

ONUSIDA 2015 | RÉFÉRENCE

ACCÉLÉRER LA PRÉVENTION COMBINÉE

AFIN DE RÉDUIRE LES NOUVELLES INFECTIONS PAR LE VIH À MOINS DE 500 000 D'ICI À 2020

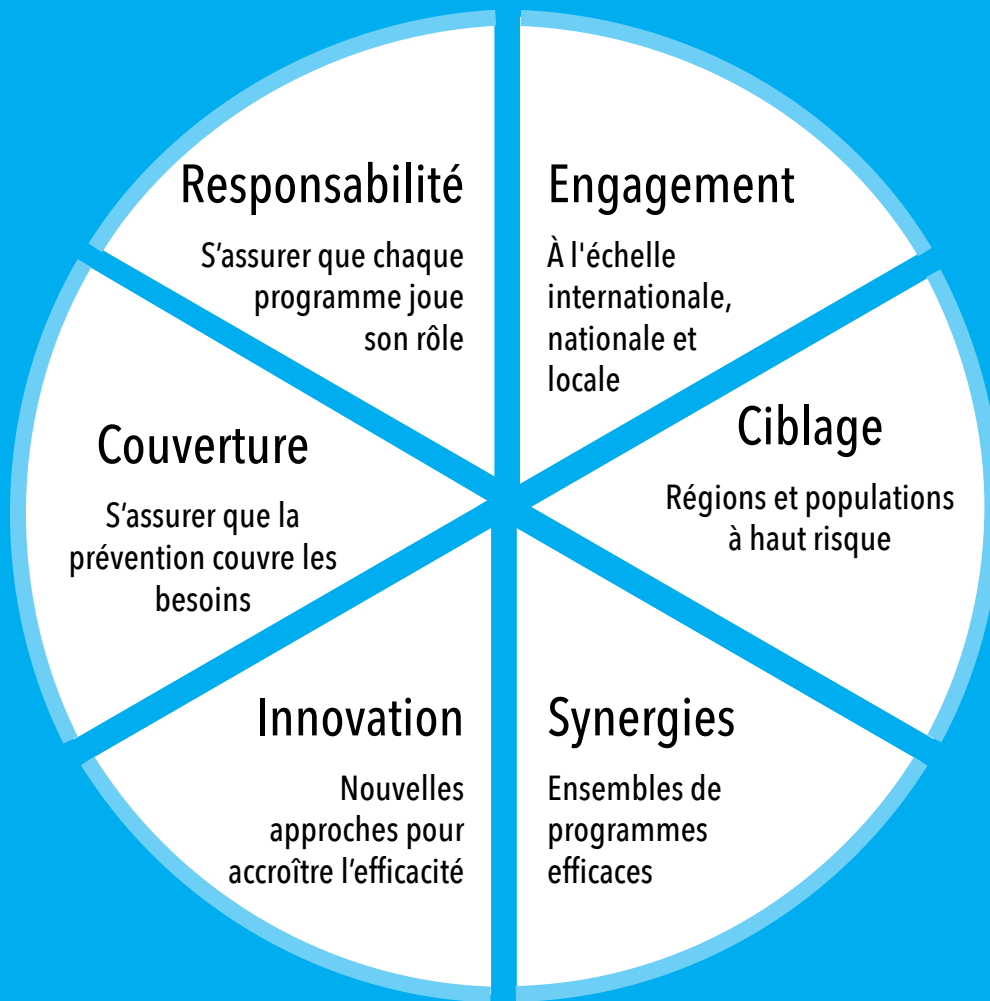
Copyright © 2015
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations figurant dans la présente publication sont complètes et correctes, et ne pourra être tenue pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

ONUSIDA/JC2766F

CONTENU

| | |
|--|----|
| Points principaux | 3 |
| Introduction : pourquoi accélérer la prévention combinée du VIH maintenant ? | 4 |
| I. S'engager à faire en sorte que la prévention et le traitement du VIH fonctionnent ensemble | 7 |
| Renouveler l'engagement national en faveur de la prévention du VIH | 7 |
| II. Se concentrer sur les lieux, populations et programmes adéquats pour optimiser les impacts | 11 |
| Se concentrer sur les lieux stratégiques | 11 |
| Se concentrer sur les populations prioritaires | 14 |
| Se concentrer sur les programmes à fort impact | 17 |
| III. Synergies : définir des ensembles de programmes efficaces | 23 |
| Ensembles de services de prévention du VIH destinés aux jeunes femmes et à leurs partenaires masculins | 23 |
| Ensembles de mesures de prévention du VIH adaptées aux populations clés | 25 |
| IV. Innovation : utiliser de nouvelles approches pour accroître l'efficacité de la prévention | 29 |
| La PrEP passe d'essais fructueux à l'impact à grande échelle | 29 |
| Utilisateurs potentiels de la PrEP | 30 |
| La circoncision masculine se développe grâce à des changements sociaux et des nouvelles technologies | 30 |
| Les transferts d'argent peuvent aider les jeunes femmes à éviter les comportements à risque | 31 |
| Médias sociaux numériques : un nouvel outil pour soutenir les programmes à fort impact | 32 |
| Les nouveaux tests de dépistage du VIH transforment les modèles de prestation de service | 33 |
| Innovation dans les programmes sociaux et de santé plus larges | 33 |
| V. Couverture et intensité : veiller à ce que la prévention couvre les besoins | 35 |
| La prévention du VIH fonctionne lorsqu'elle a lieu à grande échelle et de manière intensive | 35 |
| VI. Responsabilité : veiller à ce que chaque programme joue son rôle et obtienne le soutien dont il a besoin | 41 |
| Cadre de responsabilisation | 43 |
| Conclusion | 45 |
| Abréviations | 46 |
| Références | 47 |



POINTS PRINCIPAUX

- Afin de réduire les nouvelles infections par le VIH à l'échelle mondiale à moins de 500 000 d'ici à 2020, étape à franchir pour mettre fin à l'épidémie de VIH en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030, nous devons accélérer la riposte, **y compris par le renouvellement des engagements en faveur des programmes de prévention du VIH, la poursuite de leur financement et l'intensification de leur mise en œuvre.**
- **L'épidémie de VIH est principalement soutenue par des poches de taux élevés de transmission. C'est là que doivent être concentrés les efforts de prévention du VIH.** Elles comprennent des populations clés (en particulier des professionnels du sexe incluant des femmes, des hommes et des transsexuels, ainsi que leurs clients, des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des consommateurs de drogues injectables) et, surtout en Afrique orientale et australe, de jeunes femmes et leurs partenaires sexuels masculins plus âgés.
- **Aucune mesure de prévention du VIH ne peut à elle seule arrêter l'épidémie.** La réalisation des objectifs ambitieux fixés pour 2020 et 2030 exige des programmes ciblés, **combinant des interventions de prévention du VIH à fort impact qui ont fait leurs preuves.** Celles-ci comprennent la distribution de préservatifs, le traitement antirétroviral (ART) immédiat et la prophylaxie préexposition (PrEP). Des outils supplémentaires sont nécessaires pour certaines populations et régions, tels que des programmes de réduction des préjudices pour les consommateurs de drogues injectables (programmes prévoyant le remplacement des aiguilles et seringues ainsi qu'une thérapie de substitution aux opiacés) et de circoncision volontaire médicalisée pour les hommes en Afrique orientale et australe.
- **La saturation des programmes de prévention du VIH dans certaines régions et pour certaines populations clés** est nécessaire pour que la prévention du VIH soit assurée à l'échelle appropriée à l'endroit et à l'égard de ceux pour qui elle fera la plus grande différence.
- Plus que jamais, **la prévention et le traitement du VIH doivent aller de pair** pour toutes les dimensions des programmes, y compris la prestation de services, la génération de demande et le soutien de l'adhésion au traitement.
- **La poursuite de l'innovation est essentielle.** Des améliorations sont notamment nécessaires sur le plan technologique (meilleurs préservatifs, nouveaux instruments de circoncision, médicaments antirétroviraux à action prolongée) et sur le plan de l'exécution des programmes (extension des services communautaires, génération de demande et soutien de l'adhésion au traitement, meilleure intégration avec les autres services de santé et exploitation des nouveaux médias).
- **Une coordination systématique et bien gérée est essentielle pour progresser rapidement.** Les communautés, les décideurs, les fournisseurs et les donateurs doivent collaborer pour atteindre 75 % de réduction des nouvelles infections parmi les populations les plus touchées.

INTRODUCTION : POURQUOI ACCÉLÉRER LA PRÉVENTION COMBINÉE DU VIH MAINTENANT ?

La dernière décennie a transformé notre approche du VIH. Les décès liés au SIDA ont diminué, en grande partie grâce à un traitement accessible et abordable dans les pays les plus durement touchés par le virus. Le nombre de nouvelles infections par le VIH a également diminué dans de nombreux pays (1). Bien que les causes de cette diminution de l'incidence soient nombreuses, le traitement antirétroviral a certainement commencé à y contribuer, en réduisant la charge virale et, par conséquent, le risque de transmission (2). Ces progrès ont stimulé le débat sur la possibilité de mettre fin aux nouvelles infections par le VIH, ce qui était inimaginable il y a encore peu de temps.

Nous pouvons réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 en 2020 et moins de 200 000 en 2030, ce qui mettrait fin à l'épidémie de SIDA en tant que menace pour la santé publique. Par rapport à une base de référence de 2010, ces chiffres représenteraient une réduction de 75 % des nouvelles infections par le VIH d'ici à 2020 et de 90 % d'ici à 2030 (3). La réalisation de ces objectifs exige une prévention du VIH ciblée et à fort impact, un dépistage accéléré, un traitement et le maintien des soins associés, des programmes de lutte contre la discrimination et un engagement indéfectible au respect, à la protection et à la promotion des droits de l'homme.

Les baisses de la prévalence du VIH chez les jeunes dans de nombreux pays reflètent en partie le succès des programmes de prévention du VIH. Les enquêtes menées auprès de la population indiquent une augmentation de l'âge pour le premier rapport sexuel et une diminution du nombre de partenaires au Kenya, en République-Unie de Tanzanie, au Zimbabwe et dans d'autres pays (4). Plusieurs pays qui ont vu cette baisse des infections déclarent également une augmentation de l'utilisation du préservatif chez les jeunes.

Des baisses importantes de l'incidence du VIH ont été constatées dans de nombreux pays durement touchés, mais elles ne sont pas universelles. Chez les jeunes femmes, elle reste élevée dans certains pays d'Afrique orientale et australe. Elle l'est également au sein des populations clés, en particulier chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dans de nombreux endroits à l'échelle mondiale et au sein d'autres groupes vulnérables dans certains pays et contextes locaux (5).

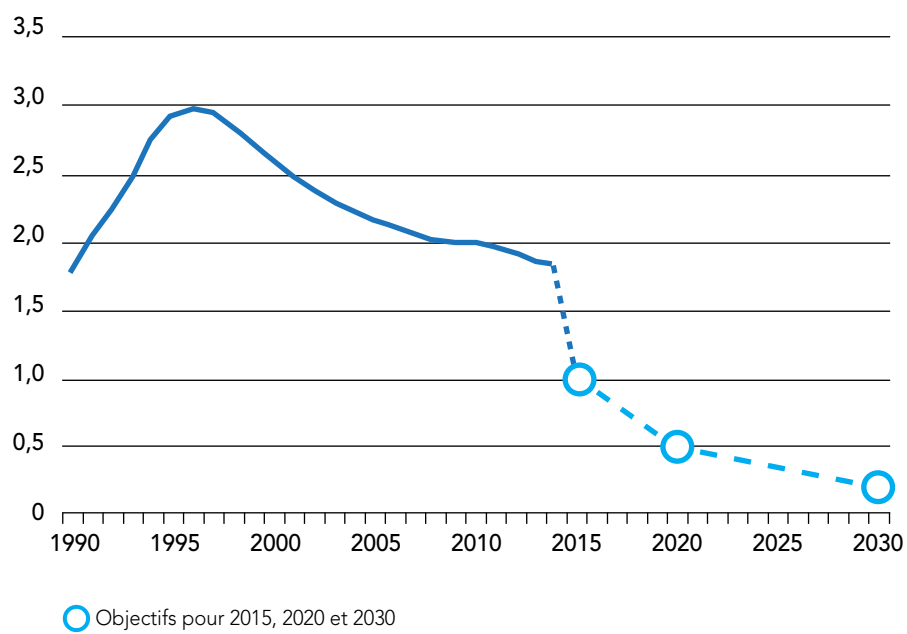
Dans l'ensemble, le rythme actuel des progrès est trop lent pour atteindre l'objectif de 500 000 d'ici à 2020 (Figure 1). Plusieurs éléments essentiels de la prévention du VIH doivent être renforcés, adaptés aux épidémies locales et intensifiés plus rapidement pour réduire l'incidence à 500 000 ou moins d'ici à 2020. Le présent document examine six éléments des efforts de prévention du VIH qui sont essentiels pour atteindre cet objectif : engagement, ciblage, synergies, innovation, couverture et responsabilité.

Le présent document met l'accent sur la prévention des infections par le VIH chez les jeunes et les adultes, car la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) a déjà été traitée en détail dans des documents mondiaux distincts (6).

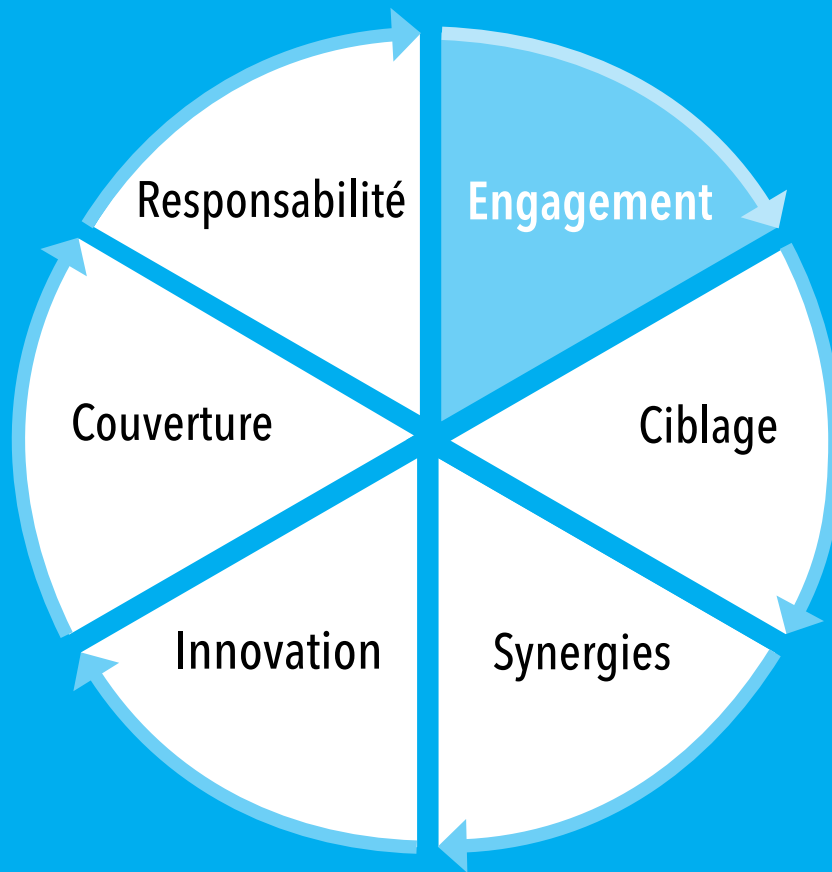
Mettre fin à l'épidémie de SIDA en tant que menace pour la santé publique d'ici à 2030 est possible.

Nouvelles infections par le VIH chez les adultes (> 15 ans) (millions)

Figure 1. Les nouvelles infections par le VIH chez les jeunes et les adultes (de plus de 15 ans) ont baissé de moins de 10 % entre 2010 et 2014



Source : élaborée pour cette publication sur la base des estimations mondiales 2015 de l'ONUSIDA sur le VIH.



I. S'ENGAGER À FAIRE EN SORTE QUE LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DU VIH FONCTIONNENT ENSEMBLE

La réalisation du nouvel objectif de prévention du VIH de 2020, fixé à moins de 500 000 nouvelles infections par le VIH au niveau mondial, requiert le **renouvellement des engagements à l'échelle internationale, nationale et locale** en faveur de programmes de prévention combinée du VIH stratégiques et adaptés, avec des financements adéquats.

Renouveler l'engagement national en faveur de la prévention du VIH

L'engagement est la clé du succès des actions nationales de prévention du VIH parce que la prévention du virus nécessite à la fois des services robustes et des changements dans les normes sociales liées à des questions telles que les droits des populations clés, l'autonomisation des jeunes femmes et l'acceptabilité de services aussi divers que la mise à disposition de préservatifs et d'aiguilles propres, et la circoncision masculine volontaire médicalisée.

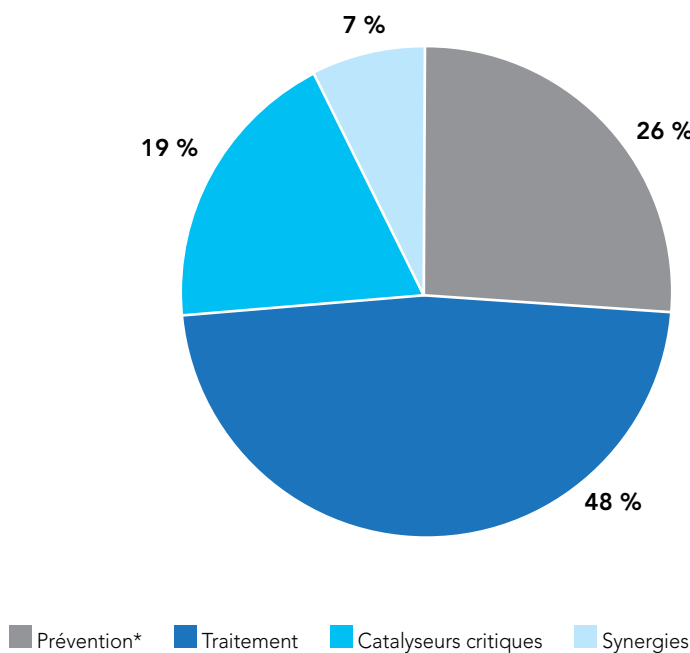
L'engagement en faveur d'une stratégie nationale de prévention du VIH nécessite des éléments précis. Les décideurs ont besoin de programmes d'investissement clairs et efficaces, qu'ils peuvent étudier. Les pays doivent s'engager en faveur de priorités et d'actions programmatiques spécifiques. L'engagement doit mobiliser une masse critique par des actions spécifiques, concrètes et publiques de dirigeants. Cela doit avoir lieu aussi bien à l'échelle nationale que locale, avec des acteurs clés des secteurs de la santé et d'autres secteurs qui œuvrent ensemble.

L'engagement financier d'aujourd'hui en faveur de la prévention du VIH est porteur d'économies pour l'avenir. Chaque nouvelle infection par le VIH qui sera évitée réduira le coût des traitements et des soins futurs. Selon une modélisation effectuée par l'ONUSIDA, près de 25 % des investissements futurs dans la lutte contre le VIH devront être réalisés dans des actions de prévention combinée du VIH efficaces et les 75 % restants dans les traitements et les catalyseurs critiques, afin d'atteindre les objectifs 90-90-90¹ et de réduire de 75 % les nouvelles infections par le VIH (figure 2) (7). Les dotations optimales varient d'un pays à un autre, mais, sans le soutien et l'intensification de programmes bien ciblés de prévention du VIH, les objectifs de prévention et de traitement fixés pour 2020 ne seront pas atteints. Le traitement contribue à la réalisation des objectifs de prévention du VIH en réduisant la charge virale et la transmission du virus. Les programmes de prévention contribuent à la réalisation des objectifs 90-90-90 de diverses manières. La communication sur la prévention stimule la demande pour le dépistage, tandis que les programmes de prévention communautaires peuvent de plus en plus intégrer la génération de demande pour le traitement antirétroviral précoce et le soutien de l'adhésion au traitement pour les personnes vivant avec le VIH.

¹ Dans le cadre de l'approche Fast-Track, l'ONUSIDA a fixé les objectifs de traitement « 90-90-90 » : 90 % des personnes vivant avec le VIH seront au courant de leur séropositivité, 90 % des personnes qui seront informées de leur séropositivité seront sous traitement antirétroviral et 90 % des personnes sous traitement auront une charge virale inhibée.

Figure 2. Un portefeuille équilibré et efficace de réponses au SIDA : estimation de l'investissement nécessaire d'ici à 2020

Besoin total approche Fast-Track d'ici à 2020 : 31,9 milliards de dollars US

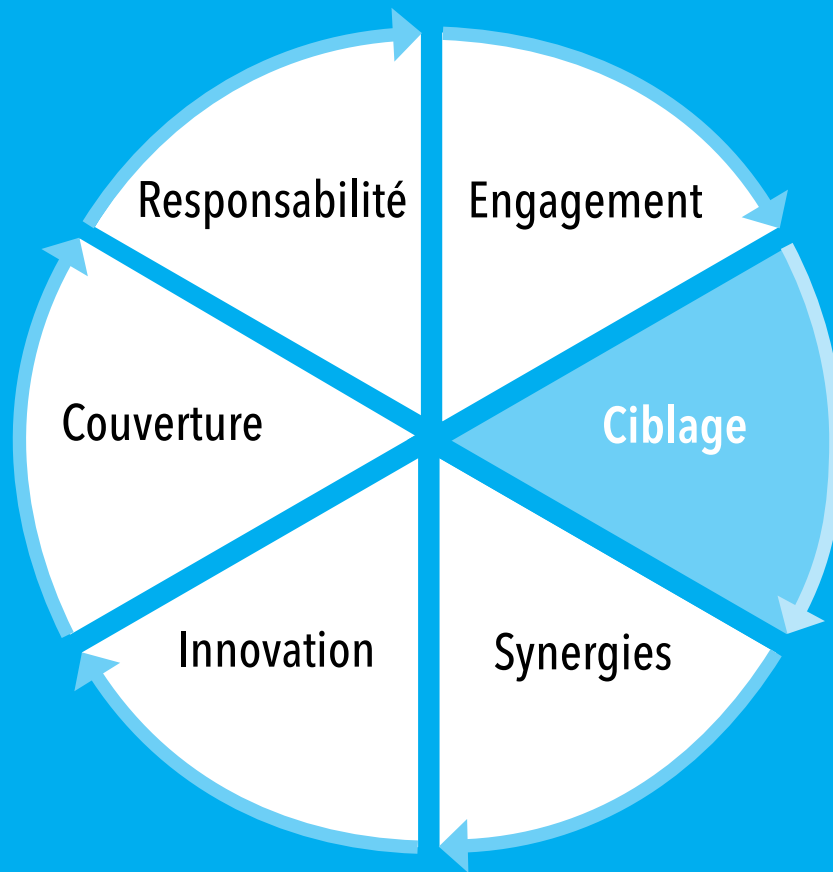


* Inclut la PrEP et une petite dotation aux transferts d'argent

Source : modélisation de l'ONUSIDA, 2014.

L'engagement personnel des dirigeants à servir de modèle et à mener des activités de plaidoyer peut transformer les critères des personnes.

La prévention du VIH a besoin du soutien des dirigeants politiques et religieux ainsi que des modèles influents du monde des arts, de la musique, du commerce, des médias et des sports. Ces chefs de file peuvent sensibiliser les communautés et influencer les normes relatives à la prévention du VIH, y compris l'utilisation du préservatif, la prophylaxie préexposition (PrEP), la circoncision volontaire médicalisée et le traitement précoce. Certaines actions précédentes de plaidoyer pour la prévention du VIH ne comprenaient que des événements spéciaux ponctuels à court terme. Ce qu'il faut maintenant, ce sont des conseils techniques et stratégiques en continu pour les dirigeants, afin de les tenir informés des développements scientifiques et des besoins de communication prioritaires sur la prévention, en particulier à l'échelle nationale et locale.



II. SE CONCENTRER SUR LES LIEUX, POPULATIONS ET PROGRAMMES ADÉQUATS POUR OPTIMISER LES IMPACTS

Pour optimiser les effets et tirer le meilleur parti des ressources, des actions de prévention du VIH à fort impact, qui ont fait leurs preuves en la matière, doivent être menées sur les lieux stratégiques et auprès des populations prioritaires.

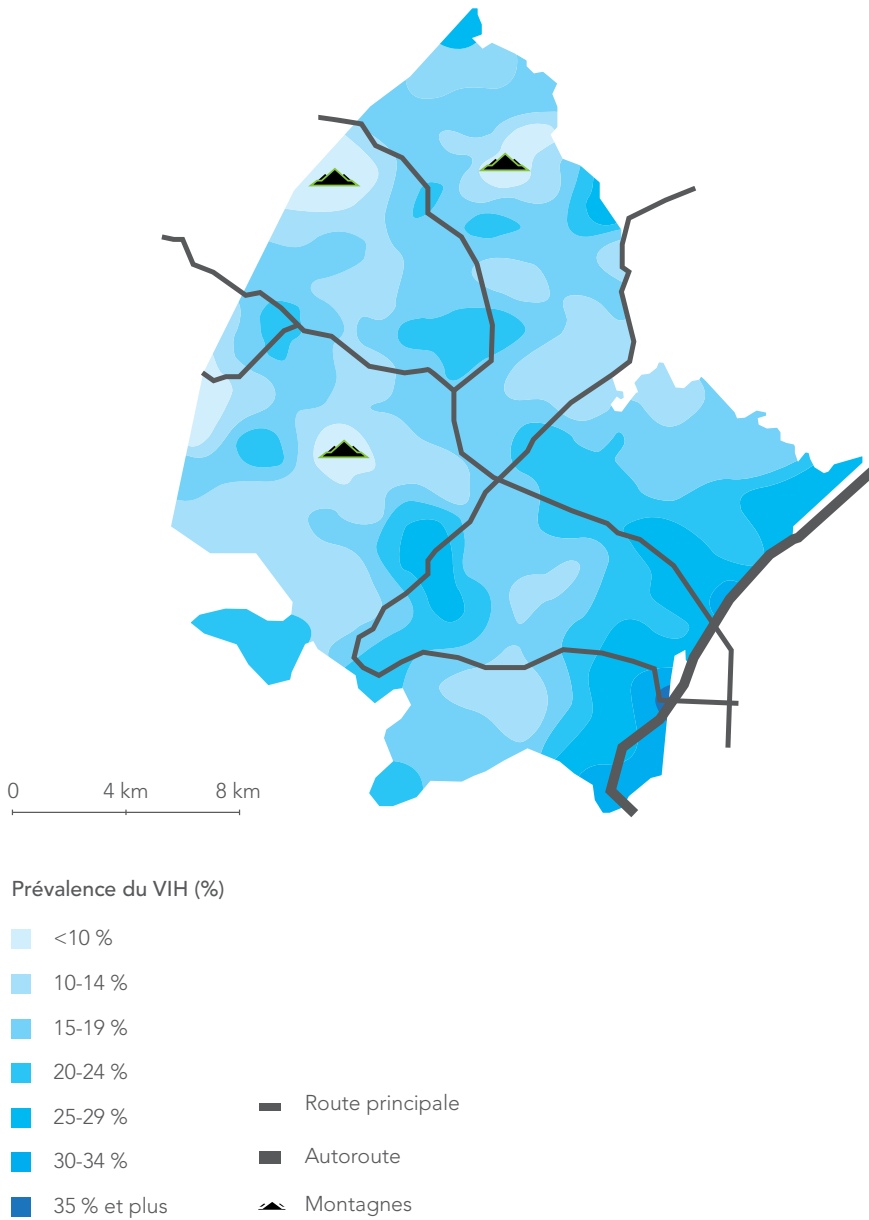
Se concentrer sur les lieux stratégiques

Les ressources de prévention doivent être davantage axées sur les zones géographiques à haut risque.

La plupart des épidémies de VIH sont d'origine diverse. Même dans les pays d'Afrique australe à très forte prévalence du VIH, le risque varie selon le lieu. Par exemple, au Mozambique, la carte de la prévalence du VIH indique la plus forte densité de personnes vivant avec le VIH dans les districts longeant les axes de transport et dans les grands ports maritimes des provinces centrales et méridionales. Dans le KwaZulu-Natal, province ayant la plus forte prévalence du VIH en Afrique du Sud, le risque n'est pas réparti uniformément dans toute la région (figure 3) ni entre les populations ou groupes d'âges (8). Les épidémies de VIH parmi les populations clés sont généralement concentrées dans les zones urbaines et d'autres zones géographiques spécifiques. Au Burkina Faso, par exemple, la prévalence du VIH est la plus forte dans les trois plus grandes villes et elle l'est beaucoup plus parmi certains groupes de populations clés. En dehors de ces grandes zones urbaines, la prévalence du VIH est généralement faible, sauf le long de deux grandes routes commerciales vers les pays voisins (9).

Par conséquent, les ressources de prévention du VIH doivent être davantage axées sur les zones géographiques à haut risque. Une modélisation récente indique qu'au Kenya, une combinaison de méthodes de prévention uniformément répartie pourrait réduire de 40 % les nouvelles infections par le VIH sur 15 ans. Toutefois, une réduction supplémentaire de 14 % pourrait être obtenue avec une stratégie de prévention axée, avec les mêmes ressources budgétaires, sur les personnes et les zones géographiques les plus vulnérables (figures 4 et 5) (10). L'Inde a appliqué le principe de la hiérarchisation géographique et des populations dans le cadre de ses efforts de prévention et, en conséquence, a vu une nette diminution des nouvelles infections entre 2000 et 2010 (11).

Figure 3. Pôles à faible ou forte prévalence du VIH dans une partie du nord de la province du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud



Source : Tanser et al, 2009 (2). Image transformée par l'ONUSIDA.

Figure 4. Estimation des nouvelles infections par le VIH chez les femmes dans la population générale, par comté, Kenya, 2011

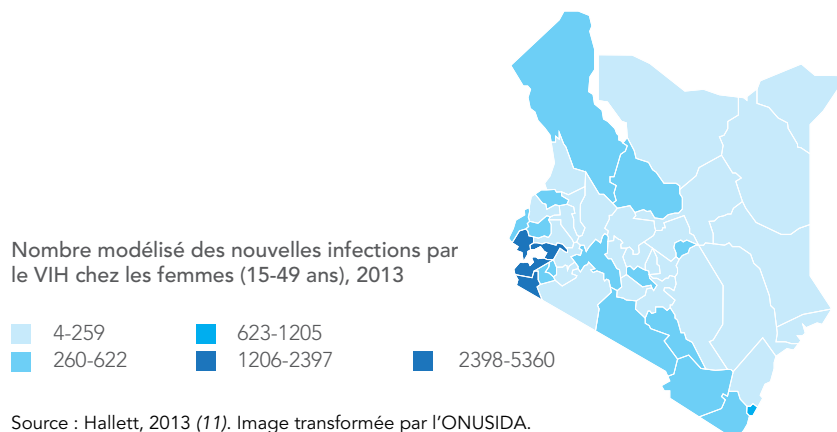
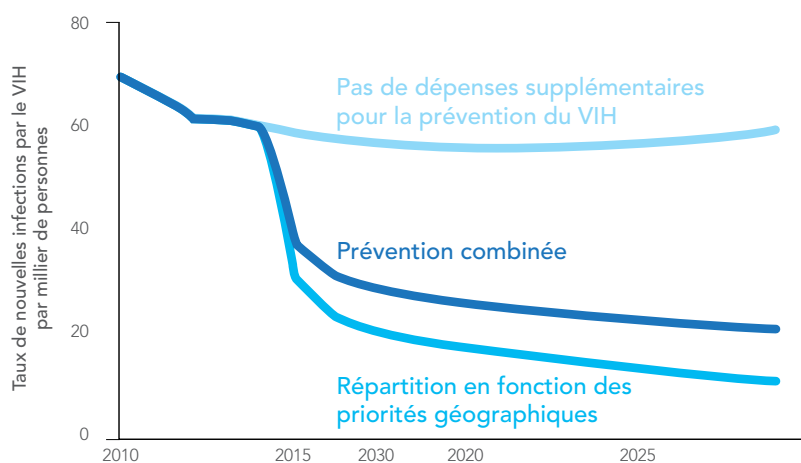


Figure 5. Impact de l'établissement des priorités du programme en fonction de la répartition des nouvelles infections par le VIH, Kenya



Remarque : nombre prévu de nouvelles infections au fil du temps à l'échelle nationale pour un scénario sans dépenses supplémentaires sur le VIH, un scénario de prévention combinée et un scénario de prévention combinée avec répartition en fonction des priorités géographiques.

Source : Hallett, 2013 (12).

En axant les programmes de prévention du VIH sur les personnes les plus vulnérables et les lieux stratégiques, il est possible d'accroître l'impact de la prévention sans pour autant augmenter les dépenses. Pour ce faire, il faut toutefois non seulement intensifier les programmes là où ils sont le plus nécessaires, mais aussi réduire les dépenses là où ils le sont moins. La réorientation des programmes peut s'avérer difficile sur le plan politique, en particulier lorsque l'épidémie reste perçue comme affectant tout le monde

et que les ressources sont réparties de façon uniforme. Pour cette raison, les analyses d'incidence ventilées par zone géographique, population et mode de transmission sont essentielles pour justifier la réorientation des ressources afin de réduire davantage l'incidence du VIH.

Selon les prévisions, en 2030, 60 % de la population mondiale vivra dans les villes, soit deux fois plus qu'en 1950. Les zones urbaines assument une part importante de la charge mondiale du VIH. Outre leur population très dense, les villes sont généralement peuplées de nombreuses personnes faisant partie des populations clés à haut risque d'infection par le VIH, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et les consommateurs de drogues injectables. Par conséquent, dans les pays à faible prévalence où l'épidémie est concentrée sur les populations clés, ainsi que dans les pays à forte prévalence, une prévention efficace, comprenant de nouveaux programmes pour atteindre rapidement une large couverture dans les villes, est cruciale pour les résultats nationaux. Ces programmes urbains peuvent constituer le point de départ de programmes nationaux déployés dans les villes et les zones rurales. Par ailleurs, étant donné que les épidémies peuvent varier considérablement d'une ville à une autre, un ciblage encore plus précis peut s'avérer nécessaire. Par exemple, en Afrique du Sud, l'incidence du VIH dans les zones urbaines informelles est près de 2,5 fois plus forte que dans les autres zones urbaines, où l'incidence du VIH n'est que légèrement supérieure à celle des zones rurales (5).

Se concentrer sur les populations prioritaires

Les programmes de prévention du VIH sont plus efficaces lorsqu'ils couvrent les groupes sociaux, d'hommes et de femmes, et d'âges présentant les taux les plus élevés d'incidence du VIH et le plus grand nombre de nouvelles infections par le VIH, tout en étant adaptés à leur contexte socioculturel. Dans toutes les situations, les programmes doivent définir les populations prioritaires sur la base d'analyses régulières des données épidémiologiques et sociodémographiques permettant de déterminer les groupes de populations les plus touchés et leur taille. En outre, ces populations doivent être impliquées dans la création, la mise en œuvre et le suivi des programmes de prévention du VIH.

Pour la plupart des épidémies, les populations prioritaires comprennent une combinaison de populations clés (professionnels du sexe, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, transsexuels, personnes en prison ou autre environnement fermé, consommateurs de drogues injectables) et d'autres populations spécifiques du pays. Dans les pays et les zones infranationales à forte prévalence, principalement en Afrique subsaharienne, les populations prioritaires vont au-delà de ces populations clés ; elles comprennent des femmes et des hommes de groupes d'âge et de lieux spécifiques (voir ci-dessous).

Les programmes de prévention du VIH sont plus efficaces et plus rentables lorsqu'ils couvrent les populations prioritaires avec des prestations sur mesure.

Les priorités établies pour la répartition des ressources entre les populations prioritaires doivent tenir compte des différences dans les modèles comportementaux qui déterminent l'effet domino de la prévention d'une infection (13). Par exemple, une nouvelle infection chez les professionnels du sexe ou les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels est beaucoup plus susceptible d'engendrer un grand nombre d'autres nouvelles infections qu'une nouvelle infection transmise par un client des professionnels du sexe à son partenaire habituel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels. Par conséquent, la prévention sera plus efficace si les nouvelles infections peuvent être réduites au sein de ces populations prioritaires qui sont impliquées dans la plupart des cas de transmission, car le fait d'éviter ces nouvelles infections aura un impact positif indirect sur tous les groupes de populations.

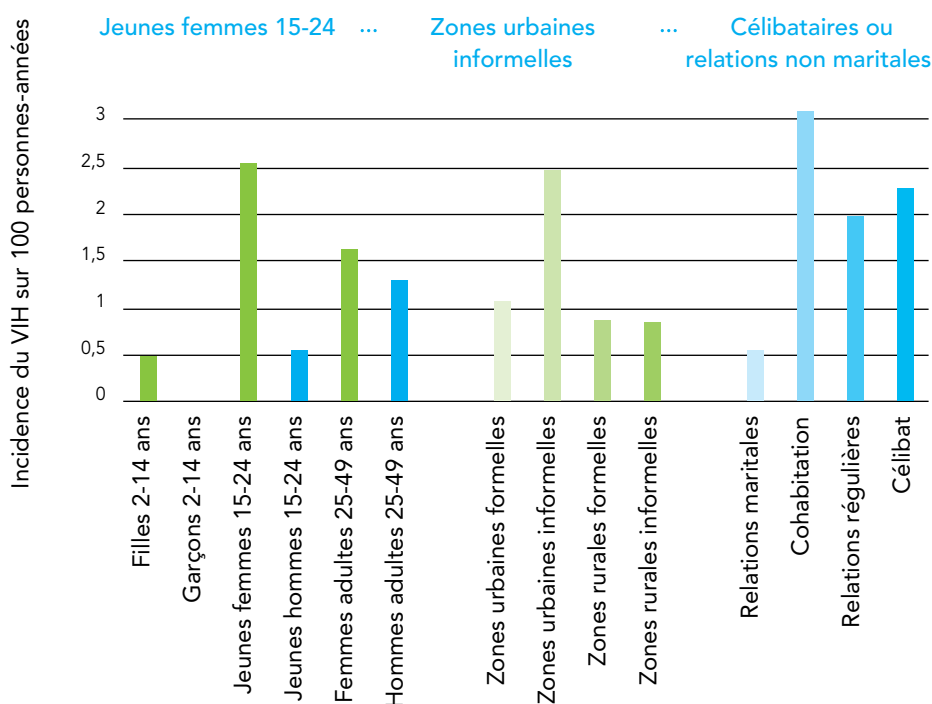
Cela signifie qu'il faut intensifier au maximum la sensibilisation communautaire et la génération de demande pour les groupes de population prioritaires au cœur des réseaux sexuels dans les zones à forte prévalence du VIH, des populations clés et des personnes vivant avec le VIH et diagnostiquées. Il a été estimé récemment qu'à Kisumu, au Kenya (bien que les infections par le VIH se produisant directement dans les lieux de prostitution soient minoritaires), les deux tiers des nouvelles infections sont imputables à la prostitution. En effet, chaque infection dans un lieu de prostitution engendre un grand nombre d'infections ultérieures (14).

Au fil du temps, pour certaines épidémies affectant des populations clés, l'importance relative des populations peut varier. Par exemple, en Ukraine, la prévalence du VIH et les nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués chez les femmes adultes dans les régions à forte prévalence du VIH ont continué à augmenter alors que l'épidémie s'était stabilisée parmi les consommateurs de drogues injectables (15). On peut en conclure que la transmission aux partenaires sexuels des consommateurs de drogues injectables est devenue une source importante de nouvelles infections. Dans de tels cas, les services destinés aux populations clés doivent rester la priorité absolue, mais il faut également assurer l'accès de leurs partenaires sexuels aux services de prévention, de dépistage et de traitement.

Dans les pays à forte prévalence du VIH, en particulier en Afrique orientale et australe, les programmes doivent fortement mettre l'accent sur les jeunes femmes et leurs partenaires masculins, mais continuer à inclure les populations clés telles que les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. L'incidence du VIH reste forte chez les femmes de 15 à 24 ans dans certains pays de l'Afrique orientale et australe, ainsi que chez les femmes un peu plus jeunes ou plus âgées dans certains de ces pays. En raison du profil démographique des pays à forte incidence, les femmes de 15 à 29 ans représentent une grande part de la population féminine vulnérable au VIH. Dans ces pays, l'incidence du VIH chez les hommes a tendance à culminer chez les hommes de 20 à 39 ans, ainsi que chez les hommes plus âgés dans certains pays (5). En outre, certains groupes professionnels tels que les mineurs mobiles, les agriculteurs, les commerçants transfrontaliers et les agents en uniforme sont très vulnérables et ont particulièrement besoin d'attention.

La recherche des points d'intersection entre les modèles de risque est un bon moyen d'utiliser des données pour identifier les personnes qui ont le plus besoin d'attention. La figure 6 en donne un exemple. L'examen simultané des différences en matière de risque selon l'âge et le sexe, le lieu de résidence et la situation de famille donne un bon aperçu des personnes les plus vulnérables en Afrique du Sud : les jeunes femmes et leurs partenaires adultes de sexe masculin, les populations des zones urbaines informelles et les personnes célibataires ou ayant des relations non maritales. Ces informations sur les taux d'incidence du VIH doivent être triangulées avec d'autres données, telles que le nombre absolu de nouvelles infections dans ces groupes et les comportements à risque.

Figure 6. Utilisation des données d'incidence du VIH pour identifier les populations à haut risque en Afrique du Sud



Source : Shisana et al, 2014 (5).

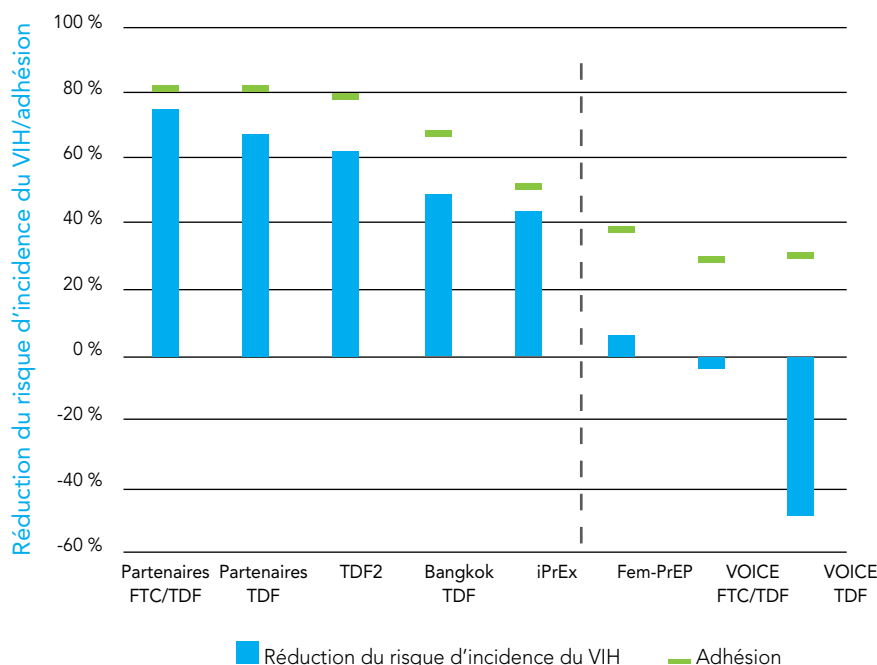
Se concentrer sur les programmes à fort impact

Plusieurs méthodes de prévention du VIH ont démontré leur efficacité lors de leur utilisation systématique, mais aucune ne permet à elle seule d'arrêter l'épidémie. Des combinaisons de mesures de prévention sont nécessaires. Des environnements différents et des populations différentes requièrent des combinaisons de mesures différentes. Le meilleur impact de la prévention du VIH découle de l'offre d'un ensemble de mesures soigneusement sélectionnées en fonction de la situation épidémique et de la population.

Le préservatif reste le seul outil disponible pour une triple protection contre le VIH, les autres IST et les grossesses non souhaitées. Selon les résultats d'une étude approfondie portant sur les couples sérodifférents, dans lesquels l'un des partenaires est infecté par le VIH et l'autre ne l'est pas, l'utilisation correcte et systématique du préservatif réduit considérablement le risque de transmission du VIH de l'homme à la femme et inversement (16). Des études en laboratoire montrent que les préservatifs masculins en latex sont imperméables aux agents infectieux des liquides génitaux (17). La promotion du préservatif auprès des professionnelles du sexe a eu des effets considérables sur de nombreuses épidémies. Cet impact a été bien documenté en Thaïlande (18) et dans diverses communautés de l'Inde (19). Au Zimbabwe (20) et en Afrique du Sud (21), deux pays à forte prévalence, il a été constaté que l'usage accru du préservatif avait contribué à réduire l'incidence du VIH. Parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'utilisation du préservatif réduit manifestement le risque de transmission du VIH lors de rapports anaux, et l'utilisation de lubrifiants compatibles avec les préservatifs réduit le risque de défaillance du préservatif (22).

Les médicaments antirétroviraux permettent d'éviter et de traiter le VIH. Selon une étude portant sur les couples sérodifférents, lorsque le partenaire séropositif commence immédiatement un traitement antirétroviral, le risque de transmission du VIH diminue de 96 % par rapport à un traitement antirétroviral appliqué après une baisse du taux de CD4 ou après l'apparition de symptômes du VIH-1 (23). L'effet du traitement antirétroviral sur la transmission du VIH est susceptible d'être inférieur en dehors de conditions d'études idéales en raison de l'application moins systématique du traitement ou de la transmission du VIH par des partenaires extérieurs à la relation qui ne sont peut-être pas sous traitement antirétroviral. Néanmoins, les données sur les effets du traitement au niveau de la population indiquent que la thérapie antirétrovirale contribue fortement à la réduction du nombre de nouvelles infections (2).

Figure 7. Efficacité et maintien de la PrEP dans les principales études : la PrEP fonctionne si elle est suivie



Source : élaboré à partir d'informations de l'OMS, 2015 (24).

La prophylaxie préexposition (PrEP) avec des antirétroviraux peut s'avérer très efficace (25, 26, 27, 28). La PrEP désigne la prise quotidienne d'un ou plusieurs médicaments antirétroviraux par des personnes à risque non infectées afin d'éviter l'infection. La prise systématique des médicaments est la clé de l'efficacité de la PrEP. Des études ont montré que l'application quotidienne de la PrEP réduisait considérablement le risque de transmission du VIH (figure 7).

La circoncision volontaire médicalisée apporte un niveau élevé de protection à des millions d'hommes en Afrique subsaharienne. Selon trois essais réalisés en Afrique du Sud (29), au Kenya (30) et en Ouganda (31), elle réduit de 60 % le risque de transmission du VIH de la femme à l'homme lors des rapports sexuels.

Des preuves solides existent depuis un certain temps sur l'efficacité des **interventions pour réduire les préjudices, telles que les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues ainsi que le traitement de substitution aux opiacés (OST)** chez les consommateurs de drogues injectables. Les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues réduisent l'utilisation de matériel d'injection non stérile et ont contribué à réduire la transmission du VIH dans le cadre des programmes nationaux de pays tels que la Chine et le Viet Nam, entre autres (32, 33). Selon une méta-analyse de neuf études, le traitement de substitution aux opiacés a diminué de 54 % l'incidence du VIH en réduisant les comportements à haut risque des consommateurs de drogues (34). Dans la ville de Xichang, située dans

Il est essentiel d'axer les programmes nationaux de prévention du VIH sur des combinaisons de ces outils à fort impact qui ont fait leurs preuves, notamment le préservatif, la circoncision volontaire médicalisée et la prophylaxie préexposition.

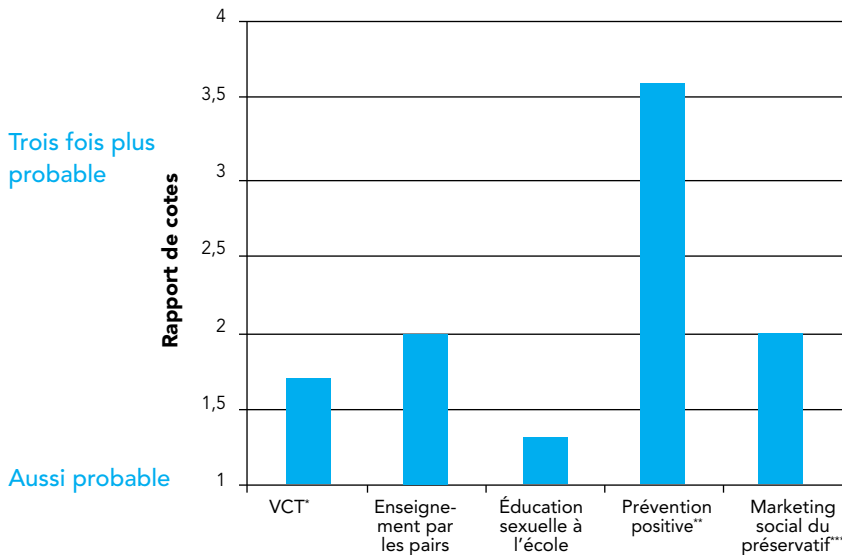
la province du Sichuan en Chine, suite à la mise en œuvre de stratégies de réduction des préjudices (traitement de substitution aux opiacés, distribution d'aiguilles et de seringues, distribution de préservatifs, sensibilisation par les pairs et accès gratuit au traitement antirétroviral), l'incidence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a chuté de 2,5 à 0,6 cas par 100 personnes-années. En outre, l'incidence des infections par le virus de l'hépatite B a chuté de 14,2 à 8,8 cas par 100 personnes-années (35). L'adoption d'une stratégie de réduction des dommages a plusieurs effets positifs sur la santé des consommateurs de drogues, de leur famille et de la communauté dans laquelle ils vivent, et elle est rentable (36).

Les programmes spécifiques utilisant des méthodes de prévention du VIH fondées sur **la communication et les changements sociaux** peuvent être efficaces. SHARE, intervention de communication visant la prévention combinée du VIH et de la violence conjugale, a réduit d'un tiers l'incidence du VIH à Rakai en Ouganda (37).

Il existe peu de preuves des effets, tels qu'évalués par des indicateurs de résultat biologiques, des autres interventions de prévention visant les changements sociaux et comportementaux, telles que les services de dépistage du VIH (HTS) (38, 39, 40), l'enseignement par les pairs (41), la communication par le biais des médias grand public (42), l'éducation sexuelle en milieu scolaire (43), la planification familiale pour les femmes infectées par le VIH (44), les programmes de génération de revenus (45) et le conseil relatif au comportement (par exemple, des couples sérodifférents) (46). La plupart des effets documentés se présentent sous la forme de changements comportementaux déclarés dans des enquêtes d'autoévaluation plutôt que sous la forme de résultats biologiques tels que la réduction de l'incidence du VIH (par exemple, voir la figure 8), et des études comportementales indiquent des effets modérés sur le comportement sexuel. Par conséquent, il serait probablement insuffisant de s'appuyer uniquement sur l'une de ces méthodes de prévention du VIH, quel que soit le contexte. En revanche, si elles sont combinées avec les interventions biomédicales mentionnées ci-dessus, elles peuvent accroître les effets. Bon nombre de ces programmes ont des fonctions de soutien. Les programmes de communication en masse et interpersonnelle sont essentiels afin de générer de la demande pour tous les services liés au VIH.

Selon des rapports d'étude des stratégies efficaces de prévention du VIH pour certains groupes à risque (47-52) ou dans certaines régions (53-58), les combinaisons d'interventions de transformation sociale et de communication visant des populations et contextes spécifiques ont amélioré l'adoption de comportements nécessaires pour la prévention du VIH et d'utilisation des services. L'autonomisation et la mobilisation des communautés, ainsi que le traitement des obstacles structurels, afin d'améliorer la connaissance, l'accessibilité et l'adoption des méthodes de prévention efficaces constituent des éléments essentiels de la prévention combinée (59).

Figure 8. Utilisation du préservatif signalée après exposition à des programmes de lutte contre le VIH



Probabilité de l'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport, évaluée en comparant les personnes exposées à l'intervention correspondante avec les personnes non exposées à l'intervention (exprimée en rapports de cotes, sur la base de méta-analyses).

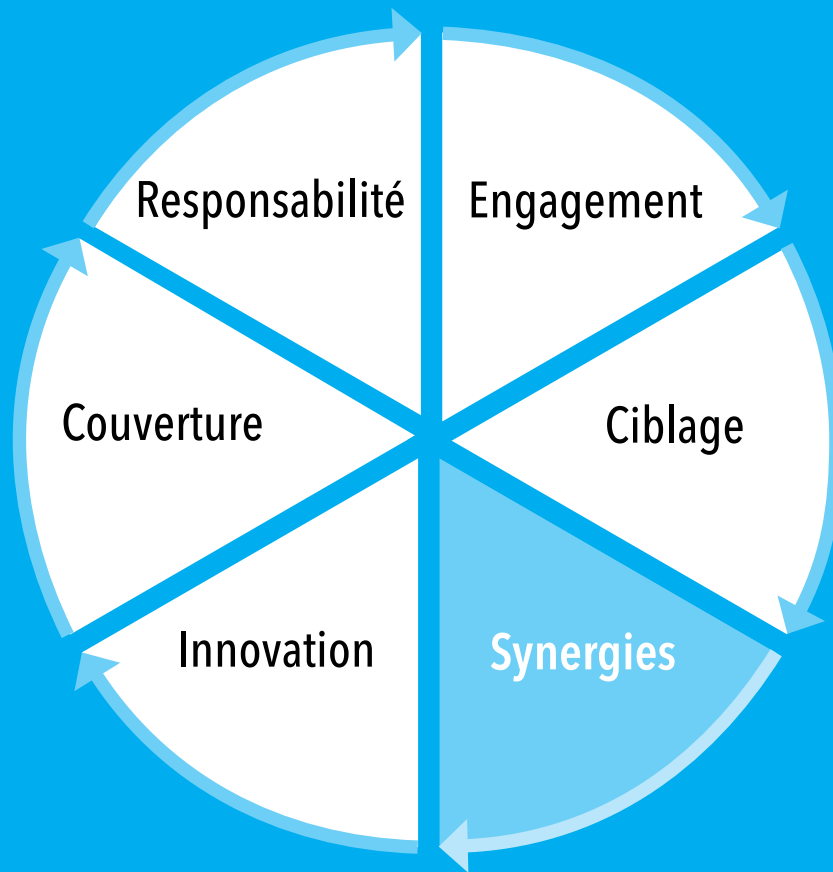
* VCT : conseil et dépistage volontaires.

** La prévention positive dans ces études comportait un ensemble de services de prévention destiné aux personnes vivant avec le VIH, y compris des services de dépistage, le soutien suite au test de dépistage, la promotion des préservatifs et leur distribution, ainsi que des conseils relatifs au comportement.

*** Les programmes de marketing social étaient définis comme des projets intégrant la vente de préservatifs (généralement à des prix subventionnés), une marque locale était développée pour les préservatifs et ces derniers étaient commercialisés à l'aide d'une campagne de promotion pour augmenter les ventes.

Source : Denison et al., 2008 (38) ; Medley et al., 2009 (41) ; Fonner et al., 2014 (43) ; Kennedy et al., 2010 (60) ; Sweat et al., 2012 (61).

Il est plus important que jamais d'axer les programmes nationaux de prévention du VIH sur des combinaisons de ces outils dont les effets élevés ont été largement éprouvés, notamment le préservatif, la circoncision volontaire médicalisée, la prophylaxie préexposition et le traitement antirétroviral. Les éléments comportementaux et structurels des programmes, contextuels et fondés sur des données probantes, sont également importants. Les approches prévoyant des messages élémentaires d'information, de sensibilisation et de transformation générale des comportements doivent être remplacées par des approches éclairées de données probantes locales sur les facteurs qui déterminent les comportements et par des modèles de programme ayant permis d'obtenir les résultats escomptés dans des contextes similaires.



III. SYNERGIES : DÉFINIR DES ENSEMBLES DE PROGRAMMES EFFICACES

Les personnes à risque d'infection par le VIH ont une série de besoins en matière de prévention du virus. Elles doivent être conscientes du risque, apprendre à se protéger (y compris connaître leur état sérologique) et avoir les moyens de se protéger. Elles doivent aussi être en mesure de prendre des décisions éclairées sur les options de prévention du VIH et d'obtenir de l'aide pour leurs choix.

Les ensembles de services liés au VIH qui sont proposés à toutes les populations à risque et dans tous les milieux devraient être constitués d'une combinaison d'outils biomédicaux de prévention du VIH associant le préservatif, le test de dépistage et le traitement à des composantes de génération de demande et comportementales. Tous les ensembles doivent inclure un solide élément d'autonomisation communautaire et être reliés à un système plus large de catalyseurs critiques et de synergies structurelles en matière de santé et de développement, couvrant notamment le renforcement des systèmes de santé (y compris la sécurité sanguine et le traitement des IST), la protection sociale (y compris les transferts sociaux en faveur des populations vulnérables), ainsi que l'égalité des sexes et les normes. Un financement adéquat est nécessaire pour créer des normes communautaires soutenant les comportements préventifs, ainsi que la demande et l'adhésion aux programmes de prévention et de traitement.

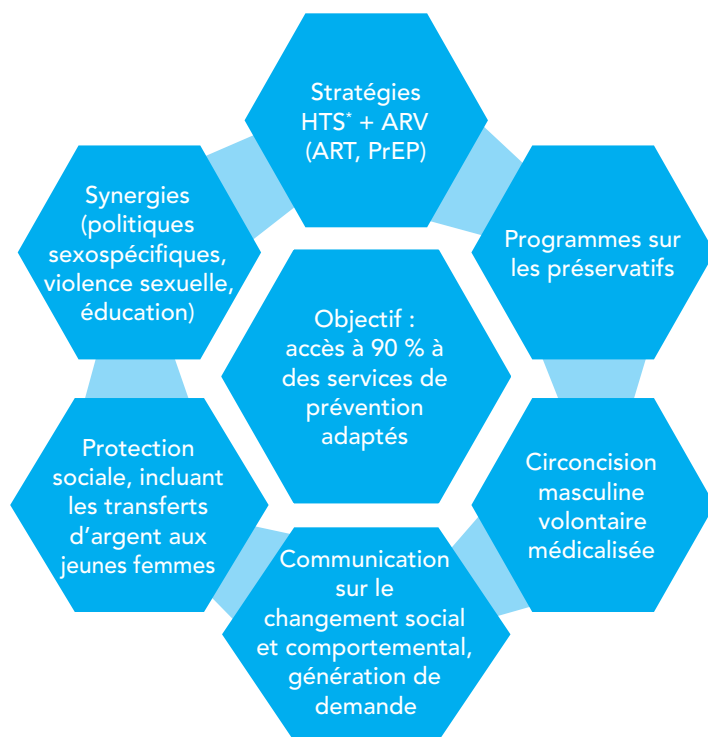
L'intégration de certains éléments des ensembles de services de prévention destinés à une population dépend du contexte épidémiologique, culturel ou géographique. Par exemple, l'Organisation mondiale de la santé recommande que la prophylaxie préexposition soit proposée aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en tant qu'élément efficace d'une prévention combinée, mais les homosexuels ne sont pas nécessairement tous et partout à haut risque et n'ont pas tous besoin de prophylaxie préexposition. De même, différentes stratégies d'autonomisation économique peuvent être envisagées pour les jeunes femmes et les jeunes filles dans différents contextes en Afrique. En outre, le déploiement de la circoncision volontaire médicalisée est recommandé dans 14 pays d'Afrique australe et orientale, mais les décideurs peuvent choisir de donner initialement la priorité aux zones géographiques à forte incidence dans ces pays.

Ainsi, les ensembles de services de prévention combinée présentés dans cette section sont des exemples à adapter selon le contexte. En outre, des ensembles de services similaires devraient également être proposés aux populations dont il n'est pas question ici, notamment aux transsexuels et personnes en prison ou autre environnement fermé.

Ensembles de services de prévention du VIH destinés aux jeunes femmes et à leurs partenaires masculins

Dans les pays africains à forte prévalence, les nouvelles infections par le VIH se produisent en grande partie chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans et leurs partenaires masculins (souvent plus âgés qu'elles). Une meilleure connaissance des facteurs épidémiologiques, sociaux et comportementaux éclaire le ciblage des ensembles de mesures de prévention pour ces épidémies. La figure 9 donne un exemple d'un programme de prévention pour les sites à forte prévalence en Afrique australe.

Figure 9. Exemple d'un ensemble de mesures de prévention combinées du VIH pour les sites à forte prévalence en Afrique australe



* Selon l'OMS, l'expression « Services de dépistage du VIH » désigne la gamme complète de services qui doivent accompagner le test de dépistage du VIH : service de conseil (informations avant le test de dépistage et conseils après ce dernier), la mise en relation avec les services appropriés de prévention du VIH, de traitement et de soins et autres services cliniques et de soutien, et la coordination avec les services de laboratoire pour assurer la qualité et la présentation de résultats corrects.

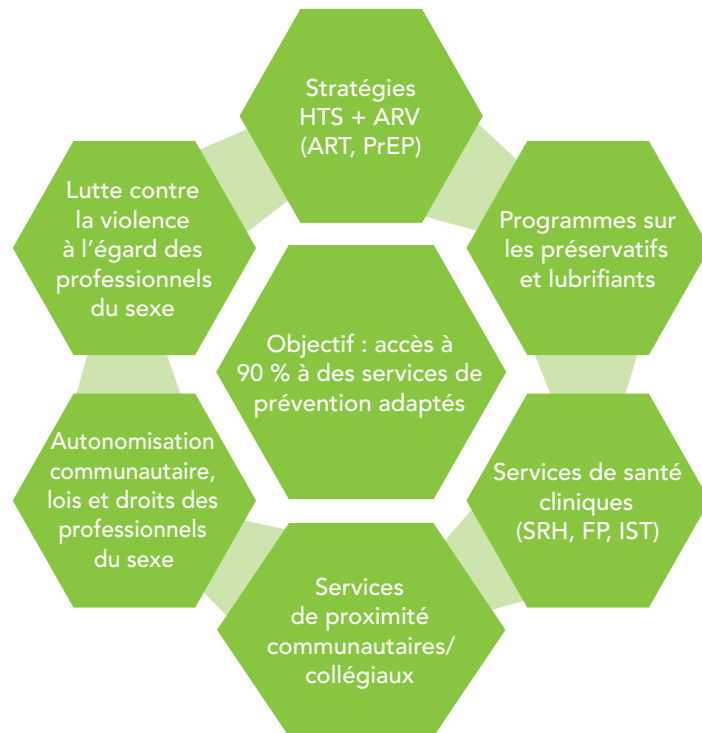
Source : OMS. Consolidated guidelines on HIV testing services. Genève, juillet 2015.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf

Les différents éléments de cet ensemble de mesures sont complémentaires. Le traitement antirétroviral réduit la transmission du VIH, tandis que la prophylaxie préexposition et la circoncision volontaire médicalisée réduisent la sensibilité. Les préservatifs sont pertinents dans tous les contextes en tant que mesure de prévention du VIH facilement accessible, y compris pour les relations à court terme. Les programmes de transformation sociale et comportementale doivent être renforcés et davantage axés sur les tendances et normes sociales qui influent sur les principaux risques sexuels, liés par exemple aux relations sexuelles avec plusieurs partenaires et intergénérationnelles. Les transferts d'argent, incitations et autres stratégies d'autonomisation économique peuvent avoir un impact sur l'incidence du VIH dans certaines situations, ainsi que d'autres effets positifs plus larges sur la santé et sur le plan social (62, 63, 72). En règle générale, la plupart de ces éléments ne sont pas financés par les budgets VIH. La combinaison optimale de services peut ne pas être uniforme à l'échelle nationale. Les pays confrontés à des épidémies généralisées devront concevoir des ensembles de mesures combinées adaptées aux conditions locales.

Ensembles de mesures de prévention du VIH adaptées aux populations clés

Les ensembles de mesures de prévention du VIH pour les populations clés comprennent des éléments similaires, notamment la promotion du préservatif et le dépistage du VIH, suivi par des stratégies à base d'antirétroviraux. En outre, les programmes destinés aux populations clés comprennent des éléments qui répondent à leurs besoins spécifiques en matière de prévention du VIH. Les figures 10 à 12 donnent des exemples d'ensembles de mesures de prévention du VIH adaptées à différentes populations clés.

Figure 10. Exemple d'un ensemble de mesures combinées de prévention du VIH adaptées aux professionnels du sexe



Ailleurs, l'OMS, l'ONUSIDA et des partenaires fournissent des indications plus détaillées sur les ensembles de mesures de prévention du VIH adaptées aux populations clés (64, 65), y compris aux professionnels du sexe (66, 67). Des recommandations spécifiques sont également disponibles sur les programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux transsexuels (68), ainsi qu'aux consommateurs de drogues injectables (69).

Figure 11. Exemple d'un ensemble de mesures combinées de prévention du VIH adaptées aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

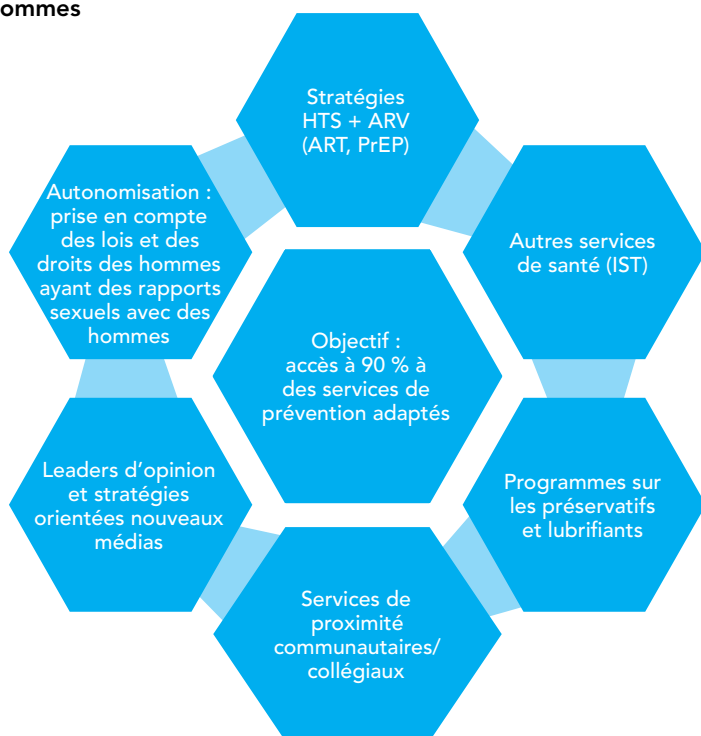
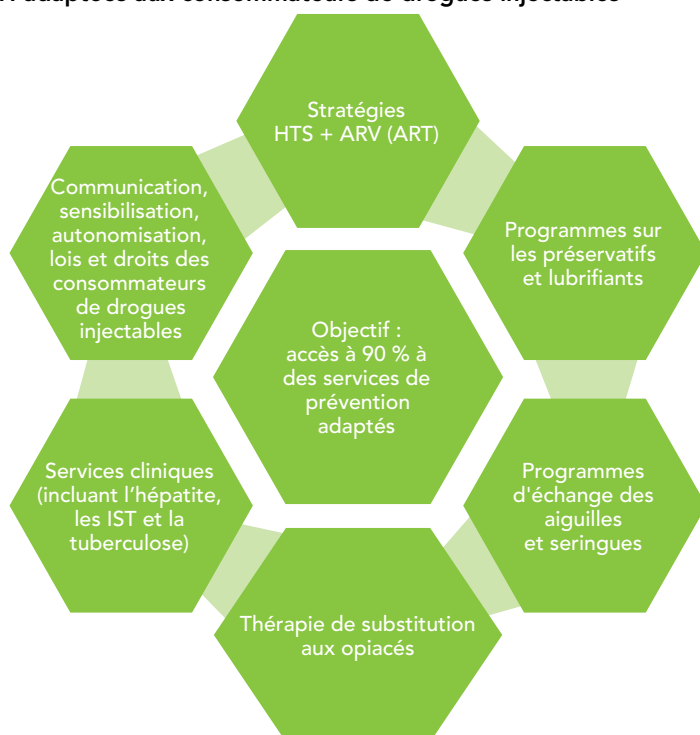
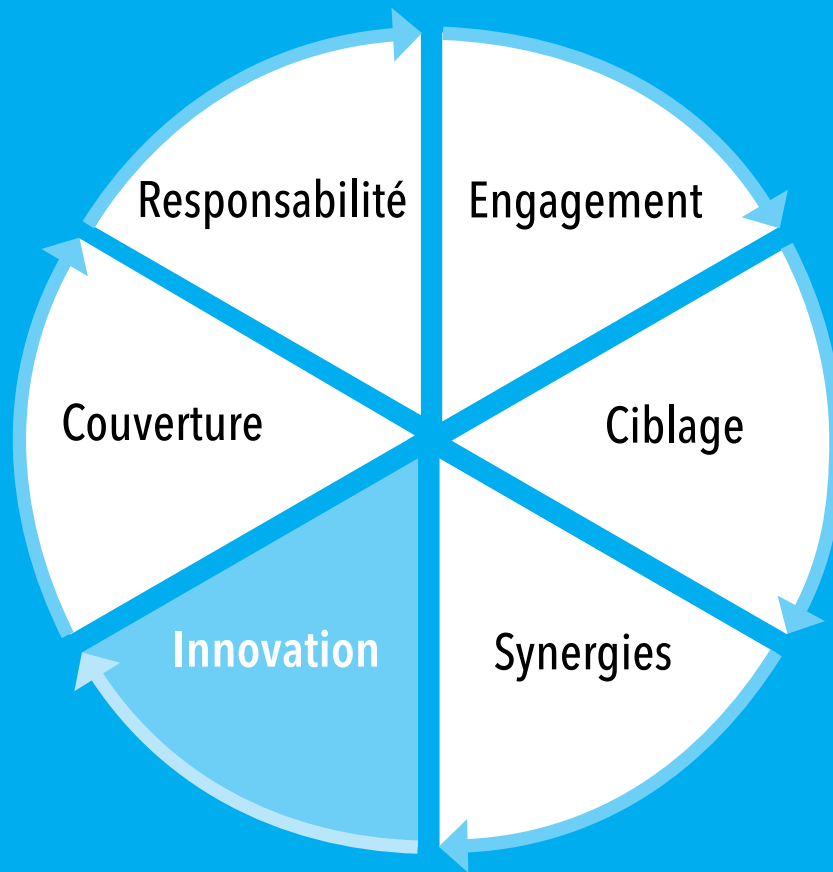


Figure 12. Exemple d'un ensemble de mesures combinées de prévention du VIH adaptées aux consommateurs de drogues injectables

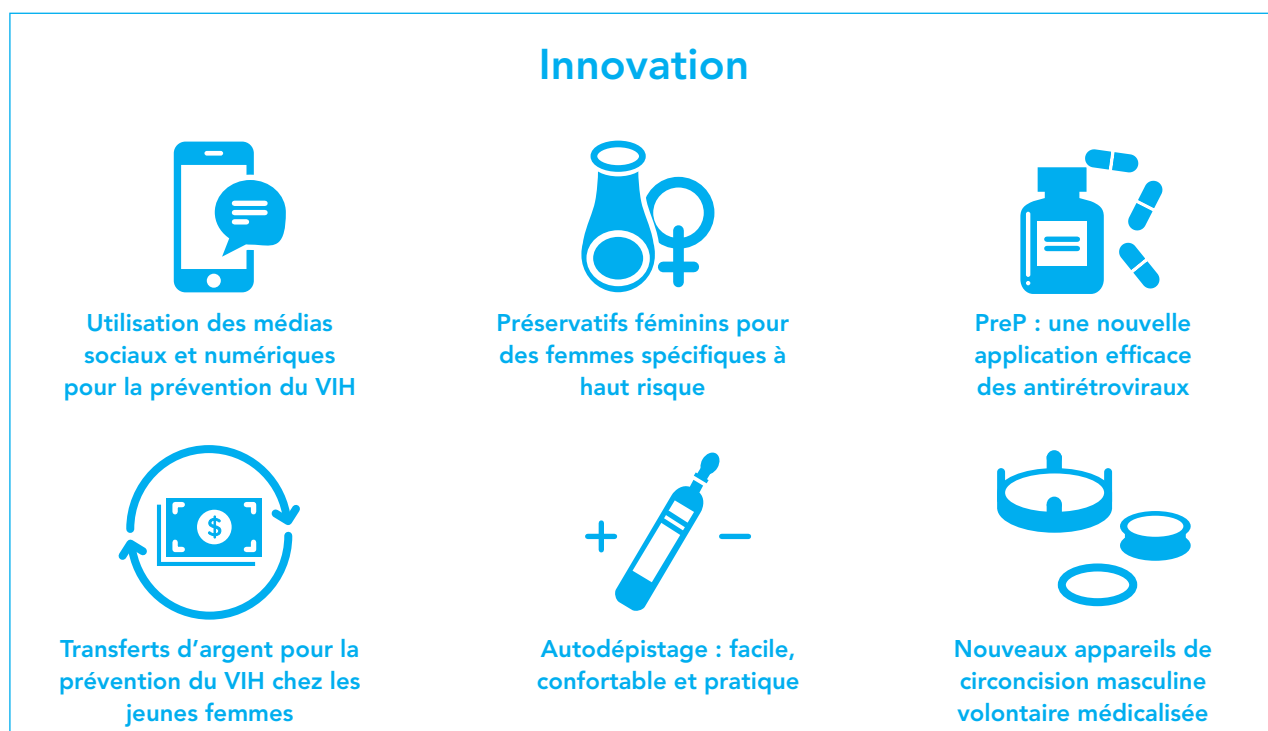




IV. INNOVATION : UTILISER DE NOUVELLES APPROCHES POUR ACCROÎTRE L'EFFICACITÉ DE LA PRÉVENTION

Au cours des 10 dernières années, l'innovation dans le domaine de la prévention du VIH a apporté de nouveaux outils, à savoir la circoncision volontaire médicalisée, la thérapie antirétrovirale préventive et la prophylaxie préexposition, ainsi que de nouvelles méthodes permettant de fournir ces services de manière plus efficace. Elle a également apporté de meilleurs moyens d'intégrer les programmes nationaux sur le VIH dans des programmes sociaux et de santé plus larges.

Figure 13. Diverses innovations prêtes à être mises en œuvre à grande échelle



Une étude récente indique que les hommes qui ont pris des antirétroviraux pour une prophylaxie préexposition au moins quatre fois par semaine ont été protégés contre le VIH.

La PrEP passe d'essais fructueux à l'impact à grande échelle

Comme le résume la figure 7, des études ont montré que la PrEP quotidienne par voie orale, lorsque le traitement est suivi conformément à la prescription, peut être très efficace pour éviter l'infection par le VIH.

À l'instar des préservatifs et de l'abstinence, la PrEP ne fonctionne que si elle est appliquée systématiquement. En général, mieux elle est suivie, mieux elle protège (70). Dans le cadre d'une étude récente, il a été constaté que la PrEP avait totalement protégé les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes contre l'infection par le VIH lorsqu'ils avaient pris quatre pilules ou plus par semaine (71). La PrEP a également été proposée dans le cadre de programmes pilotes destinés aux femmes à haut risque, y compris les professionnelles du sexe ; l'OMS a élargi sa recommandation relative à la PrEP en septembre 2015 afin qu'elle soit proposée aux personnes très vulnérables au VIH en tant qu'option de prévention supplémentaire dans le cadre d'un programme de mesures de prévention combinées. Un guide de mise en œuvre sera disponible début 2016.

Utilisateurs potentiels de la PrEP

Le défi consiste maintenant à mettre en œuvre la PrEP. Son application doit être bien ciblée pour atteindre les personnes très vulnérables au VIH, définies comme faisant partie des communautés présentant un taux d'incidence supérieur à 3 %, tout en assurant la couverture requise. Les questions opérationnelles à prendre en considération comprennent les tests, le suivi de la toxicité et le soutien de l'adhésion.

Au niveau national, la mise en œuvre nécessite une action parallèle sur plusieurs priorités. Les pays doivent accélérer le processus d'enregistrement des antirétroviraux pour la PrEP et élaborer des directives nationales. Il faut identifier les groupes de population susceptibles de bénéficier de la PrEP, y compris les personnes relevant de populations et zones clés, étudier leurs préférences d'accès, ainsi qu'élaborer et tester différents modèles de génération de demande et d'adhésion. Dans de nombreuses communautés, les avantages de la PrEP sont peu connus. Il faut donc mener des actions de sensibilisation et d'information. Les pays doivent également surmonter les obstacles politiques à la mise en œuvre de la PrEP.

La circoncision masculine se développe grâce à des changements sociaux et des nouvelles technologies

Les progrès accomplis sur la circoncision masculine en une seule décennie montrent à quel point le changement est possible en peu de temps. Après la mise à disposition depuis un certain temps de données probantes écologiques et d'observation, la circoncision masculine a démontré son efficacité lors de trois essais réalisés en Afrique du Sud (29), au Kenya (30) et en Ouganda (31) ; les résultats ont été publiés entre 2005 et 2007. Peu après, l'OMS a publié des recommandations sur la circoncision masculine pour la prévention du VIH. Il a fallu quelques années aux États pour élaborer des politiques et mettre en place des programmes, mais des progrès considérables ont été accomplis dans un certain nombre de pays ; environ 10 millions d'hommes ont bénéficié de services de circoncision volontaire médicalisée depuis le lancement des programmes en Afrique orientale et australe. En outre, une évolution sociale plus large a lieu, car de nombreux jeunes se présentent pour obtenir des informations sur la procédure.

Les nouveaux appareils de circoncision ont simplifié la procédure. Ils sont considérés comme acceptables dans de nombreux milieux et ont relativement peu d'effets indésirables (73). De plus, outre les médecins, les infirmières et autres professionnels de santé peuvent les utiliser, ce qui permet d'accélérer leur déploiement en Afrique.

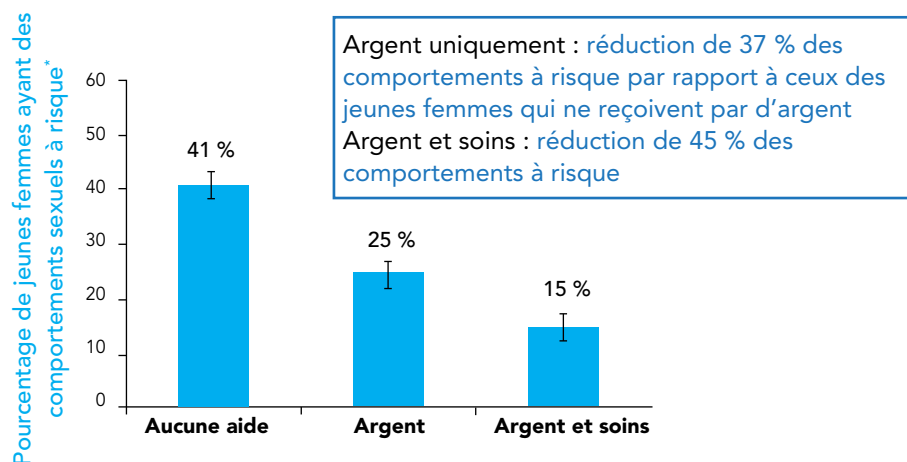
Environ 10 millions d'hommes en Afrique orientale et australe ont opté pour la circoncision volontaire médicalisée afin d'éviter une infection par le VIH.



Les transferts d'argent peuvent aider les jeunes femmes à éviter les comportements à risque

En Afrique du Sud, lors d'une étude longitudinale nationale d'un programme social de subvention en cours, financé par l'État, il a été constaté que parmi plus de 3 000 familles recevant des allocations pour enfants à charge ou des subventions de placement familial, le commerce sexuel et les relations sexuelles intergénérationnelles avaient chuté de 53 % et de 71 %, respectivement, chez les adolescentes (voir la figure 14) (74). Ce n'est pas le seul exemple. Toutefois, en 2015, les résultats de deux autres études ont été publiés et il en ressort que les transferts d'argent n'ont eu aucun impact sur l'incidence du VIH.

Figure 14. Effet des transferts d'argent et des soins sur les comportements sexuels à risque chez les jeunes femmes, Afrique du Sud



* Les comportements à risque comprenaient les relations sexuelles avec plusieurs partenaires et intergénérationnelles.

La réduction des taux de comportements à risque a été exprimée en rapports de cotes en comparant les scénarios « Argent » et « Argent + soins » avec le scénario « Aucune aide ».

Source : Cluver et al, 2013 (74).

Le transfert d'argent est un exemple d'intervention dont l'objectif principal n'est pas de réduire le risque d'infection par le VIH, mais qui peut, dans certains contextes sociaux, y contribuer (75). Certaines jeunes femmes ont des relations sexuelles avec des hommes plus âgés pour faire face à des besoins économiques immédiats ou en échange de biens de consommation. Les hommes plus âgés, qui sont plus susceptibles d'être séropositifs que les hommes plus jeunes, sont plus dangereux pour ces jeunes femmes que leurs pairs. Une étude réalisée au Malawi (72), entre autres, indique que, lorsque les jeunes femmes reçoivent de l'argent, elles décident d'avoir moins de relations avec des hommes plus âgés ; à la fin de l'étude, la prévalence du VIH chez les femmes recevant de l'argent avait diminué de 60 %. Il est également ressorti de cette étude que les transferts d'argent avaient augmenté le taux de scolarisation et réduit les grossesses et mariages précoces.

Dans le cadre de tout programme social, l'effet potentiel des transferts d'argent sur la prévention du VIH doit être évalué par rapport au contexte. Les transferts d'argent devront toujours être complétés par d'autres programmes de prévention du VIH.

Médias sociaux numériques : un nouvel outil pour soutenir les programmes à fort impact

La téléphonie mobile et l'accès Internet se sont développés considérablement au cours des dernières années, même dans les pays à faible revenu, et ont transformé la façon dont les personnes interagissent et reçoivent des informations. Ces nouvelles technologies aident les professionnels du sexe à trouver des clients et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à trouver des partenaires. L'application de ces nouveaux médias à la prévention du VIH et la mobilisation sociale permettent d'atteindre de nombreuses personnes difficilement joignables autrement et d'élaborer de nouvelles stratégies pour assurer une meilleure connaissance des risques et des méthodes de prévention. En Chine, en Afrique du Sud et en Thaïlande, des actions de grande envergure visant des changements sociaux et comportementaux ont utilisé les médias de façon innovante à des fins d'information et de promotion des services de prévention du VIH.

En Chine, l'application de rencontre Blued non seulement relie les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, mais fournit également des informations sur le VIH dans un format divertissant, avec des liens vers des services de dépistage du VIH.

Young Africa Live (YAL), plate-forme africaine d'information et de discussion mobile, interactive et ludique, permet aux jeunes de communiquer sur des sujets liés à leur vie quotidienne, y compris sur des questions relatives à la sexualité, au VIH et au viol, ainsi que sur les services de dépistage du VIH.

En Afrique, **Shuga**, feuilleton télévisé et radiodiffusé assorti d'une plate-forme Internet interactive et également présent sur YouTube, porte sur différents thèmes liés au VIH, notamment : dépistage, conseils, utilisation du préservatif, prévention, inégalité des sexes et violence sexuelle, commerce du sexe, alcoolisme et contribution de la polygamie à l'épidémie de VIH. *Shuga* a vu le jour en 2009 au Kenya en tant que série télévisée et a remporté un vif succès. Depuis, elle est diffusée dans 40 pays africains et sur plus de 70 chaînes de télévision internationales.

Les nouvelles approches fondées sur l'incitation et le suivi par SMS aident les personnes à naviguer entre les différents services communautaires et en établissement et facilitent le maintien des personnes à risque dans les programmes de prévention et des personnes vivant avec le VIH dans les programmes de traitement et de soins.

Ce type d'approches permet de transmettre des messages sur la prévention du VIH aux populations qui sont plus difficiles à atteindre par le biais des établissements de santé, des écoles ou des médias traditionnels. Ces populations comprennent les groupes confrontés à une forte stigmatisation, tels que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les professionnels du sexe, ainsi que les personnes qui n'ont pas accès aux services, mais qu'il est essentiel d'atteindre pour la prévention, telles que les hommes et les jeunes non scolarisés.

iMonitor

iMonitor est une application conçue pour les smartphones, les tablettes, les ordinateurs et autres outils numériques qui offre aux personnes en quête de services liés au VIH une solution simple et en temps réel pour le suivi et l'évaluation de certains services publics de lutte contre le VIH. Cette application offre la possibilité de dialoguer avec les autorités pour résoudre des problèmes et améliorer la qualité des programmes. Testée pour la première fois en Indonésie, en Thaïlande et aux Philippines, elle permet aux utilisateurs de signaler l'indisponibilité de services de traitement antirétroviral et de dépistage du VIH, de préservatifs et de médicaments associés dans des centres de santé, ainsi que les cas de violence et de discrimination sur le lieu de travail. En outre, iMonitor indique l'emplacement de tous les centres de santé offrant un service de dépistage du VIH et d'autres services de santé.

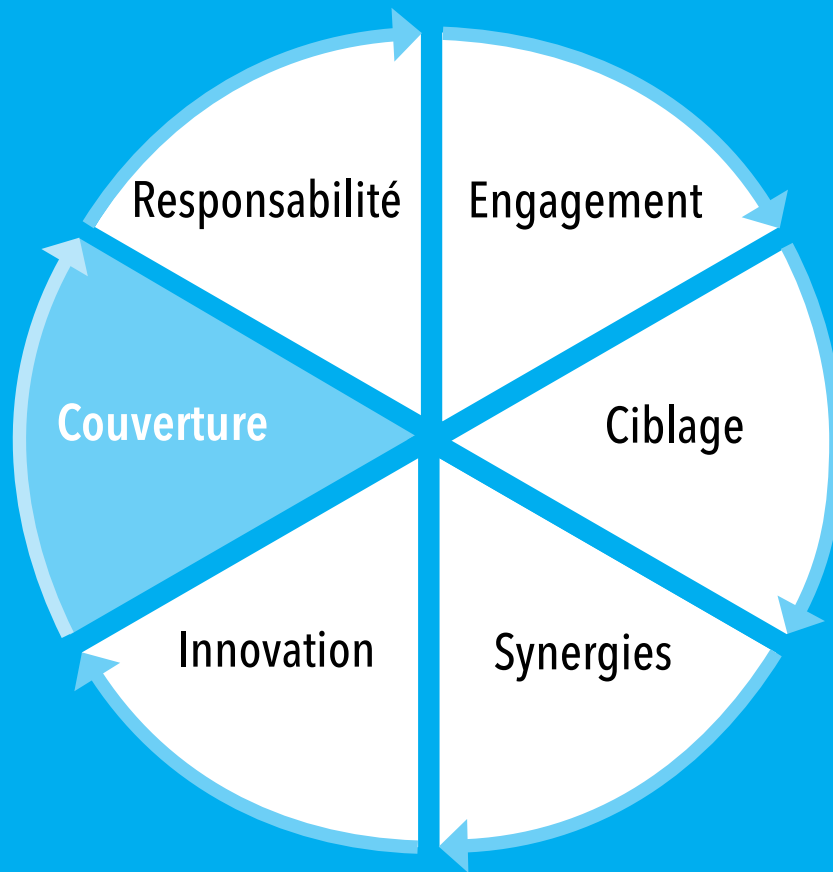
Les nouveaux tests de dépistage du VIH transforment les modèles de prestation de service

Des innovations importantes ont également eu lieu dans le domaine du dépistage du VIH, telles que les tests de diagnostic rapides, les modèles de services de dépistage communautaires et l'autotest. Si ces innovations sont stratégiquement liées à d'autres services et communications concernant le VIH, elles peuvent fournir des points d'entrée supplémentaires pour le traitement et la prévention. L'autotest peut élargir l'accès au test de dépistage du virus, en particulier pour les groupes qui sont difficiles à atteindre avec le dépistage classique à l'initiative des prestataires, tels que les hommes et les adolescents. Différentes modalités de vente et de distribution de kits d'auto-dépistage du VIH doivent être testées et évaluées afin d'optimiser leurs avantages et de minimiser les préjudices dans différents contextes.

Innovation dans les programmes sociaux et de santé plus larges

La prévention du VIH peut être le fer de lance d'innovations dans les secteurs des services de santé et sociaux plus larges. Dans le cadre des épidémies affectant les populations clés, ces innovations comprennent les approches fondées sur les droits pour les professionnels du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les transsexuels, l'accès aux services dans les prisons et autres environnements fermés, ainsi que le plaidoyer en faveur des services de santé et sociaux plus larges, y compris les services de logement, pour les consommateurs de drogues injectables. Dans les contextes à forte prévalence, les synergies avec les programmes traitant la violence sexuelle, la migration des travailleurs et différents types d'autonomisation économique des jeunes femmes ont été explorées. La mise en œuvre de telles initiatives peut inspirer et promouvoir le changement dans ces domaines. Par exemple, dans le cadre d'un programme innovant en Afrique du Sud, certaines sociétés minières fournissent un logement familial pour éviter la séparation conjugale et familiale (76), ce qui peut contribuer à la réduction de la vulnérabilité et des comportements à risque (77).

L'innovation a transformé l'environnement de la prévention du VIH au cours de la dernière décennie et restera essentielle pour la prévention du VIH au cours de la prochaine décennie ; la recherche fondamentale progresse sur de nouveaux outils tels que des vaccins, les outils existants tels que le préservatif et la circoncision volontaire médicalisée s'améliorent et des méthodes innovantes émergent pour l'exécution efficace et à grande échelle de programmes de prévention du VIH.



V. COUVERTURE ET INTENSITÉ : VEILLER À CE QUE LA PRÉVENTION COUVRE LES BESOINS

Le manque d'importance accordée aux interventions de prévention du VIH à grande échelle a été l'un des principaux écueils des programmes de prévention du VIH. La mise en œuvre de tels programmes avec une intensité et une couverture suffisante, et sur une période suffisamment longue, est essentielle pour leur succès. Malgré une multitude de stratégies et de documents d'orientation, la couverture de la prévention du VIH a été fragmentée. La large couverture de services de prévention du VIH de qualité reste l'exception. Cet écueil peut être surmonté. Des exemples de large couverture existent pour pratiquement tous les programmes de prévention du VIH prioritaires. Avec un objectif clairement défini et une planification appropriée, il est possible d'assurer une large couverture dans un délai relativement court.

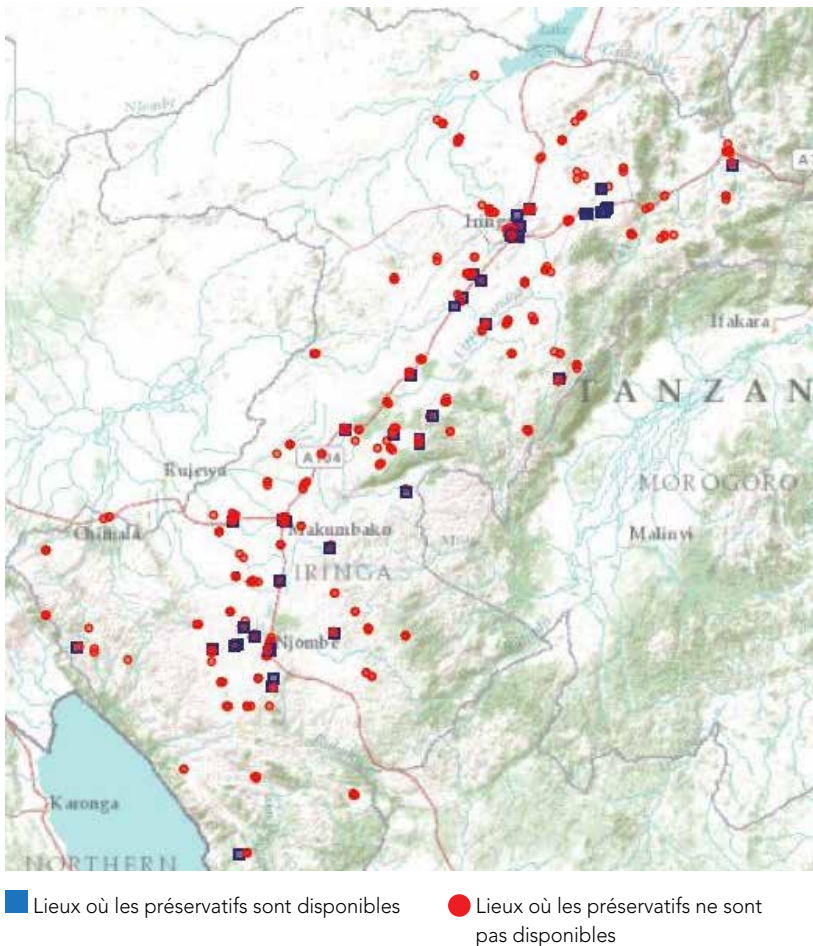
La prévention du VIH fonctionne lorsqu'elle a lieu à grande échelle et de manière intensive

Les **programmes sur les préservatifs** montrent à quel point (malgré une large couverture et un fort impact dans certains pays) d'importants déficits de couverture persistent dans certaines régions, même trois décennies après le début de l'épidémie de VIH. Une modélisation mathématique fondée sur les données de l'Afrique du Sud indique que l'utilisation du préservatif a progressé lorsque la distribution de préservatifs a augmenté, ce qui a réduit l'incidence nationale du VIH entre 2000 et 2008 (21). Ce qui a contribué aux bons résultats obtenus dans des pays tels que l'Inde, l'Afrique du Sud, la Thaïlande et le Zimbabwe, c'est la grande disponibilité des préservatifs et leur promotion intensive auprès des populations prioritaires, associées à un solide soutien communautaire. Les programmes de marketing social intensifs et la distribution assurée par le secteur public ont contribué à un taux d'utilisation élevé.

Ce qui a limité l'effet des préservatifs au niveau des populations, en particulier dans les épidémies généralisées, c'est leur utilisation irrégulière, due à plusieurs raisons. Dans de nombreux pays, l'approvisionnement en préservatifs et leur distribution n'ont pas été suffisamment intensifiés (78), malgré le coût relativement faible des préservatifs masculins : moins de 4 dollars US par an pour approvisionner un couple (79). La disponibilité des préservatifs en Afrique subsaharienne est très variable, allant de plus de 40 préservatifs par homme et par an dans certains pays à moins de cinq dans d'autres ; les niveaux supérieurs de distribution sont associés à des niveaux supérieurs d'utilisation déclarés par autoévaluation (80). La disponibilité des préservatifs varie aussi considérablement au sein des pays (figure 15). Les établissements de santé restent confrontés à des ruptures de stock (81) et l'accès des jeunes aux préservatifs reste entravé par les normes sociales et les attitudes négatives d'agents de santé. Le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel avec des partenaires non réguliers a atteint environ 80 % chez les hommes dans des pays aussi divers que le Cambodge, le Kirghizistan et la Namibie. Il est toutefois beaucoup plus faible (40 à 65 %) dans la plupart des autres pays, y compris certains pays fortement touchés par le VIH, tels que le Lesotho, le Mozambique et la Zambie, et se situe entre 10 et 30 % seulement dans d'autres pays africains (82).

En Inde, en Afrique du Sud, en Thaïlande et au Zimbabwe, où l'offre de préservatifs a augmenté, l'utilisation de ces derniers s'est accrue et l'incidence du VIH a chuté.

Figure 15. Utilisation de données locales pour analyser les déficits de couverture et d'approvisionnement et élaborer des solutions de distribution : cartographie de la disponibilité des préservatifs à Iringa, République-Unie de Tanzanie



Source : Weir et al., 2012 (83).

Cette grande variation souligne la nécessité d'améliorer la gestion logistique, la distribution et la génération de demande au niveau local. Elle souligne également la nécessité d'établir des critères de distribution nationaux et infranationaux avec un suivi en temps réel de la distribution et de la vente, comme cela se fait dans le secteur privé. Les ventes de préservatifs ont augmenté considérablement lorsque la distribution des préservatifs a été liée à la logistique du secteur privé pour d'autres produits tels que les boissons gazeuses, comme dans le cadre du programme de marketing social du préservatif en Afrique du Sud. Les mêmes types d'effort, d'engagement et de logistique doivent être appliqués à la distribution de préservatifs ailleurs. Les programmes de prévention du VIH doivent garantir la disponibilité d'un large choix de préservatifs de qualité, accessibles aux personnes qui en ont besoin et au moment où elles en ont besoin, ainsi que la capacité (possession des informations et techniques nécessaires) et l'engagement de ces personnes à les utiliser correctement et systématiquement.

Bien que 10 millions d'hommes aient opté pour **la circoncision volontaire médicalisée** en Afrique orientale et australe, d'importants déficits de couverture subsistent, 10 ans après la publication des résultats du premier essai fructueux. L'intensification des programmes de circoncision volontaire médicalisée dans les pays prioritaires de l'Afrique orientale et australe pour atteindre 20 millions de circoncisions d'ici à 2020 est un objectif ambitieux mais pas impossible, étant donné que certaines régions les ont déjà développés. Le développement optimal des programmes de circoncision volontaire médicalisée nécessite la disponibilité du service, des modèles de prestation innovants, y compris le partage des tâches et, potentiellement, le choix entre la chirurgie et les nouveaux appareils de circoncision. La génération intensive de demande doit être fondée sur des données probantes relatives à la compréhension de l'efficacité de la circoncision volontaire médicalisée par le public, à la façon dont la qualité du service est perçue et aux normes qui entravent ou facilitent son utilisation. Cette approche de la génération de demande peut être complétée par des actions de sensibilisation, y compris des campagnes en milieu scolaire, des actions de sensibilisation dans les lieux fréquentés par les hommes et la promotion par le biais de modèles de référence.

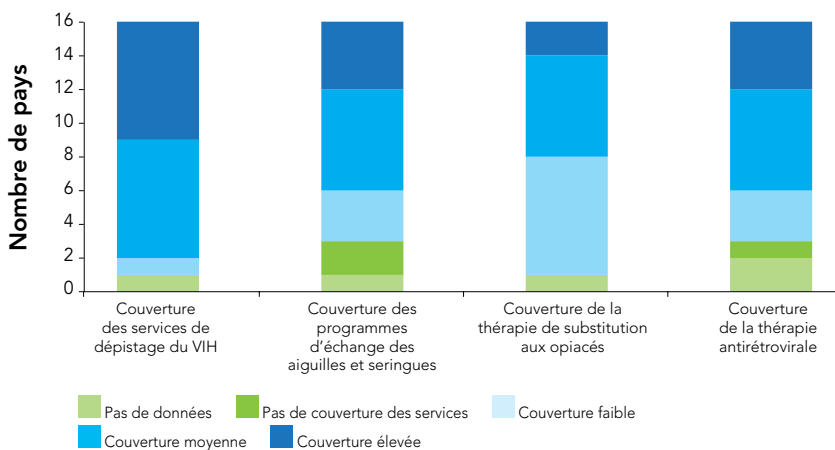
Les mesures de prévention du VIH en faveur des populations clés, telles que les consommateurs de drogues injectables, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe et les transsexuels, ont tous porté leurs fruits avec des services disponibles, dirigés par des acteurs locaux et répondant à des besoins locaux (84). De nombreux programmes nationaux sur le VIH destinés aux populations clés ont toutefois une couverture, une portée et une intensité limitées ; selon des études, la couverture des mesures de prévention destinées aux personnes les plus vulnérables est insuffisante. Par exemple, la plupart des projets de prévention du VIH pour les professionnels du sexe en Afrique subsaharienne sont des petites mesures locales consistant à fournir des préservatifs et, parfois, un service de dépistage du VIH. Ils n'ont pas la couverture requise, ne sont généralement pas dirigés par des acteurs locaux ni suffisamment adaptés aux besoins des professionnels du sexe, et sont encore dépourvus de nouveaux éléments susceptibles d'avoir un impact important, tels que la PrEP (85).

La couverture des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est tout aussi faible à quelques exceptions près. Selon les déclarations des pays, les programmes atteignent entre 12 et 70 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes avec tout type de service. Ces résultats comprennent les régions telles que l'Amérique latine et l'Asie, où les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes représentent la majorité des infections par le VIH (86). En Afrique subsaharienne, parmi les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, seulement 1 sur 10 reçoit un ensemble de services de prévention du VIH élémentaires. Cela peut changer : par exemple, un programme au Ghana a atteint environ 90 % du nombre prévu d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le pays grâce à une combinaison de stratégies de sensibilisation communautaires et par le biais des nouveaux médias (87).

Les programmes de prévention du VIH destinés aux jeunes, population cible importante pour les activités de prévention du VIH dans les environnements à forte prévalence, ont également une couverture limitée dans de nombreux pays. En Afrique australe et orientale, moins de 4 jeunes sur 10 disposent de toutes les informations fondamentales nécessaires sur la transmission du VIH et de nombreux jeunes vulnérables au VIH ne savent pas qu'ils le sont (88).

Un important déficit de couverture existe également pour les **consommateurs de drogues injectables**, l'une des populations les plus vulnérables à l'infection par le VIH. Ce déficit existe bien que toutes les données probantes disponibles indiquent que les ensembles de mesures de réduction des préjudices, y compris la fourniture de matériel d'injection stérile, figurent parmi les services de prévention du VIH les plus efficaces. Malgré les obstacles politiques et juridiques qui limitent ces programmes dans de nombreux endroits, il est possible d'accroître l'engagement et la couverture. Des événements en témoignent dans quatre des six pays les plus touchés par le VIH en raison de la consommation de drogues injectables. Selon une étude réalisée en 2014, la Chine, la Malaisie, l'Ukraine et le Viet Nam ont modifié leurs politiques pour assurer une meilleure couverture des consommateurs de drogues injectables avec les services liés au VIH. La Chine et le Viet Nam ont développé le traitement du VIH et la thérapie de substitution aux opiacés, et la Malaisie est passée d'une réponse répressive au VIH à une réponse fondée sur des données probantes (89). Pour atteindre les objectifs de 2020, il est à présent indispensable de pallier les carences critiques en matière d'engagement et d'action.

Figure 16. L'accès limité en tant que facteur de la performance de la prévention : services de réduction des préjudices pour les consommateurs de drogues injectables. Nombre de pays signalant une couverture faible, moyenne ou élevée des services de prévention du VIH.



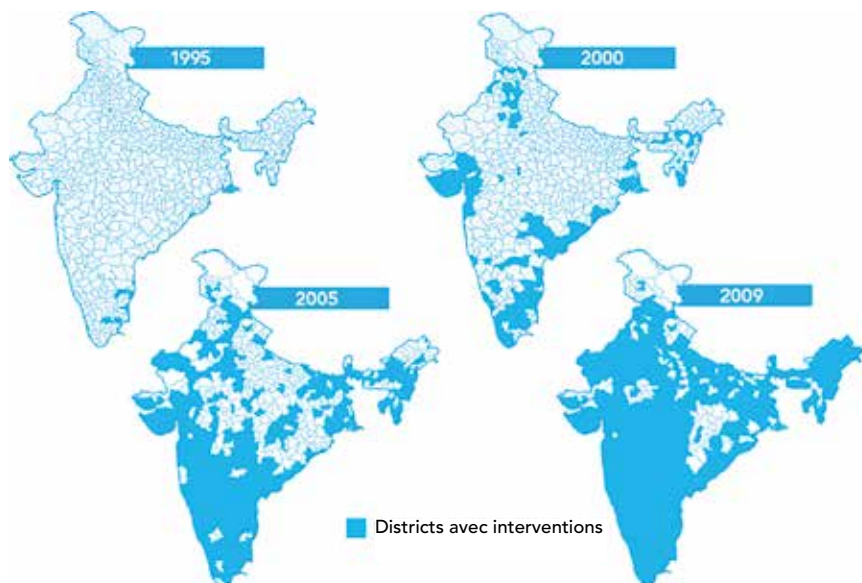
Source : ONUDC, 2014 (90) ; 16 pays ont été évalués pour cette figure.

À l'exception de la couverture du dépistage du VIH, la majorité des pays prioritaires signalent une faible couverture des programmes destinés aux consommateurs de drogues injectables. Moins de 30 % des pays prioritaires sondés ont déclaré une couverture élevée des programmes d'échange des aiguilles et seringues, de la thérapie de substitution aux opiacés et du traitement antirétroviral.

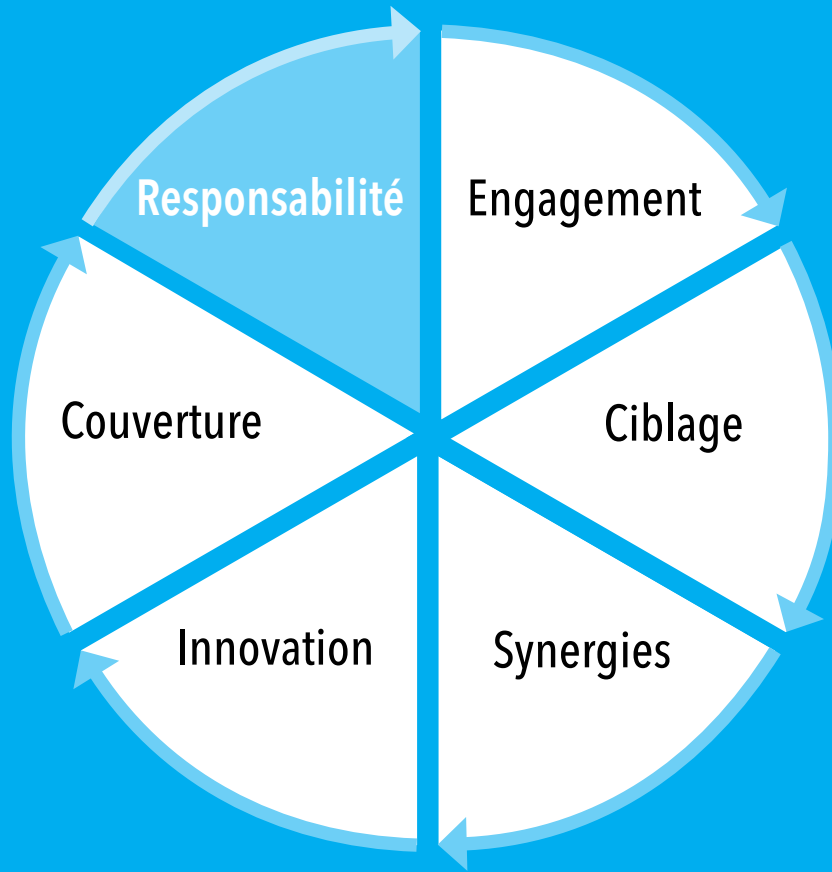
Comme cela a été démontré en Inde, il est possible d'assurer une large couverture de la prévention du VIH à une échelle significative pour les grandes populations. Sur une très courte période, un nouveau modèle d'interventions ciblées pour les professionnelles du sexe, lancé en 1998, a été rapidement intensifié et, en 2005, la plupart des régions avaient des activités de prévention du VIH. Le gouvernement de l'Inde a pris en charge cette intensification et, en 2009, un ensemble robuste d'interventions pour les professionnelles du sexe existait presque partout où elles étaient nécessaires (figure 17) (11).

Suite à cette intensification, des réductions de la prévalence du VIH et des IST ont été enregistrées. Une analyse par modélisation portant sur le sud de l'Inde indique une réduction de 57 % des nouvelles infections sur une période de 10 ans, soit environ 606 000 nouvelles infections évitées dans 69 districts prioritaires dans le sud de l'Inde (19).

Figure 17. Variation de la couverture des programmes de prévention du VIH destinés aux professionnelles du sexe en Inde : couverture du projet d'interventions ciblées



Source : Kumar et al., 2011 (11).



VI. RESPONSABILITÉ : VEILLER À CE QUE CHAQUE PROGRAMME JOUE SON RÔLE ET OBTIENNE LE SOUTIEN DONT IL A BESOIN

Élaboration de programmes pour atteindre les objectifs : feuille de route pour la révolution de la prévention du VIH au Kenya

- Compte à rebours pour 2020 et 2030
- Passage d'une approche nationale à une approche par zone géographique (comtés, villes)
- Passage de l'intervention unique à l'ensemble d'interventions s'adressant à une population spécifique
- Passage d'une stratégie de prévention du VIH à dominante biomédicale à une stratégie de prévention combinée du VIH, incluant des interventions sur les facteurs comportementaux et structurels

L'Inde a réussi à élaborer et à proposer un programme complet de prévention du VIH pour les personnes les plus vulnérables des États très peuplés sur une période de cinq ans (91). Outre une large participation communautaire, sa stratégie prévoyait la définition d'objectifs ambitieux mais réalistes, ainsi que l'élaboration de plans de gestion permettant au programme d'atteindre ces objectifs. Une supervision étroite et la mise en œuvre de changements de trajectoire nécessaires ont également été des facteurs clés de réussite (figure 18).

Cette gestion exhaustive des programmes sur le VIH est un bon exemple de stratégie claire et axée sur les résultats, deux caractéristiques essentielles des programmes efficaces nécessaires pour atteindre les objectifs de prévention du VIH fixés dans le cadre de l'approche Fast-Track.

La coordination systématique et bien gérée entre les secteurs à l'échelle nationale et dans des zones clés est essentielle pour progresser rapidement. Dans les villes où les programmes destinés aux populations clés sont hautement prioritaires, la création d'un environnement politique favorable à la prestation de services, leur évolution et leur adoption, en impliquant les administrateurs de la santé et les autorités chargées de l'application des lois, est particulièrement importante. De même, lorsque la santé génésique des jeunes est une préoccupation majeure et que l'inégalité des sexes est un facteur clé de l'épidémie, il est essentiel d'impliquer les responsables des secteurs de l'éducation, de la protection sociale et de l'égalité des sexes.

En outre, il se peut que les programmes nationaux et locaux soient bien intentionnés, mais que des insuffisances apparaissent lors de la planification nationale. Les programmes de prévention du VIH peuvent être insuffisants en matière de ciblage, de qualité et d'ampleur, à tel point que les ressources sont surexploitées et que les priorités sont difficiles à établir ou à maintenir. D'autres problèmes sont fréquemment rencontrés lors de l'élaboration de plans réalisables.

Les pays ont acquis une expérience précieuse de l'application de bons principes stratégiques et de gestion à l'élaboration de programmes de prévention du VIH dans certains contextes. Par exemple, la Feuille de route pour la révolution de la prévention du VIH au Kenya a clairement identifié non seulement les populations et programmes d'intervention prioritaires, mais également les lieux où les efforts doivent être déployés.

Chaque pays et chaque unité infranationale (ville ou district) devraient réévaluer ses objectifs et concevoir des programmes avec la combinaison d'interventions, l'ampleur et l'intensité nécessaires pour atteindre les objectifs Fast-Track.

Figure 18. Modèle de gestion de l'Inde pour la prévention au sein des populations clés par le biais des organisations de la société civile

| Principes directeurs | Un seul plan, une seule autorité de gestion, un seul cadre de supervision | Équité | Sexe |
|--|--|--|---|
| Respect des droits des personnes vivant avec le VIH | Représentation et participation de la société civile | Amélioration des partenariats public-privé | Mise en œuvre des programmes fondée sur des données probantes et axée sur les résultats |
| PLANIFICATION | APPROCHES | SUIVI ET ÉVALUATION | STRUCTURES DE GESTION |
| Planification fondée sur des données probantes (catégorisation par district en fonction de la prévalence du VIH, du nombre de personnes clés et de la vulnérabilité) | Cartographie, surveillance sentinelle du VIH ; études biologiques et comportementales, recherche opérationnelle, triangulation et validation des données | Mécanisme national de supervision Supervision mensuelle de soutien et mentorat ; système de gestion de l'information stratégique de haute qualité ; classement trimestriel des agents de mise en œuvre sur la base d'indicateurs clés de performance ; évaluation tierce périodique | Unité nationale d'assistance technique apportant une expertise en gestion et technique ; unité spécifique pour la gestion de l'offre de préservatifs |
| Conception pour un déploiement à grande échelle avec accent mis sur la prévention (budget alloué pour couvrir plus d'un million de personnes clés ; services de prévention) | Directives techniques et opérationnelles ; standardisation des produits de base ; calcul du coût de revient unitaire ; modules de formation uniformes | | |
| Communautés au centre (plus de 150 organisations communautaires pour la mise en œuvre) | Mobilisation communautaire et partenariats avec la société civile, sensibilisation par les pairs, promotion du préservatif, réduction des préjugés pour les consommateurs de drogues injectables, traitement des IST, test de dépistage et traitement du VIH | Supervision des districts - Visite sur site de trois jours chaque mois pour examiner la mise en œuvre - Visite une fois par mois de chaque organisation communautaire - Le district regroupe tous les rapports, identifie les mesures à prendre et interagit avec les autres parties prenantes | Unités de prévention et de lutte contre le SIDA au niveau des quartiers dans 1 818 districts à forte prévalence ; 17 centres nationaux de ressources de formation/unités nationales d'assistance technique pour le renforcement des capacités des agents de mise en œuvre |
| Stimulation de l'innovation (élaboration de modèles de prestation avec l'aide d'organismes publics et privés) | Utilisation des nouvelles technologies de l'information ; évaluation de la mobilisation communautaire et de l'implication des jeunes | | |
| Durabilité (financement par l'État à hauteur des 2/3) | Intégration avec le système de santé et 14 ministères ; feuille de route claire pour réduire la stigmatisation et la discrimination | | |
| Direction nationale (direction assumée par le premier ministre) | Le premier ministre est le président du Forum parlementaire national pour le VIH/SIDA ; forums législatifs nationaux | | |

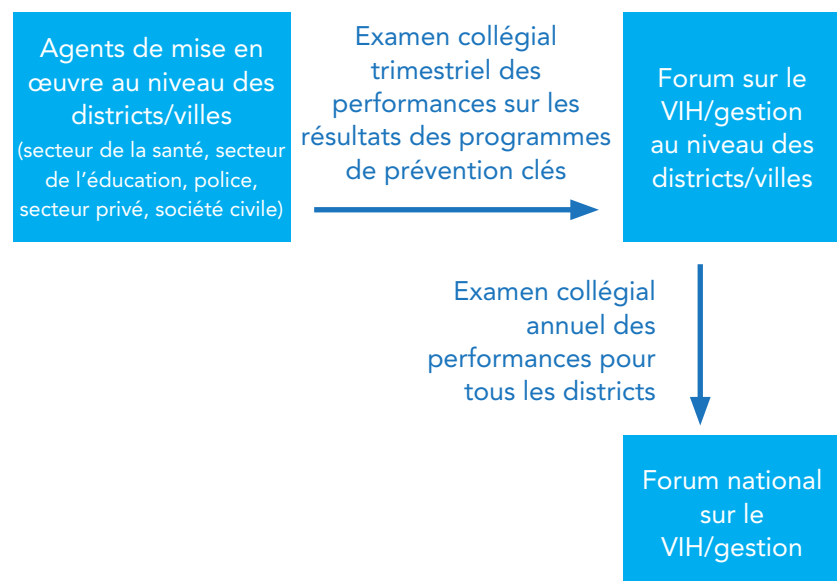
Source : NACO, Inde

Cadre de responsabilisation

Suite à la définition de l'orientation stratégique et des priorités d'une stratégie nationale de prévention du VIH, un cadre de responsabilisation solide et un système de gestion doivent être établis pour :

- Élaborer un plan de mise en œuvre pragmatique :
 - Estimer le nombre de personnes dans le besoin et cartographier leur emplacement.
 - Calculer le coût des ensembles de services minimaux.
 - Élaborer un plan d'intensification avec des jalons clairs et des objectifs annuels/trimestriels à l'échelle nationale et infranationale.
 - Établir des bases de référence et mettre en place un cadre rigoureux d'évaluation des impacts.
- Établir ou adapter les systèmes nécessaires pour gérer l'exécution des programmes.
- Mettre en place un mécanisme de gestion de la performance et établir le principe de l'examen collégial trimestriel à l'échelle locale et de l'examen annuel à l'échelle infranationale et nationale (voir la figure 18).
- Établir la capacité de prestation de services de tous les établissements ciblés et des équipes de proximité sur les deux premières années.
- Fixer les objectifs de couverture, par exemple, « 80 % de la population à atteindre d'ici la fin de l'année 3 », et mettre en œuvre les programmes en conséquence.
- Procéder à des évaluations des résultats, visant des résultats rapides dans les domaines couverts en amont (après l'année 2) et des résultats à pleine échelle après l'année 4.
- Procéder à une évaluation rigoureuse des impacts tous les cinq ans.

Figure 19. Mécanisme de gestion d'un programme national de prévention du VIH



À chaque nouvelle phase de la réponse, la responsabilité de la progression et l'obtention de résultats sur la prévention ne peut pas incomber uniquement à un programme national de lutte contre le SIDA ou au ministère de la santé. La réduction draconienne des nouvelles infections par le VIH implique que d'autres secteurs, tels que les secteurs de la protection sociale, de l'éducation, du transport et du commerce, jouent leur rôle et créent un environnement offrant de vrais choix qui encouragent des comportements sains, ainsi que l'utilisation des outils de prévention du VIH tels que les préservatifs, la PrEP et la réduction des préjudices.

Les gouvernements, y compris leurs trésoreries, et les donateurs internationaux devront allouer les ressources nécessaires. La prévention du VIH n'est pas coûteuse. En fait, lorsqu'elle est mise en œuvre à une échelle suffisante et avec une intensité suffisante, elle génère des économies. Plus important encore, les communautés devront exercer leur pouvoir pour stimuler la réalisation des objectifs Fast-Track de prévention du VIH et tenir les gouvernements, les donateurs et elles-mêmes responsables de ces actions. Avec l'appropriation communautaire, l'objectif de réduire de 75 % les nouvelles infections par le VIH d'ici à 2020 et de pratiquement les éliminer d'ici à 2030 peut être atteint.

*Mise en œuvre
à une échelle
suffisante et avec
une intensité
suffisante, la
prévention génère
des économies.*

CONCLUSION

Les objectifs de réduction des nouvelles infections par le VIH à moins de 500 000 par an d'ici à 2020 et moins de 200 000 d'ici à 2030 étaient inconcevables il y a peu. À présent, grâce à l'évolution de la prévention et du traitement du VIH, ainsi qu'aux réels progrès accomplis dans un certain nombre de pays clés, ces objectifs sont réalisables. Toutefois, ils ne seront atteints qu'avec des efforts concertés et sensiblement accélérés.

L'approche de la prévention combinée décrite dans le présent document est essentielle. Les pays doivent **se réengager** en faveur d'une telle démarche, **examiner de près l'orientation, l'ampleur, la composition et l'intensité de leurs programmes de prévention du VIH, améliorer leurs performances et développer leur couverture**. Ne manquons pas l'occasion de réduire drastiquement l'épidémie et de pratiquement l'éradiquer, ni l'opportunité de mettre fin à la menace que représente le SIDA pour la santé publique d'ici à 2030.

ABRÉVIATIONS

| | |
|---------|---|
| ART | Thérapie antirétrovirale |
| ARV | Médicament antirétroviral |
| FP | Planification familiale |
| HTS | Services de dépistage du VIH |
| OST | Thérapie de substitution aux opiacés |
| PrEP | Prophylaxie préexposition |
| SRH | Santé génésique |
| IST | Infections sexuellement transmissibles |
| TI | Interventions ciblées (Inde) |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| ONUDC | Office des Nations Unies contre la drogue et le crime |
| FNUAP | Fonds des Nations Unies pour la population |
| VCT | Conseil et dépistage volontaires |
| VMMC | Circoncision masculine volontaire médicalisée |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |

RÉFÉRENCES

1. ONUSIDA. The gap report. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2014 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/2014/2014gapreport/gapreport>, consulté le 2 juillet 2015).
2. Tanser F, Barnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell ML. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Sci*. 2013;339(6122):966-71.
3. Implementing Fast-Track: accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2015.
4. Gouws E. Trends in HIV prevalence and sexual behaviour among young people aged 15–24 years in countries most affected by HIV. *Sex Transm Infect*. 86. 2013 Suppl 2 : ii72-ii83.
5. Shisana O, Rehle T, Simbayi LC, Zuma K, Jooste S, Zungu N *et al*. South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey 2012. Le Cap : HSRC Press ; 2014.
6. ONUSIDA. Global Plan Towards the Elimination of New HIV Infections among Children and Keeping their Mothers Alive. Genève, 2011.
7. HIV resource needs modeling. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2014.
8. Tanser F, Barnighausen T, Cooke G, Newell M. Localized spatial clustering of HIV infections in a widely disseminated rural South African epidemic. *Int J Epidemiol*. 2009;38:1008-16.
9. Larmarange J, Vallo R, Yaro S, Msellati P et Méda N. Methods for mapping regional trends of HIV prevalence from Demographic and Health Surveys (DHS). *European Journal of Geography*. (<http://cybergeo.revues.org/24606>, consulté le 13 juillet 2015).
10. Anderson SJ, Cherutich P, Kilonzo N, Cremin I, Fecht D, Kimanga, D *et al*. Maximising the effect of combination HIV prevention through prioritisation of the people and places in greatest need: a modelling study. *Lancet*. 2014;384(9939):249-56.
11. Kumar R, Mehendale SM, Panda S, Venkatesh S, Lakshmi P, Kaur M *et al*. Impact of targeted interventions on heterosexual transmission of HIV in India. *BMC Public Health*. 2011;11:549.
12. Hallett T. Using information on epidemic heterogeneities in resource allocation. Document présenté à la réunion « Identifying Populations at Greatest Risk of Infections—Geographic Hotspots and Key Populations » ; 25-26 juillet 2013 ; Genève, Suisse.
13. ONUSIDA. Modeling the expected short-term distribution of new HIV infections by modes of transmission. Guidelines. Genève : ONUSIDA, 2012.
14. Steen R, Hontelez J, Veraart A, White RG, de Vlas SJ. Looking upstream to prevent HIV transmission: can interventions with sex workers alter the course of HIV epidemics in Africa as they did in Asia? *AIDS*. 2014;28(6):891-99.
15. Vitek CR, Cakalo J-I, Kruglov YV, Dumchev KV, Salyuk TO, Baughman AL *et al*. Slowing of the HIV epidemic in Ukraine: evidence from case reporting and key population surveys, 2005–2012. *PLoS ONE*. 2014;9(9):e103657. DOI :10.1371/journal.pone.010365.
16. Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Orga*. 2004;82(6):454-61.
17. Information note on effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections including HIV. Genève : Organisation mondiale de la santé ; Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2001.
18. Relationships of HIV and STD declines in Thailand to behavioural change. A synthesis of existing studies. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 1998.

19. Pickles M, Boily MC, Vickerman P, Lowndes CM, Moses S, Blanchard JF *et al.* Assessment of the population-level effectiveness of the Avahan HIV-prevention programme in South India: a preplanned, causal-pathway-based modelling analysis. *Lancet Glob Health.* 2013;1(5):e289-99.
20. Halperin DT, Mugurungi O, Hallett TB, Muchini B, Campbell B, Magure T *et al.* A surprising prevention success: why did the HIV epidemic decline in Zimbabwe? *PLoS Med.* 2011;8(2):e1000414.
21. Johnson LF, Hallett TB, Rehle TM, Dorrington RE. The effect of changes in condom usage and antiretroviral treatment coverage on human immunodeficiency virus incidence in South Africa: a model-based analysis. *J R Soc Interface.* 2012;9.
22. Strömdahl S, Hickson F, Pharris A, Sabido M, Baral S, Thorson A. A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe. *Euro Surveill.* 2015;20(15):pii=21096.
23. Cohen M, Chen Y, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour M, Kumarasamy N *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493-505.
24. WHO technical update on pre-exposure prophylaxis (PrEP). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015.
25. Choopanya K, Martin M, Suntharasamai P, Sangkum U, Mock PA, Leethochawalit M *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV infection in injecting drug users in Bangkok, Thailand (the Bangkok Tenofovir Study): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2013;381:2083-90.
26. Grant RM, Lama JR, Anderson PL, McMahan V, Liu AY, Vargas L *et al.* Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *N Engl J Med.* 2010;363:2587-99.
27. Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, Smith DK, Rose CE, Segolodi TM *et al.* Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med.* 2012;367:423-34.
28. Baeten JM, Donnell D, Ndase P, Mugo NR, Campbell JD, Wangisi J *et al.* Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *N Engl J Med.* 2012;367:399-410.
29. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E, *et al.* Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: The ANRS 1265 Trial. *PLoS Med.* 2005;2(11):1112. DOI : 10.1371/journal.pmed.0020298.
30. Bailey R, Moses S, Parker C, Agot K, Maclean I, Krieger JN *et al.* Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;369(9562):643-56.
31. Gray R, Kigozi G, Serwadda D, Makumbi F, Watya S, Nalugoda F *et al.* Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet.* 2007;369(9562):657-66.
32. Aspinall EJ, Nambiar D, Goldberg DJ, Hickman M, Weir A, Van Velzen E *et al.* Are needle and syringe programmes associated with a reduction in HIV transmission among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43(1):235-48.
33. Des Jarlais D, Feelemyer JP, Modi S, Abdul-Quader A, Hagan H. High coverage needle/syringe programs for people who inject drugs in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Pub Health.* 2013;13:53.

34. MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;345.
35. Ruan Y, Liang S, Zhu J, Li X, Pan SW, Liu Q *et al*. Evaluation of harm reduction programmes on seroincidence of HIV, hepatitis B and C, syphilis among intravenous drug users in southwest China. *Sex Transm Dis*. 2013;40(4):323-328. DOI :10.1097/OLQ.0b013e31827fd4d4.
36. Tanguay P. Policy responses to drug issues in Malaysia. Document d'information IDPC. Londres : International Drug Policy Consortium ; 2011.
37. Wagman JA, Gray R, Campbell J, Thoma M, Ndyababo A, Ssekasanvu J *et al*. Effectiveness of an integrated intimate partner violence and HIV prevention intervention in Rakai, Uganda: analysis of an intervention in an existing cluster randomised cohort. *Lancet Glob Health*. 2015;3(1):e23-e33.
38. Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, Kennedy CE, Sweat MD. HIV voluntary counseling and testing and behavioural risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990--2005. *AIDS Behav*. 2008;12(3):363-73.
39. Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD, Okero FA, Baggaley R, O'Reilly KR. Provider-initiated HIV testing and counseling in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Behav*. 2013;17(5):1571-90.
40. Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, O'Reilly K, Sweat M. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behaviour in developing countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:CD001224.
41. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev*. 2009;21(3):181-206.
42. Bertrand JT, O'Reilly K, Denison J, Anhang R, Sweat M. Systematic review of the effectiveness of mass communication programs to change HIV/AIDS-related behaviours in developing countries. *Health Educ Res*. 2006;21(4):567-97.
43. Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, O'Reilly KR, Sweat MD. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*. 2014;9(3):e89692. PMID : PMC3942389.
44. O'Reilly KR, Kennedy CE, Fonner VA, Sweat MD. Family planning counseling for women living with HIV: a systematic review of the evidence of effectiveness on contraceptive uptake and pregnancy incidence, 1990 to 2011. *BMC Pub Health*. 2013;13:935. PMID : PMC3852503.
45. Kennedy CE, Fonner VA, O'Reilly KR, Sweat MD. A systematic review of income generation interventions, including microfinance and vocational skills training, for HIV prevention. *AIDS Care*. 2014;26(6):659-73. PMID : PMC3943565
46. Zajac K, Kennedy C, Fonner V, Armstrong KS, O'Reilly KR, Sweat MD. A systematic review of the effects of behavioural counseling on sexual risk behaviours and HIV/STI prevalence in low- and middle-income countries. *AIDS Behav*. 2014;1-25.
47. Michielsen K, Chersich MF, Luchters S, De Koker P, Van Rossem R, Temmerman M. Effectiveness of HIV prevention for youth in sub-Saharan Africa: systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized trials. *AIDS*. 2010;24(8):1193-202.

48. Albarracin J, Albarracin D, Durantini M. Effects of HIV-prevention interventions for samples with higher and lower percents of Latinos and Latin Americans: a meta-analysis of change in condom use and knowledge. *AIDS Behav.* 2008;12(4):521-43
49. Wei C, Herrick A, Raymond HF, Anglemeyer A, Gerbase A, Noar SM. Social marketing interventions to increase HIV/STI testing uptake among men who have sex with men and male-to-female transgender women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(9):CD009337.
50. Meader N, Li R, Des Jarlais DC, Pilling S. Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(1):CD007192.
51. Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, Cowan F. Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review. *Trop Med Int Health.* 2008;13(5):659-79.
52. Wariki WM, Ota E, Mori R, Koyanagi A, Hori N, Shibuya K. Behavioural interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;2:CD005272.
53. Huang Z, Wang M, Fu L, Fang Y, Hao J, Tao F *et al.* Intervention to increase condom use and HIV testing among men who have sex with men in China: a meta-analysis. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2013;29(3):441-8.
54. Lu H, Liu Y, Dahiya K, Qian HZ, Fan W, Zhang L. Effectiveness of HIV risk reduction interventions among men who have sex with men in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(8):e72747.
55. Zheng L, Zheng Y. (2012). Efficacy of human immunodeficiency virus prevention interventions among men who have sex with men in China: a meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2012;39(11):886-93.
56. Tan JY, Huedo-Medina TB, Warren MR, Carey MP, Johnson BT. A meta-analysis of the efficacy of HIV/AIDS prevention interventions in Asia, 1995-2009. *Social Sci Med.* 2012;75(4):676-87.
57. Huedo-Medina TB, Boynton MH, Warren MR, LaCroix JM, Carey MP, Johnson BT. Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: a meta-analysis. *AIDS Behav.* 2010;14(6):1237-51.
58. Lan CW, Scott-Sheldon LA, Carey KB, Johnson BT, Carey MP. Alcohol and sexual risk reduction interventions among people living in Russia: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Behav.* 2014;18(10):1835-46.
59. Cornish F, Priego-Hernandez J, Campbell C, Mburu G, McLean S. The impact of community mobilisation on HIV prevention in middle and low income countries: a systematic review and critique. *AIDS Behav.* 2014;18(11):2110-34.
60. Kennedy C, Medley A, Sweat M, O'Reilly K. Behavioural interventions for HIV positive prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 1er août 2010 ; 88(8):615-623.
61. Sweat MD, Denison J, Kennedy C, Anhang R, Sweat M. Effects of condom social marketing on condom use in developing countries: a systematic review and meta-analysis, 1990-2010. *Bull World Health Organization.* 2012;90(8):613–22A. PMID : PMC3417793.
62. Björkman Nyqvist M, Corno L, de Walque D, Svensson J. Using Lotteries to Incentivize Safer Sexual Behaviour. Evidence from a Randomized Controlled Trial on HIV Prevention. Banque mondiale, Document de travail de recherche sur les politiques 7215. Mars 2015 (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/21654/WPS7215.pdf?sequence=1>, consulté le 13 juillet 2015).

63. De Walque D, Dow W, Nathan R, Abdul R, Abilahi F, Gong E *et al.* Incentivising safe sex: a randomised trial of conditional cash transfers for HIV and sexually transmitted infection prevention in rural Tanzania. *BMJ Open* 2012;2:e000747 DOI :10.1136/bmjopen-2011-000747.
64. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2014.
65. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2015.
66. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2012.
67. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2013.
68. Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2011.
69. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2012.
70. Marrazzo J, Ramjee G, Richardson B, Gomez K. Tenofovir-based preexposure prophylaxis for HIV infection among African women. *New Eng J Med.* 2015;372:509-18. DOI : 10.1056/NEJMoa1402269.
71. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M *et al.* Results of the iPrEx open-label extension (iPrEx OLE) in men and transgender women who have sex with men: PrEP uptake, sexual practices, and HIV incidence. Document présenté à la 20e Conférence internationale sur le SIDA, 20-25 juillet 2014 ; Melbourne, Australie.
72. Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Ozler B. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer programme on the sexual behaviour of young women. *Health Econ.* 2010;19 Suppl:55–68. DOI :10.1002/hec.1569
73. Galukande M, Duffy K, Bitega JP, Rackara S, Bbaale DS, Nakaggwa F *et al.* Adverse events profile of prepex a non-surgical device for adult male circumcision in a Ugandan urban setting. *PLoS One.* 2014;9(1):e86631. DOI :10.1371/journal.pone.0086631.
74. Cluver L, Boyes M, Orkin M, Pantelic M, Molwena T, Sherr L. Child-focused state cash transfer and adolescent risk of HIV infection in South Africa: a propensity-score-matched case-control study. *Lancet Glob Health.* 2013;1(6):e362-e370. DOI :10.1016/S2214-109X(13)70115-3.
75. Pettifor A, MacPhail C, Nuyen N, Rosenberg M. Can money prevent the spread of HIV? A review of cash payments for HIV prevention. *AIDS Behav.* 2012;16(7):1729-38.
76. South African Government News Agency. Mining towns get R18bn facelift. 1er juillet 2015. (<http://sanews.gov.za/south-africa/mining-towns-get-r18bn-facelift>, consulté le 14 juillet 2015)
77. Gebrekristos H, Resch S, Zuma K, Lurie M. Estimating the impact of establishing family housing on the annual risk of HIV infection in South African mining communities. *Sex Transm Dis.* Juin 2005 ; 32(6):333-40.
78. Comprehensive condom programming: a strategic response to HIV and AIDS. Source : FNUAP/VIH et SIDA [site web]. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour la population ; 2015 (<http://web.lb.unfpa.org/hiv/programming.htm>, consulté le 9 juillet 2015).

79. UNFPA contraceptive price indicator. Year 2014. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour la population ; 2014 (<http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA%20Contraceptive%20Price%20Indicators%202014.pdf>, consulté le 9 juillet 2015).
80. Condoms. A regional situation analysis. Présentation. Johannesburg : Fonds des Nations Unies pour la population, Bureau régional de l'Afrique orientale et australe ; 2013.
81. Sandøy IF, Blystad A, Shayo EH, Makundi E, Michelo C, Zulu J *et al.* Condom availability in high risk places and condom use: a study at district level in Kenya, Tanzania and Zambia. *BMC Pub Health.* 2012;12:1030.
82. Données provenant de la base de données STATcompiler des enquêtes démographiques et sanitaires (statcompiler.com, consulté en janvier 2015).
83. Weir S, Edwards J, Walker D, Kibao Z, Masako P. PLACE-Lite to identify gaps in prevention coverage in Iringa, Tanzania. Présentation/Conférence. AIDS 2012. (<http://www.slideshare.net/measurerevaluation/ias-posteriringa2012?related=2>, consulté le 14 juillet 2015).
84. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Genève: Organisation mondiale de la santé ; 2014.
85. Bekker LG, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S *et al.* Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? *Lancet.* 2015;385(9962):72-87.
86. Global AIDS progress reporting 2013. Genève : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA ; 2014.
87. Green K, Girault P, Wambugu S, Adams B. Reaching men who have sex with men in Ghana through social media: a pilot intervention. *Digit Cult Educ.* 2014;6(3):209-15.
88. State of the world's children. New York (NY) : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2012.
89. Degenhardt L, Mathers BM, Wirtz AL, Wolfe D, Kamarulzaman A, Carrieri MP *et al.* What has been achieved in HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs, 2010–2012? A review of the six highest burden countries. *Int J Drug Policy.* 2014;25(1):53-60. DOI :10.1016/j.drugpo.2013.08.004.
90. World drug report 2014. Vienne : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime ; 2014.
91. Wheeler T, Kiran U, Dallabetta G, Jayaram M. Learning about scale, measurement and community mobilisation: reflections on the implementation of the Avahan HIV/AIDS initiative in India. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66:ii16-ii25. DOI :10.1136/jech-2012-201081.



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/SIDA

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org