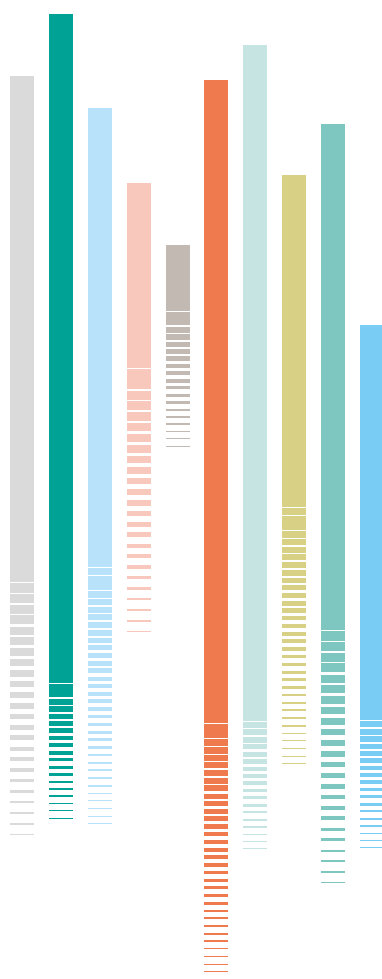


EN FINIR AVEC LE SIDA

PROGRESSER VERS
LES CIBLES 90-90-90

SYNTHÈSE



Copyright © 2017

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

Tous droits de reproduction réservés.

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

ONUSIDA/JC2900F

EN FINIR AVEC LE SIDA

**PROGRESSER VERS
LES CIBLES 90-90-90**

SYNTHÈSE

TRANSFORMER LA VISION 90-90-90 EN RÉALITÉ

ATTEINDRE LES CIBLES 90-90-90 À TOUS LES NIVEAUX: PAYS, VILLES ET COMMUNAUTÉS

Depuis leur lancement à la 20e Conférence internationale sur le sida à Melbourne en 2014, les objectifs 90-90-90 sont devenus un pilier central de la quête mondiale pour mettre fin à l'épidémie de sida. Les objectifs reflètent un changement fondamental dans l'approche mondiale du traitement du VIH, en s'éloignant de l'accent mis sur le nombre de personnes ayant accès au traitement antirétroviral pour donner une plus grande importance à la suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH. Ce changement a été motivé par une meilleure compréhension des avantages liés à la suppression de la charge virale. En effet, le traitement protège non seulement les personnes vivant avec le VIH des maladies liées au sida, mais réduit aussi considérablement le risque de transmission du virus.

Au fur et à mesure que le monde s'approche du point à mi-parcours entre le lancement des objectifs 90-90-90 en 2014 et leur échéance en décembre 2020, l'ONUSIDA examine les progrès réalisés. Cette évaluation est menée avec le soutien des programmes nationaux de lutte contre le sida - qui, chaque année, présentent un rapport aux Nations Unies par le biais d'un processus international de rapportage, accompagnés d'orientations techniques effectuées par des gestionnaires de programmes nationaux, des chercheurs et d'autres experts au sein du Comité consultatif scientifique et technique de l'ONUSIDA sur les 90-90-90.

Les dernières estimations épidémiologiques, ainsi que les données programmatiques provenant des 168 pays localisés dans chaque région, révèlent à la fois des progrès et des lacunes dans la cascade du dépistage et du traitement du VIH. Des changements sur les politiques du VIH ont été documentés depuis 2014, tout comme l'élaboration et le déploiement d'innovations technologiques et de prestation de services. Conformément à l'engagement de ne laisser personne pour compte, articulé dans Transformer notre monde : Programme de développement durable à l'horizon 2030, l'ONUSIDA et ses partenaires ont examiné les défis et stratégies spécifiques pour assurer les avantages préventifs et thérapeutiques complets de la thérapie antirétrovirale chez les enfants, les jeunes et les adultes, les hommes et les femmes, et les populations clés à haut risque d'acquisition du VIH.

PROGRÈS MONDIAUX VERS LES OBJECTIFS 90-90-90

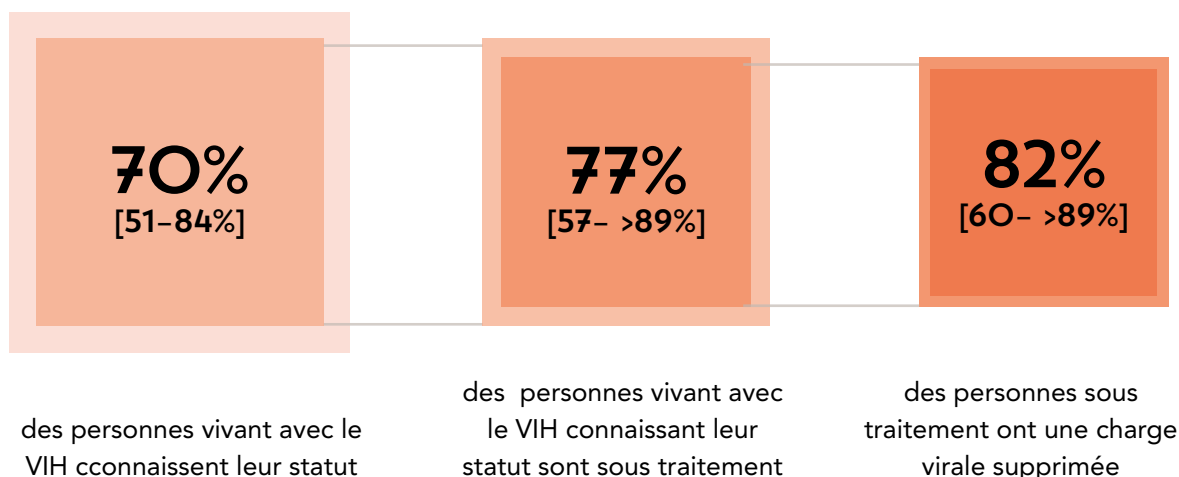


FIGURE 1.1. LES PROGRÈS VERS LES CIBLES 90-90-90 AU NIVEAU MONDIAL, 2016

Source: Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2017; voir annexe pour de plus amples renseignements sur les méthodes.

Les données montrent que des progrès remarquables ont été réalisés dans l'atteinte des objectifs 90-90-90. Plus de deux tiers de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH - environ 70% [51-84%] - connaissent leur statut sérologique en 2016. Parmi elles, 77% [57- >89%] avaient accès au traitement antirétroviral et 82% [60- >89%] d'entre elles avaient supprimé leur charge virale. Plusieurs pays, villes et communautés, dans différents contextes, ont déjà atteint les objectifs 90-90-90, ce qui prouve que la réalisation mondiale des trois 90 d'ici 2020 est à la fois réalisable et accessible si l'on s'attaque avec détermination aux lacunes de la cascade du dépistage et du traitement du VIH.

Cette accélération du dépistage et du traitement du VIH - dans le cadre d'une approche globale qui inclut les préservatifs, la circoncision masculine médicale volontaire, la prophylaxie pré-exposition et les efforts visant à protéger les droits de l'Homme et à créer un environnement propice à la prestation des services - a contribué à une baisse mondiale de 48% des décès liés au sida et à une baisse mondiale de 16% des nouvelles infections causées par le VIH entre 2010 et 2016.

LES DÉCÈS LIÉS AU SIDA CONTINUENT DE BAISSER

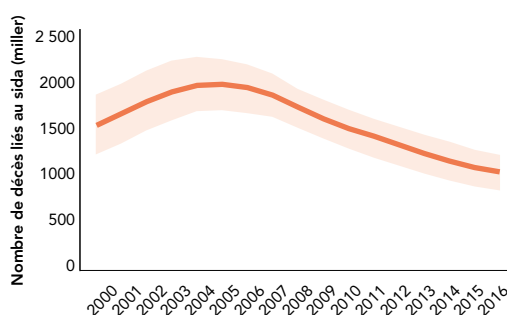


FIGURE 1.2. DÉCÈS LIÉS AU SIDA AU NIVEAU MONDIAL, TOUT ÂGE, 2000-2016

Source: Estimations de l'ONUSIDA 2017.

LES NOUVELLES INFECTIONS DIMINUENT MAIS LE RYTHME NE PERMET PAS D'ATTEINDRE LA CIBLE D'ICI 2020

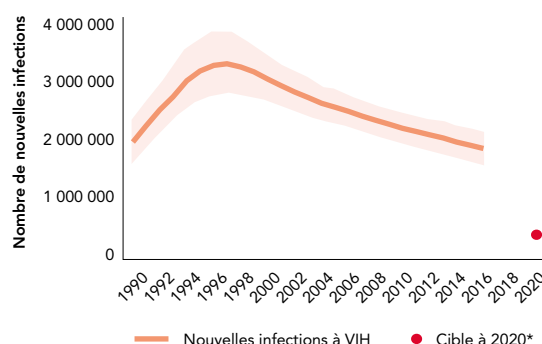


FIGURE 1.3. NOUVELLES INFECTIONS AU NIVEAU MONDIAL, TOUT ÂGE, 1990-2016 ET CIBLE 2020

Source: Estimations de l'ONUSIDA 2017.

*La cible d'ici 2020 est une réduction des nouvelles infections de 75% par rapport à 2010.

L'amélioration de l'accès au traitement et des résultats du traitement ont également entraîné une baisse de la morbidité, des améliorations substantielles de la qualité de vie et réduit les pressions sur les systèmes de santé, du fait de la réduction du nombre de personnes vivant avec le VIH ayant besoin d'une hospitalisation (1). En Afrique du Sud, par exemple, la proportion de personnes vivant avec le VIH ayant signalé une douleur est passée de 69% à 17% après cinq ans de traitement antirétroviral; et les personnes en traitement étaient près de neuf fois moins susceptibles d'être déclarées fatigué qu'au cours des trois mois précédant le début du traitement (2). De plus, la mise sous traitement antirétroviral a considérablement augmenté la probabilité de trouver un emploi chez les personnes vivant avec le VIH et a considérablement réduit les cas signalés de difficultés dans l'exécution d'un emploi (2).

LA CASCADE DU DÉPISTAGE ET DU TRAITEMENT VIH

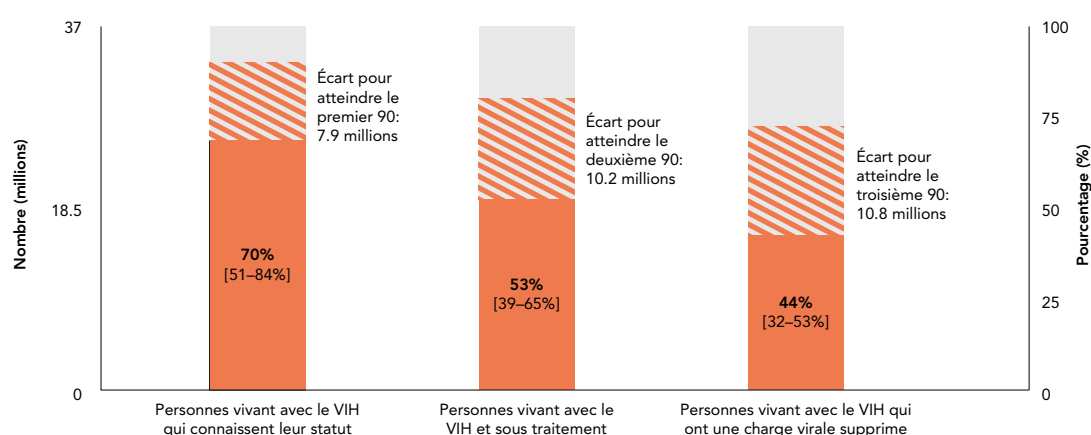


FIGURE 1.4. CONNAISSANCE DU STATUT VIH, COUVERTURE DU TRAITEMENT ET SUPPRESSION DE LA CHARGE VIRALE AU NIVEAU MONDIAL 2016

Source: Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2017; voir annexe pour de plus amples renseignements sur les méthodes.

PLUS DE LA MOITIÉ DE L'ENSEMBLE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH MISES SOUS TRAITEMENT

Une étape majeure a été atteinte en 2016 : pour la première fois, plus de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH (53% [39-65%]) avaient accès au traitement antirétroviral. Plus de quatre personnes sous cinq sur traitement avaient une charge virale supprimée, reflétant des taux élevés de rétention dans toutes les régions. Les données rapportées par 72 pays montrent que la rétention dans le traitement antirétroviral après 12 mois variait de 72% en Afrique de l'Ouest et du Centre à 89% au Moyen-Orient et en Afrique du Nord.

Lorsque les lacunes de la cascade dépistage-traitement du VIH se combinent, elles se traduisent par 44% [32-53%] de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH dont la charge virale a été supprimée en 2016, chiffre nettement inférieur aux 73% requis pour la réalisation complète des objectifs 90-90-90 (Figure 1.4). L'amélioration de la connaissance du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH et l'orientation vers les soins après le dépistage VIH seront essentielles pour maintenir l'élan d'extension du traitement.

LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH COMMENCENT LE TRAITEMENT PLUS TÔT, MAIS UN NOMBRE IMPORTANT DÉBUTENT AU STADE AVANCÉ DE LA MALADIE

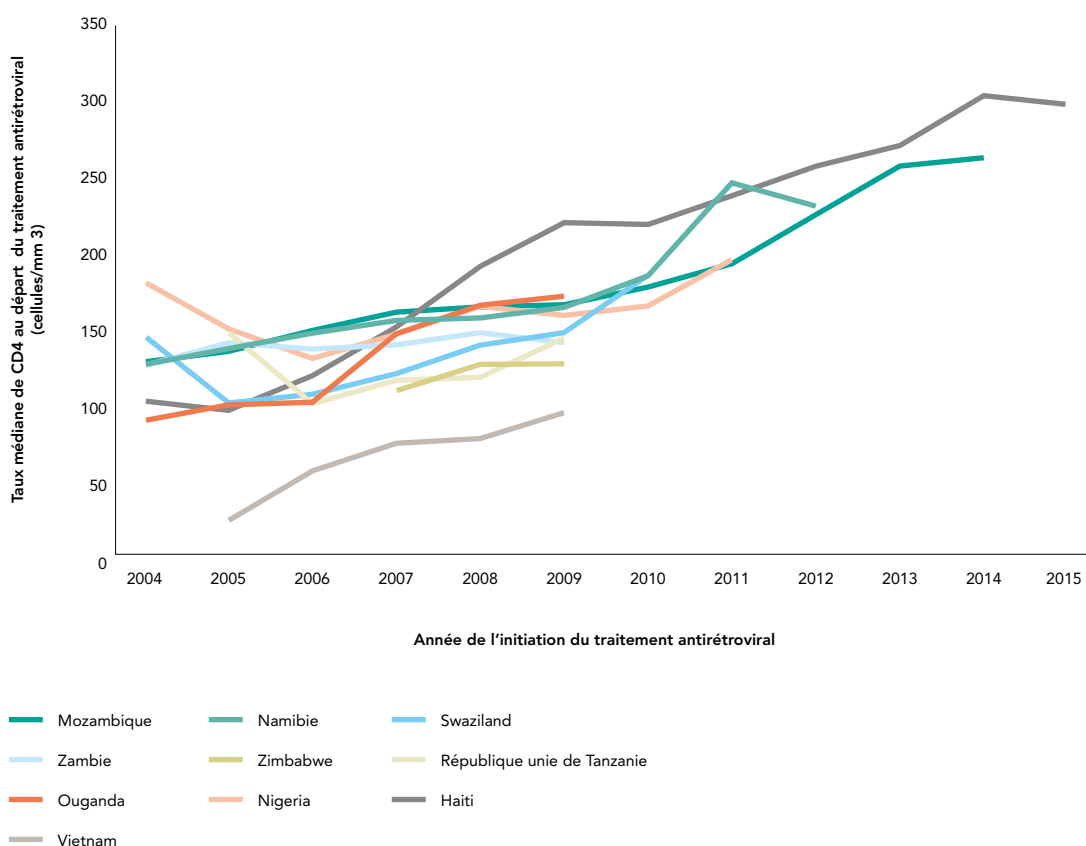


FIGURE 1.5. TENDANCES DU TAUX MÉDIANE DE CD4 AU DÉPART DU TRAITEMENT, 10 PAYS, 2004-2015

Source: Auld AF, Shiraishi RW, Oboho I, et al. Trends in Prevalence of Advanced HIV Disease at Antiretroviral Therapy Enrollment — 10 Countries, 2004–2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017;66:558–563. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6621a3>.

INITIATION PRÉCOCE DU TRAITEMENT

Les données disponibles suggèrent que les personnes commencent le traitement plus tôt. Un examen des données cliniques de 10 pays soutenus par le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)) a révélé une tendance évidente entre 2004 et 2015 de l'augmentation du nombre de cellules CD4+, un marqueur de la résistance du système immunitaire, chez les personnes vivant avec le VIH qui commençaient un traitement antirétroviral (Figure 3.6) (3).¹ Le pourcentage de patients ayant atteint un stade avancé lors de l'initiation du traitement (taux de lymphocytes CD4+ inférieur à 200 cellules/mm³), reste cependant alarmant dans de nombreux pays : parmi 85 pays qui ont reporté des données à l'ONUSIDA, 29% des personnes diagnostiquées atteintes de VIH avaient un nombre de cellules CD4 inférieur à 200. Les pays d'Afrique orientale et australe ayant soumis des données, font beaucoup mieux, avec 20% des nouveaux diagnostics survenant à un stade avancé de maladie, contre 41% en Asie et dans le Pacifique.

¹ Les 10 pays sont Haïti, le Mozambique, la Namibie, le Nigeria, le Swaziland, l'Ouganda, la République Unie de Tanzanie, le Viet Nam, la Zambie et le Zimbabwe.

ACCÈS ÉLARGI AU DÉPISTAGE DE LA CHARGE VIRALE

Rarement disponible dans les pays à revenu faible et intermédiaire jusqu'à il y a quelques années, le dépistage de la charge virale se répand désormais rapidement. En 2016, quarante-cinq pays additionnels rapportaient des données du dépistage de la charge virale. Le nombre total de personnes sous traitement antirétroviral ayant accès au dépistage de la charge virale s'est accru de 4,4 à 8,1 millions entre 2015 et 2016.

Cette expansion est principalement le résultat des négociations de l'Afrique du Sud qui a su tirer parti de son large volume pour réduire les prix mondiaux des tests de dépistage de la charge virale. En 2014, le gouvernement sud-africain, soutenu par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial), le PEPFAR, l'ONUSIDA et d'autres partenaires, a conclu un accord avec Roche, créateur d'une plateforme de premier plan pour le dépistage de la charge virale. Cet accord fixe un prix maximal mondial par dépistage de 9,40 dollars pour la technologie du dépistage de la charge virale de cette entreprise (2). Ce prix a depuis été obtenu par de nombreux marchés nationaux, dont l'Éthiopie, le Kenya, le Nigeria, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe. L'élargissement de l'accord tarifaire devrait atteindre 131 millions de dollars d'économies en dehors de l'Afrique du Sud jusqu'en 2020 (3).

Malgré ces progrès, dans le monde, moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH sous traitement bénéficient des dépistages périodiques de la charge virale. La couverture du dépistage de la charge virale est beaucoup plus élevée en Amérique latine, en Europe de l'Est et en Asie centrale et les progrès récents en Afrique orientale et australe sont encourageants. Cependant, les données disponibles indiquent que le pourcentage de patients qui ont bénéficié d'un dépistage de la charge virale au Moyen-Orient et en Afrique du Nord est resté à environ un tiers. En Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi qu'en Asie et dans le Pacifique, moins d'un patient sur cinq en a bénéficié.

UN NOMBRE CROISSANT DE PAYS EN ROUTE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS

Pendant une grande partie de l'histoire de la riposte au sida, les pays à revenu élevé ont fourni des normes de soins qui étaient nettement supérieures aux services disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Toutefois, les dernières données suggèrent que l'écart se réduit, et que plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire sont à deux doigts d'atteindre les objectifs 90-90-90.

La réalisation des objectifs 90-90-90 signifie que 73% des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée. Sur l'ensemble de la planète, sept pays avaient déjà atteint ou dépassé ce niveau de suppression de la charge virale en 2016 : le Botswana, le Cambodge, le Danemark, l'Islande, la Suède et le Royaume-Uni (Figure 1.6). Onze autres pays étaient près de ce seuil, sans compter les nombreuses villes engagées dans l'Initiative Villes Fast-Track qui ont également atteint ou sont près d'atteindre les objectifs 90-90-90, parmi lesquelles Amsterdam, Melbourne, New York et Paris.

PROGRÈS ET SUCCÈS DANS UNE VASTE GAMME DE PAYS

	PREMIÈRE 90	DEUXIÈME 90	TROISIÈME 90	SUPPRESSION DE LA CHARGE VIRAL CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
Atteint (90% ou plus)	Australie Biélorussie Danemark Équateur Malaisie Suède Thaïlande	Algérie Australie Botswana Comores Danemark France Haïti Irlande Malawi Malte	Mongolie Niger Portugal Rwanda Espagne Suède Suisse Ouganda Royaume-Uni Zambie Zimbabwe	Belgique Botswana Brésil Cambodge Chili Comores République tchèque Danemark France Allemagne Hongrie Islande Koweït Luxembourg Malaisie Myanmar Pays Bas Philippines Pologne Roumanie Serbie Singapour Suède Suisse Royaume-Uni
Presque atteint (85-89%)	Autriche Botswana Cuba Fidji Allemagne Hongrie Irlande Italie Lituanie Luxembourg Pays-Bas Nicaragua Roumanie Rwanda Afrique du Sud Royaume Uni	Autriche Éthiopie Gambie Italie Luxembourg Mozambique Pays Bas Nigeria République Unie de Tanzanie	Afghanistan Bulgarie Burundi Canada Éthiopie Géorgie Italie Malawi Malte Mongolie Népal Portugal Espagne Swaziland Uruguay Zambie	Presque atteint (65-72%) Australie Belgique France Allemagne Italie Koweït Luxembourg Pays-Bas Espagne Swaziland Suisse

FIGURE 1.6. PAYS QUI ONT ATTEINT LES OBJECTIFS 90-90-90-OU QUI LES ONT PRESQUE ATTEINTS, DONNÉES LES PLUS RÉCENTES^{1,2}

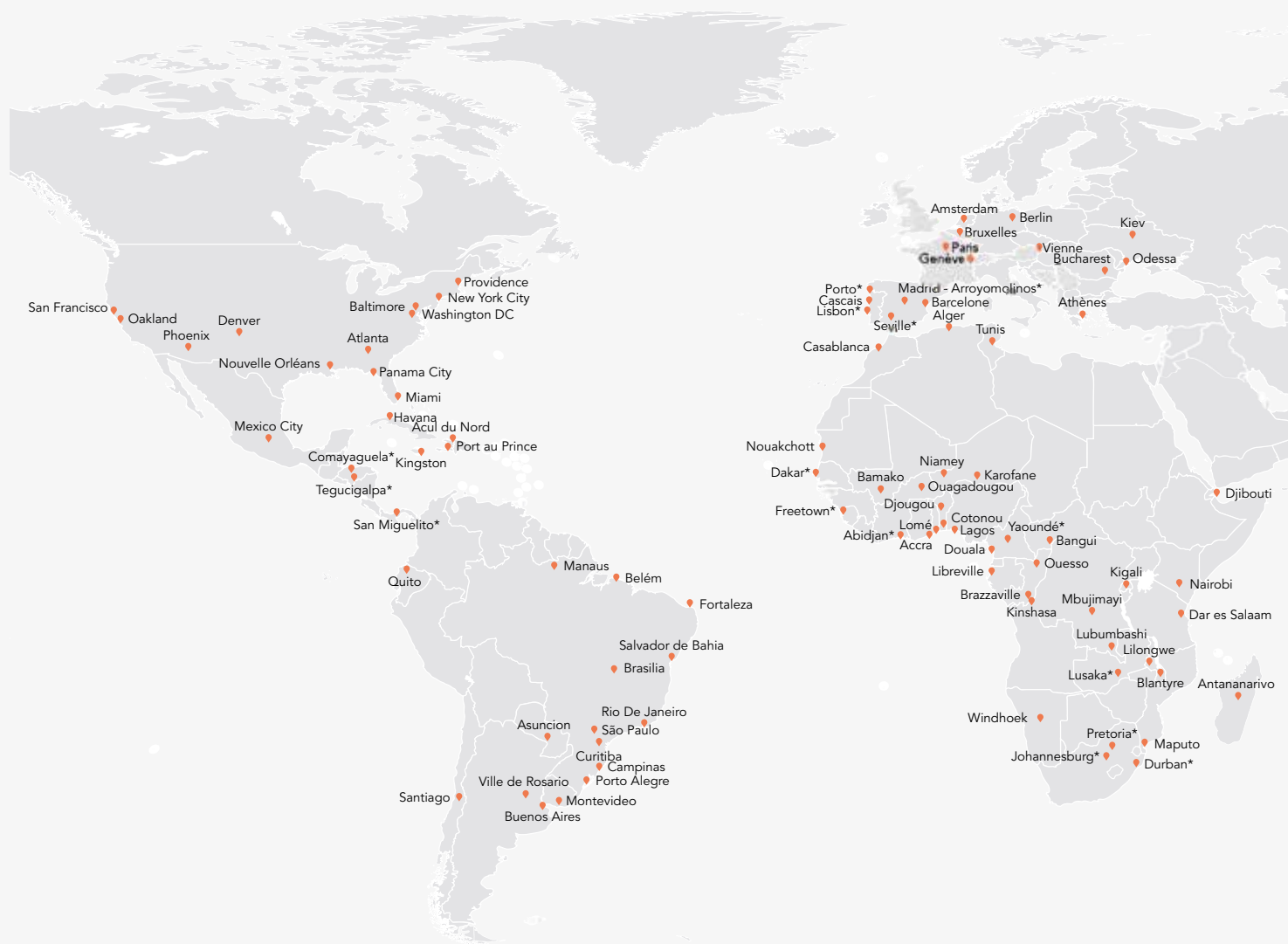
Plusieurs pays à revenu élevé, ainsi que certaines villes ont déjà atteint les cibles 90-90-90. Les données les plus récentes révèlent que 42 pays localisés dans plusieurs régions et dans différents contextes épidémiologiques ont atteint un ou plusieurs des 90, 7 l'ont atteint et 11 sont en cours d'atteindre entièrement les cibles, ce qui se traduit par 73% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH avec une charge virale supprimé.

Source: Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2017; voir annexe pour de plus amples renseignements sur les méthodes

¹ Les données sont pour l'année 2016, à l'exception de : (2012) Italie; (2013) Autriche, Belgique and France; (2014) Belgique, Canada, Serbie et Espagne (2014), et (2015) Bulgarie, Allemagne, Hongrie, Pays-Bas, Suède, Suisse et le Royaume-Uni

² Les estimations suivantes des personnes vivant avec le VIH sont rapportées par les pays et ne sont pas validées par l'ONUSIDA : Autriche, Belgique, Bulgarie, Canada, Danemark, France, Allemagne, Hongrie, Islande, Italie, Luxembourg, Malte, Monténégro, Pays-Bas, Portugal, Singapour, Espagne, Suisse et le Royaume Uni.

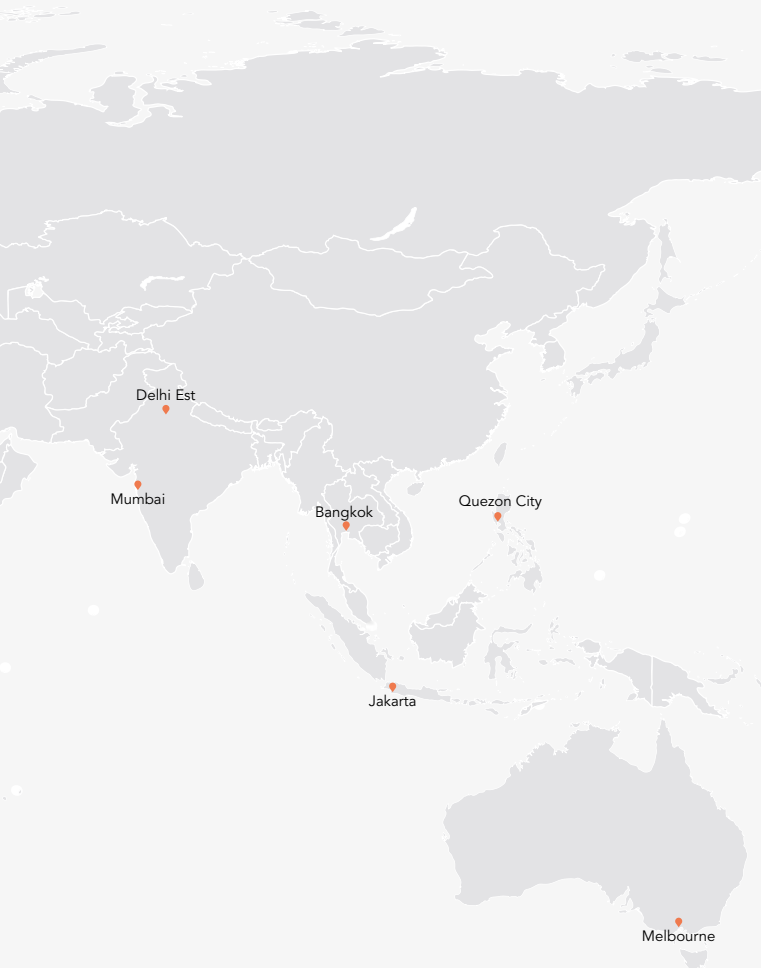
VILLES FAST-TRACK



19 municipalités ont signé au Cameroun
 34 communes ont signé en Côte d'Ivoire
 17 municipalités ont signé au Honduras
 3 municipalités ont signé au Panama
 15 municipalités ont signé au Sénégal
 12 municipalités ont signé en Afrique du Sud
 2 municipalités ont signé au Togo
 51 communes ont signé en Zambie
 9 communes ont signé en Espagne
 15 municipalités ont signé en Sierra Leone
 31 municipalités ont signé au Brésil

FIGURE 1.7. VILLES ET MUNICIPALITÉS QUI ONT SIGNÉ LA DÉCLARATION DE PARIS DE 2014 POUR METTRE FIN À L'ÉPIDÉMIE DU SIDA, 2017

Source: ONUSIDA, 2017.



Les villes abritent plus de la moitié de la population mondiale et une proportion importante et croissante de personnes vivant avec le VIH, la tuberculose et d'autres maladies (4). Environ 25% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH vivent dans 200 villes à travers le monde. Le risque d'infection par le VIH et la tuberculose est souvent plus élevé dans les zones urbaines que dans les zones rurales, en raison de la dynamique urbaine, comme le réseautage social, les flux migratoires et les inégalités sociales et économiques.

Lors d'une réunion historique à Paris lors de la Journée mondiale de lutte contre le sida, le 1er décembre 2014, l'ONUSIDA, la ville de Paris et 26 villes clés réparties sur tous les continents, ont lancé, conjointement avec les prestataires internationaux de soins du sida (International Providers of AIDS Care (IAPAC)) et ONU-Habitat, la Déclaration de Paris de 2014 pour mettre fin à l'épidémie de sida. À ce jour, plus de 200 villes et municipalités ont signé la déclaration. Ces villes s'engagent à atteindre les objectifs 90-90-90 d'ici 2020 en s'attaquant aux disparités concernant l'accès aux services de santé de base, aux services sociaux, à la justice sociale et aux opportunités économiques, et s'engagent à mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 (Figure 1.7).

Des maires comme Anne Hidalgo de Paris sont de réels chef de file. Ces villes adoptent des approches novatrices, utilisent les nouvelles technologies et initient des programmes étayés par des données probantes pour identifier et diagnostiquer des populations difficiles d'accès, assurer l'orientation vers les soins et l'initiation du traitement. Elles aident également les personnes vivant avec le VIH à continuer à se soigner et à supprimer leur charge virale. L'implication des communautés dans les processus décisionnels, y compris les personnes vivant avec le VIH, a été cruciale pour recentrer les plans de riposte au VIH dans les villes et les priorités en matière de ressources pour combler les lacunes du continuum des soins du VIH.

Ces progrès dans de nombreuses villes sont très encourageants mais il reste encore beaucoup à faire. La stigmatisation et la discrimination, notamment dans les milieux de soins, doivent être abordés pour lever les obstacles à l'accès et à l'utilisation des services liés au VIH, en particulier parmi les populations clés et vulnérables. Les réalisations et les actions entreprises par les villes Fast-Track doivent être utilisées pour inspirer et encourager les nombreuses villes restantes, qui sont confrontées à des défis dans leurs ripostes locales au sida.

¹ Voir sur le web portail des villes Fast-Track (disponible à <http://www.fast-track-cities.org/>).

PROGRÈS RÉGIONAUX VERS LES OBJECTIFS 90-90-90

En Afrique orientale et australe, la région la plus touchée par l'épidémie, les gains enregistrés dans l'atteinte des trois 90 ont été particulièrement frappants, rejoignant ceux de l'Amérique latine. Si les progrès sont soutenus, ces deux régions atteindront vraisemblablement les objectifs 90-90-90 aux côtés de l'Europe occidentale et centrale et de l'Amérique du Nord. La région des Caraïbes n'était pas loin d'atteindre la moyenne mondiale pour le deuxième 90 mais a pris un retard dans l'atteinte du premier et le troisième 90. D'autres régions ont de grandes lacunes dans une ou plusieurs étapes de la cascade VIH. La connaissance du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH était inférieure à 60% au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et en Afrique de l'Ouest et du Centre. La couverture du traitement antirétroviral chez les personnes séropositives connaissant leurs statut sérologique demeure faible au Moyen-Orient, en Europe de l'Est et en Asie centrale. Ces lacunes au long de la cascade VIH, contribuent aux faibles taux de suppression de la charge virale dans ces quatre régions.

LES PROGRÈS VARIENT SELON LA RÉGION

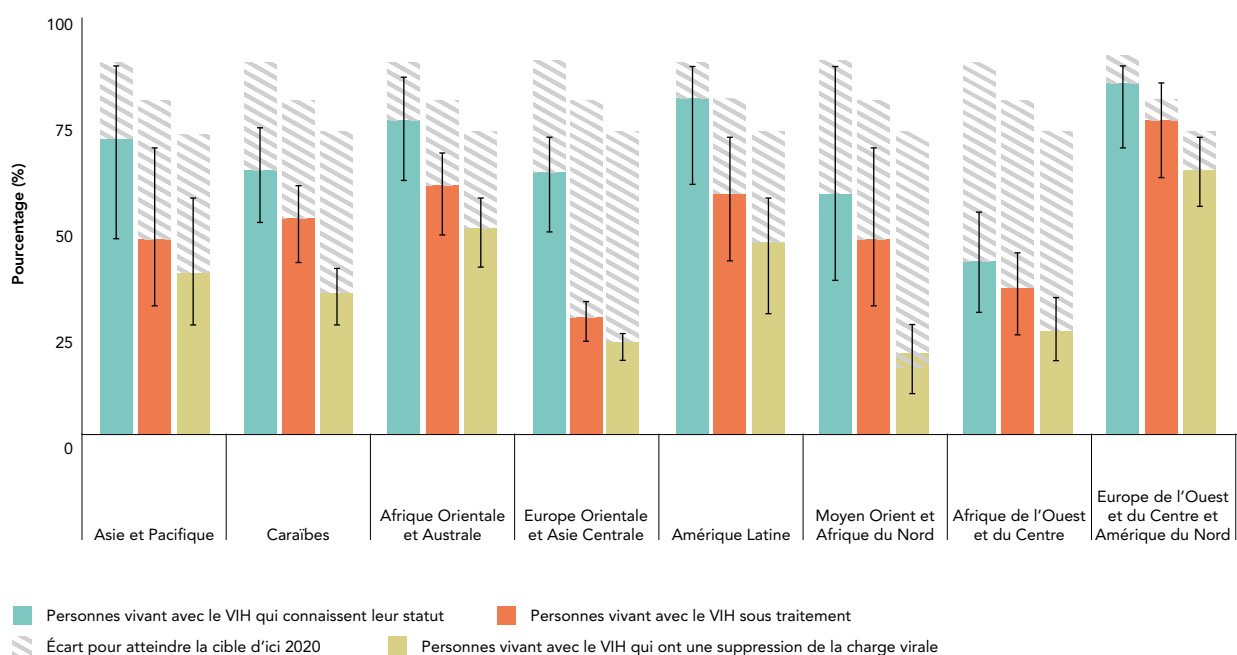


FIGURE 1.8. CONNAISSANCE DU STATUT VIH, COUVERTURE DU TRAITEMENT ET SUPPRESSION DE LA CHARGE VIRALE, PAR RÉGION, 2016

Une comparaison de la cascade du dépistage et du traitement VIH au niveau des régions révèle que les progrès varient. L'Europe de l'Ouest et du Centre et l'Amérique du Nord sont en train de s'approcher des cibles mondiales du dépistage et ont atteint le deuxième 90 en 2015. Parmi les régions avec suffisamment de données en 2016, L'Amérique latine ainsi que l'Afrique orientale et australe ont fait des progrès remarquables à tous les niveaux de la cascade. Si ces progrès sont maintenues, ces deux régions atteindront vraisemblablement les cibles 90-90-90. La connaissance du statut VIH en Asie et Pacifique et la couverture du traitement antirétroviral dans les Caraïbes se rapprochent de la moyenne mondiale, mais la suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH est en dessous de la moyenne, ce qui indique que des efforts soutenus sont essentiels pour maintenir l'élan. D'autres régions sont à la traîne. Les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à plusieurs défis, partant de la faiblesse des systèmes sanitaires en Afrique de l'Ouest et du Centre, jusqu'aux barrières aux soins que rencontrent les populations clés au Moyen Orient et l'Afrique du Nord, de même qu'en Europe occidentale et l'Asie du Centre.

Source: Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2017; voir annexe pour de plus amples renseignements sur les méthodes

ÉLARGIR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Des efforts pionniers pour élargir les services VIH en milieu communautaire en Afrique orientale et australe ont démontré que les objectifs 90-90-90 peuvent être atteints dans les milieux à faible revenu et à forte prévalence en quelques années seulement. Par exemple, une étude sur la santé communautaire en Afrique de l'Est a produit des résultats exceptionnels (voir encart). Ces initiatives reposent sur un travail collectif des organisations communautaires et des agents de santé communautaires qui appuient les systèmes sanitaires pour fournir des services liés au VIH de manière plus large et plus équitable depuis les premiers jours de la riposte au VIH. Les leçons tirées de ces expériences ont permis l'émergence d'un modèle d'offre de soins différencié: une approche centrée sur le client et axée sur les droits qui simplifie les services liés au VIH le long de la cascade du traitement et des soins VIH pour mieux répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH et accroître l'efficacité du système de santé.

SEARCH : RÉALISER 90-90-90 ET FOURNIR DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DANS LES ZONES RURALES DE L'AFRIQUE ORIENTALE

SEARCH (Sustainable East Africa Research in Community Health), un projet de recherche portant sur le VIH dans 32 communautés rurales au Kenya et en Ouganda, a démontré que des gains rapides pour atteindre et dépasser les objectifs 90-90-90 peuvent être réalisés.

Dans les 16 communautés atteintes par les services du projet SEARCH, le dépistage et le traitement du VIH font partie de l'offre de soins plus large qui aborde de multiples problèmes de santé, y compris le cancer du col de l'utérus, les soins pédiatriques (comme le déparasitage), le diabète, l'hypertension artérielle, le paludisme, la circoncision masculine médicale volontaire et la tuberculose. Dans le cadre des activités de dépistage mobile et à domicile du projet SEARCH, des campagnes de santé visant plusieurs maladies, les pairs éducateurs/rices créent une demande pour les services de santé et fournissent des conseils permettant d'atteindre un plus grand nombre de personnes.

Pour les personnes diagnostiquées séropositives, le projet SEARCH utilise un modèle innovant de prestation de services pour le traitement du VIH telle que la colocation de services, un environnement convivial pour le client (avec des horaires flexibles), une ligne téléphonique pour répondre aux questions, planifier et effectuer des rappels les rendez-vous, et pour fournir des conseils sur la charge virale (5).

LES CIBLES 90-90-90 ONT ÉTÉ ATTEINTES DANS LE MONDE RURAL EN AFRIQUE DE L'EST

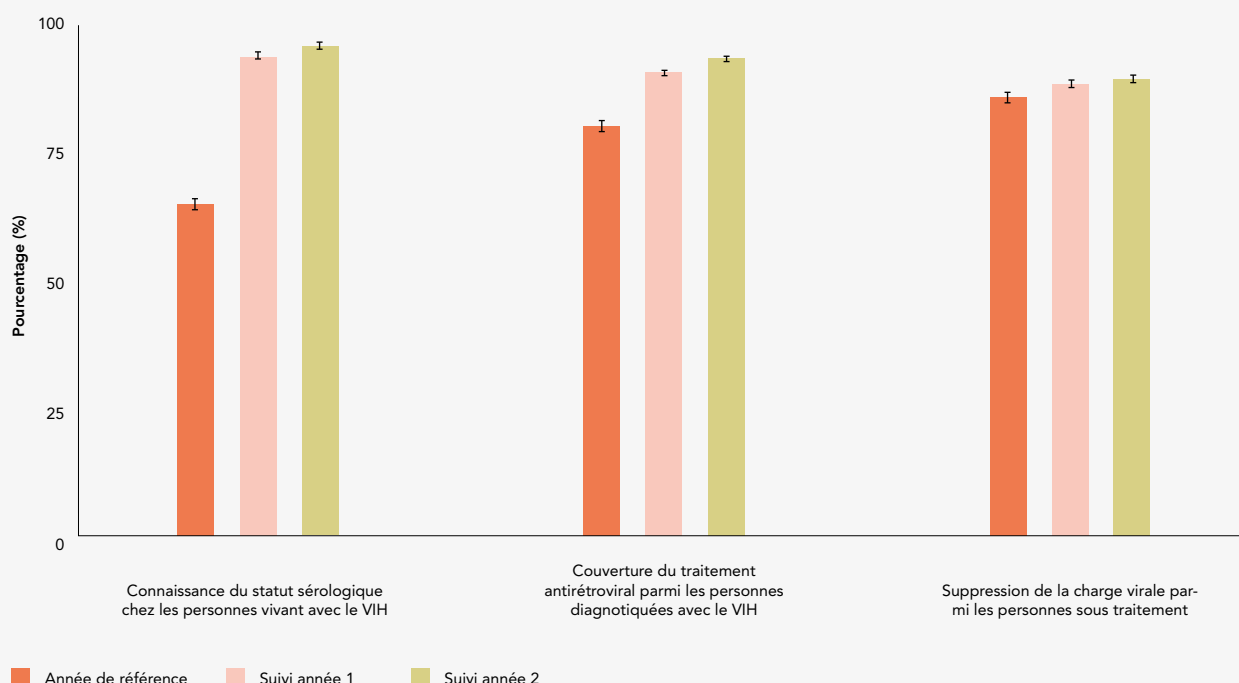


FIGURE 1.9. PROGRÈS VERS LES CIBLES 90-90-90, TOUT ÂGE, 16 COMMUNAUTÉS RURALES DU PROJET SEARCH AU KENYA ET EN OUGANDA

Source: Petersen M, Balzer L, Kwarisima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J et al. Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy, and viral suppression in East Africa. JAMA. 2017;317(21):2196-2206.

Après deux ans, les objectifs 90–90–90 ont été atteints par les communautés touchées par le projet SEARCH (Figure 1.9). La connaissance du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH était estimée à 96% [95–97%], la couverture du traitement antirétroviral parmi les personnes connaissant leur statut sérologique positif était de 93% [93–94%] et 90% [89–90%] des personnes sous traitement avaient réalisé une suppression de la charge virale (6). Les gains ont été remarquables : le taux de suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH était initialement de 45% [44–46%], mais après deux années, avait augmenté à 80%—bien au-delà des 73% requis pour la réalisation complète des objectifs 90–90–90 (6).

Les résultats obtenus chez les hommes et les jeunes, deux populations difficiles à joindre par les services de dépistage et de traitement du VIH (Figure 1.10) sont particulièrement remarquables. Parmi les hommes, les deux premiers 90 ont été atteints et 88% de ceux qui ont accès au traitement antirétroviral ont réalisé une suppression de la charge virale ; le niveau de suppression de la charge virale chez tous les hommes vivant avec le VIH dans la zone d'étude a également augmenté de 39% à 76% (6). Chez les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) les résultats étaient plus faibles et les objectifs 90–90–90 n'ont pas été atteints, cependant le taux de suppression de la charge viral est passé de 26% à 65% après deux ans (6).

ATTEINDRE LES HOMMES ET LES JEUNES

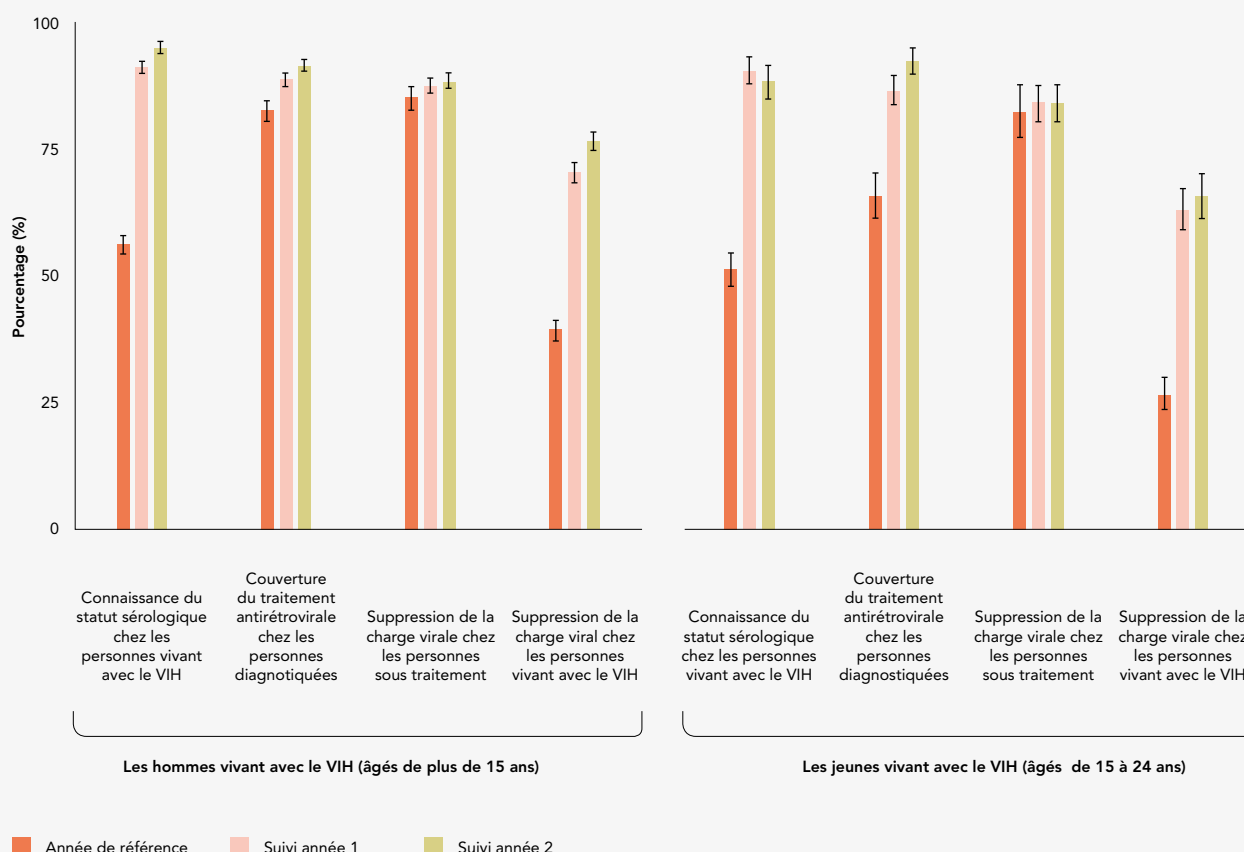


FIGURE 1.10. PROGRÈS VERS LES CIBLES 90-90-90, HOMMES (PLUS DE 15 ANS) ET JEUNES (15-24 ANS), 16 COMMUNAUTÉS RURALES DU PROJET SEARCH AU KENYA ET EN OUGANDA

Source: Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J et al. Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy, and viral suppression in East Africa. JAMA. 2017;317(21):2196–2206.

OBSTACLES À LA RÉUSSITE

Dans cette image nette des progrès, des obstacles viennent troubler le succès. Bien que les lacunes de la cascade du dépistage et du traitement du VIH se soient réduites, plus de la moitié de toutes les personnes vivant avec le VIH n'ont pas un taux de la charge virale supprimé, et le pourcentage de patients atteints de la maladie au stade avancé lors de l'initiation au traitement antirétroviral (nombre de cellules T CD4+ inférieur à 200 cellules/mm³) reste alarmant dans de nombreux pays. Ces données renforcent l'importance continue d'une approche au VIH qui soit axé sur la mise-à-échelle de la prévention combinée.

Des données provenant de sources variées montrent que les lacunes dans la cascade 90-90-90 sont plus importantes chez les hommes, les jeunes et les populations clés. Des normes sexospécifiques néfastes contribuent à une prise de risque plus importante et à une prise en charge sanitaire plus faible chez les hommes. Les lois sur le consentement et l'accès insuffisant à une éducation sexuelle complète privent les jeunes des services et des connaissances dont ils ont besoin pour se protéger du VIH et des IST. Les populations clés sont souvent confrontées à une criminalisation et à des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination. Le comblement des lacunes dans la couverture des services nécessite des efforts pour que les hommes rejettent les normes néfastes de la masculinité, et que les femmes et les filles, les jeunes et les populations clés soient autonomisés afin de renforcer leurs droits humains. S'attaquer à la stigmatisation, à la discrimination et aux violations des droits de l'homme à tous les niveaux grâce à la création d'un environnement juridique protecteur et émancipateur et d'une forte règle de droit est un impératif tant pour la riposte au VIH que pour le programme de développement durable.

LES RESSOURCES RÉELLEMENT DISPONIBLES RISQUENT DE NE PAS ATTEINDRE LES ENGAGEMENTS MONDIAUX

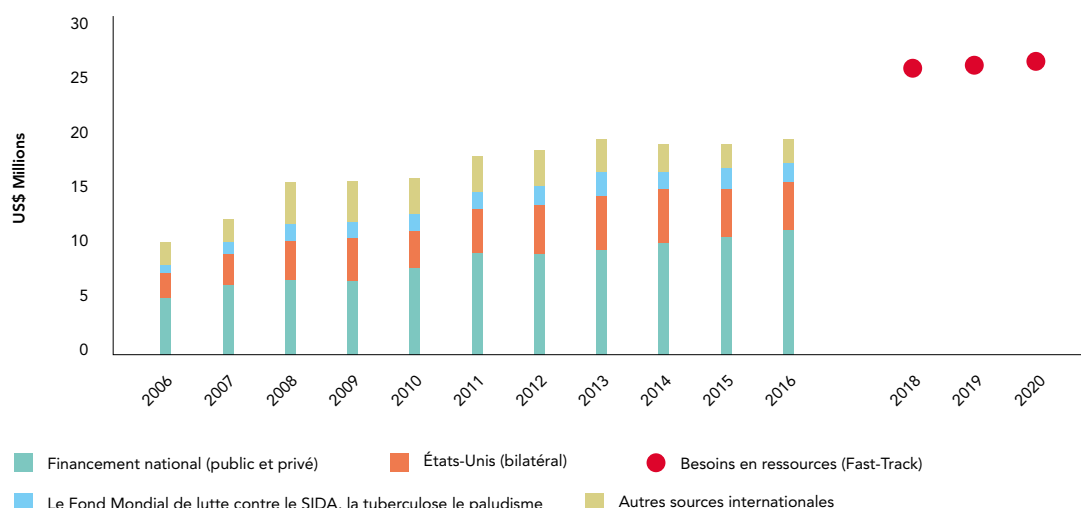


FIGURE 1.11. FINANCEMENT POUR LE VIH, PAR SOURCE, 2006-2016 ET BESOINS EN RESSOURCES D'ICI 2020, PAYS À REVENU FAIBLE ET INTERMÉDIAIRE

Source: Estimations de l'ONUSIDA sur la disponibilité des ressources du VIH, juin 2017. Mise à jour Fast-Track des investissements nécessaires à la riposte au VIH, 2016-2030. Genève : l'ONUSIDA ; 2016. Financement de la riposte dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : aide internationale des gouvernements donateurs en 2016. La Fondation de la famille Henry J. Kaiser et l'ONUSIDA (dans la presse). Rapports GAM/GARPR (2005-2017). Soutien philanthropique pour la riposte au VIH/sida en 2015. Washington, DC : l'organisation Funders Concerned about AIDS ; 2016.

* Estimations pour les pays à revenu faible et intermédiaire selon la classification du niveau de revenu de la Banque mondiale en 2015. Tous les chiffres sont exprimés en dollars US constants de 2016.

Le financement de la riposte au VIH est une préoccupation supplémentaire. Les tendances en matière de la disponibilité des ressources pour les ripostes au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire demeurent stables pour la quatrième année consécutive, soit environ 19,1 milliards de dollars (Figure 1.11). L'investissement international dans les ripostes au VIH de ces pays a culminé en 2013 à près de 10 milliards de dollars ; il a diminué à environ 8,1 milliards de dollars en 2016. Pendant ce temps, bien que les investissements intérieurs aient augmenté en moyenne de 11% chaque année de 2006 à 2016, le taux de cette augmentation a ralenti à 5% entre 2015 et 2016.

Cette tendance stable de la disponibilité des ressources se contraste avec les engagements en matière de ressources convenus par l'Assemblée Générale des Nations Unies qui est de 26 milliards de dollars dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici 2020. Des investissements suffisants sont nécessaires pour atteindre les objectifs 90-90-90 et les autres objectifs Fast-Track 2020 dans le cadre de la Déclaration politique de 2016 d'ici.

ATTEINDRE LE PREMIER 90

À l'échelle mondiale, les progrès réalisés dans l'amélioration de la connaissance du statut sérologique en 2016 étaient faibles comparées aux progrès réalisés dans d'autres parties de la cascade VIH, les lacunes dans les connaissances du statut sérologique étant souvent les plus importantes parmi les jeunes et les hommes. La connaissance du statut sérologique est la première étape de la cascade VIH. Quand elle est faible, les efforts successives visant à assurer le lien avec les services de prise en charge, de soins et d'observance seront touchés.

Pour combler ces lacunes il faut faire du dépistage VIH une priorité et exploiter pleinement les nouvelles technologies et stratégies de prestation de services. Le déploiement rapide et la promotion de l'auto-dépistage constituent l'une des stratégies pour déplacer l'offre des services vers les milieux communautaires. Le projet HIV Self-Testing Africa (STAR) soutenu par UNITAID démontre que l'auto-dépistage arrive à toucher les personnes qui n'accèdent pas aux établissements sanitaires pour réaliser un test VIH et que ceux qui ont un résultat positif peuvent être liés plus systématiquement à un diagnostic confirmatoire et aux services de prise-en-charge (7). La notification assistée des partenaires, le diagnostic précoce du nourrisson au centre sanitaire et le dépistage virologique à la naissance sont des occasions supplémentaires d'accroître la connaissance du statut sérologique chez les adultes et les enfants vivant avec le VIH.

ATTEINDRE LE DEUXIÈME 90

Pour le deuxième 90, l'adoption d'une approche "treat all" et de l'initiation du traitement antirétroviral le même jour du diagnostic, ainsi que la mise-à-échelle de stratégies communautaires, seront essentielles pour réussir. Cela nécessitera une expansion rapide de modèles efficaces pour assurer le lien entre le dépistage et la prise en charge mais

Depuis 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que la thérapie antirétrovirale soit initiée chez toutes les personnes vivant avec le VIH quel que soit le taux de CD4. Parmi les 194 pays qui ont soumis des données à l'OMS et à l'ONUSIDA en 2016, 117 d'entre eux - dont 27 des 35 pays Fast-Track - ont adopté cette approche dans leurs directives nationales sur le traitement du VIH (Figure 1.12).

A world map illustrating the implementation of 'Treat all' and CD4 count thresholds for ART initiation. The map is color-coded as follows:

- Orange:** "Treat all" indépendamment du taux de CD4
- Light Orange:** Taux de CD4 en dessous de 500 cellules/mm³ or less
- Light Green:** Taux de CD4 en dessous de 350 cellules/mm³ or less
- Grey:** Données non-disponibles

Des données de plus en plus croissantes démontrent clairement les effets thérapeutiques et préventifs de l'initiation précoce du traitement antirétroviral comme recommandé en 2015 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à savoir l'initiation du traitement antirétroviral pour chaque personne vivant avec le VIH indépendamment du niveau de taux de CD4. Dans les 194 pays qui ont rapporté des données à l'OMS et à l'ONUSIDA en 2016, 120 d'entre eux - y compris 35 pays de l'initiative d'accélération "Fast-Track"-avaient adopté cette approche «traitement pour tous» dans leurs directives nationales sur le traitement. Parmi les autres pays, huit continuent de limiter le traitement aux personnes vivant avec le VIH avec un taux de CD4 à 350 cellules/mm3 ou en dessous.

18

ATTEINDRE LE TROISIÈME 90

Bien que la plupart des personnes ayant accès au traitement antirétroviral obtiennent d'excellents résultats cliniques, d'importantes possibilités existent pour améliorer les taux de suppression de la charge virale. Il est essentiel que les programmes de traitement établissent des stratégies communautaires pour renforcer l'adhésion du patient au traitement et réduire le nombre de perdus de vue. Les stratégies qui utilisent les pairs éducateurs/trices et les agents de santé communautaires formés atteignent généralement des taux de rétention et des résultats du traitement supérieurs (11–14). L'utilisation de groupes de soutien par les pairs, des agents de santé communautaires, des rappels par messages texte SMS et des réduction du temps d'attente dans les établissements ont réussi à améliorer la rétention chez les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH. Les technologies utilisées sur le lieu des soins offrent d'autres possibilités pour étendre le dépistage de la charge virale à tous ceux sous traitement et de renforcer la surveillance de la charge virale individuelle et communautaire.

LE SUCCÈS MONDIAL EST À PORTÉE DE MAIN

Depuis plus de 35 ans, le monde lutte contre une épidémie du sida qui a coûté la vie à environ 35,0 millions [28,9 millions à 41,5 millions] de personnes et qui, à son pic, a menacé la stabilité et la sécurité mondiale.(15). Aujourd'hui, l'Assemblée Générale des Nations Unies a une vision commune pour mettre fin au sida et une stratégie Fast-Track pour atteindre cet objectif.

Une stratégie pour un monde sans sida ne suffit toutefois pas à faire de cette vision une réalité. Le monde doit agir, en utilisant la passion et l'engagement qui se sont révélés si puissants dans le passé pour investir dans les technologies et les stratégies de prestation de services qui sont capables de combler les lacunes dans chacun des objectifs de la Déclaration Politique de 2016.

À mi-parcours entre le lancement des objectifs 90–90–90 et leur échéance à 2020, des progrès incroyables ont été réalisés. Les villes à haut revenu à travers le monde et les projets à grande échelle dans les milieux ruraux et urbains en Afrique orientale et australe prouvent que les défis peuvent être surmontés et que les objectifs peuvent être atteints à l'échelle mondiale. Leurs succès reposent sur une base établie dans les premiers jours de l'épidémie, lorsque les communautés ont vigoureusement confronté le déni et l'inaction pour mettre en mouvement ce que l'on appellerait la riposte au VIH. Pour atteindre les objectifs 90–90–90, les communautés devront être au centre de la riposte - dans ce cas, en fournissant des services de dépistage et de traitement, en continuant à innover et en responsabilisant les parties prenantes pour les résultats. Seul un véritable partenariat - combinant l'énergie, le savoir-faire et l'engagement des communautés, des gouvernements, des fournisseurs de soins de santé, de l'industrie privée et d'autres acteurs essentiels - permettra au monde de franchir une étape majeure sur la voie de notre destination finale d'un monde sans épidémie de sida.

REFERENCES

1. Lifson A, Grund B. Increased quality of life with immediate ART initiation: results from the START Trial (#475). Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston.
2. Rosen S, Larson B, Rohr J, Sanne I, Mongwenyana C, Brennan AT et al. Effect of antiretroviral therapy on patients' economic well being: five-year follow-up. *AIDS*. 2014;28:417–424.
3. Auld A, Shiraishi RW, Oboho I, Ross C, Bateganya M, Pelletier V et al. Trends in prevalence of advanced HIV disease at antiretroviral therapy enrolment—10 countries, 2004–2015. *MMWR*. 2017;66(21):558–563.
4. Villes mettant fin à l'épidémie de sida. Genève : l'ONUSIDA ; 2016.
5. Sustainable East Africa Research in Community Health (SEARCH) [website]. San Francisco: SEARCH; 2016 (<http://www.searchendaids.com/>).
6. Petersen M, Balzer L, Kwarsiima D, Sang N, Chamie G, Ayieko J et al. Association of implementation of a universal testing and treatment intervention with HIV diagnosis, receipt of antiretroviral therapy and viral suppression in East Africa. *JAMA*. 2017;317(21):2196–2206.
7. Communication personnelle, Cheryl Johnson, Organisation mondiale de la Santé, 16 mai 2017.
8. Walmsley S, Baumgarten A, Berenguer J, Felizarta F, Florence E, Khuong-Josses MA et al. Brief report: dolutegravir plus abacavir/lamivudine for the treatment of HIV-1 infection in antiretroviral therapy-naïve patients: week 96 and week 144 results from the SINGLE randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015; 70:515–519.
9. Prabhu VR, Wong C, Jenkins S, Nizami S, Catlin K, Domanico P et al. New ARVs could represent over USD 3 billion in cost savings through 2025. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston. Abstract 1050.
10. Clayden P. Fit for purpose: antiretroviral treatment optimization. In: Benzacar A, editor. Pipeline report. London and New York: HIV i-Base and Treatment Action Group; 2015.
11. Traitement antirétroviral communautaire : expériences de Médecins Sans Frontières. Genève : l'ONUSIDA et Médecins Sans Frontières ; 2015.
12. Nachega JB, Adetokunboh O, Uthman OA, Knowlton AW, Altice FL, Schechter M et al. Community-based interventions to improve and sustain antiretroviral therapy adherence, retention in HIV care and clinical outcomes in low- and middle-income countries for achieving the UNAIDS 90–90–90 targets. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016;13(5):241–255.
13. Sharp J, Wilkinson L, Cox V, Cragg C, van Cutsem G, Grimsrud A. Outcomes of patients enrolled in ART adherence clubs after viral resuppression. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), 22–25 February 2016, Boston. Abstract 1031.
14. Bango F, Ashmore J, Wilkinson L, van Cutsem, Cleary S. Adherence clubs for long-term provision of anti-retroviral therapy: a cost-effectiveness and access analysis from Khayelitsha, South Africa. *Trop Med Int Health*. 2016;21:1115–1123.
15. Résolution 1983 du Conseil de Sécurité des Nations Unies S/Res/1308. 17 juillet 2000.



ONUSIDA
Programme commun des
Nations unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org