

Action, innovation et solidarité

S'appuyer sur l'élan pour combler les lacunes
et ne laisser personne pour compte en Afrique
de l'Ouest et du Centre

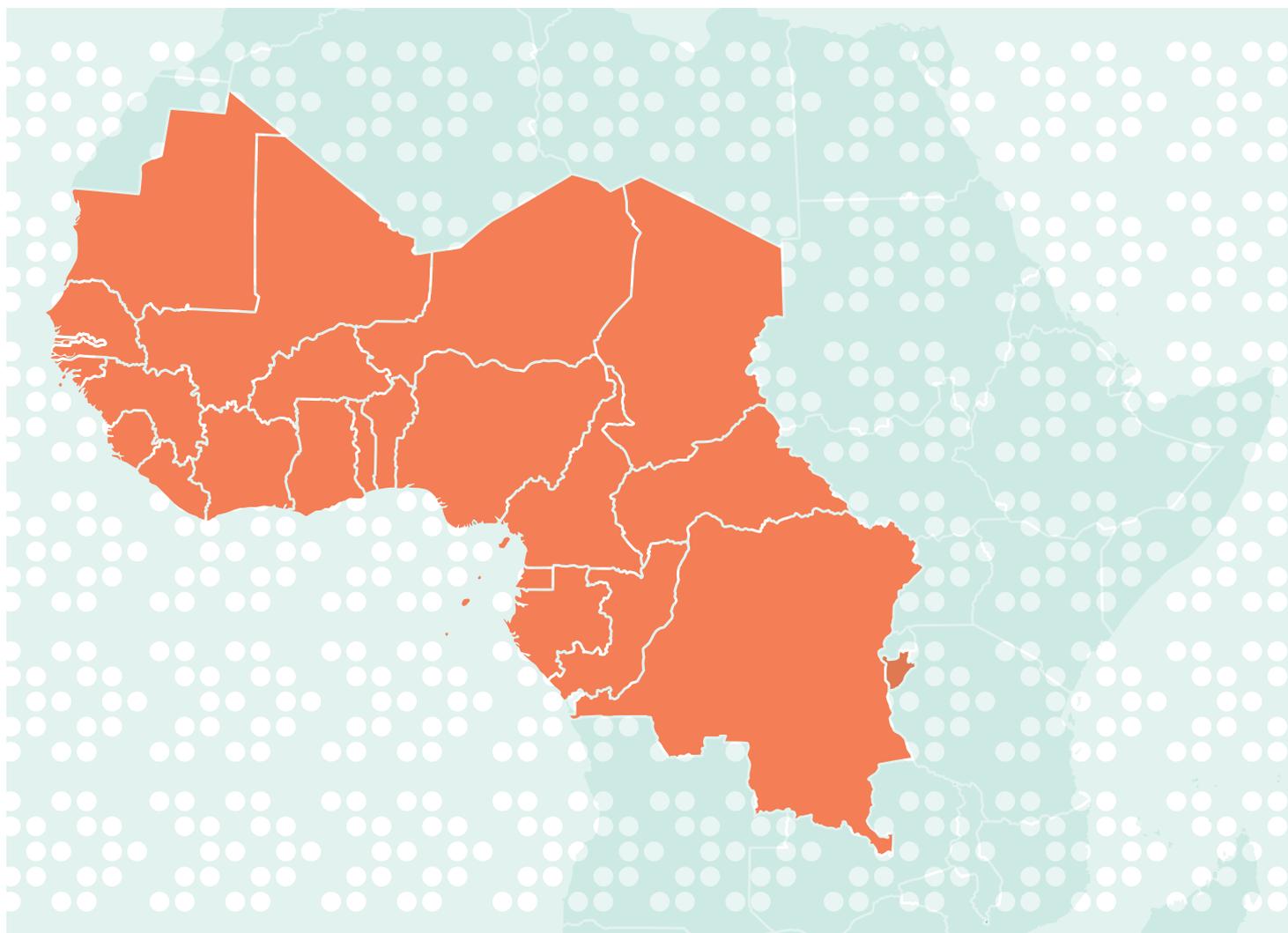


Table des matières

Introduction	3
Un rapport de situation sur la riposte au VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre	5
Résultats à travers la cascade de traitement du VIH	8
Première des trois cibles 90-90-90 : Connaissance du statut VIH	8
Deuxième des trois cibles 90-90-90: Traitement antirétroviral	9
La troisième cible 90-90-90 : Suppression de la charge virale	11
VIH, femmes enceintes et enfants	13
Prévention des nouvelles infections chez les enfants	13
Traitement pédiatrique	14
Aborder les domaines d'action prioritaires pour accélérer les progrès	16
Exercer un leadership fort pour accélérer la riposte	16
Mobiliser des financements supplémentaires et un financement durable	17
Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination	20
Améliorer la connaissance du statut VIH	22
Éliminer les frais financiers supplémentaires d'utilisation des services de santé par les personnes vivant avec le VIH	24

Mettre en œuvre une prestation de services différenciée	25
Renforcer les systèmes de santé	27
Soutenir efficacement l'action de la société civile	28
Conclusion	30
Références	31

Introduction

Le VIH continue d'avoir une forte incidence sur le plan humanitaire et de la santé publique en Afrique de l'Ouest et du Centre, une région qui risque d'être laissée pour compte dans la riposte mondiale pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique. Le ralentissement des nouvelles infections à VIH et des décès liés au sida et l'augmentation de la couverture du traitement du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre restent nettement inférieurs aux niveaux observés dans les autres pays à revenu faible et intermédiaire dans leur ensemble.(1) En effet, la proportion d'enfants vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre qui reçoivent un traitement antirétroviral 26 % [15–38 %] est la plus faible de toutes les régions du monde.

Mais il y a un nouvel espoir dans la riposte au sida en Afrique de l'Ouest et du Centre. Dans un important rapport publié en 2016 qui mettait en évidence la lenteur de la riposte au VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre, MSF a répertorié les questions politiques et programmatiques clés nécessitant des interventions immédiates.(2) Plus tard en 2016, le Directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, a interpellé les pays de la région et la communauté élargie du VIH à tripler le taux d'initiation des traitements antirétroviraux en Afrique de l'Ouest et du Centre au cours des trois prochaines années.

Les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont répondu à l'appel. Les gouvernements nationaux, la société civile, les donateurs internationaux et les agences multilatérales se sont engagés à prendre des mesures supplémentaires pour combler les lacunes en matière de traitement, améliorer la qualité des soins et mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique à l'horizon 2030. Dans le but d'éviter une approche « à deux vitesses » dans la lutte africaine contre le sida, l'Union africaine a approuvé en 2017 un « plan de rattrapage » régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre axé sur des progrès rapides pour l'atteinte des cibles 90-90-90. Le plan de rattrapage régional vise d'ici 2018 à :

- Réduire de 65 % le nombre de personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut sérologique mais ne reçoivent pas de traitement antirétroviral ;
- Augmenter de 45 % le nombre de personnes ayant nouvellement effectué le test de dépistage VIH ; et
- Augmenter de 50 % le nombre de femmes enceintes recevant un traitement antirétroviral.

Conformément aux objectifs régionaux, des plans nationaux de rattrapage ont été mis en place dans 18 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. L'ONUSIDA et ses partenaires, notamment le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont accordé la priorité à une première vague de huit pays pour la mise en œuvre du plan de rattrapage en 2017 (Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Guinée, Liberia, Nigéria et Sierra Leone). Pour accélérer la riposte, plusieurs villes telles que Yaoundé et

Kinshasa participent au réseau « Les villes s'engagent (Fast-Track Cities) » promettant d'intensifier l'action locale pour atteindre les cibles 90-90-90 dans lesquelles 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90 % des personnes diagnostiquées sont sous traitement, et 90 % des personnes sous traitement ont leur charge virale supprimée.

Ce rapport fournit un aperçu rapide des progrès et des défis persistants en Afrique de l'Ouest et du Centre dans l'accélération des ripostes nationales au VIH, ainsi qu'un aperçu des perspectives de mise en œuvre des plans de rattrapage nationaux et régionaux. La plupart de ces plans de rattrapage nationaux ayant été mis en place au second semestre de 2017, et la date limite pour ce rapport étant décembre 2017, on ne peut s'attendre à y retrouver des changements majeurs dans les tendances épidémiologiques du VIH dans la région. En effet, il y a peu de preuves à ce jour de la baisse des nouvelles infections à VIH dans la région en 2017 ou de l'accélération marquée de la couverture des services.

Cependant, certains signes indiquent que les pays planifient, agissent et innovent pour relever les défis bien documentés auxquels la riposte au VIH est confrontée dans la région. En outre, bien que les preuves régionales d'une accélération marquée de la riposte soient limitées, une dynamique importante dans la riposte est évidente dans un certain nombre de pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. La détermination régionale croissante d'accélérer la riposte, combinée à des exemples de pays où l'accélération est constatée, donne l'espoir que l'Afrique de l'Ouest et du Centre puisse fortement infléchir la trajectoire de l'épidémie de VIH.

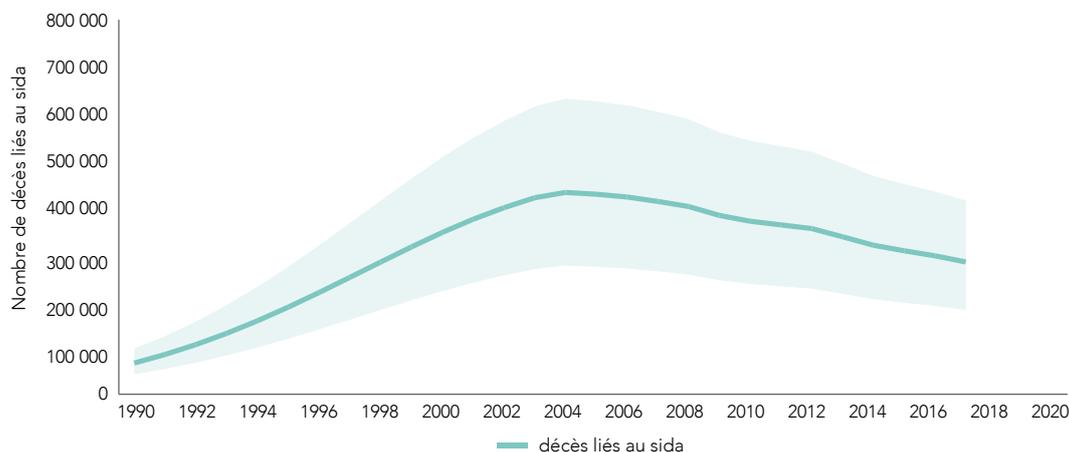
Pourtant, malgré ces signes d'espoir, une question fondamentale demeure : des ressources suffisantes seront-elles disponibles pour traduire cet engagement croissant et ce savoir-faire croissant en progrès concret et accéléré ? Avec la diminution de l'aide internationale pour le VIH (3) et les contributions au niveau national devenant de plus en plus insuffisantes, un risque réel que l'Afrique de l'Ouest et du Centre soit définitivement laissée pour compte dans la riposte au VIH plane. Ce serait une erreur grave car la prévalence du VIH, relativement plus faible dans la région (par rapport à l'Afrique orientale et australe) est une indication que la région peut, en prenant des mesures efficaces, jeter les bases de la vision zéro nouvelle infection, zéro décès lié au SIDA et zéro discrimination.

Un rapport de situation sur la riposte au VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre

Alors que le monde se concentre sur l'arrêt des infections et l'inversion de l'épidémie de sida dans les pays d'Afrique de l'Est et australe avec une prévalence du VIH exceptionnellement élevée, la riposte au VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre a reçu beaucoup moins d'attention et de focalisation. Si la prévalence du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre parmi les adultes de 15 à 49 ans (1,9 % en 2017 [1.4–2.6]) est en effet nettement inférieure à celle de l'Afrique de l'Est et du Sud 6,8 % [5.9–7.7], le VIH constitue néanmoins un problème de santé publique majeur en Afrique de l'Ouest et du Centre. En 2017, 6,1 millions [4,4 million–8.1 million] de personnes dans la région vivaient avec le VIH et environ 280 000 [180 000–410 000] personnes sont décédées de causes liées au sida. L'Afrique de l'Ouest et du Centre représente 7 % de la population mondiale, mais a enregistré 17 % de toutes les personnes vivant avec le VIH et 21 % des nouvelles infections au VIH en 2017. Les femmes de plus de 15 ans constituent 59 % de tous les adultes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre. Alors que la prévalence régionale du VIH est globalement plus faible en Afrique de l'Ouest et du Centre qu'en Afrique de l'Est et australe, certains pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont une prévalence du VIH très élevée parmi les adultes de plus de 15 ans, comme en République centrafricaine où la prévalence du VIH était de 4 % [3.3–4.8] en 2017. L'épidémie fait peser un lourd tribut sur les enfants d'Afrique de l'Ouest et du Centre. En 2017, environ 500 000 [320 000–690 000] enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivaient avec le VIH dans la région et les estimations portent à 45 000 [24 000–69 000] le nombre de décès liés au sida chez les enfants. Quatre enfants sur dix qui décèdent de causes liées au SIDA dans le monde sont d'Afrique de l'Ouest et du Centre.

Conséquences humaines du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre

Figure 1. Nombre de décès liés au sida, adultes (de 15 ans et plus), 1990–2017



Sources: estimations ONUSIDA 2018.

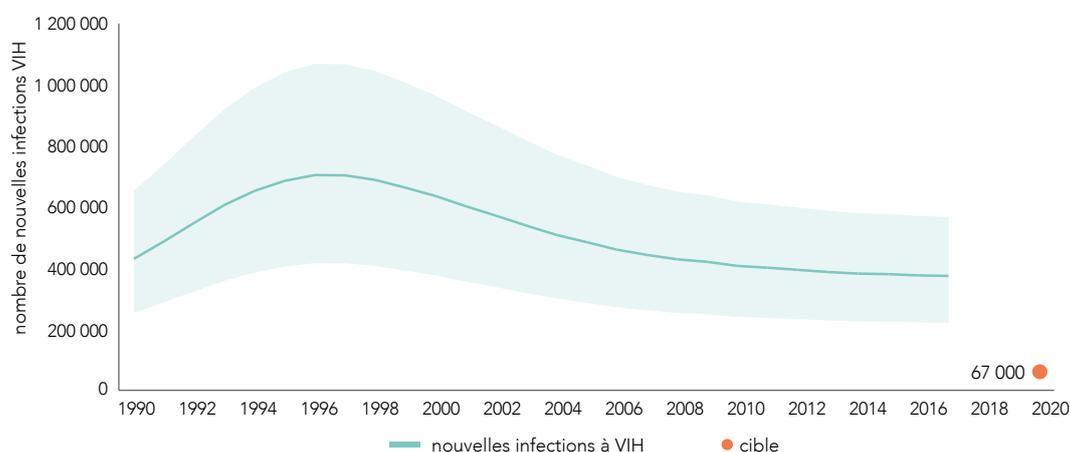
Les principales tendances de l'épidémie de VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre sont préoccupantes. Le nombre de décès liés au sida 280 000 [180 000–410 000] a diminué de près de 24 % dans la région entre 2010 et 2017, mais cette diminution a été beaucoup plus modeste que la diminution des décès liés au sida dans le monde (34 %) et stagne en outre. Les décès liés au sida chez les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre ont diminué de 29 % de 2010 à 2017, un taux de déclin plus lent que le déclin mondial (45 %) ou en Afrique orientale et australe (56 %).

L'Afrique de l'Ouest et du Centre n'a connu qu'une baisse statistiquement négligeable (4 %) des nouvelles infections à VIH parmi les adultes de 2010 à 2017, alors même que le nombre de nouvelles infections à l'échelle mondiale a diminué de 16 % et de 28 % en Afrique orientale et australe. Le nombre de nouvelles infections à VIH chez les adultes dans la région en 2017 de 310 000 [180 000–470 000] est plus de quatre fois supérieur à l'objectif de l'initiative accélérée pour 2020 de réduire les nouvelles infections à VIH dans la région à 67 000 au plus. En 2017, le Nigeria a enregistré à lui seul 55 % de toutes les nouvelles infections à VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre, et environ une infection sur huit dans le monde. Le Cameroun, la Côte d'Ivoire et le Nigeria ont enregistré ensemble 71 % des nouvelles infections en Afrique de l'Ouest et du Centre. Les nouvelles infections à VIH parmi les enfants ont chuté de 23 % en Afrique de l'Ouest et du Centre de 2010 à 2017, nettement moins que le déclin mondial (38 %).

De plus, la riposte régionale au VIH ne prend pas en compte plusieurs groupes sociaux dont notamment les jeunes. Depuis 2010, les décès liés au sida chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) dans la région ont augmenté de 4 %, même si les décès liés au sida ont globalement diminué parmi les autres groupes.

Bien que le VIH affecte les populations nationales dans l'ensemble en Afrique de l'Ouest et du Centre, l'épidémie fait peser un lourd tribut sur certaines populations spécifiques.

Figure 2. Nombre de nouvelles infections VIH, adultes (de 15 ans et plus), 1990–2017 et cible 2020

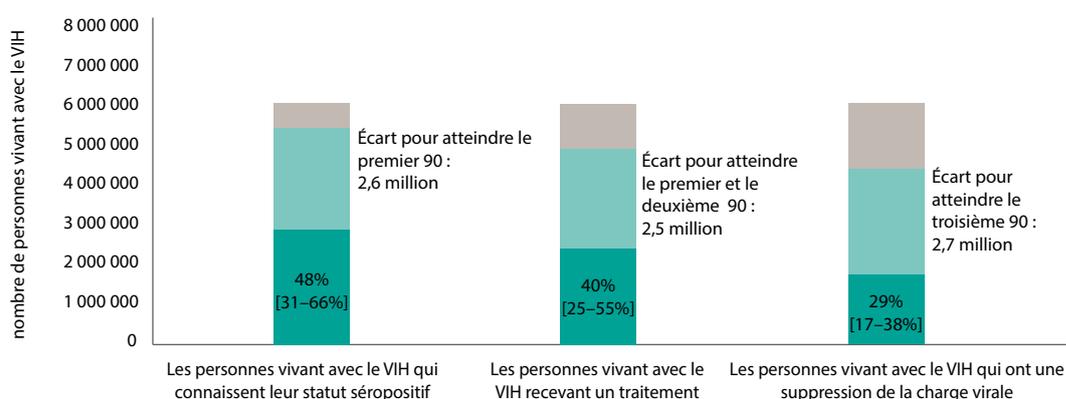


Sources: estimations ONUSIDA pour 2018.

Par exemple, alors que la prévalence nationale chez les femmes de 15 à 49 ans du VIH au Cameroun est inférieure à 4 %, on estime que 24,3 % des professionnelles du sexe et 20,7 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes vivent avec le VIH.(4) Une tendance similaire est perceptible au Nigeria, où la prévalence du VIH chez les adultes est estimée à 3 % à l'échelle nationale, mais où 22 % des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et 14,4 % des travailleurs du sexe vivent avec le VIH.(5) Au total, les populations clés (hommes homosexuels et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, consommateurs de drogues injectables, professionnel(le)s du sexe et personnes transgenres) représentent 24 % de toutes les nouvelles infections en Afrique de l'Ouest et du Centre, même si elles ne représentent qu'une petite fraction de la population totale.

Résultats à travers la cascade de traitement du VIH

Figure 3. cascade du dépistage et du traitement, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2017



Sources: Estimations ONUSIDA 2018, Surveillance Mondiale Sida, 2018.

Bien qu'il y ait un nouvel engagement politique dans la riposte au VIH dans la région, l'Afrique de l'Ouest et du Centre continue de connaître des lacunes importantes à chaque étape de la cascade de traitement du VIH, en retard sur le reste du monde.

Première des trois cibles 90-90-90 : Connaissance du statut VIH

La connaissance du statut VIH chez les personnes vivant avec le VIH ne cesse d'augmenter au fil du temps, mais le rythme d'augmentation est insuffisant pour atteindre la cible à 90 % d'ici 2020. En 2017, moins de la moitié 48 % [31-68 %] des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre connaissaient leur statut VIH. Ce chiffre se compare aux 38 % [24-59] des personnes connaissant leur statut parmi les personnes vivant avec le VIH dans la région en 2015 et 43 % [27-59 %] en 2016.

Les hommes (38 % de connaissance du statut VIH en 2016) sont nettement moins susceptibles que les femmes (58 %) de connaître leur statut VIH. Cette tendance est en grande partie, la conséquence des différences entre les sexes dans l'utilisation des tests : en 2014, les femmes représentaient 70 % de toutes les personnes qui avaient effectué des tests VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre. Selon l'OMS, au Tchad, en République démocratique du Congo, en Gambie, au Ghana, au Liberia, au Nigeria, au Sénégal et en Sierra Leone, plus de 70 % des hommes n'ont jamais effectué le test de dépistage du VIH.

Bien que la connaissance du statut VIH parmi les personnes vivant avec le VIH soit beaucoup plus faible en Afrique de l'Ouest et du Centre qu'elle ne l'est dans le monde 75 % [55-92 %], plusieurs pays ont réalisé des progrès importants concernant la première des trois cibles 90-90-90. En 2017, la connaissance du statut VIH des personnes vivant avec

le VIH dépassait 70 % dans au moins cinq pays (Burundi, Burkina Faso, Cameroun, Gabon et Sénégal). On estime que moins de 2 personnes sur 5 connaissaient leur statut en 2017 au Congo, en Mauritanie et au Nigeria.

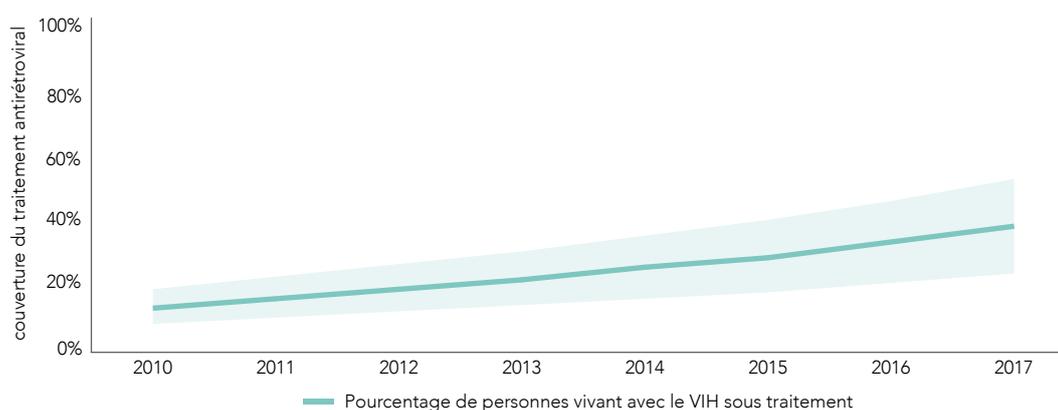
L'approche de l'OMS pour un traitement global préconise l'instauration la plus précoce possible du traitement antirétroviral. À la mi-2017, l'OMS a signalé que seul un tiers environ des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre avaient commencé à appliquer à grande échelle l'approche du traitement global. En raison de l'utilisation inadéquate des services de dépistage du VIH, beaucoup trop de personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre débutent un traitement antirétroviral à un stade très avancé de l'infection par le VIH. Parmi neuf pays de la région, la majorité des personnes commençant le traitement en 2015 avaient un taux de CD4 inférieur à 200 / µml, stade auquel les personnes sont le plus vulnérables aux infections opportunistes liées au VIH, notamment la tuberculose et la méningite cryptococcique.(6) Dans quatre pays de la région : le Bénin, le Mali, le Sénégal et le Togo, au moins 70 % des personnes qui ont commencé un traitement antirétroviral en 2015 étaient atteintes d'une infection par le VIH à un stade avancé.(6).

Deuxième des trois cibles 90-90-90: Traitement antirétroviral

En 2017, 40 % [25–45 %] des adultes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre (83 % [53>95 %] de toutes les personnes séropositives) recevaient un traitement antirétroviral, contre 35 % [22–48 %] en 2016. La couverture de 2017 est à peu près la moitié du niveau visé à l'horizon 2020 pour les cibles 90-90-90 (81 %). La couverture du traitement du VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre reste nettement inférieure à la couverture mondiale (59 %[44–73] en 2017).

Rien n'indique que le rythme d'expansion du traitement antirétroviral s'est accéléré dans l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest et du Centre en 2017. En 2017, le taux de

Figure 4. Couverture du traitement antirétroviral, Afrique de l'Ouest et du Centre, 2010–2017



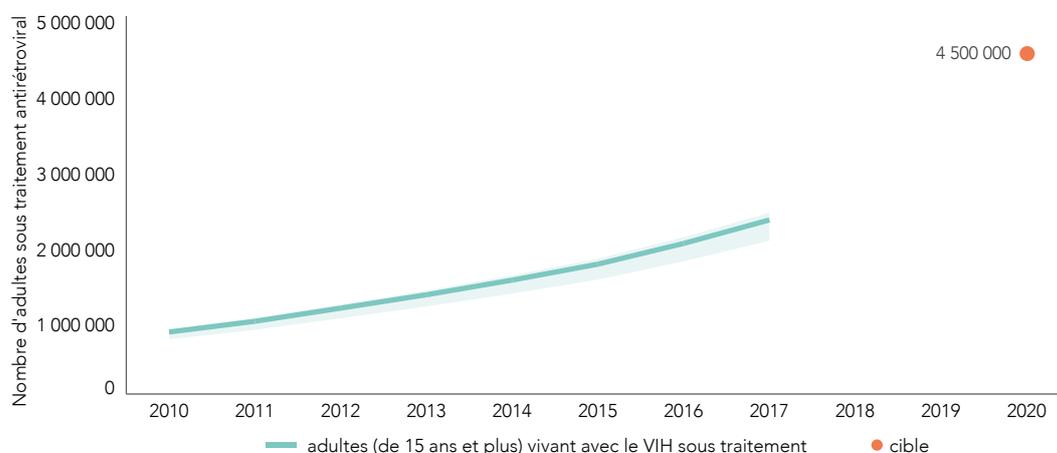
Sources: estimations ONUSIDA 2018; Surveillance Mondiale SIDA, 2018.

croissance du nombre de personnes sous traitement antirétroviral en Afrique de l’Ouest et du Centre était de 15 % alors que ce taux était de 16 % en 2016. Ces taux sont restés stables entre 2011 et 2016 . Ce rythme d’expansion du traitement antirétroviral laisse l’Afrique de l’Ouest et du Centre très en-dessous de ce qui est nécessaire pour atteindre les cibles de Fast-track et jeter les bases de l’éradication de l’épidémie dans la région à l’horizon 2030.

Un certain nombre de pays de la région ont accéléré le rythme de lancement du traitement anti-rétroviral. Par exemple, le nombre d’adultes recevant un traitement antirétroviral au Cameroun a augmenté de 24 % en 2017 par rapport à 2016. En République Démocratique du Congo, la hausse de 2016 à 2017 du nombre d’adultes ayant accès au traitement a été encore plus nette, s’établissant à 36 %. Au Congo et en Sierra Leone, l’augmentation du traitement du VIH en 2017 était de 42 % et de 33 % respectivement.

Pour les années à venir, les projections de financement suggèrent que la couverture du traitement continuera d’augmenter dans un certain nombre de pays de la région, mais pas à un rythme qui permettrait à la région d’atteindre la deuxième cible 90-90-90. Dans les pays de la région, le Fonds mondial prévoit (hors Nigeria)¹, que le nombre de personnes sous traitement antirétroviral soutenu par le Fonds mondial et d’autres sources passera de 1,1 million en 2016 à 1,8 million en 2020.(7) Bien que cette augmentation projetée soit encourageante, elle est très inférieure au triplement du taux d’initiation du traitement antirétroviral prévu dans les plans de rattrapage. Même avec

Figure 5. Nombre d’adultes (de 15 ans et plus) sous traitement antirétroviral en Afrique de l’Ouest et du Centre, 2010–2017 et cible 2020



Sources: estimations ONUSIDA 2018; Surveillance Mondiale Sida, 2018.

¹ L’analyse du Fonds mondial comprend des données provenant du : Bénin, Burkina Faso, Burundi, République centrafricaine, Cameroun, Cap-Vert, Tchad, Congo-Brazzaville, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Niger, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Sierra Leone et Togo.

les nouvelles subventions du Fonds mondial, de nombreux pays font face à un déficit considérable de financement pour mettre en œuvre leurs plans d'accélération des ripostes nationales. En effet, le rythme de mise à l'échelle dans ces pays projeté par le Fonds mondial est en réalité un peu plus lent que les augmentations réalisées par année de 2011 à 2017.

Le PEPFAR soutiendra également l'extension du traitement dans la région. Dans trois provinces de la République démocratique du Congo (RDC), le financement du PEPFAR devrait, d'ici septembre 2019, faire passer le nombre de personnes sous traitement antirétroviral de 153 648 à 191 700, soit une couverture de traitement de 80 % dans ces provinces.(8) Au Cameroun, en 2018–2019, le financement du PEPFAR lancera un traitement antirétroviral pour 64 865 personnes de plus, les estimations de la couverture nationale du traitement contre le VIH étant fixées à 76 % d'ici la fin de 2019.(4). Avec le financement du PEPFAR, le nombre de personnes recevant un traitement antirétroviral dans les zones du Nigeria soutenues par le PEPFAR devrait passer de 772 510 à la mi-2017 à 966 027 en septembre 2020.(5).

La troisième cible 90-90-90 : Suppression de la charge virale

En 2017, la charge virale a été supprimée chez seulement 29 % [19–40 %] des personnes vivant avec le VIH dans la région contre 26 % [16–36 %] en 2016. La charge virale a été supprimée chez environ 73 % [47–>95 %] de toutes les personnes de la région sous traitement antirétroviral en 2017, un pourcentage relativement inférieur par rapport à celui de l'Afrique orientale et australe (79 % [62–>93 %]) et mondial (81 % [60–>95 %]).

L'OMS rapporte que la plupart des pays de la région ont formellement adopté la recommandation de l'OMS selon laquelle la surveillance de la charge virale doit être systématiquement accessible aux personnes sous traitement antirétroviral. Cependant, l'accès à la surveillance de la charge virale reste extrêmement faible en Afrique de l'Ouest et du Centre. Dans certains pays de la région, moins de 5 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont eu accès à une surveillance de la charge virale.

Parmi les personnes recevant un traitement antirétroviral, la charge virale a été supprimée chez environ 79 % [62–>93 %], pas très loin de l'atteinte de la troisième cible 90-90-90. Parmi les pays de la région pour lesquels des données sur la suppression virale étaient disponibles pour 2017, les taux de suppression virale étaient remarquablement constants, ce qui montre que la plupart des personnes prises en charge contrôlent mieux le virus.

Cependant, l'échec du traitement dû au développement de la pharmaco-résistance du VIH augmente en Afrique de l'Ouest et du Centre.(9) L'arrêt du traitement antirétroviral ou le non-respect des schémas thérapeutiques prescrits est une cause majeure d'échec du traitement. Parmi les 10 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre qui ont communiqué des données en 2017 sur la rétention de tous les patients dans les soins 12 mois après le début du traitement, tous sauf un (Côte d'Ivoire) ont rapporté des taux de rétention inférieurs à 80 %. Un certain nombre de pays ont présenté des taux de rétention dans les soins très bas, notamment au Burkina Faso (62,2 %), au Gabon (57 %) et au Niger (26,6 %).

Les taux de suppression de la charge virale sont souvent particulièrement faibles chez les populations clés, principalement en raison des obstacles à l'accès aux services de dépistage et de traitement du VIH en temps opportun. Au Cameroun, par exemple, seulement 28 % des hommes séropositifs ayant des rapports sexuels avec des hommes recevaient un traitement antirétroviral, mais aucun d'entre eux n'a maintenu les soins après 12 mois et aucun n'avait de documentation sur la suppression de la charge virale.

Une suppression inadéquate de la charge virale accélère la progression de la maladie et facilite la transmission du VIH pharmaco-résistant. Au Cameroun, 8,1 % des personnes qui ont commencé un traitement antirétroviral en 2014–2016 avaient une résistance avant traitement aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse.(10).

VIH, femmes enceintes et enfants

Les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont joué un rôle crucial dans le développement et le lancement de l'initiative multi-partenaires « Start Free, Stay Free, AIDS Free », qui préconise des ripostes très rapides pour les femmes enceintes, les enfants et les familles dans le but de mettre fin à l'épidémie de sida chez les enfants, les adolescents et les jeunes femmes d'ici 2020. L'initiative appelle à atteindre et à maintenir la thérapie antirétrovirale à vie pour 95 % des femmes enceintes d'ici 2018 et à étendre rapidement les services de traitement du VIH pour les enfants. Cependant, les résultats de 2017 indiquent que l'Afrique de l'Ouest et du Centre n'est pas en voie d'atteindre ces cibles urgentes de l'initiative de mise en œuvre accélérée des interventions pour l'éradication du sida.

Prévention des nouvelles infections chez les enfants

Le spectre d'interventions qui ensemble, empêchent les nouvelles infections à VIH chez les enfants n'a pas encore été appliqué à grande échelle dans toute la région. En 2017, 170 000 [90 000–250 000] femmes âgées de 15 ans ou plus ont été nouvellement infectées par le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre, seulement une réduction de 5 % du nombre de nouvelles infections chez les femmes par rapport à 2010. Le taux élevé de nouvelles infections chez les femmes en âge de procréer augmente les risques de transmission de la mère à l'enfant.

Les femmes d'Afrique de l'Ouest et du Centre n'ont toujours pas accès aux outils essentiels pour la planification familiale et l'espacement des naissances. En 2017, l'utilisation de contraceptifs était plus faible en Afrique que dans toute autre région et, en Afrique, le taux d'utilisation de contraceptifs le plus bas était en Afrique de l'Ouest (20 %).⁽¹¹⁾

L'Afrique de l'Ouest et du Centre est également loin d'atteindre une couverture de 95 % du traitement antirétroviral chez les femmes enceintes d'ici la fin 2018. La couverture antirétrovirale chez les femmes enceintes en 2017 n'était que de 48 % [32–65 %] en Afrique de l'Ouest et du Centre, contre 80 % [61–>95 %] dans le monde. Encore plus inquiétant, la couverture antirétrovirale en 2017 parmi les femmes enceintes dans la région a en réalité diminué par rapport à 2016 où le taux de couverture était de (50 % [34–68 %]). En conséquence, le taux de transmission de la mère à l'enfant (comprenant la période d'allaitement maternel) est de 20 %, soit deux fois le taux en Afrique orientale et australe.

Cependant, les chiffres régionaux masquent des avancées importantes dans certains pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Selon les données communiquées à l'ONUSIDA, la couverture des femmes enceintes en 2017 dépassait 80 % dans six pays de la région (Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cap-Vert, Liberia et Sierra Leone). La couverture a dépassé 60 % dans la majorité (13 sur 24) des pays de la région. La moyenne régionale décourageante découle en grande partie de la couverture très faible (30 % [19–44 %]) rapportée pour le Nigeria, le pays le plus peuplé de la région.

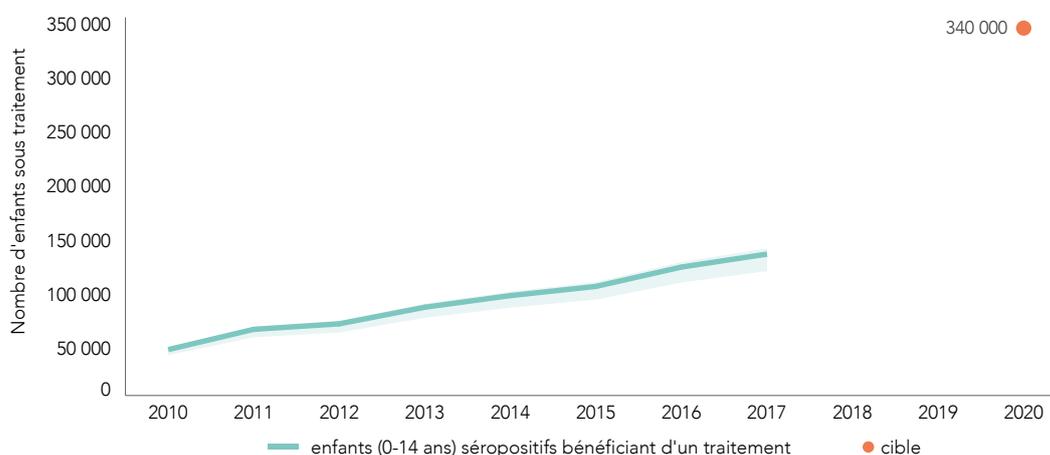
Traitement pédiatrique

Les 500 000 [320 000–690 000] enfants estimés vivant avec le VIH sont confrontés à un accès extrêmement limité et souvent trop tardif à la thérapie antirétrovirale, ce qui accentue la morbidité et la mortalité disproportionnées des enfants liées au sida. Bien que la couverture du traitement parmi les enfants en Afrique de l’Ouest et du Centre ait plus ou moins triplé de 2010 à 2017, l’augmentation a commencé à partir d’un niveau très bas. La couverture régionale du traitement pédiatrique reste extrêmement faible : 26 % [15–38 %] en 2017 ; les couvertures les plus élevées en 2017 étant rapportées au Cap-Vert (92 % ; 64–>95 %) et au Gabon (50 % ; [36–60 %]). Les tendances actuelles mettent la région en mauvaise position pour la mise en œuvre de l’approche d’intervention accélérée chez les enfants.

L’incapacité à diagnostiquer rapidement les enfants est responsable de la faible couverture thérapeutique et des décès disproportionnés d’enfants liés au sida dans la région, car 50 % des enfants qui ont acquis le VIH au moment de l’accouchement meurent avant l’âge de deux ans en l’absence de traitement antirétroviral. En 2016, seulement 20 % des enfants exposés au VIH ont reçu des services de diagnostic précoce du nourrisson au cours des deux premiers mois de la vie.(12)

En partie, la faible couverture diagnostique des enfants découle du très faible nombre de laboratoires de diagnostic précoce des nourrissons dans la région et de la concentration des plates-formes de test dans les grandes villes, ce qui complique le transport des échantillons sanguins et le retour rapide des résultats de tests. (12) Le délai moyen entre la collecte des échantillons et la réception des résultats des tests de diagnostic précoce

Figure 6. Nombre d’enfant (0–14 ans) vivant avec le VIH bénéficiant d’un traitement antirétroviral, Afrique de l’Ouest et du Centre, 2010–2017 et cible 2020



Sources: estimations ONUSIDA 2018; Surveillance Mondiale Sida, 2018.

était de 1,4 mois au Nigeria, de 1,7 mois au Cameroun, de 2,2 mois au Togo, de 2,3 mois en République Démocratique du Congo et de 3,5 mois au Ghana.(13)

Bien que les données sur la rétention dans les soins pédiatriques du VIH soient limitées en Afrique de l'Ouest et du Centre, celles disponibles indiquent que de nombreux enfants de la région qui commencent un traitement antirétroviral ne sont pas suivis et retenus dans les soins. Parmi les huit pays de la région qui ont communiqué des données à l'ONUSIDA en 2017, plus de 30 % des enfants qui ont commencé un traitement antirétroviral n'étaient plus pris en charge 12 mois plus tard dans quatre pays : La Guinée équatoriale, le Gabon, la Mauritanie et le Niger.

Il est évident qu'une mise à l'échelle radicale des services de dépistage et de traitement du VIH pour les enfants est urgente. Au cours de la Conférence internationale sur le sida et les IST en Afrique, les parties prenantes d'une réunion organisée par l'UNICEF et l'ONUSIDA en collaboration avec d'autres organisations, notant que les cibles pédiatriques des plans nationaux de rattrapage étaient souvent insuffisantes, ont exhorté les pays à réviser ces plans nationaux en mettant la priorité sur le traitement du VIH chez les enfants et en alignant les cibles nationales sur l'approche d'accélération " rapide " (Super-Fast-Track).(13) Pour mettre en œuvre l'approche recommandée, l'UNICEF, l'ONUSIDA et l'OMS ont aidé le Mali à élaborer des stratégies et à fixer des objectifs pédiatriques à prendre en compte dans le plan national de rattrapage. Des efforts similaires devraient être achevés dans cinq autres pays de la région d'ici à la fin de 2018. Pour faire aboutir les engagements pédiatriques de lutte contre le VIH en action, les dirigeants politiques et communautaires de haut niveau devront être mobilisés, les technologies innovantes (telles que le diagnostic précoce des nourrissons sur le lieu de soins) devront passer à l'échelle, des stratégies différenciées de prestation de services (y comprises le dépistage familial et les prescriptions de plus longue durée des médicaments antirétroviraux) ainsi que des approches de transfert de tâches devront être appliquées aux services pédiatriques de soins et de traitement du VIH.

Aborder les domaines d'action prioritaires pour accélérer les progrès

Bien que le nouvel élan politique dans la riposte régionale au sida soit encourageant, la traduction de ces engagements en résultats concrets exigera une action intelligente et soutenue pour surmonter les principaux obstacles à une riposte au VIH vigoureuse dans la région.

Exercer un leadership fort pour accélérer la riposte

L'approbation par les dirigeants africains des plans de rattrapage pour l'ensemble de la région et le lancement de plans nationaux de rattrapage dans 18 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre témoignent clairement de l'engagement croissant dans la riposte au VIH dans la région. Ces plans de rattrapage suscitent des aspirations régionales et nationales et définissent clairement les principaux jalons pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique dans la région.

Les plans de rattrapage régionaux et nationaux ont attiré un soutien technique d'envergure pour accélérer la riposte contre le sida en Afrique de l'Ouest et du Centre. Des ateliers régionaux ont été organisés pour partager les meilleures pratiques et catalyser les progrès dans la mise en œuvre de modèles différenciés de prestation de services pour le dépistage et le traitement du VIH. Au cours de la période de 12 mois se terminant le 31 mars 2018, l'ONUSIDA a entrepris 87 différents projets d'appui technique dans 18 pays de la région, dans le but de renforcer les capacités nationales pour accélérer les ripostes nationales. Le PEPFAR apporte également un soutien technique étendu aux ripostes nationales, notamment en renforçant les systèmes nationaux de collecte et d'utilisation des données stratégiques, en améliorant le ciblage des tests VIH, en améliorant l'accès aux soins et la rétention dans les soins et en renforçant les capacités des laboratoires.⁽¹⁴⁾

La République démocratique du Congo illustre le type de leadership multi-partenaires nécessaire pour le plan de rattrapage régional. En riposte à l'appel du Directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, pour que les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre accélèrent radicalement leurs ripostes nationales au VIH, le ministère de la Santé et la Commission nationale du SIDA ont lancé un processus participatif pour élaborer un plan national de rattrapage. Le plan de rattrapage ciblait les trois provinces les plus touchées : Katanga, Kinshasa et Orientale, dans le but de fournir un traitement antirétroviral à au moins 80 000 personnes nouvellement diagnostiquées en juin 2018. Le plan de rattrapage a donné la priorité à la mise en œuvre complète de l'approche de traitement global, le transfert de tâches, les modèles différenciés de prestation de services, la prestation de services communautaires pour la prévention de la transmission mère-enfant, l'utilisation de mères-mentors pour accélérer le diagnostic des enfants, et la mise en œuvre de modèles de point d'accès unique pour l'intégration des services de lutte contre le

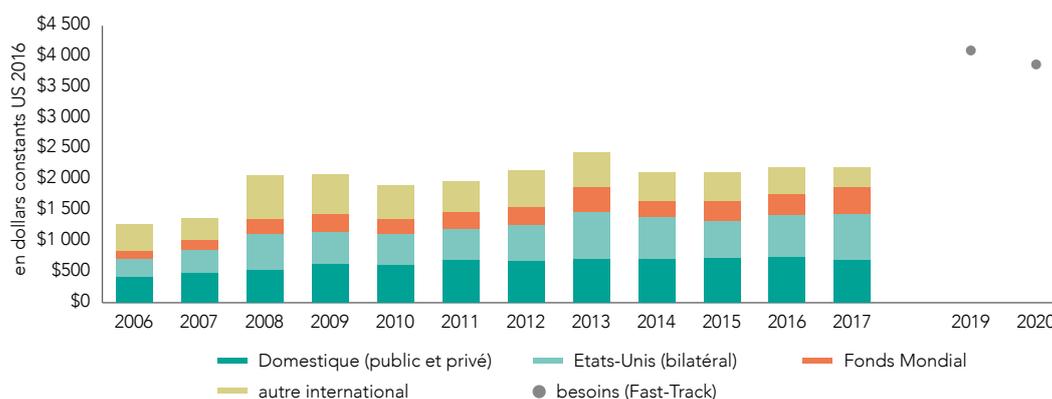
VIH et la tuberculose. Pour soutenir le plan national de rattrapage, les réseaux de la société civile ont élaboré un plan opérationnel pour l'extension de la distribution antirétrovirale communautaire et la mise en œuvre du plan de rattrapage a été activement soutenue par des partenaires extérieurs, notamment par une mission commune ONUSIDA, OMS, UNICEF, MSF, Fonds mondial, PEPFAR et organisations de la société civile. Le leadership, la participation active et la collaboration de diverses parties prenantes ont permis de réaliser des progrès, le pays dépassant avant l'échéance, son objectif de diagnostiquer et de lancer un traitement antirétroviral pour au moins 80 000 personnes nouvellement diagnostiquées.

Mobiliser des financements supplémentaires et un financement durable

Le déficit imminent de financement essentiel est la menace la plus périlleuse à la nouvelle dynamique de la riposte au VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre. Une pénurie de ressources pourrait compromettre l'adoption encourageante de changement de politique, de stratégies efficaces et novatrices observées dans de nombreux pays. Alors que la région entreprend un effort urgent pour élargir considérablement l'accès aux services de traitement du VIH, un financement suffisant est essentiel pour l'approvisionnement en produits, la rémunération des ressources humaines pour la santé, le renforcement des systèmes de santé et des systèmes communautaires et d'autres activités clés.

Les promesses d'accélération de la riposte au VIH dans la région n'ont pas été accompagnées, en décembre 2017, d'une forte augmentation de la mobilisation des ressources. Le total des ressources disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre a atteint un sommet en 2013, à 2,44 milliards de dollars US. Au cours des années suivantes, le financement total de la riposte a stagné, fluctuant entre 2,1 et 2,2 milliards de dollars US par an. En 2017, 2,1 milliards de dollars US étaient disponibles pour les programmes de lutte contre le VIH dans la

Figure 7. HIV resource availability 2006–17 and 2019–2020 Resource Needs in WCA (Constant 2016 US\$ millions)



Sources: UNAIDS ressources disponibles et estimations, 2018.

région. En 2017, le total des ressources nécessaires pour mettre en œuvre l'approche accélérée était supérieur de 81 % aux montants disponibles.

Selon les dernières estimations de l'ONUSIDA, les ressources nationales représentaient 31 % des ressources disponibles pour la riposte au VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre en 2017. Depuis 2013, le suivi de l'ONUSIDA indique que les ressources nationales totales consacrées au VIH dans la région sont restées stables, sans signe que les engagements politiques visant à renforcer la riposte au VIH aient été assortis d'une augmentation d'allocation des ressources.

Le sous-investissement national dans la riposte au VIH n'est qu'un élément d'un sous-investissement plus étendu dans la santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Bien que tous les pays africains se soient engagés, dans la Déclaration d'Abuja de 2001, à consacrer au moins 15 % de leur budget à la santé, un seul pays de la région, la Gambie, a atteint cet objectif avec 15,3 %.(16) La plupart des pays de la région (Bénin, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Guinée équatoriale, Ghana, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal et Togo) dépensent moins de 10 % du budget du gouvernement sur la santé.(16) Même lorsque les gouvernements accordent la priorité à la santé, les ressources nationales mobilisées sont souvent insuffisantes pour atteindre les niveaux d'investissement recommandés. En 2015, seuls quatre pays de la région (Cap-Vert, Congo, Guinée équatoriale et Gabon) ont investi des ressources nationales équivalentes à 86 dollars US par habitant et par an, objectif recommandé par le Groupe de haut niveau sur le financement international innovant des systèmes de santé.(17) D'après les projections jusqu'en 2040, les dépenses totales de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre resteront faibles au cours des vingt prochaines années, en raison de l'espace budgétaire restreint dans de nombreux pays, à moins de changements majeurs dans la mobilisation des ressources et la hiérarchisation politique.(15) Les systèmes de santé sont souvent particulièrement faibles et sous-financés dans les nombreux pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre qui ont connu une instabilité persistante, des crises et des violences récurrentes.

Bien que les allocations nationales pour la santé et pour le VIH doivent clairement augmenter, les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre sont confrontés à des défis considérables, car les donateurs visent de plus en plus à faire financer les programmes nationaux par des fonds domestiques. De nombreux pays de la région ont un espace budgétaire limité. L'assistance internationale continue d'être très variable d'une année à l'autre et de nombreux donateurs ont poursuivi leur transition dans un large éventail de domaines de la santé, posant des problèmes considérables de financement et d'administration pour les pays de la région. Ces nombreux défis soulignent la nécessité d'un soutien international fiable et durable pour permettre à la région de se mettre en bonne voie pour réduire les nouvelles infections à VIH et les décès liés au sida.

Les allocations et les dépenses du PEPFAR varient d'année en année dans les six pays où il dispose de programmes (Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Nigeria et Ghana) (18) et le financement total du PEPFAR oscille entre 612 millions de dollars US (2015) et 766 millions de dollars US (2013). En 2017, le PEPFAR a fourni 755 millions de dollars US d'aide pour la lutte contre le VIH

à des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, approchant l'année de pointe de leur soutien en 2013.

Les décaissements du Fonds mondial pour les programmes de lutte contre le VIH dans la région ont fluctué d'année en année, bien qu'ils aient atteint leur sommet en 2017, à 433 millions de dollars US, en hausse de 28 % par rapport à 2016. Les dotations du Fonds mondial dans la région en 2018–2020 (projetées à 1,024 milliard de dollars US) devraient rester à peu près équivalentes aux montants déboursés en 2015–2017 (1,039 milliard de dollars US).(7) Évoquant une capacité d'absorption limitée, reflétée par un taux de décaissement de 68 % pour les subventions du Fonds mondial en 2016, les allocations du Fonds mondial pour le VIH pour la période 2018–2020 sont inférieures d'environ un tiers aux montants des subventions annuelles signées dans le nouveau modèle de financement.(7) Selon les enquêtes menées auprès des parties prenantes par le Bureau Afrique (Africa Constituencies Bureau du Fonds mondial), la faible absorption des subventions du Fonds mondial en Afrique de l'Ouest et du Centre provient de nombreux facteurs et cette absorption sous-optimale montre la nécessité d'un soutien ciblé pour remédier aux faiblesses du système de santé au lieu des coupes de financement essentiel (19). Des rapports récents indiquent que les problèmes d'absorption dans la région se sont considérablement atténués et que le montant des fonds non dépensés a diminué.

D'autres pays aident également les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre dans leurs efforts de rattrapage. Le duché de Luxembourg contribue à hauteur d'un million de dollars par an pour apporter l'assistance nécessaire pour atteindre les cibles 90-90-90 en Afrique de l'Ouest et du Centre. La France retient 7 % de sa contribution annuelle au Fonds mondial, affectant ce financement à l'appui technique des bénéficiaires de subventions du Fonds mondial, avec un accent particulier mais non exclusif sur les pays francophones. Pour soutenir les efforts d'accélération en Afrique de l'Ouest et du Centre, France Expertise a apporté un soutien technique et financier au déploiement d'observatoires dirigés par la société civile.

La confluence de ces tendances : financement domestique insuffisant et baisse de l'aide internationale au VIH, constitue un défi potentiellement existentiel aux espoirs régionaux de rattraper la riposte au VIH. En particulier, un transfert non opportun de la responsabilité aux gouvernements nationaux pour le financement des programmes nationaux de lutte contre le VIH peut dépasser la capacité des pays. Par exemple, le gouvernement guinéen, dans le cadre de sa nouvelle subvention VIH par le Fonds mondial, devrait assumer la responsabilité du financement des deux tiers des nouvelles personnes sous traitement antirétroviral dans les deux ans, alors même que le Groupe d'examen technique du Fonds mondial a déterminé que les cibles nationales sont déjà d'un niveau " très faible pour avoir un effet remarquable sur l'épidémie ".(20) Sans ressources supplémentaires, provenant de budgets nationaux, de financements innovants, d'emprunts durables ou d'une assistance internationale accrue, il est difficile de savoir comment la Guinée aura les moyens d'intensifier la thérapie antirétrovirale. De même, alors que l'assistance du Fonds mondial a permis d'augmenter la couverture du traitement du VIH en République centrafricaine, de 12 % en 2010 à 33 % en 2017, la nouvelle subvention du Fonds mondial n'inclut pas le financement de nouveaux traitements en 2019 ou 2020.

Il est évident qu'une combinaison d'approches pour obtenir un financement plus important de la part de divers acteurs sera nécessaire pour combler le manque de ressources qui se profile en Afrique de l'Ouest et du Centre. Il s'agit d'une question d'une importance capitale, car les investissements doivent être concentrés en amont pour permettre aux ripostes dans la région de rattraper l'approche accélérée. Les régimes d'assurance maladie sociale et d'autres mesures en faveur de la couverture sanitaire universelle offrent un moyen potentiel à plus long terme de mobiliser des ressources pour les services VIH, même si les progrès dans la mise en œuvre de ces approches ont été lents en Afrique de l'Ouest et du Centre.(21) Par exemple, le Gabon a augmenté la couverture des tests de charge virale de 2 % en 2016 à 11 % en 2017 en intégrant la surveillance de la charge virale dans les paquets d'assurance maladie disponibles pour les personnes à faible revenu.

Mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination

Les représentants de la société civile estiment que les violations des droits de l'homme et l'inégalité entre les sexes sont des obstacles majeurs à la mise en œuvre efficace des plans de rattrapage.(22) Les donateurs internationaux soulignent également que la stigmatisation persistante est l'un des principaux obstacles à une riposte efficace au sida dans la région.(14) Dans la crainte de ne pas recevoir un traitement de bonne qualité et non discriminatoire dans les services de santé ou de perdre un emploi ou des liens familiaux s'ils sont séropositifs, les personnes évitent fréquemment de demander des services VIH. Certains qui apprennent leur statut VIH et initient une thérapie antirétrovirale peuvent interrompre les soins à cause des attitudes stigmatisantes des prestataires ou des préjudices sociaux qu'ils ont subis.

Dans des enquêtes récentes, au moins 40 % et jusqu'à 80 % des adultes dans les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont déclaré qu'ils n'achèteraient pas de légumes à une personne vivant avec le VIH. Les enquêtes menées dans le cadre de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH documentent l'étendue et les ramifications négatives de la stigmatisation. En République démocratique du Congo, plus de trois personnes interrogées sur quatre affirment que le statut sérologique individuel est la cause première de la stigmatisation et de la discrimination, plus de la moitié des 33 % de personnes ayant perdu leur emploi au cours des 12 derniers mois rapportant que leur statut VIH était la raison de leur licenciement.(23) Des résultats similaires ont été rapportés dans les enquêtes sur les personnes vivant avec le VIH au Sénégal, où 38 % ont déclaré avoir vécu un épisode de stigmatisation ou de discrimination au cours de l'année précédente(24) ; au Nigeria, un répondant sur cinq a déclaré que l'accès aux services de santé lui avait été refusé l'année dernière en raison de son statut VIH ; et au Cameroun, plus des deux tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir subi une forme de stigmatisation ou de discrimination.(25)

Les attitudes stigmatisantes envers les personnes vivant avec le VIH sont souvent encouragées ou institutionnalisées par des cadres juridiques et politiques discriminatoires. Au moins 16 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre ont des lois qui criminalisent la non-divulgaration, l'exposition ou la transmission du VIH, et des poursuites pour de telles infractions ont eu lieu dans au moins six pays.(26) Les experts scientifiques demandent de plus en plus l'abrogation immédiate de ces lois, non seulement pour

des raisons de droits de l'homme mais aussi parce que ces lois ignorent le fait que les personnes vivant avec le VIH ne peuvent pas infecter d'autres personnes si elles reçoivent un traitement antirétroviral qui supprime leur charge virale.(27) D'autres lois et politiques exacerbent la stigmatisation liée au VIH en ciblant les populations à haut risque d'infection par le VIH ; en 2017, par exemple, au moins 11 pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre avaient des lois criminalisant les relations ou l'expression homosexuelles, et aucun pays de la région ne reconnaissait les partenariats entre personnes de même sexe.(28) Des tests pré-nuptiaux obligatoires ont été signalés dans des pays tels que la République démocratique du Congo, le Ghana et le Nigéria. Le plaidoyer et les revues juridiques peuvent jouer un rôle essentiel en encourageant l'abrogation de la révision des lois discriminatoires ; En 2017, par exemple, l'ONUSIDA a soutenu un examen du cadre juridique et politique en République démocratique du Congo, dans le but de renforcer les protections juridiques pour les personnes vivant avec le VIH. Une réforme de la législation sur la criminalisation de la non-divulgaration, de l'exposition et de la transmission du VIH est en cours dans un certain nombre de pays. Des pays tels que la République démocratique du Congo, la Guinée, le Sénégal et le Togo ont réformé leur législation afin de restreindre l'utilisation du droit pénal aux cas de transmission intentionnelle. Les observateurs internationaux ont signalé que la situation juridique des personnes vivant avec le VIH s'est améliorée ces dernières années en Sierra Leone.(26) En 2017, l'Agence nationale nigériane de lutte contre le sida a précisé que la législation nationale ne limite en aucune façon l'accès aux services liés au VIH et que des mesures ont également été prises pour éduquer et mobiliser les communautés de populations clés concernant leurs droits. Des travaux sont en cours en Sierra Leone pour supprimer le seuil d'âge pour la réception des services de santé sans consentement parental, et le pays a également entrepris une évaluation de son environnement juridique et a reçu le soutien du Fonds mondial pour supprimer les obstacles juridiques à l'accès aux services liés au VIH.

Former et sensibiliser les agents de santé pour réduire efficacement les attitudes préjudiciables sur les soins pour les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés et réduire les intentions d'évitement (ne pas vouloir prendre en charge les patients vivant avec le VIH) constituent une priorité urgente pour la riposte régionale au VIH. Certains pays forment des professionnels de santé et des agents d'application de la loi sur la santé et les droits de l'homme, mais ces programmes n'ont pas encore été étendus, puisque seulement 25 % des pays de la région ont mis en œuvre ces approches à l'échelle nationale.

Le rapport "Le VIH, la loi et les droits de l'homme dans le système africain des droits de l'homme : principaux défis et opportunités pour des réponses fondées sur les droits", élaboré par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, présente une analyse détaillée des violations des droits humains affectant la riposte au VIH sur le continent. Il met également en évidence les meilleures pratiques et d'autres pratiques prometteuses au niveau régional ou national pour sensibiliser les États et les autres parties prenantes à la nécessité d'intégrer la dimension des droits de l'homme en tant qu'élément clé des efforts de lutte contre le VIH.

Améliorer la connaissance du statut VIH

Le dépistage et le conseil à l'initiative des prestataires ont longtemps été la principale stratégie utilisée par les pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre pour fournir des services de dépistage du VIH. Pour accélérer les progrès pour l'atteinte de la première cible 90-90-90, l'approche de la région en matière de dépistage du VIH doit s'étendre au-delà de sa dépendance traditionnelle sur les établissements de santé. En rapprochant les services de dépistage des communautés, en rendant les tests plus pratiques et en adaptant les services aux besoins des utilisateurs, l'Afrique de l'Ouest et du Centre peut considérablement améliorer la connaissance du statut VIH. L'imbrication du dépistage du VIH dans le cadre de campagnes multi-maladies apporte des bienfaits pour la santé, aide à surmonter la stigmatisation associée au dépistage du VIH et renforce les synergies entre le VIH et la tuberculose, l'hépatite virale, le cancer du col utérin et l'hypertension.(29)

Les pays de la région mobilisent déjà le soutien technique de l'ONUSIDA, du PEPFAR et d'autres partenaires pour élargir la gamme d'options de dépistage et mieux cibler les services de dépistage, notamment à travers un atelier régional sur les approches différenciées du dépistage du VIH. Le Niger, par exemple, a l'intention de soutenir les tests familiaux, les tests communautaires (avec un accent particulier sur les hommes), les tests de couples et la notification aux partenaires. En République centrafricaine, la mise en œuvre de diverses approches de dépistage (tests familiaux, services pour enfants hospitalisés et malnutris et autres approches) a permis de toucher près de 10 000 enfants de 5 759 familles de personnes vivant avec le VIH, identifiant plus de 700 nouveaux cas d'infection. L'Association nationale du Cameroun pour la protection de la famille se sert des approches décentralisées et à base communautaire pour faciliter l'accès des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et des personnes transgenres au dépistage du VIH. D'autres pays, notamment le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Tchad, la Guinée et le Togo, se sont efforcés d'élargir la gamme d'options de dépistage.

Diverses approches de tests de dépistage centrés sur la communauté se sont révélés très efficaces pour accroître rapidement la connaissance du statut VIH et pour atténuer les iniquités de longue date dans l'acceptation des tests, y compris une connaissance sous-optimale du statut VIH chez les hommes et les jeunes.(29) En République démocratique du Congo, les tests de dépistage communautaires et les rattachements aux centres de prise en charge avaient permis en juin 2018, d'identifier 84 000 nouveaux cas d'infection à VIH et faire accéder ces personnes à la thérapie antirétrovirale. Un projet régional d'ENDA Santé promeut l'accès des populations clés aux services de santé aux postes frontières entre le Sénégal, la Gambie et la Guinée-Bissau. En République centrafricaine, une forte participation des communautés a facilité la mise en œuvre de services différenciés, le réengagement des personnes qui n'étaient plus prises en charge contre le VIH et des approches de dépistage diversifiées (test des conjoints de femmes enceintes et allaitantes séropositives et dépistage dans divers milieux de vie communautaire, tels que les églises, les écoles, les marchés, les quartiers et les camps de personnes déplacées).

Pour permettre l'extension rapide des approches de dépistage communautaires en Afrique de l'Ouest et du Centre, les pays de la région doivent officiellement autoriser et promouvoir activement le transfert des tâches cliniques, de dépistage et de conseil des cadres formels vers les petits centres de soins et les travailleurs communautaires. Certains pays de la région, comme le Ghana, ont investi dans le recrutement, la formation et le déploiement d'agents de santé communautaires, mais les travailleurs communautaires ne jouent actuellement qu'un rôle relativement mineur dans la prestation de services VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre.(2) Ils devraient jouer un rôle plus important si la région espère diagnostiquer 90 % des personnes infectées pour être sur la bonne voie pour mettre fin à l'épidémie de sida.

Selon l'OMS, à la mi-2017, la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre n'avaient pas encore mis en place un auto-test du VIH. Plusieurs pays de la région explorent activement ou font des plans concrets pour l'introduction de l'auto-dépistage du VIH, qui permet aux personnes de dépister le VIH dans l'intimité de leur foyer.

Compte tenu du très faible taux de diagnostic rapide chez les enfants vivant avec le VIH dans la région, des mesures urgentes sont nécessaires pour intensifier et élargir les options de dépistage pour les enfants. En particulier, les technologies de diagnostic précoce des nourrissons sur le lieu de soins, qui peuvent fournir les résultats des tests le jour même où un spécimen est prélevé, devraient être étendues dans des environnements de prestation de services décentralisés. L'UNICEF et un ensemble de partenaires mondiaux ont préparé des directives étape par étape pour aider les pays à introduire les technologies de diagnostic précoce des nourrissons sur le lieu de soins. (30) Avec l'aide d'UNITAID, de la Clinton Health Access Initiative et de l'UNICEF, quatre pays de la région (Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo et Sénégal) introduisent un diagnostic précoce du nourrisson sur le lieu de soins. (12) Dans six pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Sénégal et Togo), l'Initiative Clinton Health Access prévoit que l'utilisation des diagnostics infantiles précoces au point de service augmentera de moins de 45 000 tests en 2017 à près de 65 000 en 2022(31), une tendance encourageante, mais néanmoins très loin de l'augmentation rapide justifiée par la crise du traitement pédiatrique du VIH dans la région. En outre, étant donné que la plupart des enfants exposés dans la région sont peu susceptibles d'être identifiés grâce à des services de prévention de la transmission mère-enfant, les tests devraient être facilement disponibles dans divers contextes sanitaires et communautaires pour les enfants.(13)

L'UNICEF, l'ONUSIDA et l'OMS soutiennent une campagne régionale pour promouvoir le déploiement des tests et des soins axés sur la famille. Pour faire face à la difficile situation pédiatrique du VIH dans la région, l'UNICEF et l'ONUSIDA, en collaboration avec l'OMS, prévoient de lancer une campagne régionale de dépistage familial des cas à intégrer dans les plans de rattrapage des pays. La campagne de tests familiaux (ou test de cas index) sera ancrée dans la campagne « Free to Shine » des Premières Dames, dans le but d'augmenter l'identification précoce des enfants séropositifs et la rétention des enfants et de leurs familles dans les soins.

Des approches de test de dépistage adaptées sont nécessaires pour les populations qui sont mal desservies par les stratégies de dépistage existantes. Par exemple, pour combler l'écart entre les hommes et les femmes, des stratégies novatrices de prestation de services peuvent être nécessaires, comme des heures de service élargies pour les travailleurs ou des sites de service spécifiquement dédiés aux hommes. Les plates-formes de services devraient être adaptées aux adolescents, notamment par l'intégration d'interventions par les pairs et l'utilisation de stratégies de communication axées sur les jeunes. L'OMS recommande que les services de dépistage du VIH soient offerts aux adolescents des populations clés dans tous les contextes.(32) Divers modèles à base communautaire, tels que des cliniques de proximité, des centres d'accueil, des cliniques autonomes spécifiquement dédiées aux populations clés et des autotests, seront nécessaires pour accroître la connaissance du statut VIH parmi les populations clés.

Éliminer les frais supplémentaires d'utilisation des services de santé par les personnes vivant avec le VIH

Bien que les produits pour le dépistage du VIH et la thérapie antirétrovirale soient officiellement fournis gratuitement aux personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre, la réalité est que l'utilisation des services est associée à des coûts supplémentaires substantiels et souvent inabornables. Dans une étude de trois pays sur les coûts médicaux liés au VIH par Médecins sans Frontières, il a été constaté que les personnes recevant un test VIH dans certains établissements de santé à Bangui devaient verser chacune 1,80 dollar US par personne.(33) À Conakry, le fait de devenir un nouveau patient séropositif dans certains services de prise en charge du VIH peut coûter jusqu'à 33,16 dollars US à la personne, avec des coûts supplémentaires associés à chaque consultation ultérieure.(33) Alors que les médicaments antirétroviraux peuvent être gratuits à Conakry, les personnes vivant avec le VIH doivent payer plus de 6 dollars US par mois dans certains établissements de santé pour le cotrimaxazole.(33) Un test de CD4 peut coûter entre 20 et 40 dollars US à Bangui, tandis que l'hospitalisation pour maladie avancée à Kinshasa peut coûter jusqu'à 280 dollars US, soit environ cinq mois de salaire pour 77 % de la population vivant avec moins de 1,90 dollar US par jour.(33)

Ces frais sont prohibitifs, surtout pour la majorité de la population qui vit dans la pauvreté, et ils ont un effet dissuasif sur l'utilisation des services de santé essentiels. En particulier, l'exigence que les clients fassent des paiements directs réduit les taux d'initiation au traitement du VIH et de rétention dans les soins.(34) À Kinshasa, des patients avec un stade avancé de sida ont évoqué les coûts des médicaments et les coûts d'utilisation des services médicaux comme les ayant empêché de recourir à ces services ou de poursuivre leur traitement antirétroviral. Bien que les coûts associés aux services de diagnostic et de traitement du VIH soient couverts dans de nombreux pays par le biais du Fonds mondial, les frais d'utilisation couramment exigés dans la région équivalent à faire payer les patients pour les mêmes services.(33) MSF rapporte que dans les pays tels que le Ghana, le Liberia, le Niger et le Sénégal, le recours aux services de soins primaires s'est intensifié lorsque les frais d'utilisation ont été abolis.

Le montant du financement marginal généré par les frais d'utilisation des systèmes de santé est très insignifiant par rapport aux effets négatifs que l'exigence de tels frais a

sur la santé publique. Bien que conçus pour générer des revenus, ces frais peuvent en fait augmenter les coûts pour les systèmes de santé, car les personnes qui tardent à demander des services de dépistage et de traitement du VIH sont plus susceptibles d'avoir besoin d'une hospitalisation intensive et coûteuse. Les pays doivent prendre d'urgence des mesures pour s'assurer que tous les aspects du traitement du VIH (y compris les laboratoires, les consultations cliniques, les traitements contre l'infection à VIH et les infections opportunistes et l'hospitalisation) sont entièrement gratuits pour les patients.(33) Pour soutenir et informer les efforts déployés en République démocratique du Congo en vue de supprimer les obstacles financiers à l'adoption des services VIH, l'ONUSIDA a organisé en 2017–2018 une analyse documentaire complète des conséquences de l'exigence des frais d'utilisation sur l'utilisation des services de santé et les résultats sanitaires.

Mettre en œuvre une prestation de services différenciée

Historiquement, les soins et traitements contre le VIH ont été centralisés et hautement médicalisés dans les établissements de santé. Cette approche suppose que les personnes vivant avec le VIH s'adaptent aux systèmes existants alors que le système devrait plutôt être adapté à leurs besoins et préférences. Une approche centralisée et hautement médicalisée de la prise en charge du traitement ignore également le potentiel des approches décentralisées, dirigées par la communauté, pour atteindre les personnes qui ne sont pas efficacement desservies par les établissements de santé conventionnels. La Déclaration politique sur le VIH et le sida de 2016 exige que la prestation de services à base communautaire représente au moins 30 % des services liés au VIH d'ici 2030.

Pour décentraliser les services de traitement du VIH des établissements de santé et les rapprocher des personnes qui en ont besoin, une série de stratégies différenciées de prestation de services est apparue.(36) Ces approches s'appuient sur les ressources et les systèmes communautaires, reconnaissent la grande diversité des besoins de services parmi les personnes vivant avec le VIH et permettent d'adapter les approches aux besoins et aux circonstances de chaque client. L'OMS recommande que les visites de clinique soient réduites pour les patients sous antirétroviraux stables à l'avantage de la distribution de médicaments antirétroviraux au niveau communautaire, avec des fournitures d'antirétroviraux de trois à six mois. Des stratégies différenciées de prestation de services se sont révélées particulièrement utiles pour maintenir les services de traitement du VIH dans les milieux touchés par des conflits ou d'autres crises.(37)

MSF a mis au point plusieurs approches différenciées de prestation de services spécifiquement conçues pour répondre aux défis de la prestation de services en Afrique de l'Ouest et du Centre. À Kinshasa, MSF a piloté des points de distribution d'antirétroviraux communautaires (PODI), donnant accès aux antirétroviraux pour les patients stables, qui les récupèrent tous les trois mois et fréquentent un établissement de santé une fois par an pour surveiller leur charge virale ; cette approche a maintenant été largement adoptée en République démocratique du Congo et financée par le Fonds mondial et le PEPFAR, avec 12 points de distribution communautaires établis l'année dernière dans trois provinces prioritaires.(38) Au Cameroun, un système de distribution d'ARV à base communautaire, similaire aux PODI, a été adopté.

Les personnes vivant avec le VIH et dont la santé est stable en Guinée n'ont besoin de se rendre à la clinique que tous les six mois pour des consultations médicales, des tests de charge virale et des renouvellements de médicaments. (38) Cette approche a permis de réduire la charge de travail du personnel et d'empêcher l'interruption des soins chez les personnes vivant avec le VIH. (39) Au Nigeria, des cliniques à guichet unique ont été mises en place dans sept états, fournissant une thérapie antirétrovirale à 12 830 membres des populations clés. En 2018, l'OMS a rapporté que plus des trois quarts des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre interrogés avaient fait état de la réduction de visites cliniques pour les clients antirétroviraux stables et que la majorité avaient approuvé la fourniture d'antirétroviraux pour de longues périodes (trois, six ou douze mois). (40) Cependant, la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre n'autorisent pas actuellement la distribution communautaire de médicaments antirétroviraux. (40)

Pour permettre l'expansion de stratégies différenciées de prestation de services adaptées à l'Afrique de l'Ouest et du Centre, les pays doivent aligner leurs politiques sur une approche de transfert de tâches (pour les populations pédiatriques et adultes) et investir dans des systèmes communautaires fiables. En République démocratique du Congo, les réseaux de personnes vivant avec le VIH et les organisations communautaires jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement et le succès des points de distribution communautaire (PODI). (38) Au Mali, l'ONG ARCAD-SIDA fournit des soins complets contre le VIH par le biais de centres de soins communautaires, fournissant un traitement contre le VIH à plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH. Au Nigeria, le Réseau des personnes vivant avec le VIH renforce les liens communautaires et améliore la rétention des patients dans les soins par la coordination des activités des communautés de patients, l'encadrement, la supervision et le suivi de la qualité des soins, le suivi des patients et l'engagement des mères " mentors " pour surmonter les lacunes dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et des centres d'accueil pour les membres des populations clés. Les communautés ont un rôle unique à jouer pour développer la demande de services de dépistage et de traitement du VIH. Pour que leur potentiel soit pleinement exploité, les communautés doivent être évaluées et engagées en tant que partenaires essentiels dans la riposte au VIH et dotées de ressources suffisantes.

L'élan dans la région se construit pour tirer parti plus efficacement des stratégies de prestation de services différenciées. Dans le but de sortir les services de traitement du VIH du domaine médical pour davantage les populariser, Coalition Plus a publié en 2017 des directives claires, y compris la mise en œuvre de services différenciés, avec des recommandations spécifiques pour les gouvernements nationaux, les mécanismes de coordination nationaux, le Fonds mondial, l'OMS et l'ONUSIDA. (41) Un atelier régional au Burkina Faso en février 2018 a permis le partage d'informations et de meilleures pratiques sur la prestation différenciée de services parmi les parties prenantes de la région et des équipes ont été formées dans 19 pays pour soutenir la mise en œuvre de services différenciés. (40) En 2017, l'ONUSIDA a facilité l'échange d'informations et de stratégies sur la prestation de services différenciés entre les parties prenantes au Cameroun et en République démocratique du Congo. Bénéficiant d'une analyse de situation soutenue par un appui technique coordonné par l'ONUSIDA, la Sierra Leone étudie l'expansion de la prestation de services différenciée.

Le Ghana adopte une approche systématique de la mise en œuvre de la prestation de services différenciée. Sous la direction du programme national de lutte contre le sida, le Ghana rassemble des parties prenantes clés, notamment des cliniques, des agents de santé communautaires, des personnes vivant avec le VIH et divers partenaires internationaux et ONG. En plus de faciliter la mise en œuvre de services différenciés pour les patients stables, y compris des visites cliniques dans le cadre de l'initiative accélérée et des prescriptions de six mois, le Ghana vise également à mettre en place des journées dédiées aux adolescents et à offrir des services ciblés aux populations clés.(40)

Renforcer les systèmes de santé

Pour gérer efficacement les soins et le traitement des personnes vivant avec le VIH, des systèmes fiables doivent être mis en place pour assurer un approvisionnement ininterrompu en médicaments essentiels et autres produits de santé. Les ruptures de stock de médicaments encouragent les personnes à abandonner les systèmes de prise en charge et à interrompre le traitement antirétroviral, ce qui entraîne une résistance aux médicaments anti-VIH, une mortalité plus élevée et la transmission continue du VIH.

Les ruptures de stock de médicaments sont trop fréquentes en Afrique de l'Ouest et du Centre. En 2017, 19 % des centres de traitement au Cameroun et 18 % en Guinée ont rapporté des ruptures de stocks de médicaments antirétroviraux. À Kinshasa, une étude de 2016 a révélé que la moitié des établissements de santé avaient connu une rupture de stock de médicaments antirétroviraux au cours des trois mois précédents.(42) De même, des ruptures de stock fréquentes ont été rapportées au Congo. Des ruptures fréquentes des médicaments antirétroviraux pédiatriques ont également été rapportées en Sierra Leone.(42) En 2018, l'inquiétude persiste suite aux rapports sur la possibilité d'une rupture de stock de médicaments antirétroviraux en Guinée.

Ces tendances soulignent la nécessité de renforcer les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements.(42) La capacité de prévision des médicaments doit être améliorée dans la région, et des systèmes dotés de ressources suffisantes pour surveiller l'approvisionnement en médicaments, y compris des systèmes d'alerte précoce, sont nécessaires pour prévenir les ruptures de stock. Des plans d'urgence clairs sont également nécessaires pour remédier aux ruptures de stock dès qu'elles surviennent et réduire la période d'indisponibilité des médicaments.

Une autre composante essentielle des systèmes de santé, la capacité des laboratoires, est également faible et sous-financée en Afrique de l'Ouest et du Centre. Plusieurs efforts sont en cours pour renforcer la capacité des laboratoires dans la région. L'Africa Centers for Disease Control lance l'Africa Collaborative to Advance Diagnostics, qui vise à promouvoir et à catalyser l'accès à des diagnostics de qualité pour les maladies infectieuses endémiques et d'urgence en Afrique. L'équipe régionale commune des Nations Unies sur le sida (JURTA) a organisé un atelier de renforcement des capacités de quatre jours en 2018, au cours duquel des participants de 22 pays de la région ont défini des stratégies pour surmonter les difficultés du système de laboratoire qui entravent les tests biologiques accélérés des nourrissons et la surveillance des échecs thérapeutiques. Le PEPFAR accorde la priorité à l'appui technique pour le renforcement des systèmes de laboratoire dans ses programmes d'Afrique de l'Ouest et du Centre. À Kinshasa, MSF

a développé un système innovant pour le transport d'échantillons de tests de charge virale par motocycles, ainsi qu'un soutien technique intensif pour la mise en œuvre des tests de charge virale dans 24 établissements de santé qui desservent environ 11 000 personnes vivant avec le VIH.

Soutenir efficacement l'action de la société civile

Les organisations de la société civile sont des acteurs clés pour une riposte efficace, en tant que défenseurs, gardiens et catalyseurs pour une demande accrue de services, et la fourniture de services VIH. L'engagement et le leadership des communautés sont déterminants pour le succès des ripostes nationales au VIH, car les communautés sont particulièrement bien placées pour combler les lacunes du dépistage du VIH, faciliter l'accès aux soins, promouvoir la surveillance de la charge virale, fournir des documents sur les soins, faciliter l'accès par les patients aux différents services et le réengagement des patients qui avaient interrompu les soins.

Les communautés connaissent mieux que quiconque leurs propres besoins et les préférences de leurs membres. Les communautés se sont également avérées des sources essentielles d'innovation, y comprises diverses stratégies différenciées de prestation de services qui rapprochent les services des personnes qui en ont besoin. Au Togo, l'AFAZ (Association des Femmes Amazones), en collaboration avec ONG FAMME, met en œuvre de multiples stratégies de mobilisation communautaire pour faciliter l'accès des travailleuses du sexe aux services VIH. Un observatoire, géré par RAS + et soutenu par les partenaires de l'ONU et le programme national de lutte contre le sida, recueille systématiquement des données sur les cas de stigmatisation et de discrimination au Togo. L'Association nationale camerounaise pour la protection de la famille fournit des services décentralisés et culturellement adaptés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et aux populations transgenres. En Guinée, des conseillers non professionnels qualifiés de « médiateurs » fournissent des services de dépistage du VIH et aident les personnes vivant avec le VIH à accéder aux services du système de santé. En mai 2018, des représentants de la société civile de 18 pays de la région se sont réunis au Sénégal pour convenir d'un plan d'action commun visant à tirer parti du pouvoir des communautés pour accélérer les efforts de rattrapage dans la région.(22) Plus précisément, le plan commun avec la société civile décrit les actions et les stratégies pour mobiliser des ressources suffisantes, augmenter la demande de services, assurer l'accès aux services intégrés de santé sexuelle et reproductive et promouvoir la responsabilisation de tous les acteurs de la riposte.

En Afrique de l'Ouest et du Centre, la société civile joue un rôle de plus en plus important dans le suivi de l'accès et de la qualité des services liés au VIH, ainsi que des obstacles aux droits de l'homme pour l'utilisation des services. Avec l'appui du Fonds mondial, des groupes de la société civile ont uni leurs forces pour mettre en place 11 observatoires de traitement communautaire en Afrique de l'Ouest et du Centre. Grâce à ces observatoires, les partenaires de la société civile organisent régulièrement des visites dans les établissements de santé pour vérifier les stocks disponibles de médicaments essentiels, la disponibilité et l'accès aux examens de laboratoire essentiels, la fourniture de soins gratuits conformément à la politique gouvernementale ou des bailleurs de fonds et la prévalence des pratiques discriminatoires par le personnel de santé. Leurs

résultats, qui sont communiqués aux communautés, aux établissements de santé visités, aux autorités sanitaires responsables, aux bailleurs de fonds et à d'autres agences, servent de base à des mesures d'atténuation immédiates ou à des améliorations structurelles. Le Fonds mondial et Expertise France ont tous deux apporté un soutien financier et technique au déploiement de ces observatoires.

Pour jouer leur rôle optimal dans la riposte au VIH, les communautés et les organisations de la société civile ont besoin d'un financement et d'un soutien technique suffisants. Tout comme les systèmes de santé, les systèmes communautaires et les plates-formes de la société civile ont besoin de soutien pour renforcer leur capacité et leur aptitude à accélérer la riposte au VIH. Cependant, les représentants de la société civile rapportent que peu de valeur est accordée à l'expertise communautaire dans la riposte au VIH en Afrique de l'Ouest et du Centre, particulièrement en ce qui concerne la prestation d'interventions de prévention et de soins.(22) .

Conclusion

Les plans de rattrapage régionaux et nationaux offrent une occasion sans précédent d'accélérer la riposte au VIH à l'horizon 2020 et d'améliorer la santé et le développement à long terme de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Nous devons maintenant tirer parti du nouvel élan dans la région.

Un changement d'état d'esprit pour aborder l'épidémie persistante de VIH sévère en Afrique de l'Ouest et du Centre est essentiel. Les leçons apprises des pays de la région qui prennent des mesures pour accélérer leur riposte et générer des résultats encourageants sur le continuum 90-90-90 devraient être largement prises en compte. La mobilisation des ressources est une nécessité absolue, nécessitant une intensification des efforts par les gouvernements et les donateurs internationaux.

Accélérer et soutenir la riposte au VIH dans la région nécessitera que les services liés au VIH soient décentralisés et ne soient pas l'apanage des milieux médicaux et que des changements structurels profonds soient entrepris pour s'attaquer aux causes profondes de la vulnérabilité et de l'accès limité aux services. Des efforts urgents sont nécessaires pour lutter contre le VIH chez les enfants, améliorer la connaissance du statut sérologique, lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination, éliminer tous les frais d'utilisation des services liés au VIH, renforcer les systèmes de santé et soutenir efficacement le rôle essentiel des communautés et systèmes communautaires. Bien que les données de décembre 2017 n'indiquent pas une accélération généralisée de la riposte régionale, le succès frappant dans plusieurs pays de la suppression des obstacles au progrès démontre qu'avec un renouvellement de l'engagement, une prise de décision fondée sur des données probantes et une participation active des communautés et autres parties prenantes, des avancées notoires sont possibles.

Les plans de rattrapage régionaux et nationaux offrent une fondation fiable pour un renouvellement de la riposte au VIH dans la région. Il est temps de bâtir sur cette fondation en prenant des mesures immédiates afin de mettre à profit les outils disponibles pour infléchir la trajectoire de l'épidémie en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Références

1. AIDSInfo. 2018, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Geneva.
2. Out of focus: How millions of people in west and central are being left out of the global HIV response. 2016, Médecins Sans Frontières: Brussels.
3. Kates, J., A. Wexler, and E. Lief, Donor government funding for HIV in low- and middle-income countries in 2016. 2017, Henry J Kaiser Family Foundation, UNAIDS: Washington DC.
4. Cameroon Country Operational Plan COP 2018 Strategic Direction Summary. 2018, United States President's Emergency Plan for AIDS Relief.
5. Nigeria Country Operational Plan (COP) 2018 Strategic Direction Summary. 2018, United States President's Emergency Plan for AIDS Relief.
6. leDEA; and COHERE, Global trends in CD4 cell count at the start of antiretroviral therapy: Collaborative Study of treatment programs. *CID*, 2018. 66(6): p. 893-903.
7. Nouboussi, J. Implementation of the WCA catch-up plan on AIDS treatment: Progress so far and community engagement. in International Conference on AIDS and STIs in Africa. 2017. Abidjan.
8. Democratic Republic of the Congo Country Operational Plan (COP/ROP) 2018: Strategic Direction Summary. 2018: United States President's Emergency Plan for AIDS Relief.
9. Waiting isn't an option: Preventing and surviving advanced HIV. 2018, Medecins Sans Frontieres: Brussels.
10. HIV drug resistance report 2017. 2017, World Health Organization: Geneva.
11. World family planning highlights. 2017, Department of Economic and Social Affairs, United Nations: New York
12. Step up the pace: Towards an AIDS-free generation in west and central Africa. 2017, United Nations Children's Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: New York.
13. Catalysing paediatric HIV early diagnosis and treatment within west and central Africa country catch-up plans: Report of the meeting at ICASA 2017 and Agenda for Action. 2017, UNICEF, UNAIDS: New York.
14. Martin, J., Personal communication. 2018.
15. Dieleman, J., et al., National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040. *Lancet*, 2016. 387: p. 2521-2535.

16. Africa scorecard on domestic financing for health. 2017, United Nations Foundation, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Geneva.
17. Expanding the fiscal space for health in Africa. 2016, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: Geneva.
18. PEPFAR Country/Regional Operational Plans (COPs/ROPs) Database. 2018 [cited 2018 15 May 2018]; Available from: <http://copsdata.amfar.org>.
19. Moving the needle on grant absorption: Insights from Africa's Global Fund implementing countries. 2016, Africa Constituencies Bureau.
20. Garmaise, D., Global Fund Board approves an HIV grant for Guinea with the Ministry of Public Health as a new PR, in *aidspace*. 2018.
21. Wright, J., et al., Financing of universal health coverage and family planning: A multi-regional landscape study and analysis of select west African countries. 2016, United States Agency for International Development: Washington DC.
22. Compte rendu synthétique de la << Réunion régionale de la Société Civile en AOC sur l'accélération de la mise oeuvre de plan de rattrapage >>. 2018, ICI Santé: Ouagadougou.
23. Index de stigmatisation et de discrimination des personnes vivant avec le VIH en RDC. 2012, Union Congolaise des Organisations des Personnes vivant avec le VIH (UCOP+): Kinshasa.
24. PLHIV stigma index: Senegal country assessment. 2012, HIV Leadership through Accountability Programme GNP+, RNP+ Senegal: Dakar.
25. PLHIV stigma index: Cameroon country assessment. 2013, GNP+, Réseau Cameronais des Associations de Personnes Vivant avec le VIH (ReCAP+): Yaoundé-Messa.
26. Bernard, E. and S. Cameron, Advancing HIV justice 2: Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. 2016, HIV Justice Network, GNP+: Brighton/Amsterdam.
27. Statement on HIV criminalization in Canada from top Canadian scientists. 2017, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS: Vancouver.
28. Carroll, A. and L. Mendos, State-sponsored homophobia -- A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition. 2017, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association: Geneva.
29. Chamie, G., et al., A hybrid mobile approach for population-wide HIV testing in rural east Africa: an observational study. *Lancet HIV*, 2016. 3(3): p. e111-e119.
30. Ken considerations for introducing new HIV point-of-care diagnostic technologies in national health systems. 2018, United Nations Children's Program, Clinton Health

Access Initiative, African Society of Laboratory Medicine, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organization, Unitaïd: New York.

31. Doi, N., Personal communication. 2018.
32. Consolidated guidelines on HIV testing services. 2016, World Health Organization: Geneva.
33. Cartier, N., J. Pestana, and M. Philips. Les consequences humaines et financieres des fraïd medicaux imputes aux personnes vivant avec le VIH in Guinée, RDC et RCA. in 9th Conference Internatoinale Francophone VIH/HEPATITES. 2018. Bordeaux.
34. Zachariah, R., et al., Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 2008. 102(3): p. 288-293.
35. Taverne, B., D. Karim, and V. Philippe, The cost of universal free access for treating HIV/AIDS in low-income countries: the case of Senegal, in *The Political Economy of HIV/AIDS in Developing Countries: TRIPS, Public Health Systems and Free access*, B. Coriat, Editor. 2008.
36. Grimsrud, A., et al., Reimagining HIV service delivery: the role of differentiated care from prevention to suppression. *J Int AIDS Soc*, 2016. 19: p. 21484.
37. Ferreyra, C., et al., Provision and continuation of antiretroviral therapy during acute conflict: the experience of MSF in Central African Republic and Yemen. *Conflict and Health*, 2018. 12: p. 30.
38. Towards an increased, more effective care for PLHIV in west and central Africa: Dissemination of three novel approaches piloted by MSF. 2016 *Medicines Sans Frontieres*: Brussels.
39. Bekolo, C., et al., Six-month appointment spacing for clinical visits as a model for retention in HIV care in Conakry-Guinea: a cohort study. *BMC Infect Dis*, 2017. 17: p. 766.
40. Doherty, M. Présentations de services différenciés du VIH: parlons –en ensemble. in *AFRAVIH*. 2018. Bordeaux.
41. Interventions communautaires prioritaires: Revendications pour l’atteinte des 90-90-90. 2017, Coalition Plus: Dakar.
42. Accélérer la réponse VIH en Afrique occidentale and centrale (AOC): Une volonté politicque fortemost compromise. 2018, *Médicins Sans Frontières*: Brussels.

Copyright © 2018
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits de reproduction réservés.

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

ONUSIDA/JC2932



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org