

***Atteindre l'Objectif Zéro :***

***Une riposte***

***plus rapide***

***plus intelligente***

***plus efficace***

**0**

**ZÉRO NOUVELLE INFECTION À VIH.  
ZÉRO DISCRIMINATION.  
ZÉRO DÉCÈS LIÉ AU SIDA.**

JOURNEE MONDIALE SIDA | 2011 **RAPPORT ONUSIDA**

**L'ONUSIDA A ÉLABORÉ UN NOUVEAU  
CADRE D'INVESTISSEMENT POUR LA LUTTE  
CONTRE LE SIDA, AXÉ SUR DES STRATÉGIES  
À FORTE VALEUR ET À FORT IMPACT.**

<sup>05</sup> ***Avant-propos***

<sup>06</sup> ***La situation aujourd'hui***

***Atteindre l'Objectif Zéro :***

***Une riposte***

<sup>12</sup> ***plus rapide***

<sup>24</sup> ***plus intelligente***

<sup>36</sup> ***plus efficace***



## TRANSFORMER LA RIPOSTE

Nous sommes à l'aube d'une avancée significative dans la riposte au sida. La vision d'un monde affranchi de toute nouvelle infection à VIH, de toute discrimination et de tout décès lié au sida a capté l'imagination des différents partenaires, des intervenants et des personnes vivant avec le VIH ou concernées par ce fléau. Le nombre de nouvelles infections à VIH continue de diminuer et de plus en plus de personnes entament un traitement. La recherche nous donnant des preuves solides que la thérapie antirétrovirale peut prévenir de nouvelles infections à VIH, il est encourageant de constater que 6,6 millions de personnes bénéficient maintenant d'un traitement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit près de la moitié des personnes éligibles.

Il y a quelques années seulement, il paraissait fantaisiste d'annoncer la fin de l'épidémie de sida à court terme, mais la science, l'appui politique et la riposte communautaire commencent à produire des résultats certains et tangibles.

Cependant, pour gagner en efficacité, la riposte au sida doit évoluer. Nous devons passer d'une approche fragmentée à court terme à une riposte stratégique à long terme accompagnée d'investissements qui soient à la hauteur. Le plan d'action pour réaliser cette vision est clair. L'Assemblée générale des Nations Unies a fixé de nouvelles cibles dans son document historique de 2011 intitulé *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*, en mettant l'accent sur des objectifs clairs et assortis de délais, visant à mettre un terme au VIH mais aussi à améliorer la santé des hommes au sein des diverses communautés.

Pour atteindre ces objectifs et apercevoir le bout du tunnel, il faut donner un coup d'accélérateur. Associé à ses partenaires, l'ONUSIDA a élaboré un nouveau cadre d'investissement contre le sida, axé sur des stratégies à forte valeur et à fort impact.

Le monde ne peut se montrer à la hauteur des objectifs et de l'esprit de la Déclaration politique que si les pays et les donateurs s'engagent à utiliser les outils disponibles, en les axant sur les programmes les plus efficaces et en investissant en proportion.



Michel Sidibé  
Directeur exécutif de l'ONUSIDA  
Secrétaire général adjoint des Nations Unies

# > La situation aujourd'hui.

# 21%

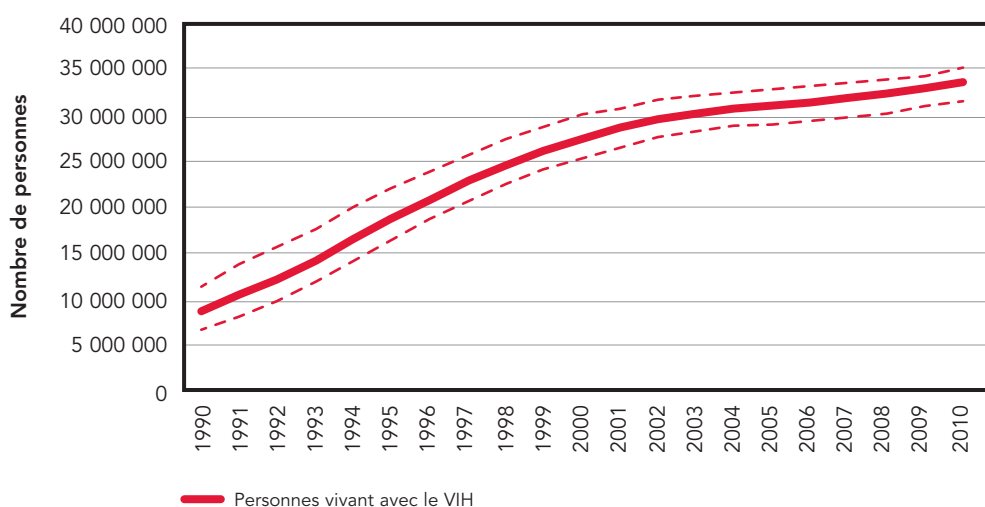
Le taux annuel de nouvelles infections à VIH a chuté de 21 % entre 1997 et 2010.

## L'ÉTAT DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Le nombre de personnes vivant avec le VIH n'a jamais été aussi important, principalement en raison d'un meilleur accès aux traitements.

Fin 2010, on estimait à 34 millions [31,6-35,2 millions] le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, soit une hausse de 17 % par rapport à 2001. Cela reflète un nombre important et continu de nouvelles infections à VIH et une expansion significative de l'accès au traitement antirétroviral, qui a contribué à réduire les décès liés au sida, notamment au cours des dernières années.

## PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH



— Personnes vivant avec le VIH

Le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a chuté à 1,8 million [1,6-1,9 million] en 2010, contre un pic de 2,2 millions [2,1-2,5 millions] au milieu des années 2000. Au total, 2,5 millions de décès ont été évités dans les pays à revenu faible et intermédiaire depuis 1995 grâce à l'introduction de la thérapie antirétrovirale, selon les derniers calculs de l'ONUSIDA. Une grande partie de ce succès a été enregistrée ces deux dernières années grâce à l'amélioration rapide de l'accès aux traitements. Durant la seule année 2010, 700 000 décès liés au sida ont pu être évités.

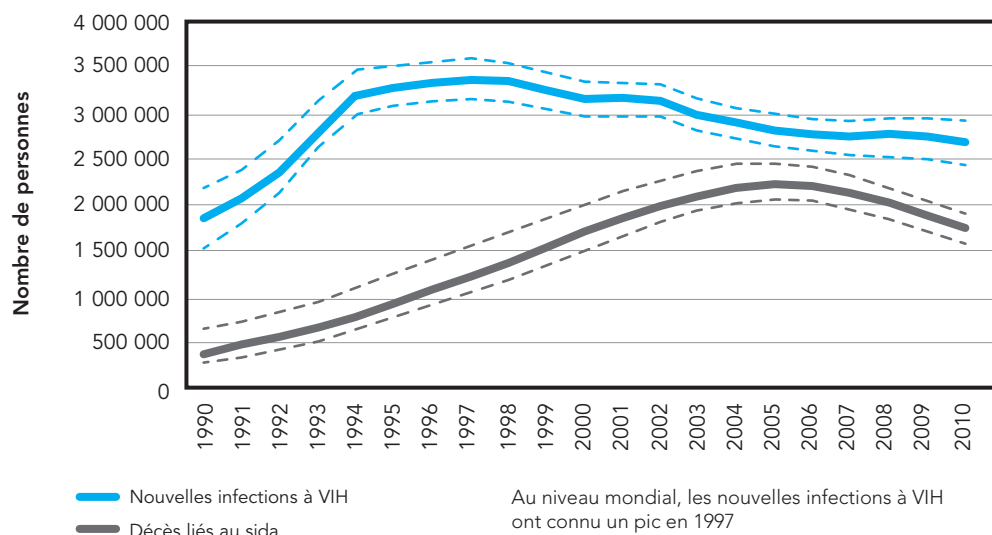
À l'échelle mondiale, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH reste stable à 50 %, bien qu'elles soient plus touchées en Afrique subsaharienne (59 %) et dans les Caraïbes (53 %).



On estime à 2,7 millions [2,4-2,9 millions] le nombre de nouvelles infections à VIH en 2010, dont 390 000 enfants [340 000-450 000]. C'était 15 % de moins qu'en 2001 et 21 % de moins que lors du pic de l'épidémie en 1997.

Le nombre de personnes nouvellement infectées par le VIH continue de baisser, dans certains pays plus rapidement que dans d'autres. L'incidence du VIH a chuté dans 33 pays, dont 22 pays d'Afrique subsaharienne, la région la plus touchée par l'épidémie.

## NOUVELLES INFECTIONS À VIH ET DÉCÈS LIÉS AU SIDA



### Afrique subsaharienne

L'Afrique subsaharienne reste la région la plus durement touchée par le VIH. En 2010, près de 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH résidaient en Afrique subsaharienne, une région qui ne représente que 12 % de la population mondiale. L'Afrique subsaharienne était également à l'origine de 70 % des nouvelles infections en 2010, bien qu'on ait enregistré une baisse notable de ce taux dans cette partie du monde. Les plus mauvais scores continuent d'être enregistrés en Afrique australe, l'Afrique du Sud comptant plus de personnes vivant avec le VIH (environ 5,6 millions) que tout autre pays au monde.

Depuis 1998, le sida a fauché un million de vies au moins par an en Afrique subsaharienne. Mais les décès diminuent toutefois régulièrement depuis cette date car l'accès aux traitements antirétroviraux gratuits s'est généralisé dans la région. En 2010, près de la moitié des décès liés au sida se sont produits en Afrique australe.

Le nombre total de nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne a chuté de plus de 26 %, pour atteindre 1,9 million [1,7-2,1 millions] contre 2,6 millions [2,4-2,8 millions] lors du pic de l'épidémie en 1997. Dans 22 pays d'Afrique subsaharienne, la recherche montre que l'incidence du VIH a diminué de plus de 25 % entre 2001 et 2009. Cela comprend certains des pays les plus touchés par l'épidémie au niveau mondial : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Nigeria, la Zambie et le Zimbabwe. L'incidence annuelle en Afrique du Sud, bien qu'encore élevée, a chuté d'un tiers entre 2001 et 2009, passant de 2,4 % [2,1 %-2,6 %] à 1,5 % [1,3 %-1,8 %]. De même, l'épidémie au Botswana, en Namibie et en Zambie semble décliner, tandis qu'au Lesotho, au Mozambique et au Swaziland, elle semble se stabiliser bien qu'étant toujours à des niveaux élevés.

# 250 %

En Europe de l'Est et en Asie centrale, le nombre de personnes vivant avec le VIH a augmenté de 250 % entre 2001 et 2010.

## **Caraïbes**

Les Caraïbes détiennent le deuxième plus fort taux de prévalence du VIH après l'Afrique subsaharienne, même si l'épidémie a considérablement ralenti depuis le milieu des années 1990.

La région des Caraïbes a vu le nombre de nouvelles infections diminuer d'un tiers par rapport à 2001. L'incidence du VIH a chuté d'environ 25 % en République dominicaine et en Jamaïque depuis 2001, tandis qu'en Haïti, elle a baissé d'environ 12 %. Cette diminution de l'incidence du VIH et l'amélioration de l'accès aux services de prévention pour les femmes enceintes ont conduit à une forte baisse des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida chez les enfants.

Les rapports sexuels non protégés sont la principale cause de transmission du VIH dans les Caraïbes. Le nombre de personnes vivant avec le VIH a également diminué légèrement depuis le début des années 2000. L'amélioration de l'accès à la thérapie antirétrovirale a entraîné une baisse considérable de la mortalité associée au sida.

## **Asie**

Bien que le taux de prévalence du VIH soit nettement plus faible en Asie que dans d'autres régions du monde, l'importance de la population asiatique fait de cette partie du monde la deuxième région la plus touchée en valeur absolue.

En Asie du Sud et du Sud-Est, on estime à 270 000 [230 000-340 000] le nombre de nouvelles infections en 2010, soit 40 % de moins que lors du pic de l'épidémie, en 1996. En Inde, pays comptant le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH dans la région, le nombre de nouvelles infections a chuté de 56 %.

La prévalence du VIH parmi les populations à plus haut risque – principalement les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – est élevée dans plusieurs pays asiatiques, bien qu'au fil du temps le virus ait tendance à se propager à d'autres populations. Les tendances générales dans cette région cachent des écarts épidémiologiques importants, aussi bien entre différents pays qu'au sein d'un même pays. Dans de nombreux pays asiatiques, les épidémies nationales sont concentrées dans quelques provinces. En Chine, par exemple, cinq provinces regroupent à elles seules 53 % des personnes vivant avec le VIH<sup>1</sup>, tandis qu'en Indonésie, une part disproportionnée des personnes touchées vit dans les provinces de Papouasie et de Papouasie occidentale<sup>2</sup>.

## **Europe de l'Est et Asie centrale**

L'Europe de l'Est et l'Asie centrale ont connu une forte augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH, soit 250 % entre 2001 et 2010. La Fédération de Russie et l'Ukraine représentent près de 90 % de l'épidémie affectant l'Europe de l'Est et l'Asie centrale. La consommation de drogues injectables demeure la principale cause d'infection dans cette région, bien que la transmission ait également très souvent lieu aux dépens des partenaires sexuels de ces consommateurs de drogues.

Rien ne semble indiquer que l'épidémie se soit stabilisée dans la région car les nouvelles infections et décès liés au sida continuent d'augmenter. Après un ralentissement au début des années 2000, l'incidence du VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale connaît une nouvelle accélération depuis 2008.

Contrairement à la plupart des autres régions, les décès liés au sida continuent d'augmenter en Europe de l'Est et en Asie centrale.

## **Moyen-Orient et Afrique du Nord**

Les tendances au Moyen-Orient et en Afrique du Nord varient : l'incidence, la prévalence et les décès liés au sida sont en augmentation dans certains pays tandis que dans d'autres, l'épidémie reste stable. Globalement, la prévalence du VIH dans la région est faible, sauf à Djibouti et au Soudan du Sud, où l'épidémie se généralise.

## **Amérique latine**

En Amérique latine, l'épidémie de VIH est généralement stable. Après une diminution annuelle régulière des nouvelles infections depuis 1996, le phénomène a ralenti dans les années 2000, puis s'est stabilisé à 100 000 [73 000-135 000] nouveaux cas chaque année.

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la région continue d'augmenter. Ce chiffre est partiellement attribuable à l'augmentation des personnes vivant avec le VIH et recevant un traitement antirétroviral, ce qui a contribué à réduire le nombre annuel de décès liés au sida. Plus d'un tiers (36 %) des adultes vivant avec le VIH dans cette région en 2010 étaient des femmes.

Le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH a diminué. Entre 2001 et 2010, le nombre de nouvelles infections à VIH et de décès liés au sida chez les enfants a considérablement réduit.

## **Océanie**

Le nombre annuel de nouvelles infections à VIH en Océanie a augmenté lentement jusqu'au début des années 2000, avant de diminuer par la suite. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans cette région était estimé à 54 000 [48 000-62 000] fin 2010, soit environ 34 % de plus que le nombre estimé en 2001. La mortalité liée au sida a considérablement diminué.

## **Amérique du Nord, Europe centrale et occidentale**

L'épidémie de VIH reste obstinément stable en Amérique du Nord ainsi qu'en Europe centrale et occidentale, malgré l'accès universel au traitement, aux soins et au soutien, et malgré la prise de conscience généralisée de l'épidémie et des causes de l'infection à VIH. L'incidence du VIH a peu évolué depuis 2004.

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique du Nord, en Europe centrale et en Europe occidentale est estimé à 2,2 millions [1,9-2,7 millions] en 2010, soit environ un tiers (34 %) de plus qu'en 2001. Plus de la moitié de ces personnes (environ 1,2 million) vivent aux États-Unis.

Le nombre croissant de personnes vivant avec le VIH reflète la disponibilité à grande échelle du traitement antirétroviral, notamment dans les pays les plus affectés, ce qui a considérablement réduit la mortalité liée au sida. Le nombre de décès liés au sida a peu varié depuis 2000, malgré l'augmentation de 34 % du nombre de personnes vivant avec le VIH.

Les tendances récentes varient dans cette partie du monde. Le nombre de cas de VIH diagnostiqués a doublé entre 2000 et 2009 en Bulgarie, en Hongrie, en Lituanie, en République tchèque, en Slovaquie et en Slovénie. Ce taux a également augmenté de plus de 50 % en Allemagne et au Royaume-Uni. En revanche, le nombre des nouvelles infections à VIH a diminué de plus de 20 % en Lettonie, au Portugal et en Roumanie<sup>3</sup>.

## Statistiques régionales VIH/sida, 2010 et 2001

Estimations régionales des enfants et adultes nouvellement infectés à VIH, des personnes vivant avec le VIH et des décès liés au VIH.

		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez les adultes (%)	Décès dus au sida chez les enfants et les adultes	Prévalence chez les jeunes (15-24 ans, %)	
						Homme	Femme
<b>AFRIQUE SUBSAHARIENNE</b>	2010	22,9 millions [21,6–24,1 millions]	1,9 million [1,7–2,1 millions]	5,0 [4,7–5,2]	1,2 million [1,1–1,4 million]	1,4 [1,1–1,8]	3,3 [2,7–4,2]
	2001	20,5 millions [19,1–22,2 millions]	2,2 millions [2,1–2,4 millions]	5,9 [5,6–6,4]	1,4 million [1,3–1,6 million]	2,0 [1,6–2,7]	5,2 [4,3–6,8]
<b>MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD</b>	2010	470 000 [350 000–570 000]	59 000 [40 000–73 000]	0,2 [0,2–0,3]	35 000 [25 000–42 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	320 000 [190 000–450 000]	43 000 [31 000–57 000]	0,2 [0,1–0,3]	22 000 [9700–38 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [0,1–0,2]
<b>ASIE DU SUD ET DU SUD-EST</b>	2010	4,0 millions [3,6–4,5 millions]	270 000 [230 000–340 000]	0,3 [0,3–0,3]	250 000 [210 000–280 000]	0,1 [0,1–0,2]	0,1 [0,1–0,1]
	2001	3,8 millions [3,4–4,2 millions]	380 000 [340 000–420 000]	0,3 [0,3–0,4]	230 000 [200 000–280 000]	0,2 [0,2–0,2]	0,2 [0,2–0,2]
<b>ASIE DE L'EST</b>	2010	790 000 [580 000–1,1 million]	88 000 [48 000–160 000]	0,1 [0,1–0,1]	56 000 [40 000–76 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]
	2001	380 000 [280 000–530 000]	74 000 [54 000–100 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	24 000 [16 000–45 000]	<0,1 [<0,1–<0,1]	<0,1 [<0,1–<0,1]
<b>OCÉANIE</b>	2010	54 000 [48 000–62 000]	3300 [2400–4200]	0,3 [0,2–0,3]	1600 [1200–2000]	0,1 [0,1–0,1]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	41 000 [34 000–50 000]	4000 [3300–4600]	0,2 [0,2–0,3]	1800 [1300–2900]	0,1 [0,1–0,2]	0,2 [0,2–0,3]
<b>AMÉRIQUE LATINE</b>	2010	1,5 million [1,2–1,7 million]	100 000 [73 000–140 000]	0,4 [0,3–0,5]	67 000 [45 000–92 000]	0,2 [0,1–0,4]	0,2 [0,1–0,2]
	2001	1,3 million [1,0–1,7 million]	99 000 [75 000–130 000]	0,4 [0,3–0,5]	83 000 [50 000–130 000]	0,2 [0,1–0,6]	0,1 [0,1–0,2]

		Adultes et enfants vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez les adultes (%)	Décès dus au sida chez les enfants et les adultes	Prévalence chez les jeunes (15-24 ans, %)	
						Homme	Femme
<b>CARAÏBES</b>	2010	200 000 [170 000–220 000]	12 000 [9400–17 000]	0,9 [0,8–1,0]	9000 [6900–12 000]	0,2 [0,2–0,5]	0,5 [0,3–0,7]
	2001	210 000 [170 000–240 000]	19 000 [16 000–22 000]	1,0 [0,9–1,2]	18 000 [14 000–22 000]	0,4 [0,2–0,8]	0,8 [0,6–1,1]
<b>EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE</b>	2010	1,5 million [1,3–1,7 million]	160 000 [110 000–200 000]	0,9 [0,8–1,1]	90 000 [74 000–110 000]	0,6 [0,5–0,8]	0,5 [0,4–0,7]
	2001	410 000 [340 000–490 000]	210 000 [170 000–240 000]	0,3 [0,2–0,3]	7800 [6000–11 000]	0,3 [0,2–0,3]	0,2 [0,1–0,2]
<b>EUROPE CENTRALE OCCIDENTALE</b>	2010	840 000 [770 000–930 000]	30 000 [22 000–39 000]	0,2 [0,2–0,2]	9900 [8900–11 000]	0,1 [0,1–0,1]	0,1 [<0,1–0,1]
	2001	630 000 [580 000–690 000]	30 000 [26 000–34 000]	0,2 [0,2–0,2]	10 000 [9500–11 000]	0,1 [0,1–0,1]	0,1 [0,1–0,1]
<b>AMÉRIQUE DU NORD</b>	2010	1,3 million [1,0–1,9 million]	58 000 [24 000–130 000]	0,6 [0,5–0,9]	20 000 [16 000–27 000]	0,3 [0,2–0,6]	0,2 [0,1–0,4]
	2001	980 000 [780 000–1,2 million]	49 000 [34 000–70 000]	0,5 [0,4–0,7]	19 000 [15 000–24 000]	0,3 [0,2–0,4]	0,2 [0,1–0,3]
<b>TOTAL</b>	2010	34,0 millions [31,6–35,2 millions]	2,7 millions [2,4–2,9 millions]	0,8 [0,8–0,8]	1,8 million [1,6–1,9 million]	0,3 [0,3–0,3]	0,6 [0,5–0,6]
	2001	28,6 millions [26,7–30,9 millions]	3,1 millions [3,0–3,3 millions]	0,8 [0,7–0,8]	1,9 million [1,7–2,2 million]	0,4 [0,4–0,4]	0,8 [0,7–0,8]

## Méthodologie

En collaboration avec les pays partenaires, l'ONUSIDA a utilisé le logiciel Spectrum pour calculer les estimations épidémiologiques des pays et régions cités dans ce rapport. Spectrum intègre toutes les données pertinentes et disponibles, notamment : les études sur les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales, les enquêtes démographiques (menées auprès des ménages), la surveillance sentinelle chez les populations à haut risque d'infection par le VIH, le signalement des cas, les données démographiques et l'information sur les programmes de traitement antirétroviral et les programmes de prévention de la transmission mère-enfant. En prenant ces diverses sources d'information en compte, Spectrum génère des estimations sur les nouvelles infections à VIH, le nombre de personnes (adultes et enfants) vivant avec le VIH, le nombre de personnes éligibles aux traitements antirétroviraux et aux services de prévention de la transmission mère-enfant et le nombre de décès liés au sida.

Ces nouvelles estimations du VIH (notamment les estimations pour les années précédentes) remplacent celles précédemment publiées et ne doivent pas être comparées aux rapports antérieurs. Les estimations précédemment publiées par l'ONUSIDA pour l'Amérique latine n'incluaient pas le Mexique, qui est maintenant inclus dans cette région.





**> Plus rapide.  
Plus intelligente.  
Plus efficace.**



# > Une riposte plus rapide.

---

# 20%

La couverture antirétrovirale a augmenté de 20 % en Afrique subsaharienne entre 2009 et 2010.

## Accélérer le fléchissement de l'épidémie

Le monde est face à un choix très clair : maintenir les efforts actuels et obtenir des progrès graduels ou investir intelligemment et gagner rapidement en efficacité dans la riposte au sida.

La riposte mondiale sans précédent des dix dernières années a déjà amorcé la régression de l'épidémie. Le taux de nouvelles infections à VIH a chuté. Le nombre de décès dus à l'infection à VIH a diminué. Des financements sans précédent ont été mobilisés pour ces programmes. Des accords politiques historiques ont eu des conséquences probantes sur l'épidémie de sida, notamment la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 et la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006, qui ont soutenu l'objectif d'accès universel à la prévention et au traitement du VIH, aux soins, ainsi qu'au soutien liés au VIH.

Il y a environ dix ans, lorsque les dirigeants du monde se sont rassemblés à New York lors de la séance spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida, convoquée pour la première fois autour d'une question de santé, seuls trois pays, le Sénégal, la Thaïlande et l'Ouganda, se sont distingués pour avoir organisé une riposte efficace contre le VIH. Aujourd'hui, presque tous les pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Amérique latine sont fiers de leur réussite. Toutes ces vies ont été sauvées parce que l'on a stoppé de nouvelles infections à VIH et évité des décès liés au sida. En dix années, l'implication des dirigeants politiques, l'évolution sociale, l'innovation et l'apport rapide de nouvelles ressources ont transformé la riposte au sida en une réussite emplie d'espoir pour la santé mondiale. La riposte au sida a ravivé l'intérêt pour la santé mondiale et affiche désormais les couleurs de l'espoir, de la résistance, du courage et des responsabilités.

## LE CHANGEMENT DES COMPORTEMENTS EMPÊCHENT DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH, NOTAMMENT PARMIS LES JEUNES

La diminution des nouvelles infections à VIH à travers le monde résulte du changement des comportements des jeunes, des professionnels du sexe et de leurs clients, des consommateurs de drogues injectables, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transsexuelles. L'accès aux services de prévention du VIH a permis aux individus et aux communautés d'agir sérieusement contre la maladie.

Dans de nombreux pays où l'épidémie s'est généralisée, une combinaison de changements des comportements, dont la diminution du nombre de partenaires sexuels, l'utilisation plus fréquente du préservatif et l'âge plus tardif du premier rapport sexuel, a réduit le nombre de nouvelles infections (incidence). L'incidence du VIH dans les zones urbaines du Zimbabwe est passée de très élevée, près de 6 % en 1991, à moins de 1 %, en 2010.<sup>4</sup>



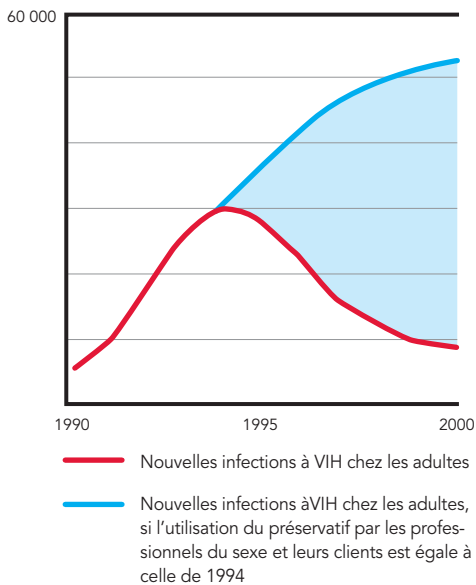


**LE MONDE EST FACE À UN CHOIX TRÈS CLAIR :  
MAINTENIR LES EFFORTS ACTUELS ET OBTENIR  
DES PROGRÈS GRADUELS OU INVESTIR  
INTELLIGEMMENT ET GAGNER RAPIDEMENT EN  
EFFICACITÉ DANS LA RIPOSTE AU SIDA.**

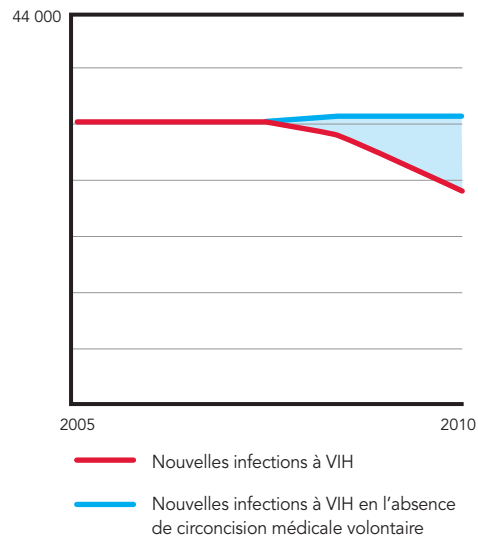
## Tendances des nouvelles infections à VIH

Tendance des nouvelles infections à VIH, comparées aux estimations si des changements majeurs n'étaient pas survenus

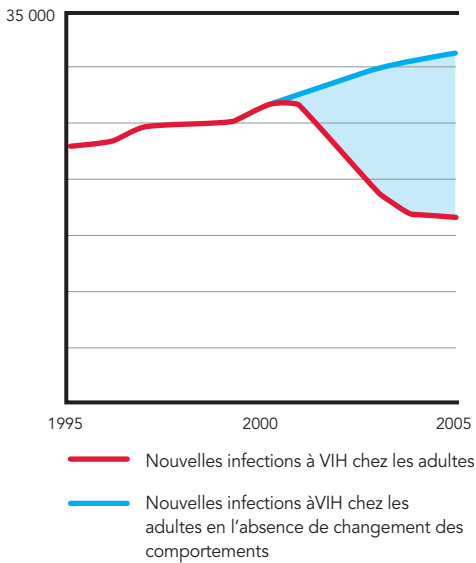
### CAMBODGE



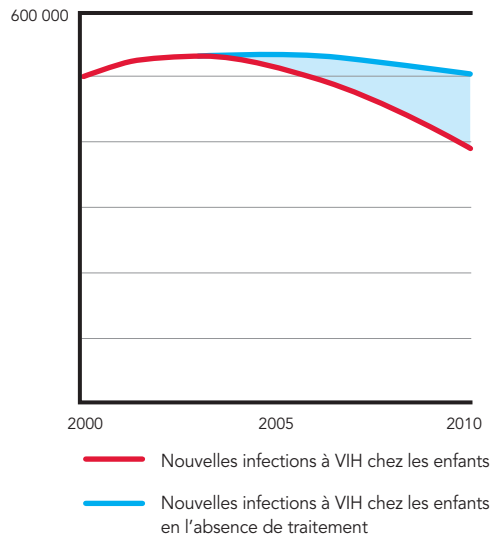
### PROVINCE DE NYANZA, KENYA



### MALAWI zones urbaines



### NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS DANS LE MONDE



La modélisation suggère que sans changement des comportements, l'incidence du VIH serait restée deux fois plus élevée qu'aujourd'hui, soit 35 000 nouvelles infections annuelles. Les zones urbaines du Malawi connaissent une situation similaire. Faut de changements des comportements sexuels, le taux de nouvelles infections à VIH se serait stabilisé autour de 4 % annuel. Au lieu de cela, il a chuté à moins de 1 % en 2010, soit 15 000 nouvelles infections évitées, chaque année.<sup>5</sup>

Une nouvelle génération de jeunes prend en main son avenir et se protège du VIH. Les tendances sont nettement encourageantes parmi les jeunes de nombreux pays où le VIH est très présent.

Le taux de prévalence du VIH a chuté parmi les jeunes (de 15 à 24 ans) dans au moins 21 pays sur 24 affichant un taux de prévalence nationale supérieur ou égal à 1 %. La chute du taux de prévalence du VIH est statistiquement significative parmi les femmes enceintes fréquentant les services de soins prénataux dans 12 de ces pays. Burkina Faso, Botswana, Congo, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Nigeria, Namibie, République unie de Tanzanie, Togo et Zimbabwe. Quatre de ces pays (Botswana, Malawi, Tanzanie et Zimbabwe) ont également connu des baisses statistiquement importantes de population, selon les résultats d'études basées sur la population (parmi les femmes au Botswana, Malawi et Zimbabwe et parmi les hommes en Tanzanie). Trois autres pays ont enregistré des baisses statistiquement significatives de population globale, mais aucune baisse importante parmi les patientes des services de soins prénataux (parmi les femmes en Zambie et parmi les hommes au Lesotho et en Afrique du Sud).

Ces baisses ont accompagné les changements encourageants de comportements sexuels chez les jeunes. Le pourcentage de jeunes hommes ayant eu plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois a chuté sensiblement dans 11 des 19 pays disposant de suffisamment de données. Le même pourcentage chez les jeunes femmes a baissé dans six pays. La proportion de jeunes, qui affirment avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel à risque, a nettement augmenté dans sept (pour les hommes) et cinq (pour les femmes) des 17 pays disposant de suffisamment de données. Le pourcentage de jeunes ayant eu des rapports sexuels avant leur 15<sup>e</sup> anniversaire a nettement baissé dans huit des 18 pays disposant de suffisamment de données.

D'importantes dimensions de changement social ont également renforcé le changement mesuré des comportements et leur incidence. Par exemple, les démarches de formation communautaires participative ont prouvé leur efficacité et fait évoluer les références de genre, y compris la violence, lorsque les programmes sur le VIH et la prévention de la violence se conjuguent à la mobilisation communautaire et invitent les hommes à remettre en cause les normes sexospécifiques néfastes. Une étude qui fait référence en Afrique du Sud a récemment suggéré que près d'une jeune femme sur sept séropositives aurait pu l'éviter, si elle n'avait pas subi de violence dans le cadre des relations intimes avec son partenaire.<sup>6</sup>

Ce changement des comportements est particulièrement visible dans les pays affichant une prévalence du VIH élevée. Pourtant des écarts existent entre ces pays, car les modèles comportementaux évoluent sans cesse, parfois vers le pire. Par exemple, au Rwanda et au Zimbabwe, la proportion de jeunes femmes ayant plusieurs partenaires a augmenté. Une tendance similaire se dessine parmi les jeunes hommes au Guyana et au Lesotho. L'utilisation du préservatif en Ouganda et au Zimbabwe semble décroître. La proportion de jeunes ayant des rapports sexuels avant 15 ans a augmenté au Guyana, au Lesotho et en Haïti, et parmi les jeunes hommes au Rwanda.

En outre, dans de nombreux pays affichant une prévalence élevée du VIH, les jeunes hommes commencent à être circoncis. Les essais cliniques au Kenya, en Afrique du Sud et en Ouganda montrent que la circoncision médicale volontaire diminue d'environ 60 %<sup>7-9</sup> le risque de transmission sexuelle des femmes aux hommes. Les résultats préliminaires d'études croisées de la communauté d'Orange Farm en Afrique du Sud, qui commence à appliquer ce geste chirurgical prouvent l'efficacité de cette démarche.<sup>10</sup>

Les études montrent qu'environ 2 000 nouvelles infections à VIH ont été évitées chez les hommes, en 2010, dans la province de Nyanza au Kenya, grâce aux programmes de circoncision médicale volontaire massive.

## CIRCONCISION MÉDICALE VOLONTAIRE AU KENYA

Le Kenya pourrait éviter 73 000 nouvelles infections à VIH entre 2011 et 2015, si 80 % des hommes adultes non circoncis l'étaient d'ici 2015 et que le taux de couverture était maintenu. Cet objectif requiert 860 000 circoncisions. Avant la fin de l'année 2010, 232 287 circoncisions auront été effectuées, soit 27 % de l'objectif national. La province de Nyanza a atteint 62 % de son objectif de 2015.<sup>11</sup>

Les investissements réguliers dans les programmes de modification des comportements sont en mesure d'accélérer encore la régression des nouvelles infections à VIH.

Si les jeunes hommes se sont montrés tout à fait prêts à prendre cette option, il conviendrait de toucher aussi les hommes plus âgés pour que cette démarche porte tous ses fruits. On estime que 20 millions d'hommes doivent encore être circoncis en Afrique du Sud et de l'Est pour que toute la population bénéficie de la prévention. Si cet objectif est atteint, près de 3,4 millions de nouvelles infections à VIH seront évitées d'ici 2015.

## ACCÉLÉRATION RÉSULTANT D'UN CIBLAGE DES POPULATIONS PRÉSENTANT UN RISQUE PLUS ÉLEVÉ D'INFECTION À VIH

Cibler les populations présentant un risque plus élevé d'infection à VIH dans les pays où l'épidémie est concentrée a porté ses fruits. Néanmoins, dans de nombreux cas, ces bénéfices sont restreints. Il reste encore beaucoup à faire. Au Cambodge, le taux d'utilisation régulière du préservatif par les professionnels du sexe et leurs clients est passé d'environ 40 % en 1997, à 90 % actuellement. Par ailleurs, les nouvelles infections à VIH ont chuté à moins de 2 000 cas par an. Si le taux d'utilisation du préservatif était resté au niveau de 1994, avant l'augmentation de son utilisation, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH aurait sans doute atteint 50 000.<sup>12</sup> On observe un résultat similaire à Cotonou, au Bénin, où un programme intensif de changement des comportements mené auprès des travailleurs du sexe<sup>13</sup> réduirait de 3 000 à 4 000 le nombre de nouvelles infections, chaque année.

À Dhaka, au Bangladesh, des programmes de réduction des risques sont réputés ralentir la propagation du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. La prévalence du VIH parmi cette population a augmenté de 1,4 % en 2000 à 7 %

en 2007 avant de chuter à 5,3 % en 2011, soit le niveau observé dans des régions dépourvues de programme de prévention. Dans les pays dépourvus de programmes de réduction des risques ou de riposte au VIH à grande échelle, les conséquences ont été très graves. À St Pétersbourg, en Russie, la prévalence du VIH a doublé durant les cinq dernières années. On estime à près de 60 % la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables.<sup>14</sup>

## INVESTIR DANS LES JEUNES LEADERS

Dans le but de ralentir la propagation du VIH, la Déclaration politique de 2011 fait appel à tous les pays pour encourager et soutenir l'implication active et la prise de responsabilité des jeunes dans la riposte, tant à l'échelle mondiale, que régionale et nationale. Des jalons particuliers doivent garantir la participation efficace des jeunes dans les mécanismes de coordination nationaux et les organes de coordination nationaux contre le sida. En outre, la Déclaration politique de 2011 promet des mesures spécifiques visant à impliquer des jeunes séropositifs ou non à propos du VIH dans les communautés, les familles, les écoles, les centres de loisirs et les lieux de travail. Le Fonds VIH des jeunes leaders permet cette émancipation des jeunes les plus touchés par le VIH. Ce fonds a octroyé 23 bourses à des projets communautaires dans 19 pays depuis 2010. Il encourage des initiatives pilotées par des jeunes dans les domaines de la sensibilisation, des services entre jeunes et de la mobilisation communautaire. Les jeunes déterminent l'allocation des bourses et apportent l'assistance technique.

Ces consommateurs de drogues injectables ont également besoin d'un accès équitable aux services sociaux et de santé, sans discrimination. Des études menées en Europe de l'Est et en Asie centrale montrent que de nombreux consommateurs de drogues injectables évitent soigneusement de chercher des services de santé en raison de l'ostracisme ou de crainte que le personnel médical ne les dénonce aux autorités.<sup>15</sup> De tels obstacles restreignent l'accès des individus aux services de santé de base, comme les conseils pour réduire les risques sexuels et les soins des infections sexuellement transmissibles ou la thérapie antirétrovirale pour les séropositifs.

## RÉDUCTION DES RISQUES EN IRAN

On estime que 15 % (entre 5 % et 25 %) des consommateurs de drogues injectables en Iran vivent avec le VIH.<sup>18</sup> Le pays a donc créé un réseau de plus de 600 cliniques où traiter la consommation de drogues injectables, le VIH et les infections sexuellement transmissibles.<sup>19</sup> Environ la moitié des consommateurs de drogues injectables en Iran reçoit un traitement de substitution aux opiacés. Parallèlement, 40 seringues et aiguilles stériles sont distribuées par consommateur de drogues injectables, chaque année.<sup>20</sup> Depuis que ce réseau national est en place, la prévalence du VIH a nettement diminué depuis le pic de 2005.<sup>21</sup>

## LE TARV EST LA CLÉ D'UNE ACCÉLÉRATION DU PROGRÈS

Si la régression des nouvelles infections est le fruit du changement des comportements et marque un net retournement en matière de riposte et de prévention du VIH, les premières baisses sont souvent suivies d'une stabilisation des taux de nouvelles infections. Un modèle se dégage en matière de nouvelles infections : après les sommets initiaux vient une réduction, fruit des efforts de prévention effectués à plus grande échelle et du changement des comportements, suivis d'une stabilisation du taux, souvent à des niveaux assez élevés. Les preuves récentes suggèrent que cet effet de plateau peut être brisé par les bénéfices préventifs supplémentaires d'une couverture de soins plus intensive.<sup>16</sup>

Les augmentations les plus marquées de la couverture par la thérapie antirétrovirale sont survenues en Afrique subsaharienne, avec une hausse de 20 %, entre 2009 et 2010 seulement. On estime qu'au moins 6,6 millions de personnes des pays à revenu faible et intermédiaires bénéficient du traitement du VIH. Cela représente une augmentation de plus de 1,35 million par rapport à l'année précédente. Dans les pays à revenu faible et intermédiaires 47 % de 14,2 millions des personnes éligibles vivant avec le VIH bénéficient désormais d'une thérapie antirétrovirale, par rapport aux 39 % à la fin de 2009.

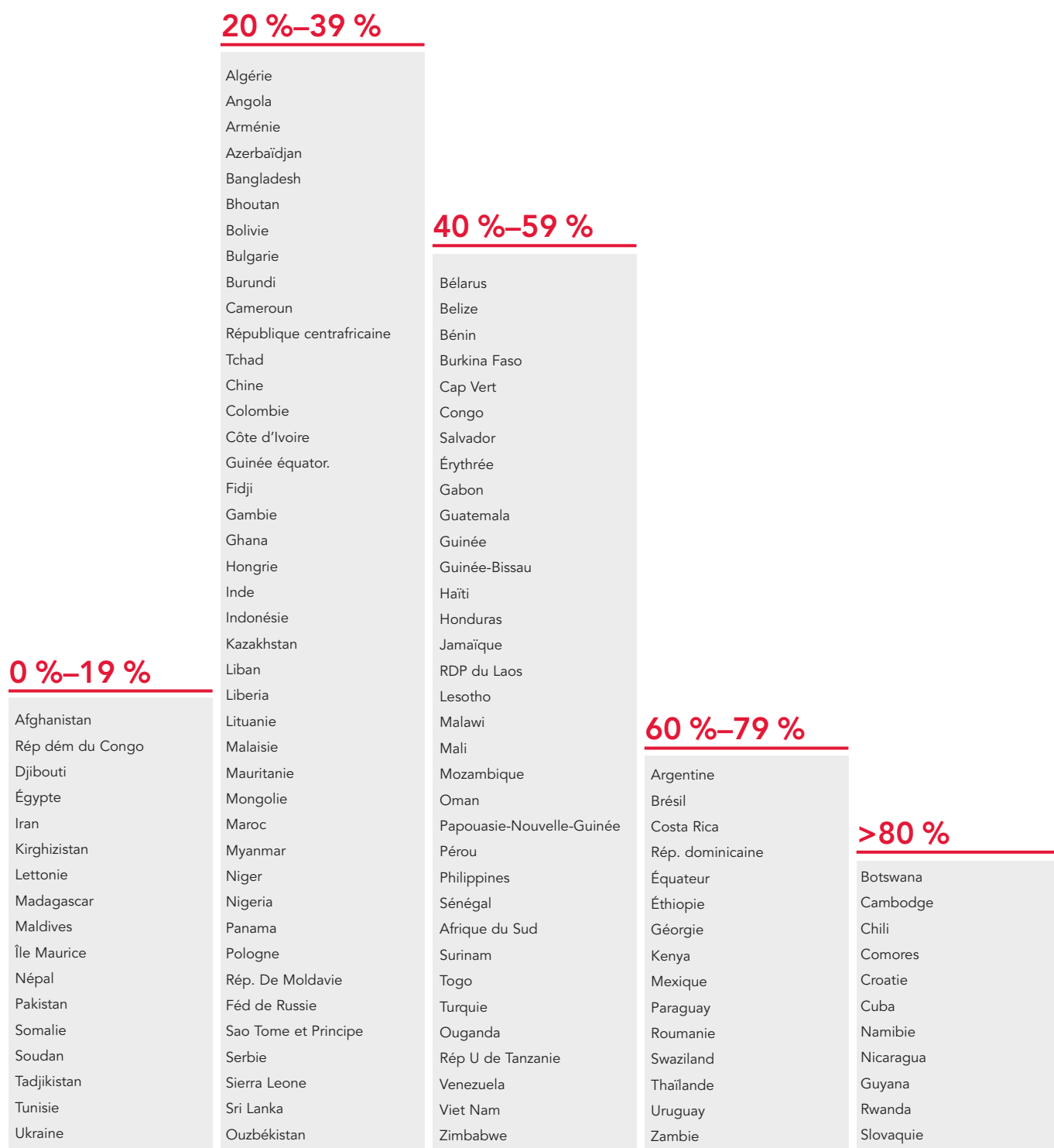
Le Botswana, la Namibie et le Rwanda ont atteint l'accès universel au traitement (défini comme une couverture de 80 % ou plus). Le taux de couverture au Swaziland et en Zambie atteint 70 % à 80 %. L'offre de traitement du VIH dans les villes et les villages d'Afrique subsaharienne, de Harare à Addis Abeba jusque dans les zones rurales du Malawi et la province du Kwazulu Natal en Afrique du Sud a énormément réduit le taux de mortalité lié au VIH.<sup>17</sup> À l'échelle mondiale, le traitement a évité 2,5 millions de décès liés au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, depuis 1995, la majorité ces dernières années.

## L'ACCÈS AU TRAITEMENT OPTIMISE LA RÉUSSITE DES PROGRAMMES COMBINÉS DE PRÉVENTION DU VIH

Outre, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des décès liés au VIH, le traitement antirétroviral est désormais reconnu pour éviter la transmission du VIH en réduisant la charge virale et le risque de transmission du VIH. Coupler l'accès au traitement avec une combinaison d'options préventives fait baisser le taux de nouvelles infections à VIH vers des niveaux record. Dans les pays hyperendémiques (ceux dont la prévalence chez les adultes dépasse 15 %) la combinaison du traitement du VIH à des programmes visant à faire évoluer les comportements et à des programmes de circoncision médicale volontaire pourrait être la clé d'une baisse rapide des nouvelles infections à VIH.

## Proportion de la population éligible à la thérapie antirétrovirale sous traitement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, à la fin de l'année 2010

L'augmentation rapide de la couverture TARV place de plus en plus de pays dans la catégorie de l'accès universel.



Source : ONUSIDA et OMS, 2011.

La Namibie est à l'avant-garde et récolte les avantages liés à ce type de démarche. Au cours de la dernière décennie, le pays a mis en place à grande échelle à la fois des programmes de prévention du VIH et des programmes de traitement. L'utilisation du préservatif a augmenté de près de 75 % parmi les hommes ; moins de 11 % des hommes et 2 % des femmes ont plusieurs partenaires ; les jeunes, notamment les garçons, ont leur premier rapport sexuel plus tard. L'accès au traitement a atteint un sommet jamais égalé de 90 %. Les conséquences conjuguées ont permis de passer de 21 000 nouvelles infections à VIH en 1999 à 8 000 en 2010.

Les données provenant de pays hyperendémiques suggèrent que les programmes visant à faire évoluer les comportements sont vitaux pour faire diminuer le taux de nouvelles infections à VIH. Toutefois, après des chutes initiales, le nombre de nouvelles infections à VIH tend à se stabiliser, parfois à des taux relativement élevés. L'offre de nouveaux outils de prévention du VIH, comme la circoncision et le traitement du VIH sont en mesure de briser cet écueil.

Dans les pays qui ont atteint une couverture de traitement importante, les nouvelles infections peuvent diminuer, même en l'absence de changements significatifs dans les modèles de comportements sexuels. Le Zimbabwe, par exemple, a enregistré une baisse des nouvelles infections à VIH entre 1995 et 2000. Cette baisse a été suivie d'une période relativement stable avec une incidence VIH de 1 %, plus de 50 000 nouvelles infections à VIH, par an. Cependant, ces dernières années, le taux de nouvelles infections à VIH a entamé une nouvelle baisse, coïncidant avec le passage à grande échelle du traitement du VIH mais, aucun changement important des comportements sexuels, au niveau national. De même, des baisses récentes du taux de nouvelles infections à VIH au Lesotho doivent être signalées. Elles surviennent, en effet, suite à la conjonction d'une augmentation des comportements à risque parmi certaines populations. La baisse du taux de nouvelles infections à VIH s'explique, au moins en partie, par la hausse du nombre de personnes accédant au traitement et par l'effet préventif des programmes en cours.<sup>22</sup>

Dans les pays qui ont atteint le niveau d'accès universel au traitement, les résultats sont encore plus marqués. Au Botswana, les premières baisses du taux de nouvelles infections à VIH peuvent s'expliquer par la tendance naturelle de l'épidémie conjuguée à l'augmentation très nette de l'utilisation du préservatif entre 1988 et 2000 (selon l'enquête démographique et la santé au Botswana, seules 10 % des femmes adultes déclarent avoir déjà utilisé un préservatif). Depuis 2000, la relative stabilisation des schémas de comportement sexuel amorce un ralentissement de la baisse de nouvelles infections à VIH. Toutefois, durant cette période, le Botswana a également rapidement accru la fourniture de traitement antirétroviral. Le Botswana a été le premier pays africain à mettre en place un programme de thérapie antirétrovirale national gratuit.

## LE TEST DE DÉPISTAGE DU VIH À DOMICILE

Le fait que la moitié des personnes vivant avec le VIH ne le savent pas représente un obstacle de taille au traitement à grande échelle et limite les avantages du traitement préventif. La situation dans certaines régions parmi les plus touchées est encore plus catastrophique : une étude récente réalisée au Kenya montre que seulement 16 % des adultes vivant avec le VIH le savent.<sup>23</sup>

Une batterie de tests, du prélèvement au bout du doigt au prélèvement buccal, donne désormais des résultats en moins de 20 minutes. Le coût de ces tests est désormais de l'ordre des cents.

Malgré les progrès technologiques, le test suscite toujours des craintes. L'accès aux cliniques est peu pratique. L'expérience du test de dépistage du VIH est souvent stigmatisante.<sup>24</sup> La stigmatisation réelle ou anticipée se révèle être un frein puissant au test. Ceci a des effets négatifs sur les programmes comme ceux conçus pour éliminer les nouvelles infections VIH des enfants.<sup>25</sup>

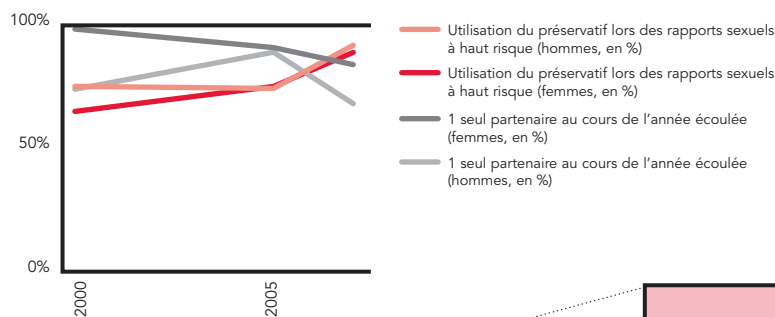
L'autotest à domicile permettrait de modifier radicalement l'accès au test. Les informations et l'assistance pourraient être procurées à distance. Plus important, les personnes séropositives auraient besoin d'un accès simple aux soins, à commencer par le test de confirmation.

En septembre 2011, la commission sida de la Chambre des Lords britannique a réclamé l'abrogation de la législation interdisant certains tests de dépistage du VIH.<sup>26</sup> Le Terrence Higgins Trust a fourni de solides arguments en faveur de la légalisation des kits de test de VIH à domicile, notamment à destination des homosexuels.<sup>27</sup> iTeach, programme de sensibilisation de l'hôpital Edendale au KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, est aux prises avec les modèles d'autotest dans l'une des régions les plus touchées au monde.<sup>28</sup> L'équipe souligne avec ironie que ces kits de test doivent être mis sous clé, faute de quoi le personnel médical y accéderait de manière informelle. L'OMS a examiné cette question au début de l'année.<sup>29</sup>

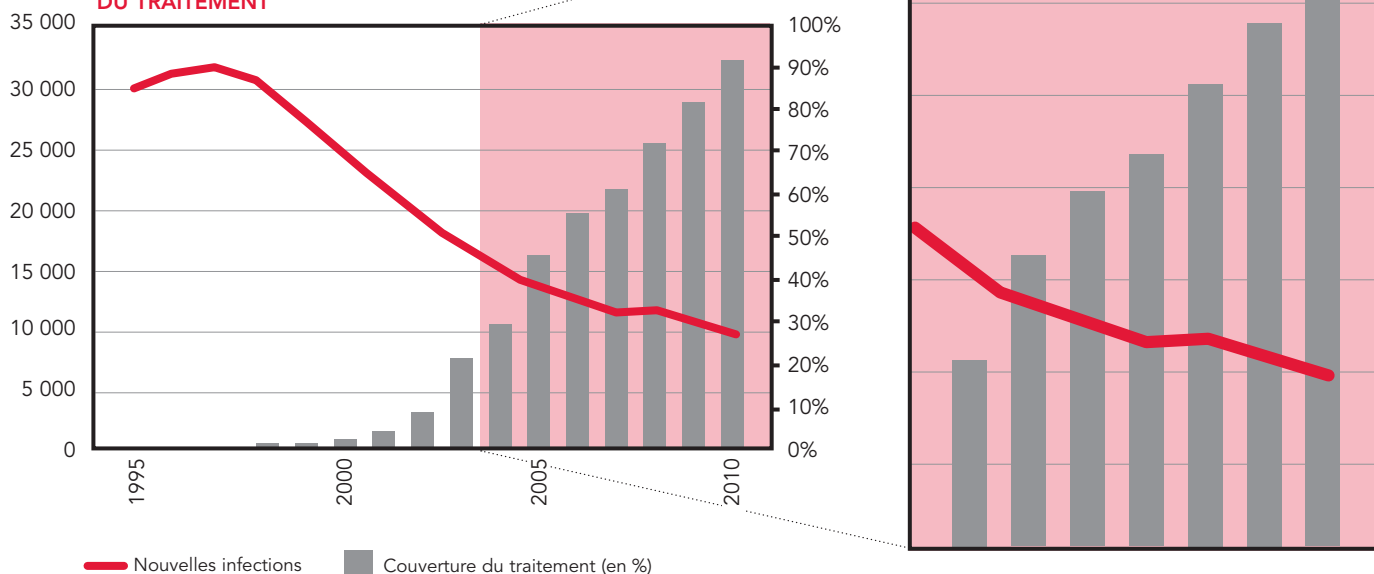
Edwin Cameron, juge à la cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, prône le test de VIH à domicile. Il a déclaré que la connaissance de son statut sérologique « doit simplement faire partie de la vie ». Il affirme que les gens ont le droit d'accéder à des tests précis et de les utiliser dans la confidentialité de leur domicile. Il est conscient que l'accès au traitement et aux soins ou les pratiques sexuelles protégées ne résoudront pas tous les problèmes, mais qu'il s'agit « d'un moyen simple et abordable de franchir la première étape. »

## Nouvelles infections, changements de comportement et couverture du traitement au Botswana

### CHANGEMENT DE COMPORTEMENT



### NOUVELLES INFECTIONS ET COUVERTURE DU TRAITEMENT



Source : Enquête sur les indicateurs du VIH/sida au Botswana ; ONUSIDA ; OMS.

Le traitement pour le VIH est désormais disponible dans 30 hôpitaux et 130 cliniques satellites à travers le pays. Depuis 2009, le Botswana maintient un taux supérieur à 90 % des personnes éligibles sous traitement.<sup>30</sup>

Des signes précoces indiquent que l'accès accru au traitement contribue à accélérer le fléchissement des nouvelles infections à VIH. Les données de modélisation suggèrent que le nombre de nouvelles infections à VIH est de 30 % à 50 % inférieur à ce qu'il aurait été en l'absence d'accès universel au traitement pour les personnes éligibles vivant avec le VIH.

Les effets préventifs complets du traitement du VIH seront constatés au fil des 5 années à venir, lorsque de plus en plus de pays hyperendémiques atteindront des niveaux de couverture élevés. L'augmentation massive du nombre de personnes ayant bénéficié du traitement en Afrique du Sud entre 2009 et 2010, par exemple, se traduira sans doute par une baisse sensible du nombre de nouvelles infections à VIH, à court terme.



Toutefois, plus de 60 % des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique, ce qui restreint sensiblement les dividendes de la prévention du traitement du VIH. Ce phénomène limite l'accès au traitement et aux services de soins et retarde les efforts de prévention. De nouvelles approches du test de dépistage du VIH doivent encore être analysées afin de sensibiliser davantage au statut sérologique. L'intégration du test de VIH aux services de santé de routine a contribué à la généralisation des tests, mais cela reste insuffisant. De nouvelles approches communautaires du test pourraient améliorer l'accessibilité et la prise, donc le degré de sensibilisation au statut sérologique et de prise de conscience.

## ACCÉLÉRATION DU FLÉCHISSEMENT DANS LE NOMBRE DE DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE

Faute de traitement et de prophylaxie, les personnes vivant avec le VIH présentent un risque 20 à 30 fois plus élevé de contracter la tuberculose évolutive, au cours de leur vie, par rapport à des personnes ne vivant pas avec le VIH.<sup>31</sup> En 2010, les personnes vivant avec le VIH représentaient environ 13 % des nouveaux cas de tuberculose dans le monde et environ 360 000 personnes sont décédées des suites de tuberculose liée au VIH.<sup>32</sup>

Le nombre de décès causés par la tuberculose parmi les personnes vivant avec le VIH régresse depuis 2004. Une collaboration étroite des programmes liés au VIH et à la tuberculose est en mesure d'accélérer encore ce recul afin d'atteindre l'objectif mondial de réduction de moitié des décès causés par la tuberculose liée au VIH d'ici 2015.

Les soins, la guérison et la prévention de la tuberculose doivent progresser parmi les personnes vivant avec le VIH. Moins d'un tiers des personnes vivant avec le VIH ont cherché à se faire soigner de la tuberculose dans une clinique en 2010. Réduire de moitié les décès causés par la tuberculose liée au VIH implique de doubler ce taux, d'augmenter le taux de guérison de la tuberculose de 70 % à 85 %, de détecter au moins 80 % des cas de tuberculoses chez les personnes vivant avec le VIH et de faire en sorte que le traitement préventif à l'isoniazide touche au moins 30 % des personnes vivant avec le VIH sans souffrir de la tuberculose évolutive.

Les pays à forte prévalence du VIH doivent offrir un dépistage et des tests de VIH et de tuberculose réguliers et avoir recours à des outils et des algorithmes de diagnostic plus sensibles et plus spécifiques. Une dose quotidienne peu coûteuse d'isoniazide réduit de manière significative le risque que la tuberculose latente atteigne un stade évolutif.<sup>31</sup> Au moins 30 % des personnes vivant avec le VIH ne souffrant pas de tuberculose évolutive devraient recevoir le traitement préventif à l'isoniazide.

Enfin, la thérapie antirétrovirale doit être commencée en temps opportun, car un traitement précoce réduit de manière importante les risques de maladie et de décès causés par la tuberculose liée au VIH. Atteindre l'objectif mondial de réduction de moitié des décès causés par la tuberculose liée au VIH d'ici 2015 passe par l'accès universel au traitement du VIH.<sup>33</sup>

### L'AFRIQUE DU SUD MET L'ACCENT SUR LES SOINS DE LA TUBERCULOSE LIÉE AU VIH

L'Afrique du Sud paie le plus fort tribut au VIH et à la tuberculose, dans le monde. Pourtant, ce pays fournit des efforts importants pour traiter ces maladies. Environ 210 000 personnes souffrant de tuberculose ont subi les tests de VIH en 2010 et 60 % d'entre elles ont été diagnostiqués séropositifs. Plus de la moitié ont commencé une thérapie antirétrovirale et les trois quarts ont reçu un traitement préventif de cotrimoxazole. La même année, environ 60 % des 3,9 millions de personnes soignées pour le VIH ont été dépistés pour la tuberculose ; 12 % d'entre eux ont reçu un traitement préventif à l'isoniazide. Une campagne de conseil et de test de VIH intégrant le dépistage de la tuberculose a incité 760 000 personnes vivant avec le VIH à effectuer le test de dépistage de la tuberculose. 120 000 d'entre elles ont bénéficié du traitement préventif à l'isoniazide.<sup>34</sup>





***Plus rapide.***  
**> *Plus intelligente.***  
***Plus efficace.***

# > Une riposte plus intelligente.

---

## **DES INVESTISSEMENTS INTELLIGENTS POUR RENFORCER L'IMPACT DU PROGRAMME**

L'épidémie de sida n'est pas encore terminée, mais la perspective de sa fin pourrait se rapprocher à condition que les pays investissent intelligemment. Au cours des cinq prochaines années, des investissements judicieux peuvent aider à faire progresser la lutte contre le sida vers l'objectif « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida ». Pour garantir l'optimisation des ressources, les enseignements tirés des trente dernières années doivent être efficacement mis en pratique.

### **Investir intelligemment, investir pour des résultats**

La crise économique actuelle et la diminution des ressources internationales ont réduit les moyens financiers mis à la disposition de la lutte contre le sida. Fin 2010, environ 15 milliards de dollars US étaient disponibles. L'aide internationale est passée de 8,7 milliards de dollars en 2009 à 7,6 milliards en 2010. La résilience de la riposte au sida a permis d'amortir l'impact négatif de cette réduction des ressources, mais le déficit de financement cumulé est l'un des facteurs qui ont empêché le monde d'atteindre les objectifs fixés en 2001 pour 2010. L'avenir du financement de la lutte contre le sida dépend d'investissements intelligents : dépenser maintenant pour éviter de devoir « dépenser plus sans fin ».

En juin 2011, les États membres se sont mis d'accord sur un ensemble de nouveaux objectifs mondiaux, notamment la mise à disposition chaque année, d'ici à 2015, d'au moins 22 à 24 milliards de dollars US pour la lutte mondiale contre le VIH. Ce niveau de ressources est fondamental si l'on veut atteindre les nouveaux objectifs mondiaux. Il est encore plus essentiel que ces ressources soient investies judicieusement afin de maximiser le retour sur investissement et d'optimiser l'utilisation des ressources. Un nouveau cadre d'investissement de l'ONUSIDA fournit une feuille de route pour ce type d'approche, en liant les investissements à des résultats concrets.

Le cadre d'investissement pour la lutte mondiale contre le VIH part du principe que, si des progrès immenses ont été accomplis dans la lutte mondiale contre le VIH, un effort systématique pour faire correspondre les investissements aux besoins a jusqu'ici largement fait défaut. Le décalage qui en résulte a obligé à répartir des ressources déjà trop limitées sur un nombre d'objectifs trop élevé.

Le cadre représente une rupture radicale par rapport aux approches actuelles, et est doté de quatre objectifs clairs :

- Optimiser les bénéfices de la lutte contre le VIH
- Utiliser une épidémiologie spécifique à chaque pays pour garantir une affectation rationnelle des ressources
- Encourager les pays à mettre en œuvre les programmes les plus efficaces basés sur le contexte local
- Accroître l'efficacité de la prévention, du traitement, des soins et du soutien en matière de VIH.

**LE CADRE REPRÉSENTE UNE RUPTURE  
RADICALE PAR RAPPORT AUX APPROCHES  
ACTUELLES, ET EST DOTÉ DE QUATRE  
OBJECTIFS CLAIRS :**

**1.**

**OPTIMISER LES BÉNÉFICES  
DE LA LUTTE CONTRE LE VIH**

**2.**

**UTILISER UNE ÉPIDÉMIOLOGIE SPÉCIFIQUE  
À CHAQUE PAYS POUR GARANTIR  
UNE AFFECTATION RATIONNELLE  
DES RESSOURCES**

**3.**

**ENCOURAGER LES PAYS À METTRE  
EN ŒUVRE LES PROGRAMMES LES PLUS  
EFFICACES BASÉS SUR LE CONTEXTE LOCAL**

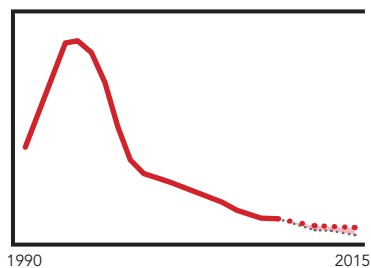
**4.**

**ACCROÎTRE L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION,  
DU TRAITEMENT, DES SOINS ET DU SOUTIEN  
EN MATIÈRE DE VIH.**

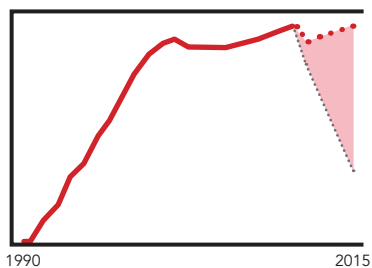
## Projections du cadre d'investissement pour les nouvelles infections à VIH

Des investissements optimisés aboutiront à une baisse rapide du nombre de nouvelles infections à VIH dans de nombreux pays

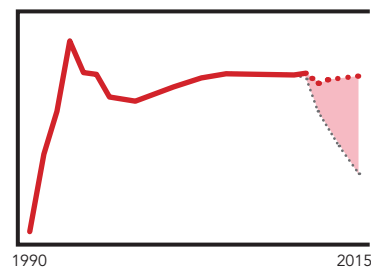
### CAMBODGE



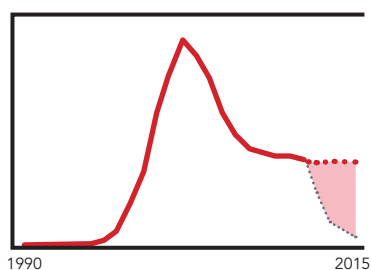
### VIETNAM



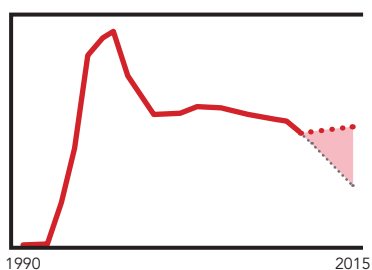
### NIGERIA



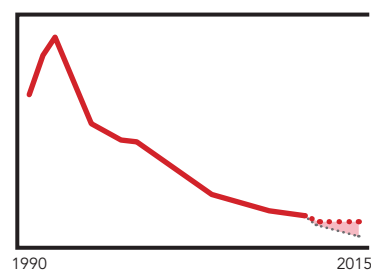
### FÉDÉRATION DE RUSSIE



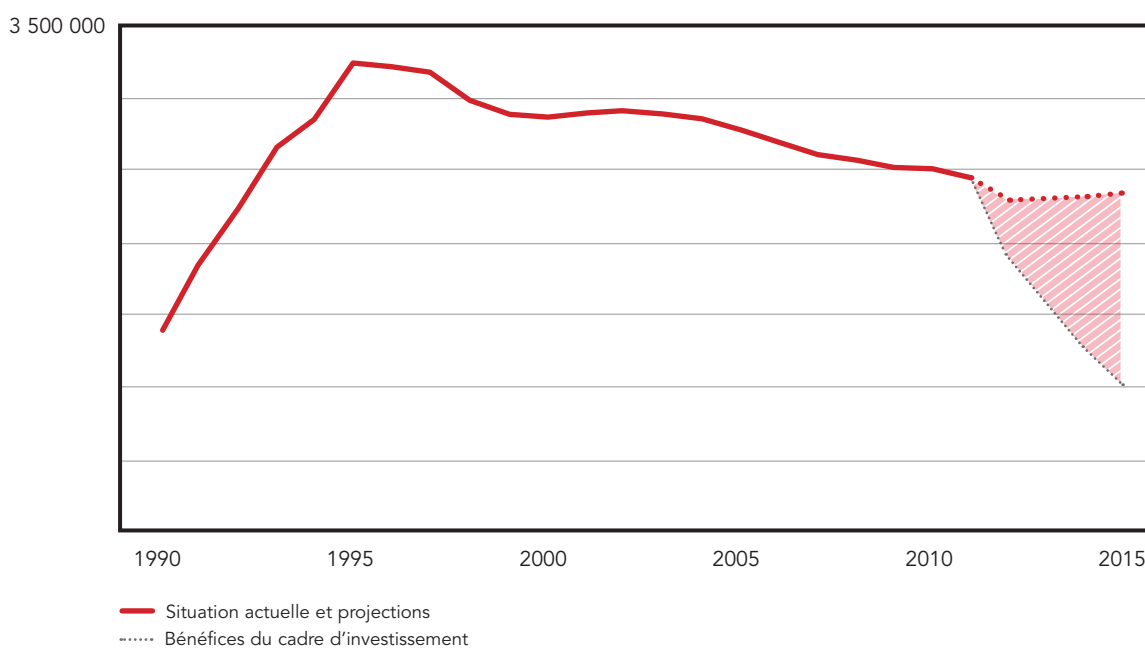
### AFRIQUE DU SUD



### ZIMBABWE



## SITUATION MONDIALE DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH



## Retour sur investissement

Une approche plus stratégique en matière de dépenses permettrait d'obtenir des résultats extraordinaires, en évitant au moins 12,2 millions nouvelles infections à VIH, dont 1,9 million chez les jeunes enfants, et 7,4 millions de décès liés au sida entre 2011 et 2020 par comparaison à une poursuite des approches actuelles<sup>35</sup>. Au titre du cadre d'investissement, l'investissement supplémentaire de 1 060 dollars US par année de vie gagnée serait largement compensé par des économies sur les seuls coûts de traitement. Pour parvenir à un accès universel au traitement, à la prévention, aux soins et au soutien en matière de VIH d'ici à 2015, et pour le maintenir, le financement du programme de lutte contre le VIH doit passer de 16,6 milliards de dollars US en 2011 à 24 milliards en 2015, avant de baisser à 19,8 milliards en 2020.

Afin d'obtenir une optimisation des ressources aussi efficace que possible, les programmes nationaux de lutte contre le VIH doivent faire des investissements au bon moment et au bon endroit, utiliser les bonnes stratégies, accroître l'efficacité, réduire les coûts et encourager l'innovation. Chacune de ces tactiques est essentielle et une fois combinées, elles peuvent poser les fondations d'une lutte durable contre le sida.

La plupart des principaux fournisseurs d'aide internationale au développement dans le domaine du sida ont décidé de soutenir les pays dans la tâche constante d'optimisation de leurs ripostes en accordant une priorité plus claire aux investissements. L'approche axée sur les investissements est au premier rang de la nouvelle stratégie actuellement élaborée par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mais aussi de la stratégie de prévention du VIH adoptée récemment par le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida. Une nouvelle stratégie émerge actuellement qui établit clairement une correspondance entre les intérêts des pays donateurs en matière d'optimisation des ressources et la mise en œuvre optimale des intérêts des pays.

## Investir de manière appropriée, au bon endroit et avec les bonnes stratégies

Des investissements complets et rapides dans la lutte contre le sida peuvent déboucher sur des résultats à long terme. Le Brésil effectue des investissements judicieux depuis de nombreuses années et se trouve à l'avant-garde en matière d'accès aux services de prévention et de traitement du VIH pour les populations les plus vulnérables et marginalisées. En 2008, le pays a investi plus de 600 millions de dollars US, ce qui est proche des besoins estimés pour une riposte à grande échelle. Les fonds affectés par la Fédération de Russie sont d'une ampleur similaire, mais le retour sur investissement n'est pas aussi élevé qu'au Brésil, car sa stratégie d'investissement n'est pas optimisée.

En Fédération de Russie, les investissements annuels liés au VIH en 2008 approchaient les 800 millions de dollars US, soit environ l'équivalent du montant total exigé en 2015. Cependant, le nombre de nouvelles infections à VIH est en augmentation, car une faible partie du total des investissements est affectée aux programmes de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ou les professionnels du sexe. Sur les 81 millions de dollars US dépensés pour les programmes de prévention du VIH en 2008, seuls 8 millions ont été investis pour ces catégories de populations. Un changement de stratégie visant à adopter une approche de réduction des risques et à réviser les priorités d'investissements pourrait réduire de façon significative le nombre de nouvelles infections à VIH.

L'Ukraine commence actuellement à adopter des approches de programme efficaces, mais le niveau des investissements reste inadéquat, sans commune mesure avec l'ampleur de l'épidémie. L'Ukraine a investi près d'un tiers de son budget de prévention en 2008 en faveur des principales populations touchées,

mais les besoins sont deux fois supérieurs aux fonds disponibles pour les consommateurs de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe. La modélisation réalisée par l'ONUSIDA indique qu'un doublement des investissements annuels consacrés au sida en Ukraine et une amélioration de la couverture des programmes de prévention et de traitement du VIH pour les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pourraient réduire de 65 % le nombre annuel de nouvelles infections à VIH d'ici à 2015.

Une comparaison similaire peut être effectuée entre le Cambodge et le Vietnam. Le Cambodge est un autre exemple de pays où les investissements de lutte contre le VIH sont en adéquation avec l'épidémie et ont été alignés sur les tendances épidémiologiques, ce qui a permis d'entraîner une réduction spectaculaire de l'incidence du VIH. Si cette tendance se poursuit, le Cambodge pourrait être à même de réduire progressivement ses investissements de lutte contre le VIH sans remettre en cause les avancées obtenues au cours des dix dernières années. Au Vietnam, en revanche, les investissements ne sont pas alignés de la même façon. L'épidémie est principalement causée par "utilisation de drogues injectables et les relations sexuelles entre hommes, mais la couverture et les investissements dans des programmes efficaces de réduction des risques pour ces populations restent insuffisants. Un alignement des investissements basé sur les principes du cadre d'investissement pourrait permettre de diviser par deux le nombre de nouvelles infections à VIH dans le pays d'ici à 2015.

Dans le cas de l'Afrique du Sud, pays qui enregistre le nombre le plus élevé de nouvelles infections à VIH, les investissements liés au VIH ont augmenté de façon significative au cours des deux dernières années et cela commence à avoir un effet visible. Le taux de nouvelles infections à VIH a baissé de 22 % entre 2001 et 2009, et la mortalité liée au sida a réduit de 21 % entre 2001 et 2010. Une stagnation des niveaux d'investissement entraînerait une stabilisation du nombre de nouvelles infections à VIH à environ 500 000 par an. Toutefois, si l'Afrique du Sud continue à accroître ses investissements dans la lutte contre le sida avec une aide nationale et internationale, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH pourrait être réduit à moins de 250 000.

Le Nigeria arrive au deuxième rang mondial des nouvelles infections à VIH, et ses investissements en la matière sont insuffisants, ce qui réduit largement sa capacité à réagir à l'ampleur de l'épidémie. Les investissements totaux dans la lutte contre le VIH en 2008 se sont élevés à environ 400 millions de dollars, alors que le besoin annuel est estimé à trois fois plus d'ici à 2015. Il existe un potentiel énorme de réduction des nouvelles infections à VIH si ces investissements sont réalisés en fonction des tendances épidémiologiques et suivent des approches programmatiques appropriées.

Ces dernières années, de nombreux pays ont commencé à prendre des mesures pour examiner la dynamique épidémiologique et consacrer les ressources aux populations qui en ont le plus besoin. Une analyse récente au Maroc a établi que seulement 27 % des ressources de prévention étaient investies dans les services destinés aux populations représentant plus des deux tiers des nouvelles infections à VIH. Le Plan stratégique national 2012-2016 pour le Maroc propose d'affecter 63 % des ressources de la lutte contre le sida à la prévention chez les principales populations affectées, notamment 13 % pour les consommateurs de drogues injectables, 13 % pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et 23 % pour les professionnels du sexe et leurs clients. Ce type d'approche est cohérent avec le cadre d'investissement et, comme l'ont montré les pays, l'un après l'autre, investir de manière adéquate lorsque les niveaux épidémiques restent faibles permet d'économiser des coûts croissants pendant des décennies.



## Investir dans la réduction des coûts

Des gains significatifs peuvent aussi être obtenus en réduisant les droits de douane et les autres barrières commerciales qui augmentent le coût unitaire de la prestation des services de traitement et de prévention du VIH. Les rigidités et les inefficacités doivent être éliminées. Suite à l'insistance de l'ONUSIDA, l'Afrique du Sud a récemment ouvert ses procédures d'achat pour les médicaments antirétroviraux vitaux et, en ajustant ses attentes en matière de prix sur les prix les plus bas disponibles au niveau international, le pays a réduit en moyenne de 50 % ses dépenses en médicaments contre le sida. Ensuite, le pays a consacré les économies obtenues à rendre les traitements du VIH accessibles à un plus grand nombre de personnes. De nombreux pays disposent de programmes intégrés visant à mettre un terme aux nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les services de santé maternelle, néonatale et infantile, ce qui a permis de réduire les coûts et d'optimiser les efficacités.

## Investir dans l'innovation

Les approches programmatiques actuelles ont atteint leurs limites et les services de lutte contre le sida sont déjà saturés. Pour améliorer l'efficacité et réduire les coûts, il est nécessaire d'innover dans les méthodes de mise en œuvre des programmes mais aussi d'investir dans les nouveaux outils de prévention et de traitement du VIH.

Afin d'offrir des options supplémentaires aux programmes de traitement et de prévention du VIH, la recherche doit se poursuivre pour trouver des vaccins efficaces, des médicaments faciles à utiliser (avec moins d'effets secondaires et un moindre risque de développement de résistances), des microbicides, des médicaments de prophylaxie préexposition et de meilleurs outils de diagnostic. Dans le même temps, il est nécessaire de réévaluer les modèles d'exécution de programmes qui sont devenus obsolètes. Près de 60 % des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut de séropositivité, ce qui les empêche de prendre soin de leur propre santé et de celle de leurs proches. Pour changer cette situation, le dépistage VIH doit être simplifié et devenir aussi omniprésent que les tests de grossesse à domicile. Cela permettra de réduire les coûts élevés nécessaires au maintien de centres spécialisés de dépistage et de conseil sur le VIH, mais aussi d'encourager les personnes à accéder à des services de traitement et de soins du VIH de façon rapide et confidentielle.

Des modèles de services innovants qui visent à atteindre des objectifs multiples peuvent aussi permettre une optimisation des investissements. Par exemple, les ripostes à la violence basée sur le genre doivent intégrer des composantes liées au VIH.

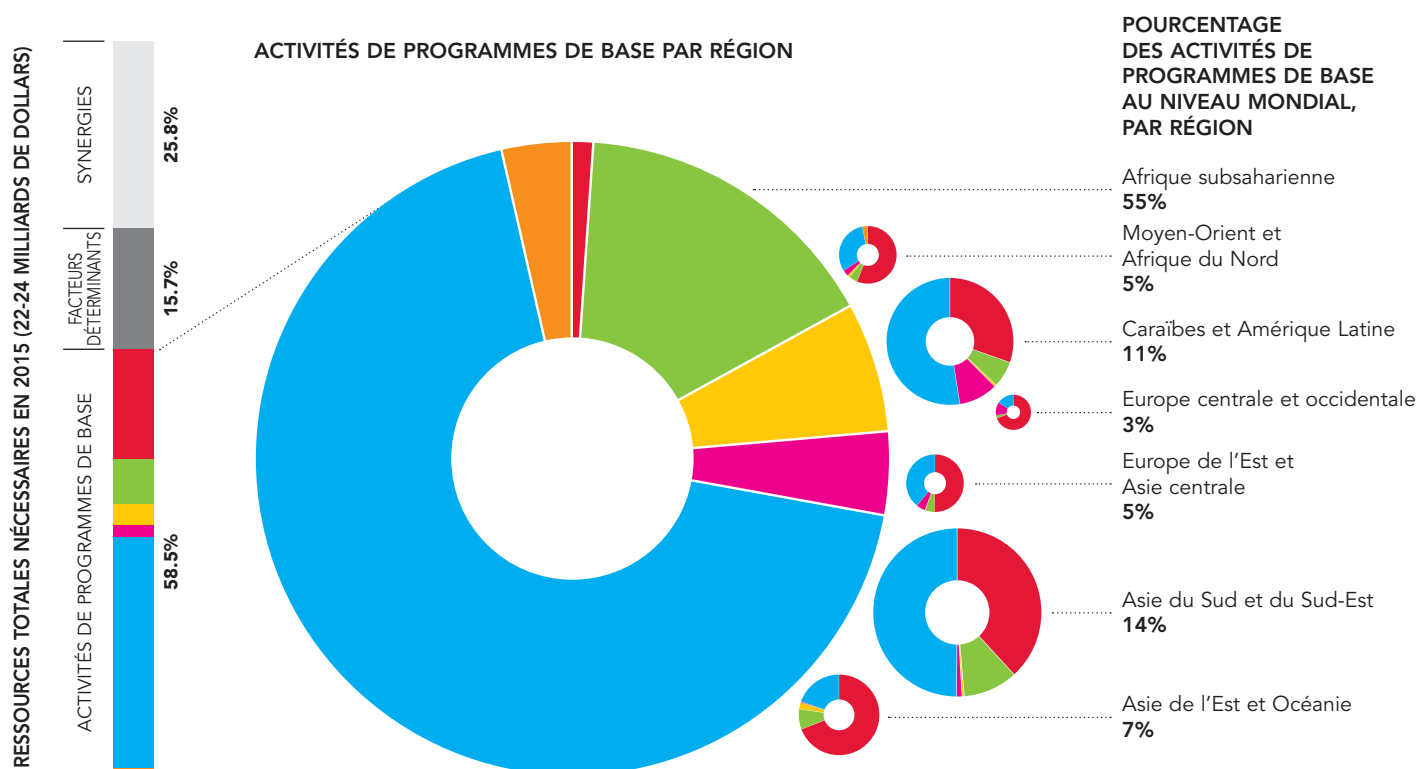
## Cadre d'investissement pour le VIH

Pour s'assurer que ces investissements aboutissent à des résultats optimaux, la lutte contre le VIH doit se concentrer sur les stratégies les plus efficaces, les facteurs critiques essentiels au succès des programmes de lutte contre le VIH, et les synergies avec d'autres secteurs de développement.

### PRISE EN CHARGE APRÈS UN VIOL EN AFRIQUE DU SUD

En Afrique du Sud, le **Refentse Model for Post-Rape Care** (Modèle Refentse de prise en charge après un viol) est une approche multisectorielle des soins à fournir après un viol. Des changements relativement peu coûteux ont considérablement amélioré la qualité de service et les résultats en terme de santé, avec des analyses en laboratoire réalisées en une seule fois, des services de dépistage et de conseil fournis 24h/24 et une prophylaxie postexposition (PPE) fournie par une infirmière. L'intégration des services a permis de réduire les délais d'accès à la PPE, de réunir des preuves médicales à des fins légales et d'obtenir des améliorations dans les soins, la qualité du dossier et des examens cliniques, la fourniture de tests de grossesse et d'une contraception d'urgence, le traitement des IST, les conseils et le dépistage du VIH, l'aide psychologique et l'orientation vers d'autres services. Cette intervention a été relativement peu coûteuse : si l'on exclut les coûts de développement ponctuels, le coût supplémentaire a été de 58 dollars US par cas.<sup>36</sup>

## Fonds affectés par le Cadre d'investissement en 2015



La structure des dépenses nécessaires pour les activités des programmes de base est déterminée par la taille de la population dans le besoin par rapport à chaque activité dans chaque pays. La structure des dépenses consacrées aux activités des programmes de base varie donc fortement d'une région à l'autre.

Seules six activités de programme de base sont essentielles pour une riposte adéquate au VIH, et elles doivent être réalisées à une échelle correspondant à la taille de la population concernée. Ces activités sont menées en synergie pour avoir un impact maximum et doivent donc être réalisées de façon groupée, de manière à ce que les différents éléments se renforcent mutuellement. La clé de la réussite de ces activités de base réside dans les facteurs qui rendent l'accès au programme possible et le succès plus probable, et qui répondent au contexte local. Associés à ces facteurs et aux activités de base fournies directement, les efforts consacrés au sida dans des secteurs sociaux et de développement plus étendus peuvent être intégrés stratégiquement dans ces initiatives plus larges pour maximiser leur impact sur les résultats en matière de lutte contre le sida.

### **Activités de programme de base**

Le cadre d'investissement préconise l'affectation rationnelle des ressources dans six activités de programme de base devant obtenir des progrès significatifs et durables dans la lutte contre le VIH :

1. Interventions ciblées pour les populations clés les plus à risque (en particulier les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables) ;
2. Élimination des nouvelles infections à VIH chez les enfants,
3. Programmes de changement de comportement ;
4. Promotion et distribution de préservatifs ;
5. Traitement, soins et aide aux personnes vivant avec le VIH ;
6. Circoncision masculine médicalisée volontaire dans les pays à forte prévalence du VIH et faible taux de circoncision.

Les populations clés, par définition, sont prédominantes dans les épidémies concentrées, mais elles contribuent aussi aux épidémies généralisées et représentent une partie significative de l'épidémie dans certains pays. Les interventions visant un changement de comportement sont plus complexes et dépendent davantage du contexte, elles sont donc moins clairement définies que les autres activités de programme de base, mais elles ont un impact majeur sur l'évolution des épidémies concentrées comme sur celle des épidémies de faible ampleur. L'accès à la thérapie antirétrovirale est une activité cruciale car elle permet aux personnes vivant avec le VIH d'être en meilleure santé et de vivre plus longtemps, elle réduit l'incidence de la tuberculose liée au sida et apporte des avantages à l'ensemble de la population en réduisant la transmission ultérieure du VIH.

### **Facteurs déterminants et synergies avec les secteurs de développement**

Des facteurs déterminants favorisent le succès des activités de base et répondent au contexte de risque local. Ils responsabilisent et autonomisent les communautés, réduisent la stigmatisation sociale, améliorent les connaissances sur la santé et répondent à l'effet négatif des lois et politiques punitives sur la possibilité pour les gens d'utiliser les services liés au VIH. La promotion des droits humains des personnes affectées par le VIH, ou vulnérables à celui-ci, est une stratégie fondamentale qui permet d'assurer à la fois l'accès et l'influence des services et programmes consacrés au sida. Le cadre d'investissement fournit un investissement initial important dans les facteurs déterminants, les ressources essentielles s'élevant à 5,9 milliards de dollars US en 2011 et 3,4 milliards pour 2015.<sup>35</sup>

Les facteurs déterminants peuvent être divisés en deux catégories : les facteurs sociaux qui créent des environnements favorables à des ripostes rationnelles au VIH, et les facteurs liés aux programmes qui créent une demande pour les programmes et améliorent leurs performances. Les facteurs déterminants varient fortement en fonction du contexte, et les données de base qui les étayent sont moins cohérentes (les résultats sont souvent déterminés localement), mais ils sont essentiels pour surmonter les obstacles à la mise en œuvre de programmes efficaces.

## FACTEURS DÉTERMINANTS

### Facteurs sociaux

- Engagement politique et plaidoyer
- Lois, politiques et pratiques juridiques
- Mobilisation communautaire
- Réduction de la stigmatisation
- Médias
- Ripostes locales face à un contexte de modification du risque

### Facteurs liés aux programmes

- Conception et prestation axées sur la communauté
- Communication sur les programmes
- Gestion et incitations
- Achats et distribution
- Recherche et innovation

## ACTIVITÉS DES PROGRAMMES DE BASE

### Populations clés les plus à risque

(notamment les professionnels du sexe et leurs clients, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables)

### Prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants

### Programmes visant un changement de comportement

### Promotion et distribution de préservatifs

### Traitement, soins et soutien des personnes vivant avec le VIH

### Circoncision médicale volontaire

(dans les pays où le taux de prévalence du VIH est élevé et le taux de circoncision faible)

## SYNERGIES AVEC LES SECTEURS DE DÉVELOPPEMENT

Protection sociale, éducation, réforme juridique, égalité entre les sexes, réduction de la pauvreté, violence fondée sur le genre, systèmes de santé (dont traitement des MST, sûreté du sang), systèmes communautaires et pratiques des employeurs.

## OBJECTIFS

**Stopper les nouvelles infections**



**Maintenir les gens en vie**

Parmi les exemples de facteurs sociaux, on peut citer la sensibilisation au dépistage du VIH, la réduction de la stigmatisation, la promotion des droits humains, la prise en compte de la peur de la violence, la prise en compte des inégalités homme-femme dans l'accès aux informations et aux services et la mobilisation communautaire. Les facteurs liés aux programmes portent sur la planification stratégique, la gestion de programme et le renforcement des capacités pour les organisations communautaires. Ces organisations peuvent favoriser l'innovation tandis que les approches communautaires sur le long terme peuvent réduire les coûts et garantir la durabilité.

Les programmes nationaux de lutte contre le sida doivent être alignés sur les objectifs de développement du pays et ainsi contribuer au renforcement des systèmes sociaux, juridiques et sanitaires pour permettre une riposte cohérente et efficace. Les programmes de lutte contre le sida ne sont pas mis en œuvre de façon isolée et ne doivent pas être planifiés isolément. De plus en plus souvent, les soins de longue durée des patients séropositifs rencontrent les mêmes problèmes que pour d'autres maladies. Les principaux secteurs de développement dans lesquels il existe des synergies avec des initiatives spécifiques au sida sont notamment ceux où le VIH est abordé parmi de nombreux autres problèmes de santé, l'égalité des sexes, les domaines de l'éducation et de la justice, la protection et l'assistance sociale, et les systèmes communautaires.

Le financement de la riposte au sida dans ces secteurs peut être utilisé comme un catalyseur pour parvenir à des synergies dans le cadre plus large du programme de santé et de développement et pour promouvoir des investissements intelligents entre plusieurs secteurs.





***Plus rapide.***  
***Plus intelligente.***  
**> *Plus efficace.***

# > Une riposte plus efficace.

---

## **UN COUP D'ACCÉLÉRATEUR PERMETTRA D'APERCEVOIR LE BOUT DU TUNNEL**

### **S'unir derrière une responsabilité partagée pour des objectifs communs**

Les États membres des Nations Unies ont fait preuve de solidarité et d'un engagement renouvelé en juin 2011 lorsqu'ils ont adopté la *Déclaration politique sur le VIH/sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*.

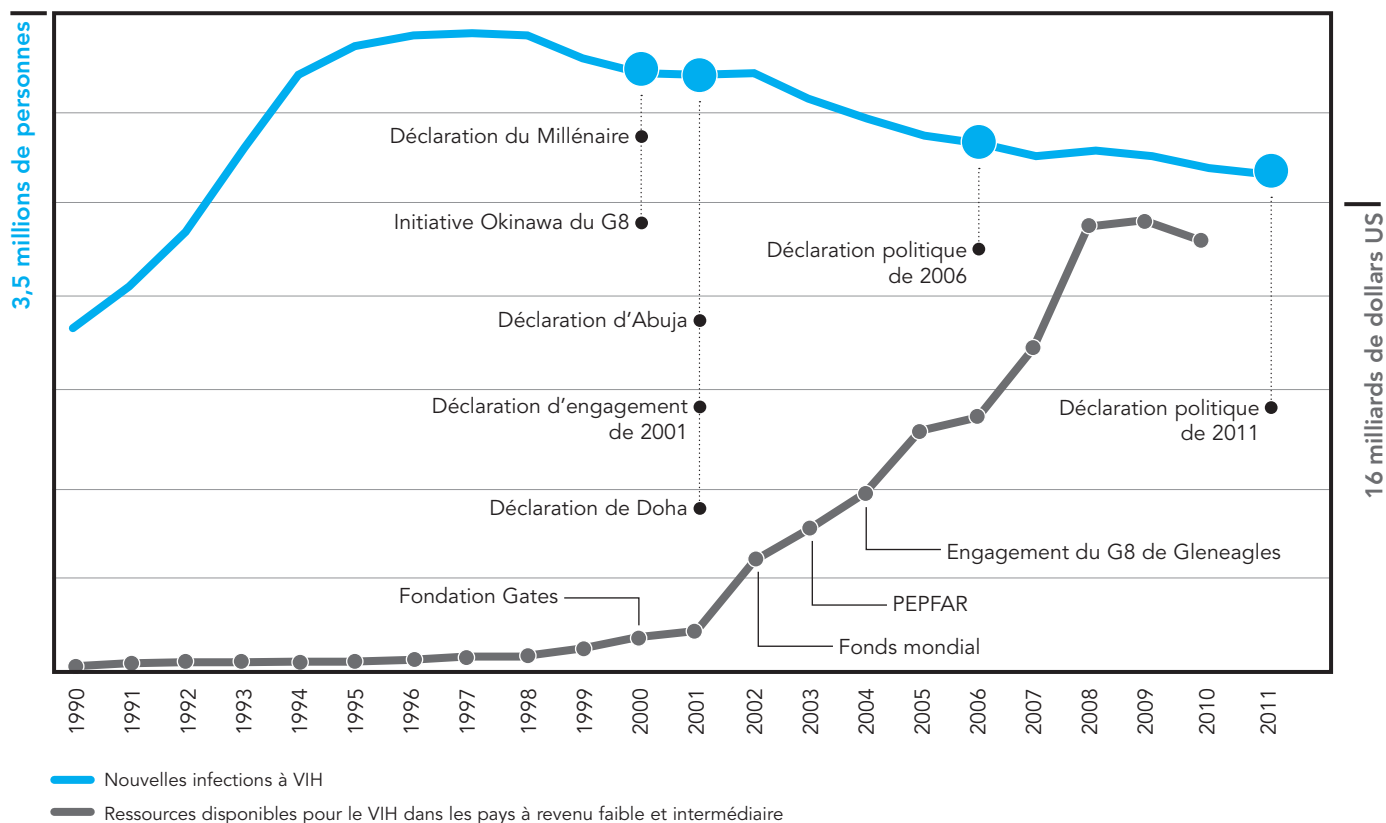
La Déclaration politique 2011 appelle à plus d'efforts pour mettre fin à l'épidémie et renouvelle l'engagement des États membres en faveur de l'objectif d'un accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH. Elle contient par ailleurs des objectifs ambitieux pour 2015 et reflète un soutien collectif à la vision « zéro nouvelle infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida ».

La Déclaration politique 2011 a reconnu que la mobilisation des ressources était une responsabilité partagée. La communauté internationale investit beaucoup dans les ripostes au sida, 31 % des investissements étant fournis par les donateurs bilatéraux (États membres qui octroient une aide au développement directement aux pays bénéficiaires), 12 % par les institutions multilatérales et 5 % par le secteur philanthropique. Toutefois, la majorité des dépenses liées au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire (52 %) ont été couvertes par des sources nationales. La plupart des pays à revenu faible et intermédiaire devraient connaître une forte croissance économique dans un futur proche, ce qui laisse présager que des ressources supplémentaires pourraient être affectées à la santé, notamment aux programmes sur le VIH.



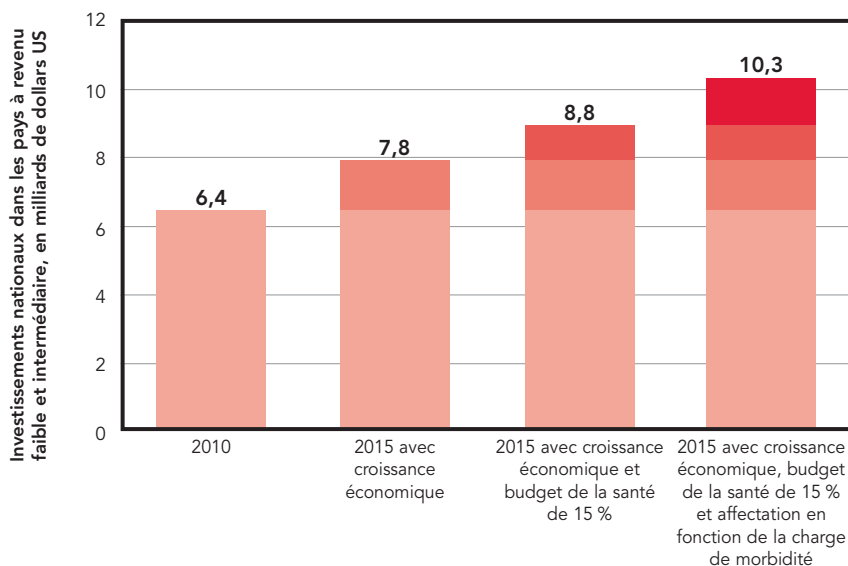
## Nouvelles infections à VIH, ripostes politiques mondiales et investissements

L'engagement politique a permis d'accroître les investissements dans le VIH et d'infléchir la courbe des nouvelles infections. Si tous les pays à revenu faible et intermédiaire affectaient des ressources proportionnelles au poids du VIH dans leur population, les attributions de fonds du secteur public national doubleraient d'ici à 2017 et continueraient à augmenter par la suite. La croissance économique à elle seule devrait ajouter 22 % aux investissements consacrés au sida d'ici à 2015 et, dans le même temps, les efforts entrepris pour se rapprocher d'une allocation de 15 % des dépenses publiques au secteur de la santé (conformément à la Déclaration d'Abuja pour l'Afrique) pourraient permettre d'ajouter 15 % de plus. Enfin, l'affectation de ces budgets de la santé au VIH proportionnellement au poids de la maladie pourrait ajouter encore 24 %. Globalement, toutes ces mesures pourraient entraîner une augmentation des investissements allant jusqu'à 62 % d'ici à 2015, et les hausses se poursuivraient ensuite.



## Estimations des ressources nationales consacrées au VIH disponibles selon différents scénarios

Bien que les pays dans toutes les régions puissent augmenter les budgets affectés au VIH, ce sont souvent les pays les plus touchés qui disposent des ressources les plus limitées. Par conséquent, il est nécessaire que les donateurs internationaux continuent de soutenir les programmes, en particulier dans les pays les plus pauvres et les plus touchés. Après un investissement initial majoré de 2,6 milliards de dollars US par an, le financement à fournir par les donateurs devrait baisser après 2015.



## Un avenir meilleur : le plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants

Le monde s'est lancé dans une course pour pratiquement éliminer toutes les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

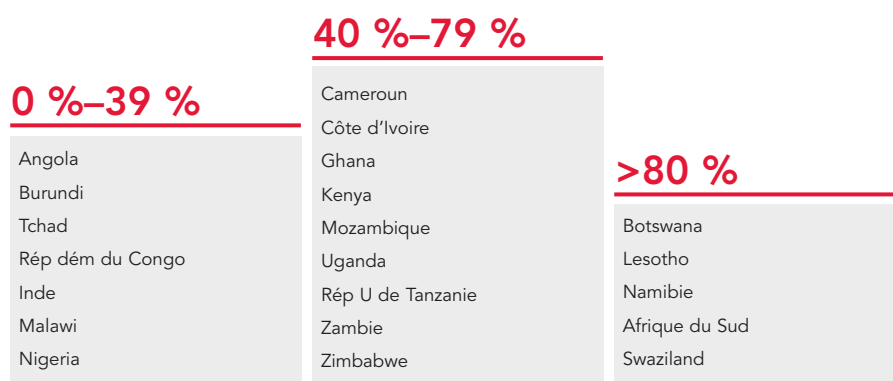
L'étude Kesho Bora (« un avenir meilleur ») en Afrique a démontré que lorsque les mères prenaient un traitement antirétroviral composé de trois médicaments (trithérapie) pendant la grossesse et l'allaitement, le risque de transmission du VIH était quasiment divisé par deux par rapport aux femmes qui ne prenaient que deux médicaments<sup>37</sup>. Cette approche est déjà mise en œuvre dans certains pays, ce qui est révélateur d'un passage rapide de la recherche à l'action.

Ces éléments et les données associées montrent qu'il est possible, d'ici à 2015, d'éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et de garder leurs mères en vie. Les nouvelles infections à VIH chez les enfants ont déjà quasiment cessé dans les pays à revenu élevé. Ainsi, le nombre de nouvelles infections chez les enfants a chuté de 93 % entre 1992 et 2005 aux États-Unis.<sup>38</sup> Des résultats comparables peuvent être obtenus dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Les progrès à ce jour sont déjà considérables. Plus de 400 000 nouvelles infections à VIH chez les enfants ont été évitées depuis 1995 en fournissant une prophylaxie antirétrovirale aux femmes enceintes vivant avec le VIH. Les nouvelles infections chez les enfants ont connu une augmentation jusqu'en 2002 et 2003, quand elles ont atteint un pic de 560 000 [500 000-630 000]. On estime qu'en 2010, elles avaient chuté à 390 000 [340 000-450 000]. La majorité des infections d'enfants évitées (86 %) l'ont été en Afrique subsaharienne. Le rythme des progrès s'est intensifié. Au cours des seules deux dernières années, une augmentation rapide de la couverture des services de traitement et de prévention du VIH pour les femmes enceintes a permis de réduire de moitié le nombre cumulé des infections à VIH. En 2010, 48 % des femmes enceintes séropositives ont reçu des traitements efficaces pour prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

### Estimation du pourcentage de femmes enceintes séropositives recevant des traitements antirétroviraux actifs, dans 22 pays prioritaires

De trop nombreux pays parmi les 22 pays du *Plan mondial* laissent toujours apparaître des lacunes importantes dans leur application des programmes de base destinés à donner aux femmes enceintes un accès à des traitements antirétroviraux pour éviter les nouvelles infections à VIH chez les enfants.



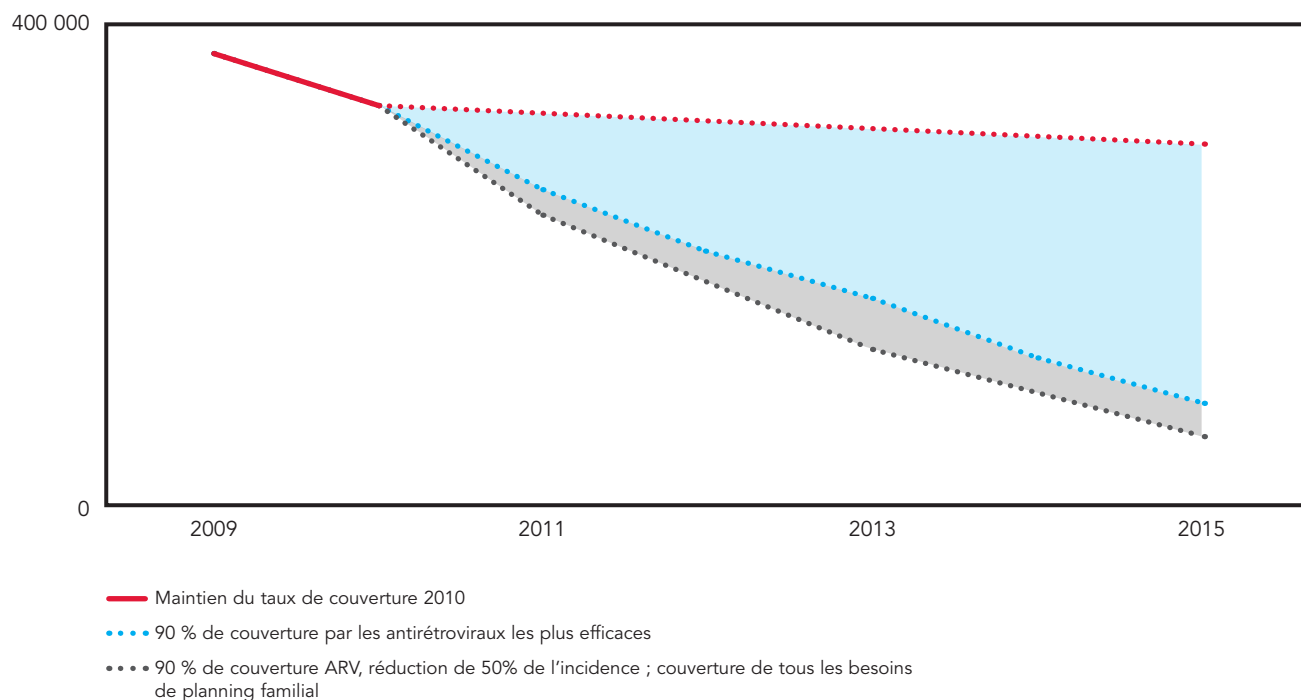
Source : ONUSIDA, UNICEF et OMS, 2011.

Pas d'estimation disponible pour l'Éthiopie.

---

## Nouvelles infections à VIH chez les enfants : Scénarios pour 21 pays prioritaires

Les nouvelles infections chez les enfants seraient considérablement réduites par un élargissement de la couverture antirétrovirale, une réduction de l'incidence chez les adultes et la prise en charge des besoins de planification familiale.



Remarque : Les 21 pays figurent parmi les 22 pays prioritaires dans le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. L'Inde a été exclue de cette analyse.

---

Le Botswana a indiqué que le pourcentage de nourrissons qui naissent séropositifs de mères vivant avec le VIH est passé de 21 % en 2003 à 4 % en 2010<sup>39</sup>. L'Afrique du Sud, la Namibie et le Swaziland, pays présentant une incidence élevée de nouvelles infections à VIH chez les enfants, ont eux aussi mis en place un accès universel aux services pour prévenir les nouvelles infections à VIH chez les enfants.

Les décès liés au sida chez les enfants de moins de 15 ans ont également baissé. En 2010, on a ainsi observé une baisse de 20 % des décès liés au sida chez les enfants par rapport à 2005. Ceci est dû à la fois à la réduction du nombre de nouvelles infections à VIH chez les enfants et à une augmentation des traitements qui leur sont destinés (toutefois à un rythme inférieur à l'augmentation des traitements pour adultes).

Comme l'expose le *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*, des actions doivent être menées dans quatre domaines. En premier lieu, les efforts visant à prévenir les infections à VIH chez les femmes en âge de procréer doivent être renforcés en mettant un terme à la transmission par voie sexuelle ou par injection de drogue. Les efforts de prévention primaire du VIH doivent aussi être intégrés aux soins prénatals, aux soins post-partum et aux autres modes de prestation des services de santé et de VIH.

Deuxièmement, il faut éliminer le problème d'accès des femmes aux services de planification familiale. Ces services permettent aux femmes d'éviter des grossesses non désirées et d'optimiser d'autres effets sur la santé.

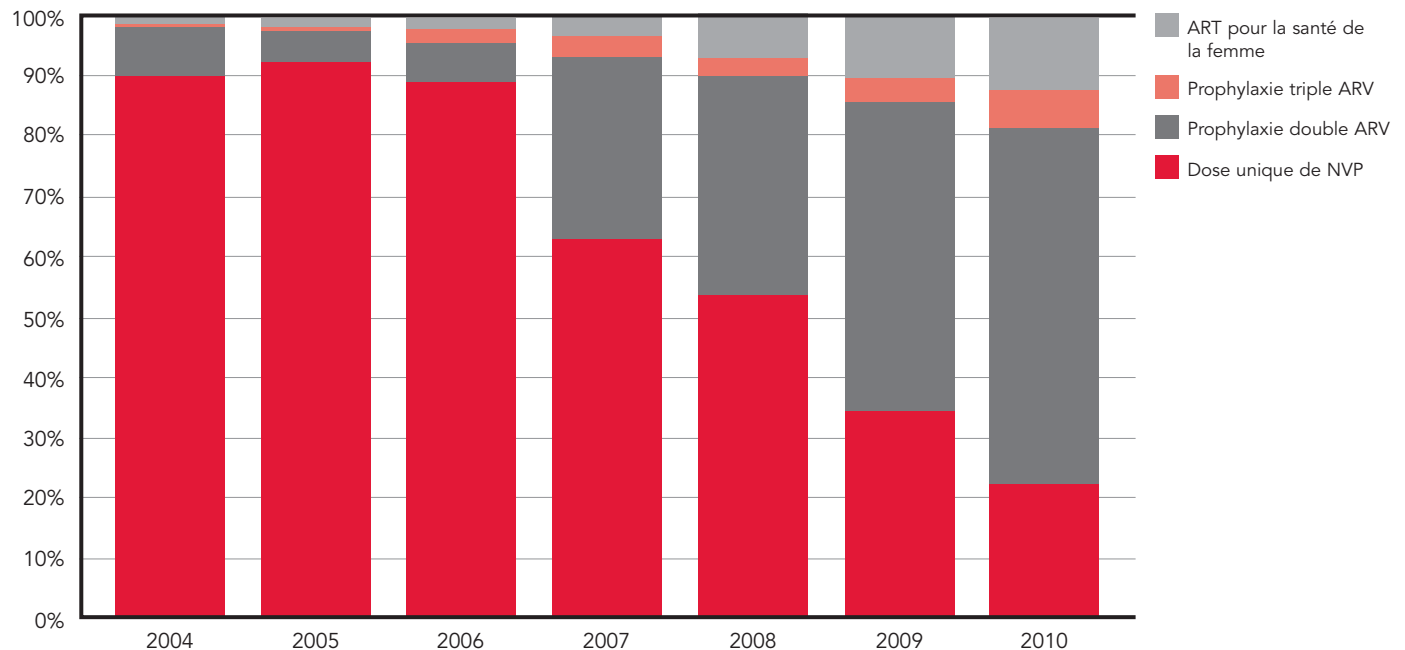
Troisièmement, les femmes enceintes doivent régulièrement se voir proposer un dépistage et des conseils en matière de VIH, tandis que les femmes enceintes séropositives et leurs nouveau-nés doivent bénéficier d'un accès garanti aux médicaments antirétroviraux afin de réduire les risques de transmission du VIH pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Des conseils et une assistance doivent être fournis en matière d'alimentation infantile.

Quatrièmement, les soins, le traitement et le soutien en matière de VIH doivent être universellement accessibles aux femmes, aux enfants vivant avec le VIH et à leurs familles. Y parvenir exige des efforts pour combler les manques dans l'accès des enfants à un diagnostic précoce chez les nourrissons et à des services de soins et de traitement pédiatriques, mais aussi la mise en place de thérapies antirétrovirales à vie pour les femmes enceintes séropositives.

Actuellement, les schémas posologiques dans les 22 pays prioritaires du *Plan mondial* se répartissent entre environ 13 % de personnes en névirapine à dose unique et 32 % en bithérapie, les 7 % restants suivant un traitement ARV ou ART hautement actif. Cela a abouti à un taux de transmission mère-enfant d'environ 27 %. Si les 22 pays prioritaires par l'épidémie faisaient passer toutes les femmes de leurs programmes consacrés à la transmission mère-enfant de leur traitement actuel aux schémas posologiques recommandés, il y aurait une réduction immédiate de 20 % du nombre de nouvelles infections chez les enfants. En d'autres termes, le nombre de nouvelles infections chez l'enfant en 2010 chuterait de 350 000 à 280 000.

### Répartition des traitements pour la prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants : 22 pays prioritaires, 2004-2010

La proportion des femmes recevant une thérapie antirétrovirale plus optimale a augmenté rapidement depuis la recommandation initiale de 2006 visant à ce que les programmes aillent, chaque fois que c'est possible, au-delà d'une dose unique de névirapine.



Source : Données agrégées à partir de fichiers d'estimations nationales sur le VIH, ONUSIDA 2011.

Les programmes devraient considérer leurs contacts avec les femmes enceintes comme une occasion d'atteindre les familles, notamment en proposant des services de conseil et de dépistage aux couples, et un soutien pour une divulgation mutuelle du statut sérologique. Environ la moitié de l'ensemble des personnes atteintes du VIH et ayant une relation stable à long terme ont un partenaire séronégatif, et ce type de couples représente une part importante des nouvelles infections en Ouganda, au Rwanda, en Zambie et dans d'autres pays où l'épidémie est à maturité.<sup>40-42</sup>

À l'échelle mondiale, le montant nécessaire pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants est estimé à 1,5 milliard de dollars US supplémentaires par an d'ici à 2015.

### **Des innovations dans les thérapies antirétrovirales pour de meilleurs résultats pour les populations**

L'innovation biomédicale, en particulier à travers l'utilisation accélérée des antirétroviraux, offre la possibilité d'accroître de façon spectaculaire les progrès de la riposte au sida.

### **AIDER LES FEMMES ENCEINTES EN AFRIQUE DU SUD**

On estime que l'Afrique du Sud fournit des traitements antirétroviraux à environ 95 % des femmes admissibles au dispositif pour prévenir les infections à VIH chez les enfants, contre une couverture de 57 % en 2007. Ces progrès traduisent un engagement politique, une solide implication de la société civile, une fourniture de services décentralisée et l'autonomisation des infirmières qui administrent les prophylaxies antirétrovirales.

En 2011, un essai chez des couples dont l'un des partenaires était séropositif a confirmé que la thérapie antirétrovirale contribue fortement à la prévention du VIH. L'essai mené dans neuf pays a classé les couples de façon aléatoire dans deux groupes : dans l'un, le partenaire vivant avec le VIH recevait une thérapie antirétrovirale précoce (lorsque le taux de CD4 était situé entre 350 et 550 cellules par millimètre cube) et dans l'autre, le traitement serait engagé à ce qui était alors le seuil normal de démarrage du traitement (lorsque le taux de CD4 chutait à 250 cellules). L'essai a conclu que le traitement réduisait le risque relatif de transmission du VIH de 96 %.<sup>16</sup>

La thérapie antirétrovirale a donc pour double bénéfice de réduire le risque de maladie liée au VIH et de décès pour les personnes vivant avec le VIH, et de réduire de façon significative la probabilité d'une transmission ultérieure du VIH. Pour renforcer la prévention du VIH, des efforts urgents doivent être fournis pour étendre les programmes de thérapie antirétrovirale afin de toucher les 7,6 millions de personnes qui sont éligibles au traitement (actuellement, les personnes ayant des taux de CD4 de moins de 350) mais qui n'en bénéficiaient pas encore.

## Utilisation d'antirétroviraux avec des personnes non infectées par le VIH pour prévenir l'acquisition du virus

Des études récentes révèlent l'efficacité d'une utilisation de médicaments antirétroviraux avant l'exposition pour éviter l'infection par le VIH. En 2010, une étude dans plusieurs pays portant sur des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a conclu que la prise quotidienne de comprimés antirétroviraux réduisait le risque de séropositivité de 44 %, tandis qu'une protection significativement plus importante était assurée à ceux qui suivaient rigoureusement le régime préventif quotidien<sup>43</sup>. En 2011, deux essais supplémentaires ont déterminé que ce type de prophylaxie préexposition quotidienne par voie orale, connue sous le nom de PrEP, réduisait la probabilité de transmission du VIH chez les adultes hétérosexuels de plus de 60 %.<sup>44, 45</sup>

### DES ESSAIS COMMUNAUTAIRES DE THÉRAPIE ANTIRÉTROVIRALE POUR RENFORCER LA PRÉVENTION

L'essai HPTN 052 a montré que la fourniture d'une thérapie antirétrovirale à des individus séropositifs réduit le risque de transmission sexuelle du VIH à un partenaire non infecté, et la modélisation mathématique indique que des bénéfices importants pour la prévention peuvent être attendus d'un élargissement de la fourniture de traitements antirétroviraux dans les communautés. Toutefois, les preuves épidémiologiques de cet impact au niveau de pays entiers peuvent ne pas apparaître clairement dans les données de surveillance nationales, car il peut être difficile de distinguer l'impact spécifique sur l'incidence du traitement antirétroviral de celui d'autres activités de prévention.

D'autres études sont nécessaires pour établir et quantifier sans ambiguïté l'effet du traitement antirétroviral sur l'incidence du VIH dans les communautés et les pays. Plusieurs études de ce type sont en cours de préparation, notamment l'étude « Population ART », qui devrait démarrer en 2012. Cette étude testera l'impact de stratégies de prévention combinées, associant un dépistage volontaire du VIH en « porte à porte » dans les communautés, la proposition d'une circoncision médicale aux hommes séronégatifs, et la proposition du démarrage immédiat d'une thérapie antirétrovirale (ART) à toutes les personnes séropositives dans les communautés en Zambie. Des études similaires sont prévues en Afrique du Sud, au Botswana et en Tanzanie.

Une nouvelle étude indique que la prophylaxie préexposition est efficace lorsqu'elle est appliquée localement sous forme de microbicide vaginal. En 2010, des chercheurs sud-africains ont signalé que le gel contenant 1 % de ténofovir réduisait le risque de transmission sexuelle entre homme et femme de 39 %, atteignant 54 % chez les femmes qui utilisaient le gel vaginal pour plus de 80 % de leurs rapports sexuels.<sup>46</sup>

Des essais en cours visent à confirmer les résultats des essais sud-africains, dans l'espoir de fabriquer un microbicide efficace qui serait largement disponible dès 2014. Des essais sont aussi en cours pour examiner l'efficacité d'une prophylaxie préexposition orale intermittente qui permettrait de prendre des comprimés à une fréquence inférieure à une fois par jour. Des études supplémentaires évaluent la sécurité à long terme de la prophylaxie antirétrovirale, la possibilité d'un accroissement des niveaux de résistance aux médicaments antirétroviraux entraîné par une telle

utilisation, et les avantages pour la population des programmes PrEP.

Bien que les résultats des essais de prophylaxie préexposition n'aient pas été aussi clairs en termes de prévention de la transmission que les résultats de l'utilisation de la thérapie antirétrovirale, la modélisation suggère qu'une intensification de ces nouvelles méthodes éviterait une part importante des infections accidentelles, ce qui accélérerait la baisse globale de l'incidence du VIH.<sup>47-49</sup>

## Recherche sur les vaccins

Si des efforts sont faits pour introduire de nouveaux outils de prévention du VIH, des investissements constants dans la recherche et le développement d'un vaccin préventif sont essentiels. En 2009, les résultats d'un grand essai communautaire mené en Thaïlande ont établi que les bénéficiaires d'un vaccin combiné avaient 31,2 % moins de risques sur 42 mois de devenir infectés que les participants à l'essai qui n'avaient pas reçu le vaccin<sup>50</sup>. Bien que ce niveau d'efficacité ne garantisse pas une homologation immédiate du vaccin, l'essai a démontré pour la première fois qu'un vaccin contre le VIH était réalisable. Des études sont en cours pour évaluer les effets de doses supplémentaires de vaccin pour renforcer l'immunité et déterminer si cette vaccination est également efficace contre les sous-types de VIH que l'on trouve en Afrique subsaharienne.

## Fournir une offre groupée mieux adaptée

Pour maximiser l'impact des initiatives de programme sur le sida et intégrer les innovations pour poursuivre la réduction du nombre d'infections et sauver des vies, il est nécessaire de mener des initiatives de programme fonctionnant en synergie. Les nouveaux progrès de la prévention du VIH apportent une protection partielle et leur adoption dépend du comportement des personnes concernées. La capacité à suivre un traitement, par exemple, est un facteur déterminant crucial pour savoir si un traitement antirétroviral va fonctionner et prévenir la transmission ou l'acquisition du VIH. De la même façon, les programmes de circoncision masculine seraient compromis s'ils aboutissaient à l'abandon de l'utilisation du préservatif. Heureusement à ce jour, cela n'a pas été observé dans les programmes de diffusion de la circoncision. De la même façon, la stigmatisation sociale peut irrémédiablement compromettre les efforts de lutte contre le VIH à tous les niveaux. Cela souligne la nécessité permanente d'avoir une combinaison d'approches, notamment des composantes biomédicales, comportementales et structurelles, toutes orientées vers les objectifs de réduction du risque de VIH et de réduction de la morbidité et de la mortalité.

## UNE MESURE DE L'INCIDENCE DOIT ÊTRE MISE EN PLACE D'URGENCE POUR ADOPTER DE MEILLEURES RIPOSTES AU VIH

La prévalence donne peu d'indications sur la dynamique contemporaine de la transmission du VIH ou les résultats des programmes de prévention. En effet, la prévalence mesure le nombre cumulé des victimes d'une épidémie, notamment le nombre de personnes ayant été infectées au cours des dernières années, et l'effet obtenu par la thérapie antirétrovirale en permettant aux personnes vivant avec le VIH de rester en vie plus longtemps. En revanche, l'incidence rend compte des changements en matière de transmission du VIH et des effets des programmes de prévention, notamment de l'impact des programmes de traitement antirétroviral. Actuellement, la plupart des données d'incidence sur l'ensemble d'une population sont dérivées de modèles mathématiques.

Comme l'a fait valoir la Commission de haut niveau de l'ONUSIDA pour la prévention du VIH en 2010, les « pays, donateurs, chercheurs et institutions multilatérales doivent passer des données de prévalence à l'évaluation de l'incidence pour les décisions politiques et l'évaluation de l'efficacité des programmes ». En effet, les investissements visant à réduire le nombre de nouvelles infections pourraient être davantage ciblés sur les programmes les plus efficaces si une méthode rapide, facile, valide et précise d'estimation de l'incidence parmi les populations était disponible.

Toutefois, malgré plus d'une décennie de développement de tests d'incidence, il n'existe toujours pas aujourd'hui d'évaluation validée de l'incidence pouvant être utilisée pour évaluer l'incidence au niveau de la population. Dans un monde où nous devons pouvoir évaluer rapidement les effets réels des différents programmes de prévention, le développement et la validation d'un test fiable de l'incidence sont fondamentaux. Un financement approprié doit être consacré à cet effort.

## **GAGNER LA COURSE CONTRE LE SIDA**

Les objectifs visionnaires adoptés lors de l'Assemblée générale des Nations Unies dans la Déclaration politique sur le VIH/sida de 2011 ont consacré un moment de vérité dans la riposte mondiale contre le sida. En s'unissant pour atteindre les objectifs fixés pour 2015, la communauté mondiale peut se rapprocher d'un monde avec « zéro nouvelles infections à VIH, zéro discrimination et zéro décès liés au sida ».

L'adoption d'une approche plus ciblée et plus stratégique contre le sida est primordiale pour y parvenir. Le monde parviendra à atteindre les objectifs pour 2015 si des investissements suffisants et stratégiques sont faits dans des programmes efficaces.

Il est maintenant grand temps d'agir, de traduire le discours d'engagement en des résultats significatifs et durables pour les populations. En mobilisant la volonté politique, en faisant preuve de solidarité et de détermination à l'échelle internationale, en améliorant l'utilisation stratégique des ressources et en déployant efficacement les outils disponibles, il sera possible de parvenir en 2015 à un monde en meilleure santé, plus juste et plus inclusif qu'aujourd'hui.

Les connaissances et les outils nécessaires pour éradiquer le sida existent. Les décisions prises aujourd'hui vont déterminer si l'on est vraiment au début de la fin du sida.



# Notes

1. Wang L et al. The 2007 Estimates for People at Risk for and Living with HIV in China: Progress and Challenges. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 50:414-418.
2. *Country report on the follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Jakarta, National AIDS Commission, Indonésie, 2008.
3. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2010.
4. Updated analyses based on Hallett TB et al. Assessing evidence for behaviour change affecting the course of HIV epidemics: a new mathematical modelling approach and application to data from Zimbabwe. *Epidemics*, juin 2009, 1(2):108-17.
5. Bello G et al. Evidence for changes in behaviour leading to reductions in HIV prevalence in urban Malawi. *Sexually Transmitted Infections* 2011, 87:296-300.
6. Jewkes RK et al. Intimate partner violence, power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa : a cohort study. *The Lancet*, 2010, 376:41-48.
7. Bailey RC et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial. *Lancet*, 2007, 369:643-656.
8. Gray RH et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial. *Lancet*, 2007 369:657-666.
9. Auvert B et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial. *PLoS Med*, 2005, 2:e298.
10. Auvert B et al. Effect of the Orange Farm (South Africa) male circumcision roll-out (ANRS-12126) on the spread of HIV. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment, and Prevention, Rome, 17-20 juillet 2011. Abstract No. WELBC02.
11. Progress in scale-up of male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa: focus on service delivery. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011.
12. Based on: Report of a Consensus Workshop: HIV Estimates and Projections for Cambodia, 2006 - 2012. National Center for HIV/AIDS, Dermatology and STD, Ministry of Health, Gouvernement royal du Cambodge. Phnom Penh, 2007.
13. Williams JR et al. Assessing the impact of a FSW targeted HIV intervention programme on incidence and prevalence in Cotonou, Benin. *Sexually Transmitted Infections*, juillet 2011, 87(Suppl 1)A46-A47 (De plus, nous remercions Michel Alary and Catherine Lowndes, Université Laval, Québec; Enias Baganizi, Honoré Meda, Marguerite Ndour et Isaac Minani, de Projets Sida-1-2-3 (funded by CIDA from 1993-2006); et tout le personnel du programme national de lutte contre le SIDA du Bénin pour la mise en œuvre de l'intervention et la réalisation des enquêtes sur le terrain).
14. Shaboltas A et al. HIV incidence, gender and risk behaviors differences in injection drug users cohorts, St. Petersburg, Russia. *XVIII International AIDS Conference, Vienna, Austria, 18-23 July 2010* (Abstract TUPE0331; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740055>, consulté le 15 octobre 2011).
15. Curtis M. *Delivering HIV care and treatment for people who use drugs: lessons from research and practice*. New York, Open Society Institute, 2006.
16. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New Eng J Med*, 2011, 365:493-505.
17. Dlodlo RA et al. Adult mortality in the cities of Bulawayo and Harare, Zimbabwe: 1979-2008. *Journal of the International AIDS Society*, 2011, 14(suppl 1):S2-S9. Jahn A et al. Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi. *Lancet*, 2008, 371:1603-1611. Reniers G et al. Steep declines in population level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Ababa. *AIDS*, 2009, 23:511-518. HERBST, Abraham J et al. Adult mortality and antiretroviral treatment roll-out in rural KwaZulu- Natal, South Africa. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*. [en ligne]. 2009, vol.87, n.10, p. 754-762.
18. Mathers BM et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet* 2008;372(9651):1733-45
19. *Country report on monitoring of the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS*. Téhéran, Gouvernement de la République islamique d'Iran, 2010 ([http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/iran\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/iran_2010_country_progress_report_en.pdf)).
20. Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use (2010) ([http://www.idurefgroup.org/results/Iran,+Islamic+Republic\\_compiled.pdf](http://www.idurefgroup.org/results/Iran,+Islamic+Republic_compiled.pdf)).

21. Shahbazi M et al. The trend of HIV/AIDS prevalence among IDU's in Iranian prisoners (1997-2007). *Retrovirology* 2010;7(Suppl 1):P101.
22. Analyse par l'ONUSIDA des résultats du logiciel Spectrum et des Enquêtes démographiques et de santé, données de programme et données comportementales communiquées par les pays.
23. Kenya AIDS Indicator Survey 2007 - Gouvernement du Kenya 2009 ([http://nascop.or.ke/library/3d/Official\\_KAIS\\_Report\\_20091.pdf](http://nascop.or.ke/library/3d/Official_KAIS_Report_20091.pdf)).
24. Painter TM et al. Women's reasons for not participating in follow up visits before starting short course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study. *BMJ* 2004;329(7465):543.
25. Turan J and al. HIV/AIDS Stigma and Refusal of HIV Testing Among Pregnant Women in Rural Kenya: Results from the MAMAS Study, *AIDS Behav* (2011) 15:1111-1120.
26. No vaccine, no cure: HIV and AIDS in the United Kingdom. House of Lord Select Committee on HIV and AIDS, septembre 2011 (<http://www.publications.parliament.uk/pa/ld201012/ldselect/ldaids/188/188.pdf>).
27. Geen J. Home HIV tests 'should be legalised'. *Pink News*, 11 octobre 2011 (<http://www.pinknews.co.uk/2011/10/11/home-hiv-tests-should-be-legalised/>).
28. Page Facebook d'iTEACH-SA (<http://www.facebook.com/pages/iTEACH-SA/98675643113?sk=info>).
29. Mavedzenge SN et al. HIV self-testing among health workers. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 ([http://libdoc.who.int/publications/2011/9789241501033\\_eng.pdf](http://libdoc.who.int/publications/2011/9789241501033_eng.pdf)).
30. Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS. Gaborone Government of Botswana, 2010 ([http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana_2010_country_progress_report_en.pdf)).
31. Time to act: save a million lives by 2015. Stop TB Partnership, Genève, programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, Organisation mondiale de la santé 2011.
32. Stop TB Department, Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011.
33. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: Recommendations for a public health approach (révision 2010). Genève, Organisation mondiale de la santé, 2010.
34. *TB Day Newsletter*. South African National AIDS Commission. March 2011. ([www.sanac.org.za/files/uploaded/6996\\_Newsletter\\_TB%20Day\\_Mar28\\_ALL.pdf](http://www.sanac.org.za/files/uploaded/6996_Newsletter_TB%20Day_Mar28_ALL.pdf))
35. Schwartlander B et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *The Lancet*, 2011, 377:2031-2041.
36. Kim J et al. *Developing an integrated model for post-rape care and HIV post-exposure prophylaxis in rural South Africa*. New York, Population Council, novembre 2007.
37. Kesho Bora Study Group. Triple-antiretroviral prophylaxis during pregnancy and breastfeeding compared to short-ARV prophylaxis to prevent mother-to-child transmission of HIV-1: the Kesho Bora randomized controlled trial in five sites in Burkina Faso, Kenya and South Africa. 5e conférence de l'IAS sur la pathogenèse, le traitement et la prévention du VIH, Le Cap, 19-22 juillet 2010.
38. Pregnancy and Childbirth, Centers for Disease Control and Prevention, 2007 (<http://www.cdc.gov/hiv/topics/perinatal/index.htm>).
39. Progress report of the national response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS, Botswana National AIDS Coordinating Agency, 2010 ([http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana\\_2010\\_country\\_progress\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/botswana_2010_country_progress_report_en.pdf)).
40. Gray R et al. The contribution of HIV-discordant relationships to new HIV infections in Rakai, Ouganda (lettre de recherche). *AIDS*, 2011, 25:863-865.
41. Eyawo O et al. HIV status in discordant in sub-Saharan Africa: a systematic review and metaanalysis. *Lancet Inf Dis*, 2010, 10:770-777.
42. Dunkle KL et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *The Lancet*, 2008, 371:2183-2191.
43. Grant RM et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New Eng J Med*, 2010, 363:2587-2599.
44. Pivotal study finds that HIV medications are highly effective as prophylaxis against HIV infection in men and women in Africa [communiqué de presse], University of Washington International Clinical Research Center, 2011 ([http://depts.washington.edu/uwicrc/research/studies/files/PrEP\\_PressRelease-UW\\_13Jul2011.pdf](http://depts.washington.edu/uwicrc/research/studies/files/PrEP_PressRelease-UW_13Jul2011.pdf)).
45. CDC Trial and another major study find PrEP can reduce risk of HIV infection among heterosexuals [press release], Centers for Disease Control and Protection, 2011. (<http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/PrEPHeterosexuals.html>).
46. Karim QA et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 2010, 329:1168-1174.
47. Smith RJ et al. Evaluating the potential impact of vaginal microbicides to reduce the risk of acquiring HIV in female sex workers. *AIDS*, 2005, 19:413-421.
48. Pretorius C et al. Evaluating the costeffectiveness of pre-exposure prophylaxis (PrEP) and its impact on HIV-1 transmission in South Africa. *PLoS ONE*, 2010, 5:e13646.
49. Foss A et al. Modeling the potential impact on HIV transmission of rectal microbicide use by men who have sex with men, and the effects of condom substitution. 18e conférence internationale sur le sida, Vienne, 18-23 juillet 2010.
50. Rerks-Ngarm S et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *New Eng J Med*, 2009, 361:2209-2220.





**ONUSIDA**  
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR  
UNICEF  
PAM  
PNUD  
UNFPA  
UNODC  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANQUE MONDIALE

20 Avenue Appia  
CH-1211 Genève 27  
Suisse

+41 22 791 36 66

[unaids.org](http://unaids.org)