

CHAPITRE 3



# PRÉVENTION DU VIH

---

## PRINCIPALES CONSTATATIONS

- L'incidence de l'infection à VIH dans le monde a baissé de 19% entre 1999 (pic de l'incidence) et 2009 ; ce recul est supérieur à 25% dans 33 pays dont 22 en Afrique subsaharienne.
  - En 2009, 370 000 [230 000-510 000] enfants ont été infectés par le VIH lors d'une transmission de la mère à l'enfant, soit une baisse de 24% en cinq ans. Toutefois, un accès inadapté aux services prénatals et postnatals freine l'expansion rapide de la mise en place de moyens efficaces pour prévenir cette transmission.
  - Les investissements dans la prévention du VIH représentent 22% environ de l'ensemble des dépenses liées au sida de 106 pays à revenu faible ou intermédiaire.
  - Le nombre de jeunes hommes et femmes ayant une connaissance approfondie et correcte du VIH a légèrement augmenté au niveau mondial depuis 2008 mais ne représente que 34% de cette population, soit à peine un tiers de l'objectif de 95% fixé par l'UNGASS.
  - L'analyse des tendances montre un recul général du pourcentage de personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels lors des 12 derniers mois en Afrique subsaharienne.
  - La disponibilité de préservatifs là où il y a des besoins augmente considérablement, des organisations internationales et non gouvernementales ayant financé l'achat de 25,8 millions de préservatifs féminins en 2009. Entre 2008 et 2009, 10 millions de préservatifs féminins supplémentaires ont été distribués.
  - Les récents résultats prometteurs d'un gel à base de ténofovir permettent d'espérer qu'un nouveau mode de prévention efficace contrôlé par les femmes sera bientôt opérationnel.
-

### » **Recul des nouvelles infections à VIH dans le monde**

Les efforts visant à promouvoir et appuyer l'association de mesures de prévention du VIH donnent des résultats concrets et impressionnants. L'incidence de l'infection à VIH dans le monde a baissé de 19 % entre 1999 et 2009 ; ce recul est supérieur à 25 % dans 33 pays dont 22 en Afrique subsaharienne. Entre 2001 et 2009, si certaines régions du monde ont constaté des baisses notables et encourageantes de l'incidence du VIH, cette dernière a augmenté de plus de 25 % dans sept pays dont cinq d'Europe de l'Est et d'Asie centrale et elle est restée stable dans 23 autres pays. Le changement de comportement est la principale cause du recul prometteur du nombre de nouvelles infections à VIH dans de nombreux pays. Chez les jeunes, la baisse sensible de l'incidence du VIH est associée à une tendance positive très nette (pour les deux sexes) d'indicateurs de comportement importants, notamment l'augmentation de l'utilisation du préservatif, le recul de l'âge du premier rapport sexuel et la baisse du nombre de personnes ayant plusieurs partenaires (1).

L'utilisation correcte et systématique du préservatif s'avère efficace à plus de 90 % pour prévenir la transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Onze pays indiquaient qu'au moins 75 % des hommes ou des femmes avaient utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à haut risque. La prévention du VIH a enregistré ses plus beaux succès dans les pays à épidémies concentrées ayant consacré de nombreux programmes et financements à la prévention chez les personnes les plus exposées au VIH. Mais trop souvent encore, les réponses de la prévention ne se concentrent pas sur ces populations clés.

En 2009, 370 000 [230 000 – 510 000] enfants avaient été infectés par le VIH par une transmission de la mère à l'enfant (au lieu de 500 000 [320 000–680 000] en 2001). Bien qu'il s'agisse là d'une nette amélioration pour la santé des mères et des nourrissons, un accès inadapté aux services prénatals et postnatals freine une expansion plus rapide de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

### **Cibler de manière adaptée les investissements pour la prévention du VIH**

Les investissements dans la prévention du VIH représentent 22 % environ de l'ensemble des dépenses liées au sida de 106 pays à revenu faible ou intermédiaire. Même avec les ressources existantes, l'un des principaux freins au renforcement des effets de la riposte à l'épidémie tient à la réticence des planificateurs et des exécutants à axer les efforts de prévention là où leur impact est maximal. Les investissements consacrés à la prévention ne suivent pas toujours les schémas épidémiques. En Europe de l'Est et en Asie centrale, régions touchées essentiellement par des épidémies concentrées, 89 % des investissements pour la prévention du VIH ne sont pas concentrés sur les personnes à plus haut risque comme les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe

et leurs clients et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Ces groupes de population rassemblent une proportion notable des nouvelles infections, même dans les pays où l'épidémie est généralisée, et pourtant les dépenses de prévention reflètent rarement cette réalité. Par exemple, la part des dépenses pour la prévention du VIH consacrée aux programmes ciblant les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables n'est que de 1,7 % au Burkina Faso, 0,4 % en Côte d'Ivoire et 0,24 % au Ghana, alors que le pourcentage des nouvelles infections dans ces groupes s'établit à 30 %, 28 % et 43 %, respectivement (2).

Au Kenya et au Mozambique, un quart à un tiers des nouvelles infections à VIH touchent les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ainsi que les professionnel(le)s du sexe et leurs clients (3). Ces pays consacrent respectivement 0,35 % et 0,25 % de leurs dépenses en matière de sida à la prévention du VIH dans ces populations clés, et les financements proviennent presque exclusivement de sources internationales. Les dépenses allouées spécifiquement à l'appui de ces populations pour la riposte au VIH ne représentent qu'un pour cent de leur poids respectif dans l'épidémie nationale (4).

De même, les investissements ciblant les jeunes trouvent rarement l'équilibre approprié entre la nécessité d'un investissement continu dans la prévention du VIH dans cette population et celle d'une attention particulière aux besoins propres aux jeunes plus exposés au VIH du fait de la consommation de drogues, du travail du sexe et des rapports sexuels non protégés entre hommes. En Asie, par exemple, 90 % des ressources consacrées aux jeunes vont à ceux qui sont peu exposés au risque de VIH et qui ne représentent que 5 % des personnes infectées par le virus (5).

### **L'association de mesures de prévention du VIH donne des résultats**

Lorsque les principaux indicateurs de comportement liés au risque d'infection à VIH — utilisation du préservatif, précocité du premier rapport sexuel (avant l'âge de 15 ans) et partenaires multiples — affichent tous une tendance positive, l'incidence de l'infection à VIH baisse sensiblement (1). Des éléments probants toujours plus nombreux attestent que l'association de mesures de prévention pour lutter contre les risques majeurs de VIH infléchit de façon décisive le cours de l'épidémie. En Namibie, l'amélioration des principaux indicateurs de connaissance et de comportement, notamment la connaissance approfondie du VIH, l'âge du premier rapport sexuel, l'adoption de comportements sexuels à haut risque et l'utilisation du préservatif chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans, s'est accompagnée d'un recul de la prévalence du VIH chez les jeunes, passée d'un peu plus de 10 % en 2007 à 5 % environ en 2009.

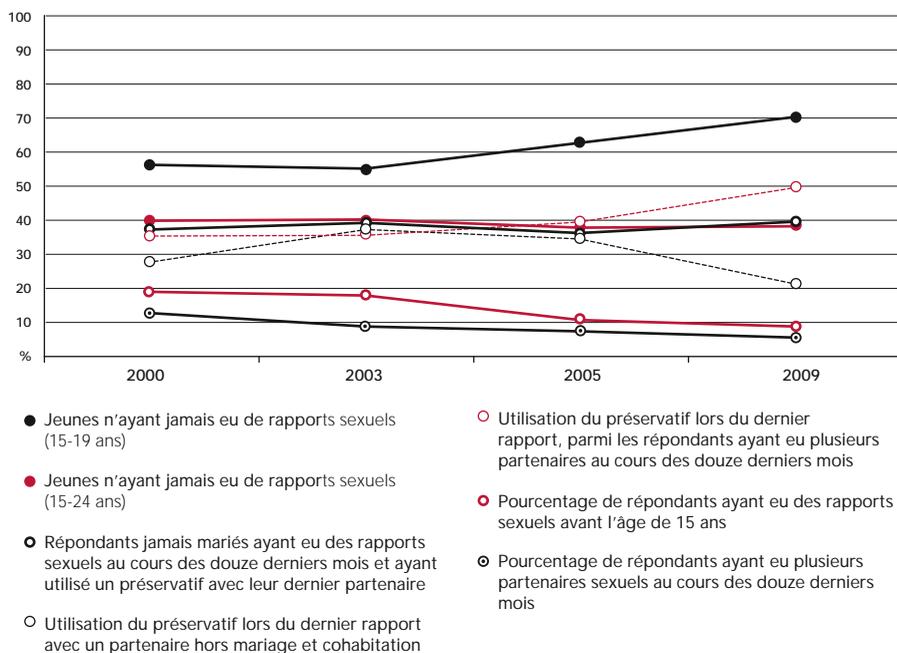
# 370 000

En 2009, 370 000 enfants avaient été infectés par le VIH par une transmission de la mère à l'enfant (au lieu de 500 000 en 2001).

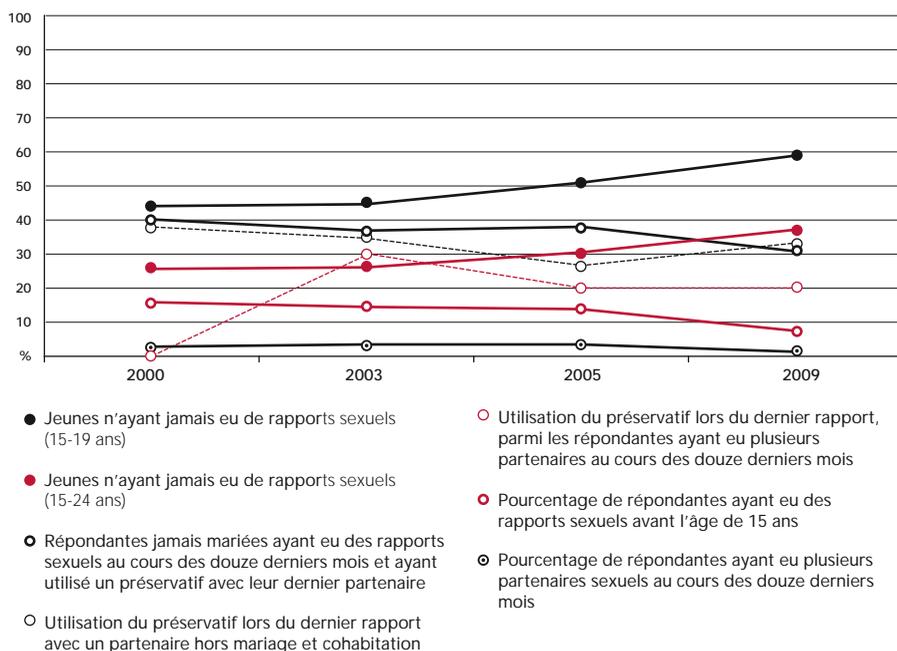
Figure 3.1  
Prévention du VIH en Zambie, 2000-2009

Source : Enquête sur le comportement sexuel en Zambie.

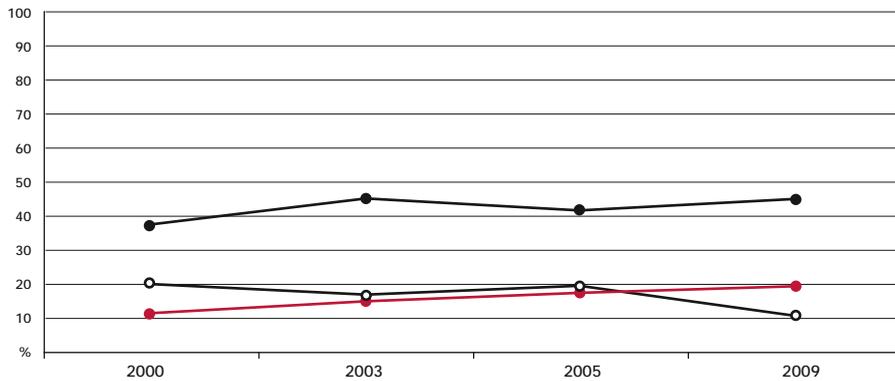
### Hommes de 15 à 24 ans



### Femmes de 15 à 24 ans

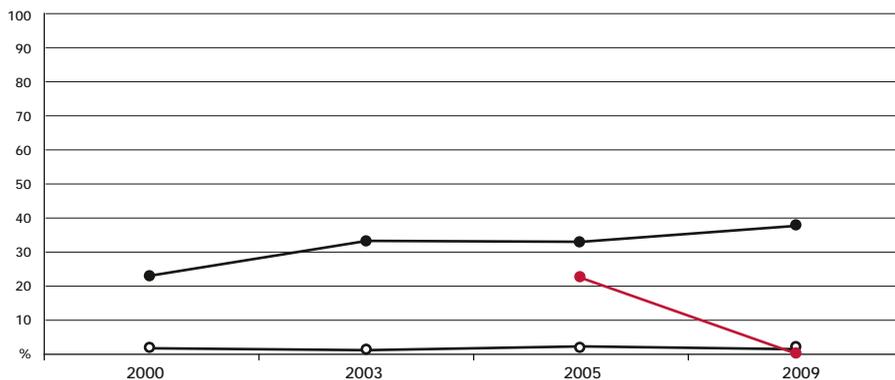


### Hommes de 25 à 49 ans



- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire hors mariage et cohabitation
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport, parmi les répondants ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois
- Pourcentage de répondants ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

### Femmes de 25 à 49 ans



- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport avec un partenaire hors mariage et cohabitation
- Utilisation du préservatif lors du dernier rapport, parmi les répondantes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois
- Pourcentage de répondantes ayant eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans

<sup>1</sup> Les données sur les pays d'Europe occidentale et centrale (neuf pays sur 41) sont peu nombreuses comme, dans une moindre mesure, pour les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord (huit pays sur 20). L'Afrique subsaharienne est la région qui fournit les données les plus complètes sur la connaissance approfondie du VIH, essentiellement grâce aux enquêtes démographiques et de santé menées dans 85 pays avec le soutien appuyé du gouvernement des Etats-Unis, des pays participants et d'autres bailleurs de fonds.

Entre 2001 et 2009, l'incidence du VIH dans ce pays a baissé de plus de 25 %. Des tendances similaires ont été observées au Zimbabwe. Mais lorsque plusieurs types de comportement varient, par exemple quand l'utilisation du préservatif augmente ainsi que le nombre de personnes ayant plusieurs partenaires, ou inversement, les effets des changements sur la réduction de l'incidence sont moins faciles à identifier avec précision.

En Zambie, l'incidence du VIH a reculé de plus de 25 % entre 2001 et 2009. Le pays a réussi à repousser l'âge du premier rapport sexuel et à étendre l'abstinence chez les jeunes (6). Le nombre de jeunes et d'adultes ayant plusieurs partenaires a diminué également. Toutefois, la proportion d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans ayant eu plusieurs partenaires pendant la dernière année écoulée et ayant utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel a sensiblement baissé.

Bien que moins de jeunes hommes et femmes soient sexuellement actifs en Zambie et aient eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois, l'utilisation du préservatif dans cette population a baissé. Pour obtenir des résultats optimaux, il convient de mettre en œuvre simultanément tous les moyens permettant de réduire le risque d'exposition sexuelle au VIH (Figure 3.1).

### **Le changement de comportement et une meilleure connaissance réduisent l'incidence et la prévalence du VIH dans la plupart des pays où cette prévalence est élevée**

Le nombre de jeunes hommes et femmes ayant une connaissance approfondie et correcte du VIH a légèrement augmenté au niveau mondial depuis 2008 mais ne représente que 34 % de cette population, soit un peu plus du tiers de l'objectif de 95 % fixé par l'UNGASS<sup>1</sup>. Dix pays ont atteint un niveau de connaissance approfondie et correcte supérieur à 60 % chez les hommes ou les femmes de 15 à 24 ans (Figure 3.2).

Les occasions d'améliorer le comportement et la connaissance dans le cadre de la prévention du VIH restent très nombreuses. Moins d'un jeune sur deux dans 15 des 25 pays où la prévalence du VIH est la plus élevée (Botswana, Burundi, Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Kenya, Malawi, Nigéria, Afrique du Sud, Togo, République-Unie de Tanzanie et Zambie) est capable de répondre correctement à cinq questions de base sur le VIH et sa transmission. La connaissance du VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans de ces 25 pays s'améliore progressivement mais les objectifs mondiaux fixés en la matière en 2001 restent encore hors d'atteinte.

### **Partenaires sexuels multiples : des relations complexes et changeantes**

Il est indispensable de comprendre la variété et les schémas des relations sexuelles pour mettre en œuvre des programmes de prévention efficaces. Dans la plupart des pays, une minorité d'hommes et de femmes déclaraient avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. L'analyse des tendances confirme le recul général du pourcentage de personnes dans ce cas pendant cette période en Afrique subsaharienne, avec quelques exceptions comme au Botswana, au Congo, en Afrique du Sud et en Ouganda. Dans ce dernier pays, un nombre croissant d'hommes de plus de 25 ans indiquaient avoir eu plusieurs partenaires, tandis que chez les femmes, cette valeur restait relativement stable (Figure 3.3).

Figure 3.2

### Connaissance du VIH chez les jeunes

Pays où plus de 60 % des jeunes de 15 à 24 ans ont une connaissance approfondie et correcte du VIH.

Source : Rapports d'activité des pays 2010.

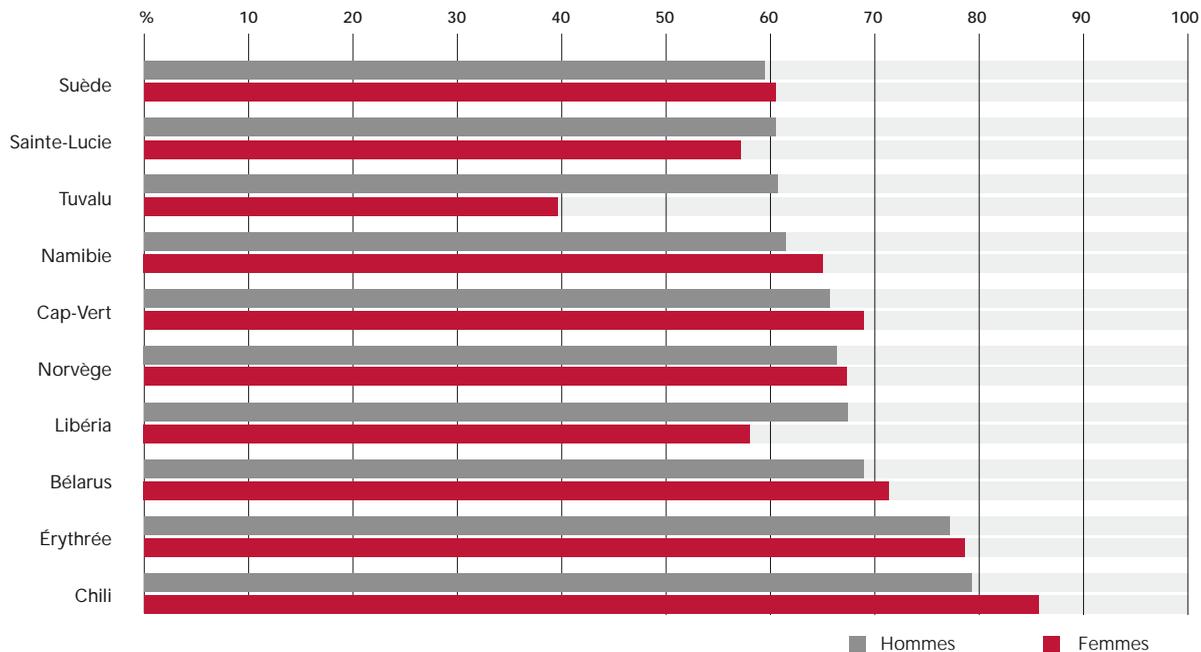
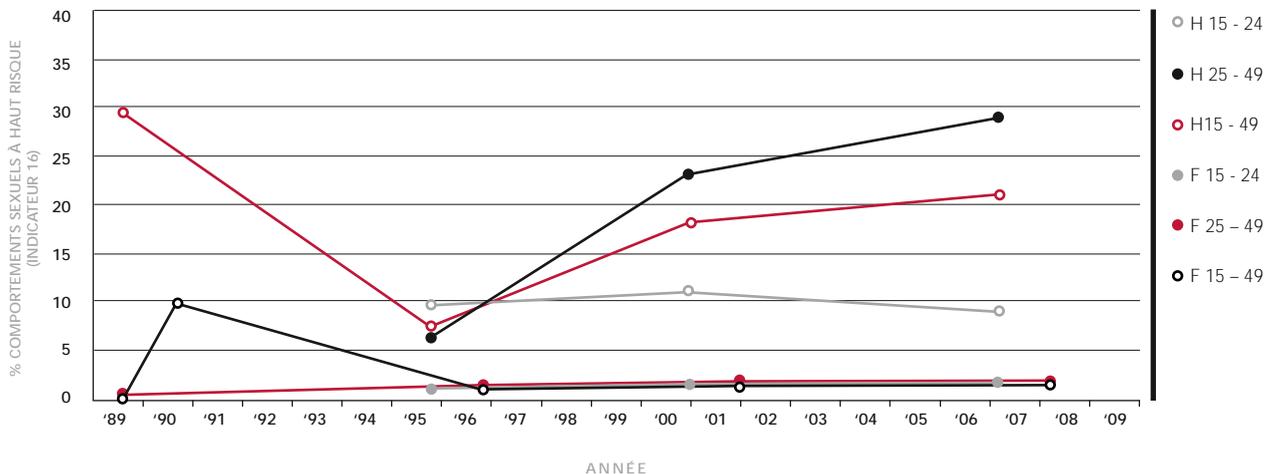


Figure 3.3

### Ougandais ayant eu plusieurs partenaires sexuels ces douze derniers mois

Pourcentage de la population (15 à 49 ans) ayant eu plusieurs partenaires sexuels ces douze derniers mois en Ouganda, par sexe et groupe d'âge, 1989 – 2006.

Source : Enquêtes démographiques et de santé et données d'autres enquêtes sur le comportement des populations.



# 75%

Taux d'utilisation du préservatif par les hommes et les femmes lors d'un rapport sexuel à risque, rapporté par 11 pays.

Dans 59 des 93 pays fournissant ces données, y compris 18 des 25 pays du monde où la prévalence du VIH est la plus élevée, moins de 25 % des hommes indiquaient avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois. Dans 84 pays, moins de 25 % des femmes déclaraient être dans ce cas. En moyenne, le pourcentage d'hommes mentionnant plusieurs partenaires sexuels au cours des douze derniers mois était supérieur de 16 points au pourcentage de femmes. Dans dix pays, 26 à 50 % des hommes avaient eu plusieurs partenaires sexuels l'année dernière et dans deux pays, c'était le cas pour 26 à 50 % des femmes.

## **Le nombre de préservatifs mis à disposition et le taux d'adoption augmentent**

Onze pays faisaient état d'un taux d'utilisation du préservatif d'au moins 75 % chez les hommes ou les femmes les plus exposés par leur comportement sexuel, notamment le Botswana, l'Inde et l'Afrique du Sud. Les rapports d'activité des pays indiquent que le pourcentage médian d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel chez les hommes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois s'établissait à 48 %, contre 38 % pour les femmes. Sur les 83 pays fournissant ces données, 32 indiquaient un taux d'au moins 60 % lors du dernier rapport sexuel, pour les hommes ayant eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois. Pour les femmes, ce même pourcentage était observé dans 20 des 80 pays considérés.

Les tendances des enquêtes démographiques et de santé montrent que l'utilisation du préservatif augmente en Afrique subsaharienne. Selon les données disponibles pour le Botswana, 80 % des hommes avaient utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque ; aucun pays ne rapporte ce niveau d'utilisation pour les femmes. Au contraire, 14 pays mentionnaient des taux d'utilisation de 20 % ou moins lors du dernier rapport sexuel des hommes et femmes ayant eu plusieurs partenaires l'année dernière, notamment dans des pays à forte prévalence comme la République démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Malawi, le Rwanda, l'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie.

En Asie, les taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque étaient inférieurs à 25 % chez les femmes (Cambodge, Myanmar et Thaïlande) et chez les hommes (Timor-Leste). Dans les autres pays d'Asie, ils étaient plus élevés ou n'avaient pas été communiqués. Concernant les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale publiant cet indicateur, la plupart donnaient des taux compris entre 51 et 80 %.

Les informations disponibles sur l'utilisation du préservatif par les professionnel(e)s du sexe lors du dernier rapport sexuel avec un client sont encourageantes. Dans 26 des 86 pays fournissant ces données, 90 % ou plus de ces professionnel(le)s indiquaient avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client, et dans 13 autres pays, le niveau d'utilisation se situait entre 80 et 90 %. Quarante-sept pays, soit plus de la moitié de ceux publiant des données, communiquaient des taux d'utilisation du préservatif par les professionnel(le)s du sexe avec leur dernier client inférieurs à 80 %, et même à 60 % dans 17 pays. Il faut intensifier les efforts de promotion du préservatif pour augmenter son utilisation en vue de protéger du VIH les professionnel(le)s du sexe et leurs clients.

La disponibilité de préservatifs féminins là où il y a des besoins augmente considérablement, des organisations internationales et non gouvernementales ayant financé l'achat de 25,8 millions d'unités en 2009, au lieu de 10,7 millions en 2006. Dix millions de préservatifs féminins supplémentaires ont été distribués entre 2008 et 2009. Toutefois, la distribution de préservatifs féminins dans le monde reste très nettement inférieure à celle de préservatifs masculins.

## Ukraine : des progrès notables pour protéger les consommateurs de drogues de l'infection à VIH

Depuis de nombreuses années, l'Ukraine est frappée par l'épidémie de VIH la plus sévère qui touche les consommateurs de drogues injectables en Europe de l'Est et en Asie centrale. Cependant, quatre années de financement complet et soutenu de programmes de réduction des risques basés sur du concret et de leur mise en œuvre ont contribué à faire baisser l'incidence du VIH dans cette population. Des données de sources diverses (surveillance comportementale, études de surveillance sentinelle et programmes de services ciblant les consommateurs de drogues injectables) indiquent toutes que la transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables en Ukraine serait très nettement en baisse. Les infections à VIH chez les personnes ayant commencé à consommer de telles drogues depuis deux ans (et donc plus susceptibles de présenter des infections incidentes plutôt que des infections acquises beaucoup plus tôt) ont diminué, passant d'un pic de 30 % en 2004 à 11 % en 2008 (14).

La surveillance comportementale en Ukraine montre que de plus en plus de consommateurs de drogues injectables adhèrent aux mesures clés de réduction des risques de VIH. Le pourcentage de cette population indiquant utiliser du matériel stérile lors de la dernière injection est passé de 80 % en 2006 à 86 % en 2008. En 2009, près de 4 600 consommateurs de drogues injectables avaient accès à un traitement de remplacement aux opiacés (15). Bien que l'épidémie se soit stabilisée, cette population reste très exposée au VIH, en raison du partage de matériel d'injection contaminé ou de la transmission par voie sexuelle qui touche les partenaires des consommateurs de drogues injectables (Figure 3.4).

Figure 3.4  
Programmes de réduction des risques et prévalence du VIH en Ukraine

Association entre programmes de réduction des risques et prévalence du VIH en Ukraine, 2004–2009.

Sources : *Rapports d'activité des pays, 2010*. M. Mahy, C. Chhea, T. Saliuk, O. Varetska, R. Lyerla (2010). A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV Vol 2(1):8, *Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology*.

- CDI depuis peu
- Prévalence du VIH chez les jeunes CDI (15-24 ans)
- Prévalence du VIH chez les CDI (15 villes, moyenne)
- Couverture des sites de réduction des risques (axe droit)
- Couverture des sites de réduction des risques (15-24 ans) (axe droit)

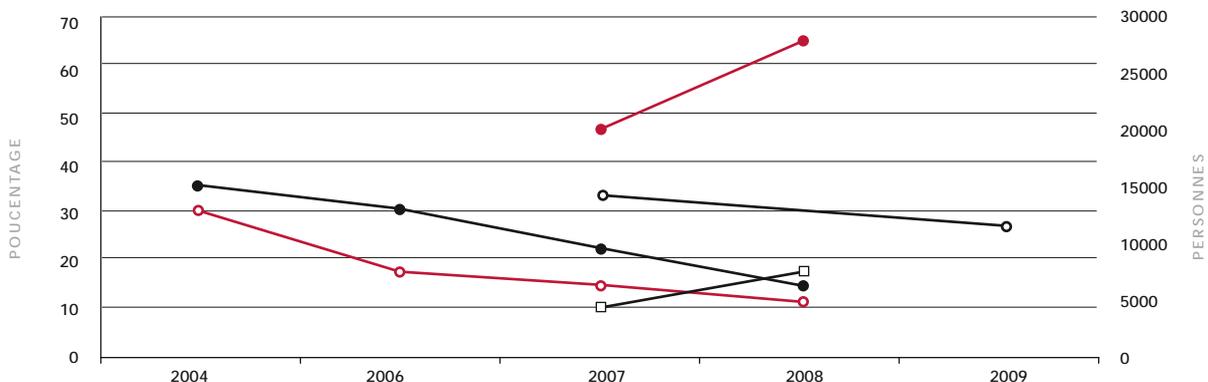
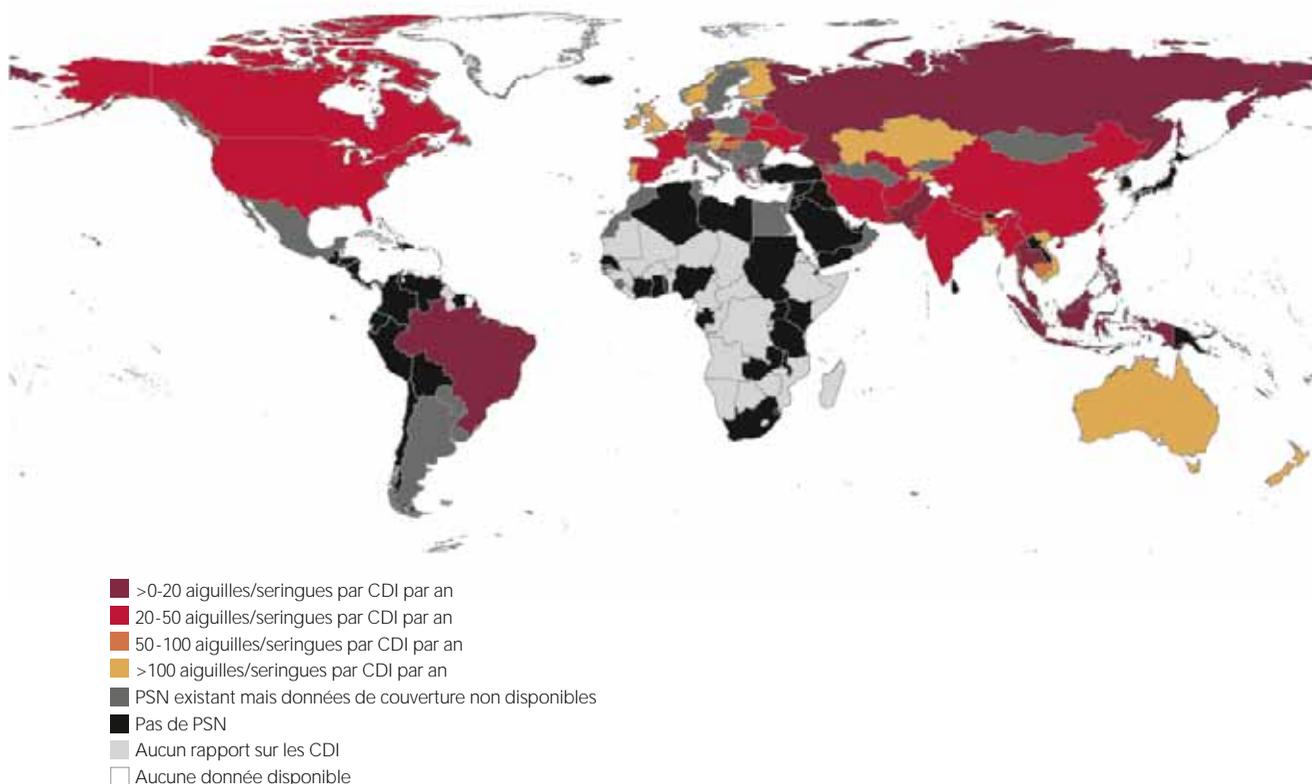


Figure 3.5

### Matériel d'injection stérile disponible, 2010

Estimations mondiales du matériel d'injection stérile disponible par consommateur de drogues et par an, 2010.

Source : Mathers B.M., Degenhardt L., Ali H., Wiessing L., Hickman M., Mattick R., et al. HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: A systematic review of global, regional and national coverage. *The Lancet* 2010;375:1014-28.



### Prévention du VIH axée sur les consommateurs de drogues injectables

Le nombre de consommateurs de drogues injectables dans le monde est estimé à 15,9 millions [11 millions – 21,2 millions] dont près de 20 %, soit 3 millions [0,5 million – 5,5 millions] vivant avec le VIH (12). L'accès aux services de prévention du VIH, notamment aux programmes de réduction des risques assistant les consommateurs de drogues, a augmenté mais pas dans des proportions suffisantes. Globalement, la couverture médiane des services de prévention du VIH était de 32 %. Si les hommes comme les femmes consommateurs de drogues injectables sont très touchés par le VIH, l'infection par d'autres virus véhiculés par le sang et des maladies menaçant le pronostic vital comme la tuberculose, les femmes sont encore plus exposées. Les études indiquent qu'elles ont plus de risques d'être confrontées à la violence, d'être stigmatisées et de décéder prématurément (13).

Rendre les injections plus sûres pour les consommateurs de drogues en leur fournissant un matériel stérile est relativement aisé et peu onéreux et peut réduire sensiblement les niveaux de transmission du VIH. La moitié des 50 pays publiant des données sur l'utilisation de matériel d'injection sûr estiment que 80 % ou plus des consommateurs de drogues injectables avaient utilisé une aiguille stérile lors de la dernière injection. En Europe de l'Est et en Asie centrale, où l'épidémie de VIH est principalement imputable à la consommation de drogues injectables, cinq pays sur neuf (Biélorus, République de Moldavie, Fédération de Russie, Ukraine et Ouzbékistan) indiquaient en 2009 que plus de 80 % des consommateurs de drogues injectables avaient utilisé un matériel stérile lors de la dernière injection. Huit des 12 pays d'Asie du Sud et du Sud-Est fournissant des données rapportaient des taux d'utilisation d'aiguilles stériles de plus de 80 % lors de la dernière injection. Un taux identique était observé en Argentine (la plupart des autres pays d'Amérique centrale et du Sud n'ayant pas communiqué cet indicateur) et en Australie (les autres pays d'Océanie n'ayant pas fourni de données sur ce point).

En Amérique du Nord et en Europe, dix pays indiquaient un taux d'utilisation de matériel stérile de plus de 80 % et neuf un taux inférieur à cette valeur. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, ce taux était inférieur à 80 % dans les trois pays fournissant des données. Dans les autres régions, une grande majorité des pays n'avaient pas communiqué cet indicateur.

Selon les directives de l'OMS, de l'UNODC et de l'ONUSIDA pour la définition d'objectifs (16), moins de 100 seringues mises à la disposition d'un consommateur de drogues injectables chaque année est considéré comme une valeur faible ; 100 à 200 constitue une valeur moyenne et plus de 200 une valeur élevée. Complétant les données des études sur le pourcentage d'aiguilles stériles utilisées lors de la dernière injection, la figure 3.5 montre que le nombre estimé d'aiguilles mises à la disposition de chaque consommateur de drogues injectables est très faible.

### **Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, une population clé qu'il faut continuer à soutenir**

L'accès aux programmes et aux services de prévention du VIH ciblant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a quelque peu augmenté ces deux dernières années mais reste globalement inadéquat (Figure 3.6). Un comportement sexuel plus sûr, impliquant notamment d'éviter les rapports avec pénétration non protégés, est efficace pour protéger les personnes et les communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Les données de 78 pays montrent que l'utilisation du préservatif par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes était inférieure à 50 % dans 24 pays, comprise entre 50 et 60 % dans 16 pays, entre 60 et 80 % dans 28 pays et supérieure à 80 % dans sept pays seulement : Andorre, Cambodge, Guyana, Myanmar, Panama, Surinam et Ouzbékistan. La figure 3.7 indique la médiane et la fourchette d'utilisation du préservatif (en pourcentage) lors du dernier rapport sexuel pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, par région.

Parmi les pays ayant publié des rapports UNGASS en 2010, une médiane globale de 42 % d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes indiquaient avoir fait un test VIH et en avoir obtenu les résultats ces douze derniers mois. Un homme qui connaît sa séropositivité peut préserver sa santé en recevant au plus tôt un traitement approprié et être encouragé par le conseil et l'appui à diminuer le risque de transmission du virus à ses partenaires futurs. Un homme dépisté et séronégatif peut être soutenu pour continuer à éviter l'infection. Certaines régions mention-

Tableau 3.1

### **Pays où les infections à VIH chez les consommateurs de drogues injectables représentent 20 % ou plus du nombre total de personnes vivant avec le VIH**

Source : Mathers et al. (12), ONUSIDA, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies/Bureau régional de l'OMS pour l'Europe : HIV/AIDS surveillance in Europe 2009.

Azerbaïdjan  
Arménie  
Biélorus  
Canada  
Chine  
Espagne  
Estonie  
États-Unis d'Amérique  
Fédération de Russie  
Géorgie  
Indonésie  
Italie  
Kazakhstan  
Kirghizstan  
Lettonie  
Lituanie  
Malaisie  
Moldavie  
Ouzbékistan  
Pakistan  
Portugal  
République islamique d'Iran  
Tadjikistan  
Ukraine

ment des taux de test nettement supérieurs à la valeur médiane, par exemple en Amérique centrale et du Sud où l'Argentine, le Salvador, le Guyana et le Paraguay indiquent que plus de 80 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient fait un test VIH et avaient été informés des résultats au cours des douze derniers mois.

80%

L'Argentine, le Salvador, le Guyana et le Paraguay indiquent que plus de 80 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avaient fait un test VIH et avaient été informés des résultats au cours des douze derniers mois.

Une récente enquête du Forum mondial sur les HSH et le VIH a évalué la disponibilité des services de test et de prévention pour les infections sexuellement transmissibles et le VIH ainsi que l'accès à ces services, pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans huit régions (18). Sur les 17 services évalués (test et conseil en matière d'infections sexuellement transmissibles et de VIH, traitement du VIH, préservatifs gratuits, services de santé mentale, circoncision, campagnes dans les médias pour combattre le VIH et l'homophobie...), deux seulement (test des infections sexuellement transmissibles et circoncision) étaient jugés faciles d'accès par une majorité de répondants (51 % seulement dans les deux cas). Les répondants faisaient également état des nombreux obstacles gênant l'accès aux services, notamment l'homophobie, la stigmatisation, la criminalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe, les obstacles politiques et l'indifférence ou l'absence de sensibilisation des prestataires de soins de santé.

### **Commerce du sexe et rapports sexuels transactionnels**

Les programmes de prévention du VIH chez les professionnel(le)s du sexe ont donné de très bons résultats à la fois pour augmenter l'utilisation du préservatif lors du travail du sexe et réduire les infections à VIH associées. Il reste toutefois beaucoup à faire pour améliorer la disponibilité et l'utilisation des préservatifs chez ces professionnel(le)s et leurs clients. Dans 27 des 87 pays soumettant des rapports, 90 % ou plus des professionnel(le)s du sexe indiquaient avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client. Dix-sept autres pays rapportaient des taux d'utilisation du préservatif compris entre 80 et 90 % et dix-sept autres des taux inférieurs à 60 %.

Dans les pays à épidémies concentrées, les tendances de la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe exerçant depuis peu illustrent de façon précise la trajectoire de l'épidémie de VIH et fournissent une mesure indirecte de l'incidence du VIH. La figure 3.8 illustre le cas des professionnel(le)s du sexe au Cambodge : la prévalence du VIH chez ceux exerçant depuis moins d'un an avait décliné régulièrement entre 2002 et 2006, en phase avec le recul de l'incidence estimée. La prévalence du VIH avait également baissé chez les professionnel(le)s du sexe exerçant depuis plus de deux ans mais restait considérablement plus élevée parmi ceux travaillant dans ce secteur depuis peu.

En Inde, le programme Avahan en cours depuis 2003 a donné des résultats significatifs chez les professionnel(le)s du sexe (19). Son approche de la prévention associant plusieurs mesures (programmes extra-institutionnels et communautaires, responsabilisation, programmes liés aux préservatifs et services de test des infections sexuellement transmissibles et du VIH) vise explicitement les personnes très vulnérables à l'infection à VIH dans six Etats à forte prévalence : professionnel(le)s du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, consommateurs de drogues injectables et hommes plus exposés sur les principaux itinéraires empruntés par les chauffeurs routiers. Les récents résultats d'une étude Avahan sur les professionnel(le)s du sexe dans le Karnataka, dans le sud de l'Inde, ont montré que depuis la mise en œuvre initiale du programme, la prévalence du VIH dans cette population avait baissé, passant de 20 à 16 %, et que l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec un client était passée de 66 à 84 % (20).

**Figure 3.6**  
**Programmes de prévention du VIH ciblant certaines populations**

Couverture médiane des programmes de prévention du VIH ciblant certains groupes de population, 2008 et 2010.

Source : Rapports d'activité des pays 2010.

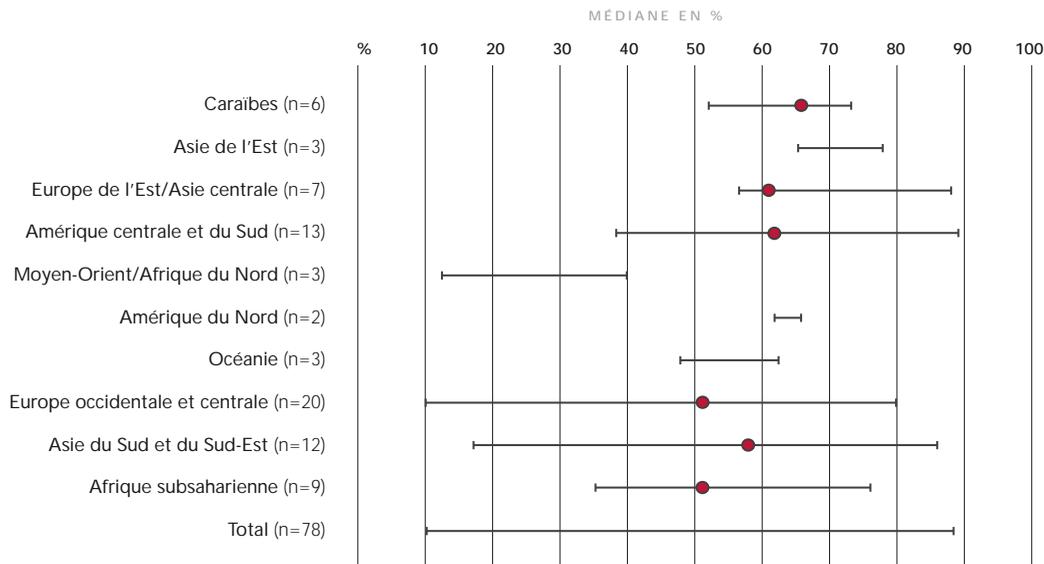


**Figure 3.7**  
**Utilisation du préservatif chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes**

Pourcentage (médiane et fourchette) d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et ayant utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel, par région, 2010.

Source : Rapports d'activité des pays 2010.

● Médiane  
 Les médianes n'ont pas été calculées lorsque le nombre de pays était inférieur ou égal à 5.



---

## Approches structurelles de la prévention du VIH

S'attaquer aux facteurs sociaux et économiques de risque et de vulnérabilité face au VIH peut avoir une influence considérable sur l'épidémie si les approches retenues sont mises en œuvre de façon systématique.

Ainsi, réduire la violence à laquelle sont confrontés les consommateurs de drogues injectables est un changement social susceptible de faire baisser directement le nombre de nouvelles infections à VIH. Ne pas se limiter à proposer des aiguilles et des seringues stériles ainsi que des programmes de traitement pour réduire le VIH dans cette population, mais aussi modifier l'environnement social, économique et politique peut avoir des effets notables. Par exemple, une association a été observée entre la violence policière à l'encontre des consommateurs de drogues injectables et certains types de comportements à plus haut risque comme l'utilisation d'ampoules seringues. S'appuyant sur cette constatation, de récentes modélisations estiment le nombre d'infections à VIH qui pourraient être évitées si cette violence policière disparaissait (Figure 3.9).

Le programme IMAGE en Afrique du Sud constitue une autre approche combinant microfinance pour les femmes, formation à la sexospécificité et mobilisation communautaire. Il a été évalué en tant qu'essai aléatoire et a montré ses effets positifs : amélioration du bien-être économique des ménages et responsabilisation accrue des femmes, réduction de 50 % de la violence entre partenaires intimes et réduction des comportements à risque de VIH chez les jeunes participantes au programme. Il a été intensifié pour toucher plus de 12 000 femmes sud-africaines.

La scolarisation des filles peut potentiellement réduire le risque de VIH. Les effets positifs de la participation des écoles et des programmes dans les écoles axés sur les risques liés au VIH ont été mis en évidence (22). Les relations intimes entre de jeunes femmes et des hommes ayant au moins cinq ans de plus entraînent un risque élevé d'infection à VIH (23). Les transferts monétaires pourraient atténuer certains facteurs sociaux ou économiques de vulnérabilité au VIH.

Plusieurs études récentes témoignent de l'efficacité des transferts monétaires sur l'assiduité scolaire et la prévention du VIH. A Zomba au Malawi, par exemple, des transferts monétaires conditionnels et inconditionnels pour les adolescentes ont augmenté la fréquentation scolaire chez les bénéficiaires (24). Les mariages, les grossesses et l'activité sexuelle précoces ont considérablement baissé parmi les bénéficiaires de ces deux types de transferts. Les changements observés dans le comportement sexuel auto-déclaré représentent moins de la moitié des effets du programme sur le VIH, les autres étant imputables à une évolution du profil de risque des partenaires sexuels des jeunes filles (25). Ces résultats suggèrent que des interventions structurelles comme des transferts monétaires pourraient se révéler prometteuses pour réduire l'écart d'âge entre les partenaires sexuels, facteur clé de l'épidémie dans plusieurs pays.

En outre, les approches structurelles qui renforcent la solidarité et l'action collective peuvent jouer un rôle stratégique pour améliorer la résilience au VIH dans des groupes marginalisés, notamment les professionnel(le)s du sexe. Avahan, le programme contre le sida en Inde financé par la Fondation Bill et Melinda Gates (19), a établi qu'il était possible et peu onéreux de mener des activités structurelles et que ces dernières pouvaient contribuer à une prévention du VIH plus durable lorsqu'elles étaient intégrées à un ensemble d'activités de prévention. Pathfinder International, partenaire clé du programme Avahan, et son partenaire local à Kolhapur, une organisation non gouvernementale chargée de l'exécution, mettent en œuvre une intervention structurelle associant des services de proximité fournis par des pairs pour répondre aux situations de crise et une mobilisation communautaire pour les professionnel(le)s du sexe travaillant dans la rue où ils sont exposés aux arrestations et aux violences de la police, des clients et des gangs (26).

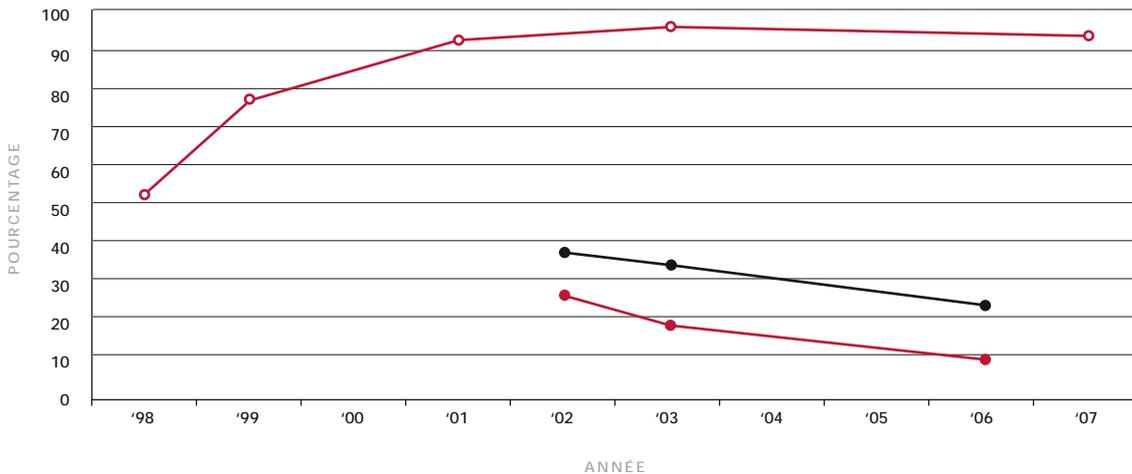
L'insécurité alimentaire (plus d'un milliard de personnes dans le monde sont malnutries) amène les populations à adopter des comportements dont certains augmentent le risque de rapports sexuels non protégés, notamment chez les femmes qui accepteront des rapports sexuels transactionnels pour se nourrir, elles et leurs enfants. Une étude menée au Botswana et au Swaziland a montré que l'insécurité alimentaire était associée à une utilisation non systématique du préservatif avec un partenaire non stable : les femmes faisant état d'une insuffisance alimentaire au cours des douze derniers mois avaient 80 % de risques en plus de devoir accepter des rapports sexuels en échange d'argent, de biens ou de services, 70 % de risques en plus de rapports sexuels non protégés dans des situations qu'elles ne contrôlaient pas et 50 % de risques en plus de rapports sexuels intergénérationnels (27). De même, une étude en Ouganda s'intéressant au lien entre insécurité alimentaire et commerce du sexe avait mis en évidence les effets négatifs de l'insécurité alimentaire sur le contrôle de l'utilisation du préservatif et le risque de relations abusives prolongées (28). L'inégalité entre les sexes, souvent renforcée par les rapports sexuels intergénérationnels, limite encore plus le pouvoir de négociation des femmes. Dans une étude menée au Nigéria, 35 % des professionnelles du sexe affirmaient que la pauvreté et le manque de moyens pour se procurer de la nourriture les avaient obligées à recourir au commerce du sexe et à avoir des rapports non protégés avec des clients (29). Ces associations persistaient même lorsque d'autres marqueurs du statut socioéconomique étaient maîtrisés.

Figure 3.8

### Utilisation du préservatif et prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe au Cambodge

Pourcentage de professionnel(le)s du sexe utilisant des préservatifs et prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe des maisons de passe au Cambodge en fonction de la durée d'exercice, 1998 – 2007.

Source : M. Mahy, C. Chhea, T. Saliuk, O. Varetska, R. Lyerla (2010). A proxy measure for HIV incidence among populations at increased risk to HIV Vol 2(1):8, Journal of HIV/AIDS Surveillance and Epidemiology.



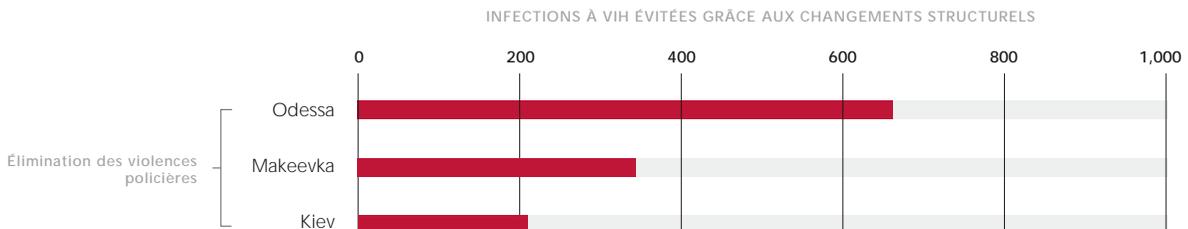
- Pourcentage de professionnel(le)s du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel
- Prévalence du VIH chez les femmes travaillant dans une maison de passe depuis moins de deux ans
- Prévalence du VIH chez les femmes travaillant dans une maison de passe depuis moins d'un an

Figure 3.9

### Éviter l'infection à VIH en éliminant les violences policières à l'encontre des consommateurs de drogues injectables, Ukraine

Infections à VIH qui pourraient être évitées en éliminant les violences policières à l'encontre des consommateurs de drogues injectables dans trois villes d'Ukraine.

Source : Strathdee et al., 2010.



<sup>2</sup> Pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes vivant avec le VIH en 2009 : Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Tchad, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Rwanda, Afrique du Sud, Soudan, Swaziland, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.

### **Des progrès notables dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant**

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant marque un progrès fondamental de la riposte au sida depuis ces dix dernières années. Les taux d'infection chez les enfants de mères vivant avec le VIH ont chuté, passant de 500 000 [320 000 – 680 000] enfants infectés par le VIH en 2001 à 370 000 [230 000 – 510 000] en 2009.

Plusieurs pays ont mis en place des moyens avancés pour prévenir cette transmission. Le Botswana, la Namibie, l'Afrique du Sud et le Swaziland ont atteint un taux de couverture de la prophylaxie antirétrovirale supérieur à 80 % pour prévenir cette transmission. Dans sept autres pays d'Afrique subsaharienne, ce taux est compris entre 50 et 80 %, tandis que l'Afrique subsaharienne dans son ensemble a un niveau de couverture de 54 % [40 % – 84 %]. En Afrique orientale et australe, 68 % [53 % – 95 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH avaient reçu en 2009 un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH à leurs enfants (une augmentation substantielle puisque le taux s'établissait à 15 % en 2005). En Afrique occidentale et centrale toutefois, la couverture n'est que de 23 % [16 % – 44 %] (30).

Au niveau mondial, 53 % [40 % – 79 %] des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant en 2009, au lieu de 45 % [37 % – 57 %] en 2008 et 15 % en 2005 (31). La difficulté à atteindre l'objectif d'un taux de couverture de la prophylaxie antirétrovirale de 80 % se concentre de plus en plus dans quelques pays : l'écart total est imputable à plus de 80 % à 14 pays dont 32 % pour le seul Nigéria, suivi par la République démocratique du Congo à 7 % (Figure 3.10, Figure 3.11).

La proportion de femmes enceintes des pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fait un test VIH se situait à 26 % au lieu de 21 % en 2008 et 7 % en 2005 (31), un progrès encore très insuffisant pour atteindre l'objectif de l'ONUSIDA de quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant d'ici 2015. Dans les 25 pays comptant le plus de femmes enceintes vivant avec le VIH<sup>2</sup>, le pourcentage de celles qui bénéficient d'un test et de conseils est très variable : de plus de 95 % en Afrique du Sud et en Zambie à 9 % en République démocratique du Congo et à 6 % au Tchad (31).

La couverture des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant est à la traîne derrière l'accès aux soins prénatals (Figure 3.12). De surcroît, les besoins en matière de planification familiale des femmes vivant avec le VIH restent largement insatisfaits : dans certains pays, plus d'un quart de ces femmes déclarent que leur grossesse actuelle n'est pas désirée ou aimeraient retarder la prochaine de deux ans. Renforcer les services de planification familiale et la fourniture de soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants produirait de meilleurs résultats pour les mères et leurs bébés.

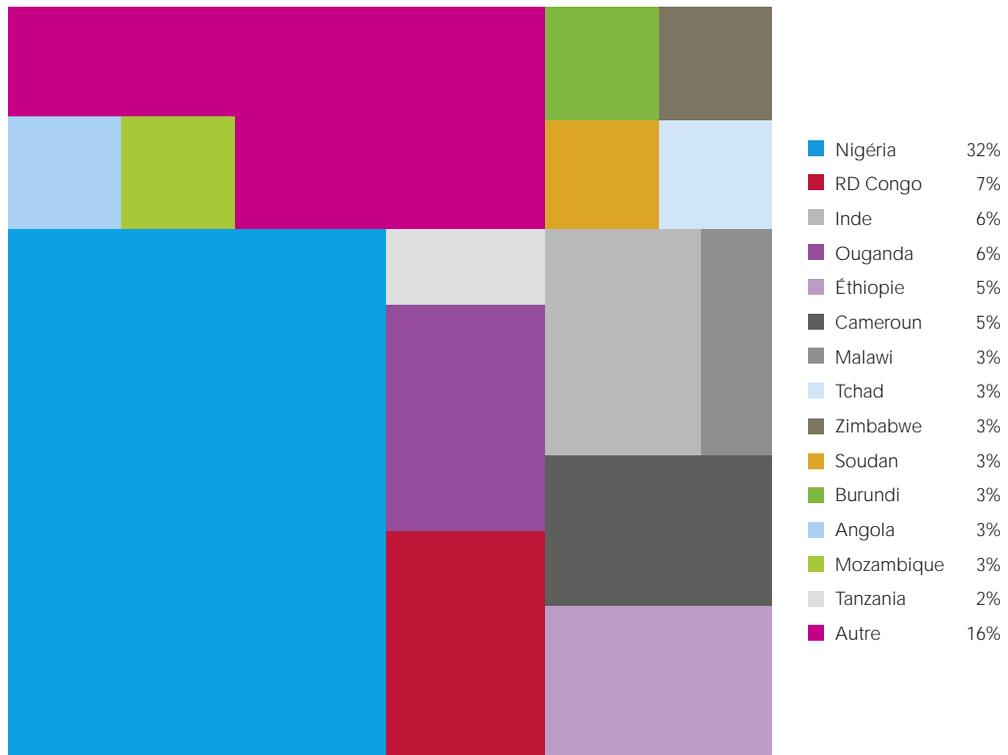
L'efficacité des antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant varie en fonction du type et de la durée du traitement. Les associations d'antirétroviraux donnent de meilleurs résultats que les monothérapies. En outre, ces dernières sont de nature à favoriser la résistance du virus aux antirétroviraux, ce qui pourrait limiter les options thérapeutiques futures en cas de nécessité de traitement. Les directives OMS pour 2010 en matière de traitement recommandent que les femmes enceintes vivant avec le VIH et leurs nourrissons exposés reçoivent une association d'antirétroviraux plutôt qu'une dose unique de névirapine. La prophylaxie antirétrovirale est également recommandée pendant l'allaitement

Figure 3.10

### Écarts en matière de thérapie antirétrovirale pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Écarts mondiaux dans la fourniture d'un traitement antirétroviral à 80 % des mères pour prévenir la transmission à l'enfant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Source : Vers un accès universel, OMS 2010.



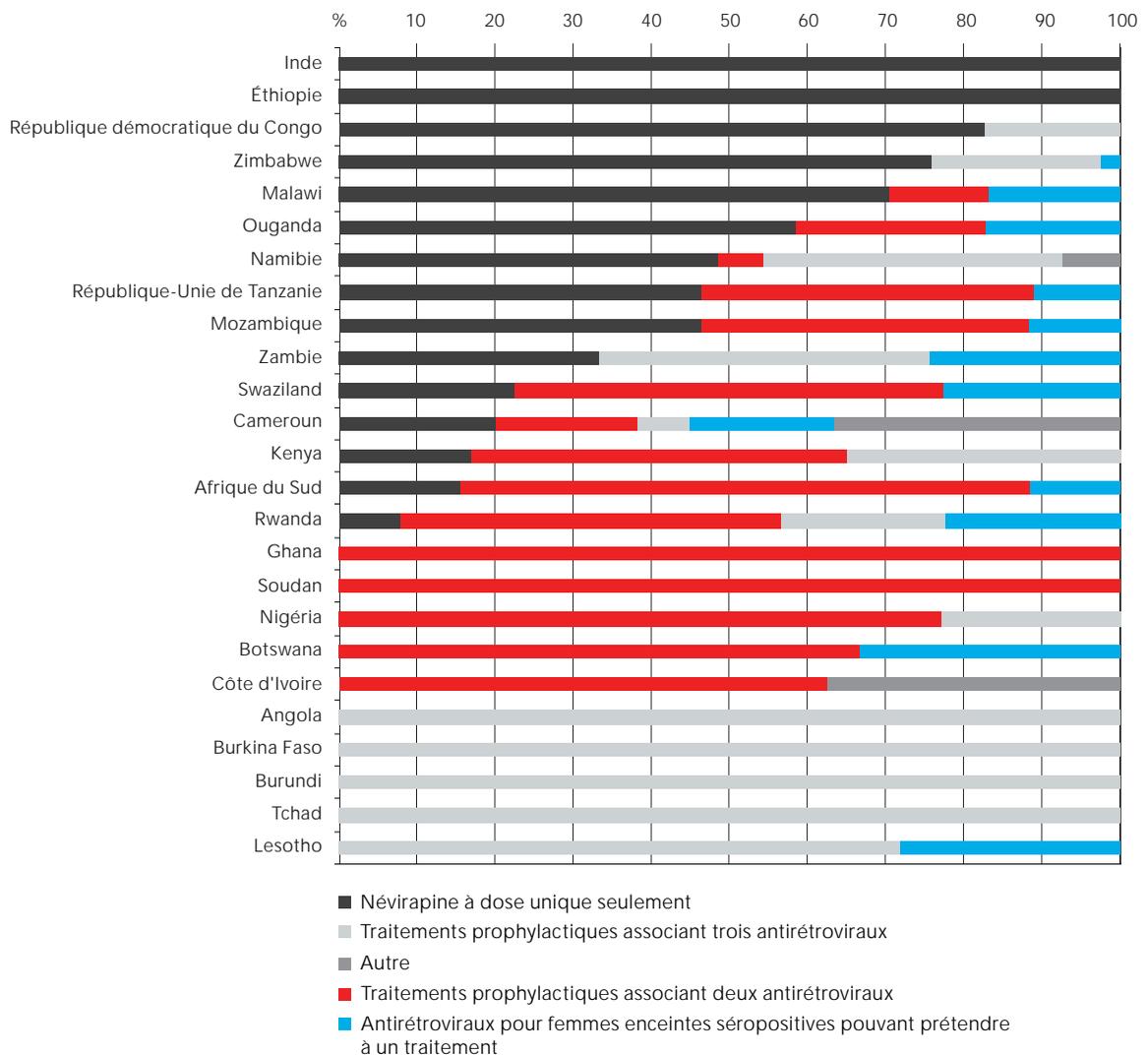
lorsque celui-ci est considéré comme l'option la plus sûre pour l'alimentation des nourrissons. De surcroît, toutes les femmes pouvant prétendre à un traitement selon les directives OMS devraient recevoir une association d'antirétroviraux appropriée pour préserver leur santé.

Dans les 59 pays à revenu faible ou intermédiaire ayant fourni des données sur leurs traitements préventifs de la transmission de la mère à l'enfant, près de 30 % des femmes enceintes avaient reçu une dose unique de névirapine, tandis que 54 % avaient bénéficié d'une association d'antirétroviraux. Près de 15 % des mères avaient bénéficié d'un traitement antirétroviral suivi fondé sur les critères d'admissibilité. La figure 3.11 montre la répartition des traitements préventifs de la transmission de la mère à l'enfant en 2009 dans les 25 pays comptant le plus grand nombre de femmes enceintes séropositives. Dix de ces pays étaient passés de l'administration de doses uniques de névirapine à des associations d'antirétroviraux plus efficaces. Toutefois, en Inde, en Éthiopie, en République démocratique du Congo, au Zimbabwe et au Malawi, des doses uniques de névirapine étaient encore proposées à plus des deux tiers des femmes ayant reçu des antirétroviraux. Il est urgent dans ces pays d'adapter les traitements aux normes mondiales.

Figure 3.11

### Traitements prophylactiques pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant

Source : Rapports d'activité des pays 2010.



### De nouveaux outils pour intensifier une prévention du VIH efficace

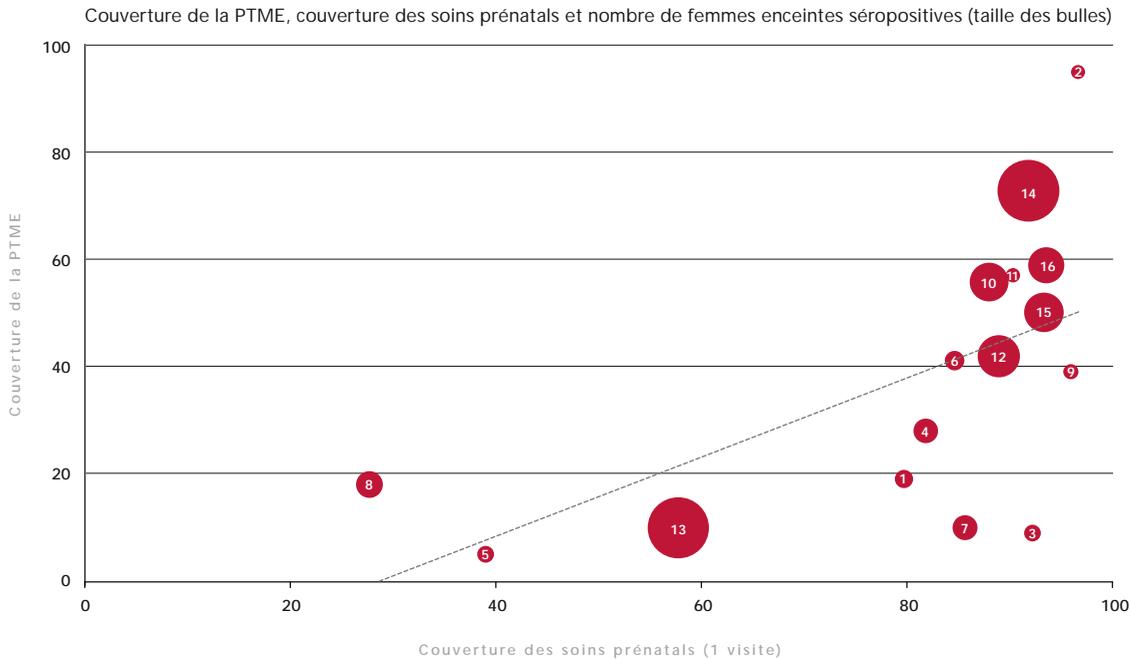
Les objectifs fixés lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (UNGASS) en 2001, qui mettent l'accent sur une meilleure information et sur le changement de comportement, restent au cœur des actions de prévention du VIH. Depuis 2001, des progrès majeurs touchant les outils et les méthodes de prévention du VIH ont été intégrés progressivement à des programmes de prévention toujours plus efficaces, notamment pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant et promouvoir la circoncision. Et les efforts accrus pour étendre l'accès au traitement antirétroviral, l'utilisation de médicaments antirétroviraux dans les microbicides et, potentiellement, les traitements antirétroviraux à visée prophylactique avant toute exposition au VIH devraient porter leurs fruits à l'avenir.

Figure 3.12

### Prévention de la transmission de la mère à l'enfant

Couverture des services de soins prénatals et des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant chez les femmes vivant avec le VIH dans les pays à forte prévalence, 2010.

Source : Division de la statistique de l'OMS et de l'ONU.



- |            |                 |               |                   |
|------------|-----------------|---------------|-------------------|
| 1 Angola   | 5 Tchad         | 9 Ghana       | 13 Nigéria        |
| 2 Botswana | 6 Côte d'Ivoire | 10 Kenya      | 14 Afrique du Sud |
| 3 Burundi  | 7 RD Congo      | 11 Lesotho    | 15 Ouganda        |
| 4 Cameroun | 8 Éthiopie      | 12 Mozambique | 16 Zambie         |

### Circoncision

Trois essais cliniques ont montré que la circoncision des hommes adultes réduisait sensiblement le risque, chez les hommes séronégatifs, d'acquérir le VIH auprès d'une partenaire sexuelle infectée. L'ONUSIDA et l'ONU ont recommandé l'intensification de la circoncision dans les régions où la prévalence du VIH est élevée et la circoncision peu répandue. L'examen de l'intensification de la circoncision des hommes adultes dans neuf pays d'Afrique australe et orientale témoigne d'un déploiement notable dans la province de Nyanza au Kenya et d'un apport très enrichissant en termes d'expérience dans d'autres zones (Tableau 3.2).

### Microbicides

Les récents résultats prometteurs d'un gel à base de ténofovir ont suscité l'espoir d'une nouvelle option de prévention contrôlée par les femmes qui serait bientôt opérationnelle. Une étude de preuve de concept de référence du Centre sud-africain pour la recherche sur le sida (CAPRISA) (34) a établi que ce gel microbicide réduisait l'infec-

Tableau 3.2

### Intensification de la circoncision

Récente intensification de la circoncision des hommes adultes dans neuf pays.

Source : Rapports et présentations sur les réunions [site web]. Durham, NC, Clearinghouse on Male Circumcision for HIV Prevention, 2010.

	Nombre d'hommes circoncis	Période	Nombre de sites mis en place
<b>BOTSWANA</b>	6 180	avril 2009 – mars 2010	35
<b>KENYA</b>	91 300 (90 000 dans la seule province de Nyanza)	2009 – juin 2010	
<b>NAMIBIE</b>	350	septembre 2009 – juin 2010	3
<b>RWANDA</b>	542	octobre 2009 – avril 2010	9
<b>SWAZILAND</b>	10 000	2008 – juin 2010	
<b>UGANDA</b>	5 340	octobre 2008 – mars 2010	
<b>RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE</b>	4 700	septembre 2009 – mai 2010	3
<b>ZAMBIE</b>	9 906 10 000 9 179	janvier – juin 2010 2009 2007 – 2008	56
<b>ZIMBABWE</b>	6 070	mai 2009 – avril 2010	5

tion à VIH de 39 % et l'infection par le virus herpes simplex de type 2 de 51 %, et qu'il était à la fois sûr et adapté lorsqu'il était utilisé une fois par les femmes de 18 à 40 ans dans les 12 heures précédant un rapport sexuel et une fois dans les 12 heures suivant ce rapport.

Poursuivre dans cette voie, en se fondant sur ces données, et mettre un gel à base de ténofovir sûr et efficace à la disposition des femmes qui le souhaitent nécessitera de procéder rapidement à de nouveaux essais pour confirmer les résultats, d'identifier les conditions à remplir pour obtenir l'approbation, par les autorités de réglementation pharmaceutique, de cette nouvelle indication pour le ténofovir, de conduire les recherches nécessaires pour déterminer comment fournir durablement les produits à utiliser avec les programmes de prévention associés, de déterminer la fréquence de dépistage du VIH nécessaire pour garantir une utilisation sûre de ce gel microbicide et d'accélérer les études pour établir si le produit est sûr et efficace pour les femmes de moins de 18 ans et les femmes enceintes. ■

**« LES RÉCENTS RÉSULTATS PROMETTEURS D'UN GEL À BASE DE TÉNOFOVIR ONT SUSCITÉ L'ESPOIR D'UNE NOUVELLE OPTION DE PRÉVENTION CONTRÔLÉE PAR LES FEMMES QUI SERAIT BIENTÔT OPÉRATIONNELLE. »**

3

---

## CONTINUUM DU TRAITEMENT ET DE LA PRÉVENTION DU VIH

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida en 2001, l'accès au traitement antirétroviral dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en était à ses débuts. Cinq ans plus tard, tous les Etats Membres soutenaient les objectifs d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. Cet engagement s'appuyait sur les expériences concluantes de divers pays pour accélérer l'accès au traitement du VIH.

Le traitement antirétroviral remplit à l'évidence plusieurs fonctions cruciales dans la riposte au VIH. Cela est d'autant plus vrai lorsque la prévention et le traitement interagissent en synergie, par exemple dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la prophylaxie post-exposition et les bénéfices d'une réduction de la charge virale au niveau des personnes et de la population pour réduire la transmission ultérieure du VIH. Des essais sont également en cours pour étudier le rôle des ARV dans la prophylaxie post-exposition.

Des efforts concertés pour réduire l'écart entre les besoins de traitement et l'accès au traitement en matière de VIH maximiseront le potentiel de la thérapie antirétrovirale pour contribuer aux bénéfices secondaires de la prévention du VIH au niveau des individus, des familles et des populations. Ces bénéfices seront atteints lorsque le traitement antirétroviral touchera chaque personne en attente de traitement et que les personnes vivant avec le VIH seront en mesure d'élaborer des programmes de prévention du VIH dans un cadre de santé, de dignité et de prévention positives.

Le traitement n'est pas une solution miracle qui stopperait l'épidémie (35) mais la thérapie antirétrovirale en tant qu'élément d'une association de programmes de prévention du VIH pourrait avoir des bénéfices secondaires considérables et supérieurs à ceux des programmes de prévention n'incluant pas un accès élargi au traitement (Figure 3.12). Le plan d'action pour élaborer des ripostes plus percutantes en matière de prévention et de traitement requiert :

- des services de santé non stigmatisants ;
- des systèmes d'orientation-recours efficaces couvrant les services d'appui social et comportemental pour le VIH, la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles ;
- un investissement accru dans les capacités des personnes vivant avec le VIH et les principales communautés affectées pour qu'elles s'organisent et se responsabilisent ; et
- la communication sur le changement social et comportemental à l'égard des risques et du traitement.



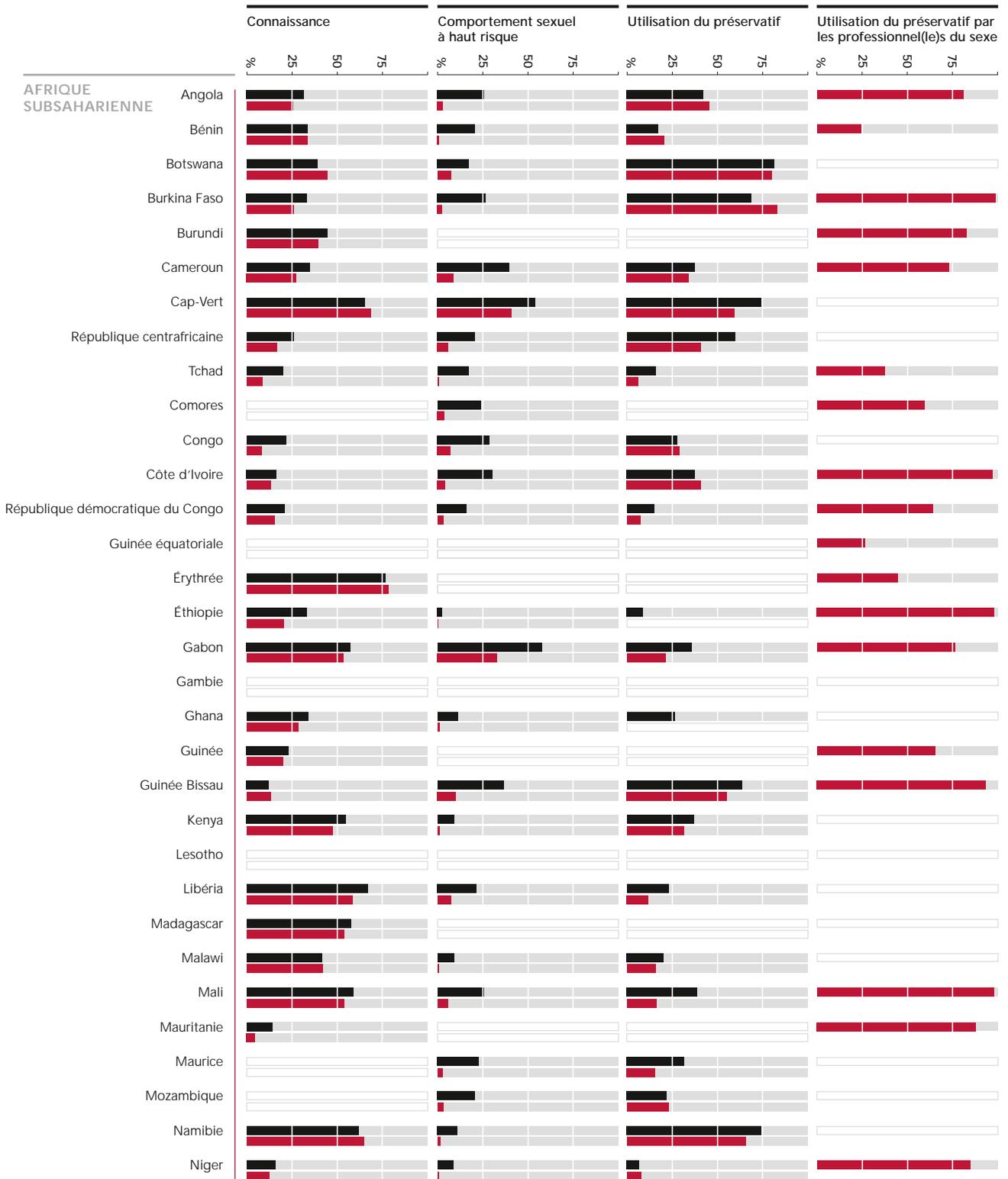
---

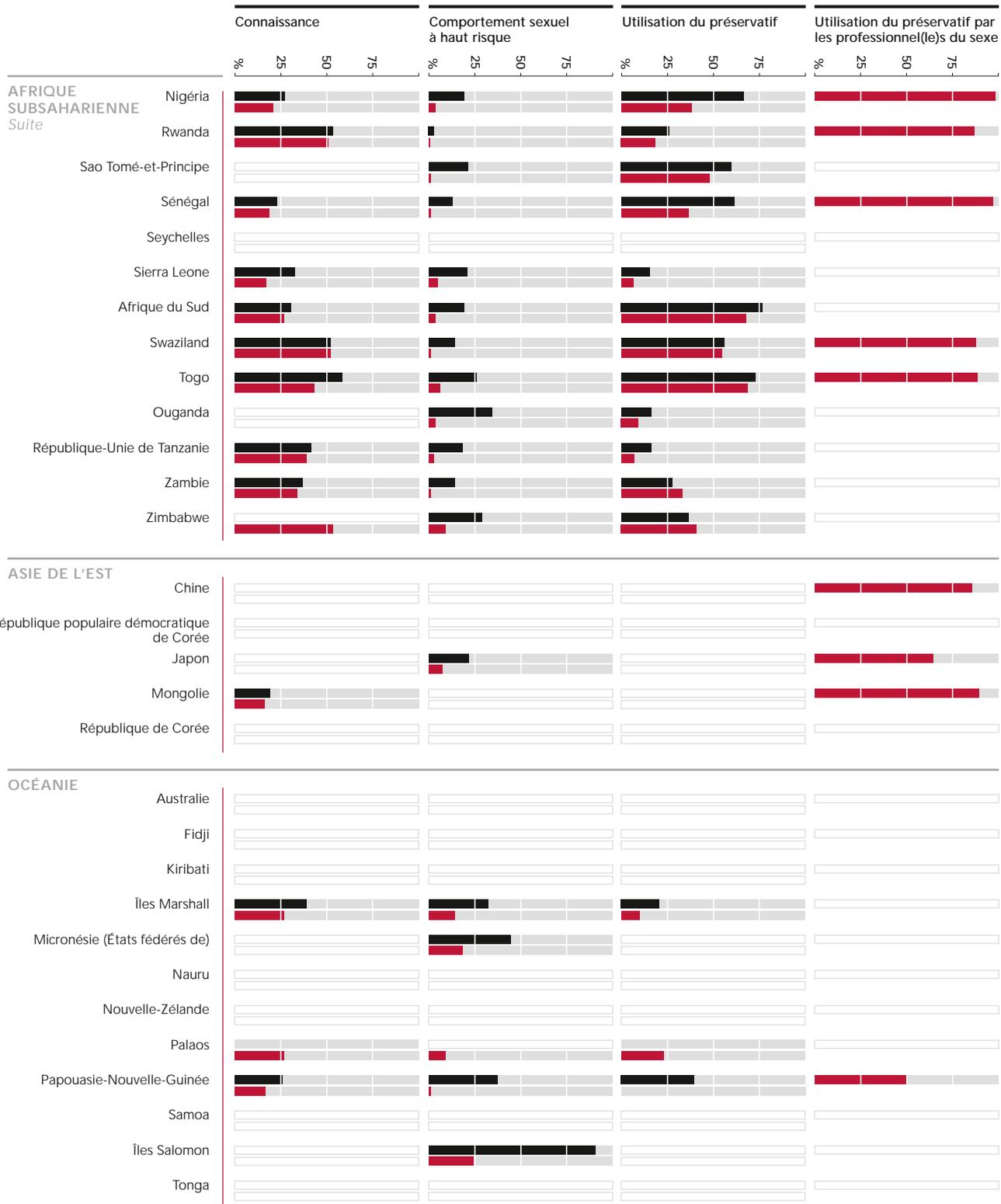
## MESURES À PRENDRE

- Il convient d'intensifier rapidement les programmes de prévention du VIH afin de modifier la trajectoire de l'épidémie.
  - Les investissements dans les programmes de prévention du VIH sont insuffisants et devraient augmenter. Les programmes nationaux devraient s'assurer que les investissements tiennent compte des schémas épidémiques pour toucher en priorité les populations qui en ont le plus besoin.
  - Les programmes de prévention du VIH doivent inclure une combinaison d'actions comportementales, biomédicales et structurelles, qu'il conviendrait de mener en synergie.
  - Les programmes de prévention du VIH devraient atteindre les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients, les personnes transsexuelles et les consommateurs de drogues injectables. Il convient également de coordonner les activités de changement de comportement et de promotion du préservatif.
  - La quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est possible. Les progrès réalisés actuellement pour stopper les nouvelles infections chez les enfants doivent être accélérés en intégrant des services sur les lieux de soins prénatals.
  - Les nouvelles méthodes de prévention du VIH comme la circoncision doivent être intensifiées dans les pays à épidémie généralisée.
  - Les résultats de l'essai d'un gel microbicide par le centre CAPRISA suscitent l'espoir d'une option de prévention du VIH initiée et contrôlée par les femmes. La communauté internationale doit s'impliquer inconditionnellement dans les prochaines étapes qui permettront de confirmer ces résultats au plus tôt.
-

# FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

■ Hommes  
■ Femmes  
□ Aucune donnée disponible

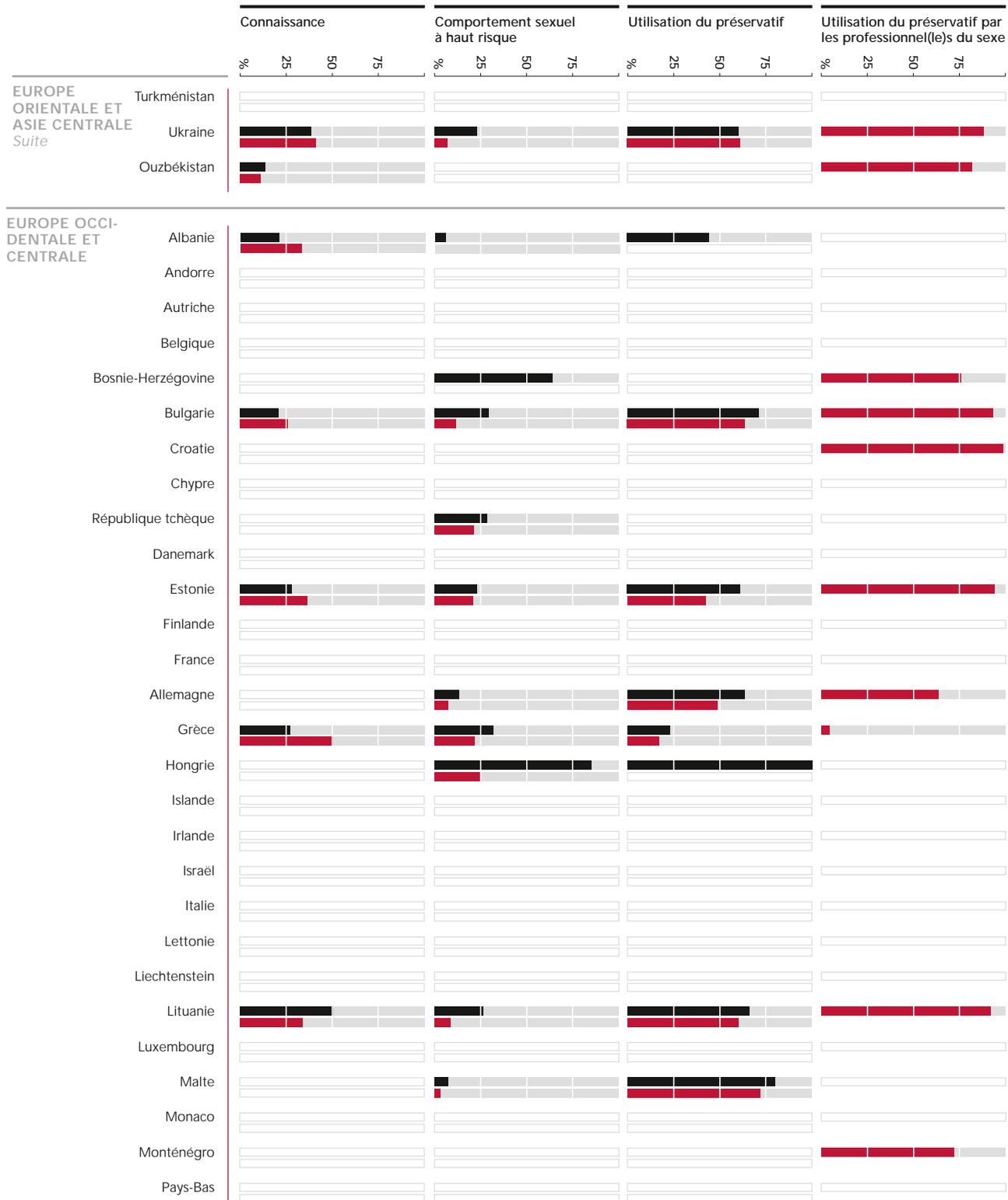




## FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

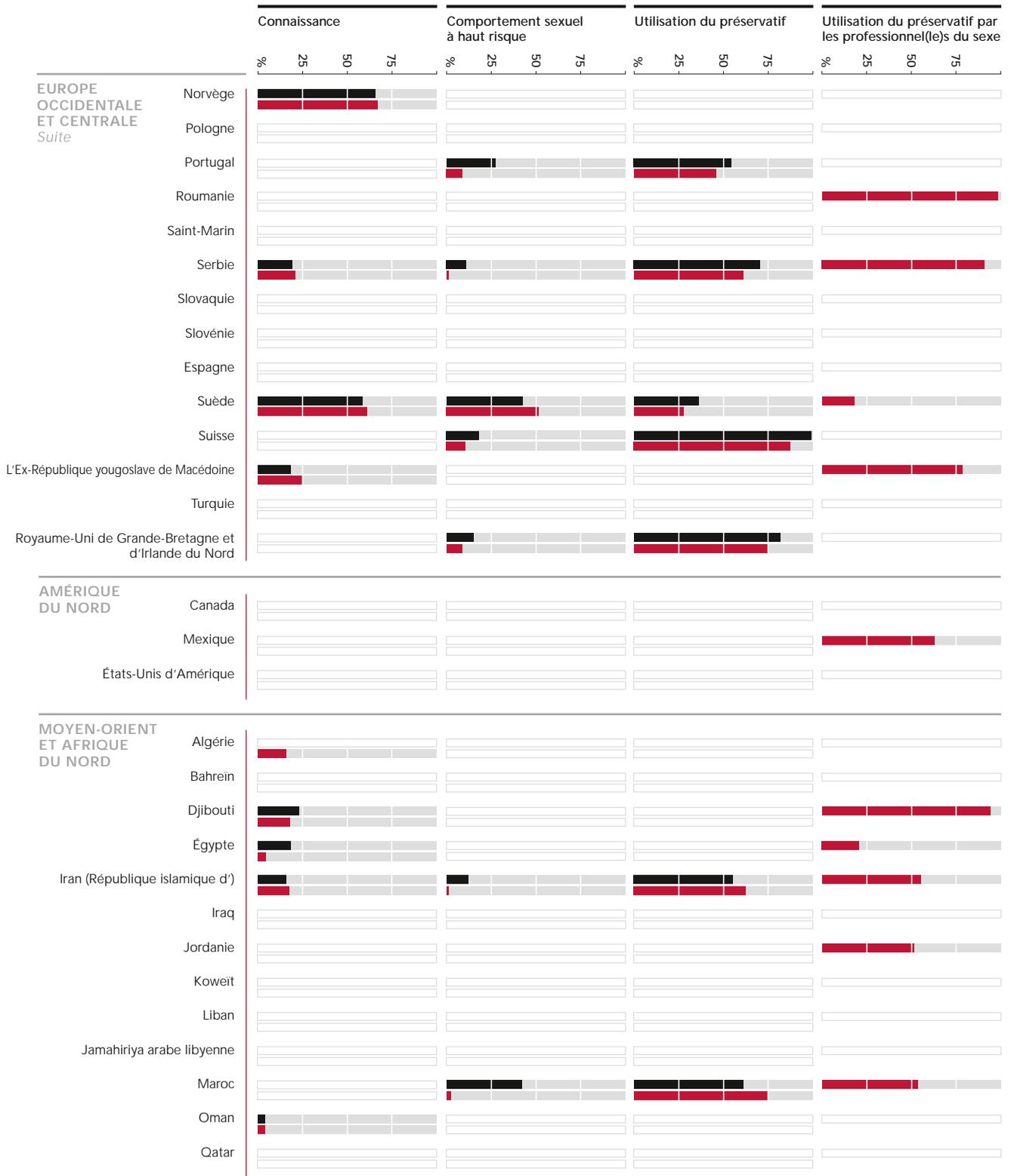
■ Hommes  
■ Femmes  
□ Aucune donnée disponible

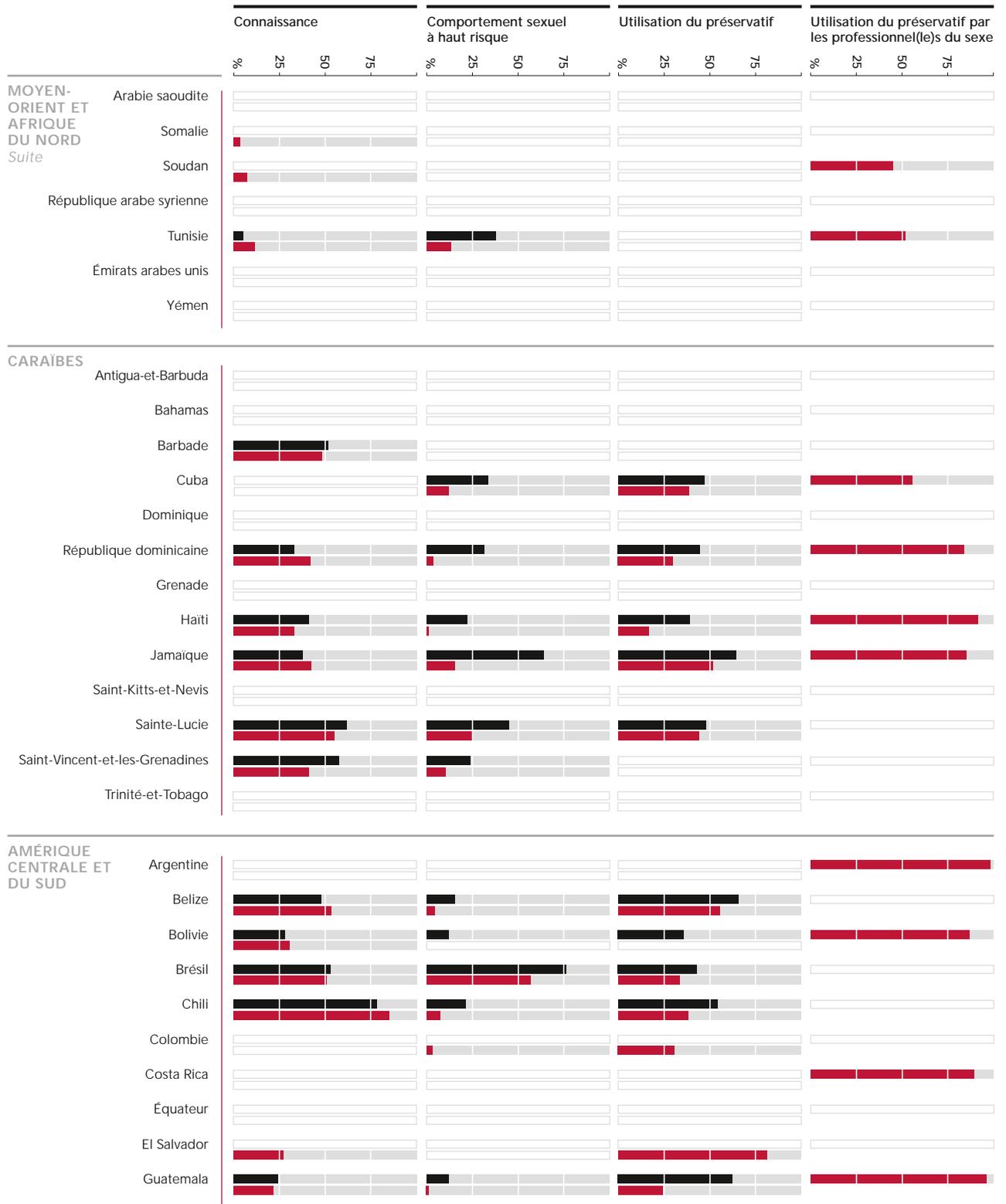




## FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

■ Hommes  
■ Femmes  
□ Aucune donnée disponible





## FEUILLE DE RÉSULTATS : PRÉVENTION DU VIH

■ Hommes  
 ■ Femmes  
 □ Aucune donnée disponible

