

SYNTHÈSE

SAVOIR, C'EST POUVOIR

CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE,
CONNAÎTRE SA CHARGE VIRALE



Mandisa Dukashe et sa famille vivent dans la province d'Eastern Cape en Afrique du Sud. Mandisa est infirmière formée qui contribue à la riposte au VIH en assurant le contrôle de la qualité dans les établissements de soins. Elle vit avec le VIH, et encourage les autres à se faire tester. Son mari et ses deux filles sont tous trois séronégatifs.

SAVOIR, C'EST POUVOIR

CONNAÎTRE SON STATUT SÉROLOGIQUE,
CONNAÎTRE SA CHARGE VIRALE

SYNTHÈSE

Le rapport complet est disponible à l'adresse <http://www.unaids.org/>.

AVANT-PROPOS

De plus en plus, lorsque je rencontre des personnes vivant avec le VIH, j'entends parler de l'importance d'un dépistage qui soit librement accessible à tous ceux qui veulent connaître leur sérologie VIH. On me confie également à quel point il est crucial de continuer à éliminer le VIH.

Avoir une charge virale indétectable, c'est-à-dire un taux de VIH sanguin si bas qu'il ne peut pas être détecté, est vital. La santé des personnes vivant avec le VIH en est améliorée et la mortalité diminuée. Les personnes qui bénéficient d'une suppression permanente de la charge virale n'ont plus aucun risque de transmettre sexuellement le virus à un partenaire séronégatif.

J'ai observé des réussites. En 2017, 75 % des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur sérologie VIH contre 66 % en 2015. En trois petites années, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ignorent leur sérologie est passé du tiers au quart. Dans le monde entier, le pourcentage de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'une suppression virale a considérablement augmenté : il est passé de 38 % en 2015 à 47 % en 2017. Mais l'accès à cette thérapie est varié. Dans certaines parties du monde, il est facile d'obtenir un dépistage de la charge virale car ce test est totalement intégré au schéma thérapeutique. Mais, dans d'autres pays, cela devient presque impossible avec une seule machine de dépistage de la charge virale pour l'ensemble du pays.

Pour atteindre les objectifs 90-90-90, notamment l'objectif consistant à amener 90 % des personnes sous traitement à bénéficier d'une suppression de la charge virale, nous devons redoubler d'efforts pour atteindre les millions de personnes qui ne connaissent pas leur sérologie VIH ainsi que les millions de personnes qui ne bénéficient pas de cette suppression de la charge virale.

Pour atteindre les millions de personnes qui ne connaissent pas leur sérologie, nous avons besoin d'un accès universel au dépistage du VIH : ce dépistage doit être aussi largement accessible qu'un test de grossesse. Pour atteindre les millions de personnes qui ne bénéficient pas de la suppression de la charge virale, nous avons besoin d'une surveillance de la charge virale aussi disponible à Lilongwe qu'à Londres. Les dépistages du VIH et de la charge virale doivent être universels.

Ces dernières années, nous avons vu des innovations incroyables se généraliser et contribuer à révolutionner la riposte contre le sida. Les trousseaux d'autodépistage du VIH permettent de faire un test de sérologie en toute confidentialité, ce qui augmente les taux de dépistage parmi les populations difficiles à atteindre. L'autodépistage du VIH devient accessible à de plus en plus d'hommes, de jeunes et de populations clés : les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les personnes transgenres, les personnes qui s'injectent des drogues, les prisonniers ainsi que les autres personnes incarcérées et les migrants. En outre, les machines de dépistage de la charge virale sur le lieu de soin amènent le dépistage virologique à proximité des personnes qui en ont besoin.

Mais les technologies seules ne suffiront pas à garantir aux personnes l'accès aux services de dépistage du VIH dont elles ont besoin. La stigmatisation, la discrimination et les violations des droits de l'Homme comptent encore parmi les principaux obstacles à l'utilisation de tous les services liés au VIH, notamment le dépistage. La stigmatisation et la discrimination doivent être combattues partout où elles sont subies. Les droits de l'Homme, notamment l'un des plus fondamentaux, le droit à la santé, doivent être respectés si nous voulons atteindre un jour notre objectif de mettre fin au sida.

Le dépistage du VIH donne aux personnes les connaissances nécessaires pour choisir les meilleures options de traitement et méthodes de prévention. La connaissance est un réel pouvoir : le pouvoir de faire les bons choix pour rester en bonne santé, mais aussi le pouvoir de mener une vie longue et productive. Alors, veillons à ce nous puissions tous disposer de ce pouvoir.

Michel Sidibé

Directeur exécutif de l'ONUSIDA



SYNTHÈSE

La finalité de la connaissance est le pouvoir. . . enfin, toute spéculation a pour objet de réaliser une action ou d'accomplir quelque chose.

Thomas Hobbes
De Corpore (1655)

La compétence à faire s'acquiert en faisant ; la connaissance vient de yeux toujours ouverts et de mains actives ; il n'existe aucune connaissance qui n'est pas pouvoir.

Ralph Waldo Emerson
« La vieillesse », un essai de la collection Société et solitude (1870)

La connaissance est le pouvoir. Ces paroles de sagesse ont été transmises à travers les siècles. Au départ, ce « pouvoir » faisait probablement référence au pouvoir politique : le pouvoir de dominer les autres, mais à l'époque du siècle des Lumières, le pouvoir procuré par la connaissance était appréhendé d'une façon plus personnelle. La connaissance donnait aux individus un pouvoir sur leur environnement et leurs circonstances : celui de contrôler leur propre destin.

S'agissant de personnes susceptibles d'avoir été exposées au VIH, la connaissance s'avère essentielle pour prendre des décisions éclairées concernant l'avenir. Le dépistage du VIH est un événement important. Quel que soit le résultat, le dépistage en soi fournit des informations vitales. Un résultat négatif est l'occasion de prendre des mesures intentionnelles pour éviter de contracter le VIH ultérieurement en recourant à des méthodes de prévention adaptées aux risques encourus par l'individu concerné. Un résultat positif du dépistage et un diagnostic de confirmation ne constituent jamais une bonne nouvelle, mais il s'agit d'un premier pas essentiel vers une vie longue et en bonne santé lorsque l'on vit avec le VIH.

Une thérapie antirétrovirale doit être initiée dès que possible. Mais, le traitement seul ne suffit pas. Un dépistage de la charge virale est indispensable pour confirmer que la thérapie antirétrovirale agit efficacement pour supprimer cette charge virale. En effet, la suppression durable de la charge virale est nécessaire pour garantir le fonctionnement normal du système immunitaire et pour empêcher la transmission du VIH.

Plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH n'ont pas de suppression de la charge virale

Malgré le rôle essentiel joué par le dépistage du VIH et de la charge virale dans la vie des personnes vivant avec le VIH, dans le monde, environ un quart ne connaissait pas sa sérologie VIH en 2017. De plus, la couverture du dépistage de la charge virale restait faible dans de nombreuses régions du monde. Ces écarts dans la cascade de dépistage et de traitement du VIH font que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde ne bénéficient pas de suppression de la charge virale (figure 1), ce qui accroît le risque de pharmacorésistance du VIH et met en péril les efforts visant à atteindre les objectifs d'impact de l'Agenda 2030 pour le développement durable.

Figure 1. Plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde n'ont pas de suppression de la charge virale

Personnes vivant avec le VIH par état de suppression de la charge virale dans le monde, 2017



Les dernières données disponibles provenant des pays montrent que les progrès les plus importants pour atteindre les objectifs de dépistage et de traitement 90–90–90 ont eu lieu en Afrique orientale et australe, en Amérique latine ainsi que dans les pays à revenu élevé. Parmi les pays pour lesquels des données étaient disponibles, 24 pays avaient atteint ou étaient en voie d’atteindre le premier objectif 90 et 26 pays avaient pleinement atteint ou étaient sur le point d’atteindre pleinement le deuxième objectif 90 (tableau 1).¹ Toutefois, la progression vers l’objectif ultime, la suppression de la charge virale, est plus faible. À la fin de 2017, seuls 12 pays avaient atteint ou étaient en voie d’atteindre le troisième objectif 90, ce qui signifie que 73 % des personnes vivant avec le VIH dans chacun de ces pays bénéficiaient d’une charge virale durablement supprimée.

Les progrès varient par région. Les régions Asie et Pacifique ainsi que les Caraïbes devront accélérer leurs programmes de dépistage et de traitement pour être en voie d’atteindre les objectifs 90–90–90 d’ici 2020. La connaissance de sa sérologie VIH est relativement élevée en Europe orientale et en Asie centrale (73 %), mais la couverture du traitement (36 %) et la suppression de la charge virale (26 %) y sont extrêmement faibles. Les niveaux de dépistage, de traitement et de suppression de la charge virale au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ainsi qu’en Afrique de l’Ouest et l’Afrique centrale sont considérablement en retard.

Les progrès réalisés dans les régions, les niveaux de revenus et les contextes épidémiques varient également. Dans la région Asie et Pacifique par exemple, le Cambodge a presque atteint les objectifs 90–90–90, tandis que les progrès ont été plus lents en Indonésie, au Pakistan et aux Philippines. En Afrique de l’Ouest et l’Afrique centrale, le Rwanda a atteint le deuxième objectif 90. La couverture des services au Burkina Faso, au Burundi et au Cap-Vert est beaucoup plus élevée que la moyenne régionale.

¹ L’atteinte du premier 90 signifie que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, « en voie d’atteindre » signifie que ce pourcentage était de 85 à 89% à la fin 2017. L’atteinte du second 90 correspond à 81% des personnes vivant avec le VIH qui ont accès au traitement ; « en voie d’atteindre » signifie que cet objectif atteint 75 à 80% à la fin 2017. L’atteinte du troisième 90 signifie que 73% des personnes vivant avec le VIH ont une charge virale supprimée ; « en voie d’atteindre » signifie ici 65 à 72% à la fin 2017.

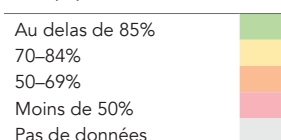


Tableau 1. Davantage de progrès dans le dépistage et le traitement que dans la suppression de la charge virale
Cascade de dépistage et traitement du VIH, tous âges confondus, par pays, 2017

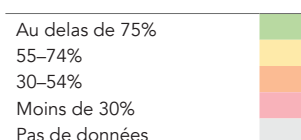
	Connaissance de statut sérologique parmi toutes personnes vivant avec le VIH (%)	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH sous traitement	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une suppression de la charge virale
AFRIQUE DE L'EST ET DU SUD	81	66	52
Afrique du Sud	90	61	47
Angola		26	
Botswana	86	84	81
Comores	28	27	
Erythrée		62	
Eswatini	90	85	74
Éthiopie	73	71	32
Kenya		75	63
Lesotho	80	74	68
Madagascar	8	7	
Malawi	90	71	61
Maurice			
Mozambique	59	54	
Namibie	90	84	74
République-Unie de Tanzanie		66	48
Rwanda		83	
Soudan du Sud		13	
Ouganda	81	72	56
Zambie		75	
Zimbabwe	85	84	
AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE	48	40	29
Bénin		55	42
Burkina Faso	88	65	49
Burundi	80	77	
Cameroun	71	49	
Cabo Verde		75	
Tchad		45	
Congo	32	29	
Côte d'Ivoire	54	46	35
Guinée équatoriale		38	
Gabon	77	59	
Gambie		32	
Ghana		40	
Guinée		35	
Guinée-Bissau		30	
Libéria		29	
Mali		32	13
Mauritanie	33	33	22
Niger	55	52	
Nigéria	38	33	
République centrafricaine	53	32	
République démocratique du Congo	59	55	
Sénégal	71	54	41
Sierra Leone	47	39	24
Togo	66	57	

	Connaissance de statut sérologique parmi toutes personnes vivant avec le VIH (%)	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH sous traitement	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une suppression de la charge virale
AMÉRIQUE LATINE	77	61	52
Argentine	75	66	
Bolivie (État plurinational de)	75	36	23
Bésil	84	64	59
Chili	70	59	53
Colombie		54	
Costa Rica	66	54	
El Salvador	74	48	
Équateur	64	54	31
Guatemala	67	39	26
Honduras		52	45
Mexique	64	62	46
Nicaragua		48	21
Panama	70	53	21
Paraguay	68	39	21
Pérou		67	
Uruguay	82	57	44
Venezuela (République bolivarienne de)			
ASIE ET PACIFIQUE	74	53	45
Afghanistan			
Australie		82	
Bangladesh	35	19	
Bhoutan			
Brunéi Darussalam			
Cambodge	88	87	83
Chine			
Fidji			
Inde	79	56	
Indonésie	42	14	
Japon		82	
Malaisie	83	45	42
Maldives			
Mongolie	32	28	
Myanmar		66	
Népal	64	49	44
Nouvelle-Zélande		78	
Pakistan	15	8	8
Papouasie-Nouvelle-Guinée		55	
Philippines	71	36	
République de Corée			
République populaire démocratique lao	75	47	45
République populaire démocratique de Corée			
Singapour	91	77	72
Sri Lanka	68	37	34
Thaïlande	98	72	62
Timor-Leste			
Viet Nam		50	43

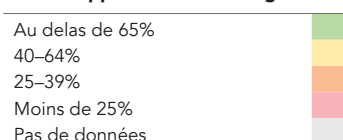
Connaissance de statut sérologique parmi toutes personnes vivant avec le VIH (%)



Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH sous traitement



Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une suppression de la charge virale



	Connaissance de statut sérologique parmi toutes personnes vivant avec le VIH (%)	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH sous traitement	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une suppression de la charge virale
CARAÏBES	73	57	40
Bahamas		57	39
Barbade		49	
Belize		31	
Cuba	80	66	43
Guyana		64	
Haïti		64	
Jamaïque	75	34	17
Suriname	65	51	43
République dominicaine	77	52	43
Trinité-et-Tobago		62	
EUROPE DE L'EST ET ASIE CENTRALE	73	36	26
Albanie	66	42	14
Arménie	66	45	36
Azerbaïdjan		46	22
Bélarus	79	46	30
Bosnie-Herzégovine			
Ex-République yougoslave de Macédoine	72	52	46
Fédération de Russie	81	36	27
Géorgie	48	39	35
Kazakhstan	79	43	24
Kirgizistan	75	39	27
Monténégro	84	59	54
Ouzbékistan	41	29	
République de Moldova	56	34	27
Tadjikistan	51	33	22
Turkménistan			
Ukraine	56	40	23
EUROPE OCCIDENTALE ET CENTRALE ET AMÉRIQUE DU NORD	85	76	65
Allemagne		74	
Autriche	88	84	62
Belgique			
Bulgarie	87	43	25
Canada			
Croatie			
Chypre		65	
Danemark	88	83	83
Espagne		82	
Estonie		72	
États-Unis d'Amérique			
Finlande			
France		81	
Grèce	96	67	
Hongrie		59	55
Irlande	87	73	69
Islande			
Israël			
Italie	87	86	66

	Connaissance de statut sérologique parmi toutes personnes vivant avec le VIH (%)	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH sous traitement	Pourcentage de toutes personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'une suppression de la charge virale
Lettonie			
Lituanie	94	29	22
Luxembourg	86	78	70
Malte			38
Norvège		90	
Pays-Bas	87	80	76
Pologne			
Portugal	91	80	71
Roumanie	92	76	52
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord			
Serbie	91	64	
Slovaquie	87	75	
Slovénie	73	58	58
Suède			
Suisse			
Tchèque	97	68	64
Turquie			
MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD	50	29	22
Algérie	84	80	58
Arabie saoudite			
Bahreïn	76	45	
Djibouti		27	
Égypte	51	24	
Émirats arabes unis			
Iran (République Islamique d')	41	19	13
Jordanie			
Koweït	72	64	59
Liban		61	
Maroc	69	57	46
Oman			
Qatar	68	54	32
République arabe syrienne			
Somalie		28	
Soudan		15	
Tunisie		31	
Yémen			
MONDIAL	75	59	47

Note: Les données datent de 2017, sauf comme suit: 2016 - Allemagne, Autriche, Danemark, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Serbie, Slovaquie, Tchéquie; 2015 - Croatie et Hongrie. Les estimations pour l'Arabie saoudite et le Koweït sont limitées aux citoyens de ces pays.

Source: analyse spécifique de l'ONUSIDA, 2018 ; pour plus de détails, voir l'annexe relative aux méthodes utilisées dans le rapport de l'ONUSIDA 2018 *Miles to go*.

La lutte contre le vaste écart dans la suppression de la charge virale en Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale

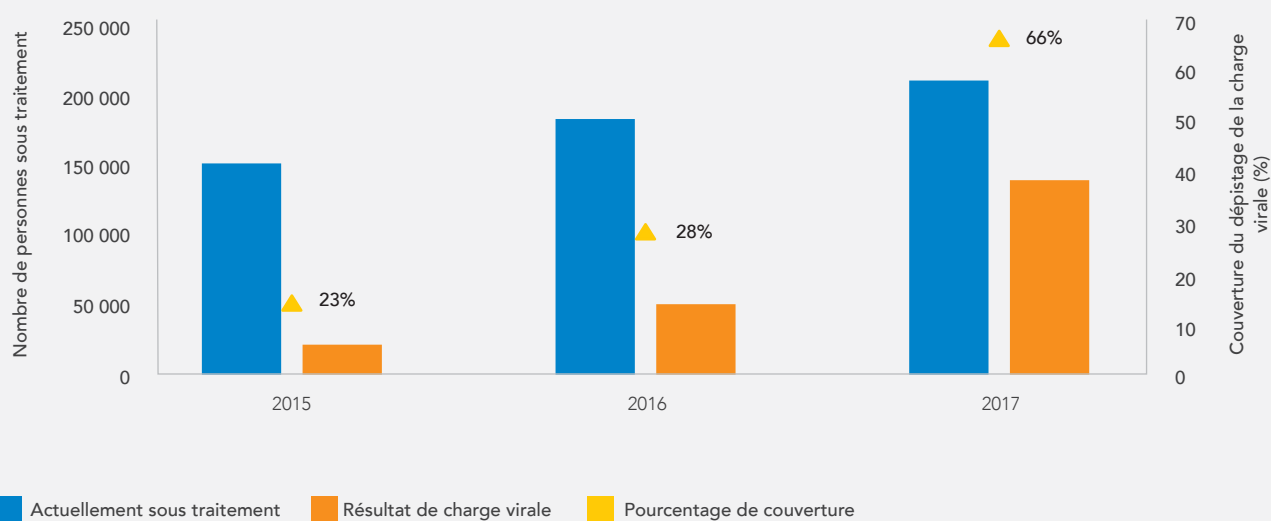
Il existe d'énormes écarts le long de la cascade de dépistage et de traitement en Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale. À la fin de 2017, moins de la moitié (48 %) des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur sérologie VIH dans la région, à peine deux sur cinq (40 %) avaient accès à une thérapie antirétrovirale et moins du tiers (29 %) bénéficiait d'une suppression de la charge virale. Bien que la région ne compte que 6 % de la population mondiale, en 2017, un tiers (34 %) des 9,4 millions de personnes non diagnostiquées vivant avec le VIH et près du quart (22 %) des 19,4 millions de personnes vivant avec le VIH mais ne bénéficiant pas d'une suppression de la charge virale s'y trouvaient en 2017.

Un financement national insuffisant, des systèmes de santé défaillants, des soins de santé payants, des situations humanitaires ainsi qu'une stigmatisation et une discrimination importantes ont sapé les efforts visant à intensifier le dépistage et le traitement du VIH dans la région. Un nombre croissant de pays de la région ont souscrit à un plan de rattrapage, un pacte entre les pays et la communauté internationale visant à éliminer les goulots d'étranglement qui forment des obstacles au développement, à accélérer les réponses nationales et à atteindre une trajectoire permettant de remplir les objectifs 90-90-90 d'ici 2020 (1).

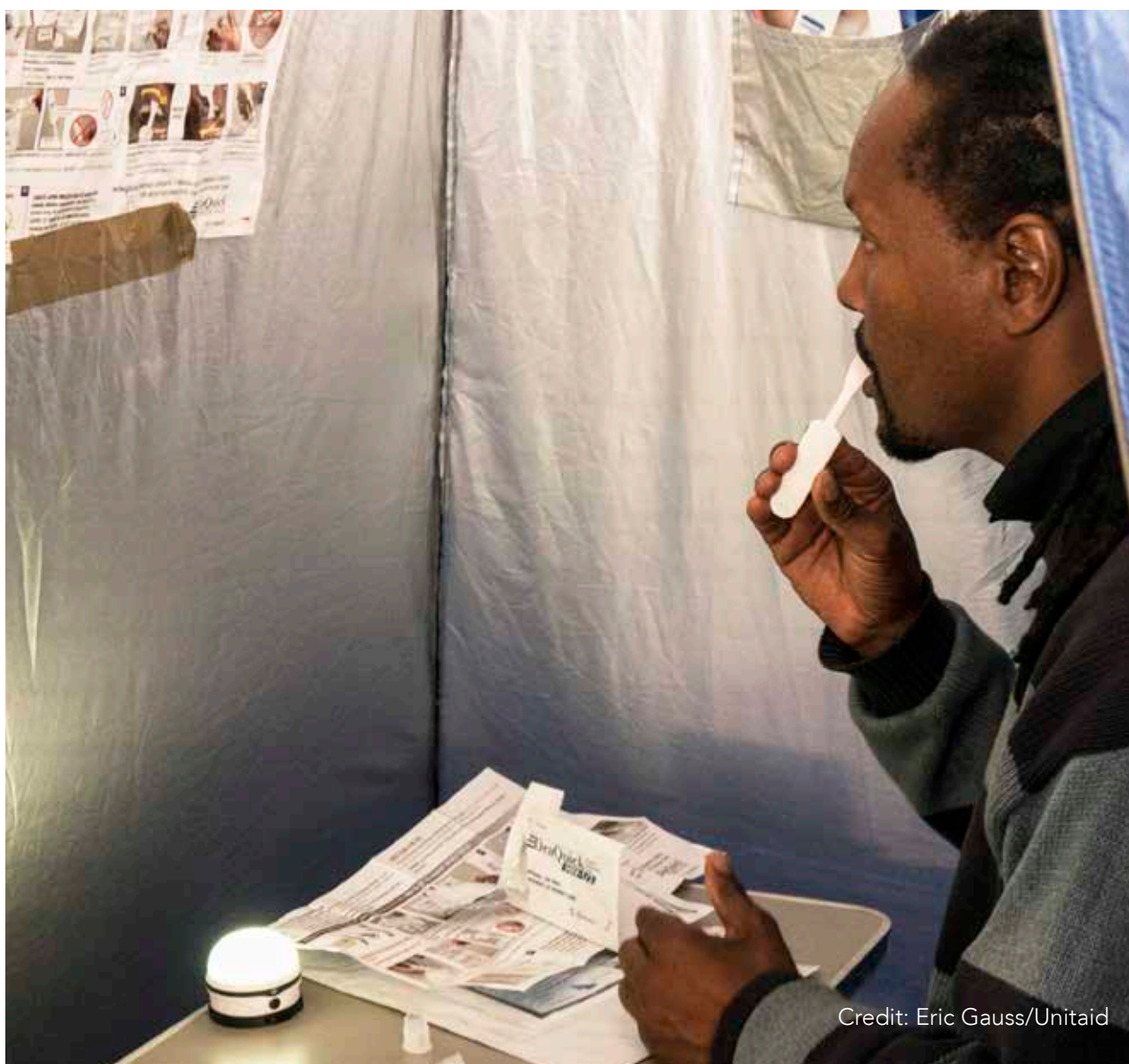
Le partage des responsabilités entre les gouvernements nationaux et la communauté internationale peut rapidement combler les écarts importants, comme en Côte d'Ivoire, où le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEFPAR) soutient un plan national pour intensifier le dépistage de la charge virale. En seulement trois ans, alors que le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement a doublé, 10 laboratoires supplémentaires ont commencé à dépister la charge virale ; la couverture de ce dépistage est passée de 14 % en 2015 à 66 % en 2017, avec un taux de 75 % prévu d'ici la fin de l'année 2018 (figure 2) (2).

Figure 2. Intensification du dépistage de la charge virale en Côte d'Ivoire

Nombre de personnes traitées et couverture du dépistage de la charge virale, Côte d'Ivoire, 2015–2017



Source: Christiane Adje-Toure, CDC-Côte d'Ivoire. Challenges and Access to Viral Load Testing in Africa: Example of Cote d'Ivoire. Présentation (https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/EduFundCoteIvoire_Christiane_Adje-Toure.pdf ; consulté le 14 novembre 2018).



Les écarts dans les connaissances

Parmi les 53% des personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas une charge virale supprimée, l'écart le plus important dans la cascade des soins et du traitement se trouve au niveau du dépistage du VIH. Un quart des personnes vivant avec le VIH au niveau mondial ne connaissent pas leur statut sérologique. Un autre 16% connaissait son statut sérologique mais n'avait pas accès au traitement. Finalement, 11% étaient sous traitement mais avec une charge virale non supprimée (figure 3).

Même si l'écart en termes de connaissance du statut sérologique reste le plus grand, l'écart dans la suppression de la charge virale devient de plus en plus important. En effet, les deux premiers 90 ont crû plus rapidement que le troisième 90. Le résultat est que le pourcentage des personnes vivant avec le VIH sous traitement mais dont la charge virale n'est pas supprimée est demeuré constant à 11% ces dernières années, creusant ainsi l'écart de la suppression virale de 18% en 2015 à 21% en 2017 (figure 4).

Trois lacunes sur la voie de la suppression de la charge virale

Figure 3. Évolution des écarts dans la cascade de dépistage et traitement du VIH, monde, 2017

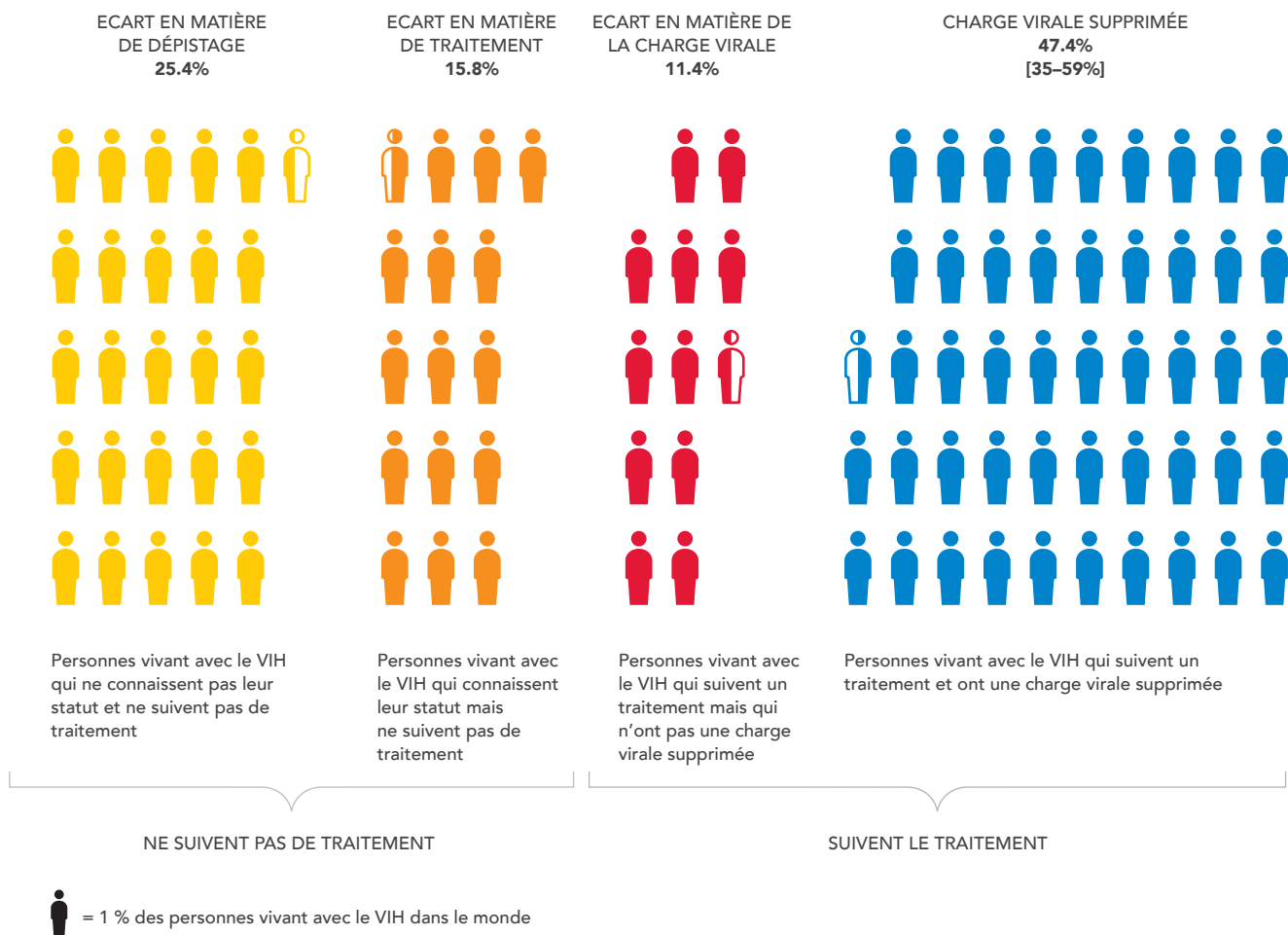
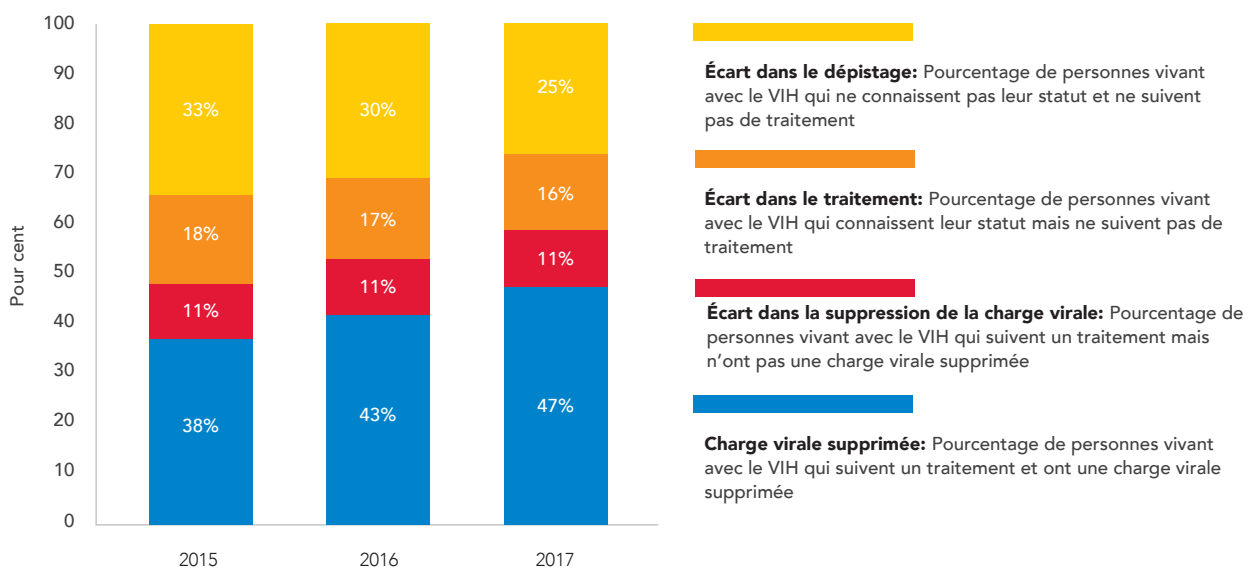


Figure 4. Évolution des écarts dans la cascade de dépistage et traitement du VIH, monde, 2015–2017



Source: Analyse spéciale de l'ONUSIDA, 2018.

Les écarts dans la suppression de la charge virale

La surveillance de la charge virale est l'approche recommandée pour vérifier l'efficacité du traitement et déterminer si la suppression de la charge virale est obtenue et maintenue (3). La surveillance de la charge virale est également utilisée pour le diagnostic et la confirmation des échecs de traitement.

Le test de charge virale constitue déjà la norme en matière de soins pour les personnes vivant avec le VIH dans la plupart des pays à revenu élevé. Cependant, la couverture du test de charge virale reste faible dans de nombreuses régions du monde. Parmi les 79 pays qui ont envoyé des données en 2017 à l'ONUSIDA, un quart (21) ont indiqué que moins de la moitié des personnes sous traitement font l'objet d'un test annuel de charge virale ; un autre 15% de ces pays (12) a rapporté qu'entre la moitié et les trois quarts des personnes sont soumis à un test annuel de charge virale (tableau 2). Une volonté politique plus affirmée et davantage de financements sont nécessaires pour augmenter cette proportion dans les pays à revenu faible et intermédiaire (4).

Tableau 2. Couverture faible du test de charge virale dans plusieurs pays

Couverture du test de charge virale pour les personnes en traitement, pays ayant des données disponibles, 2017

Au-delà de 75%				50-74%	Moins de 50%	
Arabie saoudite	Eswatini	Lituanie	République populaire démocratique lao	Azerbaïdjan	Afghanistan	Malaisie
Algérie	Ex-République yougoslave de Macédoine	Maldives	République dominicaine	Cambodge	Albanie	Mauritanie
Arménie	Fédération de Russie	Mexique	Singapour	Côte d'Ivoire	Bénin	Myanmar
Bahamas	Géorgie	Mongolie	Sri Lanka	Cuba	Burkina Faso	Nigéria
Barbade	Honduras	Monténégro	Tadjikistan	Éthiopie	Burundi	Pakistan
Brésil	Jamaïque	Maroc	Tchéquie	Grèce	Cameroun	Philippines
Bulgarie	Kazakhstan	Oman	Thaïlande	Namibie	Gabon	Sénégal
Chili	Kenya	Panama	Tunisie	Népal	Ghana	Soudan du Sud
Comores	Koweït	Paraguay	Ouganda	Nicaragua	Iran (République Islamique d')	Togo
Croatie	Kirgizistan	Pérou	Uruguay	Suriname	Jordanie	Viet Nam
El Salvador	Liban	Qatar		Ukraine		
Équateur	Lesotho	République de Moldova		Ouzbekistan		

Source: Estimations de l'ONUSIDA 2018; Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida, 2018.

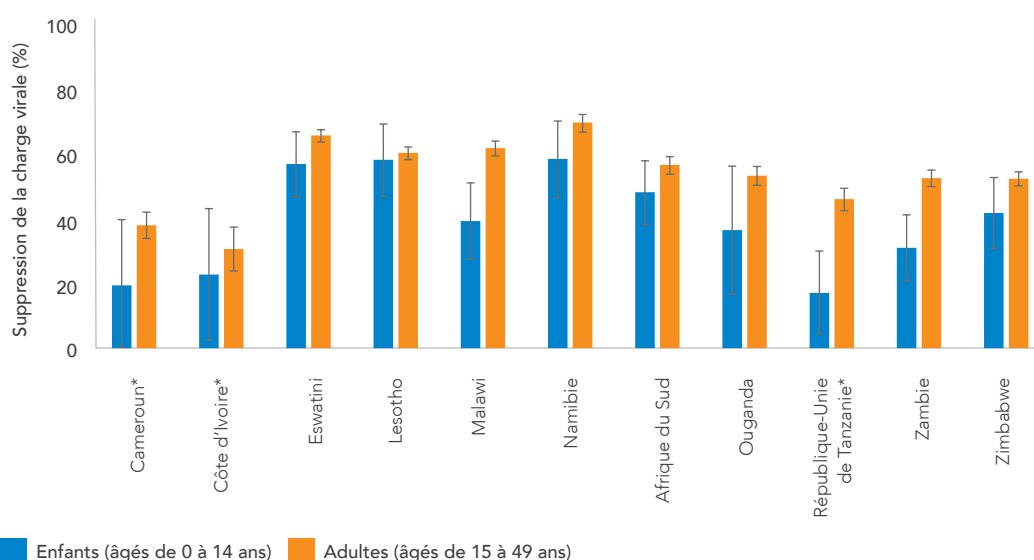
Schémas communs d'inégalité

Au sein des pays, il existe des schémas communs d'inégalité. La connaissance de leur sérologie VIH, les taux de couverture du traitement et de suppression de la charge virale sont systématiquement plus faibles chez les enfants, les jeunes et les hommes. La connaissance de leur sérologie VIH chez les populations clés les plus exposées au risque d'infection par le VIH varie considérablement d'un pays à l'autre ; la majorité des données disponibles indiquent une observance du traitement et une suppression de la charge virale plus faibles chez les professionnelles du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les femmes et les hommes transgenres, les prisonniers, les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Des obstacles liés à l'égalité des genres compliquent l'accès aux services pour les jeunes femmes et les jeunes filles, notamment la violence sexiste et le déni de leurs droits en matière de santé sexuelle et génésique. Des obstacles spécifiques existent également pour les migrants, les réfugiés, les personnes souffrant de handicap et d'autres groupes vulnérables.

Par exemple, les enfants vivant avec le VIH font face à de nombreux défis qui aggravent les écarts le long de la cascade de dépistage et traitement du VIH. Plusieurs visites à un établissement de santé sont nécessaires pour déterminer la sérologie VIH d'un nourrisson avec des tests virologiques. En outre, de nombreux nourrissons ne peuvent pas commencer le traitement avant la période de pic de mortalité à deux ou trois mois ; en l'absence de traitement, jusqu'à 50 % des enfants nés avec le VIH décéderont avant leur deuxième anniversaire (5–7). Le développement de formulations médicamenteuses pédiatriques optimales est également en retard par rapport au développement de médicaments pour adultes. Ces défis se traduisent souvent par des taux plus faibles de suppression de la charge virale, comme le montrent ces données provenant d'études effectuées dans 11 pays d'Afrique subsaharienne (figure 5).

Figure 5. Réduction de la suppression virale chez les enfants

Pourcentage de personnes vivant avec le VIH dont la charge virale est supprimée, adultes et enfants, 2015–2017



Source: Cameroon Population-Based HIV Impact Assessment (CAMPHIA), 2017; Côte d'Ivoire Population-Based HIV Impact Assessment (CIPHIA), 2017–2018; The Swaziland HIV Incidence Measurement Survey 2 (SHIMS2), 2016–2017; Lesotho Population-Based HIV Impact Assessment (LePHIA), 2016–2017; Malawi Population-Based HIV Impact Assessment (MPHIA), 2015–2016; Namibia Population-based HIV Impact Assessment (NAMPHIA), 2017; South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2017; Uganda Population-Based HIV Impact Assessment (UPHIA), 2016–2017; Tanzania HIV Impact Survey (THIS), 2016–2017; Zambia Population-Based HIV Impact Assessment (ZAMPHIA), 2015–2016; The Zimbabwe Population-Based HIV Impact Assessment (ZIMPHIA), 2015–2016.

* Estimations pour les enfants (âgés de 0 à 14 ans) reposent sur un petit nombre de cas non pondérés (25 à 49) et doivent être interprétés avec prudence

La déresponsabilisation entraînée par la stigmatisation, la discrimination et la violence

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH déresponsabilisent les personnes vivant avec le VIH et les personnes exposées au risque d'infection par le VIH. Des études menées sur plusieurs continents et cultures montrent la persistance de tabous et d'incompréhensions concernant le VIH qui découragent les personnes de rechercher les connaissances et les services dont elles ont besoin. En Zambie, la peur des réactions négatives de membres de la famille peut inciter les soignants à ne pas dépister un enfant susceptible d'avoir été exposé au VIH (8). Aux États-Unis d'Amérique, le rejet redouté à la suite d'une séroconversion constitue un obstacle majeur au dépistage chez les gays et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les femmes transgenres (9). En Afrique du Sud, pour de nombreux hommes exposés au risque d'infection par le VIH, le dépistage du VIH et les soins s'y rapportant sont marqués par la peur et les traumatismes résultant de la perte de parents et de proches atteints de maladies liées au sida à l'époque où le traitement n'était pas encore largement accessible (10). Il arrive que les femmes vivant avec le VIH à Eswatini abandonnent le traitement pour éviter le déshonneur que la divulgation de leur sérologie VIH pourrait entraîner (11).

Des dizaines de pays ont adopté des lois interdisant expressément la discrimination sur la base de la sérologie VIH. Toutefois, des obstacles juridiques demeurent dans de nombreux endroits, notamment des lois criminalisant la non-divulgation ou la transmission du VIH ou encore l'exposition à celui-ci. Les violations de la confidentialité dans les établissements de soins se produisent toujours à une fréquence alarmante. Lorsque la divulgation d'une sérologie séropositive peut entraîner le rejet, la violence ou des poursuites pénales, les retombées du dépistage ou encore d'une visite régulière à un établissement de santé pour renouveler son stock de médicaments ou faire dépister sa charge virale peuvent sembler plus dangereuses que les conséquences si l'on évite ces services.

La violence est une menace réelle pour les femmes et particulièrement pour celles vivant avec le VIH ainsi que pour les membres des populations clés. Les femmes vivant avec le VIH qui sont victimes de violence entre partenaires intimes sont beaucoup moins susceptibles de suivre un traitement. Elles ont donc des résultats cliniques plus mauvais et une suppression plus faible de la charge virale (12, 13). La violence et les menaces de violence sont également liées à des situations juridiques qui entraînent l'arrestation ou un autre ciblage de membres de populations clés pour usage de drogue, travail du sexe, actes homosexuels ou changement de sexe. La criminalisation de ces comportements peut être un moyen puissant de dissuader le dépistage et de traitement du VIH. Les lois qui requièrent le consentement d'un parent pour que les jeunes accèdent aux services de santé peuvent limiter l'accès à ces derniers.

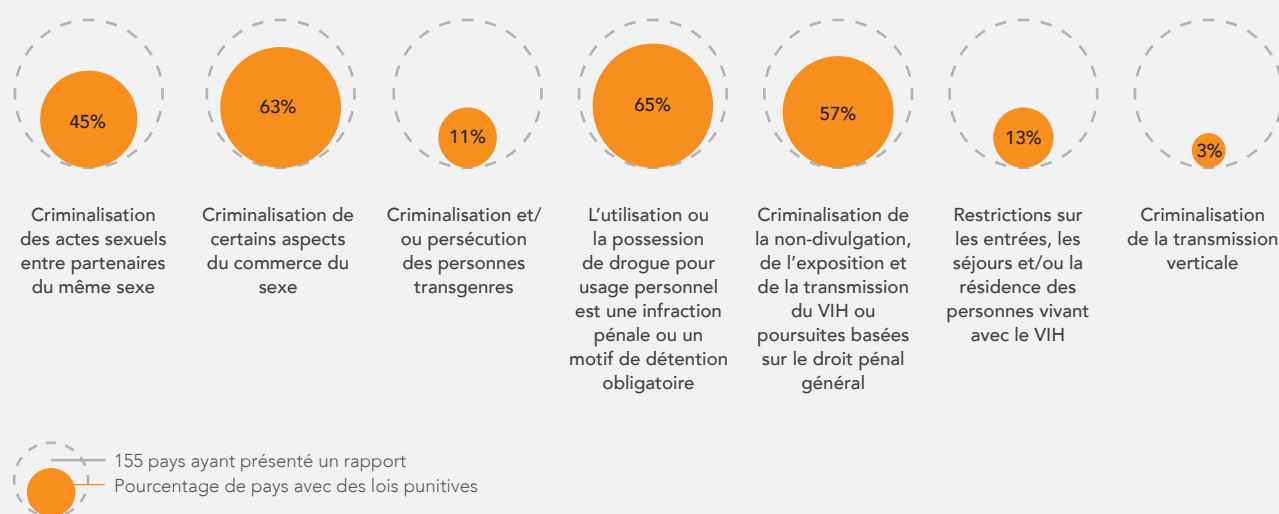


Credit: Frank Schultze/Alamy

Obstacles juridiques

La Déclaration politique de 2016 sur la fin de l'épidémie de sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies a convenu de la révision et de la réforme de toute loi qui pourrait constituer un obstacle ou renforcer la stigmatisation et la discrimination. Néanmoins, les rapports nationaux transmis à l'ONUSIDA montrent que les obstacles juridiques demeurent dans de nombreux pays.

Figure 6. Nombre de pays ayant des lois punitives qui entravent la riposte au sida, monde, 2018



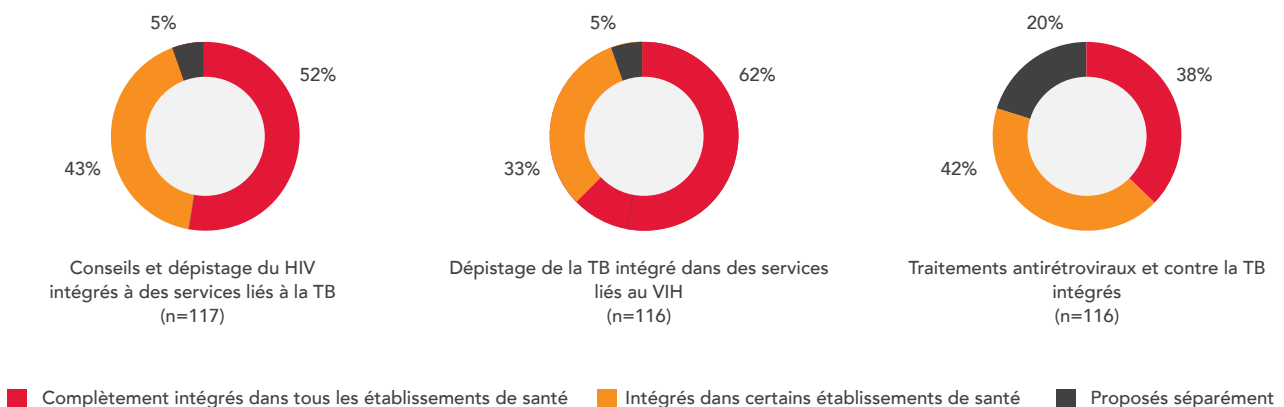
Source: Consulter la publication 2018 UNAIDS de juillet, *Miles to go*, pour des informations détaillées.

Trop loin, trop cher, trop long et trop compliqué

La difficulté d'accès a tendance à diminuer l'utilisation des services, notamment lorsque les personnes doivent parcourir de longues distances pour se rendre dans une clinique ou lorsque les horaires d'ouverture de la clinique ne sont pas adaptés aux individus ou aux groupes. L'insécurité alimentaire, les coûts associés au dépistage du VIH et de la charge virale (y compris les tests eux-mêmes), d'autres dépenses de santé, les frais de transport, la perte de revenus contribuent au report du début du traitement, à une observance du traitement plus faible et à des taux de mortalité liés au sida plus élevés (14–18). Les longs délais d'attente dans les cliniques ou le fait d'avoir à revenir pour recevoir les résultats du dépistage augmentent le pourcentage de personnes qui demandent un dépistage mais n'en reçoivent pas le résultat.

Les délais entre le diagnostic du VIH et le début du traitement accroissent le nombre de personnes vivant avec le VIH qui ne font pas l'objet d'un suivi. L'observance du traitement peut également être difficile sans accompagnement, en particulier pour les jeunes et les hommes. L'intégration insuffisante des services de lutte contre la tuberculose et le VIH empêche près de la moitié des personnes vivant avec le VIH et la tuberculose de connaître leur co-infection et de recevoir le traitement dont elles ont besoin (figure 7) (19). De ce fait, la tuberculose reste la principale cause de décès évitable chez les personnes vivant avec le VIH. Une poursuite insuffisante du traitement et des soins liés au VIH, les ruptures de stock de médicaments et un accompagnement inadéquat de l'observance du traitement favorisent l'émergence et la transmission de la pharmacorésistance du VIH (20).

Figure 7. Nécessité d'une intégration tuberculose-VIH plus forte
 Pourcentage de pays justifiant de services VIH et tuberculose intégrés, monde, 2017



Source: Outil de suivi des politiques et des engagements nationaux 2017

Élargir les connaissances grâce à des approches actives, diversifiées et fondées sur les droits

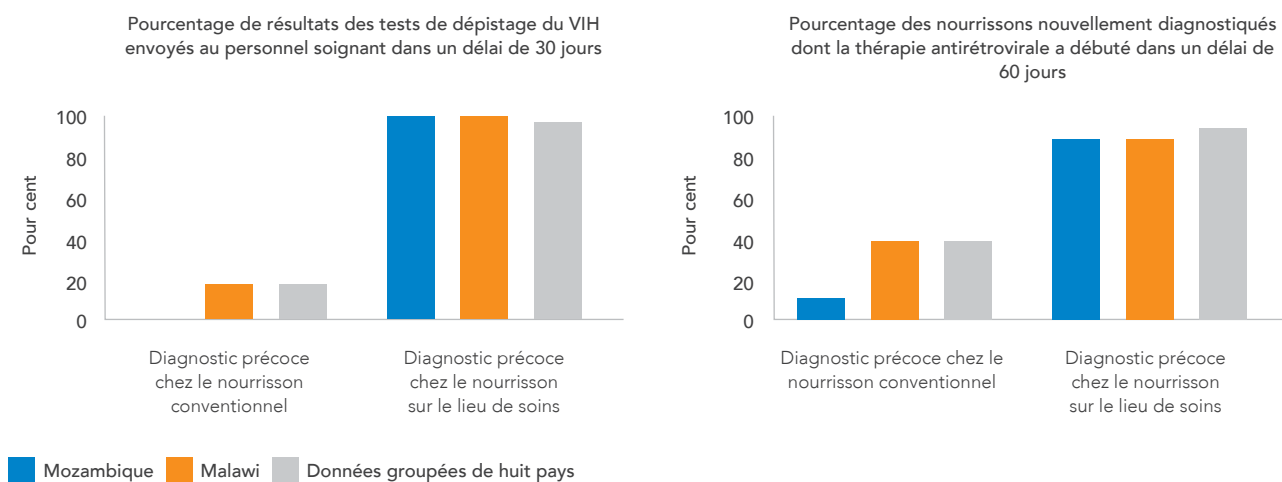
La protection du droit à la santé des personnes exposées au risque du VIH et des personnes vivant avec le VIH exige la fourniture de services de lutte contre le VIH disponibles, accessibles, acceptables, de bonne qualité et mis en œuvre conformément aux principes des droits de l'homme. Dans le cadre de cette approche fondée sur les droits de l'homme, les innovations en matière de dépistage du VIH et de la charge virale contribuent au progrès vers l'atteinte des objectifs 90-90-90.

Une approche du VIH fondée sur les droits de l'homme demande :

- la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et une bonne qualité des services ;
- la non-discrimination et l'égalité ;
- le respect de la vie privée et la confidentialité ;
- le respect de la dignité et de l'autonomie ;
- une participation chargée de sens et la responsabilité (21).

Les technologies des tests virologiques sur le lieu de soin fournissent des résultats plus rapides pour le diagnostic des nourrissons et la surveillance de la charge virale des personnes traitées. Des tests de diagnostic précoce des nourrissons sur le lieu de soin sont en cours de déploiement dans 15 pays africains ; grâce à eux, le temps nécessaire pour communiquer aux soignants les résultats du dépistage de nourrissons passe de plusieurs semaines à quelques heures. Cela permet de débiter le traitement avant l'affaiblissement du système immunitaire des nourrissons infectés. Au Mozambique, 89,7 % des nourrissons vivant avec le VIH qui ont été diagnostiqués grâce à des analyses sur le lieu des soins ont commencé une thérapie antirétrovirale moins de 60 jours après la prise d'échantillon, comparativement à 12,8 % des enfants ayant bénéficié d'un diagnostic infantile précoce (figure 8) (22).

Figure 8. Des résultats majeurs dans le diagnostic infantile précoce sur le lieu des soins
 Pourcentage de résultats des dépistages du VIH communiqués au personnel soignant dans un délai de 30 jours et pourcentage des nourrissons nouvellement diagnostiqués dont le traitement a débuté dans les 60 jours, établissements de santé sélectionnés, Malawi et Mozambique, 2015–2018



Sources: Jani IV et al. Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients. *AIDS* 2018;32(11):1453-1463; Mwenda, Reuben et al., 'Significant Patient Impact Observed upon Implementation of Point-of-Care Early Infant Diagnosis Technologies in an Observational Study in Malawi.' *Clinical Infectious Diseases*, 27 février 2018 ; Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation et Unitaïd. Point-of-Care Early Infant HIV Diagnosis: Doing more, faster: Results from the routine use of innovative point-of-care technologies for early infant diagnosis in eight sub-Saharan African countries. Note de synthèse, 2018.

Un dépistage au sein de la communauté à l'aide de trousse de dépistage rapide peut permettre de surmonter de nombreux obstacles logistiques, structurels et sociaux au dépistage du VIH. Il permet d'atteindre des personnes éloignées d'un établissement de santé, de fournir des services au moment approprié pour les personnes ayant un risque élevé de séropositivité, et de limiter la stigmatisation et la discrimination susceptibles d'accompagner le dépistage VIH et un diagnostic positif. L'essai PopART (HPTN 071) a atteint les premier et deuxième objectifs 90 au sein des communautés urbaines d'Afrique du Sud et de Zambie en seulement trois ans en proposant une combinaison de mesures de prévention du VIH comprenant des conseils et un dépistage volontaire du VIH à domicile (23).

Le dépistage du VIH proposé par des pairs augmente la portée, l'utilisation et l'acceptabilité du dépistage. Impliquer les adolescents et les populations clés vivant avec le VIH en qualité de travailleur de proximité est un moyen très efficace pour diagnostiquer et débiter un traitement chez des pairs séropositifs. De même, le dépistage du VIH chez les partenaires sexuels, les enfants et les autres membres du foyer et de la famille d'une personne vivant avec le VIH, une méthode appelée dépistage indicateur, s'avère particulièrement efficace pour atteindre des groupes moins enclins à rechercher volontairement des conseils et un dépistage comme les hommes et les enfants. La notification du partenaire et la surveillance du réseau sont deux formes de dépistage indicateur qui ont accru l'efficacité des efforts de dépistage du VIH. La possibilité de violence de la part d'un partenaire intime ou de préjudice social après la notification du partenaire ou la surveillance du réseau reste un sujet de préoccupation, mais jusqu'à présent, le nombre d'événements indésirables signalés a été faible.

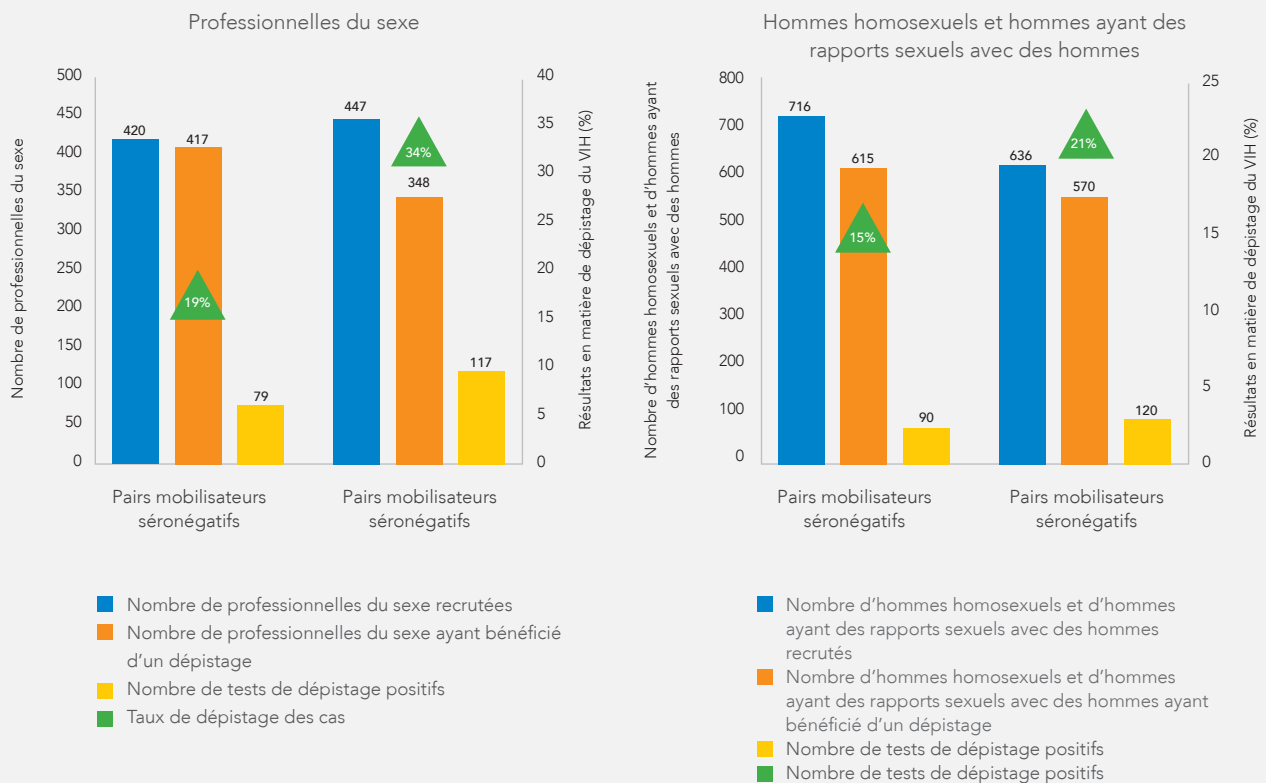
La disponibilité accrue de trousse d'autodépistage du VIH renforce plusieurs modalités de dépistage du VIH et améliore le dépistage chez les jeunes, les hommes et les populations clés. Les inquiétudes concernant la relation entre le diagnostic de confirmation et le début du traitement après un autodépistage réactif sont résolues au moyen d'autodépistage assisté par des pairs dans des contextes très divers, y compris les mégapoles d'Asie et les communautés rurales d'Afrique australe.

En Haïti, plus de nouveaux cas de séropositivité sont découverts par les populations prioritaires vivant avec le VIH

En Haïti, l'analyse des données du projet LINKAGES a mis en évidence le fait que les pairs mobilisateurs séropositifs avaient beaucoup plus de chance de dépister des personnes séropositives non diagnostiquées jusqu'alors. Parmi les travailleuses du sexe, les résultats de dépistage provenant des pairs mobilisateurs séronégatifs étaient de 19 %, alors qu'ils étaient de 34 % pour les pairs mobilisateurs séropositifs. Les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont, lorsqu'ils sont séropositifs, une probabilité 40 % plus forte de dépister un de leurs pairs (figure 9) (24). Cette observation a conduit au recrutement de davantage de mobilisateurs vivant avec le VIH.

Figure 9. L'apport des pairs (séro)positifs

Résultats en matière de dépistage du VIH des pairs mobilisateurs séropositifs et séronégatifs, Haïti, avril-juin 2018



Source: Projet LINKAGES, octobre 2018.



Une approche intégrée de dépistage du VIH

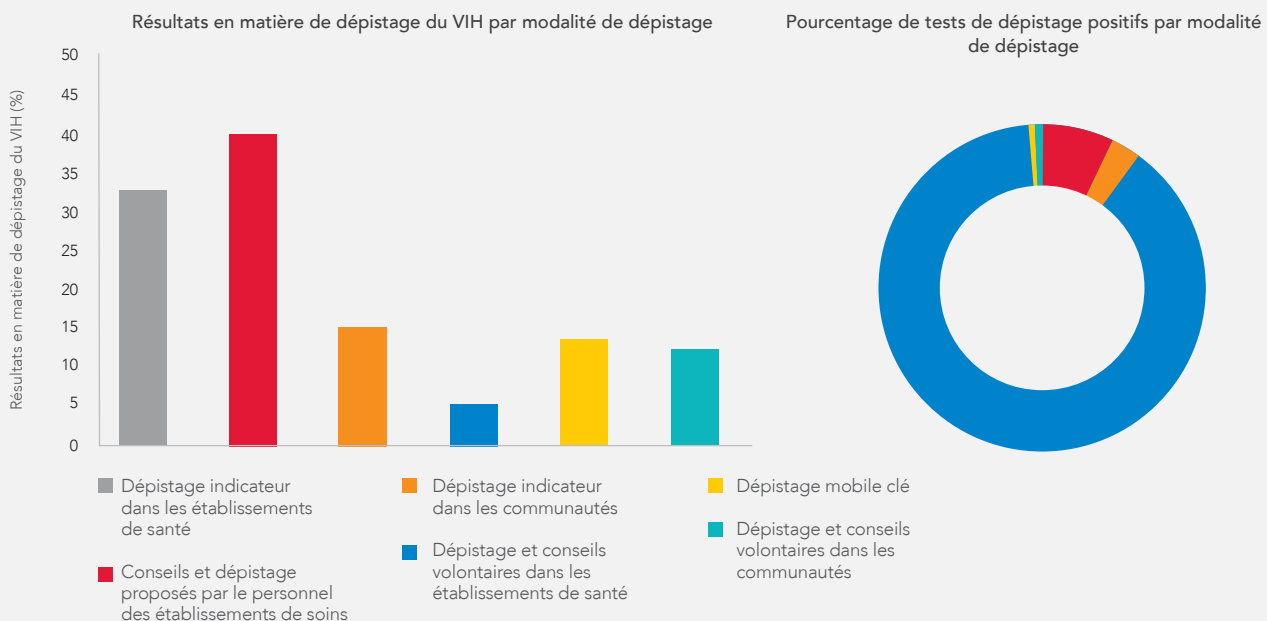
Pour atteindre des taux élevés de connaissance du statut, il faut associer plusieurs modalités de dépistage en fonction du contexte local. Au Zimbabwe, par exemple, les données de surveillance épidémiologique et les données du programme de traitement ont été utilisées pour classer les districts suivis par le PEPFAR en trois catégories – fortes lacunes de traitement, faibles lacunes de traitement et pas de lacune de traitement – sur la base du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH qui ne peuvent accéder à une thérapie antirétrovirale (25).

Une approche intégrée de dépistage du VIH est utilisée pour associer plusieurs modalités de dépistage dans chaque district en fonction de l'importance des lacunes et de la composition démographique de la population. Dans les districts présentant de fortes lacunes de traitement, le conseil et le dépistage du VIH par des prestataires en établissement sont plus importants, car le nombre de diagnostics est plus élevé et le coût de la prestation de services plus faible avec cette formule. Dans les districts où les lacunes de traitement sont plus faibles, des processus plus coûteux mais plus efficaces – comme l'autodépistage, le dépistage mobile ciblé et le suivi des réseaux sexuels – sont privilégiés. Sur l'ensemble des districts, le dépistage indicateur est renforcé pour les partenaires sexuels et les enfants de toutes les personnes connues comme vivant avec le VIH, en raison du taux élevé de détection de séropositivité de cette approche (25).

Entre octobre et décembre 2017, le conseil et le dépistage du VIH par des prestataires ont représenté 89 % de tous les diagnostics établis dans les districts suivis par le PEPFAR, et le taux de séropositivité a été de 5 % (26). Par comparaison, le dépistage index en communauté a obtenu un taux de séropositivité de 40 % alors qu'il ne représentait que 7 % des diagnostics (figure 10). En 2017, on estime à 85 % [73– >95 %] le taux des personnes vivant avec le VIH au Zimbabwe qui connaissent leur statut VIH.

Figure 10. Un équilibre entre le volume et le taux de dépistage

Taux de dépistage du VIH et taux de sérologie positive VIH, par modalité et en pourcentage, Zimbabwe, octobre-décembre 2017



Source: Timberlake J. Contrôle des agences et réunion d'approbation SGAC du Plan opérationnel national 2018, Zimbabwe. Présentation préparée avant l'approbation du Plan opérationnel national 2018. PEPFAR, 18 avril 2018.

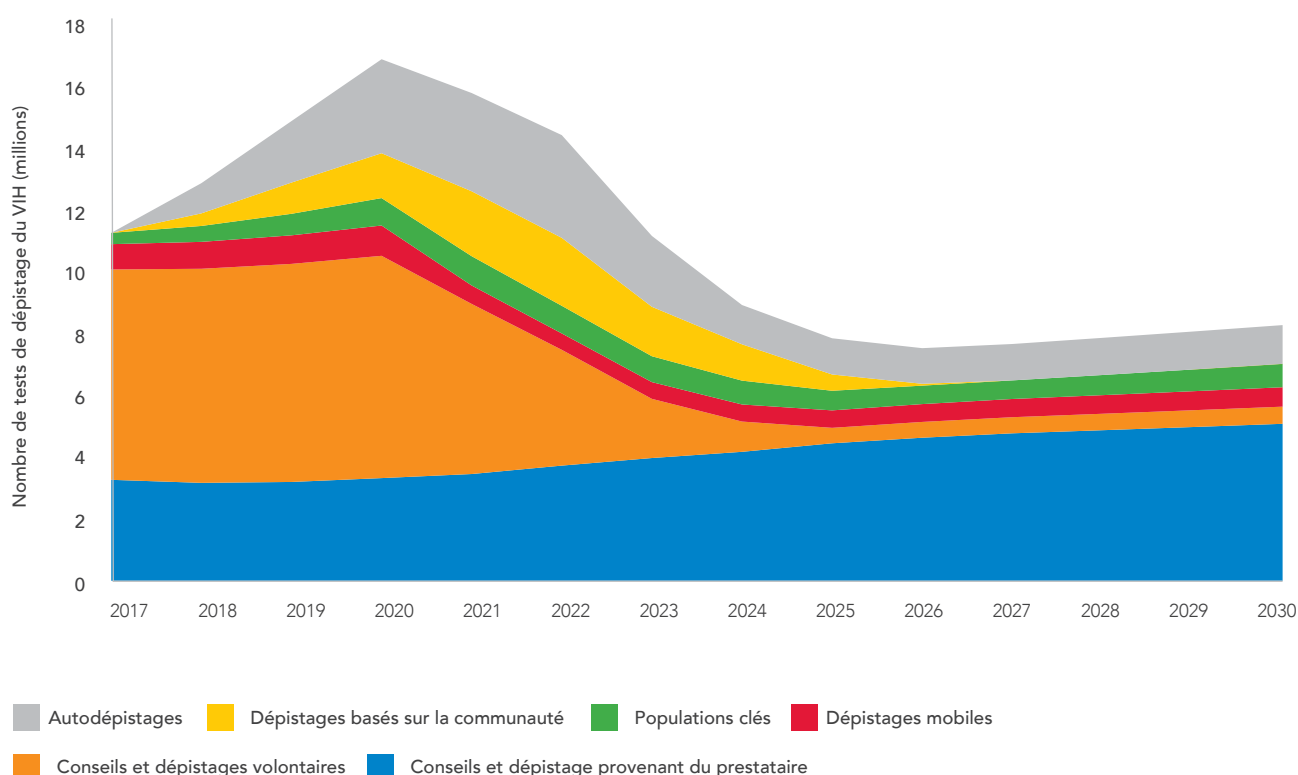
L'argument économique pour un dépistage optimisé du VIH

Une analyse récente réalisée par Avenir Health et ONUSIDA procure un argument économique convaincant pour que les pays optimisent leurs programmes de dépistage du VIH en utilisant une combinaison de modalités rendant le dépistage du VIH plus accessible et plus acceptable aux personnes les plus à risque de contracter le VIH. Cette analyse s'est concentrée sur un pays illustratif d'Afrique orientale au prise avec une épidémie généralisée et un taux de connaissance la sérologie VIH des personnes vivant avec le VIH de 80% à la fin de 2017. Dans la stratégie optimisée, le dépistage du VIH basé sur la communauté et l'autodépistage sont introduits et étendus rapidement jusqu'à représenter 15 % et 23 % de l'ensemble des tests de dépistage du VIH d'ici 2022, tandis que les conseils et le dépistage volontaires sont ramenés de 60 % à 26 % au cours de la même période.

Comparés à un scénario dans lequel les stratégies de dépistage et le budget sont maintenus au même niveau à partir de 2017, une telle concentration de l'utilisation des ressources au cours de quatre à cinq années qui viennent (figure 11) pourrait éviter près de 200 000 décès entre 2018 et 2030. La stratégie optimisée réduit également considérablement le nombre de tests nécessaires pour continuer de réaliser le premier objectif 90 entre 2020 et 2026, ce qui se traduit par des économies significatives et un rendement économique plus élevé pour le programme national de dépistage du VIH. En utilisant l'approche du revenu intégral, qui valorise à la fois l'évolution du revenu et l'amélioration de la santé, chaque dollar USD investi dans un dépistage optimisé et dans la thérapie antirétrovirale qui en découle apporterait un retour économique de 3,40 USD pendant la période 2018–2030.

Figure 11. Un scénario optimisé de dépistage

Nombre projeté de tests de dépistage du VIH dans une stratégie optimisée de dépistage du VIH, par modalité de dépistage, pays illustratif avec une épidémie généralisée, 2017–2030

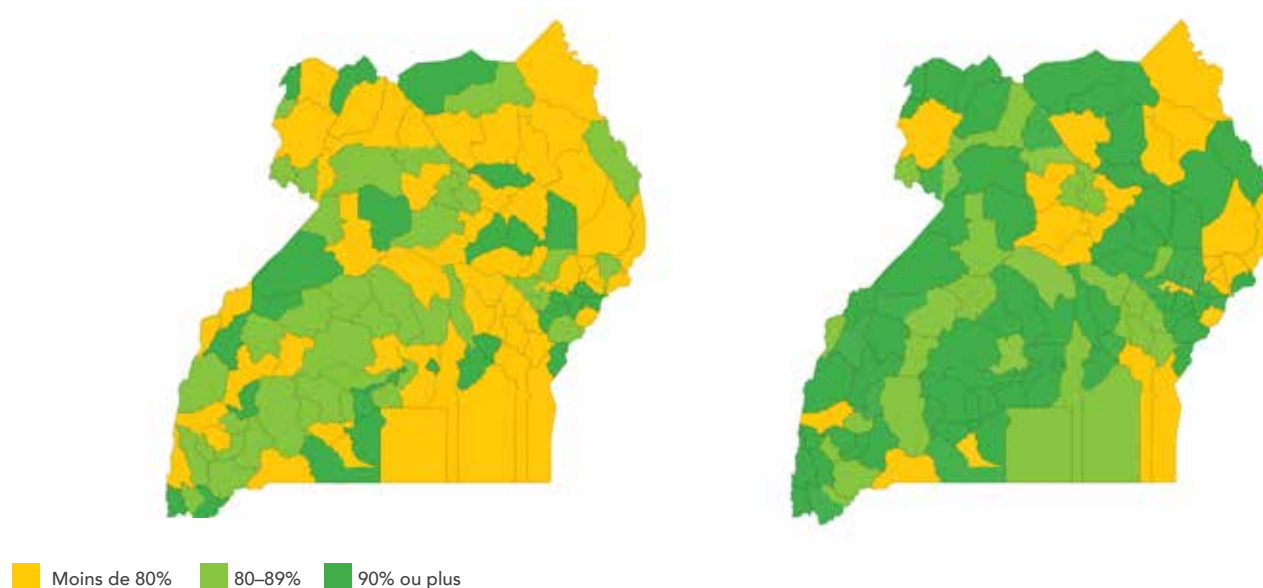


Source: Avenir Health et UNAIDS, analyse spéciale, 2018.

Figure 12. Mise à l'échelle remarquable des tests de charge virale
Couverture du test de charge virale, par district, Ouganda, Juillet 2016–Juin 2018

Juillet 2016 à Juin 2017

Juillet 2017 à Juin 2018



Source: Uganda Viral Load Dashboard, Central Public Health Laboratories, Ministry of Health.

Développement de l'accès au dépistage de la charge virale

La couverture du dépistage de la charge virale se développe. Parmi les 63 pays qui ont communiqué des données à l'ONUSIDA en 2016 et 2017, environ un quart ont déclaré un développement de la couverture du dépistage de la charge virale. Dans certains pays à forte prévalence, le rythme de cette augmentation est stupéfiant. En Ouganda, par exemple, le nombre de districts dont la couverture du dépistage de la charge virale est de 90 % ou plus est passé de 29 à 70 en une seule année, et le nombre de districts dont la couverture est égale ou inférieure à 80 % est passé de 53 à 22 (figure 12).

Au Kenya, un programme de tests de charge virale gratuits a été lancé en 2012. Il visait initialement les patients en situation d'échec virologique suspecté, avant que le test systématique de tous les patients ne soit recommandé en 2014. Le programme inclut un système électronique de gestion des données pour la surveillance des patients, le suivi du déploiement et la surveillance des régions à problèmes. Le nombre moyen de tests de charge virale effectués tous les mois est passé de 1 191 dans 722 établissements en 2012 à plus de 40 000 dans environ 2 000 établissements début 2016. Le nombre de laboratoires pratiquant les tests est passé de cinq en 2012 à neuf en 2015. Les délais de traitement par les laboratoires avaient augmenté en 2014 car le programme s'était considérablement amplifié, mais dès 2016, le délai moyen entre le recueil des échantillons et l'envoi des résultats par les laboratoires avait baissé à 21 jours (27).

Une évaluation de ce programme de test de charge virale au Kenya a mis en évidence que les délais de traitement pouvaient encore être réduits par l'analyse du flux de travail dans les laboratoires, l'identification des inefficacités et la mise en place du test sur le lieu des soins. L'analyse a également mis en évidence la nécessité d'avoir des programmes solides de conseil pour le respect du traitement, de support et de suivi des patients afin de réduire le nombre de personnes perdues de vue, et de suivi de l'efficacité des traitements pour s'assurer que les tests de charge virale sont correctement utilisés et que les patients reçoivent le meilleur traitement possible (27).

Test de charge virale sur le lieu des soins

Tout comme pour le diagnostic infantile précoce, des machines de diagnostic transportables peuvent être utilisées pour le test de charge virale sur le lieu des soins. L'avantage de ces technologies adaptées au lieu des soins, comme la plate-forme GeneXpert, est qu'elles ne nécessitent pas le transport des échantillons vers un laboratoire pour analyse, les résultats pouvant ainsi être obtenus et partagés avec les patients beaucoup plus rapidement. Le test de charge virale sur les lieux de soins peut grandement faciliter l'accès aux services de soins pour les populations marginalisées, car la portabilité relative des systèmes permet de les intégrer dans les services d'aide sociale communautaire et de toucher notamment les consommateurs de drogues injectables et les populations rurales. Cela réduit le nombre de visites nécessaires à l'établissement de santé pour un patient stable, ce qui est plus pratique pour ce dernier et ce qui permet au système de santé de passer plus de temps avec les patients qui luttent pour la suppression de leur charge virale. De plus, une identification et

Comment mieux tirer profit des plates-formes de diagnostic sur le lieu des soins

Des plate-formes de dépistage multiple totalement automatisées peuvent être utilisées de manière simple par les systèmes de santé grâce aux exigences limitées en matière de biosécurité et de formation (30).

Les ministres de la Santé du Malawi et du Zimbabwe ont pu déterminer, avec l'aide de la fondation Clinton Health Access Initiative (CHAI) et de l'UNICEF, qu'au moins 50 % des plateformes de dépistage multiple existantes avaient suffisamment de capacité pour permettre un dépistage intégré de la tuberculose et du VIH (31). Dans ces deux pays, des programmes pilotes ont permis d'augmenter l'utilisation de ces instruments sans remettre en cause les services de tuberculose et d'améliorer le délai de diagnostic précoce chez le nourrisson. Au Malawi, où 75 des 90 appareils dédiés au dépistage de la tuberculose avaient une capacité suffisante pour accepter le test de charge virale et le dépistage infantile précoce, le délai entre le recueil de l'échantillon et la réception du résultat a été réduit à trois jours à peine, contre une moyenne de 20 jours avec un système centralisé, (31, 32). Au Zimbabwe, les tests intégrés ont permis d'augmenter le taux d'utilisation des plateformes de dépistage multiple existants de 38 % à 63 %, et 78 % des patients ayant une charge virale élevée ont reçu une réponse clinique en moins d'une semaine (comparativement à moins de 5 % avec le test centralisé), ce qui a pour effet d'accélérer la réduction de la charge virale (32). Dans ce même pays, le délai de réception des résultats a été réduit d'une moyenne de 14 jours à un jour, et le délai entre le recueil de l'échantillon et le début du traitement pour les nourrissons vivant avec le VIH est passé d'une moyenne de 41 jours à deux jours (31).

L'intégration des services de dépistage permet des économies significatives. Selon une analyse de la fondation CHAI, un pays qui ajouterait d'autres tests de dépistage sur 200 de ses plateformes de dépistage multiple jusqu'alors utilisés uniquement pour le programme de tuberculose pourrait économiser 8,75 millions de dollars sur cinq ans (en comparaison avec des programmes séparés de la même envergure). Si l'ensemble des coûts permanents d'équipement, d'entretien et de maintenance, de connectivité, de ressources humaines, de conseil et de supervision pour les techniciens de laboratoire était également réparti entre les programmes verticaux, le programme de tuberculose réaliserait une économie de 2,61 millions de dollars et l'autre programme, une économie de 2,13 millions de dollars (33).

une gestion plus rapides de l'échec virologique chez les femmes enceintes et allaitantes grâce au test sur le lieu des soins peuvent contribuer à prévenir la transmission mère-enfant (28). Le coût du test de charge virale sur le lieu des soins reste élevé, c'est pourquoi des études opérationnelles et de rentabilité sont nécessaires pour intégrer de manière efficace la technologie dans des modèles de soins différenciés (28, 29).

Approches multimaladies

Le sida n'existe pas en vase clos. La nature du VIH, à la fois son mode de transmission et la façon dont il s'attaque au système immunitaire, fait de la riposte au VIH un effort holistique visant à réduire les risques liés à de nombreux problèmes de santé et de société ainsi qu'à gérer les nombreuses pathologies des personnes vivant avec le VIH. Des approches multimaladies sont également essentielles pour permettre une couverture de santé universelle visant à garantir pour tous, l'accès aux services de santé dont ils ont besoin sans courir le risque de difficultés financières à cause de leur paiement (34).

Les services multimaladies peuvent surmonter les obstacles à l'utilisation des services VIH, tels que la stigmatisation et la discrimination, car la visite d'un établissement de services intégrés peut rendre plus difficile de présumer la sérologie VIH d'une personne (35, 36). Les services multimaladies de type « guichet unique » peuvent encourager le dépistage systématique du VIH comme faisant partie d'un bilan de santé ; ils peuvent également accroître l'efficacité de la prestation des soins de santé en réduisant la nécessité de multiplier le personnel, les infrastructures et autres ressources. Les avancées en matière de technologies moléculaires facilitent grandement le diagnostic rapide de différentes maladies à l'aide de plateformes uniques. Elles confèrent des avantages techniques et financiers aux systèmes de santé nationaux tout en élargissant l'accès aux soins et en sauvant des vies (30, 37).

L'amélioration de la connaissance de leur sérologie par les individus et les communautés

Les efforts mondiaux visant à définir et à atteindre des objectifs audacieux, tels que les objectifs 90-90-90, reflètent l'importance d'une riposte robuste au VIH pour la société. Un pourcentage maximum de personnes vivant avec le VIH qui parvient à connaître sa sérologie et à bénéficier de la suppression de la charge virale diminuera la morbidité et la mortalité liées au sida et contribuera à la prévention de nouvelles infections par le VIH. Ces efforts concrétisent les engagements pris par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de la réunion de haut niveau de 2016 sur la fin du sida.

Ce rapport utilise largement les données sur le dépistage et le traitement du VIH que les pays communiquent à l'ONUSIDA ainsi que les données et expériences issues de programmes à grande échelle, de projets à petite échelle et de recherches de pointe dans des dizaines de pays et dans divers contextes d'épidémie. Ces données révèlent des écarts et des obstacles ainsi que des moyens novateurs de surmonter ces obstacles et de combler ces écarts en matière de couverture. Cet ensemble d'informations montre également que la riposte au VIH concerne d'abord et avant tout les personnes. Derrière chaque écart correspondant à l'ignorance de sa sérologie VIH ou à l'absence de suppression de la charge virale chez les personnes vivant avec le VIH se cachent des millions de personnes qui sont laissées pour compte, qui ne sont pas atteintes par les services dans leur forme existante.

Une diversité d'approches est nécessaire pour atteindre les différentes personnes qui en ont le plus besoin.

Donner l'exemple

En 2017, à l'occasion de la Journée mondiale du sida, le président de la République française, Emmanuel Macron, a montré l'exemple en se faisant dépister du VIH. Le Président Macron et la Première Dame Brigitte Macron ont visité le centre hospitalier Delafontaine à Saint Denis, dans le nord de Paris, qui s'adresse aux personnes en situation de précarité, y compris les migrants. En France, une personne sur cinq vivant avec le virus, ne connaît pas son statut VIH. Connaître son statut est primordiale. Faites-vous dépister.

“Nous n'avons pas gagné la bataille contre le sida, se protéger, se faire dépister, se traiter et accepter, dans la société, ceux qui ont le VIH.”

Emmanuel Macron
Président de la République française



Crédit : Présidence de la République

REFERENCES

1. The western and central Africa catch-up plan. Geneva: UNAIDS; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/WCA-catchup-plan_en.pdf).
2. Christiane Adje-Toure, CDC-Côte d'Ivoire. Challenges and Access to Viral Load Testing in Africa: Example of Cote d'Ivoire. Presentation. (https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/EduFundCoteIvoire_Christiane_Adje-Toure.pdf; accessed 14 November 2018).
3. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach (Second edition). June 2016. Geneva: World Health Organization; June 2016.
4. The need for routine viral load testing: questions and answers. Geneva: UNAIDS; 2016.
5. Innes S, Lazarus E, Otjombe K, Liberty A, Germanus R, Van Rensburg AJ et al. Early severe HIV disease precedes early antiretroviral therapy in infants: are we too late? *J Int AIDS Soc.* 2014;17:18914.
6. Bourne DE, Thompson M, Brody LL, Cotton M, Draper B, Laubscher R et al. Emergence of a peak in early infant mortality due to HIV/AIDS in South Africa. *AIDS.* 2009;23(1):101–6.
7. Newell ML, Coovadia H, Cortina-Borja M, Rollins N, Gaillard P, Dabis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet.* 2004;364(9441):1236–43.
8. Merten S, Ntalasha H, Musheke M. Non-uptake of HIV testing in children at risk in two urban and rural settings in Zambia: a mixed-methods study. *PLoS One.* 2016;11(6):e0155510.
9. Gamarel KE, Nelson KM, Stephenson R, Santiago Rivera OJ, Chiaramonte D, Miller RL et al. Anticipated HIV stigma and delays in regular HIV testing behaviors among sexually-active young gay, bisexual, and other men who have sex with men and transgender women. *AIDS Behav.* 2018;22:522.
10. PSI, IPSOS and Matchboxology. First stage of a user-centred research study of men in South Africa. Preliminary results shared with UNAIDS on 22 October 2018.
11. Dlamini-Simelane TTT, Moyer E. "Lost to follow-up": rethinking delayed and interrupted HIV treatment among married Swazi women. *Health Policy Plan.* 2017(32.2):248–56.
12. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS.* 2015;29(16):2183–94.
13. Siemieniuk RA, Krentz HB, Miller P, Woodman K, Ko K, Gill MJ. The clinical implications of high rates of intimate partner violence against HIV-positive women. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;64:32–8.
14. Swann M. Economic strengthening for HIV testing and linkage to care: a review of the evidence. *AIDS Care.* 2018;30(3):85–98.
15. Asghari S, Hurd J, Marshall Z, Maybank A, Hesselbarth L, Hurley O et al. Challenges with access to healthcare from the perspective of patients living with HIV: a scoping review and framework synthesis. *AIDS Care.* 2018;30(8):963–72.
16. Byron E, Gillespie SR, Hamazakaza P. Local perceptions of risk and HIV prevention in southern Zambia. RENEWAL working paper. International Food Policy Research Institute; 2016.
17. Chop E, Duggaraju A, Malley A, Burke V, Caldas S, Yeh PT et al. Food insecurity, sexual risk behavior, and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int.* 2017;38(9):927–44.
18. Probst C, Parry CD, Rehm J. Socio-economic differences in HIV/AIDS mortality in South Africa. *Trop Med Int Health.* 2016;21(7):846–55.
19. Global tuberculosis report, 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
20. Global report on early warning indicators of HIV drug resistance: technical report. Geneva: World Health Organization; 2016.
21. Fast-Track and human rights: Advancing human rights in efforts to accelerate the response to HIV. Geneva: UNAIDS; 2017.
22. Jani IV, Meggi B, Loquiha O, Tobaiwa O, Mudenyanga C, Zitha A et al. Effect of point-of-care early infant diagnosis on antiretroviral therapy initiation and retention of patients. *AIDS.* 2018;32(11):1453–63.

23. HIV Prevention Trials Network (HPTN). HPTN 071 (PopART) at AIDS 2018: lessons learned from a major trial of universal testing and treatment for HIV prevention. *AIDS* 2018, 23–27 July 2018, Amsterdam.
24. USAID, FHI360, PEPFAR. LINKAGES project: data from quarterly reports from project sites (provided to UNAIDS on 31 October 2018).
25. Zimbabwe Country Operational Plan (COP/ROP) 2018. Revised strategic direction summary. Washington (DC): PEPFAR; 2018 (<https://www.pepfar.gov/documents/organization/285847.pdf>, accessed 5 November 2018).
26. Timberlake J. COP 2018 agency oversight and SGAC approval meeting, Zimbabwe. Presentation prepared prior to COP 2018 approval. PEPFAR; 18 April 2018.
27. Mwau M, Syeunda CA, Adhiambo M, Bwana P, Kithinji L, Mwende J et al. Scale-up of Kenya's national HIV viral load program: findings and lessons learned. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190659.
28. Dorward J, Drain PK, Garrett N. Point-of-care viral load testing and differentiated HIV care. *Lancet*. 2018;5(1):e8–e9.
29. Brooks G. HIV viral load point-of-care testing: the what, the whys and the wherefores. *Sex Transm Infect*. 2018;94(6):394–5.
30. Information note: considerations for adoption and use of multidisease testing devices in integrated laboratory networks. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/2017/considerations_multidisease_testing_devices_2017/en/, accessed 11 November 2018).
31. Cohn J, Sacks J. Evidence on the impact of POC testing for addressing pediatric HIV. IAS2018 satellite session: key considerations and implementation tools for introducing new HIV point-of-care diagnostic technologies into national health programs. 2018.
32. African Society for Laboratory Medicine. LabCoP ECHO session highlights. September 2018.
33. Personal communication. Dr. Jilian Sacks, Senior Scientist, Clinton Health Access Initiative, 7 November 2018.
34. Universal Health Coverage. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; c2018 (http://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/, accessed 10 November 2018).
35. Vo BN, Cohen CR, Smith RM, Bukusu EA, Onono MA, Schwartz K, Washinton S et al. Patient satisfaction with integrated HIV and antenatal care services in rural Kenya. *AIDS Care*. 2012;24(11):1442–7.
36. Population Council. Assessing the benefits of integrated HIV and reproductive health services: the Integra Initiative 2008–2013.
37. WHO advises on the use of multidisease testing devices for TB, HIV and hepatitis. In: World Health Organization [website]. 22 June 2017. Geneva: World Health Organization; c2017 (<http://www.who.int/hiv/mediacentre/news/multidisease-testing-hiv-tb-hepatitis/en/>, accessed 11 November 2018).

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/JC2940F – Synthèse

