femmes âgées de 25 à 49 ans (1). Si les ressources nécessaires aux méthodes d'estimation empiriques de la taille ne sont pas disponibles, les pays peuvent envisager des alternatives moins coûteuses telles que la méthode Delphi, les connaissances des masses, l'analyse des tendances de recherche sur Internet ou l'analyse comparative régionale, bien que l'utilisation des estimations dérivées de ces méthodes soit plus limitée (51, 52).

LIEU : Ciblage précis des zones à plus forte incidence de VIH

Dans de nombreux contextes, le lieu de résidence est le principal facteur déterminant la probabilité de contracter le VIH au cours de sa vie. Au Kenya, par exemple, seuls 10 comtés (sur 47) représentaient 57 % des nouvelles acquisitions de VIH en 2021. Au Myanmar, les personnes qui s'injectent des drogues dans les zones frontalières présentaient une incidence du VIH 67 % plus élevée entre 2014 et 2021 (53).

Le fait de se concentrer précisément sur les emplacements ne signifie pas toujours choisir quelques zones et se concentrer uniquement sur celles-ci. Cela peut également nécessiter d'adapter l'intensité des actions menées dans tous les lieux concernés en fonction de leur niveau d'incidence du VIH.

Le ciblage précis des zones infranationales implique que les programmes de prévention doivent être différents là où il existe de grandes différences dans l'incidence du VIH. Il est important de noter que cette approche ne consiste pas à se concentrer uniquement sur quelques domaines, mais à varier l'intensité des actions. De plus, si les différences d'incidence du VIH sont faibles, par exemple inférieures au double, le coût de la gestion de programmes distincts pourrait dépasser les avantages. Enfin, il convient de noter que les estimations de l'incidence du VIH au niveau infranational sont souvent sujettes à d'importantes incertitudes. Un bon exemple de ciblage précis est la feuille de route de prévention du VIH du Mozambique 2022-2025, qui définit différents ensembles de prévention du VIH en fonction de l'incidence du VIH

au niveau du district (54). Plusieurs pays ont utilisé les [Estimations infranationales de l'incidence du VIH pour les populations prioritaires \(SHIPP\)](#) pour différencier les programmes nationaux de prévention du VIH et les propositions du Fonds mondial à partir de 2022.

PLATEFORME : Dispenser des informations et des services de la meilleure façon possible

Lors de la planification, il convient de tenir compte de la portée et de l'adéquation des différentes plateformes d'accès aux services de prévention pour les différentes populations. Les modèles de prévention du VIH menés par les populations clés peuvent être plus rentables que les services publics dans certains contextes, par exemple en Thaïlande (55). Au Mali et au Népal, la sensibilisation en ligne a amélioré le rapport coût/efficacité des résultats du dépistage du VIH comparé à tous les services en personne (56). Une offre de services différenciée pour la prévention du VIH peut générer des gains d'efficacité supplémentaires. La distribution de PrEP orale pendant six mois avec autotest VIH peut contribuer à améliorer l'accès et à minimiser les coûts de livraison et de collecte sans compromettre la qualité (57).

En fonction des ressources disponibles, les pays peuvent prévoir de « combiner » différents modèles de prestation pour les groupes prioritaires (figure 3 de l'annexe 1). Il est important d'explorer des moyens de réduire la fragmentation, tout en conservant la différenciation nécessaire des modes de prestation et en standardisant les ressources humaines.

PACKAGE : Définir la meilleure combinaison d'interventions

Les estimations des besoins en matière de prévention, fondées sur le modèle Spectrum de l'ONUSIDA qui a servi de base aux objectifs de prévention du VIH à l'horizon 2030, représentent un ensemble priorisé d'options de prévention. L'analyse du rapport coût/efficacité et de l'optimisation utilisant des modèles tels que Goals, Optima (58), le modèle épidémique du sida (AEM) et d'autres peuvent être utilisés pour une priorisation plus poussée (59). Trois facteurs sont particulièrement importants pour la priorisation et l'établissement de la combinaison appropriée d'interventions en fonction du rapport coût/efficacité :

- Le taux d'incidence du VIH dans la sous-population (les estimations nationales sont disponibles via des outils comme Spectrum et les estimations infranationales sont disponibles via des outils comme [NAOMI](#) et SHIPP),

- Coût par personne atteinte par an, et
- Efficacité présumée de l'intervention.

La définition de la combinaison optimale d'interventions de prévention du VIH doit concilier la modélisation de l'efficacité de l'allocation des ressources avec les besoins et les contextes sociaux des différentes communautés. La prise de décision doit tenir compte des préférences des utilisateurs.

PRIX : Optimiser le rapport qualité/prix et la durabilité

Plus que jamais, il est crucial de garantir les meilleurs prix possibles pour des médicaments, des produits et des services de prévention de haute qualité. Ces dernières années, l'accès à des versions génériques et l'augmentation de la concurrence ont considérablement réduit les prix de la PrEP et du TAO. D'autres aspects liés aux coûts sont abordés dans la section consacrée au financement de la prévention et à la durabilité.

Dans des contextes où la dépendance aux financements extérieurs est forte, les gains d'efficacité les plus importants en matière de prévention peuvent souvent être obtenus en passant de coûts dictés par les donateurs à des pratiques de calcul des coûts durables mises en œuvre par les gouvernements nationaux. De telles transitions sont en cours de mise en œuvre dans plusieurs pays. Par exemple, l'Inde a fait évoluer son programme national pour les populations clés, basé sur un système communautaire à grande échelle, vers un financement national. Les coûts ont été réduits tandis que les packages de services essentiels, la mise en œuvre communautaire et les contrats sociaux ont été maintenus. Pour les programmes de prévention, des économies peuvent souvent être réalisées dans trois domaines principaux :

- **Réduire la fragmentation de la prestation de services** en rationalisant les projets et les cadres dans un seul programme national.
- **Passer à des échelles de salaires et de rémunération durables et plus standardisées** pour les ressources humaines, conformément aux pratiques du pays plutôt qu'à celles des donateurs.
- **Utiliser des plateformes d'approvisionnement à grand volume (internationales)** pour les matières premières.

L'analyse du rapport coût/efficacité distributionnelle est utile pour évaluer comment les résultats liés au VIH et les coûts de la prévention sont répartis entre différents groupes de population. Cela peut nécessiter d'accepter des coûts par habitant plus élevés pour atteindre les populations criminalisées et stigmatisées qui présentent une incidence plus élevée du VIH, car leur atteinte promet des avantages majeurs pour les populations elles-mêmes et pour la lutte globale contre le VIH.

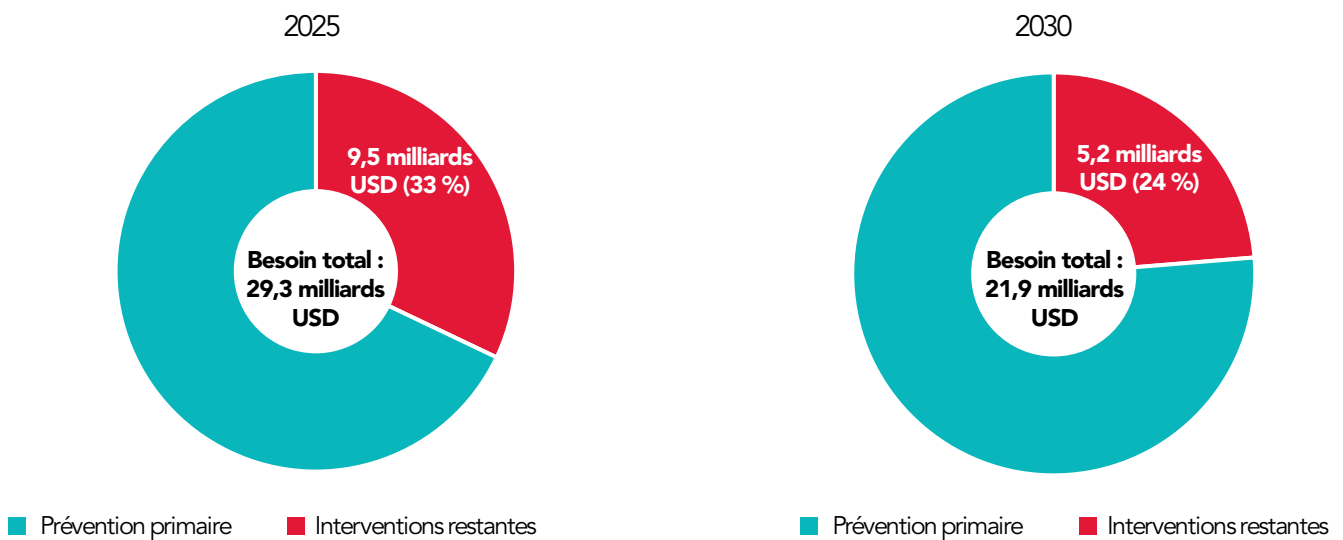
Financement et durabilité de la prévention

Transformations dans l'architecture des investissements en prévention

Au cours de la période 2026-2030, le financement de la prévention du VIH doit passer d'un financement d'urgence et de projets à un financement durable de la prévention, conformément aux systèmes nationaux.

D'ici à 2030, la réalisation des objectifs mondiaux de prévention du VIH nécessitera 5,2 milliards de dollars américains par an dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit 24 % des besoins totaux en ressources pour la lutte contre le VIH (21,9 milliards de dollars américains). Ces estimations des besoins en ressources sont inférieures aux précédentes en raison d'importantes économies de coûts (11) et d'une priorisation améliorée. Ces dernières comprennent une réduction du prix moyen de la PrEP orale, qui est passée d'environ 109 à 134 dollars américains par personne et par an en 2019 à moins de 40 dollars américains en 2025 (60, 61), et des réductions importantes des coûts unitaires du TAO (figure 11).

Figure 11. Estimations ajustées des besoins en ressources pour la prévention du VIH, 2025 par rapport à 2030



Source : Estimations financières de l'ONUSIDA, juillet 2025

Avec des ressources limitées, il est essentiel de traduire les objectifs de prévention en plans d'investissement nationaux réalisables.

Les besoins de financement pour la prévention primaire varient selon les régions, allant de 12 % des ressources totales consacrées au VIH en Afrique de l'Ouest et centrale à 38 % en Europe de l'Est et en Asie centrale (figure 11).

Pour contextualiser les objectifs mondiaux et les besoins d'investissement, il est important de comprendre que plus de la moitié du financement total de la prévention primaire du VIH est nécessaire dans seulement huit pays : l'Afrique du Sud (12 %), l'Inde (10 %), la Chine (6 %), le Brésil (6 %), le Pakistan (5 %), la Fédération de Russie (5 %), l'Indonésie (4 %) et les Philippines (4 %) (62).

En fonction de leur contexte économique et épidémique, les gouvernements des pays peuvent :

- ▶ **Réorganiser en profondeur le financement de la prévention autour de plans d'investissement pilotés par les pays.** Les plans d'investissement en prévention à l'échelle nationale devraient devenir l'instrument de planification central dans tous les pays. Dans les pays à revenu intermédiaire, les partenaires internationaux conserveront un rôle à jouer dans la fourniture d'outils épidémiologiques et de programmation précis pour estimer les besoins et fixer les objectifs nationaux, servant de base à des interventions de prévention principalement financées au niveau national. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur fortement touchés par le VIH, les partenaires internationaux devront continuer à apporter leur soutien, sur la base de plans et de structures de coûts redéfinis par les pays, en tenant compte notamment des gains d'efficacité décrits dans la section précédente.
- ▶ **Adopter une approche globale du marché pour la prévention du VIH.** Bien qu'elle ne soit pas traditionnellement considérée comme un financement national, une approche de marché global peut contribuer à remédier à l'ampleur et à la durabilité limitées de la prévention du VIH. La prévention du VIH est un service de santé essentiel qui devrait être inclus dans les prestations de couverture santé (universelle). Elle devrait être gratuite au moment de son utilisation pour les personnes les plus exposées au risque de VIH et celles confrontées à des obstacles structurels. L'approche globale du marché peut compléter cela en élargissant le choix des plateformes d'accès et des produits. Elle reconnaît que les populations à revenus plus élevés peuvent acheter des produits de prévention de leur propre poche, tandis que les subventions gouvernementales peuvent se concentrer sur les groupes à faibles revenus qui ne peuvent pas se permettre les prix du secteur privé.

Les modèles de marketing social et d'entreprise sociale offrent un accès à des produits abordables en dehors des établissements de santé. Dans certains contextes, les modèles commerciaux peuvent également constituer une source de revenus durables pour les prestataires de services communautaires. Le tableau 2 présente une approche systématique du financement partagé de la prévention. Plutôt que de laisser les donateurs financer leurs propres projets pilotés par les donateurs, cette approche systématique les invite à financer des parties de programmes menés par les pays.

Tableau 2. Exemple de segmentation dans une approche globale du marché et une approche systématique du financement partagé (les hypothèses illustratives concernent un contexte de pays à faible revenu et peuvent être adaptées)

Options de prévention	Cible (à titre illustratif)	Segments de programme/marché (pourcentage de produits et de populations à atteindre)			Source de financement pour les services gratuits et subventionnés (pourcentage de coûts)	
		Gratuit (public)	Subventionné (marketing social)	Vendu (paiement privé/de sa propre poche)	Gouvernement	Donateurs
Préservatifs	85 millions	50 %	30 %	20 %	50 %	30 %
PrEP	120 000	80 %	10 %	10 %	30 %	60 %
PrEP (action prolongée)	230 000	100 %	—	—	10 %	90 %
PEP	À confirmer	60 %	20 %	20 %	50 %	20 %
CMMV	120 000	90 %	—	10 %	50 %	50 %
Aiguilles et seringues	2,5 millions	80 %	—	20 %	40 %	20 %
TAO	4800	100 %	—	—	80 %	20 %
Programmes axés sur les personnes et plateformes d'accès	Cible (à titre illustratif)	Installation physique	Sensibilisation	Virtuel	Gouvernement	Donateurs
Femmes et filles dans les régions où l'incidence du VIH est élevée (>0,2 %)	900 000	40 %	10 %	50 %	80 %	20 %
Hommes et garçons dans les régions où l'incidence du VIH est élevée (>0,2 %)	400 000	10 %	10 %	80 %	80 %	20 %
Travailleur(se)s du sexe atteints	45 000	40 %	40 %	20 %	50 %	50 %
Homosexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes atteints	60 000	20 %	10 %	70 %	50 %	50 %
Personnes transgenres atteintes	4000	20 %	30 %	50 %	50 %	50 %
Personnes qui s'injectent des drogues atteintes	10 000	40 %	40 %	20 %	50 %	50 %
Détenus	8000	80 %	—	20 %	90 %	10 %

- ▶ **Augmenter le financement national de la prévention primaire et allouer au moins 20 % des dépenses nationales liées au VIH à la prévention.** La réussite de la lutte mondiale de 2026 à 2030 et au-delà dépendra du financement national. D'après une analyse réalisée dans 22 pays reprenant des données allant de 2019 à 2024, près de 80 % des programmes de prévention primaire du VIH sont financés par des fonds extérieurs, contre 55 % pour les soins et le traitement (63). Une telle dépendance met en péril la prévention primaire.
- ▶ La prévention primaire nécessite également une plus grande priorité globale, notamment en matière de dépenses intérieures. À titre de référence, et compte tenu du contexte national, l'ONUSIDA recommande qu'au moins 20 % des dépenses nationales de lutte contre le VIH soient consacrées à la prévention primaire d'ici à 2030 (64). Le tableau 3 présente les valeurs de référence au niveau régional.

Tableau 3. Proportion des ressources consacrées à la lutte contre le VIH et allouées à la prévention (données provenant de 57 pays, 2023-2024)

Région	Pourcentage des ressources totales consacrées à la prévention du VIH	Pourcentage des ressources nationales consacrées à la prévention du VIH
Asie-Pacifique	8	7
Afrique orientale et australe	10	5
Europe de l'Est et Asie centrale	21	15
Amérique latine et Caraïbes	16	15
Moyen-Orient et Afrique du Nord	5	0
Afrique occidentale et centrale	9	3
Monde	11	8

Source : Analyse spéciale à partir des données de surveillance du sida à l'échelle mondiale. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

- ▶ **Explorer des modalités de financement nationales innovantes pour les réponses au VIH, y compris la prévention.** Il existe plusieurs stratégies viables pour accroître le financement national de la prévention du VIH :
 - Inclure la prévention du VIH dans le panier de prestations de l'**assurance maladie sociale** (65). Le Brésil et la Thaïlande ont inclus la PrEP dans leurs régimes d'assurance maladie sociale depuis respectivement 2017 et 2021 (66, 67). Il est également important d'assurer une couverture aux personnes ayant besoin de prévention contre le VIH. En 2023, le Cambodge a élargi les critères d'admissibilité au Health Equity Fund (Fonds pour l'équité en santé) afin d'inclure les travailleuses du sexe (68).
 - **La contractualisation sociale** des organisations communautaires est importante pour faciliter l'accès à la prévention au niveau communautaire et ainsi accroître l'adoption des méthodes de prévention du VIH (69). Le déploiement de ces mécanismes de financement a été lent, mais il existe des exemples prometteurs. La Jamaïque a conclu des contrats sociaux pour la prévention du VIH auprès des homosexuels, des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des

personnes transgenres depuis 2021 (70), tandis que le Vietnam a commencé à conclure des contrats sociaux pour les services de réduction des risques en 2023 (71). Lors de l'élaboration de ces mécanismes, une participation significative des communautés est essentielle (72).

- **Des taxes et prélèvements spéciaux** ont été utilisés pour financer la prévention du VIH dans plusieurs pays, notamment aux Philippines, en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe (73, 74).
- Pour accroître la probabilité que les gouvernements absorbent les programmes de prévention du VIH financés par des fonds extérieurs, **le renforcement des systèmes de gestion des finances publiques (GFP)** est essentiel. L'intégration budgétaire des fonds de prévention du VIH provenant de sources externes – de sorte qu'ils transitent par le système GFP quel que soit l'organisme qui les met en œuvre – contribue à la réussite des transitions de donateurs (75).
- ▶ **Fournir un financement adéquat pour garantir que les populations clés puissent accéder à la prévention.** En 2024, seuls 2,6 % (76) du financement total du VIH ont été consacrés à des programmes destinés aux populations clés, même si cette année-là, celles-ci représentaient environ 69 % des nouvelles infections par le VIH en dehors de l'Afrique subsaharienne et environ 26 % en Afrique subsaharienne (77). D'ici 2030, les dépenses consacrées aux services directs de prévention du VIH (à l'exception de la PrEP) destinés aux populations clés nécessiteront 13 % du financement total (78). Il est très important d'accroître le financement national de la prévention du VIH auprès des populations clés, tout en maintenant le financement international jusqu'à ce que des dispositions nationales soient mises en place pour des allocations budgétaires adéquates, des modalités de contrats sociaux ainsi que des normes de qualité et de sécurité.
- ▶ **Veiller à ce que les nouvelles technologies de prévention soient disponibles, accessibles, abordables et acceptables.** Pour garantir un choix éclairé, ces nouvelles technologies devraient être proposées en parallèle des options efficaces existantes, notamment la PrEP orale. Outre l'accessibilité financière, l'approbation réglementaire en temps opportun, l'inclusion dans les directives nationales et les régimes d'assurance maladie universelle, ainsi que l'accès à des produits génériques de qualité garantie par le biais de licences volontaires ou d'autres mesures juridiques et politiques seront essentiels à l'intensification.

Certains pays ont déjà établi des seuils de rentabilité pour la PrEP à action prolongée, notamment le Kenya, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe (79, 80). L'accès au lénacépavir au prix de 40 dollars américains pour deux injections par an a été confirmé pour 120 pays à revenu faible et intermédiaire (81). Toutefois, un écart d'accessibilité financière persiste pour plusieurs pays à revenu intermédiaire qui représentent une part importante des besoins relatifs à cette technologie de prévention. La PrEP à action prolongée peut rester rentable à des prix légèrement supérieurs à ceux de la PrEP orale, mais pas à des prix sensiblement plus élevés. Les pays peuvent déterminer les seuils à partir desquels les produits amélioreront l'impact global de la réponse préventive et les utiliser dans le cadre de leurs plaidoyers et négociations en matière de prix.

L'analyse économique – y compris le suivi des ressources, les normes de calcul des coûts et le rapport coût/efficacité – est primordiale pour suivre les progrès de ces transformations. Les évaluations nationales des dépenses liées au sida et d'autres méthodes de suivi des ressources demeurent des outils essentiels pour comprendre les dépenses détaillées consacrées à la prévention du VIH, notamment les dépenses intérieures et les dépenses destinées aux populations clés.

Conclusion et engagements

Appel à l'action pour la prévention menée par les pays

La réalisation de la vision pour 2030 – où chaque personne à risque de contracter le VIH aura accès à une option de prévention adaptée à ses besoins – n'est possible qu'avec une réponse transformée en matière de prévention du VIH. Le Cadre mondial d'accès à la prévention à l'horizon 2030 offre aux pays une approche nouvelle et ciblée pour atteindre leurs objectifs dans un environnement contraint.

Pour mettre en œuvre la stratégie Prévention 2030, les pays sont encouragés à élaborer un **plan d'action concis** décrivant les transformations de la prévention qui permettront d'accroître l'accès au niveau national. Ce plan d'action peut constituer un addendum aux feuilles de route, stratégies ou plans nationaux existants en matière de prévention du VIH.

Il est proposé que les pays s'efforcent de finaliser leurs plans d'action de prévention du VIH d'ici fin 2026. La liste de contrôle du tableau 4 peut être utilisée pour guider ce processus.

Tableau 4. Planificateur Prévention 2030 – liste de contrôle par pays

	Date d'échéance
Estimations des besoins : Revoir les dénominateurs de prévention pour les personnes ayant besoin de services ciblés	Avril 2026
Tableaux de combinaison de méthodes : Définir des objectifs numériques annuels d'accès par population et par intervention	Avril 2026
Outils de suivi et d'évaluation : Mettre à jour les outils pour inclure le suivi de l'utilisation globale des méthodes de prévention du VIH (c.-à-d. toute méthode utilisée lors de la dernière exposition)	Juin 2026
Plateformes d'accès : Cartographier l'utilisation des mesures de prévention par population et par produit selon les modèles de distribution	Juin 2026
Approche du marché total : Analyser la viabilité de soins auto-administrés et d'entreprise sociale	Août 2026
Besoins en ressources : Estimer les financements nationaux et extérieurs nécessaires pour atteindre les objectifs d'accès	Octobre 2026
Planification : Élaborer un plan d'action national Prévention 2030	Décembre 2026
Surveillance : Mise à jour des tableaux de bord nationaux de Prévention 2030	Annuellement
Suivi des ressources : Évaluer les dépenses de prévention ; se concentrer sur les dépenses intérieures et celles des populations clés	Annuellement
Gestion : Procéder à un examen annuel par les pairs des performances avec les entités infranationales et multisectorielles	Annuellement

Appel à l'action

► LES GOUVERNEMENTS DES PAYS VONT :

- Définir des **objectifs** nationaux et infranationaux en matière de programmes, de financement et d'impact sur la base d'estimations détaillées des besoins et conformément à la Déclaration politique des Nations Unies de 2026, à la Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2026-2031 et au présent cadre d'accès.
- Élaborer des **plans** de prévention durable du VIH véritablement pilotés par le pays et bien priorisés, qui font évoluer les réponses de prévention de projets fragmentés vers des programmes intégrés et gérés au niveau national.
- Désigner une **entité de leadership** nationale **multisectorielle** pour la prévention du VIH et renforcer sa capacité à diriger la réponse en matière de prévention.
- **Diriger et coordonner** la prévention intégrée du VIH dans le secteur de la santé et multisectorielle, y compris les actions menées dans les secteurs gouvernementaux, le secteur privé et les communautés.
- Assurer un **financement adéquat de la prévention nationale**, y compris son intégration dans les régimes d'assurance maladie sociale et les budgets multisectoriels.
- Élaborer une approche systémique nationale à des **plateformes d'accès** à la prévention avec des plateformes différenciées pour différentes populations (mais d'approches de projet *non* distinctes).
- Élaborer et mettre en œuvre un mécanisme de soutien aux **systèmes communautaires**, y compris la contractualisation sociale des organisations de la société civile et des organisations communautaires qui atteignent les populations clés et prioritaires.
- Mener une campagne de prévention axée sur les personnes et coordonner une communication axée sur les personnes en matière de prévention du VIH **y compris dans les espaces virtuels et en promouvant les connaissances, normes et compétences liées à la prévention**, en incluant les espaces virtuels et en favorisant les connaissances, normes et compétences ;
- Faciliter un processus réglementaire rapide pour l'introduction et l'accès aux **produits de prévention à action prolongée**, tout en cherchant à utiliser au mieux les ressources limitées et à répondre aux différents besoins et préférences des personnes.
- Maintenir les investissements dans les préservatifs, les aiguilles, les autotests et autres **produits de soins auto-administrés**, en appliquant une « approche de marché globale » avec des rôles complémentaires pour les secteurs public, du marketing social et privé.
- Accélérer les réformes nécessaires des environnements juridique et **politique** afin que les personnes les plus touchées puissent accéder à la prévention du VIH; et adopter des pratiques d'application de la loi qui facilitent l'accès à la prévention plutôt qu'elles ne l'entravent.

► LES PARTENAIRES FINANCIERS VONT :

- Dans leur propre intérêt, **maintenir l'investissement** dans la prévention du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, reconnaissant qu'une pandémie ne peut être terminée que si la transmission est réduite dans tous les pays.
- Soutenir une **transition progressive** vers la durabilité qui maintiendra l'accès et l'utilisation des options de prévention, plutôt qu'un désinvestissement brutal des programmes de lutte contre le VIH.
- Mobiliser **des bailleurs de fonds supplémentaires**, notamment des pays à revenu élevé et à revenu intermédiaire supérieur, et des fondations, pour financer la prévention en mettant l'accent de manière systématique sur les pays à faible revenu qui connaissent une forte incidence du VIH et des populations très vulnérables.
- **Aligner** leurs contributions à des plans nationaux de prévention durables plutôt qu'à des projets spécifiques aux donateurs ; soutenir les systèmes de santé et communautaires existants du pays ; et respecter les directives nationales en matière de coûts durables.

- Continuer à soutenir **l'accès** aux options de prévention de base telles que les préservatifs, les aiguilles stériles et la PrEP orale ;
- Soutenir les efforts du pays pour parvenir à **un accès abordable et rapide** aux technologies de prévention innovantes à action prolongée.

► **LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES ET AUTRES ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE VONT :**

- Identifier les lacunes et **plaider** en faveur d'un accès équitable à toutes les options de prévention du VIH appropriées pour toutes les populations clés et prioritaires (y compris, mais sans s'y limiter, les femmes, les hommes et les jeunes dans les régions à forte prévalence du VIH, les travailleur(se)s du sexe, les homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres et les détenus).
- Diriger le développement de programmes **d'accès fiable** pour des populations clés, les jeunes, les femmes et les hommes, y compris les personnes vivant avec le VIH, et œuvrer à lever les obstacles à l'accès, y compris les lois punitives et les exigences restrictives liées à l'âge d'accès.
- Renforcer **les systèmes communautaires**, y compris le suivi et la surveillance menés par la communauté, afin d'améliorer la qualité des services de prévention et des données, le suivi des progrès et la communication des résultats.
- Responsabiliser les gouvernements et les autres acteurs **en matière de progrès vers les objectifs de prévention grâce à un plaidoyer constructif** ; et développer des structures de rétroaction, de communication et de résolution de problèmes entre les systèmes communautaires et gouvernementaux.
- Élaborer et mettre en œuvre des interventions visant à **réduire la stigmatisation et la discrimination** liées au VIH dans les domaines de la santé, de la communauté, de la justice, du travail, de l'éducation et de l'aide humanitaire.

► **LES PARTENAIRES TECHNIQUES VONT :**

- Assurer un leadership mondial et stimuler **la dynamique politique** en faveur de la prévention du VIH, conformément au mandat de la Déclaration politique des Nations Unies de 2026.
- Soutenir la collecte et l'analyse de données détaillées pour élaborer **des estimations des besoins en matière de prévention**, une combinaison optimale d'options de prévention et des orientations pour une utilisation plus efficace du financement international de la prévention du VIH.
- Fournir **des orientations, des outils** et un soutien technique pour développer des programmes; susciter la demande; et utiliser de nouvelles stratégies de prestation pour assurer un accès durable aux options de prévention.
- Collaborer avec les gouvernements, l'industrie et les communautés afin de garantir l'accessibilité financière, l'octroi de licences et une approbation réglementaire rapide dans les pays, ainsi que l'inclusion de **nouvelles options de prévention** dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

► **LE SECTEUR PRIVÉ VA :**

- Utiliser les **plateformes d'accès du secteur privé** pour la prévention du VIH, notamment par le biais des pharmacies, des réseaux de vente au détail, des systèmes de chaîne d'approvisionnement, du marketing, de la collaboration avec les entreprises sociales et des places de marché en ligne.
- Faire progresser la prévention du VIH dans les **espaces virtuels** grâce aux plateformes d'IA générative et à l'intégration de la prévention du VIH dans les applications de rencontre et autres plateformes de médias sociaux.
- Développer et introduire **des produits de prévention innovants** et travailler avec les gouvernements des pays à revenu faible et intermédiaire ainsi que les partenaires techniques et financiers internationaux pour assurer un accès équitable et abordable.

Annexes

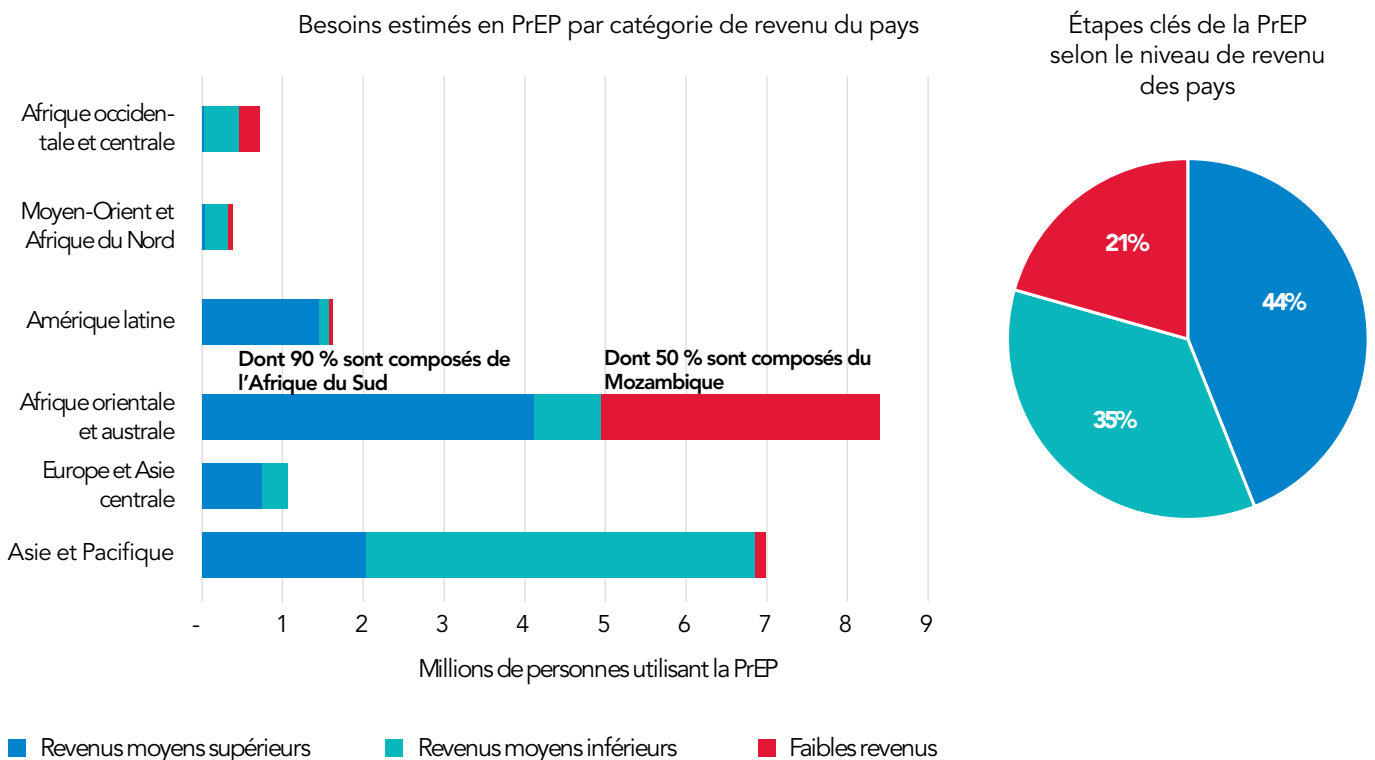
Annexe 1 : Étapes clés, estimations épidémiologiques et de ressources, et autres orientations

Tableau 1. Objectifs détaillés de prévention du VIH à l'horizon 2030

Objectif	Source de données	Statut
1 90 % des personnes ayant besoin de prévention utilisent des options de prévention appropriées, prioritaires, centrées sur la personne et efficaces (PrEP, PEP, préservatifs, programmes d'échange de seringues, TAO).	Enquêtes auprès de la population	Objectif 2025
2 80 % des personnes ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel.	Enquêtes auprès de la population. (Global AIDS Monitoring (GAM) 1.14.)	Nouveau
3 50 % des personnes à haut risque de contracter le VIH (y compris les populations clés) utilisent des options de prévention efficaces à base d'ARV : PrEP orale, PrEP à action prolongée, PEP (niveaux cibles conformes à l'épidémiologie et aux choix des personnes).	Dossiers du programme.	Nouveau
4 95 % des travailleur(se)s du sexe et leurs clients ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel tarifé.	Surveillance biologique et comportementale intégrée (IBBS), enquêtes populationnelles.	Nouveau
5 95 % des personnes qui s'injectent des drogues ont utilisé du matériel d'injection sécurisé lors de leur dernière injection.	IBBS. (GAM 1.8.)	Nouveau
6 50 % d'utilisation d'un TAO parmi les personnes qui s'injectent des opioïdes.	Données du programme, IBS. (GAM 1.10.)	Objectif 2025
7 95 % des adolescentes et jeunes femmes, des femmes adultes, des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que des adolescents et des hommes vivant dans des contextes où le VIH est élevé, sont efficacement atteints grâce à des programmes de prévention du VIH axés sur les personnes (contact avec les services de santé liés à la prévention du VIH, y compris les services de SSR, le travail communautaire, les interventions virtuelles, les écoles et autres prestataires).	Enquêtes auprès de la population ou données de programmes.	Nouveau
8 90 % des écoles proposent une éducation sur le VIH et la sexualité axée sur les compétences de vie.	Questionnaire annuel de recensement scolaire ou questionnaire de l'enquête annuelle de l'Institut de statistique de l'UNESCO (ISU) sur l'éducation formelle.	Objectif 2025

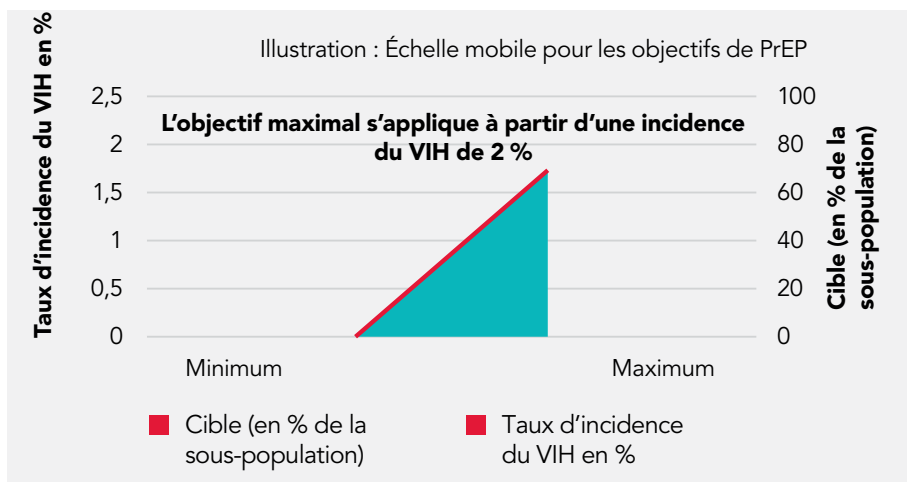
9	95 % des populations clés ont été efficacement atteintes grâce à des programmes de prévention du VIH axés sur les personnes.	Données du programme, IBS. (GAM 1.6, 1.7.)	Objectif 2025
10	95 % des besoins estimés en préservatifs sont disponibles et distribués.	Données du programme par rapport aux estimations des besoins.	Nouveau
11	95 % des besoins estimés en PrEP sont disponibles et distribués.	Données du programme par rapport aux estimations des besoins.	Nouveau
12	95 % des besoins estimés en PEP sont disponibles et distribués.	Données du programme par rapport aux estimations des besoins.	Nouveau
13	95 % des besoins estimés en seringues stériles sont disponibles et distribués.	Données du programme par rapport aux estimations des besoins.	Nouveau
14	80 % des programmes de prévention du VIH axés sur les personnes et destinés aux populations clés seront mis en œuvre par des organisations communautaires.	Des travaux sont en cours sur les sources et les méthodes de mesure. Les données relatives aux politiques en matière d'environnement opérationnel pour la prestation de services pilotée par la communauté sont utilisées comme indicateurs indirects.	Objectif 2025
15	D'ici 2030, 90 % des personnes vivant avec le VIH auront une charge virale indétectable, et ce taux passera à 95 % d'ici 2040.	Données du programme et estimations épidémiologiques. (GAM 2.3.)	Nouveau

Figure 1. Étapes clés de la PrEP par région et niveau de revenu (2030)



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA fondée sur des estimations des besoins conformes aux objectifs mondiaux de 2030

Tableau 2. Hypothèses sous-jacentes aux étapes clés de la PrEP

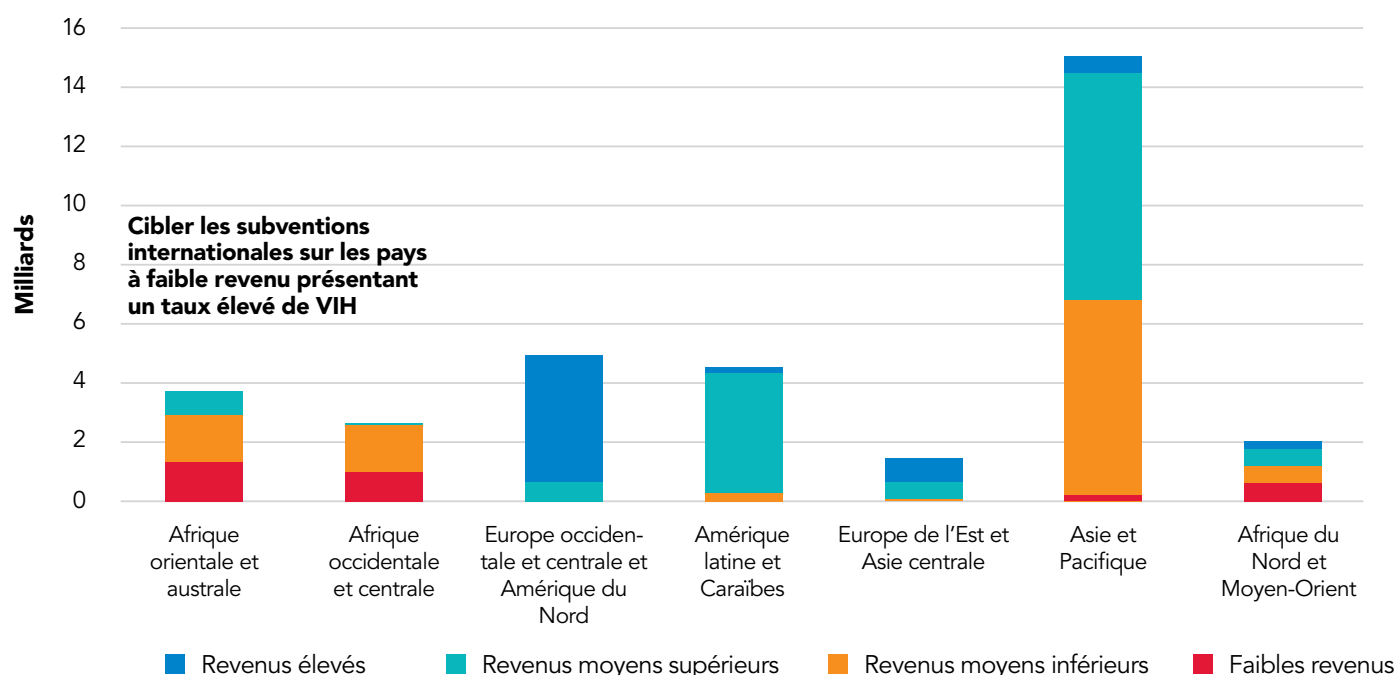


Justification générale : Le niveau d'incidence du VIH dans des sous-populations spécifiques et la taille de ces populations permettent de prédire le besoin de PrEP

Description	Populations clés			
	Jeunes et adultes vivant dans des contextes où le VIH est élevé	Travailleuses du sexe	Hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, femmes transgenres	Personnes qui s'injectent des drogues, détenus
Objectif maximal	80%	80%	80%	50%
Seuils de taux d'incidence du VIH (appliquer le taux d'incidence de référence du VIH de 2024 jusqu'en 2030)	L'objectif maximal s'applique à partir de	2 %		
	L'échelle mobile pour les objectifs commence à	0,2 %	0 %	
Autres considérations pour des populations spécifiques	Il est recommandé d'appliquer une cible basée sur les taux d'incidence du VIH dans les sous-catégories de la population sexuellement active (personnes ayant des partenaires occasionnels et réguliers)		Appliquer un objectif minimal de 20 % de la population (y compris pour les travailleurs du sexe masculins et transgenres)	Dans la plupart des pays, plus de la moitié des personnes qui s'injectent des drogues utilisent des dispositifs d'injection sécurisés, par conséquent, un objectif maximal de 50 % dans la plupart des contextes
Seuil minimal global*	5 personnes sous PrEP pour chaque nouvelle infection par le VIH estimée dans un pays			

* Le seuil minimal global corrige l'incertitude liée aux hypothèses concernant les sous-populations, notamment la taille de la population et les taux d'incidence du VIH.

Source : Préparé par les auteurs d'après : Recommandations préliminaires – Équipe spéciale mondiale pour la définition des objectifs relatifs au VIH à l'horizon 2030 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/global-hiv-target-setting-2030-global-task-2030-targets-recommendations>)

Figure 2. Étapes clés de l'utilisation du préservatif par région et groupe de revenus des pays

Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA fondée sur les estimations des besoins en matière de prévention du spectre pour 2030

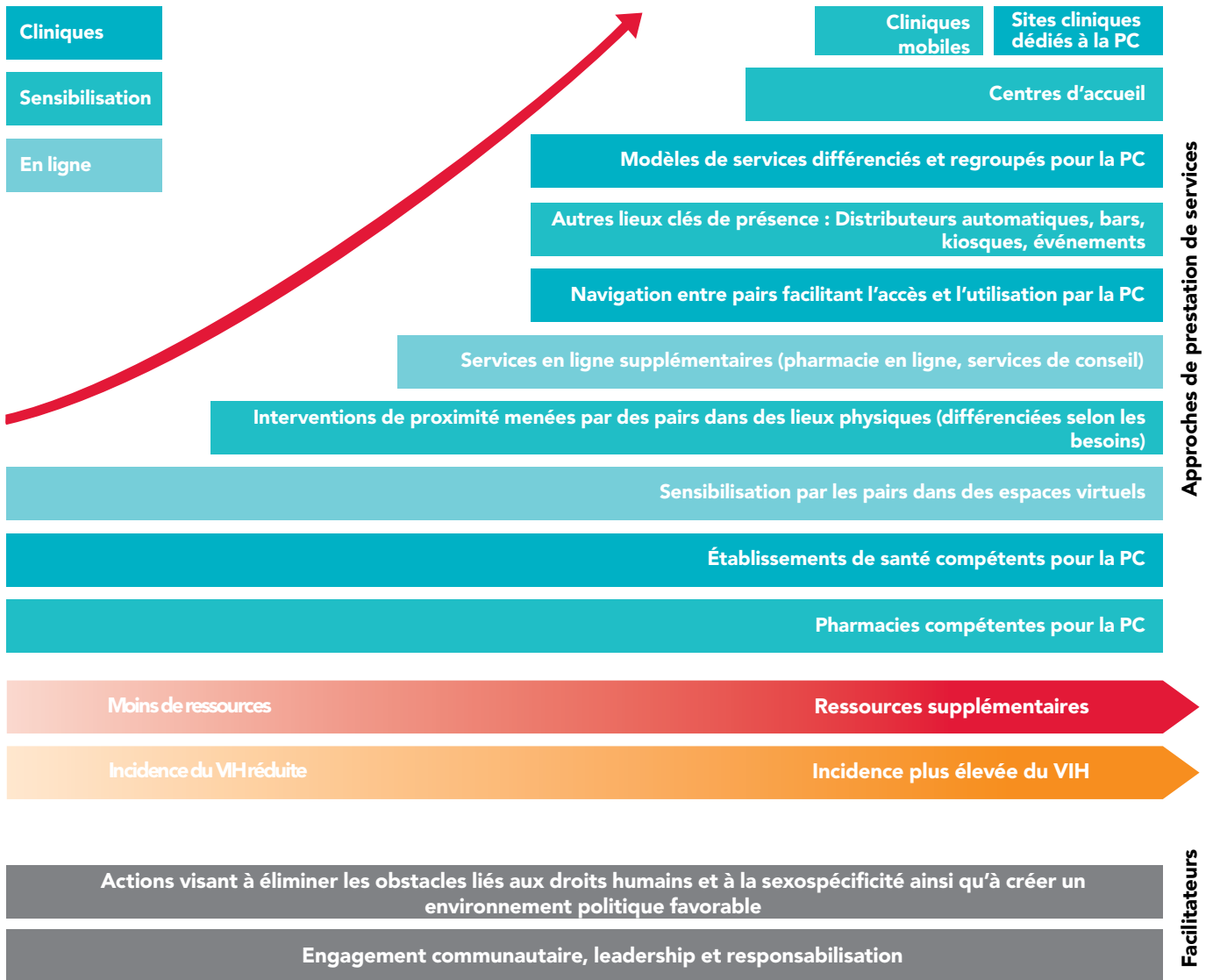
Tableau 3. Estimation de la taille médiane régionale des populations clés

Population	Travailleur(se)s du sexe			Homosexuels et autres hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes			Femmes transgenres			Personnes qui s'injectent des drogues			
	Région	Médiane	Q1	Q3	Médiane	Q1	Q3	Médiane	Q1	Q3	Médiane	Q1	Q3
Asie et Pacifique		0,28 %	0,21 %	0,57 %	0,91 %	0,78 %	1,60 %	0,18 %	0,07 %	0,37 %	0,14 %	0,03 %	0,31 %
Caraïbes		1,63 %	1,58 %	1,69 %	1,67 %	1,63 %	1,82 %	0,06 %	0,05 %	0,15 %	Amérique latine		
Europe de l'Est et Asie centrale		0,39 %	0,26 %	0,42 %	0,81 %	0,64 %	0,97 %	0,08 %	0,08 %	0,08 %	1,06 %	0,70 %	1,69 %
Afrique orientale et australe		0,79 %	0,52 %	0,93 %	0,73 %	0,58 %	0,86 %	0,21 %	0,12 %	0,25 %	0,20 %	0,11 %	0,66 %
Amérique latine		0,53 %	0,33 %	0,83 %	1,73 %	1,23 %	1,80 %	0,10 %	0,10 %	0,18 %	0,21 %	0,21 %*	0,21 %**
Moyen-Orient et Afrique du Nord		0,37 %	0,31 %	0,60 %	0,68 %	0,49 %	0,79 %	0,13 %			0,23 %	0,12 %	0,34 %
Afrique occidentale et centrale		0,55 %	0,49 %	0,70 %	0,38 %	0,15 %	0,39 %	0,04 %	0,03 %	0,07 %	0,16 %	0,09 %	0,23 %
Amérique du Nord	Identique à l'Europe occidentale et centrale				2,68 %	2,59 %	2,77 %	0,61 %	0,60 %	0,63 %	0,57 %	0,57 %*	0,57 %**
Europe occidentale et centrale		0,29 %	0,26 %	0,53 %	2,06 %	1,46 %	2,52 %	0,26 %	0,26 %	0,26 %	0,51 %	0,46 %	0,63 %

Source : Analyse spéciale, Guide 2026 de l'ONUSIDA pour la mise à jour des estimations du spectre du VIH.

Note : Q1 et Q3 désignent les intervalles de quartiles. Ils décrivent la fourchette dans laquelle les tailles de population de la moitié des pays de la région ont été constatées.

Figure 3. Outil de prise de décision par étapes pour les modèles de prestation de services aux populations clés



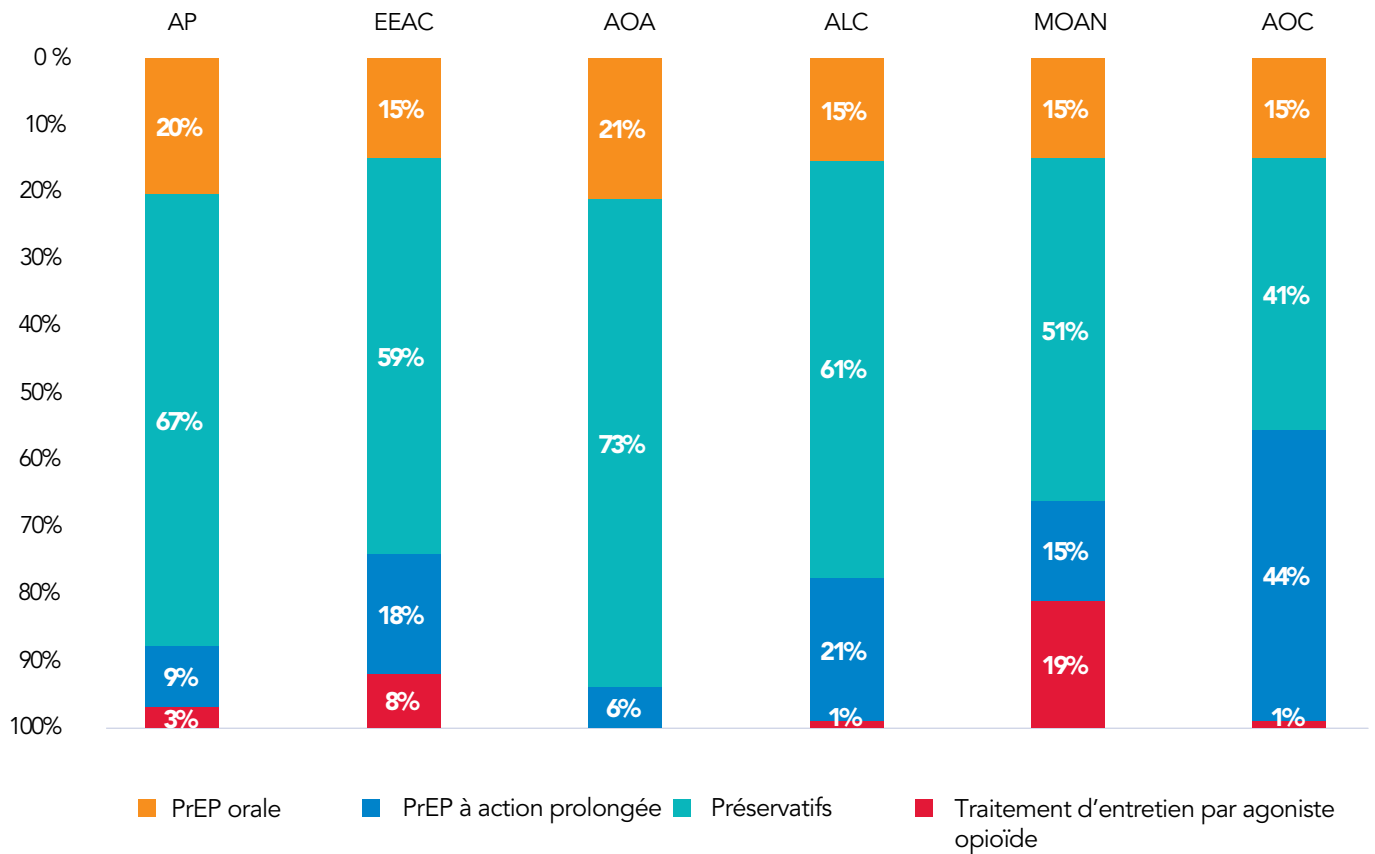
Les facilitateurs constituent un ensemble d'actions dont certaines ne nécessitant pas de ressources importantes et d'autres qui en nécessitent. Les besoins spécifiques doivent être pris en compte en fonction du contexte juridique et politique du pays et des ressources disponibles.

Note : PC = population clé

Source : Planification et gestion des programmes de lutte contre le VIH auprès des populations clés, Coalition mondiale pour la prévention du VIH, Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025. (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)

Figure 4. Besoins en ressources pour la prévention du VIH

a. Part des besoins en ressources (en pourcentage de dollars américains) en 2030 pour les produits de prévention du VIH, par région de l'ONUSIDA



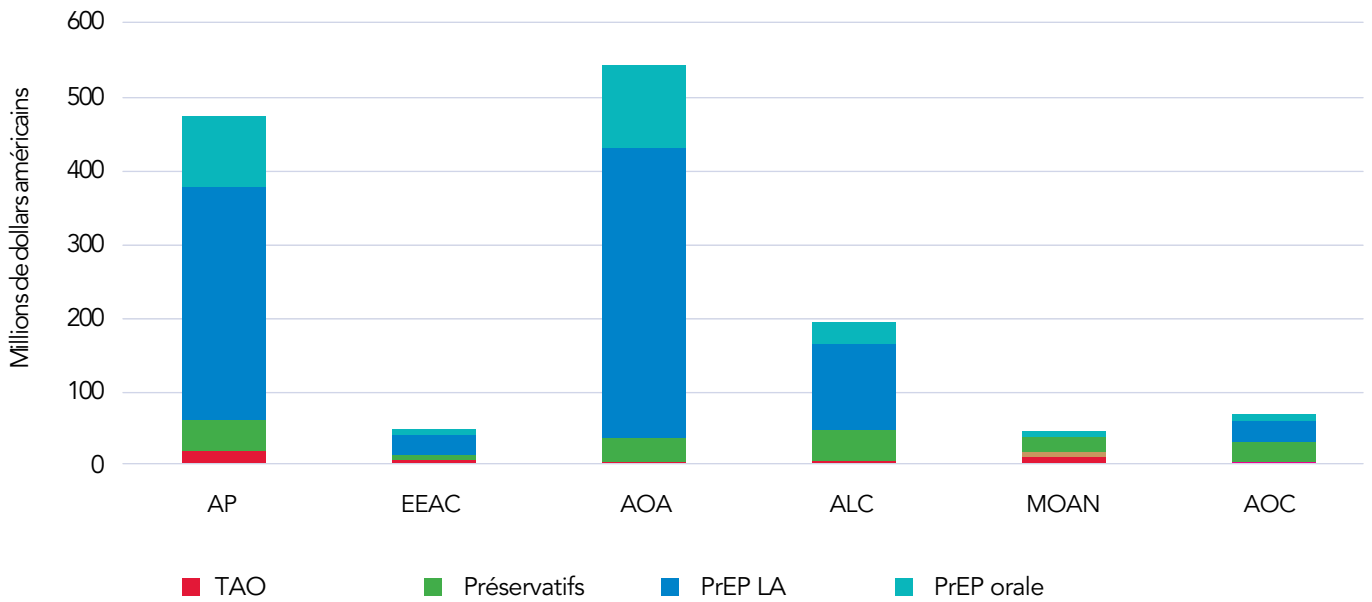
Notes : Prophylaxie pré-exposition à longue durée d'action = PrEP LA ; TAO = traitement d'entretien par agoniste opioïde.

AP = Asie-Pacifique ; EEAC = Europe de l'Est et Asie centrale ; AOA = Afrique orientale et australe ; ALC : = Amérique latine et Caraïbes ; MOAN = Moyen-Orient et Afrique du Nord ; AOC = Afrique occidentale et centrale.

La ventilation par méthode n'est qu'indicative, en raison des hypothèses utilisées pour estimer le coût, qui diffèrent selon les produits. La part exacte de chaque méthode, notamment des nouveaux produits à action prolongée, ne peut être prédite avec précision car elle dépendra des préférences des utilisateurs, de l'évolution des prix et de l'arrivée potentielle de nouveaux produits sur le marché.

Source : Estimations financières de l'ONUSIDA et projection des besoins en ressources pour 2026-2030, juillet 2025.

b. Besoins en ressources (en dollars américains) en 2030 pour les produits de prévention du VIH par région de l'ONUSIDA

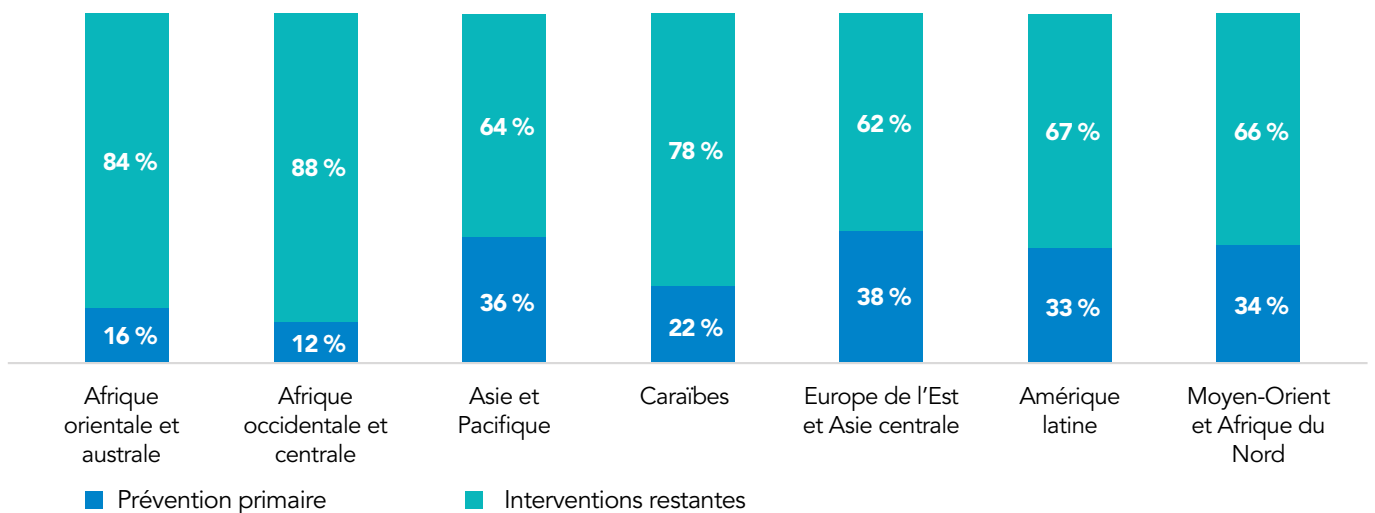


Notes : Prophylaxie pré-exposition à action prolongée = PrEP-AP ; TAO = traitement par agoniste opioïde.

AP = : Asie-Pacifique ; EEAC = Europe de l'Est et Asie centrale ; AOA = Afrique orientale et australe ; ALC = Amérique latine et Caraïbes ; MOAN = Moyen-Orient et Afrique du Nord ; AOC = Afrique occidentale et centrale.

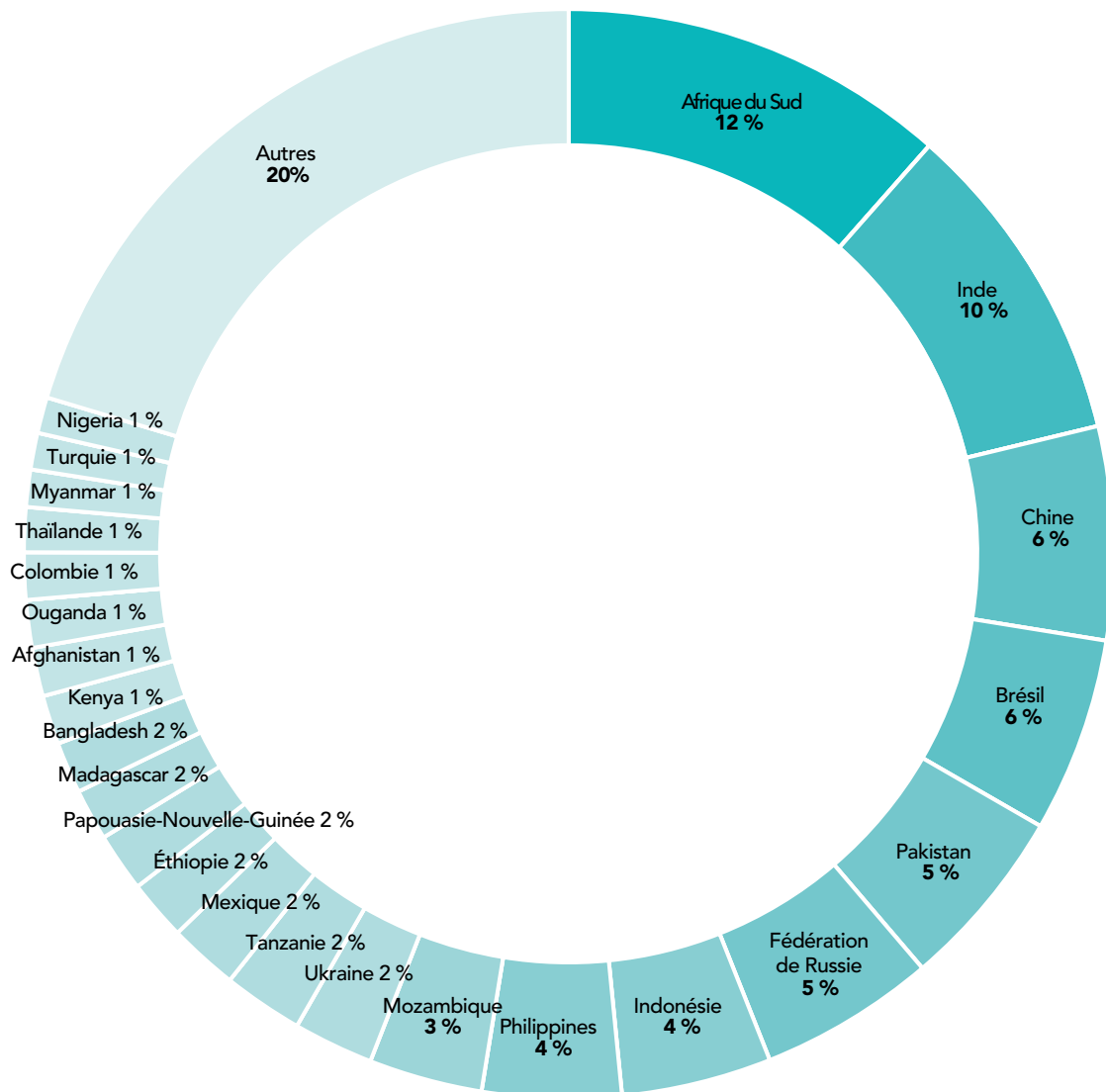
Source : Estimations financières et projections de l'ONUSIDA concernant les besoins en ressources pour 2026–2030, juillet 2025.

c. Répartition des besoins en ressources pour la prévention primaire du VIH en 2030, par région



Source : La crise du SIDA et le pouvoir de transformation : Mise à jour mondiale sur le sida 2025 de l'ONUSIDA. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025. page 114

d. Proportion des besoins en ressources pour la prévention primaire du VIH d'ici 2030 dans les pays à revenu faible et intermédiaire



Source : Estimations financières et projections des besoins en ressources de l'ONUSIDA pour 2026-2030, juillet 2025.

Tableau 4. Proportion des ressources consacrées à la prévention du VIH, dans certains pays

Pays	Année	Pourcentage des ressources totales consacrées à la prévention du VIH	Pourcentage des ressources nationales consacrées à la prévention du VIH
Afghanistan	2024	49	0
Angola	2024	10	9
Antigua-et-Barbuda	2023	9	9
Arménie	2024	35	18
Azerbaïdjan	2024	29	28
Bangladesh	2023	39	21
Belize	2023	8	3
Bénin	2024	35	18
Bhoutan	2024	45	0
Brésil	2024	7	7
Burkina Faso	2024	4	6
République centrafricaine	2024	3	0
Chili	2024	28	28
Costa Rica	2024	5	5
Dominique	2023	50	50
République dominicaine	2024	20	23
Salvador	2024	18	19
Éthiopie	2023	10	12
Géorgie	2024	50	47
Ghana	2023	8	1
Guatemala	2024	37	29
Guinée	2024	4	0
Honduras	2024	33	32
Inde	2024	27	27

Kazakhstan	2024	8	6
Kenya	2024	8	5
Kirghizistan	2024	13	1
Laos (République démocratique populaire lao)	2024	30	23
Malawi	2024	15	0
Malaisie	2024	14	10
Mali	2024	38	38
Népal	2024	21	1
Panama	2024	20	23
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2023	14	4
Pérou	2024	43	44
Philippines	2024	6	6
République de Moldavie	2024	34	28
Rwanda	2024	9	0
Seychelles	2024	39	39
Singapour	2024	6	6
Afrique du Sud	2024	9	5
Tadjikistan	2023	32	13
Thaïlande	2023	15	12
Timor-Leste	2024	49	57
Togo	2024	11	6
Ouzbékistan	2023	20	12
Zimbabwe	2023	21	0
TOTAL	2023/2024	11	8

Source : Analyse spéciale à partir de l'ensemble de données de surveillance mondiale du sida. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).

Note : Dix autres pays (Burundi, Tchad, Chine, Égypte, Gambie, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Sénégal, Sri Lanka et Émirats arabes unis) ont rapporté 0 % pour les deux indicateurs et ne sont donc pas affichés dans ce tableau.

Annexe 2 : Ressources de prévention du VIH

Outils de planification de la prévention

- Documents de formation de l'ONUSIDA sur les estimations du VIH ([en ligne ici](#))
- Supports de formation à l'estimation des besoins en matière de prévention du VIH ([en ligne ici](#))
- Atlas des populations clés de l'ONUSIDA ([en ligne ici](#))
- Tableau de bord financier de l'ONUSIDA sur le VIH ([en ligne ici](#))
- Outil d'évaluation des besoins en préservatifs de l'ONUSIDA ([en ligne ici](#))
- Visionneuse des estimations infranationales du VIH de Naomi ([en ligne ici](#))
- Estimations infranationales du VIH dans les populations prioritaires (SHIPP) ([en ligne ici](#))
- Outil de planification, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de PrEP-It ([en ligne ici](#))
- Boîte à outils FHI360 pour concevoir des campagnes sur les réseaux sociaux promouvant l'utilisation du préservatif ([en ligne ici](#))
- Outil de mise en œuvre de l'OMS pour la PrEP de l'infection par le VIH ([en ligne ici](#))
- Cinq outils du GPC pour l'auto-évaluation de la prévention du VIH (PSAT) ([en ligne ici](#))

Orientations techniques sur la prévention du VIH

- L'OMS a différencié et simplifié la PrEP pour la prévention du VIH ([en ligne ici](#))
- Directives de l'OMS sur le lénacépavir pour la prévention du VIH et les stratégies de dépistage pour la prophylaxie pré-exposition injectable à action prolongée ([en ligne ici](#))
- Prévention du VIH par la circoncision masculine volontaire et sécurisée chez les adolescents et les hommes dans les épidémies généralisées de VIH (OMS) ([en ligne ici](#))
- Directives consolidées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge du VIH, des hépatites virales et des IST pour les populations clés ([en ligne ici](#))
- Élaboration de programmes efficaces de distribution de préservatifs : note technique ([en ligne ici](#))
- Communication de prévention du VIH axée sur les personnes : Approches consolidées pour la génération de la demande et les aspects comportementaux de la prévention du VIH ([en ligne ici](#))
- Planification et gestion des programmes de lutte contre le VIH auprès des populations clés ([en ligne ici](#))
- Programmes d'échange de seringues et d'aiguilles pour les personnes qui s'injectent des drogues. Guide opérationnel de l'OMS ([en ligne ici](#))
- Guide de budgétisation et de planification des ressources pour la mise en œuvre d'interventions virtuelles dans le cadre des réponses au VIH ([en ligne ici](#))
- Interventions virtuelles en réponse au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et aux hépatites virales : note d'orientation ([en ligne ici](#))
- Interventions virtuelles contre le VIH : Un outil d'aide à la budgétisation et à la programmation. ([en ligne ici](#))

Durabilité de la prévention

- Forum des leaders du VIH : Mise en œuvre de contrats sociaux pour la prévention du VIH ([en ligne ici](#))
- Contrat social du GPC : Concepts et exemples ([en ligne ici](#) ou [ici](#))
- Soutien du GPC à la priorisation dans le contexte des réductions de financement de la lutte contre le VIH ([en ligne ici](#))
- Renforcer le leadership national pour des programmes durables de lutte contre le VIH (prévention) : une note d'orientation à l'intention des dirigeants gouvernementaux ([en ligne ici](#))

Rapports d'étape sur la prévention du VIH

- Tableaux de bord de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH ([en ligne ici](#))
- Mise à jour mondiale sur le sida 2025 de l'ONUSIDA ([en ligne ici](#))

Autres ressources sur la prévention du VIH

- Réseau d'apprentissage Sud-Sud sur la prévention du VIH ([en ligne ici](#))
- Nouvelles orientations dans la mesure de la prévention combinée du VIH ([en ligne ici](#))
- PrEP Watch ([en ligne ici](#))

Références

1. UNAIDS epidemiological estimates 2025 (<https://aidsinfo.unaids.org/>). (Unless indicated otherwise, HIV estimates and projections cited in this report are UNAIDS estimates.)
2. Global AIDS Monitoring 2021–2025, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
3. National Commitments and Policy Instrument, 2017–2024 (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>), supplemented by additional sources (see references in <http://lawsandpolicies.unaids.org/>).
4. Venter WDF, Gandhi M, Sokhela S, Sikwese, Bygrave H, Da Gama L. The long wait for long-acting HIV prevention and treatment formulations. *The Lancet HIV*. 2024;11(10):e711–e716 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39159655/>).
5. Marcus JL, Sewell WC, Balzer LB, Krakower DS. Artificial intelligence and machine learning for HIV prevention: emerging approaches to ending the epidemic. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2020;17(3):171–179. Online at (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-020-00490-6>).
6. Sandefur J, Kenny C, USAID cuts: new estimates at the country level. Washington, DC: Center For Global Development; 2025 (<https://www.cgdev.org/blog/usaids-cuts-new-estimates-country-level>).
7. Congressional budget justification: Department of State, foreign operations, and related programs—fiscal year 2026. Washington, DC: U.S. Department of State; 2025 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
8. Grant adaptation measures for grant cycle 7. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-05-16-gc7-grant-adaptation-measures/>).
9. Alcorn K. US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment. London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
10. PrEP delivery imperiled. New York: AVAC; 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
11. UNAIDS financial estimates, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; May 2025.
12. Global AIDS monitoring dataset. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025 (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
13. AIDSInfo: Global data on HIV epidemiology and response. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (<https://aidsinfo.unaids.org/>).
14. The effectiveness of behavioural interventions to prevention HIV. A compendium of evidence. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2017, updated 2019 (The-effectiveness-of-behavioural-interventions-to-prevent-HIV.-A-compendium-of-evidence_final.pdf).
15. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>).
16. Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315>).
17. GC7 programmatic reprioritization approach “protecting and enabling access to lifesaving services”. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/updates/2025-06-06-gc7-grant-reprioritization/>).
18. Comprehensive national HIV communications strategy for Zimbabwe: 2019–2025. Harare: Ministry of Health and Childcare; 2019 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/Zimbabwe-National-HIV-Communications-Strategy-2019-2025.pdf>).
19. Kamitani E, Mizuno Y, Khalil GM, Viguerie A, DeLuca JB, Mishra N. Improving HIV preexposure prophylaxis uptake with artificial intelligence and automation: a systematic review. *AIDS*. 2024;38(10):1560–1569. (https://journals.lww.com/aidsonline/abstract/2024/0810/improving_hiv_preexposure_prophylaxis_uptake_with.14.aspx).

20. Rice E, Yoshioka-Maxwell A, Petering R, Onasch-Vera L, Craddock J, Tambe M. et al. Piloting the use of artificial intelligence to enhance HIV prevention interventions for youth experiencing homelessness. *J Soc Social Work Res.* 2018;9(4):551–573 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/701439>).
21. Wilde B, Onasch-Vera L, Diguseppi G, Petering R, Hill C, Yadav A, et al. Clinical trial of an AI-augmented intervention for HIV prevention in youth experiencing homelessness. In proceedings of the AAAI conference on artificial intelligence. 2021;35(17):14948–14956 (<https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/701439>).
22. Scalable and sustainable primary HIV prevention models for people from key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2026.
23. Planning and managing HIV programmes with key populations. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>).
24. Goldstein D, Salvatore M, Ferris R, Phelps BR, Minior T. Integrating global HIV services with primary health care: a key step in sustainable HIV epidemic control. *The Lancet Glob Health.* 2023;11(7):e1120–e1124 ([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00156-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00156-0/fulltext)).
25. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/preventing-hiv-sti-among-women-girls-using-contraceptive-services_en.pdf).
26. Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, Sithole B, Siberry GK, Schowen R, et al.. Integrating HIV and primary healthcare for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini. *J Int AIDS Soc.* 2025;28(9):e70027 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.70027>).
27. Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Novel platforms for biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;1-8 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7>).
28. Planning and managing HIV programmes with key populations: considerations for delivering and sustaining HIV services through trusted access platforms for sex workers, people who use drugs, men who have sex with men and trans and gender diverse people. Geneva: Global Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/planning-and-managing-hiv-programmes-key-populations>)
29. Policy brief: virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis innovate—implement—integrate. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
30. Patel P, Kerzner M, Reed JB, Sullivan PS, El-Sadr WM. Public health implications of adapting HIV pre-exposure prophylaxis programs for virtual service delivery in the context of the COVID-19 pandemic: systematic review. *JMIR Public Health and Surveill.* 2022;8(6):e37479 (<https://publichealth.jmir.org/2022/6/e37479/>).
31. Artificial intelligence to enhance HIV prevention in age of disruptions: Recommendations from the Audere and Desmond Tutu Health Foundation Expert Consultation. Fairways, South Africa: Audere and Desmond Tutu Health Foundation; 2025 (<https://static1.squarespace.com/static/64ff6a6dd00b77132a60f99b/t/687023a99f37d90341775b8/1752179626426/Leveraging+AI+to+enhance+HIV+prevention+v3.pdf>).

- 32.** Prioritized, efficient, effective and sustainable prevention at a time of uncertain financing: considerations for countries to make in 2025 with a 2030 horizon. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2025 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/supporting-prioritization-context-hiv-funding-cuts>).
- 33.** The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360860/9789240055179-eng.pdf?sequence=1>).
- 34.** Broyles LN, Luo R, Boeras D, Vojnov L. The risk of sexual transmission of HIV in individuals with low-level HIV viraemia: a systematic review. *Lancet*. 2023;402(10400):464–471.
- 35.** Phillips AN, Hickey MD, Shade SB, Kabami J, Ayieko J, Revill P, et al. Dynamic choice HIV prevention with long-acting injectable cabotegravir pre-exposure prophylaxis in east, central, southern, and west Africa: a cost-effectiveness modelling analysis. *The Lancet HIV*. 2025;12(10):e701–e711 ([https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(25\)00169-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00169-9)).
- 36.** Kavanagh MM, 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 Glob Health*. 2021;6(8):e006315 (<https://gh.bmj.com/content/6/8/e006315>).
- 37.** Condom situation analysis dashboard, 2024-07 Global HIV Prevention Coalition. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/condom-situation-analysis-dashboard-2024-07>
- 38.** Sia D, Tchouaket ÉN, Hajizadeh M, Karemere H, Onadja Y, Nandi A. The effect of gender inequality on HIV incidence in Sub-Saharan Africa. *Publ Health*. 2020;182:56–63 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003335062030024X>).
- 39.** Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *Afr J Reproduc Gynaecol Endosc*. 2014;17(1) (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.7448/IAS.17.1.18845>).
- 40.** Lyons CE, Rwema JOT, Makofane K, Diouf D, Njindam IM, Ba I. Associations between punitive policies and legal barriers to consensual same-sex sexual acts and HIV among gay men and other men who have sex with men in sub-Saharan Africa: a multicountry, respondent-driven sampling survey. *The Lancet HIV*. 2023;10(3):e186–e194 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/am/pii/S2352301822003368>).
- 41.** Centring human rights in sustainable HIV responses. UNAIDS Reference Group on HIV and Human Rights. Geneva: UNAIDS; 2025 (<https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2025/11/UNAIDS-Reference-Group-on-Human-Rights-Minimum-Standards-in-a-Sustainable-HIV-Response-August-2025.pdf>).
- 42.** Botswana: sustainability and transition readiness assessment and roadmap for HIV and TB. Boston: Pharos Global Health Advisors for the Botswana National AIDS and Health Promotion Council; 2024 (<https://pharosglobalhealth.com/projects/botswana-hiv-sustainability-and-transition-roadmap/>
- 43.** Sustaining effective leadership to secure gains, bridge disparities and expedite progress: a position paper on the leadership role of national AIDS coordinating authorities in the future of HIV prevention, sustainable health and preventing future pandemics. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65672199206bd9877c96d9c9_PP_HIV_en_dig.pdf).
- 44.** Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV*. 2018;5(4):e190–e198.
- 45.** Silhol R, Booton RD, Mitchell KM, Stannah J, Stevens O, Dimitrov D, et al. Identifying priority populations for HIV interventions using acquisition and transmission indicators: a combined analysis of 15 mathematical models from 10 African countries. *medRxiv*. 2025;2025-03 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.03.17.25324139v1.full>).
- 46.** Silhol R, Anderson RL, Stevens O, Stannah J, Booton RD, Baral S, et al. Measuring HIV acquisitions among partners of key populations: estimates from HIV transmission dynamic models. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 2024;95(1S):e59–e69 (https://journals.lww.com/jaids/fulltext/2024/01011/measuring_hiv_acquisitions_among_partners_of_key7.aspx?context=latestarticles)
- 47.** Birdthistle, I, Risher, K. Estimating the size of the priority populations of AGYW in settings with high HIV incidence. Think tank presentation 11 May 2022.

48. Korenromp EL, Sabin K, Stover J, Brown T, Johnson LF, Martin-Hughes R, et al. New HIV infections among key populations and their partners in 2010 and 2022, by world region: a multisources estimation. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2024;95(1S):e34–e45.
49. Neal JJ, Prybylski D, Sanchez T, Hladik W. Population size estimation methods: searching for the holy grail. *JMIR Publ Health Surveill*. 2020;6(4):e25076 (<https://publichealth.jmir.org/2020/4/e25076>).
50. UNAIDS special analyses, 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
51. Banadakoppa MR, Bhattacharjee P, Shaw SYN, Gitonga J, Kioko J, Songok F. A sub-national HIV epidemic appraisal in Kenya: a new approach for identifying priority geographies, populations and programmes for optimizing coverage for HIV prevention. *J Int AIDS Soc*. 2024;27:e26245 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jia2.26245>).
52. Platt L, Wut Yee Kyaw K, Rathod SD, Yu Naing A, Garkov S, Bijl M, et al. The effect of location in mining or borderland areas on HIV incidence among people who use drugs attending a harm reduction programme in Myanmar, 2014–2021: a retrospective cohort study. *PloS One*. 2025;20(5):0295727 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0295727>).
53. Malburg CM, Gutreuter S, Ruiseñor-Escudero H, Abdul-Quader A, Hladik W. Population size estimation of men who have sex with men in low-and middle-income countries: Google trends analysis. *JMIR Publ Health Surveill*. 2025;11:e58630.
54. National HIV prevention road map 2022–2025 (Mozambique). Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/national-hiv-prevention-road-map-2022-2025-mocambique>).
55. Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S, et al. The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: a modelling study. *The Lancet Reg Health-Southeast Asia*. 2022;7 ([https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00113-5/fulltext)).
56. Noriega Minichiello S, Costenbader B, Homan R, Shrestha B, Saidou Tall MM, et al. Cost and service utilization of online and in-person HIV services in Mali and Nepal [Conference presentation]. *AIDS*, 22–26 July 2024, Munich (https://plus.iasociety.org/sites/default/files/2024-09/e-poster_996.pdf).
57. Thuo N, Bardon AR, Mogere P, Kiptinness C, Casmir E, Wairimu N, et al. Acceptability of six-monthly PrEP dispensing supported with interim HIV self-testing to simplify PrEP delivery in Kenya: findings from qualitative research. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):1281 (<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352301822001266>).
58. Kelly SL, Martin-Hughes R, Stuart RM, Yap XF, Kedziora DJ, Grantham KL, et al. The global Optima HIV allocative efficiency model: targeting resources in efforts to end AIDS. *The Lancet HIV*. 2018;5(4):e190–e198
59. Chevalier JM, Hansen MA, Coskun E, Sy KTL, Drakes J, Dowling S, et al. Cost-effectiveness of intervention combinations towards the elimination of vertical transmission of HIV in limited-resource settings: a mathematical modelling study. *The Lancet Glob Health*. 2024;12(3):e457–e466 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X23005880>).
60. Stone J, Bothma R, Gómez GB, Eakle R, Mukandavire C, Subedar H, et al. Impact and cost-effectiveness of the national scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers in South Africa: a modelling analysis. *J. Int AIDS Soc*. 2023;26(2):e26063. doi.org/10.1002/jia2.26063.
61. Pebody R. Does six-monthly PrEP have a future following the collapse of global HIV funding? London: Aidsmap; 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/does-six-monthly-prep-have-future-following-collapse-global-hiv-funding>).
62. UNAIDS financial estimates and projection of resource needs for 2026–2030, July 2025 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
63. UNAIDS-supported national AIDS spending assessments, 2019–2024 Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
64. Special analysis using <https://hivfinancial.unaids.org/data>. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
65. HIV and universal health coverage: a guide for civil society. UNAIDS explainer. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/hiv-uhc-guide-civil-society>).

66. Viriyathorn S, Sachdev S, Suwanwela W, Wangbanjongkun W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Procedural fairness in benefit package design: inclusion of pre-exposure prophylaxis of HIV in universal coverage scheme in Thailand. *Health Pol Planning*. 2023;38 (Suppl 1), i36.
67. Mendonça Gil PK, Conrado DDS, Nascimento AID, Azevedo MVD, Cunha JCPD, Koch GSR, et al. HIV pre-exposure prophylaxis and incidence of sexually transmitted infections in Brazil, 2018 to 2022: an ecological study of PrEP administration, syphilis, and socioeconomic indicators. *PLoS Neglected Trop Dis*. 2023;17(8):e0011548 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10446216/>).
68. Samoun N. Informal economy's entertainment workers entitled to receive equity card. 2023 (<https://cambodianess.com/article/informal-economys-entertainment-workers-entitled-to-receive-equity-card>).
69. Implementing social contracting for HIV prevention. Policy brief. HIV Leadership Forum. HIV Leadership Forum. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; World Health Organization; 2024 (https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/implementing_social_contracting_for_hiv_prevention_policy_brief.pdf).
70. Terms of reference for the implementation of social contracting of HIV prevention package of services in support of the national HIV response. Kingston: Jamaica Ministry of Health and Wellness; 2021 (<https://www.moh.gov.jm/tenders/terms-of-reference-for-the-implementation-of-social-contracting-of-hiv-prevention-package-of-services-in-support-of-the-national-hiv-response/>).
71. Social contracting monitoring and evaluation framework: a tool for tracking progress. EpiC and VAAC. New York: FHI360; 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-vietnam-social-contracting-monitoring-evaluation-framework.pdf>).
72. Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction. Liverpool: Harm Reduction International; 2023 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).
73. Ahaibwe G, Abdool Karim S, Thow AM, Erzse A, Hofman K. Barriers to, and facilitators of, the adoption of a sugar sweetened beverage tax to prevent non-communicable diseases in Uganda: a policy landscape analysis. *Glob Health Action*. 2021;14(1):1892307 (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/16549716.2021.1892307#abstract>).
74. Sin tax law incremental revenue for health: annual report CY 2016. Manila: Philippines Department of Health; 2016 (https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/2023-04/philippines_2018_annex-4_Sin_tax_report_2016.pdf).
75. Shroff ZC, Sparkes SP, Paina L, Skarphedinsdottir M, Gotsadze G, Zakumumpa H, et al. Managing transitions from external assistance: cross-national learning about sustaining effective coverage. *Health Pol Plan*. 2024;39(Supplement_1):i50-i64 (https://academic.oup.com/heapol/article/39/Supplement_1/i50/7578711).
76. UNAIDS financial analysis, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; July 2025.
77. UNAIDS special analyses, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025.
78. Stover JG, Mattur D, Siapka M, Pliakas T, Valladares-Cardona R. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. *medRxiv*. 2025;07, p. 13 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.07.01.25330647v1.full.pdf>).
79. Wu L, Kaftan D, Wittenauer R, Arrouzet C, Patel N, Saravis AL, et al. Health and budget impact, and price threshold for cost-effectiveness of lenacapavir for PrEP in Eastern and Southern Africa: a modeling analysis. *medRxiv*. 2024-08 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39312933/>).
80. Meyer-Rath G, Jamieson, L, Johnson L, Bekker LG, Subedar H. The cost-effectiveness and optimal price level of injectable PrEP with lenacapavir in South Africa. General abstract submission (<https://www.heroza.org/publications/the-cost-effectiveness-and-optimal-price-level-of-injectable-prep-with-lenacapavir-in-south-africa/>).
81. Unitaid, CHAI, and Wits RHI enter into a landmark agreement with Dr. Reddy's to make HIV prevention tool lenacapavir affordable in LMICs. <https://unitaid.org/news-blog/lenacapavir-for-hiv-prevention/>

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), 2026

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. Prévention du VIH à l'horizon 2030 : Un cadre d'accès mondial pour des réponses menées par les pays. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2026. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

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

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



ONUSIDA
Programme conjoint des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 595 59 92

unaids.org

UNFPA
Fonds des Nations Unies pour la population

730 Third Avenue
New York, NY 10017
États-Unis

unfpa.org