

UN LONG CHEMIN RESTE À PARCOURIR

COMBLER LES ÉCARTS
ROMPRE LES BARRIÈRES
RÉPARER LES INJUSTICES

SYNTHÈSE



Copyright : © 2018

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

Tous droits de reproduction réservés.

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

ONUSIDA/JC2924F – Synthèse

UN LONG CHEMIN RESTE À PARCOURIR

COMBLER LES ÉCARTS
ROMPRE LES BARRIÈRES
RÉPARER LES INJUSTICES

SYNTHÈSE

Avant-propos

La riposte mondiale au sida se trouve dans une situation particulièrement préoccupante : les succès, certes remarquables – mais encore limités- que nous avons connus en termes de vies sauvées et d'arrêt de nouvelles infections par le VIH sont en train d'ouvrir dangereusement la voie à une certaine forme de complaisance. À mi-chemin des objectifs à atteindre d'ici 2020, le rythme des progrès est encore loin d'être à la mesure de l'ambition affichée.

Le nombre de décès liés au sida est le plus bas que nous ayons connu au cours de ce siècle. Pour la toute première fois en effet, depuis des années, moins d'un million de personnes est décédé de maladies liées au sida. Ces résultats sont dus essentiellement à un accès soutenu à la thérapie antirétrovirale. Cependant la réduction de la mortalité liée au sida n'est pas assez rapide pour atteindre l'objectif de moins de 500 000 décès liés au sida d'ici 2020. Aujourd'hui, trois personnes sur quatre vivant avec le VIH connaissent leur statut : c'est la première étape pour accéder au traitement. Le nombre de personnes sous traitement atteint désormais le chiffre record de 21,7 millions, soit une augmentation nette de 2,3 millions de personnes depuis fin 2016.

Cependant, l'augmentation du nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral est loin d'être un acquis car chaque année, au cours des trois années à venir, 2,8 millions de personnes supplémentaires en attente de traitement devront être prises en compte. Il ne sera pas possible de garantir l'accès au traitement pour le plus grand nombre, en l'absence de nouveaux financements substantiels, sans une politique hardie en vue de remédier à la pénurie chronique de personnels de santé et sans action d'envergure visant à mettre fin à la discrimination, à la stigmatisation et à l'exclusion.

Par ailleurs, nous sommes confrontés à une crise de la prévention. Les progrès remarquables enregistrés en termes de vies sauvées sont sans commune mesure avec le rythme de réduction des nouvelles infections à VIH. Le nombre de nouvelles infections ne diminue pas assez vite. Les services de prévention ne sont pas fournis dans les proportions adéquates permettant d'atteindre les personnes qui en ont le plus besoin. L'acceptation des préservatifs, la circoncision masculine médicale volontaire, prophylaxie préexposition, les transferts de fonds, doivent être massivement augmentés et ne peuvent être des outils secondaires de la prévention. Et j'attends le jour où il y aura une possibilité de guérison et un vaccin contre le VIH.

Je suis particulièrement affligé par l'injustice manifeste dont nos enfants sont victimes. En effet, malgré les bonnes nouvelles selon lesquelles 1,4 million de nouvelles infections à VIH chez les enfants ont été évitées depuis 2010, il demeure que 180 000 enfants ont contracté le VIH en 2017 – ce qui est bien loin de l'objectif 2018 visant à éliminer les nouvelles infections.

Alors que le traitement du VIH demeure élevé au plan mondial, seule la moitié des moins de 15 ans vivant avec le VIH en ont bénéficié l'année dernière.

La stigmatisation et la discrimination ont encore de terribles conséquences. Les personnes censées prendre en charge, protéger, soutenir et soigner les personnes vivant avec le VIH, sont souvent celles-là mêmes qui font preuve de discrimination à leur égard, les empêchant d'accéder aux services essentiels de prise en charge du VIH, causant de ce fait, plus d'infections à VIH et plus de décès.

Il est de la responsabilité de l'Etat de protéger tout le monde. Les droits de l'homme sont universels – nul ne doit être exclu, pas plus les travailleurs (travailleuses) du sexe, que les homosexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les consommateurs de drogues injectables, les personnes transgenres, les prisonniers ou les migrants. Les mauvaises lois qui criminalisent la transmission du VIH, le travail du sexe, l'usage personnel des drogues et l'orientation sexuelle, et celles qui empêchent l'accès aux services doivent disparaître, et disparaître tout de suite.

Les femmes et les filles continuent d'être touchées de manière disproportionnée. Il est scandaleux qu'une femme sur trois dans le monde ait été victime de violences physiques ou sexuelles. Nous ne devons pas relâcher nos efforts en matière de lutte contre le harcèlement, les abus et la violence, que ce soit à la maison, dans la communauté ou sur le lieu de travail. L'ONUSIDA reste ferme dans son engagement à agir contre le harcèlement, les abus et la violence, où qu'ils se produisent.

La prochaine réunion de haut niveau des Nations Unies sur la tuberculose est une occasion unique pour sortir le sida de l'isolement et promouvoir l'intégration des services de traitement du VIH et de la tuberculose. Trois décennies après le début de l'épidémie de VIH, trois personnes sur cinq qui commencent un traitement anti-VIH ne sont pas dépistées, testées ou traitées pour la tuberculose, qui pourtant, demeure le plus grand tueur des personnes vivant avec le VIH. L'intégration des services de VIH avec les services de santé sexuelle et reproductive est toute aussi importante ainsi que le développement des liens forts entre les services des maladies non-transmissibles. Notre objectif doit être de sauver des vies de manière holistique, et non en prenant une maladie comme une question de manière isolée.

Nous sommes confrontés à une crise de financement. Je suis particulièrement heureux que les ressources allouées à la riposte au sida aient augmenté en 2017. Nous ne devons cependant pas oublier qu'il y a encore un déficit de 20% à combler entre les ressources nécessaires et les ressources disponibles. Nous ne pouvons pas nous permettre de réduire l'aide internationale à la riposte au sida. Une réduction de 20% des financements internationaux serait catastrophique pour les 44 pays qui comptent sur l'aide internationale pour au moins 75% de leurs ripostes nationales au VIH. Une riposte au sida entièrement financée est non négociable, comme le financement pour la couverture santé universelle.

Le sida n'est pas fini mais il peut l'être. A mi-chemin des objectifs 2020, nous devons réaffirmer notre engagement à les atteindre. Les succès enregistrés dans le traitement du VIH ont démontré ce que nous pouvons réaliser en conjuguant nos intelligences : une vie plus longue et plus saine pour les personnes vivant avec le VIH. Mais il nous reste encore du chemin à parcourir. Nous avons des promesses à tenir.

Michel Sidibé

Directeur exécutif de l'ONUSIDA

Résumé du rapport

EN S'ARRÊTANT PAR LES BOIS UN SOIR DE NEIGE

de Robert Frost

A qui sont ces bois je crois que je sais
Sa maison est au village pourtant ;
Il ne me verra pas m'arrêter ici
A regarder ses bois recouverts de neige.

Mon petit cheval doit trouver cela étrange
De s'arrêter loin de toute ferme aux alentours
Entre ces bois et ce lac gelé
Au soir le plus sombre de l'année

Il fait tinter les clochettes de son harnais en
tirant dessus
Comme pour demander s'il n'y a pas là
quelque erreur
Les seuls autres bruits le souffle
D'une brise légère et le son duvetoux des
flocons.

Les bois sont beaux, sombres et profonds,
Mais j'ai des promesses à tenir,
Et un long chemin à parcourir avant de dormir
Et un long chemin à parcourir avant de dormir

Le temps est compté

En s'arrêtant par les bois un soir de neige, le poème emblématique de Robert Frost décrit une pause solennelle et un moment de réflexion au cœur d'un long voyage hivernal. Le voyageur regarde avec révérence la forêt silencieuse et couverte de neige, et il semble satisfait de ses progrès. Le cheval du voyageur est cependant agité. Le noir et le froid sont des menaces réelles et croissantes. La satisfaction ne doit pas conduire à la complaisance. Il y a encore des kilomètres à parcourir avant la fin du voyage.

La scène est une métaphore appropriée pour la riposte mondiale au sida en 2018.

En 2016, l'Assemblée générale des Nations Unies a décidé de relever un défi ambitieux : investir massivement, supprimer les barrières structurelles et lancer une expansion rapide des services essentiels contre le VIH pour atteindre la grande majorité des personnes qui en ont besoin d'ici à 2020. En cas de succès, les infections à VIH et les décès dus à des maladies liées au sida devraient diminuer de 75%, créant ainsi la dynamique nécessaire pour mettre fin à l'épidémie de sida comme menace à la santé publique d'ici 2030.

Ce rapport d'étape est publié à mi-parcours de la phase d'accélération de la riposte mondiale au sida. Les dernières données des pays montrent que l'approche accélérée est une stratégie gagnante : des résultats probants démontrent que les communautés, les villes et les pays qui ont atteint un niveau élevé de couverture de services de prévention, de dépistage et de traitement progressent régulièrement vers les objectifs de 2020.

Mais une telle énergie et une telle détermination n'existent pas partout. Des régions entières restent loin derrière. Dans tous les pays, qu'ils soient à revenu élevé, à revenu intermédiaire ou à faible revenu, une tendance commune est apparue : les gains sur le VIH, la santé et le développement ont oublié les personnes les plus

démunies. Les plus vulnérables de la société – les enfants, les adolescentes et les jeunes femmes, les peuples autochtones, les migrants, les pauvres et les personnes non scolarisées et les populations les plus exposées au risque d’infection par le VIH – sont laissés pour compte.

Alors que nous réfléchissons à nos progrès, une certaine satisfaction peut se justifier. Mais, dans l’ensemble, le monde s’éloigne du chemin du succès : les promesses faites aux personnes les plus vulnérables de la société ne sont pas tenues. Il y a encore beaucoup à faire pour mettre fin à l’épidémie de sida. Le temps est compté.

DES PROGRÈS DONT NOUS POUVONS ÊTRE FIERS

De nombreux succès contre le VIH ont été obtenus en Afrique de l’est et australe, une région qui compte plus de la moitié (53%) des 36,9 millions [31,1-43,9 millions] de personnes vivant avec le VIH dans le monde. La réponse de la région à l’épidémie illustre le concept de responsabilité partagée pour atteindre un objectif de développement mondial. Les augmentations constantes des financements nationaux et internationaux ont alimenté la recherche d’excellence et l’expansion massive de programmes fondés sur des données probantes au cours de la dernière décennie. L’impact est spectaculaire : une réduction de 42% des décès dus aux maladies liées au sida et une réduction de 30% des nouvelles infections au VIH entre

2010 et 2017 rapprochant progressivement la région des objectifs accélérés (graphique 1.2). Quelques progrès supplémentaires pourraient permettre de réaliser ces objectifs dans la région la plus touchée par le VIH.

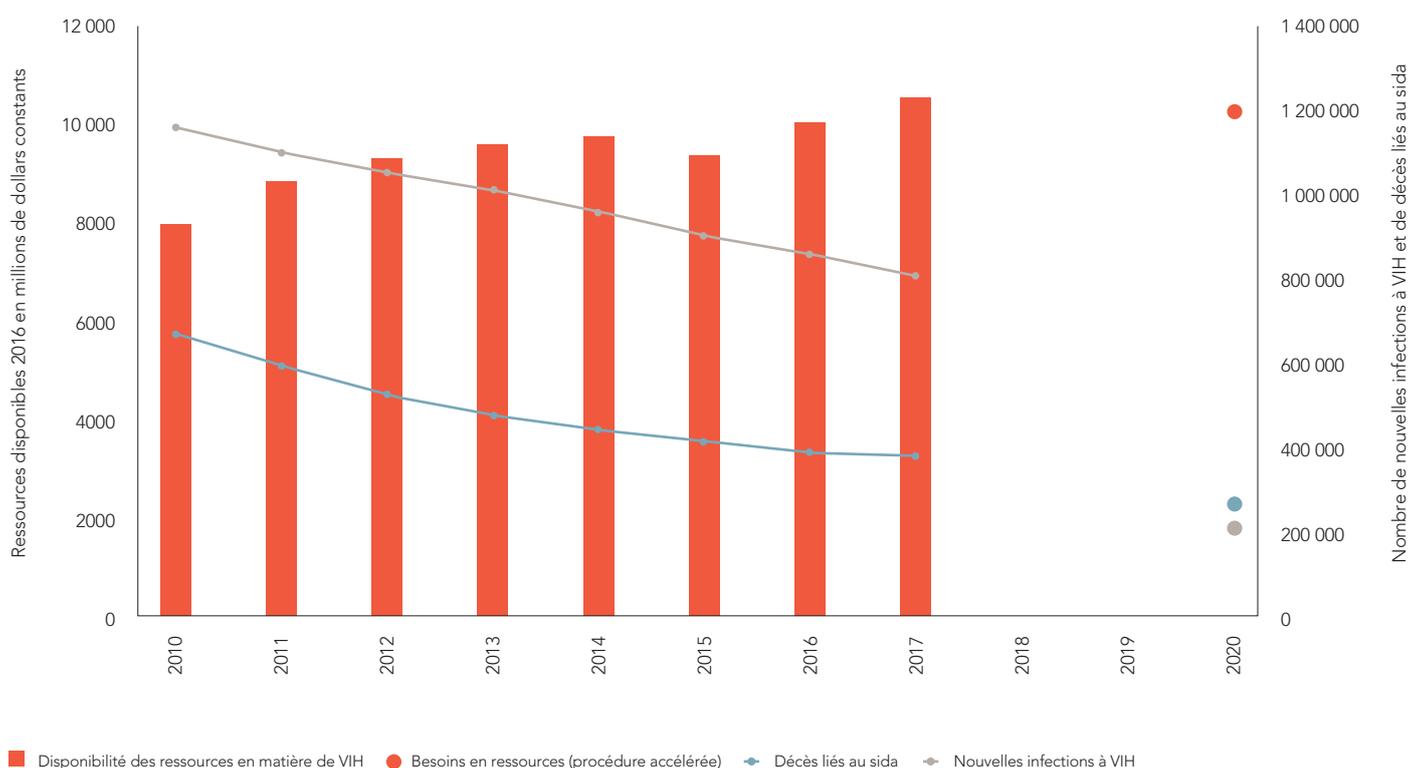
À l’échelle mondiale, l’augmentation constante de l’accès au traitement antirétroviral se poursuit : selon les estimations, 21,7 millions [19,1-22,6 millions] de personnes avaient accès à un traitement à la fin de 2017, soit cinq fois et demie de plus qu’il y a seulement dix ans. Les progrès vers les cibles 90-90-90 sont également constants. Les trois quarts des personnes vivant avec le VIH dans le monde – environ 75% [55-92%] – connaissaient leur statut VIH à la fin de 2017. Parmi les personnes connaissant leur statut VIH, 79% [59-> 95%] avaient accès aux antirétroviraux et 80% [55-> 95%] des personnes ayant accès au traitement avaient une charge virale supprimée. Parmi toutes les personnes vivant avec le VIH dans le monde, 59% [44-73%] étaient sous traitement et 47% [35-58%] avaient une charge virale supprimée.

L’élargissement de la couverture thérapeutique a permis de réduire de 34% le nombre de décès dus à des maladies liées au sida entre 2010 et 2017. Le traitement antirétroviral pour la prévention de la transmission mère-enfant a aussi considérablement réduit les nouvelles infections chez les enfants. À l’échelle mondiale, 1,4 million de nouvelles infections infantiles ont été évitées depuis 2010.

Suite en page 10

FIGURE 1.1 Investissements et innovations génèrent des progrès importants en Afrique de l’est et australe

Nouvelles infections annuelles par le VIH, décès liés au sida, disponibilité des ressources et besoins en ressources pour 2020 et objectifs d’impact pour l’Afrique de l’est et australe, dollars constants de 2016, objectifs 2010-2017 et 2020



*Disponibilité des ressources et besoins en ressources en dollars constants de 2016.

Source : Estimations de l’ONUSIDA pour 2018 ; rapports GAM/GARPR 2005-2018 ; projet de collaboration entre l’ONUSIDA et la Kaiser Family Foundation sur les décaissements d’aide internationale des gouvernements donateurs en 2017 ; mise à jour rapide sur les investissements nécessaires dans la riposte au sida, 2016-2030. Genève : ONUSIDA ; 2016.

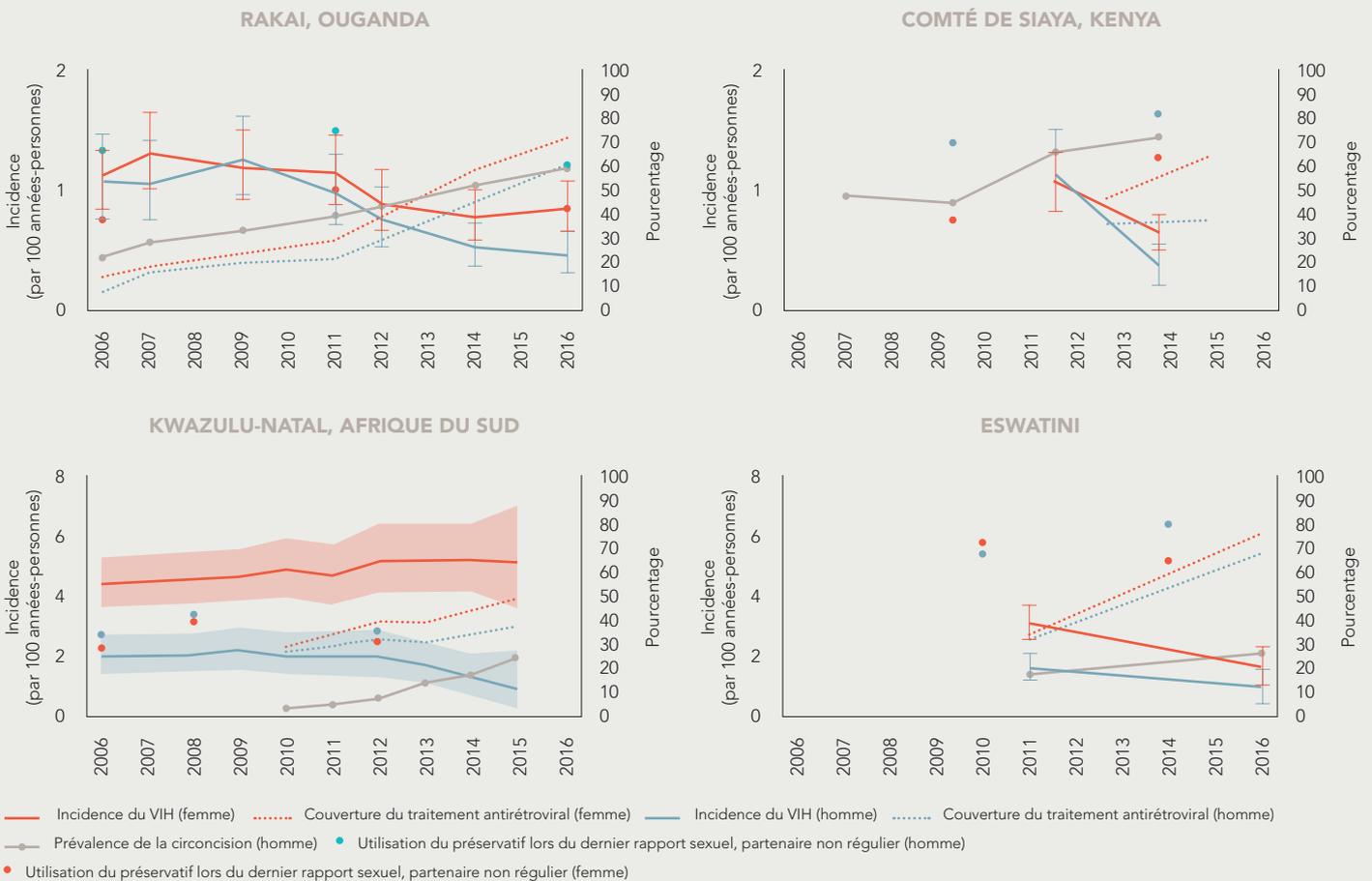
Approches combinées ayant un impact au niveau de la population

L'accélération des progrès en matière de prévention des infections à VIH figure en tête des programmes pour la riposte mondiale au sida. Aucune méthode isolée ne protège totalement contre le VIH, mais lorsqu'elles sont combinées – et soutenues par des changements structurels qui améliorent la protection des droits de la personne, l'égalité des sexes et les conditions socioéconomiques – elles peuvent être remarquablement efficaces.

L'impact de la prévention combinée dans les contextes où la prévalence du VIH est élevée a récemment été mesuré dans quatre études menées en Afrique de l'est et australe. Ces analyses, qui ont mesuré les tendances de l'incidence du VIH chez les hommes et les femmes parallèlement à l'expansion des services liés au VIH, renforcent la validité et la puissance d'une approche combinée. Ils ont également révélé des détails surprenants.

FIGURE 1.2 Les bénéfices à court terme de la prévention combinée chez des hommes adultes

Couverture des services liés au VIH et incidence du VIH, selon le sexe, quatre localités en Afrique de l'est et australe, 2006-2017



Sources : Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J et al. HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda. *N Engl J Med*, 2017;377:2154–66; Uganda Demographic and Health Survey, 2006, 2011, 2016; Vandormael A, Akullian AN, Dobra A, de Oliveira T, Tanser F. Sharp decline in male HIV incidence in a rural South African population (2004–2015). Abstract 46. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4–7 March 2018; Vandormael A. Personal Communications. May 2018; South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2005, 2008; South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey, 2012; Nkambule R, Nuwagaba-Biribonwoha H, Mnsi Z, Ao, TT, Ginindza C, Duong YT et al. Substantial progress in confronting the HIV epidemic in Swaziland: first evidence of national impact. Abstract MOAX0204LB. International AIDS Society Conference, Paris, 23–26 July 2017; Swaziland HIV Incidence Measurement Survey, descriptive data tables, 2014; Justman J, Reed JB, Bicego G, Donnell D, Li K, Bock N et al. Swaziland HIV Incidence Measurement Survey (SHIMS): a prospective national cohort study. *Lancet HIV*. 2017 Feb;4(2):e83–92; Swaziland HIV Incidence Measurement Surveys, 2016, preliminary findings; Multiple Indicator Cluster Survey, 2010, 2014; Borgdorff MW, Kwaro D, Obor D, Otieno G, Kamire V, Odongo F et al. HIV incidence in western Kenya during scale-up of antiretroviral therapy and voluntary medical male circumcision: a population-based cohort analysis. *Lancet HIV*. 2018;5(5):e241–9; Kenya Demographic and Health Survey, 2008–2009, and, 2014; National AIDS Control Council, Kenya HIV country profiles, 2016; Spectrum 2018.

Dans une étude longitudinale menée auprès de près de 34 000 personnes à Rakai, en Ouganda, des chercheurs ont analysé la corrélation entre l'évolution des tendances à long terme de l'incidence du VIH avec l'extension du traitement antirétroviral, la circoncision masculine médicale volontaire, la suppression de la charge virale et les changements de comportement sexuel. L'utilisation autodéclarée du traitement antirétroviral chez les personnes vivant avec le VIH est passée de 12% en 2006 à 69% à la mi-2016, et la couverture de la circoncision masculine médicale volontaire chez les hommes est passée de 15% à 59%. Les résultats ont montré que l'incidence du VIH chez les adultes (âgés de 15 à 49 ans) a diminué de 42% (32% chez les femmes et 54% chez les hommes) à mesure que ces services de prévention combinés ont été intensifiés (3).

La disponibilité et l'utilisation accrues du traitement antirétroviral et de la circoncision semblent avoir le plus grand impact sur l'incidence du VIH. Les baisses de nouvelles infections étaient plus marquées chez les hommes circoncis, mais l'incidence du VIH a également diminué de manière significative chez les femmes et les hommes non circoncis, ce qui semble refléter l'impact au niveau de la population de l'augmentation de la couverture et de l'adhésion au traitement antirétroviral. L'impact des interventions de changement de comportement semble avoir été modeste ; les niveaux d'utilisation du préservatif avec des partenaires non réguliers sont restés pratiquement inchangés au fil du temps (3).

Les données de Gem, une région du comté de Siaya, dans l'ouest du Kenya, montrent également une forte baisse de l'incidence du VIH à mesure que l'accès au traitement antirétroviral et l'adoption de la circoncision augmentaient. L'incidence du VIH au sein d'une cohorte d'adultes (âgés de 15 à 64 ans) est passée de 1,11 par 100 personnes-années en 2011-2012 à 0,57 en 2012-2016 (1,09 à 0,66 chez les femmes et 1,14 à 0,38 chez les hommes). La circoncision volontaire masculine était protectrice non seulement pour les hommes et les garçons circoncis dans l'étude, mais aussi pour les femmes et les filles, vraisemblablement en raison de la plus faible prévalence du VIH de leurs partenaires masculins. L'effet protecteur du traitement antirétroviral au cours de la période d'étude a semblé être limité par l'initiation tardive du traitement pour une grande proportion de personnes vivant avec le VIH ; beaucoup ont pu transmettre le virus avant de commencer leur traitement. (4). Les enquêtes de population menées dans l'ancienne province où se trouve le comté de Siaya montrent que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel a augmenté chez les hommes et les femmes (âgés de 15 à 49 ans) entre 2009 et 2014 (5).

Les données d'Eswatini montrent des résultats similaires. Les résultats de 2011 et 2016 de l'Enquête sur la mesure de l'incidence du VIH au Swaziland (SHIMS) – une enquête de population représentative à l'échelle nationale – montrent que l'incidence de l'infection par le VIH diminue de 3,1 à 1,7 infections par 100 personnes-années parmi les femmes et de 1,7 à 1,0 infection par 100 personnes-années chez

les hommes (6)¹. Ces progrès ont coïncidé avec une augmentation de la couverture du traitement antirétroviral de 34,0% à 77,0% chez les femmes adultes (âgés de 18-49 ans en 2011 et de 15 ans et plus en 2016) et de 33,0% à 68,7% chez les hommes adultes (âgés de 18-49 ans) en 2011 et de 15 ans et plus en 2016). La prévalence de la circoncision volontaire chez les hommes a augmenté de 17,9% à seulement 26,7%.

Une vaste étude de population, en cours dans la province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, a révélé que l'incidence du VIH au niveau de la population a diminué considérablement entre 2012 et 2015 chez les hommes, mais qu'il n'y a pas eu de diminution chez les femmes. Chez les jeunes hommes (âgés de 15 à 24 ans), l'incidence du VIH est passée de 1,7 infection par 100 personnes-années en 2012 à 0,6 infection par 100 personnes-années en 2015. Chez les hommes âgés de 25 à 54 ans, l'incidence du VIH est passée de 3,3 à 1,9 infection par 100 personnes-années pour la même période. L'incidence du VIH chez les femmes pendant cette période était relativement stable : entre 6,3 infections et 6,7 infections par 100 personnes-années chez les jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans et entre 4,1 et 5,0 infections par 100 personnes-années chez les femmes âgées de 25 à 49 ans (7). Les taux de couverture antirétrovirale et de suppression virale étaient plus élevés chez les femmes pendant cette période, tandis que la prévalence de la circoncision chez les hommes (âgés de 15 ans et plus) est passée de 4% en 2010 à 25% en 2015 (8, 9). Les enquêtes montrent que l'utilisation du préservatif pendant les rapports sexuels à haut risque et le pourcentage d'hommes et de femmes ayant de multiples partenaires sexuels au KwaZulu-Natal étaient relativement stables entre 2006 et 2012 (10).

Dans les quatre études, la couverture du traitement était plus élevée chez les femmes que chez les hommes, reflétant les tendances régionales et mondiales, et les baisses de l'incidence du VIH étaient plus prononcées chez les hommes (figure 1.2)². La circoncision empêche partiellement la transmission du VIH de la femme à l'homme, mais il n'a pas été démontré qu'elle empêche directement la transmission de l'homme à la femme. Une couverture plus faible du traitement chez les hommes indique que leurs taux de suppression virale sont considérablement plus faibles, ce qui augmente le risque de transmission à leurs partenaires féminins.

Ces analyses montrent que la prévention combinée réussit à réduire les nouvelles infections à VIH au niveau de la population – impact qui aurait pu être encore plus important si la couverture de la circoncision et d'autres services avaient été plus élevés. Les données suggèrent également que les effets combinés de la circoncision et du recours plus élevé à la thérapie antirétrovirale chez les femmes ont bénéficié différemment aux hommes. Ces résultats soulignent le besoin d'intensifier les efforts pour fournir une gamme de solutions de prévention du VIH aux femmes dans les milieux à forte prévalence, y compris la PrEP, et pour atteindre davantage d'hommes avec des préservatifs, la circoncision, le dépistage du VIH et le traitement ARV.

¹ Les tranches d'âge pour l'incidence du VIH chez les adultes étaient de 18 à 49 ans dans le SHIMS 2011 et de 15 à 49 ans dans le SHIMS 2017.

² Des données non publiées sur l'incidence du VIH désagrégées par sexe ont été fournies à l'ONUSIDA par les auteurs de l'étude de Siaya.

La thérapie antirétrovirale est également un outil puissant pour la prévention du VIH. La suppression de la charge virale à des niveaux indétectables prévient à la fois les maladies liées au sida et la transmission du VIH. Toutefois, un pourcentage trop important de personnes vivant avec le VIH est diagnostiqué à un stade avancé de la maladie, souvent des années après la contamination. De plus, l'effet préventif de la thérapie antirétrovirale, seule, est insuffisant en soi. Des preuves récentes en Afrique de l'est et australe ont démontré que l'utilisation d'une combinaison d'options éprouvées de prévention du VIH – dont les préservatifs masculins et féminins, la circoncision masculine médicale volontaire, la prophylaxie pré-Exposition (PrEP) et la thérapie antirétrovirale ont un impact au niveau de la population. Dans les régions comptant des populations importantes de consommateurs de drogues injectables, il a été démontré que la réduction des risques diminuait considérablement le nombre des infections à VIH et avait un impact majeur sur la santé publique.

La PrEP orale est l'un des ajouts récents les plus prometteurs à la prévention combinée pour les personnes à haut risque d'infection par le VIH. Son énorme potentiel est déjà évident en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Australie, où l'ajout de la PrEP dans les zones à forte couverture antirétrovirale contribue à réduire les nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. À San Francisco, l'augmentation de l'accès à la PrEP et l'accélération de la suppression virale chez les personnes vivant avec le VIH ont eu pour effet une baisse de 43% des nouveaux diagnostics en seulement trois ans (1). Dans l'état australien de la Nouvelle-Galles du Sud, il y a eu une diminution de 35% des nouveaux diagnostics de VIH sur deux ans, ce qui correspondait à l'introduction rapide de la PrEP (2).

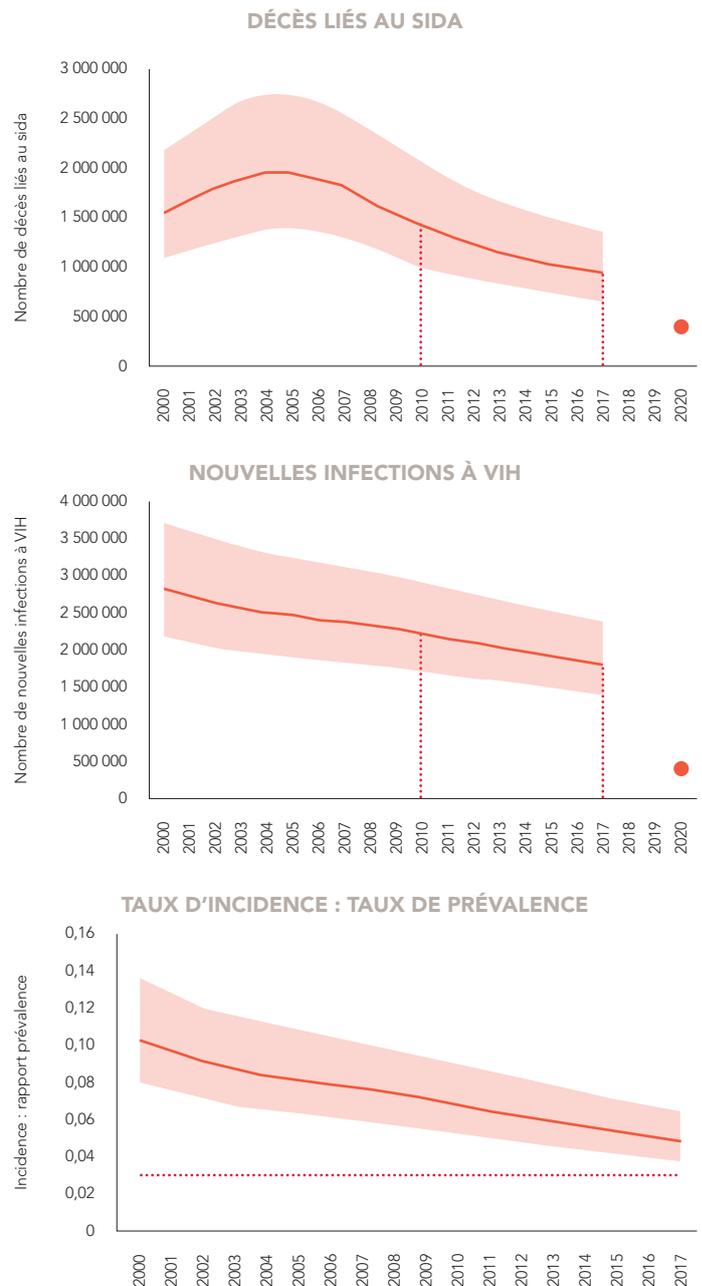
Nous n'atteignons pas les personnes dans le besoin

Malheureusement, les exemples de programmes intensifs de prévention sont rares et limités presque exclusivement à une poignée de villes à revenu élevé et aux districts en Afrique de l'est et australe qui ont servi d'incubateurs d'innovation pour les chercheurs, les programmes nationaux et les donateurs internationaux. Une attention mondiale à la prévention primaire insuffisante au cours de la dernière décennie a eu un effet malheureusement prévisible : le taux mondial de nouvelles infections à VIH ne diminue pas assez rapidement pour atteindre l'objectif de 2020. Peu de progrès ont été réalisés en dehors de l'Afrique subsaharienne. Au Moyen-Orient, en Afrique du Nord,

en Europe de l'Est et en Asie centrale, le nombre annuel de nouvelles infections a presque doublé depuis 2000. Sur le plan mondial, les nouvelles infections à VIH ont diminué de seulement 18% depuis 2010, bien moins que la réduction de 75% qui doit être atteinte d'ici 2020. Une nouvelle mesure de transition épidémique, le ratio incidence / prévalence, confirme que les progrès globaux réalisés contre le VIH n'ont pas atteint le seuil de 0,03 qui marque la fin du sida en tant que menace pour la santé publique (Figure 1.3)³.

FIGURE 1.3 Progrès mondiaux faibles

Nombre de décès liés au sida, nombre de nouvelles infections à VIH et ratio incidence/prévalence, dans le monde, 2000-2017 et 2020

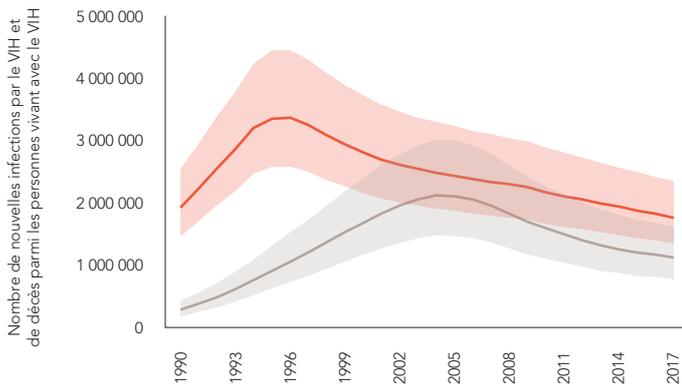


Source : Estimations ONUSIDA 2018.

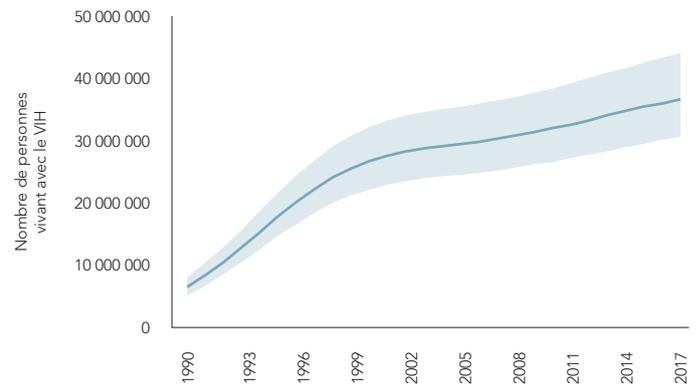
³ Le rapport incidence/prévalence compare le nombre de nouvelles infections à VIH au nombre de personnes vivant avec le VIH au sein d'une population. Une description complète de cette mesure de transition épidémique est présentée au chapitre 2.

FIGURE 1.4 Augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH

Nombre de nouvelles infections à VIH et de décès parmi la population séropositive (toutes causes confondues), à l'échelle mondiale, 1990-2017



Nombre de personnes vivant avec le VIH, dans le monde, 1990-2017



— Nouvelles infections à VIH — Décès parmi les personnes vivant avec le VIH

— Nombre de personnes vivant avec le VIH

Source : Estimations ONUSIDA 2018.

DIFFICILE DE PROGRESSER À REVENU CONSTANT

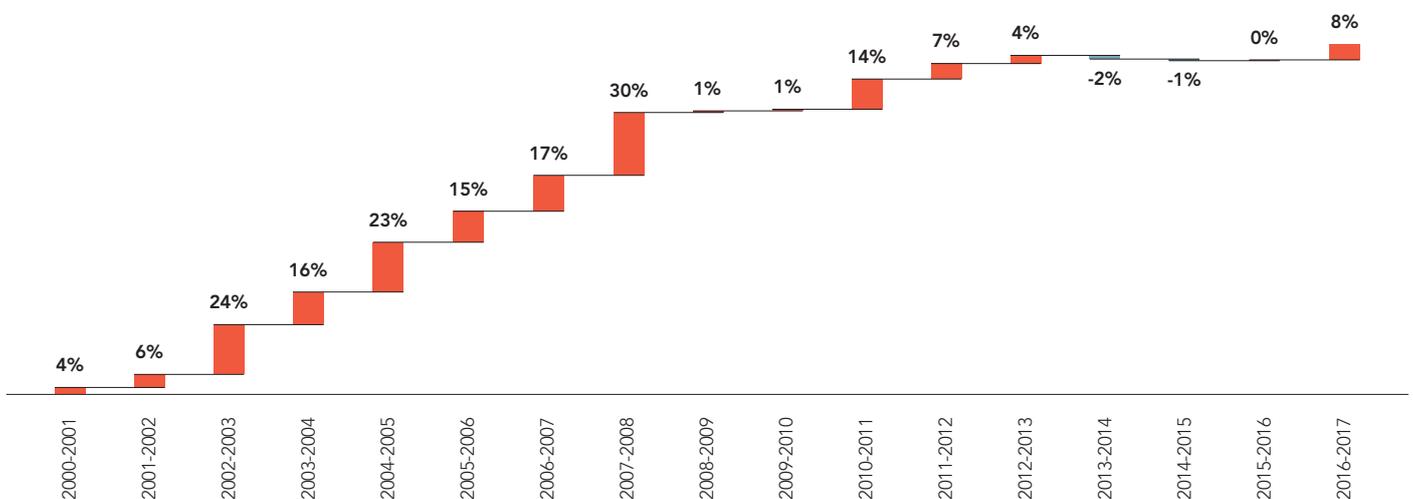
Alors que les efforts visant à prévenir de nouvelles infections à VIH continuent d'accuser un retard par rapport aux progrès réalisés dans la réduction des décès liés au sida, le nombre de personnes ayant besoin de traitement continue d'augmenter (graphique 2.7-2.8). Les systèmes de santé doivent assumer ce fardeau supplémentaire, alors que le financement de la riposte au sida est demeuré fixe pendant la majeure partie de la dernière décennie. Le rythme d'extension de la couverture du traitement ralentit déjà. Des financements supplémentaires seront nécessaires pour accélérer le rythme, et une forte augmentation des investissements dans des interventions

efficaces de prévention du VIH est nécessaire pour maîtriser le taux de nouvelles infections.

Les financements de la riposte au VIH/sida dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont augmenté de 8% entre 2016 et 2017, sous l'effet de la croissance des dépenses des donateurs et de l'augmentation continue des investissements nationaux (graphique 1.1). On estime que 20,6 milliards de dollars (en dollars constants de 2016) étaient disponibles en 2017, soit environ 80% de l'objectif de 2020 fixé par l'Assemblée Générale des Nations Unies. Cette bonne nouvelle doit cependant être nuancée par un avertissement : il n'y a pas eu de nouveaux engagements significatifs de la part des bailleurs de fonds en 2017.

FIGURE 1.5 Hausse des ressources sur un an peu susceptible de se poursuivre

Variation annuelle en pourcentage de la disponibilité des ressources totales (publiques et privées) consacrées au VIH dollars constants de 2016, pays à revenu faible et intermédiaire, 2000-2017



■ Augmentation ■ Baisse — Total

Source : Disponibilité des ressources et estimations des besoins de l'ONUSIDA, 2018.

En conséquence, l'augmentation des financements observée sur un an par les bailleurs de fonds ne devrait pas se poursuivre et pourrait même diminuer. Même si l'augmentation des dépenses publiques nationales se poursuit, l'atteinte de l'objectif d'investissement pour 2020 reste sérieusement remise en question, si l'on n'observe pas des promesses nouvelles des bailleurs de fonds.

L'insuffisance des investissements est aggravée par les efforts trop lents et parfois statiques pour résoudre les problèmes sociétaux, juridiques et politiques, que l'on sait être des obstacles importants empêchant les personnes qui en ont le plus besoin d'avoir accès aux services liés au VIH. La stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et les populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH persistent à l'échelle mondiale. Les enfants sont mal couverts par les systèmes de santé. L'inégalité entre les sexes, les violences conjugales et les lois sur le consentement parental et du conjoint laissent les femmes et les filles vulnérables au VIH, aux autres infections sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées et à la mortalité maternelle. Les lois qui criminalisent les populations clés et la transmission du VIH exacerbent le risque d'infection au VIH. L'inégalité croissante des revenus et la marginalisation des populations autochtones, des migrants et des réfugiés les exposent à de moins bons résultats en matière de santé, notamment à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité liées au sida.

L'INÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ET LA DÉRESPONSABILISATION

En Afrique subsaharienne, les adolescentes et les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) sont les principales victimes des insuffisances en matière de prévention du VIH et comptent pour une infection à VIH sur quatre en 2017 alors qu'elles ne représentaient que 10% de la population. Les femmes représentaient 59% des nouvelles infections chez les adultes (âgés de 15 ans et plus) dans la région. La vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH est liée aux violences conjugales, plus fréquente chez les jeunes femmes et les femmes économiquement dépendantes de leurs partenaires masculins (11-14). La violence ou la peur de la violence peut rendre très difficile l'exigence par les femmes d'avoir des pratiques sexuelles plus sûres et d'utiliser et de bénéficier des services contre le VIH et de santé sexuelle et reproductive (15-17). Les femmes vivant avec le VIH ayant eu un partenaire violent étaient significativement moins susceptibles de débiter ou de suivre un traitement antirétroviral, et leurs résultats cliniques étaient plus mauvais que ceux d'autres femmes séropositives (18, 19).

L'inégalité entre les sexes et la marginalisation des femmes demeurent des obstacles considérables aux progrès contre l'épidémie. Ils constituent également des obstacles aux services de santé maternelle et infantile qui jouent un rôle important pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ainsi que pour le diagnostic précoce et

le traitement des nourrissons qui contractent le VIH. Mais malgré ces obstacles, les femmes, plus que les hommes, se dépistent au VIH, démarrent et suivent un traitement contre le VIH. Cela se traduit par une baisse de la mortalité liée au sida chez les femmes, supérieur à celle des hommes, mais limitent l'impact des stratégies de prévention pour les femmes.

LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIH SONT DÉFAVORISÉS ?

Les efforts visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont été ralentis par une insuffisance de l'adhérence aux traitements parmi les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, et par le nombre important de femmes qui restent non diagnostiquées. De plus, le risque élevé de contamination au VIH a été sous-estimé pour les femmes en Afrique pendant la grossesse et l'allaitement (20).

La faible disponibilité des tests virologiques pour les nouveaux-nés exposés au VIH laisse beaucoup de cas non diagnostiqués pendant la majeure partie de leur enfance. En conséquence, au moins les deux tiers des enfants séropositifs de moins de deux ans en Afrique, en Asie et en Amérique commencent un traitement antirétroviral avec une immunodéficience avancée (21). Au niveau mondial, la couverture des enfants (âgés de 0 à 14 ans) était de 52% [33-70%] en 2017, moins que la couverture du traitement chez les adultes (59% [44-73%]) et loin de l'objectif de 1,6 million fixé pour 2018.

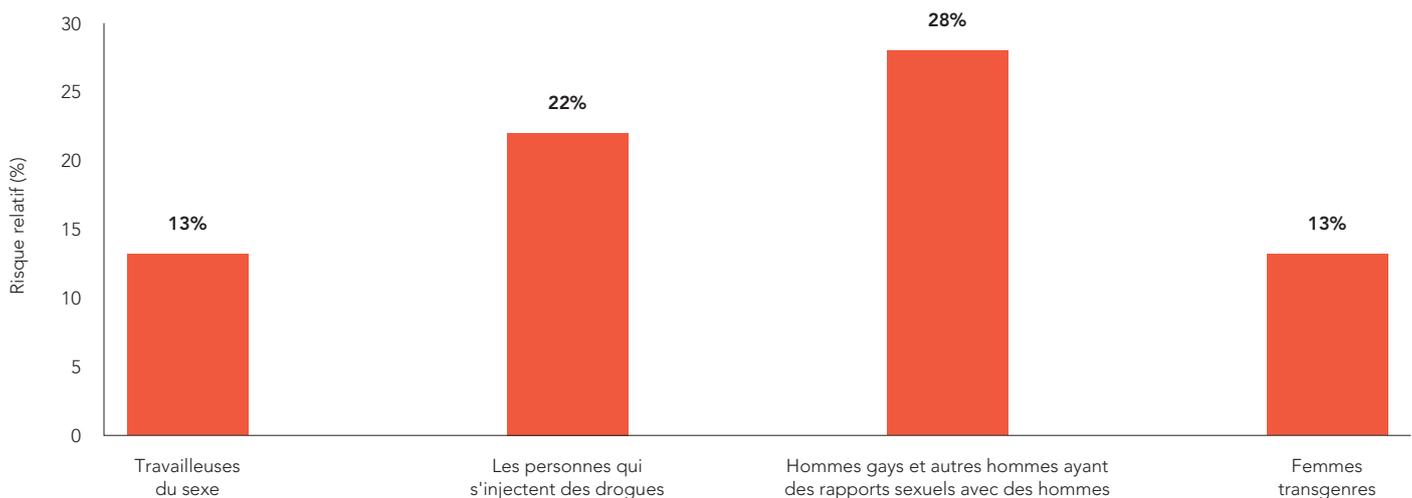
Le VIH demeure une des causes principales de décès chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) (22). Les lois et les politiques restrictives – y compris les lois sur l'âge de consentement et les services VIH orientés vers les adultes qui sont perçus comme intimidants et de mauvaise qualité – découragent la demande de services. Une fois enrôlés dans un traitement, les jeunes âgés de 15 à 19 ans ont plus tendance que les adultes à abandonner (24, 25). Il y a un besoin urgent d'élaborer des stratégies pour améliorer l'adhérence parmi cette population hautement prioritaire.

LES POPULATION CLÉS SONT LAISSÉES POUR COMPTE

Environ 40% des nouvelles infections au VIH dans le monde en 2017 concernaient des populations clés et leurs partenaires sexuels. Les données disponibles tendent à montrer que le risque d'infection par le VIH chez les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était 28 fois plus élevé en 2017 que chez les hommes hétérosexuels. De même, le risque de contracter le VIH chez les consommateurs de drogues injectables est, 22 fois plus élevé que chez les personnes qui ne s'en injectent pas, 13 fois plus que chez les travailleuses du sexe que chez les femmes adultes de 15 à 49 ans et 13 fois plus élevé chez les femmes transgenres que chez les adultes de 15-49 ans (graphique 2.13).

FIGURE 1.6 Populations clés à plus haut risque d'infection

Risque relatif d'acquisition du VIH, par groupe de population par rapport à la population générale, à l'échelle mondiale, 2017



Source : Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2018.

Le risque de contamination au VIH et les autres menaces pour la santé auxquelles sont confrontées les populations clés sont exacerbés par la stigmatisation et la discrimination de la société qui prennent souvent la forme de violence physique et émotionnelle. Les taux de violence sexuelle et physique sont souvent élevés, atteignant parfois plus de la moitié des personnes interrogées (26). Une grande partie de cette violence demeure impunie, et une partie de cette violence est exercée par la police elle-même (27). Les lois et les politiques qui criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe, le travail lié au sexe et l'usage de drogues permettent la discrimination, le harcèlement et les violences, en isolant les populations, en les empêchant d'accéder à des services vitaux de santé et de lutte contre le VIH.

VULNÉRABILITÉ, PAUVRETÉ ET MIGRATION

Un monde de plus en plus globalisé offre à de nombreux pauvres du monde l'opportunité de se sortir de la pauvreté, mais cela a des effets néfastes pour d'autres. Ainsi, souvent les peuples autochtones luttent dans des paysages économiques, politiques et culturels plus intégrés (28). Un accès plus limité aux services de santé, une prévalence du VIH plus élevée, une morbidité et une mortalité accrues liées au sida ont été observés chez les peuples autochtones au Brésil, au Canada, en Indonésie et au Venezuela (29-34).

La migration est une des conséquences majeures de la mondialisation, mais les personnes qui migrent pour des raisons économiques – ou parce qu'elles fuient des conflits, des catastrophes naturelles et d'autres urgences humanitaires – sont exposées à de nombreux risques et font parfois face à une hostilité dans leur nouveau pays. La migration elle-même n'est pas un facteur de risque

spécifique du VIH, mais elle peut placer les personnes dans des situations qui augmentent leur risque de contracter le VIH (35-37). L'immigration irrégulière, les barrières linguistiques et culturelles, les frais de santé, le manque de politiques de santé et de services accessibles empêchent les migrants d'accéder aux services de santé dont ils ont besoin (38). Des études réalisées en Europe ont montré que les migrants diagnostiqués avec le VIH sont susceptibles de se présenter plus tardivement pour un traitement et des soins que les nationaux (39). Un rationnement sévère de l'accès aux soins de santé pour les réfugiés entraîne un retard dans les soins et, à terme, augmente les dépenses de santé par personne (40). En Europe, les migrants atteints de co-infection VIH-tuberculose étaient particulièrement sujets à un échec thérapeutique, à une tuberculose pharmaco-résistante et à la mort prématurée (41, 42).

Si la mondialisation a probablement eu un impact positif sur le développement, elle contribue également à accroître les inégalités de revenus. Plus les riches s'enrichissent, plus les pauvres sont laissés pour compte. Les liens entre pauvreté et VIH sont complexes. Un accès insuffisant à une bonne alimentation a été associé à une augmentation des comportements à risque chez les femmes (43, 44). Les enquêtes en population montrent que le recours au préservatif est plus faible chez les personnes les moins instruites et disposant de faibles revenus mais ces enquêtes ne montrent pas de liens clairs entre le niveau de revenu et le risque de VIH. Il existe cependant des évidences robustes montrant que les personnes vivant avec le VIH sont touchées de manière disproportionnée par les conséquences sanitaires, économiques et sociales de leurs infections. Parmi les personnes vivant avec le VIH ayant des faibles revenus, l'insécurité alimentaire et les difficultés liées aux coûts de transport et autres dépenses liées aux soins

de santé, contribuent à un début différé du traitement, à une faible adhérence à celui-ci et à des taux plus élevés de mortalité due au sida (43-45).

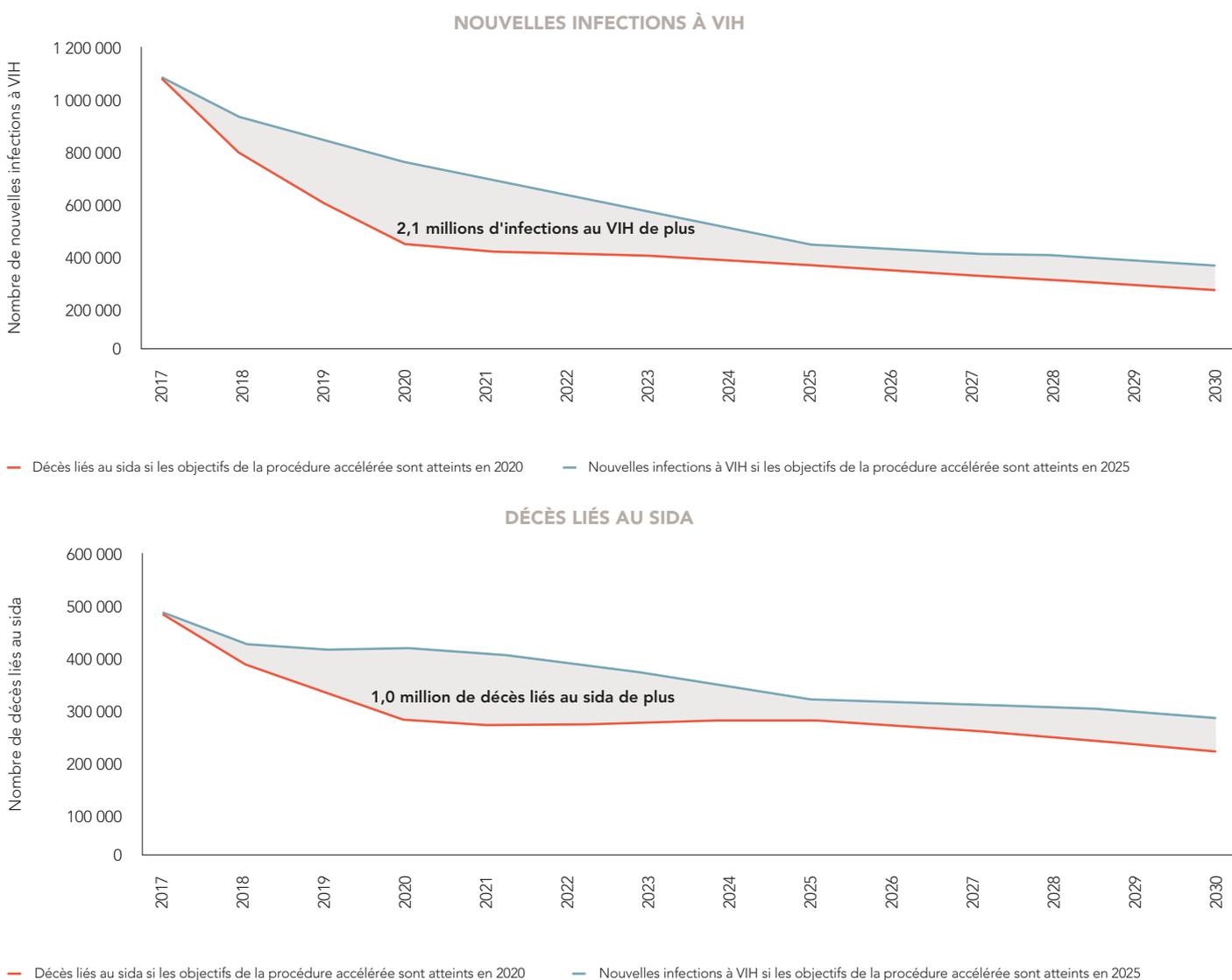
Être pauvre augmente non seulement les risques d'être en mauvaise santé ; mais aussi celui d'accroître encore cette pauvreté du fait des coûts des soins de santé. Rares sont les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont établi des programmes de couverture sanitaire universelle ou de couverture d'assurance maladie accessible aux personnes à faible revenu. Les dépenses des ménages représentent plus de 60% des dépenses totales de santé dans certains pays à revenu faible et intermédiaire (46). Les frais empêchent l'accès aux services contre le VIH, augmentent les inégalités, appauvrissent des ménages entiers affectés par le VIH et augmentent la morbidité et la mortalité liées au sida (47). Même si les antirétroviraux sont disponibles gratuitement, les frais occasionnés par le dépistage, les consultations et les médicaments pour les infections opportunistes ont un impact énorme sur les personnes à faible revenu.

LA TUBERCULOSE DEMEURE UN TUEUR HABITUEL

Des progrès majeurs dans le diagnostic et le traitement du VIH chez les patients tuberculeux ont été réalisés au cours des 12 dernières années. L'accès aux tests de dépistage de la tuberculose, au traitement et à la thérapie préventive chez les personnes vivant avec le VIH a également été accru. En revanche, la couverture du traitement contre le VIH parmi les patients tuberculeux déclarés vivant avec le VIH en 2016 varie considérablement selon les pays (48). À l'échelle mondiale, seulement 42% des personnes nouvellement traitées contre le VIH bénéficiaient d'une thérapie antituberculeuse. Sur les 124 pays ayant communiqué des données à l'ONUSIDA en 2016, seulement 39% du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH ayant eu une tuberculose ont été traitées à la fois pour le VIH et la tuberculose. Par conséquent, la tuberculose reste la principale cause d'hospitalisation et de mortalité des personnes vivant avec le VIH. En moyenne, une personne

FIGURE 1.7 Le coût d'un retard de cinq ans en termes d'infections et de vies perdues

Projections de nouvelles infections à VIH et de décès dus au sida, atteignant les objectifs de Fast-Track en 2020 comparé objectifs de Fast Track atteints en 2025, 10 pays ayant le plus fort fardeau de VIH, 2017-2030



Source : Avenir Health et ONUSIDA. Analyses non publiées basées sur la modélisation accélérée, 2018.

vivant avec le VIH a 21 fois plus de risques de développer une tuberculose active qu'une personne qui n'est pas séropositive (48).

Les épidémies de VIH, de tuberculose, d'hépatite virale et de papillomavirus humain qui se chevauchent présentent des défis et des caractéristiques similaires, notamment des modes de transmission, des difficultés de diagnostic et des populations touchées difficiles à atteindre. Une meilleure collaboration entre les différents programmes de lutte contre les maladies infectieuses peut renforcer les systèmes de santé et améliorer l'efficacité.

LE COÛT DE L'INACTION

Les défis ci-dessus et beaucoup d'autres sont détaillés plus avant dans ce rapport. La lenteur des progrès et les reculs observés dans certaines régions et certains pays menacent de retarder la réalisation de nombreux objectifs du programme d'accélération fixés pour 2020. Pourtant, même un retard relativement court serait très coûteux. Si les 10 pays comptant le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH atteignent ces objectifs avec cinq ans de retard, cela se traduirait par 2,1 millions de personnes supplémentaires séropositives dans ces pays et environ 1 million de personnes supplémentaires qui décèderaient de maladies liées au sida entre 2017 et 2030. Si cela se produisait, l'objectif 2030 du Programme de Développement Durable – une réduction de 90% de l'incidence du VIH et de la mortalité liée au sida, qui mettrait essentiellement fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique – ne serait pas atteint.

DES SERVICES COMPLETS ET EMPATHIQUES POUR ÉLIMINER LES OBSTACLES

Les barrières peuvent sembler insurmontables et leur impact décourageant. Mais pour chaque défi, il y a aussi des raisons d'espérer. Des solutions multiples existent pour chaque défi. Ce rapport reprend les preuves émergentes et les approches innovantes qui soutiennent ces solutions, notamment :

- Les progrès réalisés en Afrique de l'est et australe montrent que des investissements suffisants peuvent produire les résultats promis dans la stratégie Fast Track de l'ONUSIDA (49). Lorsque la prévention combinée du VIH – y compris la circoncision et la thérapie antirétrovirale – est mise en œuvre à grande échelle, la réduction des nouvelles infections est réelle.
- La PrEP orale a un impact additionnel dans les villes où elle est fournie à grande échelle. À l'instar des États-Unis qui en sont leaders, des programmes nationaux de PrEP existent désormais au Brésil, au Kenya, en Afrique du Sud, en République-Unie de Tanzanie, au Zimbabwe et dans plusieurs pays d'Europe occidentale.
- Le développement d'un anneau vaginal qui libère un antirétroviral à action prolongée pourrait augmenter l'adhésion à la PrEP et fournir une option discrète de prévention du VIH que les femmes pourraient contrôler.
- La collecte de données désagrégées peut être utilisée pour concentrer l'extension des services vers les populations et les zones géographiques les plus démunies. La géo-localisation des séroconversions du VIH a révélé l'importance des points chauds du VIH dans les schémas de transmission de la province de KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud ; la cartographie SIG a été utilisée pour saturer la couverture de la circoncision dans deux régions de l'Ouganda, et les estimations au niveau des districts de l'incidence et de la prévalence du VIH sont utilisées en Afrique subsaharienne pour guider les réponses locales au VIH (50, 51).
- L'utilisation de la circoncision masculine médicale volontaire comme point d'entrée à la fois pour la prévention du VIH et les services de santé plus larges peut favoriser l'acceptation du test VIH et relier les hommes séropositifs aux soins et aux traitements (52).
- L'offre de services de dépistage du VIH par le biais d'une application numérique par smartphone utilisée par les hommes homosexuels en Chine a coïncidé avec une augmentation de 78% du nombre de personnes dépistées pour le VIH dans les cliniques proposées par l'application (53).
- L'introduction de l'autodiagnostic du VIH a accru le recours aux tests chez les travailleurs du sexe dans de nombreux pays, notamment au Malawi, au Myanmar, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et au Zimbabwe (54-56).
- Offrir un dépistage du VIH et des conseils aux membres de la famille (y compris les enfants), aux autres membres du ménage et aux partenaires sexuels des personnes diagnostiquées séropositives a doublé la proportion d'hommes acceptant un test de dépistage du VIH au Kenya. Au Malawi, cela a conduit à des rendements beaucoup plus élevés de nouveaux diagnostics (58).
- L'introduction de tests rapides de dépistage du VIH et de la syphilis dans les zones reculées du Brésil a permis d'accroître les diagnostics et les traitements chez les peuples autochtones (34).
- La suppression des obstacles juridiques et politiques pour les migrants Shan dans le nord de la Thaïlande et l'introduction de mesures visant à réduire la discrimination dans les établissements de santé et à fournir des services appropriés ont permis d'obtenir 1,4 million de nouvelles inscriptions dans le régime thaïlandais d'assurance maladie des migrants en un an seulement (59).
- Les modèles de soins communautaires, y compris le transfert de tâches aux agents de santé

communautaires, améliorent la pérennité des soins et l'adhérence au traitement, tout en réduisant le fardeau des systèmes de santé institutionnels (60-62).

- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination et offrir un soutien accru – y compris par des consultations accompagnées, de l'argent pour le transport ainsi qu'une gentillesse et une attention minimum – augmentent considérablement l'adhérence au traitement chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) vivant avec le VIH dans la province du Cap oriental, en Afrique du Sud (63).
- L'intégration des services de traitement VIH postnataux dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile – combinée avec des soutiens de base par les pairs et la famille – améliore nettement les résultats thérapeutiques des mères vivant avec le VIH (64).
- La décriminalisation du travail sexuel en Europe a été associée à une réduction du nombre de professionnels du sexe vivant avec le VIH, et la dépénalisation de la consommation de drogue et l'intensification des programmes de réduction des risques au Portugal ont fortement réduit l'incidence de l'infection par le VIH liée à l'utilisation des drogues injectables (65, 66).
- Le diagnostic précoce des nourrissons sur les lieux de soins réduit les délais d'attente du retour des résultats de plusieurs mois à quelques heures, améliorant ainsi l'accès aux traitements précoces pour les enfants vivant avec le VIH (67, 68).
- Il a été démontré que la formation des travailleurs de la santé pour une offre de services exempts de stigmatisation et de discrimination au Viet Nam réduit les précautions inutiles, les attitudes négatives, la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de santé (69).
- Il a été démontré que les interventions sociales communautaires qui incluent des interventions combinant les moyens de subsistance et la formation réduisent les violences conjugales au Nicaragua, en Afrique australe et en Ouganda (70-73).
- Il a été démontré que le maintien des filles à l'école avait un effet protecteur élevé contre le VIH au Botswana, au Malawi, en Afrique du Sud et en Ouganda (74-76).
- Il a été démontré que les programmes complets d'éducation sexuelle ont contribué à réduire les rapports sexuels précoces, à réduire la fréquence des rapports sexuels, à réduire le nombre de partenaires sexuels, à réduire la prise de risques, à augmenter l'utilisation des préservatifs et à augmenter la contraception chez les jeunes (77).

- Il a été démontré que les systèmes de protection sociale modèrent les facteurs sociaux à risque de VIH. Les transferts monétaires en particulier ont permis aux filles de se maintenir à l'école et ont été associés à la réduction des violences conjugales ainsi qu'à la diminution des mariages et grossesses précoces – des résultats qui favorisent le bien-être général et contribuent à réduire la vulnérabilité et les risques au VIH. (78-82).
- La réduction ou l'élimination des dépenses à la charge des patients ont augmenté l'accès aux services de santé au Malawi et réduit les dépenses de santé catastrophiques au Kenya (83, 84). Un large consensus a été établi parmi les décideurs en Afrique subsaharienne pour la suppression des frais de santé est une étape cruciale pour l'amélioration de l'accès aux soins de santé et la réduction des risques financiers associés au risque de mauvaise santé.

L'autonomisation et l'inclusion sont au cœur du Programme de Développement Durable à l'horizon 2030. Les exemples ci-dessus montrent que l'autonomisation et l'inclusion ne sont pas des concepts sociaux flous – ils sont aussi réels que les innovations techniques et donnent des résultats mesurables.

Un point commun à l'ensemble des nombreuses innovations décrites dans ce rapport est l'engagement des communautés. Des townships d'Afrique australe aux villages reculés de l'Amazonie en passant par les mégapoles d'Asie, la collaboration entre les systèmes de santé et les communautés a permis de réduire la stigmatisation et la discrimination et de fournir des services aux plus démunis. Mais lorsque ce travail est limité à quelques communautés visionnaires, aux professionnels de la santé et aux chercheurs, leur impact est dilué parmi les centaines de millions de personnes qui ont besoin d'un plus grand soutien.

Il est de la responsabilité des dirigeants politiques, des gouvernements des pays et de la communauté internationale de faire les investissements financiers suffisants et d'établir les environnements juridiques et politiques nécessaires pour permettre de porter à l'échelle mondiale les processus innovants qui font leurs preuves. Cela permettra de créer l'élan nécessaire pour atteindre les objectifs du Fast-Track d'ici à 2020 et mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique en même temps que la réalisation des Objectifs de Développement Durable en 2030.

Références

1. Buchbinder SP, Cohen SE, Hecht J, Ksu L, Kohn RP, Raymond HF et al. Getting to zero new HIV diagnoses in San Francisco: what will it take? Abstract 87. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4-7 mars 2018.
2. Grulich A, Guy RJ, Amin J, Schmidt H-M, Selvey C, Holden J et al. Rapid reduction in HIV diagnoses after targeted PrEP implementation in NSW, Australia. Abstract 88. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4-7 mars 2018.
3. Grabowski MK, Serwadda DM, Gray RH, Nakigozi G, Kigozi G, Kagaayi J et al. HIV prevention efforts and incidence of HIV in Uganda. *N Engl J Med.* 2017;377:2154–66.
4. Borgdorff MW, Kwaro D, Obor D, Otieno G, Kamire V, Odongo F et al. HIV incidence in western Kenya during scale-up of antiretroviral therapy and voluntary medical male circumcision: a population-based cohort analysis. *Lancet HIV.* 2018;5(5):e241–9.
5. Demographic and Health Surveys, 2008–2009 et 2014.
6. Swaziland HIV incidence measurement surveys, 2011 and 2017. In: PHIA Project [website]. New York (NY): ICAP at Columbia University (<https://phia.icap.columbia.edu/>).
7. Vandormael A, Akullian AN, Dobra A, de Oliveira T, Tanser F. Sharp decline in male HIV incidence in a rural South African population (2004–2015). Abstract 46. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4-7 mars 2018.
8. Tanser F, Vandormael A, Cuadros D, Phillips AN, de Oliveira T, Tomita A et al. Effect of population viral load on prospective HIV incidence in a hyperendemic rural African community. *Sci Transl Med.* 2017;9(420):eaam8012.
9. Vandormael A, Bärnighausen T, Herbeck J, Tomita A, Phillips A, Pillay D et al. Longitudinal trends in the prevalence of detectable HIV viremia: population-based evidence from rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Clin Infect Dis.* 2018;66(8):1254–60.
10. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Surveys, 2012 and 2016. In: Human Sciences Research Council (HSRC) [website]. Pretoria: HSRC; c2018 (<http://www.hsrc.ac.za/en/research-data/>).
11. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2013.
12. SDG Indicators: global database beta 0.2.45 [database]. In: unstats.un.org [website]. United Nations; c2018 (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, consulté le 29 juin 2018).
13. Conner DH. Financial freedom: women, money and domestic abuse. *Wm. & Mary J. Women & L.* 2014;339 (<http://scholarship.law.wm.edu/wmjwl/vol20/iss2/4>).
14. Dhungel S, Dhungel P, Ram Dhital S, Stock C. Is economic dependence on the husband a risk factor for intimate partner violence against female factory workers in Nepal? *BMC Womens Health.* 2017;17:82.
15. Gari S, Malungo JR, Martin-Hilber A, Musheke M, Schindler C, Merten S. HIV testing and tolerance to gender-based violence: a cross-sectional study in Zambia. *PLoS One.* 2013;8(8):e71922.
16. Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI, Yi H, Tsang KW, Haidar JA. Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):178.
17. Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J. Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(2):e0118234.
18. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2015;29(16):2183–94.
19. Siemieniuk RA, Krentz HB, Miller P, Woodman K, Ko K, Gill MJ. The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;64:32–8.
20. Thomson KA, Huges JP, Baeten J, John-Stewart G, Celum CL, Cohen CR et al. Female HIV acquisition per sex act is elevated in late pregnancy and postpartum. Abstract 45. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4-7 mars 2018.
21. Koller M, Patel K, Chi BH, Wools-Kaloustian K, Dicko F, Chokeyhaibulkit K et al. Immunodeficiency in children starting antiretroviral therapy in low-, middle-, and high-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;68(1):62–72.
22. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2016.
23. Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251655/9789241549868-eng.pdf?sequence=1>).
24. Koirala S, Deuba K, Nampaisan O, Marrone G, Ekström AM, CAT-S group. Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia: a study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. *PLoS One.* 2017;12(5):e0176914.
25. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care.* 2015;27(7):805–16.
26. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2012–2016.
27. Decker MR, Crago AL, Chu SK, Sherman SG, Seshu MS, Buthelezi K et al. Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV. *Lancet.* 2015;385(9963):186–99.
28. Blaser M, Feit HA, McRae G. In the way of development: indigenous peoples, life projects and globalization. Ottawa: International Development Research Centre; 2004 (https://books.google.ch/books?id=0UwtqpeBtvQC&redir_esc=y&hl=en).
29. Gallant V, Duvvuri V, McGuire M. Tuberculosis in Canada—summary 2015. *Can Commun Dis Rep.* 2017;43(3):77–82.

30. Bourgeois AC, Edmunds M, Awan A, Jonah L, Varsaneux O, Siu W. HIV in Canada—surveillance report, 2016. *CCDR*. 2017;43(12) (<https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2017-43/ccdr-volume-43-12-december-7-2017/ccdr-43-12-ar01-eng.pdf>).
31. Benoit AC, Younger J, Beaver K, Jackson R, Loutfy M, Masching R et al. Increased mortality among indigenous persons in a multisite cohort of people living with HIV in Canada. *Can J Public Health*. 2017;108(2):e169–75.
32. Butt L. "Living in HIV-land": mobility and seropositivity among highlands Papuan men. In: Slama M, Munro J, editors. From "stone-age" to "real-time": exploring Papuan temporalities, mobilities and religiosities. Canberra: ANU Press; 2015:221–42.
33. Villalba JA, Bello G, Maes M, Sulbaran YF, Garzaro D, Loureiro CL et al. HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns. *AIDS*. 2013;27(11):1783–91.
34. Benzaken AS, Sabidó M, Brito I, Bermúdez XPD, Benzaken N, Galbán E et al. HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. *Int J Equity Health*. 2017;16:92.
35. Zhang L, Chow EP, Jahn HJ, Kraemer A, Wilson DP. High HIV prevalence and risk of infection among rural-to-urban migrants in various migration stages in China: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2013;40(2):136–47.
36. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A, Parcours Study Group. Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: an analysis of the ANRSPARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health*. 2018;3(1):e16–23.
37. Olawore O, Tobian AAR, Kagaayi J, Bazaale JM, Nantume B, Kigozi G et al. Migration and risk of HIV acquisition in Rakai, Uganda: a population-based cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(4):e181–9.
38. Migration and health: key issues. Migrant health in the European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016.
39. Hernando V, Álvarez-del Arco D, Alejos B, Monge S, Amato-Gauci AJ, Noori T et al. HIV infection in migrant populations in the European Union and European Economic Area in 2007–2012: an epidemic on the move. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;70(2):204–11.
40. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483.
41. Tavares AM, Fronteira I, Couto I, Machado D, Viveiros M, Abecasis AB et al. HIV and tuberculosis co-infection among migrants in Europe: a systematic review on the prevalence, incidence and mortality. *PLoS One*. 2017;12(9):e0185526.
42. Hargreaves S, Lönnroth K, Nellums LB, Oлару ID, Nathavitharana RR, Norredam M et al. Multidrug-resistant tuberculosis and migration to Europe. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23(3):141–6.
43. Byron E, Gillespie SR, Hamazakaza P. Local perceptions of risk and HIV prevention in southern Zambia. RENEWAL working paper. International Food Policy Research Institute; 2016.
44. Chop E, Duggaraju A, Malley A, Burke V, Caldas S, Yeh PT et al. Food insecurity, sexual risk behavior, and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int*. 2017;38(9):927–44.
45. Probst C, Parry CD, Rehm J. Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa. *Trop Med Int Health*. 2016;21(7):846–55.
46. Universal health coverage facts and figures. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; décembre 2016 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/UHC-Facts-and-Figures-September-2016.pdf>).
47. Asghari S, Hurd J, Marshall Z, Maybank A, Hesselbarth L, Hurley O et al. Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: a scoping review & framework synthesis. *AIDS Care*. 2018;30(8):963–72.
48. Global tuberculosis report, 2017. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2017.
49. On the Fast-Track to end AIDS. Genève : ONUSIDA ; 2016.
50. Cuadros DF, Gräf T, de Oliveira T, Baernighausen T, Tanser F. Assessing the role of geographical HIV hot-spots in the spread of the epidemic. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4–7 March 2018 (http://www.croiwebcasts.org/console/player/37086?mediaType=slideVideo&&crd_fl=0&ssmsrq=1528958135518).
51. Mahler H, Searle S, Plotkin M, Kulindwa Y, Greenberg S, Mlangi E et al. Covering the last kilometer: using GIS to scale up voluntary medical male circumcision services in Iringa and Njombe regions, Tanzania. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):503–15.
52. Kikaya V, Skolnik L, García MC, Nkonyana J, Curran K, Ashengo TA. Voluntary medical male circumcision programs can address low HIV testing and counseling usage and ART enrollment among young men: lessons from Lesotho. *PLoS One*. 2014;9(5):e83614.
53. Personal communication, Yu Fei, Senior Research Specialist, Danlan Public Welfare. 14 Juin 2018.
54. Napierala S, Desmond N, Kumwenda M, Tumushime M, Sibanda EL, Indravudh P et al. A tale of two countries: lessons learned from implementation and scale-up of HIV self-testing services for female sex workers in Zimbabwe and Malawi. Soumis pour publication.
55. Wirtz AL, Naing S, Clouse E, Mon HH, Paing ZA, Baral S et al. HIV self-testing among men who have sex with men and transgender women in Myanmar. Abstract 994. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4-7 mars 2018.
56. Pollard A, Dean G, Soni S, Llewellyn C, Peralta C, Rodriguez L et al. Evaluation of targeted HIV self-test kit distribution via a digital vending machine. Abstract 995. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 4-7 mars 2018.
57. Farquhar C et al. Male partner home HIV testing vs clinic invitation in pregnancy: a randomized trial. Abstract 49. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Boston (MA), 22-25 février 2016.
58. Index case testing: a promising strategy for achieving HIV epidemic control. Technical brief. Lilongwe (Malawi): Management Sciences for Health; January 2018 (https://www.msh.org/sites/msh.org/files/cdc_-_index_case_brief.pdf).
59. Murray JK, DiStefano AS, Yang JS, Wood MM. Displacement and HIV: factors influencing antiretroviral therapy use by ethnic Shan migrants in northern Thailand. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016;27(5):709–21.

60. Murray KR, Dulli LS, Ridgeway K, Dal Santo L, Darrow de Mora D, Olsen P et al. Improving retention in HIV care among adolescents and adults in low- and middle-income countries: a systematic review of the literature. *PLoS One*. 2017;12(9):e0184879.
61. Bemelmans M, Baert S, Goemaere E, Wilkinson L, Vandendyck M, van Cutsem G et al. Community-supported models of care for people on HIV treatment in sub-Saharan Africa. *Trop Med Int Health*. 2014;19(8):968–77.
62. Fatti G, Mothibi E, Shaikh N, Grimwood A. Improved long-term antiretroviral treatment outcomes amongst patients receiving community-based adherence support in South Africa. *AIDS Care*. 2016;28(11):1365–72.
63. Cluver L, Pantelic M, Toska E, Orkin M, Casale M, Bungane N et al. STACKing the odds for adolescent survival: health service factors associated with full retention in care and adherence amongst adolescents living with HIV in South Africa. 2018. Soumis pour publication.
64. Myer L, Phillips T, Zerbe A, Brittain K, Le Roux SM, Remien R et al. Integration of postnatal services improves MCH and ART outcomes: a randomized trial. Abstract 24. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle (WA), 23-26 février 2015.
65. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):e134–40.
66. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Portugal: country drug report 2017. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 (<http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf>).
67. Francke JA, Penazzato M, Hou T, Abrams EJ, MacLean RL, Myer L et al. Clinical impact and cost-effectiveness of diagnosing HIV infection during early infancy in South Africa: test timing and frequency. *J Infect Dis*. 2016;214(9):1319–28.
68. Jani I, Meggi B, Loquiha O, Tobaiwa O, Mudenyanga C, Mutsaka D et al. Effect of point-of-care testing on antiretroviral therapy initiation rates in infants. Abstract 26. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle (WA), 13-16 février, 2017.
69. HIV-related stigma and discrimination in health-care settings: summary and findings from a 2016–2017 pilot project in Ho Chi Minh City, Viet Nam. Ho Chi Minh City Department of Health, Ho Chi Minh City Provincial AIDS Centre; janvier 2018.
70. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet*. 2015;385(9977):1555–66.
71. Jewkes R, Gibbs A, Jama-Shai N, Willan S, Misselhorn A, Mushinga M et al. Stepping Stones and Creating Futures intervention: shortened interrupted time series evaluation of a behavioural and structural health promotion and violence prevention intervention for young people in informal settlements in Durban, South Africa. *BMC Public Health*. 2014;14:1325.
72. Jewkes R. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2008;337:a506.
73. Kyegombe N, Abramsky T, Devries KM, Starmann E, Michau L, Nakuti J et al. The impact of SASA!, a community mobilization intervention, on reported HIV-related risk behaviours and relationship dynamics in Kampala, Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(1):19232.
74. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1266–73.
75. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *Soc Sci Med*. 2015 Feb;127:108–15.
76. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health*. 2015;3(8):e470–7.
77. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach. Revised edition. Paris: UNESCO, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO and UNAIDS; 2018 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>).
78. Bastagli F, Hagen-Zanker J, Harman L, Barca V, Sturge G, Schmidt T. Cash transfers: what does the evidence say? A rigorous review of programme impact and of the role of design and implementation features. London: Overseas Development Institute; 2016.
79. Food and Agriculture Organization of the United Nations, United Nations Children's Fund. From evidence to action: the story of cash transfers and impact evaluation in sub-Saharan Africa. Oxford: Oxford University Press; 2016.
80. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD008137.
81. Cash transfers and HIV prevention. New York: United Nations Development Programme; 2014.
82. Leibbrandt M, Woolard I, McEwen H, Koep C. Employment and inequality outcomes in South Africa. Cape Town: Southern Africa Labour and Development Research Unit; 2010 (<http://www.oecd.org/els/emp/45282868.pdf>).
83. Watson SI, Wroe EB, Dunbar EL, Mukherjee J, Squire SB, Nazimera L et al. The impact of user fees on health services utilization and infectious disease diagnoses in Neno District, Malawi: a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):595.
84. Maina T, Kirigia D. An evaluation of the abolition of user fees at primary healthcare facilities in Kenya. Washington (DC): Futures Group, Health Policy Project; 2015.



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org