

**ENSEMBLE
NOUS
METTRONS
FIN AU SIDA.**

Copyright © 2012
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent 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.

Catalogage à la source : bibliothèque de l'OMS

Ensemble nous mettrons fin au sida.
« ONUSIDA / JC2296F ».

1.Infections à VIH – prévention et contrôle. 2.Infections à VIH – traitement médicamenteux. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise – prévention et contrôle. 4.Agents anti VIH 5.Thérapie antirétrovirale hautement active. 6.Programmes nationaux de santé. 7.Coopération internationale. I.ONUSIDA.

ISBN 978-92-9173-975-2

(Classification NLM : WC 503.6)

Toutes les photographies sont reproduites avec la permission des collaborateurs, à l'exception de celles figurant aux pages 4, 14-15 et 101 :
©Keystone/AP ; page 95 : ©Katherine Hudak.

AVANT-PROPOS	2
MOBILISER LES DIRIGEANTS AFRICAINS	4
OBJECTIF ZÉRO	6
DES RÉSULTATS, CERTES, MAIS INSUFFISANTS	16
LA SCIENCE EN ACTION	46
TRANSFORMER LES SOCIÉTÉS	58
OPTIMISER L'UTILISATION DES RESSOURCES	82
INVESTIR DE MANIÈRE DURABLE	104
LES CHIFFRES	124
NOTES ET RÉFÉRENCES	128



Avant-propos

La communauté internationale a fait de grands progrès dans la riposte à l'épidémie de sida. Jamais autant de personnes n'ont eu accès à un traitement, des soins et un soutien. La révolution de la prévention donne des résultats spectaculaires et la science offre de nouveaux espoirs.

Autrefois véritable sentence de mort, le VIH est devenu une maladie chronique gérable grâce à une décennie de traitement antirétroviral. La possibilité d'éviter de nouvelles infections chez les enfants au cours des trois prochaines années est bien réelle et notre objectif de dispenser une thérapie antirétrovirale à 15 millions de personnes d'ici à 2015 peut être atteint.

Pourtant, chaque jour, des milliers de personnes contractent encore le VIH, notamment au sein des groupes à risque élevé. Elles ont besoin d'un soutien spécial et d'un accès aux services de prévention, tels que les préservatifs et les mesures de réduction des risques. D'autres, manquant d'informations et de ressources précieuses, ont besoin et méritent d'être protégées contre l'infection. De fait, un nombre trop grand de personnes n'ont pas les moyens de négocier des rapports sexuels à moindre risque.

Par ailleurs, la stigmatisation des individus séropositifs ou courant un risque accru d'infection persiste. Cette situation constitue une violation des droits de l'homme, qui entrave aussi notre capacité à lutter contre le sida. La stigmatisation, la discrimination, les lois punitives, l'inégalité des sexes

et la violence continuent de nourrir l'épidémie et de contrecarrer notre progression vers notre « objectif zéro ».

L'an dernier, les États membres des Nations Unies ont fixé des objectifs précis pour réduire sensiblement les infections à VIH et les décès liés au sida, ainsi que pour élargir l'accès au traitement d'ici à 2015. Les objectifs de leur Déclaration politique sur le VIH et le sida peuvent être atteints si la riposte au sida bénéficie des engagements et des investissements nécessaires.

Les personnes vivant avec le VIH mènent une vie productive et pleinement satisfaisante, entretiennent leur famille, soutiennent d'autres personnes et deviennent des leaders à part entière. Ce succès est en grande partie dû à la contribution des défenseurs des droits de l'homme, des personnels de santé, des jeunes et des communautés qui unissent leurs efforts pour mettre un terme à l'épidémie. Le combat contre le sida a prouvé la puissance des partenariats entre le secteur privé, la communauté internationale et les dirigeants politiques.

L'heure est venue d'intervenir encore plus résolument, au nom d'une solidarité réellement mondiale, pour libérer le monde du sida. J'espère que tous les lecteurs de ce rapport s'inspireront des informations qu'il contient pour accélérer les progrès en ce sens. Ensemble, nous pouvons concrétiser notre objectif « zéro infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida ».

Ban Ki-moon

Secrétaire général des Nations Unies



Mobiliser les dirigeants africains pour en finir avec le sida

Ces dix dernières années, les avancées considérables en matière d'accès au traitement du VIH en Afrique ont transformé la vie de nombreuses familles, renforcé le tissu social et augmenté la productivité économique. Si nous sommes certes en mesure d'affirmer que nous ressentons un espoir renouvelé, il n'y a toutefois pas lieu de se reposer sur nos lauriers.

En 2011, dans leur Déclaration politique sur le VIH et le sida, les Nations Unies exhortaient à une responsabilité partagée et à une solidarité mondiale. L'Afrique est décidée à prendre les rênes pour poursuivre les progrès et transformer en réalité l'espoir de voir naître une génération libérée du sida. À cette fin, le projet « Veille sida Afrique » a été relancé pour faire fonction de plateforme unique de sensibilisation, de mobilisation et de responsabilisation des chefs d'État et de gouvernement qui en sont déjà membres et invite les autres pays à rejoindre cette initiative et à se l'approprier. La riposte au sida a sans doute tout à gagner à être intégrée aux efforts déployés contre la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies

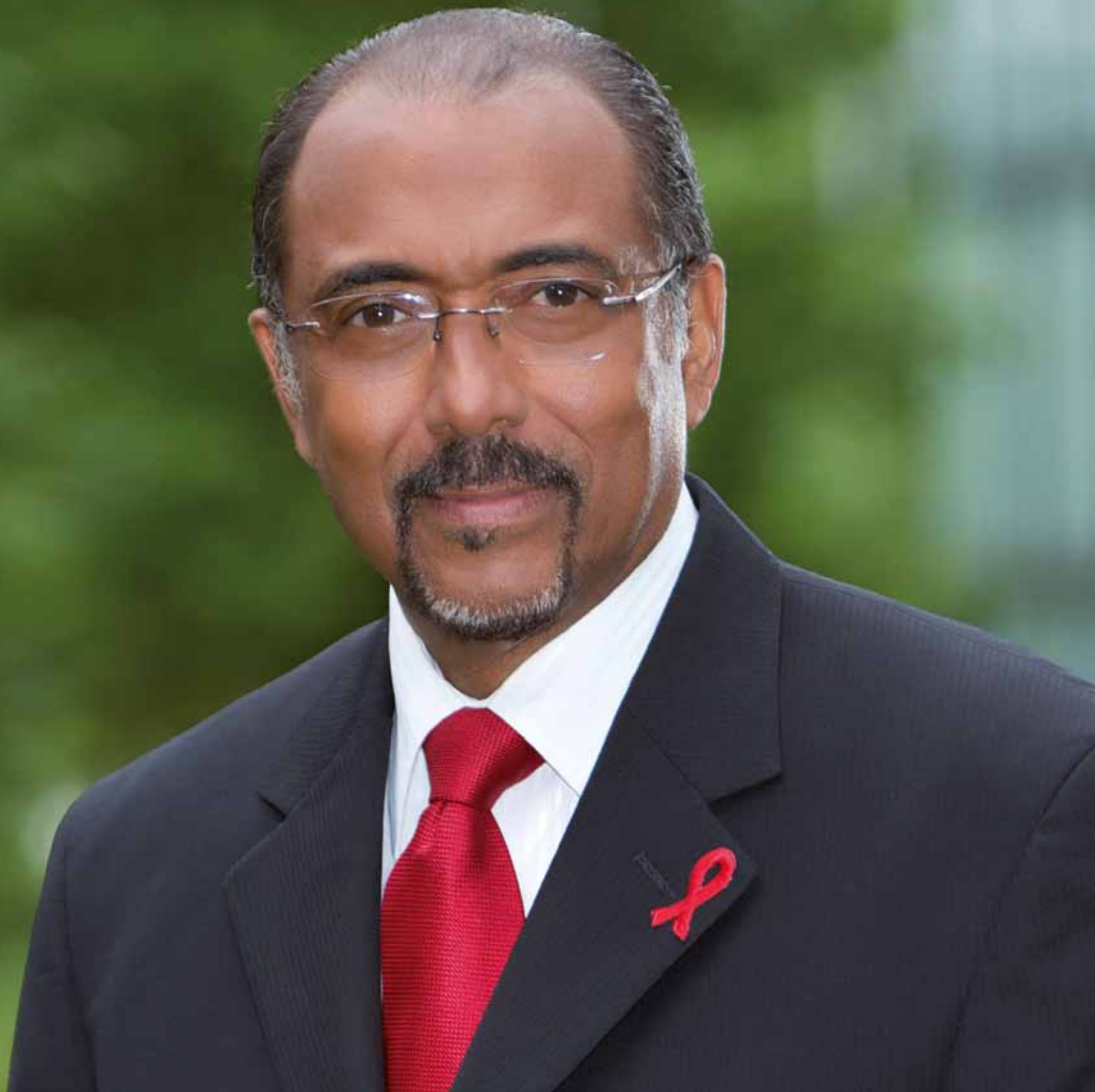
qui appellent des solutions durables, conçues en Afrique.

En tant que président de l'Union africaine, j'encourage le continent à assumer une responsabilité partagée et à s'approprier pleinement les actions menées contre le sida. J'établis actuellement de concert avec tous les dirigeants africains une feuille de route pour une responsabilité partagée. Cette feuille de route est assortie d'étapes intermédiaires concrètes pour le financement, l'accès aux médicaments (à produire impérativement à l'échelle locale), le renforcement de l'harmonisation des réglementations et l'amélioration de la gouvernance. Elle définira le rôle et les responsabilités des gouvernements, des communautés économiques régionales, des institutions africaines, des personnes vivant avec le VIH ou concernée par ce fléau et de nos partenaires du développement. C'est avec fierté que je présenterai ce projet au cours de la prochaine Assemblée générale des Nations Unies à New York. Il représente la contribution de l'Afrique aux efforts déployés pour éliminer la transmission mère-enfant du virus et éviter la propagation du VIH dans le monde entier.

Yayi Boni

Président du Bénin et
président de l'Union africaine

OBJECTIF ZÉRO



Bâtir l'avenir que nous voulons

Il y a deux ans se tenait à Vienne la xviii^e Conférence internationale sur le sida. À l'époque, la communauté internationale commençait à se réjouir prudemment des progrès fragiles obtenus en matière de prévention et de traitement du VIH.

Cela étant, le moment était décisif et les progrès futurs incertains.

Peu après la Conférence, l'ONUSIDA a commencé à définir une nouvelle approche de l'avenir du sida qui, faisant fi des aspirations timorées à des progrès croissants, défiait le monde d'imaginer la fin de l'épidémie et chacun d'entre nous de contribuer à atteindre cet objectif avec audace et sans compromis.

L'initiative était ambitieuse – certains l'ont même qualifiée de rêve – mais le monde ne mérite rien de moins qu'un avenir brisant « zéro infection à VIH, zéro discrimination et zéro décès lié au sida ».

Aujourd'hui, nous constatons une accélération sensible des progrès vers cet objectif dans plusieurs domaines. De nombreux dirigeants de premier plan n'hésitent plus à évoquer ouvertement le début de la fin du sida, la réalisation de l'objectif zéro et la naissance d'une génération libérée du sida.

Le monde s'investit dans cette voie et ses efforts portent leurs fruits.

En 2011, plus de 8 millions de personnes séropositives dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale, contre 6,6 millions en 2010, soit une augmentation de plus de 20 %. Grâce à ces progrès, la communauté internationale est en voie d'atteindre l'objectif établi par la Déclaration politique sur le VIH

et le sida 2011, adoptée à l'unanimité par les États membres des Nations Unies : dispenser un traitement à 15 millions de personnes séropositives d'ici à 2015.

Pour la deuxième année consécutive, le nombre d'enfants nouvellement infectés a fortement diminué. En 2011, d'après les estimations, sur les 1,5 million de femmes enceintes séropositives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 57 % ont bénéficié de médicaments antirétroviraux efficaces afin de prévenir la transmission du virus à leur enfant, soit 48 % de plus qu'en 2010. Grâce à la dynamique générée par le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, la communauté internationale a posé des jalons pour donner naissance à une génération libérée du sida.

L'année dernière, de nombreux pays – notamment les économies émergentes africaines – ont saisi l'opportunité de s'approprier la riposte au sida à l'échelle nationale et de partager la responsabilité de l'action menée à l'échelle mondiale. Transcendant le paradigme obsolète du donateur-bénéficiaire, ils s'appuient sur la stratégie actuelle de riposte au sida pour concevoir un nouvel agenda mondial plus durable en matière de santé et de développement.

Cet agenda de la responsabilité partagée se développe sur de solides bases, comme le prouvent le renforcement des investissements nationaux consacrés au VIH, le partage des tâches et la responsabilisation vis-à-vis des résultats. Loin de se limiter à de simples investissements, le partage des tâches consiste à s'attaquer de façon collective aux obstacles politiques, institutionnels et structurels entravant le progrès, à s'assurer que les ressources atteignent les populations qui en ont le plus

grand besoin et à renforcer le leadership national participatif. Telle est la solidarité mondiale en action.

Malgré les difficultés économiques actuelles, les pays à revenu faible ou intermédiaire ne cessent d'augmenter leurs investissements en matière de sida. En 2011, les ressources nationales consacrées à la riposte au VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire étaient estimées à 8,6 milliards de dollars US [7,3 milliards de dollars US – 10 milliards de dollars US], un niveau jamais atteint auparavant. Au cours des dernières années, de nombreux pays africains, dont l'Afrique du Sud, le Ghana, le Kenya et le Nigéria, ont augmenté leurs dépenses nationales consacrées au sida. Lorsque le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a modifié ses critères d'éligibilité, la Chine s'est engagée à combler le manque de ressources avec ses propres deniers. Cette année, le gouvernement indien prévoit de prendre en charge au moins 90 % du financement de la phase IV de son Programme national de lutte contre le sida.

En ces temps de difficulté économique, les États-Unis d'Amérique maintiennent leur contribution décisive à la lutte mondiale contre le sida. Depuis de nombreuses années, la compassion individuelle et l'effort collectif du peuple américain ont permis de sauver des millions de vie dans le monde. En 2003, seules quelque 100 000 personnes avaient accès aux traitements en Afrique subsaharienne et l'objectif d'étendre le traitement du VIH aux populations des pays à revenu faible ou intermédiaire semblait hors d'atteinte. C'est dans ce contexte que les États-Unis ont lancé leur Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR). En 2011, grâce au soutien du PEPFAR et d'autres sources de financement international, notamment le Fonds mondial et divers programmes nationaux, près de 6,2 millions

d'Africains ont pu bénéficier d'un traitement contre le VIH. Cette même année, les États-Unis ont continué d'assurer 48 % de l'aide internationale destinée à la riposte au sida dans le monde.

Le pays a lui aussi directement souffert de l'épidémie. Plus de 1,2 million d'Américains séropositifs sont également tributaires de la riposte mondiale. Au cours des vingt dernières années, le nombre annuel des nouvelles infections aux États-Unis n'a pas diminué et certaines communautés spécifiques sont particulièrement touchées. Pour contrecarrer l'épidémie de VIH, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle internationale, il est crucial que les États-Unis continuent de jouer un rôle de premier plan.

Il en va de même pour la communauté internationale, qui a pour responsabilité partagée d'atteindre l'objectif visant à consacrer entre 22 et 24 milliards de dollars US à la riposte mondiale au sida d'ici à 2015 et de chercher des solutions équitables et durables en matière de santé et de développement.

L'Afrique subsaharienne, qui accueille 23,5 millions des 34 millions de personnes séropositives dans le monde, importe plus de 80 % des antirétroviraux nécessaires. La solidarité mondiale peut contribuer à renforcer la capacité régionale et nationale de production de médicaments de qualité et favoriser l'harmonisation des politiques réglementant les médicaments entre les pays et les régions, ce qui éliminerait les barrières au commerce et encouragerait l'émergence de centres d'excellence locaux pour la production de médicaments.

Une appropriation et une durabilité améliorées de la riposte au sida permettraient en outre à l'Afrique de conforter la croissance d'industries nouvelles et de développer des économies fondées sur les connaissances.

Le combat contre l'épidémie peut ainsi catalyser des avantages plus importants dans les domaines de la santé et du développement, comme l'exploitation de partenariats pour des financements novateurs et l'amélioration de la sécurité pharmaceutique pour d'autres urgences sanitaires.

Les efforts que nous déployons pour réaliser les objectifs de la Déclaration politique sur le VIH et le sida 2011 des Nations Unies et pour faire avancer la responsabilité partagée et la solidarité mondiale doivent résolument demeurer axés sur l'avenir. Nous devons écrire le prochain – et dernier – chapitre de l'histoire du sida.

Tel est l'**Agenda sida plus – bâtir l'avenir que nous voulons** de l'ONUSIDA.

Nous voulons un avenir où l'innovation est valorisée, protégée et promue, où la justice sociale et les droits de l'homme ne sont pas juste un vœu pieux mais une réelle exigence et où le dynamisme de la science est mis au service des populations.

L'avenir que nous voulons épouse l'approche du « Traitement-Plus », qui consiste à étendre l'utilisation des médicaments antirétroviraux afin de prévenir et de traiter les infections à VIH et d'inclure les couples sérodiscordants, les femmes enceintes séropositives, les personnes ayant une numération élevée de CD4 et peut-être, à terme, tous les individus séropositifs.

À long terme, la prise en charge durable des traitements constitue incontestablement le principal problème à surmonter. Quelle que soit notre capacité à apporter aux malades des médicaments susceptibles de sauver leur vie, nous serons toujours confrontés à l'inévitable augmentation du coût de la pharmacorésistance et au besoin de dispenser des soins chroniques aux personnes séropositives tout au long de leur existence.

Peu importe le nombre de personnes ayant accès à un traitement si nous ne sommes pas en mesure de les maintenir en vie et d'assurer la poursuite de leur traitement.

Nous devons dès à présent commencer à planifier la gestion du coût des traitements au-delà de 2015. Comment allons-nous financer le coût élevé des traitements de deuxième intention si la pharmacorésistance se développe ? Dans les pays à revenu élevé, où des personnes sont en traitement depuis des décennies, le coût élevé des médicaments antirétroviraux – jusqu'à 6 000 dollars US par mois – donne matière à réflexion.

Nous devons éviter le développement de la pharmacorésistance en concevant une polythérapie adaptée. Les pays à revenu faible ou intermédiaire pourraient donner l'exemple en définissant au niveau mondial des programmes de traitement fondés sur des options thérapeutiques simplifiées et rationnelles, qui éviteraient la résistance à grande échelle et la hausse constante des coûts.

À l'avenir, la riposte à l'épidémie reposera en grande partie sur l'innovation. L'innovation ne permet pas seulement d'élaborer de nouveaux médicaments ni de faciliter leur administration, elle vise aussi à améliorer la prestation de services, la prévention – nous ne pouvons fléchir dans notre recherche d'un vaccin – et l'investissement des ressources.

Le financement durable et à long terme de la riposte au sida n'est possible que si les pays, les donateurs et les parties prenantes y voient là un investissement intelligent. Le nouvel outil d'investissement de l'ONUSIDA destiné aux pays prouve que plus les

L'innovation est amenée à jouer un rôle décisif dans l'avenir de la riposte au sida.

investissements et les programmes liés au VIH sont efficaces, plus les résultats sont concluants.

Si elle est pleinement mise en œuvre, cette approche peut inverser la tendance à la hausse des ressources requises pour lutter contre ce fléau au cours de cette décennie.

L'innovation porte également sur la justice sociale. L'inégalité, la disparité et l'absence de possibilités sont un terrain fertile pour le VIH. Un environnement favorable aux droits de l'homme, à la dignité et à l'égalité des sexes peut aider à prévenir les infections à VIH et les décès dont les causes sont liées au sida. Un tel environnement favorise la connaissance des facteurs nourrissant l'épidémie et donne aux individus et aux communautés les moyens de faire face aux risques et aux besoins y afférents. Si rien n'est fait pour lutter contre la stigmatisation, la discrimination, la criminalisation, l'inégalité entre les sexes et la violence à l'égard des femmes et des filles de continuer, le VIH a le champ libre pour proliférer.

L'innovation concerne également la mobilisation contre le sida : nous devons faire renaître l'esprit combatif des premiers jours, lorsque les personnes vivant avec le VIH et affectées par ce fléau se révoltaient contre l'ignorance et l'inertie et lorsque les scientifiques collaboraient – au lieu de rivaliser – et entretenaient un rapport direct avec les communautés affectées.

Seule une société civile forte peut imposer aux partenaires et aux pays d'honorer leurs engagements. Les personnes vivant avec le VIH, celles qui courent

un risque élevé d'infection par le VIH, les femmes et les enfants doivent donc participer aux prises de décision. Nous devons les écouter, apprendre d'eux et respecter leur leadership. Nous devons les aider à mener une vie digne, avec des objectifs.

Pour atteindre l'objectif « zéro discrimination », nous ne pouvons pas nous contenter de protéger les personnes vulnérables au VIH, nous devons aussi les aider à s'émanciper. C'est pourquoi la société civile continue d'être un élément crucial dans la riposte au sida. Les personnes séropositives, les femmes et les enfants, les jeunes et les communautés qui courent un risque accru d'infection par le VIH sont amenés à jouer un rôle majeur dans le développement et le suivi du Pacte mondial visant à mettre fin au sida. Leur contribution est cruciale pour garantir une parfaite adéquation des cadres d'investissement avec leurs besoins et pour identifier les lacunes éventuelles.

Lors de la xixième Conférence internationale sur le sida, qui aura lieu à Washington DC, nous devons débattre de certaines questions fondamentales qui sont au centre de l'Agenda sida-plus. Entamons dès à présent les débats – ensemble.

Enfin, je vous enjoins de ne pas vous départir de votre optimisme. Si nous ne sommes pas en mesure d'envisager un monde sans sida, nous en subirons toujours les conséquences. L'objectif zéro est la seule option qui s'offre à nous.

Aucun autre chiffre n'est assez satisfaisant pour nous, nos familles, nos partenaires, nos enfants et leurs descendants.

Michel Sidibé

Directeur exécutif de l'ONUSIDA

Entamons
les débats
dès à présent,
ensemble.

« NOUS POUVONS METTRE FIN À CETTE PANDÉMIE. NOUS POUVONS VAINCRE CETTE MALADIE. NOUS POUVONS GAGNER CE COMBAT. NOUS DEVONS SIMPLEMENT PERSÉVÉRER, SANS RELÂCHE, AUJOURD'HUI, DEMAIN ET CHAQUE JOUR JUSQU'À CE QUE NOUS ATTEIGNIONS L'OBJECTIF ZÉRO. »

« À L'HEURE ACTUELLE, LES ÉTATS-UNIS SOUTIENNENT LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DE PRÈS DE 4 MILLIONS DE PERSONNES DANS LE MONDE ENTIER. MAIS NOUS DEVONS FAIRE D'AVANTAGE. NOUS N'AVONS PAS OBTENU CES RÉSULTATS EN JOUANT CAVALIER SEUL, MAIS EN NOUS ASSOCIANT AVEC DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT. IL S'AGIT D'UNE LUTTE MONDIALE, QUE LES ÉTATS-UNIS DOIVENT CONTINUER À CONDUIRE. »

« C'EST AVEC UNE FIERTÉ IMMENSE QUE J'AI ANNONCÉ QUE MON GOUVERNEMENT LEVAIT L'INTERDICTION D'ENTRÉE AUX ÉTATS-UNIS DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH. »



Barack Obama, président des États-Unis,
Allocution à l'occasion de la Journée
mondiale du sida 2011.
<http://goo.gl/0gDNg>

**« IL Y A ENCORE PEU, LA
POSSIBILITÉ RÉELLE D'UNE
GÉNÉRATION LIBÉRÉE DU
SIDA ÉTAIT QUASIMENT
INIMAGINABLE. »**

**« LE TAUX DES NOUVELLES INFECTIONS
EST PEUT-ÊTRE EN DÉCLIN PARTOUT
AILLEURS, MAIS IL NE L'EST PAS ICI AUX
ÉTATS-UNIS... AUJOURD'HUI ENCORE,
DES COMMUNAUTÉS DU PAYS SONT
DÉVASTÉES PAR CETTE MALADIE. »**

**« NOUS INVITONS LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE À NOUS
REJOINDRE. LES PAYS QUI SE SONT ENGAGÉS À CONTRIBUER AU FONDS
MONDIAL DOIVENT VERSER L'ARGENT PROMIS. LES PAYS QUI N'ONT
FAIT AUCUNE PROMESSE... DOIVENT À PRÉSENT EN FAIRE. PARMIS
EUX, CERTAINS ÉTAIENT AUTREFOIS BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE ET SONT
DÉSORMAIS EN MESURE DE DEVENIR DES DONATEURS IMPORTANTS. »**

**DES RÉSULTATS,
CERTES, MAIS
INSUFFISANTS**

Des résultats concluants dans certaines domaines, moins dans d'autres

La Déclaration politique sur le VIH et le sida 2011 fixe des objectifs ambitieux à atteindre à l'horizon 2015. Le monde est en passe d'atteindre ses objectifs, à savoir assurer un traitement à 15 millions de personnes séropositives et à éviter les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015, mais d'autres mesures sont nécessaires pour réduire de moitié la transmission du VIH par voie sexuelle et la transmission chez les consommateurs de drogues injectables.

D'ici à 2015, 15 millions de personnes peuvent bénéficier d'un traitement

La couverture du traitement continue de s'étendre et jamais auparavant le nombre de

personnes recevant une thérapie antirétrovirale n'avait été aussi élevé. En 2011, dans les pays à revenu faible et intermédiaire, un peu plus de 8 millions de personnes bénéficiaient d'un traitement, soit une couverture de 54 % [50-60 %]¹, alors qu'elles n'étaient que 1,4 million en 2010 et nettement moins en 2003 (400 000).

Si cette dynamique se poursuit dans les prochaines années, le monde se rapprochera de l'objectif établi par la Déclaration politique sur le VIH et le sida 2011, à savoir dispenser une thérapie antirétrovirale à 15 millions d'individus à l'horizon 2015(1). Les avancées sont particulièrement spectaculaires en Afrique subsaharienne, où près de 6,2 millions de personnes ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale en 2011 contre seulement 100 000 en 2003.

L'élargissement de l'accès au traitement a réduit le nombre de décès liés au sida, mais va de pair avec l'émergence d'autres problèmes. Le traitement précoce est un aspect crucial. Il est en outre nécessaire de maintenir des

Au 21 juin 2012, 185 pays ont publié des rapports dans le cadre du Système mondial de rapports d'activité sur la riposte au sida. Toutes les estimations concernant l'épidémiologie, les traitements, les efforts pour éliminer les nouvelles infections chez les enfants (collecte et analyse de données de concert avec l'UNICEF, l'ONUSIDA et l'OMS), les dépenses nationales liées au VIH et les données relatives aux engagements nationaux et aux moyens d'action pour 2011 sont provisoires. Au moment de la mise sous presse, les données concernant certains pays n'avaient pas été pleinement validées.

services de qualité élevée afin de garantir la poursuite des traitements, de limiter les effets secondaires et de prévenir l'émergence de la pharmacorésistance. Nous devons faire davantage pour assurer aux populations clés plus exposées aux risques d'infection par le VIH un accès équitable au traitement. Nous devons redoubler d'efforts pour garantir que tous les pays aient un accès fiable et abordable aux meilleurs antirétroviraux. Le financement, les licences et la logistique permettant la diffusion mondiale du traitement contre le VIH exigent des solutions nouvelles.

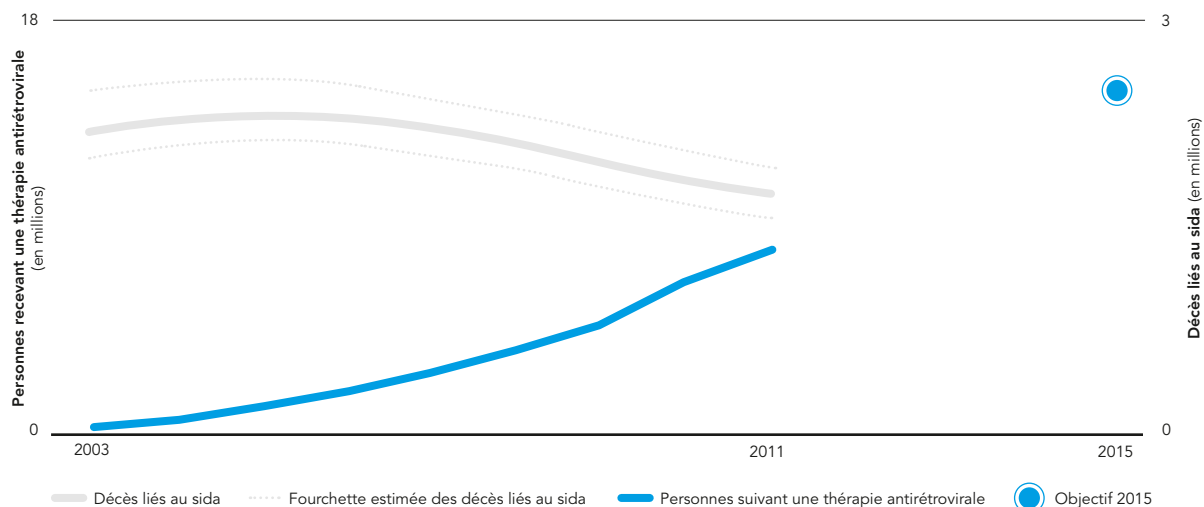
D'après les estimations, entre 2010 et 2011, le nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire a augmenté de 1,4 million, une

progression semblable à celle enregistrée entre 2009 et 2010 (2). L'Afrique subsaharienne affiche les résultats les plus spectaculaires, avec une hausse de la couverture du traitement de 10 % entre 2010 et 2011. En outre, au moins 745 000 personnes suivaient une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu élevé.

Le nombre de vies sauvées augmente. À l'échelle internationale, depuis 1995, la thérapie antirétrovirale a permis un gain de 14 millions d'années de vie dans les pays à revenu faible

Le monde est en passe d'atteindre son objectif : assurer un traitement antirétroviral à 15 millions de personnes vivant avec le VIH d'ici à 2015

Évolution du nombre de personnes recevant une thérapie antirétrovirale par rapport à l'objectif à atteindre en 2015 et évolution du nombre de décès liés au sida, pays à revenu faible ou intermédiaire, 2003-2011



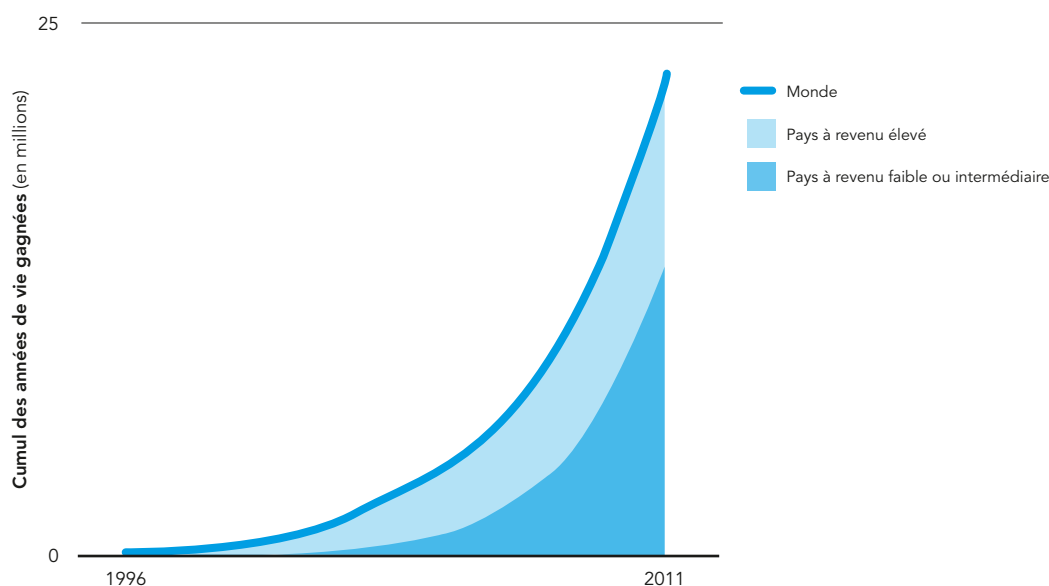
et intermédiaire, dont plus de 9 millions en Afrique subsaharienne. D'après les estimations, le nombre cumulé de ces années de vie supplémentaires a plus que quadruplé entre 2008 et 2011.

En raison de la baisse du taux de mortalité, les personnes vivant avec le VIH étaient plus nombreuses que jamais en 2011 : 34,2 millions [31,8 millions-35,9 millions]. En 2011, les femmes représentaient la moitié (49 % [46-51 %]) des adultes séropositifs dans le monde, cette proportion ayant peu varié au cours des 15 dernières années. Mais le fléau s'acharne avec plus de virulence sur les femmes en Afrique subsaharienne, où en 2011 6 adultes sur 10 vivant avec le VIH

étaient des femmes.

L'extension de l'accès au traitement s'accélère particulièrement là où le besoin s'en fait le plus sentir. En Afrique subsaharienne, plus de la moitié (56 % [53-60 %]) des personnes nécessitant un traitement en bénéficiaient en 2011. Le nombre des personnes sous traitement a ainsi bondi de 22 % par rapport à 2010, passant de 5,1 millions à 6,2 millions. La couverture du traitement antirétroviral est la plus étendue en Amérique latine (70 % [61-82 %]) et aux Caraïbes (67 % [60-73 %]), où l'on trouve certains des programmes de traitement les plus anciens au monde. La couverture demeure faible dans d'autres régions à revenu faible ou intermédiaire.

Cumul des années de vie gagnées grâce aux médicaments antirétroviraux, 1996-2011



TRAITEMENT 2.0

En 2010, l'ONUSIDA et l'OMS ont lancé « Traitement 2.0 », une approche programmatique visant à rendre la thérapie antirétrovirale plus accessible, abordable, simple et efficace. L'objectif ultime est d'assurer et de maintenir un accès universel et de maximiser les effets préventifs du traitement.

Le Traitement 2.0 compte cinq domaines d'action prioritaires interdépendants : optimisation des protocoles thérapeutiques, simplification du diagnostic, réduction des coûts, adaptation de la prestation des services et mobilisation des communautés.

L'optimisation des protocoles thérapeutiques consiste à renforcer leur sécurité et leur efficacité, de préférence avec des associations de médicaments en doses fixes et à toxicité minimale, très efficaces contre la pharmacorésistance et ayant des interactions minimales avec d'autres médicaments, tout en harmonisant les protocoles thérapeutiques destinés aux enfants et aux adultes (y compris les femmes enceintes et les personnes présentant une co-infection par l'hépatite ou la tuberculose). Les besoins essentiels des individus et des programmes sont ainsi couverts du point de vue de la santé publique.

Le traitement ne se limite pas à la fourniture de médicaments, il porte également sur la facilité d'emploi des outils de diagnostic et de suivi permettant de tester le statut sérologique des patients et d'évaluer l'état de santé de ceux qui sont déjà sous traitement. L'émergence de nouvelles technologies de laboratoire aux points d'accès aux soins ne doit pas faire oublier les problèmes majeurs que pose l'accessibilité physique et financière.

L'ONUSIDA et le PNUD ont diffusé des notes d'information sur les droits de propriété intellectuelle

afin d'instaurer un cadre législatif ayant pleinement recours aux flexibilités de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Ces flexibilités permettent aux pays d'améliorer leur capacité pharmaceutique locale et/ou de faciliter l'importation de médicaments génériques auprès des fournisseurs actuels, favorisant ainsi la concurrence et la réduction des prix. En outre, ces notes d'information mettent en garde contre l'adoption de nouvelles dispositions « ADPIC – plus » sur les brevets de produits pharmaceutiques qui vont au-delà des prescriptions de l'accord.

D'autres mécanismes abordables et durables visant à encourager l'innovation doivent être mis en place. Fondées sur la Stratégie mondiale et le Plan d'action en matière de santé publique, d'innovation et de droits de propriété intellectuelle ainsi que sur un rapport récent du Groupe consultatif d'experts de l'OMS, des négociations sont en cours pour établir des mécanismes de financement novateurs au service du développement et de la recherche en matière de santé.

Le Traitement 2.0 requiert la pleine participation des personnes vivant avec le VIH et des communautés affectées à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de soins et de traitement de qualité basés sur les droits. En partenariat avec des organisations de la société civile, notamment Médecins sans frontières, l'ONUSIDA rassemble des données probantes démontrant qu'une implication accrue des organisations communautaires dans les actions d'aide à l'observance des traitements et au suivi de ceux-ci peut améliorer la prestation des services et l'efficacité des traitements et réduire le poids supporté par les systèmes de santé.

Outre un accès plus large au traitement, on constate une évolution vers la prescription de médicaments présentant moins d'effets secondaires. La stavudine (ou d4T), un médicament relativement peu onéreux qui, dans les premiers temps, a contribué de façon cruciale à la mise à échelle du traitement dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne mais qui est accompagné d'effets secondaires débilissants, est progressivement abandonnée. En 2010, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, approximativement 58 % des adultes recevaient des médicaments de première intention à base de ténofovir ou de zidovudine, contre 33 % en 2006. Les autres adultes sous traitement recevaient encore une association de médicaments à base de stavudine, mais presque tous les pays rapportant ces données ont décidé d'abandonner ces traitements (2).

Accès équitable – des améliorations nécessaires

Assurer aux populations clés plus exposées au risque d'infection un accès équitable au traitement demeure un défi que la riposte mondiale au VIH n'a pas encore réussi à relever. La couverture du traitement est faible en Asie (44 % [36–49 %]), en Europe orientale et en Asie centrale (23 % [20–27 %]), ainsi qu'en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (13 % [10–18 %]). Dans ces régions, les épidémies de VIH sont surtout concentrées parmi les populations clés à risque élevé d'infection (notamment les personnes qui s'injectent des drogues, les professionnels du sexe et leurs clients, ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec

des hommes), qui ont souvent le plus grand mal à accéder au traitement et aux services de soins. Dans les huit pays d'Europe orientale et d'Asie centrale pour lesquels des données sont disponibles (Arménie, Bélarus, Fédération de Russie, Géorgie, Kazakhstan, Kirghizistan, Tadjikistan et Ukraine), les personnes qui s'injectent des drogues et qui vivent avec le VIH sont deux fois moins susceptibles de recevoir un traitement contre le virus que celles qui ne consomment pas de drogues injectables². Les lois et les politiques discriminant ces populations et l'absence de services répondant à leurs besoins constituent d'importants obstacles à l'accroissement de l'accès au traitement.

La couverture du traitement contre le VIH chez les enfants étant beaucoup plus faible que chez les adultes, elle doit également être améliorée.

Un meilleur couplage avec la prestation de soins

Pour réaliser pleinement le potentiel de la thérapie antirétrovirale, de nouveaux progrès sont nécessaires, à commencer par une approche plus efficace du dépistage du VIH.

De nombreuses personnes séropositives ne savent pas qu'elles sont infectées, ce qui explique en partie qu'environ 7 millions [6,4 millions-7,3 millions] de personnes ayant droit à un traitement contre le virus n'en bénéficient pas dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il faut réfléchir à de nouvelles approches du dépistage du VIH afin de permettre aux malades d'avoir connaissance de leur statut sérologique et

afin que, en cas d'infection, elles puissent accéder aux soins et aux traitements pertinents.

Si l'intégration du dépistage du VIH aux services de santé habituels a certes permis d'augmenter le nombre de dépistages, ceux-ci demeurent insuffisants. Trop souvent, les personnes se livrant à un test de dépistage ne s'enquêtent pas des résultats. Une approche communautaire du dépistage et des tests rapides peuvent contribuer à renforcer l'accessibilité et le recours aux tests.

Les personnes testées positivement au VIH doivent demander à être prises en charge jusqu'à ce qu'elles deviennent éligibles au traitement, mais beaucoup ne le font pas. L'analyse d'études conduites en Afrique subsaharienne (4) révèle que 31-77 % des personnes séropositives ont été prises en charge jusqu'au démarrage de leur thérapie antirétrovirale. De nombreux individus vivant avec le VIH (y compris dans les pays à revenu élevé), qu'ils soient conscients ou pas de leur séropositivité, n'entament un traitement qu'après avoir déclaré une maladie liée au sida. C'est l'une des principales raisons pour lesquelles un retard dans l'instauration du traitement est encore lié à de forts taux de mortalité durant les premiers mois de celui-ci (5-9).

Il est pourtant possible d'éviter ces écueils. En Afrique du Sud, par exemple, les personnes qui, simultanément, apprennent les résultats du test CD4 et leur séropositivité sont deux fois plus susceptibles d'entamer un traitement dans les trois prochains mois que celles qui doivent

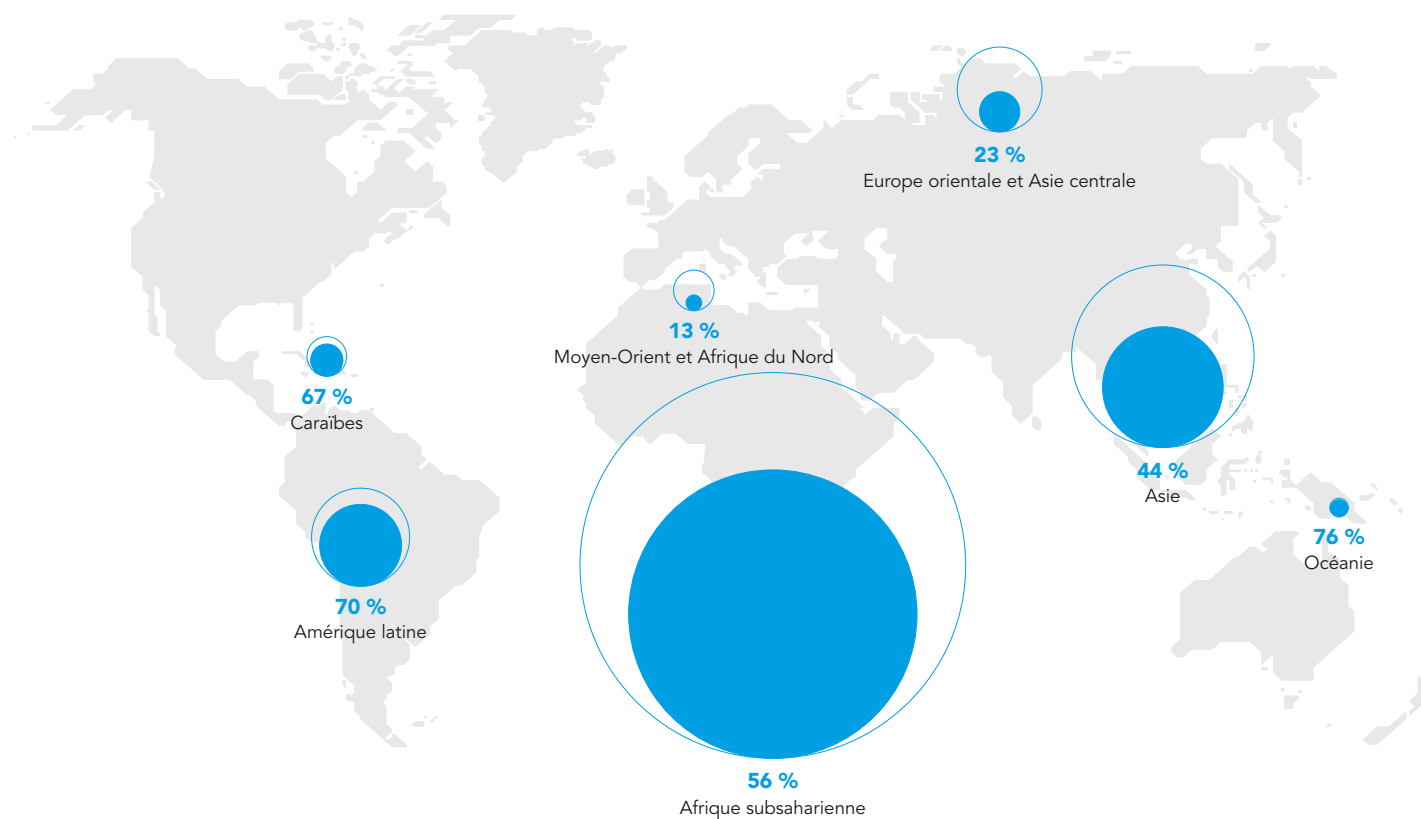
attendre une semaine pour obtenir ces mêmes résultats (10).

Pharmacorésistance

À mesure qu'augmente le nombre de personnes entamant une thérapie antirétrovirale, l'éventuelle hausse de la pharmacorésistance devient un sujet de préoccupation croissant. Le VIH connaît une mutation rapide et, le traitement étant censé durer tout au long de la vie, de nouvelles souches virales résistantes aux médicaments peuvent apparaître.

Jusqu'à présent, on a constaté des niveaux faibles ou modérés de transmission de la résistance aux médicaments, mais la vigilance est de rigueur. Le taux d'acquisition de la résistance aux médicaments contre le VIH chez les personnes sous traitement antirétroviral demeure relativement faible et stable, grâce à l'utilisation de protocoles efficaces. Cependant, la transmission de la pharmacorésistance chez les personnes récemment infectées a augmenté d'environ 1 % en 2005 et d'environ 3 % en 2010. De récentes études révèlent que, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, à peu près 5 % des personnes entamant un traitement présentent une pharmacorésistance, laquelle semble augmenter en fonction de l'étendue de la couverture du programme de traitement (12). En collaboration avec son réseau mondial HIVResNet, l'OMS a conçu une stratégie mondiale de prévention et de lutte contre la résistance du VIH aux médicaments. À la mi-2011, plus de soixante pays avaient mis en œuvre un ou plusieurs éléments de cette stratégie (13). Cette stratégie a deux composantes. La première consiste à suivre

Comparaison entre le nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale et la couverture assurée, pays à revenu faible ou intermédiaire, par région, 2011



Le cercle le plus large représente le nombre de personnes éligibles à la thérapie antirétrovirale. Le cercle coloré et le pourcentage indiqué représentent le taux de couverture en 2011.

les résultats des programmes, à déceler et à minimiser les éléments associés au développement de la résistance, notamment une observance du traitement insuffisante, les ruptures de stock, la prescription de protocoles inappropriés et les erreurs d'administration. La seconde vise à observer la résistance chez les personnes nouvellement infectées et chez celles recevant une thérapie antirétrovirale. Ces deux composantes sont essentielles pour éviter que la résistance ne se développe et pour élaborer des traitements de première et de deuxième intention efficaces.

Co-infection VIH/tuberculose

La tuberculose (TB) liée au VIH demeure un problème de taille. En 2010, sur les 8,8 millions de personnes ayant contracté une tuberculose évolutive dans le monde, 1,1 million vivaient avec le VIH. La tuberculose reste la principale cause de décès chez les personnes séropositives. Plus de 80 % des individus vivant avec le VIH et la tuberculose se trouvent en Afrique subsaharienne ; dans certains pays de cette région, jusqu'à 82 % des personnes ayant contracté la tuberculose présentent également une infection à VIH (14). Si les actions mises en œuvre pour lutter contre les co-infections VIH/tuberculose sont en hausse, il est cependant nécessaire d'accélérer les efforts.

Pour réduire la mortalité, il faut augmenter le taux de guérison de 70 % à 85 %, déceler au moins 80 % des cas de tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et garantir qu'au moins 30 % des séropositifs qui n'ont pas de tuberculose évolutive reçoivent une thérapie

préventive à l'isoniazide, un traitement peu onéreux et très efficace (2).

Baisse de la mortalité liée au sida

Grâce à l'extension de l'accès à la thérapie antirétrovirale, les décès liés au sida ont sensiblement diminué. À l'échelle mondiale, leur nombre est ainsi passé de 2,3 millions [2,1 millions-2,5 millions], le pic atteint en 2005, à environ 1,7 million [1,6 million-2,0 millions] en 2011. L'impact du traitement contre le VIH est particulièrement évident en Afrique subsaharienne, où on estime que le nombre de décès liés au sida a diminué de 31 % (550 000 personnes) entre 2005, l'année la plus meurtrière, et 2011.

En **Afrique subsaharienne**, l'accès accru au traitement contre le virus a réduit le nombre de décès annuels liés au sida, qui sont passés de 1,8 million [1,6 million-1,9 million] en 2005, le niveau le plus élevé, à 1,2 million [1,1 million-1,3 million] en 2011. Près de la moitié de ces décès sont survenus en Afrique subsaharienne. En **Amérique latine**, la thérapie antirétrovirale est facilement accessible, d'où une diminution du nombre des décès liés au sida de 63 000 [35 000-105 000] en 2001 à 57 000 [35 000-86 000] en 2011. Dans les **Caraïbes**, on estime à 10 000 le nombre de décès liés au sida en 2011, soit près de la moitié du chiffre enregistré en 2001. En **Océanie**, le nombre annuel de décès liés au sida a chuté de 2 300 [1 700-3 000] en 2006 à 1 300 [1 700-3 000] en 2011.

En **Europe occidentale et centrale** et en **Amérique du Nord**, la grande disponibilité de la thérapie antirétrovirale, notamment dans les pays où l'épidémie sévit le plus, a sensiblement

réduit la mortalité liée au sida, qui a peu varié au cours de la dernière décennie et a frappé environ 29 000 personnes [26 000-36 000] en 2011.

Si les décès liés au sida sont en baisse dans le monde et dans la plupart des régions, cette tendance n'est cependant pas universelle. En effet, en **Asie**, leur nombre est resté stable : d'après les estimations, en 2011, on en recensait

330 000 [260 000-420 000], soit le chiffre le plus élevé après l'Afrique subsaharienne.

En **Europe orientale et en Asie centrale**, la tendance continue d'être à la hausse. En 2001, on estimait à 15 000 [11 000-26 000] les décès liés au sida et, en 2011, à 90 000 [74 000-110 000], c'est-à-dire six fois plus.

Au **Moyen-Orient et en Afrique du Nord**, le constat est le même : de 14 000 [8 600-28 000] en 2001, ces décès ont bondi jusqu'à 25 000 [17 000-35 000] en 2011.



JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Directeur exécutif, Institut sud-américain de
gouvernance de la santé

LA MISE EN ŒUVRE DES FLEXIBILITÉS DES ADPIC CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

Le droit d'accès à la santé est un principe du système brésilien de santé. Soutenir cette politique de santé publique s'avère un défi majeur.

Dans le cadre de mes fonctions de ministre de la Santé lors du deuxième mandat du président Lula, j'ai fait tout mon possible pour tenir cet engagement, conscient que toutes les personnes vivant avec le VIH ont besoin d'un traitement continu et en temps opportun. En 2007, à l'issue de négociations prolongées avec le titulaire du brevet, le gouvernement du Brésil a délivré une licence obligatoire pour l'éfavirenz, médicament alors utilisé par un tiers de la population atteinte d'une infection à VIH avancée. Cette décision du gouvernement n'a pas été aisée, mais elle s'imposait pour protéger l'intérêt public. Nous avons ainsi eu accès à des versions génériques et réduit nos frais à hauteur d'environ 95 millions de dollars US sur cinq ans, ce qui nous a permis d'assurer la durabilité de notre programme de traitement.

En appliquant les flexibilités liées aux ADPIC et à la Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique de Doha (2001), nous avons pu optimiser notre utilisation des ressources et avons introduit des médicaments de troisième intention visant à permettre aux personnes séropositives de vivre mieux, plus longtemps.

Comme l'a déclaré le président Lula à l'époque, le gouvernement doit prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger le droit à la santé de tous les citoyens. Cette stratégie s'est révélée payante pour le Brésil ; elle peut aussi aider d'autres pays à mettre fin au sida.

Des progrès ont été réalisés pour éviter de nouvelles infections à VIH chez les enfants et pour maintenir leurs mères en vie

Il y a un an, le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie (15) était lancé dans le cadre de la Réunion de haut niveau sur le sida de l'Assemblée générale des Nations Unies. Ce plan, lancé par l'ONUSIDA et l'Office du Coordinateur américain de lutte contre le sida dans le monde, poursuit deux objectifs ambitieux d'ici à 2015 : réduire de 90 % le nombre d'enfants nouvellement infectés et de 50 % le nombre des décès liés à la grossesse chez les femmes vivant avec le VIH. Si le Plan mondial cible tous les pays, vingt-deux d'entre eux (dont vingt-et-un en Afrique subsaharienne) sont considérés prioritaires car ils rassemblent près de 90 % des femmes enceintes vivant avec le VIH³.

Des avancées ont été enregistrées vers la réalisation des objectifs du Plan mondial. Le nombre d'enfants contractant une infection à VIH continue de baisser, tandis que les services conçus pour protéger ces enfants et leur mère contre le virus se multiplient.

En 2011, environ 330 000 [280 000-380 000] enfants ont été nouvellement infectés, soit près de deux fois moins qu'en 2003, lorsque leur nombre a atteint le pic de 570 000 [520 000-650 000] (2), et 24 % de moins qu'en 2009 (année de référence pour le Plan mondial). Dans les vingt-et-un pays prioritaires du Plan mondial situés en Afrique subsaharienne, le nombre d'enfants nouvellement infectés a diminué de 360 000 [320 000-420 000] en 2009 à 270 000 [230 000-320 000] en 2011, soit une baisse de 25 %. Si nous redoublons d'efforts, le nombre d'enfants contractant le virus peut être réduit de 90 % d'ici à 2015 (2009 étant l'année de référence). D'après les estimations, le nombre de femmes séropositives décédant des suites d'une grossesse dans le monde a diminué de 20 % depuis 2005.

Priorité aux enfants

La cadence des progrès est impressionnante. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire,

Baisse des nouvelles infections à VIH chez les enfants, 2009-2011

Le Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie a identifié vingt-deux pays prioritaires. Nombre d'entre eux ont besoin d'une action urgente pour atteindre l'objectif du plan. Des progrès plus poussés sont possibles.

Baisse rapide

Pays qui atteindront l'objectif si la baisse de plus de 30 % enregistrée en 2009-2011 se poursuit jusqu'en 2015.

49 % Afrique du Sud
31 % Éthiopie
31 % Ghana
43 % Kenya
60 % Namibie
39 % Swaziland
55 % Zambie
45 % Zimbabwe

Baisse modérée

Pays qui peuvent atteindre l'objectif si la baisse de 20-30 % affichée en 2009-2011 s'accroît.

22 % Botswana
30 % Burundi
24 % Cameroun
20 % Côte d'Ivoire
21 % Lesotho
26 % Malawi
24 % Ouganda

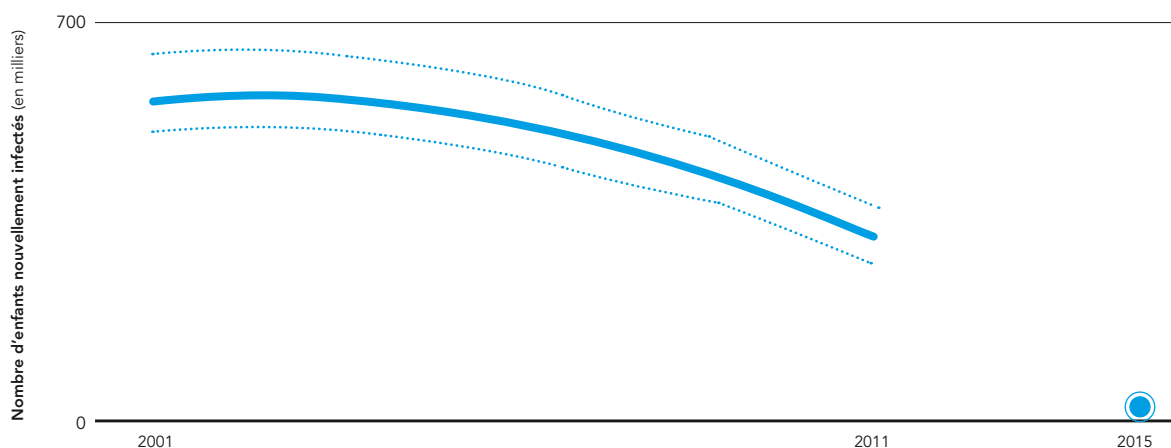
Baisse lente ou nulle

Pays qui risquent de ne pas atteindre l'objectif et dont la baisse en 2009-2011 a été inférieure à 20 %.

0 % Angola
5 % Mozambique
2 % Nigéria
– République démocratique du Congo
19 % République-Unie de Tanzanie
4% Tchad
– Inde

Remarque : Dans le cadre du Plan mondial, l'année de référence est 2009. Certains pays avaient déjà sensiblement réduit le nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants avant 2009, notamment le Botswana qui, cette même année, affichait une couverture de traitements antirétroviraux chez les femmes enceintes de 92 % et un taux de transmission de 5 % (cf. tableau pp. 122-123). Dans les pays assurant déjà une couverture étendue, il est beaucoup plus ardu d'améliorer les résultats.

Nouvelles infections à VIH chez les enfants (0-14 ans), 2001-2011 et objectif à l'horizon 2015



Le nombre total de nouvelles infections à VIH évitées chez les enfants a plus que doublé entre 2009 et 2011, grâce à l'extension des services visant cet objectif (1). Ainsi, près de 600 000 nouvelles infections de ce type ont été évitées depuis 1995, grâce à la prophylaxie antirétrovirale dispensée aux femmes enceintes séropositives et à leurs nourrissons. La plupart des cas concernent l'Afrique subsaharienne, où le nombre d'enfants contractant le virus était de 300 000 [250 000-350 000] en 2011, soit 26 % de moins qu'en 2009.

La réduction drastique des nouveaux cas de VIH chez les enfants dépendra spécialement des progrès réalisés dans les pays prioritaires identifiés par le Plan mondial.

Priorité aux mères

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, on estime à 1,5 million [1,3 million-1,6 million] le nombre de femmes vivant avec le VIH qui étaient enceintes en 2011. Il n'est possible

d'atteindre l'objectif visant à réduire de moitié le nombre de décès maternels que si toutes les femmes enceintes séropositives qui sont éligibles à un traitement (estimées à 620 000 [600 000-700 000]) ont effectivement accès à ce traitement. Cet aspect est particulièrement crucial en Afrique subsaharienne, où le sida est la première cause des décès maternels (16).

À l'échelle internationale, en 2010, on estime à 37 000 (18 000-76 000) le nombre de décès survenus pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement (appelés les décès liés à la grossesse), contre 46 000 (23 000-93 000) en 2005. Parmi les vingt-deux pays hautement prioritaires, les décès liés à la grossesse chez les mères vivant avec le VIH ont baissé de 41 500 (21 000-84 000) en 2005 à 33 000 (16 000-68 000) en 2010 (17).

Si nous voulons éviter de nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie, un ensemble complet d'interventions

doit être mis en œuvre. À cet égard, il faut commencer par empêcher les femmes de contracter le virus. Le succès des interventions dépend pour une grande part de la participation des communautés, qui doivent renforcer leur implication dans la création de la demande et intensifier leurs services de soutien liés aux installations sanitaires au niveau des soins de santé primaires.

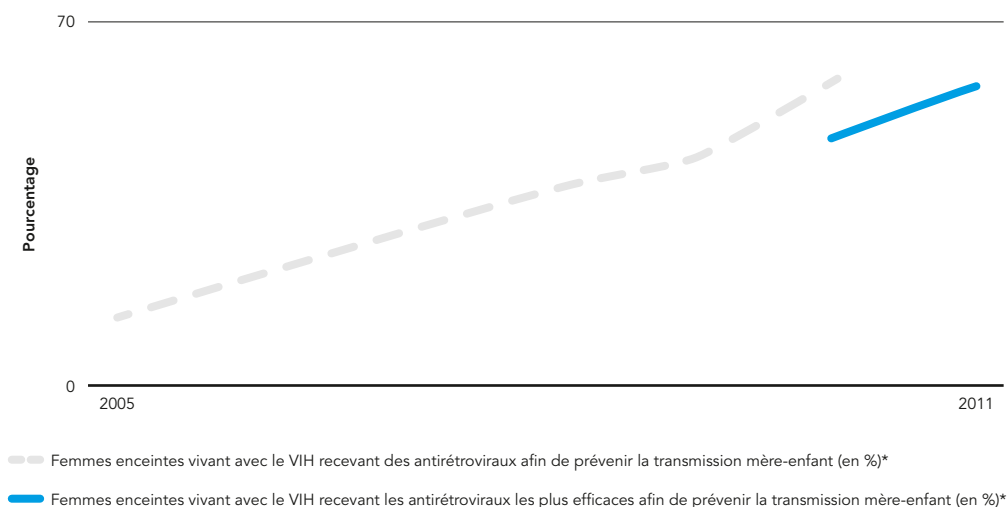
Empêcher les femmes en âge de procréer de contracter l'infection à VIH

Dans plusieurs pays présentant un niveau élevé de prévalence du virus, la baisse prononcée du nombre d'adultes contractant une infection à VIH depuis 2001 a contribué à réduire le nombre des femmes enceintes vivant avec le virus et celui des enfants

nouvellement infectés. Si l'on réduit davantage encore le nombre de personnes contractant l'infection au sein de la population générale, la prévention d'infections chez les enfants sera améliorée. De récentes recommandations de l'OMS concernant la fourniture de tests de dépistage et de conseils aux couples et d'une thérapie antirétrovirale aux couples sérodiscordants peuvent contribuer à réduire les nouvelles infections à VIH. Lorsque les couples bénéficient de conseils et font le test de dépistage ensemble, ils peuvent prendre des décisions éclairées en matière de prévention du VIH et de santé reproductive, y compris la contraception et la conception.

Si une femme contracte le virus pendant la grossesse ou l'allaitement, elle court un

Couverture par les traitements antirétroviraux chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, pays à revenu faible ou intermédiaire, 2005-2011



*L'OMS ayant cessé de recommander la névirapine à dose unique en 2010, il est impossible d'établir une comparaison avec les années précédentes.

risque plus élevé de le transmettre à son enfant que si elle vit déjà avec le VIH avant la conception (18). Il est par conséquent capital que les femmes enceintes et celles qui allaitent prennent des précautions supplémentaires afin d'éviter de contracter le virus.

Le nombre des nouvelles infections à VIH chez les enfants peut être sensiblement réduit d'ici à 2015

La réduction du nombre de femmes en âge de procréer contractant l'infection à VIH bénéficiera en outre à la santé maternelle à long terme et diminuera le nombre des décès maternels liés à la

grossesse, notamment dans les pays présentant une prévalence élevée de l'infection à VIH.

Éviter les grossesses non désirées

La deuxième intervention cruciale consiste à éviter les grossesses non désirées afin de réduire le nombre d'enfants contractant le virus. Dans 17 des 22 pays prioritaires, plus de 20 % des femmes mariées se disent désireuses de limiter ou d'espacer les naissances mais n'ont pas accès à la contraception. Une analyse récente de 6 des 22 pays prioritaires révèle que 13-21 % des femmes vivant avec le VIH et connaissant leur statut sérologique n'ont pas accès aux services de planification familiale dont elles ont besoin. Il est nécessaire de mettre des services de planification familiale à la disposition de toutes les femmes, séropositives et séronégatives. Plus les besoins en planification familiale seront satisfaits, plus les chances de survie des mères se multiplieront. À l'échelle internationale, on estime que 20 % des décès liés à la grossesse pourraient être évités si tous les besoins en matière de contraception étaient satisfaits (19).

Une étude récente (20) suggère que la contraception hormonale accroît potentiellement le risque de contracter le virus pour les femmes. Suite à son examen des données probantes disponibles, un groupe d'experts mandaté par l'OMS a jugé que celles-ci ne permettent pas d'établir que les femmes à risque élevé de contracter une infection à VIH doivent abandonner la contraception hormonale, mais a en revanche souligné qu'il est important que les femmes ayant recours à ce type de contraception utilisent des préservatifs pour prévenir l'infection.

Réduire la transmission du VIH de la mère vivant avec le virus à ses bébés

La troisième intervention consiste à conseiller les femmes enceintes, à leur faire pratiquer un test de dépistage du VIH et, si nécessaire, à leur fournir les services et les médicaments nécessaires pour garantir leur santé et réduire le risque de transmission mère-enfant. En 2011, 57 % des femmes enceintes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, dont le nombre est estimé à 1,5 million [1,3 million-1,6 million], ont reçu des médicaments antirétroviraux efficaces pour éviter la transmission du virus à leur enfant. Ce résultat est bien loin de l'objectif poursuivi par le Plan mondial (couverture de 90 % d'ici à 2015).

Parmi les vingt-deux pays prioritaires, le Botswana, l'Afrique du Sud et le Swaziland affichent une couverture de 90 % en matière de prévention de la transmission mère-enfant grâce à des protocoles basés sur une bithérapie ou une trithérapie. Pour leur part, le Ghana, la Namibie, la Zambie et le Zimbabwe semblent en voie d'atteindre cet objectif.

Cependant, dans les autres pays prioritaires, en 2011, moins de 75 % du nombre estimé

de femmes enceintes vivant avec le VIH ont bénéficié d'une thérapie antirétrovirale pendant la grossesse (2). Ailleurs, la couverture était particulièrement faible en Afrique de l'Ouest et centrale (27 % [23-30 %]), en Afrique du Nord et au Moyen-Orient (6 % [4-9 %]) et en Asie (19 % [14-25 %]), où la névirapine à dose unique était encore largement utilisée (2).

Les conseils, le dépistage et la fourniture des médicaments et des services nécessaires aux femmes enceintes ne constituent qu'une partie de l'intervention. Les traitements antirétroviraux les plus efficaces (à l'exception de la névirapine à dose unique, qui n'est plus recommandée aux femmes enceintes séropositives et qui n'est utilisée que pour traiter d'urgence les femmes sans suivi médical avant le début de l'accouchement) doivent être administrés à la mère et à l'enfant afin d'empêcher celui-ci de contracter une infection à VIH. La prophylaxie antirétrovirale doit se poursuivre pendant la durée de l'allaitement. Dans les vingt-et-un pays prioritaires d'Afrique subsaharienne, on estime à 61 % la couverture de la prophylaxie pendant la grossesse et l'accouchement, mais à 29 % seulement pendant l'allaitement. Dans plusieurs pays prioritaires, on constate que l'accès accru à des services de qualité pour la prévention des infections chez les nouveaux nés entraîne un faible taux de transmission du VIH aux nourrissons âgés de six semaines. Cependant, la transmission pendant l'allaitement est responsable du taux d'infection toujours élevé chez les enfants de 0 à 18 mois (et dans certains cas plus âgés).

À l'heure actuelle, deux options sont recommandées. Les pays choisissant l'option A doivent préalablement déterminer si la santé des femmes enceintes justifie une thérapie antirétrovirale (le seuil de démarrage du traitement est équivalent à une numération

de CD4 inférieure à 350 cellules par mm³). Les femmes dont la santé ne justifie pas une thérapie antirétrovirale doivent prendre des médicaments antirétroviraux jusqu'au septième jour suivant l'accouchement, et leur bébé jusqu'à la fin de la période d'allaitement. La mesure supplémentaire consistant à analyser les CD4 préalablement au démarrage du traitement est importante pour les programmes de l'option A. Non seulement celle-ci ne protégera pas la santé des femmes dont le niveau de CD4 est faible mais elle sera en outre moins efficace que l'option B pour empêcher la transmission à l'enfant lorsque la mère se trouve à un stade avancé de la maladie. Les programmes de l'option B peuvent immédiatement administrer trois antirétroviraux aux mères jusqu'au septième jour suivant la fin de la période d'allaitement et un traitement de courte durée aux nourrissons (4-6 semaines). Certains pays envisagent d'abandonner l'option A pour adopter l'option B ou B+, suivant laquelle les femmes enceintes entament immédiatement une thérapie antirétrovirale à vie. L'option B+ présenterait des avantages supplémentaires, car elle contribue sans doute à améliorer la santé des femmes et protège les mères et les bébés dès le premier jour de la grossesse, d'où un risque moindre de transmission du VIH. En particulier dans les pays où le taux de fécondité est élevé, cette option est susceptible de réduire sensiblement le nombre d'enfants contractant le virus. Les ressources supplémentaires nécessaires au traitement continu peuvent être compensées par des procédures simplifiées, par l'amélioration de la santé des mères et des enfants, ainsi que par d'autres avantages, notamment la prévention de la transmission du VIH au sein des couples sérodiscordants et la réduction du risque de développer des souches de VIH résistantes dû à l'interruption du

traitement chez les femmes ayant de multiples grossesses (21).

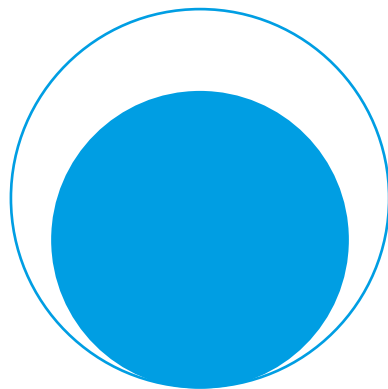
Une couverture étendue et les traitements les plus efficaces aideront les pays à atteindre les faibles taux de transmission mère-enfant ciblés par le Plan mondial : 5 % lorsqu'il y a allaitement et 2 % lorsqu'il n'y en a pas. Entre 2000 et 2005, malgré l'étendue des connaissances sur les moyens de réduire la transmission de la mère à l'enfant, celle-ci est demeurée stable⁴. À l'origine, la couverture des interventions visant la transmission verticale était trop faible pour être efficace. Ensuite, lorsque la couverture a commencé à s'amplifier, les traitements n'étaient pas assez forts pour réduire sensiblement le taux de transmission.

Depuis 2010 et l'introduction de prophylaxies plus efficaces, ce taux a diminué.

Les taux plus faibles de transmission mère-enfant confirment la pertinence croissante des efforts déployés par les pays pour fournir une prophylaxie efficace tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Entre 2010 et 2011, la plupart des progrès réalisés en matière de réduction du taux de transmission sont dus à l'adoption de traitements plus efficaces. Quant au nombre de femmes bénéficiant de traitements prophylactiques, il a augmenté légèrement.

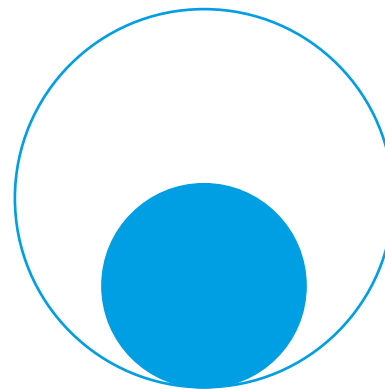
Il n'en demeure pas moins que des défis demeurent. En 2011, un enfant sur cinq né

Pourcentage de binômes mère-enfant éligibles bénéficiant d'une prophylaxie efficace visant à prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants, pays à revenu faible ou intermédiaire, 2011



61 %

Pendant la grossesse et l'accouchement



29 %

Pendant l'allaitement



LUCY GHATI

Réseau kenyan National Empowerment Network of
People Living with HIV/AIDS

EMPÊCHER LES NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS ET MAINTENIR LEURS MÈRES EN VIE CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

En tant que mère vivant avec le VIH, je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour ne pas transmettre le virus à mon bébé et je sais que d'autres femmes partageant mon statut sérologique feraient de même. Je suis convaincue que nous pouvons éviter de nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie : nous possédons les connaissances scientifiques et les outils nécessaires pour prouver que cet espoir est réalisable et le transformer en réalité. Pourtant, au Kenya, aujourd'hui encore un enfant sur cinq né d'une femme séropositive contracte l'infection.

Les actions menées en différents lieux prouvent que l'accès des femmes enceintes vivant avec le VIH à une thérapie antirétrovirale prévient la transmission de la maladie à leurs bébés. Mais la science ne sera d'aucun concours si les programmes ne sont pas correctement conçus et ne ciblent pas spécifiquement les problèmes auxquels sont confrontées les femmes. En Afrique, en 2011, seules 60 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu les médicaments dont elles avaient besoin pour empêcher leur progéniture de contracter le virus.

De nombreux programmes continuent de se concentrer sur les établissements de santé, alors que la moitié des femmes concernées n'y ont pas accès. Il apparaît donc nécessaire d'améliorer la conception des programmes, de mobiliser les investissements requis et d'encourager la participation réelle et durable des communautés à tous les échelons de la riposte. Les femmes et les hommes doivent devenir les acteurs du changement, développer leurs connaissances et la demande et plaider pour l'allocation de ressources, le renforcement des systèmes communautaires et la mise à échelle des services.

d'une femme vivant avec le VIH a été infecté pendant la grossesse ou l'allaitement. Des traitements plus efficaces et une couverture plus étendue peuvent réduire ce taux à moins de 5 %.

Fournir un traitement, des soins et un soutien aux mères vivant avec le VIH et à leur famille

Suite aux progrès timorés enregistrés au début de la décennie, en 2011 on comptait environ 3,4 millions [3,1 millions-3,9 millions] d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH dans le monde entier, dont 91 % en Afrique subsaharienne. La même année, ce sont quelque 230 000 [200 000-270 000] décès d'enfants dus à des maladies liées au sida qui ont été enregistrés.

La quatrième intervention consiste à fournir un soutien, des soins et un traitement aux mères vivant avec le VIH et à leur famille. Les enfants qui sont infectés pendant la grossesse ou l'allaitement ont besoin d'un diagnostic précoce du VIH et d'un traitement en temps opportun. Le simple fait de fournir un traitement antirétroviral et des soins appropriés à la mère et à l'enfant, y compris le dépistage et la prise en charge de la tuberculose, améliore les perspectives globales de survie des enfants. Sans cela, la progression de la maladie et la survenue du décès sont généralement rapides : près de 50 % des enfants infectés pendant la grossesse ou l'accouchement décèdent avant leur premier anniversaire et environ 50 % des enfants infectés pendant l'allaitement décèdent au cours des neuf années suivantes (22). Le recours aux gouttes de sang séché a permis un dépistage précoce chez le nourrisson. Cependant, trop de traitements sont administrés aux enfants, d'où une complexité

accrue de la prestation de services. Il est donc nécessaire de poursuivre les efforts de simplification. En raison de l'extension continue des programmes visant à éviter les infections à VIH chez les enfants aux points d'accès aux soins anténatals de premier niveau, il est nécessaire de redoubler d'efforts pour s'assurer que ces installations prennent en charge le diagnostic et le traitement des enfants.

L'écart en matière de couverture de la thérapie antirétrovirale entre les enfants et les adultes demeure grand. À l'échelle mondiale, en 2011, environ 562 000 enfants ont suivi une thérapie antirétrovirale (contre 456 000 en 2010), soit une couverture de seulement 28 % [25-32 %]. Si la tendance est certes à la hausse (22 % [20-25 %] en 2010), on est encore loin de la couverture affichée par les adultes (57 % [53-60 %]). Bien que les services de thérapie antirétrovirale continuent de n'atteindre qu'une petite proportion d'enfants éligibles, on constate une diminution sensible des décès liés au sida chez les enfants : 230 000 [200 000-270 000] en 2011 au lieu de 320 000 [290 000-370 000] en 2005.

En 2011, quelque 620 000 [600 000-700 000] femmes enceintes étaient éligibles à la thérapie antirétrovirale au nom de leur propre santé, mais seulement 190 000 femmes enceintes vivant avec le VIH dont la numération de CD4 était inférieure ou égale à 350 cellules par ml en ont bénéficié. En 2010, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, moins de la moitié (45 %) des femmes enceintes dont la séropositivité était connue ont fait l'objet d'un examen visant à déterminer si elles pouvaient prétendre à une thérapie antirétrovirale⁵ (2). Un traitement antirétroviral dispensé en temps opportun aux mères vivant avec le VIH

réduit sensiblement la mortalité maternelle indirecte. Outre la diminution des décès liés à la grossesse, le traitement permet aux mères de vivre plus longtemps et plus sainement.

Il est crucial d'améliorer le maintien des femmes et des enfants dans les programmes de prévention mère-enfant et la poursuite de la thérapie antirétrovirale pour freiner la

transmission verticale et pour maintenir les mères et les enfants vivant avec le VIH en vie et en bonne santé. L'amélioration du soutien des communautés et l'utilisation des technologies mobiles au service de la santé, notamment les messages textuels pour le rappel de rendez-vous ou l'observance du traitement, ainsi que la réduction des multiples étapes des soins, sont également capitales pour optimiser les résultats.

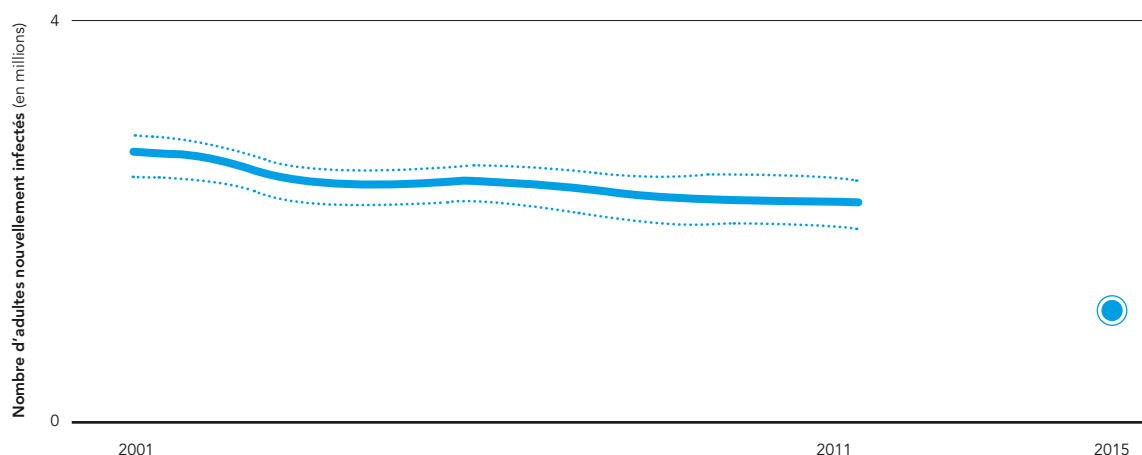
Timide recul du nombre d'adolescents et d'adultes contractant l'infection à VIH

Dans le monde, le nombre des adolescents et des adultes (dans la suite de la présente partie, le terme « adulte » désigne toute personne âgée de 15 ans et plus) nouvellement infectés continue de baisser à mesure que les efforts de prévention s'intensifient. Cependant, le taux de diminution est insuffisant pour permettre d'atteindre les objectifs de réduction de moitié du nombre de personnes contractant la maladie d'ici à 2015. D'après les estimations, 2,2 millions [2,0 millions-2,4 millions] d'adultes ont contracté le virus en 2011, soit 500 000 de moins qu'en 2001. Cette tendance à la baisse procède d'un ensemble de facteurs, notamment l'évolution naturelle de l'épidémie de VIH, les changements comportementaux et l'accès amélioré à la thérapie antirétrovirale.

L'Afrique subsaharienne accueille toujours la plupart des adultes nouvellement infectés⁶, quoique leur nombre soit en déclin. En effet, on constate une baisse de plus de 35 % des nouvelles infections, qui sont passées d'environ 2,2 millions [2,1 millions-2,4 millions] en 1997, au plus fort de l'épidémie, à 1,5 million [1,3 million-1,6 million] en 2011.

Les services liés au VIH ne parviennent pas encore à toutes les populations clés plus exposées au risque d'infection, dont les travailleurs du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Par conséquent, le nombre de personnes nouvellement infectées ne diminue pas suffisamment dans des zones où l'épidémie se concentre sur des populations clés à risque élevé. Ce constat est particulièrement évident en Europe orientale, en Asie centrale, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Suite au recul enregistré au début des années 2000, les nouvelles infections ont de nouveau augmenté en Europe orientale et en Asie centrale depuis 2008. Le nombre annuel des nouvelles infections a également progressé au Moyen-Orient et en Afrique du Nord au cours des dix dernières années.

Nouvelles infections chez les adultes, 2001-2011, et objectif pour 2015



Baisse des nouvelles infections dans plusieurs régions

Depuis 1997, le nombre annuel des personnes ayant contracté l'infection à VIH en **Afrique subsaharienne** n'a jamais été aussi faible qu'en 2011. On estime à 1,5 million [1,3 million-1,6 million] les adultes nouvellement infectés en 2011, soit 22 % de moins qu'en 2001 et 3 % de moins qu'en 2010. L'évolution des comportements à risque, dont la réduction du nombre de partenaires sexuels, l'utilisation accrue du préservatif et une activité sexuelle moins précoce, a enclenché cette tendance à la baisse, tout comme la couverture accrue des interventions biomédicales, notamment la circoncision masculine et la thérapie antirétrovirale.

La plupart des nouvelles infections des adultes en Afrique subsaharienne sont dues à des rapports sexuels non protégés, à savoir des rapports tarifés et des rapports entre hommes (23, 24). On constate, notamment dans les pays à prévalence élevée, qu'un

grand nombre de personnes nouvellement infectées ont des partenaires multiples. Les couples sérodiscordants sont un autre groupe particulièrement touché par les nouveaux cas d'infection (25–29).

Le taux de transmission du VIH ralentit aussi en **Asie**. On estime à 360 000 [240 000-480 000] les adultes nouvellement infectés dans la région en 2011, un chiffre sensiblement inférieur aux quelque 440 000 [290 000-510 000] cas de 2001. Ce résultat reflète un recul de l'incidence du VIH dans l'épidémie à plus grande échelle. Sept pays accueillent plus de 90 % des personnes vivant avec le VIH : la Chine, l'Inde, l'Indonésie, la Malaisie, le Myanmar, la Thaïlande et le Vietnam (2). Si l'Inde se distingue par ses excellents résultats (réduction de moitié du nombre d'adultes nouvellement infectés entre 2000 et 2009) (30), certains pays asiatiques de plus petite taille, tels que l'Afghanistan et les Philippines, enregistrent une hausse des nouvelles infections (2).

L'injection de drogues, les rapports sexuels non protégés entre hommes et les rapports sexuels tarifés non protégés alimentent l'épidémie dans la région. La prévalence du VIH chez ces groupes clés à risque élevé est importante dans de nombreux pays de la région. À l'échelle du continent, environ 16 % des personnes qui s'injectent des drogues vivent avec le VIH (31), mais la prévalence des infections est particulièrement inquiétante à certains endroits. Entre 8 % et 32 % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont séropositifs dans les grandes villes de Chine (32), d'Inde (33), d'Indonésie (34), du Myanmar (35) et de Thaïlande (36).

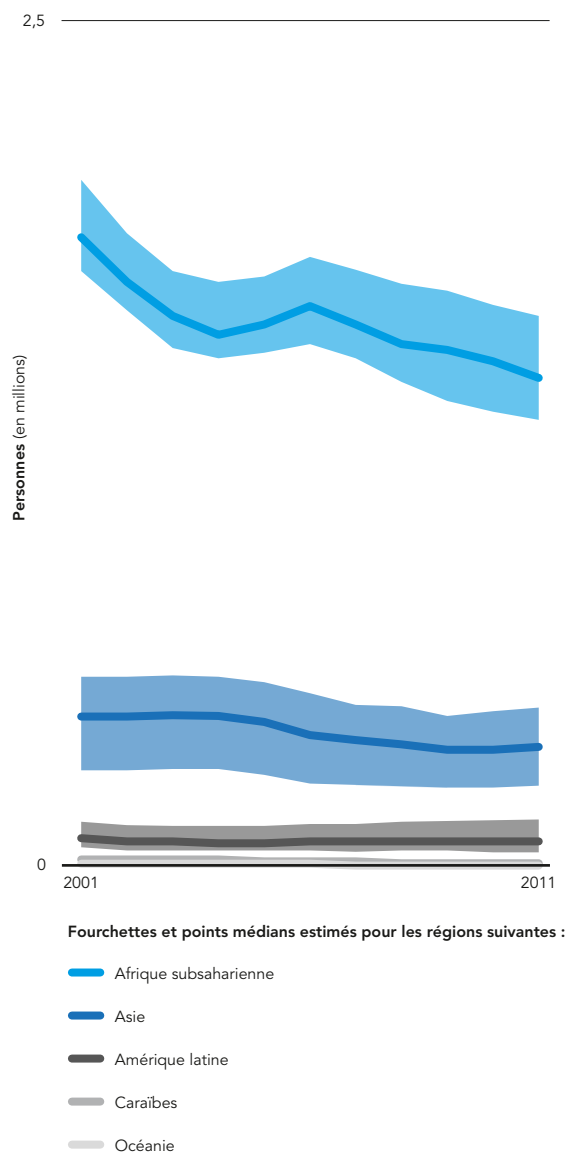
Ces quelques dernières années, le nombre d'adultes nouvellement infectés en **Océanie** a baissé, y compris en Papouasie-Nouvelle-Guinée, le pays de la région où l'épidémie sévit le plus (37). En 2011, quelque 2 600 [1 900-3 500] adultes y ont contracté le virus, soit 17 % de moins qu'en 2001. Dans la plupart des cas, la transmission se fait par voie sexuelle (38).

Aux **Caraïbes**, on estime à 12 000 [8 700-14 000] les adultes nouvellement infectés en 2011, soit 38 % de moins qu'en 2001. Si la plupart des pays de la région ont reconnu que la transmission hétérosexuelle est la principale voie d'infection à VIH, avec une forte prévalence chez les professionnelles

Davantage de mesures doivent être prises pour réduire de moitié la transmission du VIH et la transmission chez les personnes qui s'injectent des drogues d'ici à 2015

du sexe (25), seul un petit nombre pointe les rapports sexuels non protégés entre hommes comme un facteur contribuant à la propagation de l'épidémie. Pourtant, des études révèlent une prévalence du

Nouvelles infections à VIH chez les adultes, 2001-2011, dans les régions affichant une incidence stable et en baisse



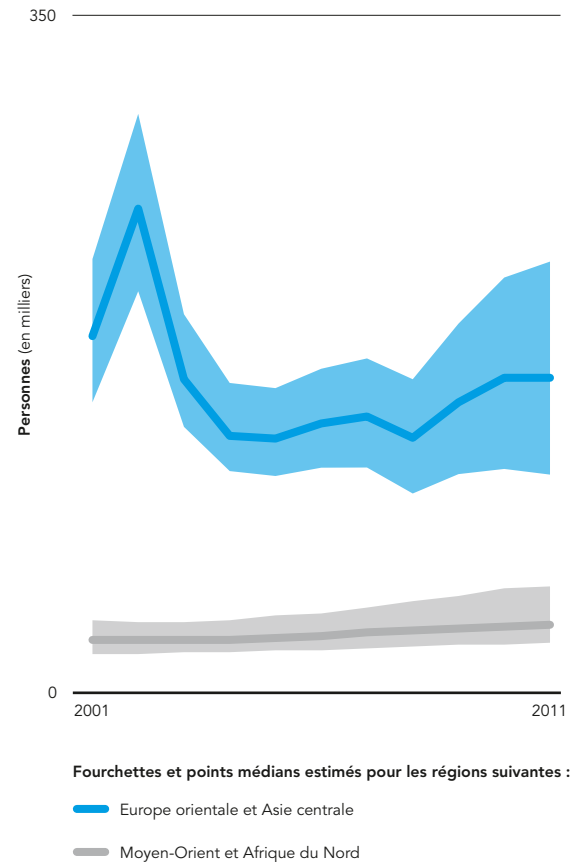
VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les villes : 5 % en République dominicaine (39), 8 % aux Bahamas, 19 % en Guyane et 33 % en Jamaïque (40).

Stabilité de l'incidence partout ailleurs

L'épidémie s'est stabilisée à un niveau relativement faible en **Amérique latine**. Cependant, chaque année, près de 100 000 personnes contractent l'infection dans la région. Dans la plupart des pays, le VIH se propage principalement au sein et autour des réseaux d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Des études révèlent une prévalence du VIH d'au moins 10 % chez ce groupe dans neuf des quatorze pays de la région et un taux d'infection atteignant 19 % dans certaines villes (41-43). L'injection de drogues est une autre voie importante de transmission dans la région, notamment dans le cône sud du continent et au Mexique.

L'incidence du VIH a globalement peu évolué depuis 2004 en **Amérique du Nord** et en **Europe occidentale et centrale**, mais on constate un développement inquiétant de certaines petites épidémies en Europe centrale⁷. D'après les estimations, 88 000 [54 000-156 000] adultes ont été nouvellement infectés en 2011, contre 79 000 [65 000-97 000] en 2001. Les rapports sexuels non protégés entre hommes continuent d'être le vecteur principal de transmission dans la région (44), tandis que l'injection de drogues et les rapports sexuels tarifés non protégés jouent un rôle relativement modeste. L'épidémie chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes semble refaire son apparition en Amérique du Nord et dans quasiment toute l'Europe occidentale (45).

Nouvelles infections chez les adultes, 2001-2011, dans les régions présentant une incidence en hausse



Incidence accrue dans deux régions

À l'heure actuelle, rien ne permet de croire à un ralentissement des épidémies en **Europe orientale** et en **Asie centrale**. On estime à 160 000 [110 000-220 000] les adultes nouvellement infectés en 2011, soit 22 % de plus qu'en 2005. Dans la Fédération de Russie, le nombre des nouveaux diagnostics recensés est passé de 39 207 en 2005 à 62 581 en 2010 (2). Depuis 2005, les nouveaux cas de VIH signalés sont également en hausse dans les petites épidémies d'Asie centrale (Kirghizistan, Tadjikistan et Ouzbékistan) (44).

La principale voie de transmission dans la région demeure l'utilisation de matériel d'injection contaminé. Ainsi, l'incidence du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues à Saint-Pétersbourg, en Fédération de Russie, était de 8,1 pour cent personnes en 2009, soit près du double du taux enregistré cinq ans auparavant (46). Des études menées dans d'autres villes révèlent une prévalence du virus de 32-64 % chez les personnes du même groupe (47-49). Parmi les femmes vivant avec le VIH dans la région, 35 % auraient contracté la maladie en s'injectant des drogues et 50 % auraient été contaminées par un partenaire s'injectant des drogues (50).

Les données disponibles au **Moyen-Orient et en Afrique du Nord**⁸ suggèrent un nombre croissant d'infections. En 2011, quelque 36 000 [26 000-56 000] adultes auraient contracté la maladie, soit une progression de 29 % par rapport à 2001. Les rapports sexuels non protégés (y compris entre hommes) et le partage de matériel d'injection contaminé sont les principaux facteurs d'infection à VIH dans la région (51).

Des programmes clés toujours à la traîne

La réalisation des objectifs de prévention exige de mettre systématiquement en œuvre

un ensemble complet de services de base et de redoubler d'efforts pour atteindre les populations pertinentes à risque élevé d'infection.

La riposte mondiale au VIH ne semble pas être en mesure de réaliser les objectifs de prévention du virus approuvés à l'échelle internationale. Des données épidémiologiques indiquent que la raison principale de cet échec est l'incapacité à appliquer et à intensifier efficacement certains programmes de base visant à réduire la transmission du VIH chez les adultes, dont la circoncision masculine médicale et volontaire (dans les cas où elle s'impose), les changements comportementaux, la promotion du préservatif et les programmes destinés aux populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH.

La mise en œuvre de programmes de circoncision masculine médicale et volontaire a manqué de dynamisme. Entre 2011 et 2025, cette intervention a le potentiel de prévenir 22 % des infections dans quatorze pays d'Afrique orientale et australe si 80 % des hommes âgés de 15-49 ans sont circoncis d'ici 2015 et que ce taux se maintient. Pour atteindre ce niveau de couverture, près de 21 millions d'hommes doivent être circoncis. Fin 2011, plus de 1,3 million de circoncisions avaient été réalisées, ce qui représente à peine un peu plus de 6 % de l'objectif.

Certains groupes de la société courent un risque particulièrement élevé de contracter et de transmettre le virus. Ainsi, les personnes qui pratiquent le commerce du sexe subissent de plein fouet le fléau du VIH. Récemment, une méta-analyse d'enquêtes réalisées dans cinquante pays (41) a fait état d'une prévalence moyenne de 12 % des infections à VIH chez



OLGA BELYAEVA

Présidente du Conseil de l'Association des partisans d'un traitement de substitution, Ukraine

EMPÊCHER LES NOUVELLES INFECTIONS CHEZ LES PERSONNES S'INJECTANT DES DROGUES CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

L'épidémie de VIH continue de s'étendre en Europe orientale et en Asie centrale. Le principal facteur de transmission est le partage de matériel d'injection de drogue contaminé. Nous pouvons mettre fin à la transmission du virus chez les personnes qui s'injectent des drogues. Nous savons comment nous y prendre.

Bien conçus et bien gérés, les programmes de réduction des risques ont un effet positif indéniable sur le recul de la transmission du VIH. Je suis bien placée pour le savoir. L'introduction de programmes de réduction des risques a amélioré ma qualité de vie et celle d'autres personnes qui consomment des drogues en Ukraine.

Les avantages conférés par les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues et les traitements de substitution aux opiacés sont évidents. Bien que les thérapies de substitution bénéficient d'un soutien politique croissant dans la région, leur couverture reste toutefois insuffisante. Les programmes doivent s'adapter aux femmes et aux filles qui consomment des drogues injectables et demeurent dans l'ombre.

Les politiques actuelles en matière de drogues exacerbent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des consommateurs de drogues et limitent l'accès à des services complets de prise en charge du VIH. « Rien ne se fera pour nous sans nous » – le principe selon lequel les

personnes consommant des drogues doivent jouer un rôle central dans les décisions qui les concerne – devient progressivement une réalité dans notre région, mais il reste encore beaucoup à faire.

Nous savons que la réduction des risques donne des résultats. Si nous réussissons à en faire profiter un nombre plus grand de personnes, nous pourrons mettre fin à l'épidémie de VIH dans ma région.

8 millions
de personnes ont reçu
un traitement

En 2011, plus de
8 millions de personnes
vivant avec le VIH ont
bénéficié d'une thérapie
antirétrovirale dans les
pays à revenu faible ou
intermédiaire.

les professionnelles du sexe. Les données relatives au VIH chez les professionnels du sexe sont rares, mais des études ont révélé une prévalence du virus de 14 % à Campinas, au Brésil (52), de 5 % à Shenzhen, en Chine (53) et de 16 % à Moscou, en Fédération de Russie (54). D'autres études suggèrent que la prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire peut être 19 fois plus élevée que dans l'ensemble de la population (55) et qu'un tiers des nouveaux cas d'infection hors d'Afrique subsaharienne est dû à l'injection de drogues (56).

Dans de nombreux pays, la transmission du VIH concerne surtout des populations clés plus exposées au risque d'infection, mais la disponibilité des services pertinents et le recours à ceux-ci sont regrettamment insuffisants. Il existe ainsi des méthodes éprouvées et efficaces pour prévenir la transmission du VIH par du matériel d'injection de drogues contaminé (57, 58), mais de nombreux pays les ignorent encore (59).

Des données préliminaires issues de rapports présentés par quatre-vingt-quinze pays en 2011 suggèrent que moins de 20 % des pays

pour lesquels des données sont disponibles affichaient une couverture de dépistage du VIH chez les professionnels du sexe de 80 % ou plus. Environ 15 % des pays affirment soumettre 80 % ou plus des personnes qui s'injectent des drogues à des tests de dépistage. La disponibilité des services de dépistage et le recours à ceux-ci sont particulièrement faibles dans le cas des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes : moins de 10 % des pays font état d'une couverture de 80 % ou plus.

Si les efforts visant la fourniture de traitements aux personnes vivant avec le VIH et la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant semblent en bonne voie d'atteindre les objectifs internationaux fixés, d'autres services de base liés au VIH sont pour leur part négligés. Les activités des programmes de base, notamment les services ciblant adéquatement les besoins en prévention des populations clés à risque élevé, et les programmes visant le changement des comportements sexuels et favorisant la circoncision masculine médicale et volontaire doivent être mis en œuvre afin d'accélérer les avancées vers les objectifs de prévention fixés.

LA SCIENCE EN ACTION

Transformer la science en programmes

Au cours des dernières années, de nombreuses percées ont fait avancer la recherche scientifique et le développement de produits. En s'appuyant sur les résultats des programmes existants, il est possible d'intégrer ces connaissances aux efforts visant à mettre fin au sida.

L'épidémie mondiale ralentit depuis les années 1990, grâce aux efforts collectifs et aux investissements importants consacrés à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien. Le sida ne disparaîtra pas naturellement dans un avenir proche, mais une voie se profile devant nous qui est susceptible de nous mener vers la fin de l'épidémie. Pour relever ce défi, nous devons redoubler d'efforts et accroître les investissements.

Quatre raisons évidentes, toutes soutenues par des engagements politiques, nous incitent à croire que nous nous rapprochons de la solution au problème.

La voie vers la fin du sida nous est ouverte

Tout d'abord, de vastes changements comportementaux et d'autres actions

concertées à volets multiples ont sensiblement réduit le nombre de personnes contractant l'infection à VIH, notamment dans les pays les plus sévèrement touchés. Pour se confirmer, cette tendance encourageante requiert une transformation sociale continue centrée sur le sida et des efforts intensifs et adaptés visant la réduction des risques. S'il est certes ardu d'inverser la dynamique d'une épidémie en expansion, il est beaucoup plus aisé de la gérer lorsqu'elle est en recul, à condition toutefois de livrer des efforts soutenus.

Deuxièmement, l'accès généralisé à la thérapie antirétrovirale, y compris dans les environnements les plus démunis en ressources, s'est traduit par un recul des maladies et décès liés au VIH et devrait continuer à réduire le nombre des nouvelles infections, puisque les personnes vivant avec le VIH deviennent moins contagieuses. La crainte généralisée que l'accès à la thérapie antirétrovirale engendre une distorsion des priorités et nuise aux systèmes de santé dans les pays peinant à fournir les services de santé les plus essentiels s'est révélée infondée. Au contraire, les efforts concertés en matière de VIH ont le plus souvent renforcé les capacités des systèmes de santé, notamment en qui concerne les achats, ainsi que les systèmes et les installations connexes, et ont bénéficié à tous les domaines liés à la santé.

Troisièmement, l'objectif visant à empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant est devenu un test décisif en matière d'équité et de santé maternelle et infantile. Dans le cadre des efforts mondiaux déployés pour vaincre la disparité entre les pays où les infections à VIH chez les enfants sont rares et ceux où elles sont encore courantes, l'élimination des infections chez les enfants et le maintien en vie de leurs mères (1) sont devenus les points de ralliement de l'action collective et de la solidarité mondiale.

Quatrièmement, une nouvelle volonté s'est fait jour, qui privilégie le caractère participatif et le respect de la dignité humaine de la riposte au sida, même relativement aux tabous et aux comportements stigmatisés. En bien des endroits, le sida a mis en lumière les fractures sociales ainsi que les lieux et les populations au sein desquels l'exclusion sociale et la marginalisation ont permis au virus de devenir endémique. Les actions axées sur les vulnérabilités ont établi une large plateforme de respect des droits de l'homme inaliénables et de soutien à l'égalité des sexes, contribuant ainsi de manière substantielle à une transformation sociale positive.

Les investissements liés au sida ont bénéficié d'informations de plus en plus précises sur les foyers des nouvelles infections, les actions de prévention nécessaires et les mesures les plus urgentes pour garantir l'accès au traitement des personnes qui en ont besoin. La transition entre, d'un côté, les projets à petite échelle et les études de preuve de concept et, de l'autre côté, les programmes d'accès généralisé au traitement a eu lieu. Elle a permis de réduire les coûts unitaires en élargissant les systèmes de réponse aux besoins et de réaliser des économies d'échelle et d'envergure. Autrefois fondée sur une réponse d'urgence à court terme, la riposte au sida s'appuie désormais

sur un programme soutenu à long terme et les efforts de programmation sont guidés par les notions d'efficacité et d'efficience.

Multiplier les mesures efficaces

Chacun de ces signaux annonciateurs de changement doit être amplifié si l'on souhaite tracer la voie vers la fin du sida. Il faut, à cette fin, surmonter les obstacles limitant l'accès au traitement (2). Une approche à l'échelle du système est indispensable pour garantir que les options individuelles de maîtrise du VIH puissent avoir un impact au niveau de la population.

Les individus ont davantage d'options pour gérer leur exposition à l'infection par le VIH, et les couples pour aborder ensemble les risques qu'ils encourent. Ces options englobent, par exemple, la gestion des comportements sexuels et de la consommation de drogues, l'utilisation de préservatifs ou de matériel d'injection propre afin d'éviter la transmission, la circoncision masculine pour réduire le risque de contracter le virus et le recours des personnes séropositives à la thérapie antirétrovirale afin de maîtriser la maladie.

Comme l'écrivent ci-après Anthony S. Fauci et Elly Katabira, une nouvelle option supplémentaire consiste à dispenser une thérapie antirétrovirale aux personnes qui ne sont pas infectées mais qui courent un risque élevé de l'être. Des essais cliniques ont prouvé que le nombre de personnes séronégatives nouvellement infectées diminue considérablement lorsqu'elles bénéficient quotidiennement d'une thérapie antirétrovirale pendant une période prolongée. Cependant, ces mêmes essais ont démontré que les individus en bonne santé sont confrontés à un défi majeur lorsqu'ils entament une thérapie antirétrovirale quotidienne, même dans le

cadre d'un essai clinique étroitement surveillé et soigneusement organisé.

Les options disponibles peuvent transformer la riposte

Pour infléchir de manière décisive le cours de l'épidémie, les nouvelles options de traitement et de prévention du VIH doivent s'appuyer sur les actions existantes et s'ajouter à celles-ci. Les résultats positifs enregistrés à l'échelle individuelle doivent devenir des actions systémiques ayant un impact sur l'ensemble de la population. L'ONUSIDA rassemble actuellement un éventail de partenaires afin de garantir la transformation de la riposte au sida au cours des quatre prochaines années. Ce potentiel ne peut se concrétiser que si les obstacles à l'accès sont levés. Les services doivent être réorientés pour devenir plus accessibles au niveau local et être axés sur les personnes et les communautés. Les programmes de prévention et de traitement doivent être révisés de manière à donner aux personnes les moyens d'utiliser les outils biomédicaux de prévention et de traitement du VIH existants et à intégrer ceux-ci aux stratégies communautaires et individuelles afin de minimiser les risques.

Les options de prévention au niveau individuel peuvent être étendues pour avoir un impact à l'échelle de la population

Le présent rapport fait état de l'amélioration constante de l'accès à la thérapie antirétrovirale et de l'optimisation des ressources susceptibles d'aller de pair avec la mise à échelle des programmes.

La décentralisation des soins a grandement contribué à ces avancées. Le traitement du VIH était autrefois confiné aux hôpitaux tertiaires et aux établissements spécialisés réservés aux plus grandes villes, tandis qu'aujourd'hui il est

disponible dans les centres de santé locaux et de district. La décentralisation des soins est redevable à l'amélioration des chaînes d'approvisionnement, qui autorisent des diagnostics et des traitements fiables. Quoique les réserves de médicaments demeurent préoccupantes, il existe de plus en plus de systèmes d'alerte précoce et de gestion du contrôle des stocks permettant de minimiser toute perturbation.

Grâce à la simplification et la stabilisation des thérapies antirétrovirales, il est désormais possible de s'intéresser aux systèmes de diagnostic. Le développement et la disponibilité de ces technologies de diagnostic sont au cœur de l'agenda du Traitement 2.0 mis en œuvre par l'OMS, l'ONUSIDA et des experts en matière de diagnostic. Le but est de réduire les prix et d'améliorer l'accès tout en garantissant qualité, fiabilité et pertinence. La gestion du VIH s'appuie sur certaines étapes clés du dépistage : diagnostic et confirmation de l'infection à VIH et suivi de la numération de cellules CD4 et de la charge virale. Les outils de diagnostic simplifiés permettant d'évaluer la numération de CD4 aux points d'accès aux soins ou dans les laboratoires de base commencent à être disponibles dans le commerce et le test rapide pour déterminer la charge virale se trouve à un stade de développement avancé. Les techniques de dépistage de maladies multiples, comme le VIH, la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite virale, ayant recours à un seul dispositif simple et fiable, sont également à l'étude.

Il est urgent de supprimer les goulets d'étranglement des capacités en ressources humaines afin de soutenir les services liés au VIH. Cet aspect est considéré comme un facteur clé de progrès dans le cadre du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections

à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 (1) et maintenir leurs mères en vie dans les vingt-deux pays ayant le plus grand nombre d'enfants contractant le virus. La délégation des tâches s'est révélée cruciale pour la mise à échelle des programmes de riposte au VIH. En mai 2012, à l'occasion de la première réunion annuelle pour l'évaluation du Plan mondial, les ministres de la Santé de nombreux pays, dont le Burundi, la République démocratique du Congo et le Tchad, ont fait état de progrès dans la prestation de services, comme l'administration de la thérapie antirétrovirale par des infirmières. En République-Unie de Tanzanie, tous les services de planification familiale et de riposte au VIH fonctionnent en binômes ; le Ghana a promulgué une politique visant la prestation gratuite et universelle des services de planification familiale ; au Botswana, tous les établissements de santé dispensant des soins prénatals aux femmes enceintes disposent de services liés au VIH.

Le dépistage n'a jamais été aussi simple

Ces dix dernières années, les progrès technologiques ont permis de simplifier progressivement l'utilisation du test de dépistage du VIH, la première étape de la prise en charge du virus, et d'en réduire le coût. Dans la plupart des cas, le dépistage consiste en un test rapide, avec prélèvement de quelques gouttes de sang au bout du doigt ou d'un échantillon de salive, dont les résultats sont disponibles en 30 minutes. Ces technologies ont permis de généraliser les tests et se sont révélées très efficaces en Afrique du Sud. Un effort concerté du gouvernement mené en avril 2010 a permis à 14 millions de personnes d'effectuer le test VIH dans des établissements privés et publics sur une période de quinze mois (3).

Les progrès des technologies de dépistage et la large disponibilité des traitements ont incité

certain à réclamer le libre accès aux trousse de dépistage du VIH afin que chacun puisse effectuer le test au moment et à l'endroit pertinents de son choix sans être tenus de consulter un prestataire de service clinique. En 2011, après avoir étudié l'auto-dépistage des agents de santé ayant fréquemment accès aux trousse de dépistage sur leur lieu de travail, l'OMS a plaidé en faveur de la régularisation de cette pratique informelle. Au Royaume-Uni, le Terrence Higgins Trust, la principale organisation communautaire de riposte au sida, réclame depuis longtemps l'auto-dépistage à domicile. En 2011, la commission sur le sida de la Chambre des Lords a recommandé un changement politique, que le gouvernement étudie à l'heure actuelle. De nombreuses études et analyses de l'auto-dépistage menées au Kenya, au Malawi et en Afrique du Sud ainsi qu'au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis révèlent l'indéniable attrait qu'il représente pour ses utilisateurs potentiels (4-6).

En avril 2012, aux États-Unis, le Blood Products Advisory Committee (Comité consultatif sur les produits sanguins) de la Food and Drug Administration (FDA, Agence américaine des médicaments) a recommandé l'approbation de la vente libre d'une trousse de dépistage du VIH, la diffusion d'informations aux utilisateurs et un service téléphonique d'informations et d'orientation disponible 24 heures sur 24. À cet égard, dans le cadre d'un essai non observé, où près de 6 000 personnes ont essayé la trousse de dépistage, la sensibilité était de 93 % et la spécificité de plus de 99 %. Ces résultats permettent de penser que, pour chaque million de tests vendus, plus de 9 000 personnes apprendront qu'elles sont séropositives (alors qu'autrement elles n'en auraient rien su) et que 700 autres éviteront de contracter l'infection.

La circoncision masculine est plus simple

La circoncision masculine se simplifie et peut être réalisée sur le terrain. Les recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA sur la circoncision masculine médicale et volontaire visant à prévenir le risque d'infection à VIH chez les hommes adultes suggèrent une intervention chirurgicale d'une durée de 20 à 30 minutes. Des méthodes de circoncision non chirurgicale, plus simples, font l'objet d'une étude de préqualification de la part de l'OMS et l'utilisation à grande échelle de l'une d'entre elles a été recommandée au Rwanda. Le suivi de son utilisation et de ses résultats déterminera si la méthode peut être appliquée dans d'autres pays (7).

Il convient cependant de noter que le recours à la circoncision masculine comme moyen de prévention contre le VIH est loin d'avoir atteint les objectifs visés. Si les contraintes en matière de ressources ont sans doute leur part de responsabilité, des changements culturels et sociaux considérables sont probablement nécessaires pour augmenter sensiblement la demande de circoncision chez les hommes adultes. Ces changements peuvent être encouragés par la publicité. Ainsi, en 2010, une campagne félicitait le président sud-africain, Jacob Zuma, d'avoir publiquement déclaré être circoncis.

Éventail complet des services de prévention-traitement

Pendant les vingt premières années de l'épidémie de VIH, le virus était une maladie inéluctablement fatale, transmise le plus souvent par voie sexuelle, qui exigeait de mobiliser les communautés en toute urgence. À la même époque, il est devenu évident que la riposte la plus efficace était tributaire de la détermination des dirigeants à l'échelle nationale (soutien des gouvernements et des responsables

sociaux) et locale (action communautaire de masse). Des résultats ponctuels ont été obtenus lorsque les normes et les pratiques sociales liées aux rapports sexuels et aux drogues ont changé, souvent rapidement, afin de minimiser le risque d'infection à VIH. Les raisons de ces changements varient en fonction des communautés mais, dans de nombreux cas, le choc créé par les décès liés au sida a marqué un tournant (8).

Au cours des dix dernières années, les programmes de thérapie antirétrovirale se sont largement répandus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Par conséquent, l'accès au traitement a sensiblement réduit la morbidité et la mortalité liées au sida.

Si l'impact des médicaments antirétroviraux sur les comportements à risque élevé, entre autres sexuels, est complexe (9), le nombre croissant de personnes qui apprennent leur séropositivité et en tirent une capacité accrue à gérer le risque de transmettre le virus à leurs partenaires constitue une avancée incontestable. Des études d'observation et des essais cliniques montrent clairement que, lorsque les individus reçoivent une thérapie antirétrovirale efficace, ils ont peu de risques de transmettre le VIH à d'autres personnes.

Outre les mesures visant à assurer la prise en charge des personnes diagnostiquées séropositives, l'efficacité des traitements doit s'appuyer, entre autres, sur des structures de soutien communautaires. Les couples sont un point d'accès crucial en matière d'appui thérapeutique et de réduction de la transmission au sein des couples sérodiscordants. Il convient de saluer, à cet égard, les directives émises par l'OMS en avril 2012 (10), qui recommandent de proposer au partenaire séropositif des couples sérodiscordants (un seul partenaire infecté par le

VIH) de suivre une thérapie antirétrovirale, quelle que soit sa numération de cellules CD4, afin de réduire la possibilité de transmission du virus.

La situation difficile des couples sérodiscordants illustre le besoin d'élargir l'accès au traitement et d'améliorer l'efficacité de celui-ci dans l'intérêt de la santé publique. Cependant, l'interruption de la transmission du VIH à l'aide de la thérapie antirétrovirale couvre un champ plus large et fait à l'heure actuelle l'objet d'une cinquantaine d'études (11). Les conclusions de ces études contribueront à orienter les actions de santé publique vers l'extension du traitement du VIH à des domaines où son impact sera majeur. En outre, un essai de grande envergure déployé dans de nombreux pays, couplé à d'autres études plus réduites, cherche à déterminer une fois pour toutes si le démarrage plus précoce du traitement a un impact positif sur la santé des personnes vivant avec le VIH. Il n'est cependant pas nécessaire d'attendre les conclusions de ces études pour renforcer l'efficacité des programmes de traitement à des fins de prévention. Les démarches à suivre sont calquées sur celles de la thérapie antirétrovirale proprement dite : identifier les personnes éligibles, garantir la continuité des soins et soutenir l'observance du traitement. Ces efforts de programmations doivent également surmonter les obstacles systémiques qui ont empêché certaines populations à risque élevé d'avoir un accès équitable aux soins. Par exemple, on estime à seulement 4 % les personnes vivant avec le VIH et consommant des drogues injectables qui bénéficient d'une thérapie antirétrovirale (12).

Le leadership au service de l'intensification de la riposte

La Déclaration politique sur le VIH et le sida 2011, issue de la Réunion de haut niveau de

l'Assemblée générale des Nations Unies (13), fixe des objectifs mondiaux précis et spécifiques pour vaincre l'épidémie de sida en réduisant l'incidence du VIH, en fournissant un traitement aux malades et en supprimant les violations des droits et des inégalités qui entravent la voie vers le progrès.

La Déclaration politique sur le VIH et le sida 2011 mobilise le leadership sur de nombreux fronts. L'Union africaine, le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, le Parlement arabe, la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique, le Partenariat pancaraïbes de lutte contre le VIH/sida, les ministres de la Santé et de l'Éducation d'Amérique latine ainsi que la Fédération de Russie et les pays d'Europe orientale et d'Asie centrale ont mis en œuvre des initiatives régionales dynamisant la riposte dans le cadre d'un plan d'action lié à l'OMD 6. Les programmes nationaux corrigent l'ampleur et les lacunes de leur riposte. Lorsqu'ils ont développé la quatrième phase du Programme national de lutte contre le sida en Inde (14), les stratèges ont évalué les progrès réalisés au cours de la précédente phase quinquennale et ont conçu une réponse à grande échelle visant à maîtriser le sida au cours des prochaines années. La participation de secteurs et de mouvements clés dans la riposte au virus est sans précédent. Ainsi, en mai 2012, le GlobalPOWER Women Network Africa a rassemblé un groupe de dirigeantes africaines dans le but d'encourager collectivement l'accélération des actions visant l'émancipation des femmes et l'égalité des sexes en matière de droits, de santé sexuelle et reproductive et de VIH.

Le soutien de la mise à échelle doit être galvanisé dans le monde entier

Le début de la fin ?

Anthony S. Fauci et Elly Katabira



Les remarquables avancées scientifiques fournissent les outils permettant de maîtriser et, à terme, d'éradiquer l'épidémie de sida. Un ensemble d'interventions est d'ores et déjà prêt pour une mise en œuvre élargie ou en attente des résultats d'essais de confirmation, tandis que d'autres recherches en cours offrent de nouvelles promesses.

D'après des études de modélisation, les personnes vivant avec le VIH qui accèdent à une thérapie antirétrovirale et à d'autres services nécessaires et font preuve d'observance peuvent vivre pendant des décennies et, dans certains cas, leur espérance de vie peut se rapprocher de celle du reste de la population (1, 2). Le dépistage du VIH est une porte d'accès cruciale à la thérapie. De nouveaux éléments de preuve irréfutables suggèrent qu'un recours étendu à l'auto-dépistage et aux conseils à domicile peut anticiper le diagnostic de l'infection à VIH et le démarrage des soins par rapport aux approches traditionnelles du dépistage (3). L'observance thérapeutique, suite

à un test VIH positif, constitue également un défi de taille. À cet égard, de récentes données révélant que des taux élevés d'observance sont possibles, y compris dans les pays pauvres en ressources, soulèvent des espoirs (4).

La mise en œuvre du traitement comme moyen de prévention a le potentiel de réduire considérablement le nombre de personnes contractant l'infection à VIH et d'entraîner un bon rapport qualité-prix (voire des économies de coût), notamment lorsqu'elle est couplée à des conseils comportementaux, l'utilisation de préservatifs et d'autres méthodes de prévention (5). Un essai clinique contrôlé, aléatoire et prospectif de grande envergure (6) a permis de confirmer sensiblement les données probantes étayant cette approche. Chez les plus de 1 700 couples hétérosexuels au sein desquels un seul des deux partenaires vit avec le VIH, le démarrage précoce de la thérapie antirétrovirale combinée par le partenaire séropositif – alors que les analyses de sang indiquent que son système immunitaire est encore fort – entraîne une diminution de 96 % de la transmission au partenaire non infecté par rapport à un démarrage tardif lorsque les mêmes analyses mettent en évidence la faiblesse du système immunitaire.

Plusieurs stratégies basées sur la réalisation de tests et l'administration d'un traitement sont mises en œuvre auprès de différentes populations et des initiatives sont actuellement évaluées pour assurer la disponibilité durable et l'utilisation efficace d'une plateforme complète axée sur le dépistage, le couplage avec les soins, le traitement et l'observance. Ces stratégies comprennent des approches visant à augmenter la demande de tests VIH et l'adoption de nouvelles méthodes permettant d'améliorer l'observance, y compris des rappels basés sur la téléphonie mobile.

Au moins trois essais cliniques aléatoires (une étude auprès d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et deux autres portant sur des couples hétérosexuels)

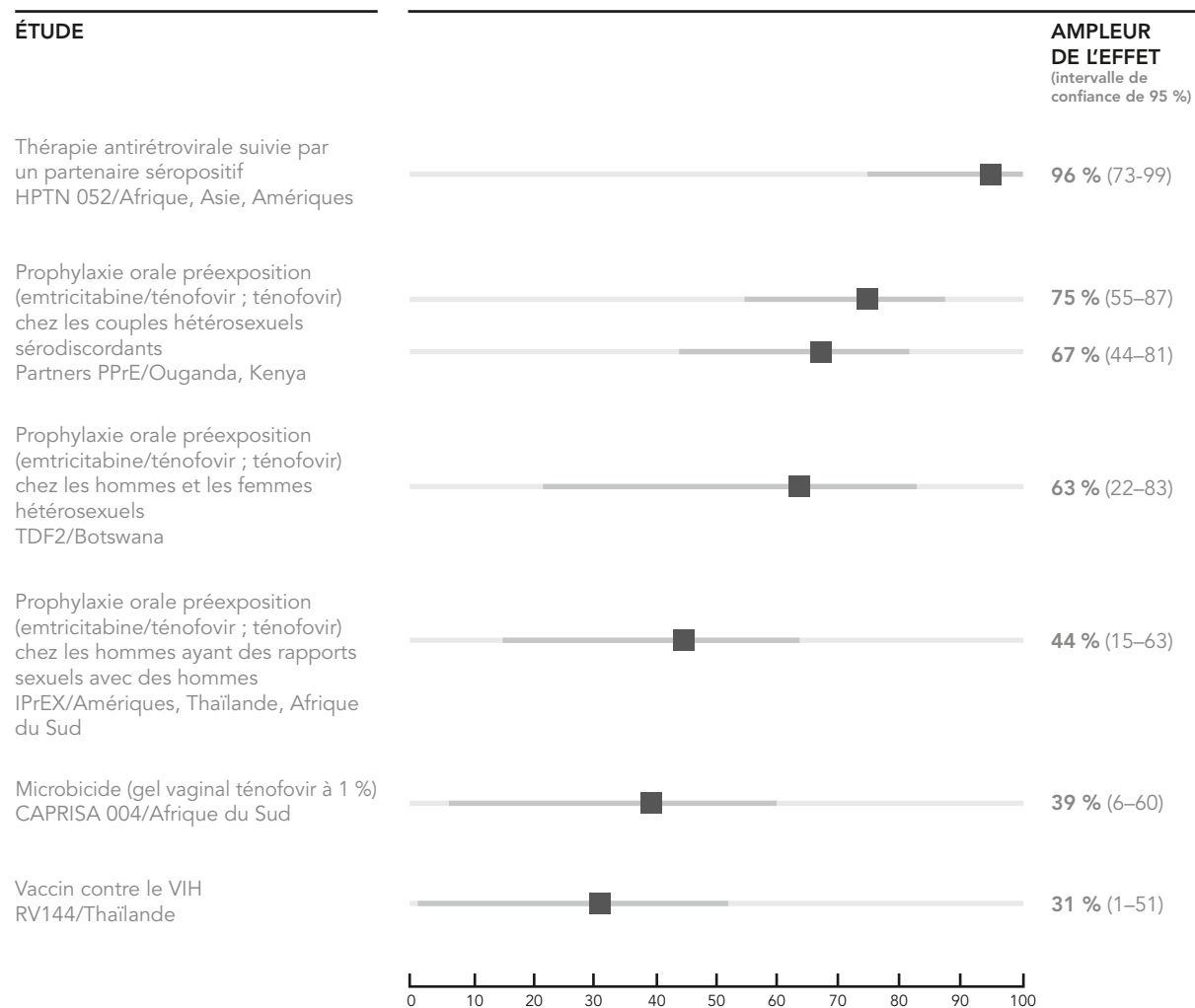
suggèrent que la prophylaxie orale préexposition (prise quotidienne d'un ou deux médicaments antirétroviraux par un individu à risque élevé d'infection) est susceptible d'être efficace et de réduire sensiblement la séroconversion.

L'étude iPrEx, conduite auprès de 2 500 hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, révèle que le groupe ayant eu recours à la prophylaxie préexposition affichait 44 % de moins de séroconversions que le groupe placebo. L'efficacité avait plus que doublé chez les hommes dont le sang contenait des traces des médicaments testés (7). Dans le cadre de l'étude TDF2, menée au Botswana en partenariat entre les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis et le ministère de la Santé du Botswana, 1 200 hommes et femmes séronégatifs ont suivi de manière aléatoire un traitement prophylactique oral préexposition ou un placebo. La prophylaxie préexposition (PPrE) a réduit de 63 % le risque de contracter une infection à VIH. Les résultats étaient encore plus concluants chez les individus supposés avoir pris les médicaments de l'étude (78 %) (8).

L'essai aléatoire Partners sur la PPrE au Kenya et en Ouganda a suivi près de 5 000 couples hétérosexuels sérodiscordants dont le partenaire non infecté a pris deux comprimés de PPrE, un seul comprimé de PPrE ou un placebo. Par rapport au groupe ayant reçu le placebo, le risque d'infection par le VIH était inférieur de 75 % chez le groupe ayant

« Le traitement à des fins de prévention a le potentiel de réduire sensiblement l'incidence du VIH et d'être rentable »

Technologies sélectionnées de prévention du VIH s'étant révélées efficaces pour réduire la transmission du VIH dans le cadre d'essais contrôlés aléatoires



Source : adapté de Karim SS, Karim QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. *Lancet* 2011 ; 378 : e23-e25.

pris deux comprimés et de 67 % chez celui ayant pris un seul comprimé (9). Les hommes et les femmes ont présenté un taux de protection semblable. Il convient de noter que l'étude n'a décelé aucune augmentation des comportements sexuels à risque chez aucun des trois groupes. Les conclusions de deux autres études révèlent cependant l'incapacité de la prophylaxie préexposition à protéger les femmes hétérosexuelles de l'infection (10, 11). Le manque d'observance et/ou le dosage inadéquat ont pu entraîner un taux de médicament insuffisant dans la muqueuse vaginale (11–14).

La prophylaxie préexposition soulève encore de nombreuses questions, notamment en ce qui concerne son coût, sa sécurité et le danger qu'elle entraîne d'aborder les pratiques sexuelles plus sûres avec suffisance. Nous sommes cependant certains que la prophylaxie préexposition se révélera efficace et rentable en tant que mesure ciblée de prévention du VIH chez certains individus.

Les gels topiques et les anneaux vaginaux contenant des médicaments antirétroviraux se révèlent prometteurs en tant qu'outils de prévention pouvant être appliqués dans le vagin ou le rectum avant les rapports sexuels afin de bloquer l'infection à VIH. L'étude CAPRISA 004 a démontré que l'application d'un gel intravaginal à base de ténofovir à 1 % avant et après les rapports sexuels était 39 % plus efficace pour prévenir une infection à VIH qu'un gel placebo (15). Une deuxième étude indique que l'utilisation quotidienne d'un gel microbicide à base de ténofovir n'est pas plus efficace que celle d'un gel placebo (16, 17), ce qui est peut-être dû à une observance insuffisante et à un niveau sous-optimal de médicament dans

les tissus vaginaux (12, 14). D'après une étude menée auprès de femmes africaines, un anneau vaginal contenant l'antiviral dalpivirine constitue une option sûre et bien tolérée. Des études plus poussées sur la sécurité et l'efficacité sont prévues en 2012 (18).

À l'horizon

Au cours des deux dernières années, on a constaté l'accélération des efforts de recherche visant à déterminer avec exactitude les mécanismes de persistance du VIH et à élaborer des interventions capables de guérir le VIH ou de l'éradiquer une fois pour toutes. La guérison ouvre tout un éventail d'espoirs, tant au niveau individuel (suppression de la thérapie quotidienne tout au long de la vie) que sociétal (réduction des coûts liés aux traitements et de la transmission du VIH) (19).

Des éléments de preuve irréfutables issus d'études menées sur des animaux et des données fournies par un vaste essai clinique aléatoire réalisé en Thaïlande montrent que le vaccin contre le VIH est bel et bien possible (20–22). Ces études ont apporté des informations importantes sur les types de réponses immunes pouvant contribuer à l'effet protecteur d'un vaccin. Ces informations sont susceptibles de guider les efforts visant à développer des vaccins améliorés. D'autres données, telles que l'identification et la caractérisation structurelle des épitopes sur l'enveloppe du VIH reconnus par les anticorps qui peuvent neutraliser une large gamme de souches de VIH, sont utilisées par les chercheurs pour élaborer les nouveaux composants des candidats à la prochaine génération de vaccins (23).

« Des éléments de preuve irréfutables... montrent que le vaccin contre le VIH est une possibilité »

Anthony S. Fauci est le Directeur de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses des Instituts nationaux de la santé des États-Unis. Elly Katabira est le Président de la Société internationale du sida.

**TRANSFORMER
LES SOCIÉTÉS**

La transformation sociale est au cœur de la riposte au VIH

Le potentiel des récentes percées en matière de prévention et de traitement du VIH ne pourra pas être pleinement réalisé si les inégalités sociales, juridiques, sexospécifiques et économiques continuent d'entraver la couverture et l'utilisation des services liés au sida.

Pour être le plus efficaces possible, les programmes de lutte contre le sida doivent adopter une approche fondée sur les droits, résulter de processus participatifs, s'appuyer sur les connaissances et l'énergie des communautés affectées et combattre l'inégalité et l'injustice au sein de la société. Ce n'est que dans ces conditions que les avancées scientifiques pourront contribuer au mieux à améliorer les conditions de vie des personnes.

Une transformation sociale plus large est primordiale pour freiner et inverser l'épidémie de VIH

La protection des droits de l'homme, la progression de l'égalité des sexes et l'émancipation des communautés sont unanimement reconnues comme

étant essentielles à la riposte au VIH (1). Elles sont tout aussi cruciales à l'intensification des progrès en matière de développement et de société.

Forte d'une expérience de plus de trente ans, la communauté internationale sait désormais que les actions les plus efficaces s'appuient sur des données probantes, reflètent les contextes locaux et mettent en œuvre les interventions les plus efficaces. Les approches participatives fondées sur les droits qui mettent à profit le savoir-faire des communautés affectées et des réseaux de personnes séropositives obtiennent les meilleurs résultats. En outre, pour être efficaces, les actions doivent répondre aux besoins spécifiques des personnes, notamment des jeunes femmes, en matière de VIH et de santé sexuelle et reproductive.

La participation des communautés affectées à la planification et à la mise en œuvre d'initiatives liées au VIH accroît la demande en services plus équitables et de meilleure qualité, ainsi que la sensibilisation aux entraves sociétales et aux normes sexistes néfastes, oblige les gouvernements à répondre aux besoins des citoyens et améliore les services et les résultats. Il en résulte une transformation sociale plus vaste, primordiale pour freiner et inverser l'épidémie de VIH.

Le soutien de la communauté aide les personnes à poursuivre leur traitement

L'une des manières les plus efficaces de réduire la propagation du VIH et d'atténuer son impact est de mobiliser les personnes afin qu'elles demandent, définissent et modèlent des services liés au VIH au sein de leur communauté.

TRAITEMENT DÉLIVRÉ DANS LES DISPENSAIRES

70 %

d'observance après deux ans de traitement

Un examen systématique des programmes de traitement en Afrique subsaharienne révèle que, en moyenne, seulement 70 % des personnes recevant une thérapie antirétrovirale dans des dispensaires spécialisés poursuivaient leur traitement deux ans après le démarrage de celui-ci.

Source : Fox MP, Rosen S. Patient retention in antiretroviral therapy programs up to three years on treatment in sub-Saharan Africa, 2007–2009: systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, 2010, 15 (Suppl. 1) : 1–15.



MODÈLE DE TRAITEMENT COMMUNAUTAIRE

98 %

d'observance après deux ans de traitement

Au Mozambique, le Community ART Group, lancé par des personnes suivant une thérapie antirétrovirale avec pour objectif d'améliorer l'accès au traitement et la poursuite de celui-ci et de décongestionner les services de santé, affiche un taux de 97,5 % d'adhérence aux traitements vingt-six mois après le démarrage de celui-ci.

Source : Decroo T et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete province, Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010 [Diffusion en ligne avant impression].



Émanciper les communautés

Les communautés s'efforcent de contraindre les gouvernements à honorer leurs engagements et à protéger les droits des personnes séropositives et des populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH, à supprimer les inégalités entre les sexes et à mettre fin à la violence sexiste.

Les initiatives à assise communautaire sont présentes dans presque tous les aspects de la riposte mondiale au VIH. Cette omniprésence confirme les avantages uniques des systèmes communautaires pour soutenir la mise à échelle des services liés au VIH, notamment les soins et les traitements. L'expérience prouve que le renforcement de ces systèmes communautaires et l'instauration de liens solides entre les réseaux de prestation de services gérés par les communautés et ceux gérés par l'État contribuent à accroître l'utilisation des services de base liés au VIH.

Le militantisme des communautés a été l'une des forces motrices de l'élargissement considérable de l'accès à des soins et des traitements antirétroviraux abordables au cours des dix dernières années. Aujourd'hui, la mobilisation communautaire est également cruciale pour améliorer la conception et la gestion des programmes ainsi que leurs résultats.

Une manière particulièrement efficace de favoriser l'observance des traitements consiste à relier les services de thérapie antirétrovirale des communautés voisines (2, 3). Au Mozambique,

la distribution de la thérapie antirétrovirale et le suivi de l'observance par des groupes communautaires se sont révélés être des options de substitution

très efficaces en matière de prestation de services et de prise en charge continue : un an après, 97,5 % des patients poursuivaient leur traitement et seulement 0,2 % avaient été perdus de vue (4). On a également constaté une diminution sensible des coûts financiers, économiques et sociaux liés au traitement des personnes appartenant à des groupes communautaires de thérapie antirétrovirale (4).

Instaurer des liens entre les traitements et les communautés

L'établissement de systèmes de référence pour les patients ressentant des effets secondaires, le soutien aux systèmes dits de jumelage et l'introduction de services de proximité à assise communautaire afin de localiser les personnes qui ont abandonné leur traitement sont d'autres exemples pratiques du rôle que peuvent jouer les communautés. La connaissance des traitements et les groupes de soutien sont devenus des composantes essentielles des programmes de traitement et de soins, tout comme les réseaux communautaires des agents de santé qui soutiennent ces programmes. En Afrique du Sud, par exemple, les informations recueillies montrent que les traitements sont plus efficaces lorsque les patients ont affaire à un personnel de santé issu de leur communauté que lorsqu'ils dépendent de services cliniques officiels. De fait, « à l'issue de deux années de traitement, le soutien de la communauté apparaît comme l'indicateur de succès le plus important » (5).

En Ukraine, des communautés de personnes séropositives et consommant des drogues dispensent des soins physiques et un soutien psychosocial et juridique tout en faisant pression et en plaidant pour la protection des droits des personnes vivant avec le VIH (6). Ailleurs, les membres de la communauté participent à la prestation de services de santé, notamment dans le cadre de programmes

Les programmes liés au VIH les plus efficaces ont des approches fondées sur les droits et font participer les communautés affectées



PHILL WILSON

Président-directeur général du Black AIDS Institute

LA MOBILISATION DES COMMUNAUTÉS CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

Soyons clairs : les communautés les plus affectées ont toujours été à l'origine des progrès obtenus en matière de VIH. Depuis les premiers jours de l'épidémie, elles ont joué un rôle de premier plan dans la riposte à l'épidémie et les groupes communautaires se sont unis pour affirmer : « Nous n'allons pas permettre que ceci nous arrive », prenant soin les uns des autres et établissant leurs propres institutions.

Cependant, certaines communautés ont été plus sévèrement affectées que d'autres par l'épidémie. La prévalence du VIH chez les Noirs américains est huit fois plus importante que chez leurs compatriotes blancs. On constate également que cette catégorie n'a pas bénéficié dans la même mesure des progrès médicaux en matière de traitement du VIH.

Les initiatives ciblant la proximité, l'engagement, le soutien et le plaidoyer existent dans chaque domaine de la riposte mondiale au VIH. Les organisations communautaires ont été les premières à réagir à l'épidémie en fournissant une gamme complète de services dans les domaines de la prévention, des soins et du traitement. De fait, elles sont les mieux placées pour réaliser la mise à échelle nécessaire. Les partenariats sont également importants. Les Noirs américains séropositifs collaborent avec le Réseau mondial de la diaspora africaine et noire afin de d'amener les agendas politiques nationaux et mondiaux liés au VIH à garantir que les ressources atteignent les communautés qui en ont besoin.

Les communautés doivent s'unir pour trouver de nouvelles idées pour mettre fin à l'épidémie car, tant qu'une communauté, n'importe laquelle, sera ravagée par le VIH, nous serons tous vulnérables. Le moment est venu pour nous de décider ; ensemble, nous sommes plus forts que le sida.



DAME CAROL KIDU

Ancienne chef de l'opposition, Papouasie-Nouvelle-Guinée

LE RESPECT DES DROITS CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

J'ai eu le privilège de participer à la Commission mondiale sur le VIH et le droit, qui a soigneusement examiné comment le droit peut aider ou entraver notre riposte au sida. Nous avons entendu les témoignages poignants de personnes séropositives ou vulnérables au VIH, qui avaient désespérément besoin d'être protégées par la loi pour avoir accès à la prévention et au traitement, ainsi que pour se protéger contre la discrimination et la violence. Mais, trop souvent, la loi se contente de punir, sans protéger. Elle criminalise la transmission du VIH, les professionnels du sexe, les consommateurs de drogues et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Toutes les personnes, quel que soit leur statut juridique ou social, ont droit à la santé et à la vie. La loi doit les protéger, leur garantir un accès libre aux services liés au VIH et à la santé en général, réduire le risque de violences et d'abus perpétrés par la police et favoriser la lutte contre la stigmatisation et la discrimination persistantes.

J'adhère à la déclaration du Directeur exécutif de l'ONUSIDA, selon laquelle « personne ne devrait être infecté par un virus que l'on peut prévenir ; personne ne devrait mourir d'un virus que l'on peut traiter. » Ce virus est le VIH. Nous disposons des moyens pour le prévenir et le traiter. Nos droits fondamentaux exigent que nous passions à l'acte. Nos dirigeants doivent se montrer à la hauteur de ce défi.

visant à prévenir l'infection à VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie, soit par l'intermédiaire des professionnels de la santé communautaires et des accoucheuses traditionnelles, soit par le biais d'un soutien par les pairs. La communication à assise communautaire encourage le recours précoce aux soins prénatals, incite un plus grand nombre d'hommes à participer à de tels programmes et favorise le suivi en temps opportun des enfants qui ont été exposés au VIH (3, 7, 8).

Les organisations communautaires et confessionnelles fournissent également des services et un soutien aux personnes séropositives axés, entre autres, sur le microfinancement, l'aide nutritionnelle, les soins aux enfants et plusieurs types de services d'aiguillage et de formation. Dans les régions isolées, ces organisations sont souvent les seules à apporter ce type d'aide. D'après le rapport de l'African Religious Health Assets Program, les organisations confessionnelles gèrent 30 à 70 % des services de santé en Afrique (9).

Protéger les droits de l'homme

Les programmes assurant la protection des droits des personnes qui vivent avec le VIH et sont affectées par celui-ci et améliorant leur accès à la justice accroissent l'efficacité des services de base liés au VIH. Ainsi, les consultations juridiques liées au VIH et la représentation en justice peuvent contribuer à améliorer les résultats en matière de santé. Au Kenya, on constate que les services juridiques sur place, la formation aux droits de l'homme des prestataires de services et des bénéficiaires ainsi que l'aiguillage vers les services juridiques et de santé ont accru le nombre de personnes ayant recours aux services de santé et s'en déclarant satisfaites. Les usagers des services de santé ont déclaré avoir eu le sentiment de

gagner en autonomie, ont salué l'amélioration de l'aiguillage entre les services et ont signalé que les violations des droits avaient plus de chances d'être notifiées ou contestées (10).

L'intégration des services juridiques liés au VIH au sein des programmes visant la réduction des risques a également entraîné des résultats positifs. Ce type d'assistance juridique peut contribuer à lutter contre la corruption, le harcèlement et les abus policiers (11), qui entravent l'accès aux services liés au VIH. Outre l'élargissement de la portée des programmes de réduction des risques, il semble que les services juridiques contribuent à affirmer l'estime de soi des consommateurs de drogues et les aident à prendre plus au sérieux leurs besoins sanitaires (11).

Les connaissances juridiques constituent un outil important pour émanciper les communautés confrontées à la marginalisation et au harcèlement. En Inde, l'organisation Veshya Anyay Mukti Parishad, gérée par des professionnels du sexe (12), a conçu une brochure détaillant leurs droits et leurs obligations juridiques ainsi que ceux de la police (13). Armés de cette brochure, les professionnels du sexe ont rappelé aux fonctionnaires de police quels étaient leurs droits au regard de la loi. Cette brochure a renforcé leur estime de soi et a amélioré leurs interactions avec la police (13). Ce type de programmes communautaires centrés sur l'émancipation est associé à de plus faibles taux de VIH chez les professionnels du sexe que d'autres approches (14). Une autre initiative ciblant ce même groupe en Inde, le Projet Sonagachi, révèle que les professionnels du sexe qui y ont adhéré et ont suivi une formation sur leurs droits sont plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels plus sûrs et entretiennent de meilleures relations avec la police (15).

Dispenser des formations sur les droits

Il est important que les autorités chargées de l'application de la loi connaissent et respectent les droits des communautés qu'elles servent. Une formation adéquate en matière de droits de l'homme et de VIH engendre un cadre social et juridique plus propice à une riposte efficace à l'épidémie. Grâce à une telle formation, la police peut prendre des mesures qui réduisent les risques sanitaires des personnes consommant des drogues ou pratiquant le commerce du sexe. Ces mesures sont particulièrement efficaces lorsqu'elles adoptent une approche communautaire de la police et qu'elles permettent l'aiguillage vers les services de santé et de protection sociale (16). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, où les professionnelles du sexe subissent de plein fouet la stigmatisation et la discrimination, le projet Poro Sapot a lancé en 2010 un programme de formation et de sensibilisation destiné aux forces de la police (13). Depuis, on constate, d'une part, une diminution des violences à l'égard des professionnels du sexe et d'autre part, une augmentation des dénonciations de ces violences à la police (13).

La formation des prestataires de soins de santé en matière de non-discrimination, de droits des patients et de déontologie médicale améliore leurs interactions avec les usagers des services, renforce la qualité de leurs soins et accroît la capacité des personnes à mieux protéger leur santé (17). Ces aspects revêtent une importance particulière dans les nombreux pays où l'inégalité des sexes continue d'entraver l'accès des femmes aux services de santé. Les professionnels de santé et d'autres membres de la communauté violent les droits sexuels et reproductifs des femmes, notamment celles qui sont séropositives, savent davantage encore leur droit à la santé (18). Ces obstacles peuvent cependant être surmontés lorsque les agents de la santé sont sensibilisés

aux besoins et aux droits des femmes et des filles et à leurs propres obligations déontologiques.

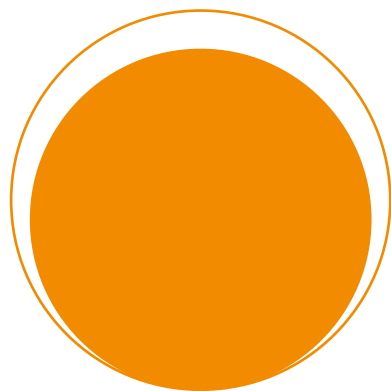
Surmonter les barrières juridiques à la riposte au VIH

Dans toutes les régions, le recours à la justice, largement répandu dans les affaires de VIH, a permis de faire évoluer la discrimination et la criminalisation liées au VIH, d'élargir l'accès au traitement antirétroviral et de garantir le droit des personnes à la confidentialité sur leur statut sérologique (19, 20).

Des décisions de justice ont obligé les autorités à accroître l'accès aux médicaments antirétroviraux au Venezuela (21), à élargir l'accès aux services afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique du Sud (22) et à permettre la fabrication d'antirétroviraux abordables en Thaïlande (23, 24) et au Kenya (25). Les tribunaux ont également combattu la stigmatisation et la discrimination liées au VIH en affirmant les droits à l'emploi des personnes séropositives au Botswana, au Brésil et en Colombie (26–29) et en se prononçant contre les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes séropositives (30).

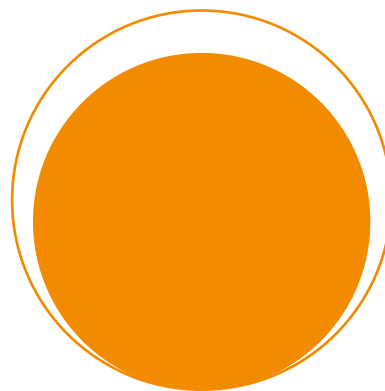
Les décisions judiciaires peuvent encourager le changement social dans des domaines ayant trait au VIH, dont la violence familiale, en contraignant l'État à respecter son obligation de protéger les femmes (31) et de promouvoir l'égalité des sexes (32). Les juges se sont également prononcés en faveur de la décriminalisation des populations clés plus exposées au risque d'infection, comme les personnes consommant des drogues (33) et/ou pratiquant le commerce du sexe (34), ce qui a souvent pour effet de faciliter l'accès de ces groupes aux services liés au VIH. Les militants communautaires qui mobilisent le soutien de l'opinion publique sont souvent à l'origine de ces décisions historiques.

Pourcentage de pays déclarant appliquer des lois ou règlements promouvant la non-discrimination de populations spécifiques



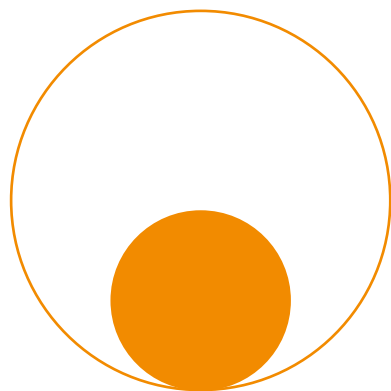
80 %

Non-discrimination générale



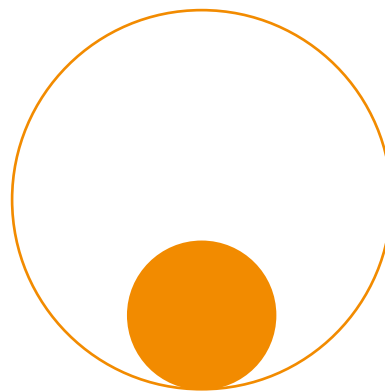
70 %

Femmes



22 %

Hommes ayant des rapports sexuels
avec des hommes



15 %

Personnes transgenres

Source : Données issues de 162 pays. Données NCPI (Engagements nationaux et outils politiques), sources non gouvernementales, rapports d'activité des pays, 2012. Genève, ONUSIDA, 2012.

Quoi qu'il en soit, le cadre juridique n'est pas toujours favorable à la riposte au VIH. En 2012, 80 % des pays disposent d'une législation générale relative à la non-discrimination et 62 % déclarent avoir promulgué des lois interdisant la discrimination des personnes séropositives. 78 % des pays font état de législations ou de politiques protégeant les femmes de la discrimination, 22 % de lois protégeant les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et 15 % de lois protégeant les personnes transgenres contre la discrimination (35).

Le militantisme de la société civile a largement contribué à l'adoption de lois protégeant les populations clés à risque élevé contre la discrimination. Par exemple, en mai 2012, le Chili a adopté une loi anti-discrimination qui interdit explicitement la discrimination basée sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle, tandis que l'Argentine a approuvé une loi sur l'identité de genre qui promeut l'égalité d'accès à la santé, à l'éducation et au travail pour les hommes et les

femmes transgenres et leur permet de changer d'identité biologique par une simple démarche administrative (36).

Quarante-six pays, territoires et zones ont établi des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes séropositives (37). Cependant, plusieurs d'entre eux, dont l'Arménie, les États-Unis, les Fidji, la Namibie et l'Ukraine, ont supprimé ces barrières, tandis que l'Équateur et l'Inde ont précisé que les restrictions autrefois en vigueur n'existaient désormais plus. De nombreux pays appliquent encore des lois qui criminalisent le commerce du sexe (38), la consommation de drogues (39) et les rapports sexuels entre hommes (40), des interdictions qui sont souvent associées à la marginalisation, l'abus et la violence et entravent l'accès aux services sociaux, de santé et liés au VIH.

Plusieurs pays, soucieux de protéger les droits de l'homme et d'améliorer la riposte à l'épidémie, ont supprimé leurs lois punitives. Lorsqu'en 2009,

LE MILITANT HOMOSEXUEL ASSASSINÉ CONTINUE D'INSPIRER LES AUTRES

La vie du militant homosexuel David Kato est une source d'inspiration qui incite de nombreuses personnes à lutter contre les violations des droits et les inégalités qui les privent de leur dignité et de leur santé.

« Je suis convaincu qu'il pensait que si son peuple avait seulement conscience de la souffrance profonde que l'intolérance et l'homophobie infligeaient à d'innombrables compatriotes – y compris la propagation du VIH due à la clandestinité imposée aux populations vulnérables privées de soutien, de traitement, de soins et de prévention efficaces –, tous les Ougandais réclameraient d'une seule voix la fin de ces actes d'une cruelle inhumanité. »

Maurice Tomlinson, Conseiller juridique d'AIDS-Free World, spécialiste des groupes marginalisés, lauréat du premier David Kato Vision and Voice Award, Londres, Royaume-Uni, le 29 janvier 2012.

Je suis homosexuel : les 5 choses dont j'ai peur



Sources :

1. Beyer C et al. *The global HIV epidemics among men who have sex with men*. Washington DC, Banque mondiale, 2011.
2. Itaborahy LP. *Homophobie d'État - une enquête mondiale sur les lois qui interdisent la sexualité entre adultes consentants de même sexe*. Bruxelles, Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles, 2012.
3. Baral S et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One*, 2009, 4 : e4997.
4. *Bringing HIV prevention to scale: an urgent global priority*. Genève, Groupe de travail mondial pour la prévention du VIH, 2007.
5. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/default_fr.htm, consulté le 15 juin 2012).

la Haute Cour de Delhi, en Inde, a décriminalisé les relations sexuelles consenties entre personnes du même sexe, elle a explicitement signalé que la criminalisation entravait la capacité des hommes concernés à accéder aux services de traitement et de prévention du VIH (41).

En 2003, la Nouvelle-Zélande a décriminalisé le commerce du sexe (42) et a chargé le ministère de la Santé, et non pas la police, de veiller à ce que les entreprises liées au commerce du sexe surveillent et protègent la santé de leurs employés. Grâce à ces mesures, les professionnels du sexe peuvent promouvoir des rapports sexuels plus sûrs auprès de leurs clients et ont davantage recours aux services de proximité faisant appel à des pairs et aux centres de santé sexuelle et reproductive (43). Au Portugal, où la possession et la consommation d'une petite quantité de narcotiques sont décriminalisées depuis 2001(44), on a constaté une baisse de la consommation de drogues illégales chez les jeunes (45) et du taux d'infection à VIH due au partage des matériels d'injection de drogue contaminé (45).

D'autres barrières au respect des droits juridiques et fondamentaux des personnes séropositives persistent cependant. Ces dernières années, plus de 100 pays ont eu recours au droit pénal pour poursuivre les citoyens qui ne révèlent pas leur statut sérologique ou transmettent le virus à d'autres personnes (46). Le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH a identifié 600 condamnations de ce type, pour la plupart dans des pays à revenu élevé (47).

Certains pays ont revu leurs lois, pratiques et politiques en matière de non-divulgaration, d'exposition et de transmission du VIH pour empêcher que l'application du droit

pénal ne nuise aux résultats en matière de santé publique (46, 48). Ce type de mesure peut contribuer positivement à éviter la criminalisation à outrance de la transmission du VIH, qui dissuade les personnes de recourir aux services liés au VIH et accroît la stigmatisation des personnes séropositives (49).

Éliminer la stigmatisation et la discrimination

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH continuent d'entraver les efforts visant à prévenir de nouvelles infections. D'après des études ayant recours à l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 20 % des personnes séropositives interrogées au Rwanda et 25 % en Colombie ont subi des violences physiques en raison de leur statut sérologique. Au Pakistan, elles sont 26 % à déclarer avoir été exclues des activités familiales pour la même raison (50) et au moins 10 % au Belarus, au Myanmar et au Paraguay à avoir été privées de soins médicaux en raison de la stigmatisation liée au VIH (50). Un grand nombre de personnes séropositives affirment avoir perdu leur emploi en raison de leur statut sérologique (50). Dans de nombreux cas, la stigmatisation est intériorisée : au Bangladesh, en Chine, en Écosse et au Myanmar, plus de 60 % des séropositifs disent avoir honte de leur statut (50).

Lorsque la stigmatisation est moins importante, les personnes sont plus susceptibles d'effectuer le test de dépistage du VIH (51), de démarrer une thérapie antirétrovirale et d'adhérer au traitement et aux soins liés au VIH (52–63). Il semble en outre qu'une stigmatisation plus faible contribue à accroître l'accès aux services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et à réduire l'incidence de ce type de transmission (64). Plus généralement, elle est associée à une meilleure qualité des soins fournis par la famille et les amis en matière de VIH (65).

Mesurer la stigmatisation

L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est un outil qui permet de mesurer la stigmatisation et la discrimination des personnes séropositives. À ce jour, trente-six pays, territoires et zones ont recours à l'Indice pour déterminer l'étendue et les formes de stigmatisation et de discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH.

ENTRAVES AU PROGRÈS VERS UN ACCÈS UNIVERSEL



	PAYS OU RÉGION									
	Belarus	Chine	El Salvador	Myanmar	Paraguay	Pologne	Rwanda	Royaume-Uni	Zambie Zones urbaines	Zambie Zones rurales
% DE STIGMATISATION AU SEIN DE LA FAMILLE OU DE LA COMMUNAUTÉ										
Exclusion des événements familiaux	7	10	10	15	17	11	22	...	28	27
Source de commérages	67	39	48	45	56	55	42	63	72	80
% DE VIOLENCE SUBIE										
Insultes verbales	42	30	31	18	26	...	53	40	52	51
Agression ou harcèlement physique	14	6	7	10	9	25	20	22	17	33
% DE STIGMATISATION ET DE DISCRIMINATION SUR LE LIEU DE TRAVAIL										
Possibilité d'emploi refusée	17	14	8	15	8	11	37	...	...	...
Perte d'emploi ou de revenu	28	...	19	...	12	17	65	...	36	39
% DE STIGMATISATION INTÉRIORISÉE										
Sentiment de honte ou faible estime de soi	36	75	...	81	43	38	22	63	36	38
Pensées suicidaires	7	...	17	25	22	19	14	25	8	22

* Les données de ces pays représentent un aperçu interrégional des informations recueillies à l'aide de l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.

Protéger les femmes et les filles

Le VIH affecte les femmes et les filles dans le monde entier, mais de façon disproportionnée en Afrique subsaharienne, où elles représentent 60 % des personnes séropositives. À l'échelle mondiale, quelque 1,2 million [1,1 million-2,8 millions] de femmes et de filles ont été nouvellement infectées en 2011.

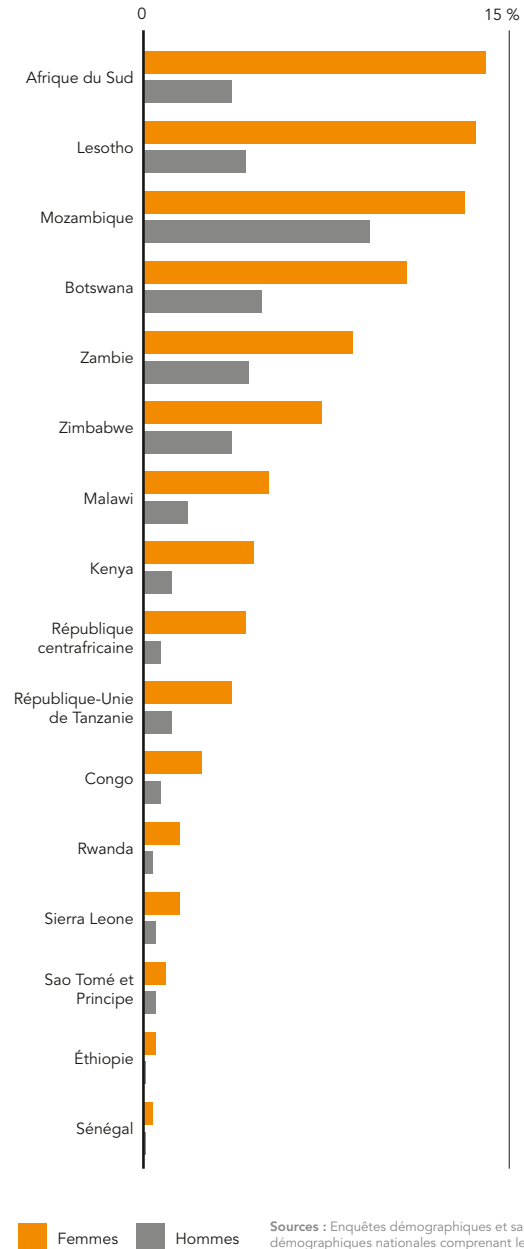
Des études montrent que, dans le cadre des épidémies généralisées, l'activité sexuelle précoce, le mariage précoce et la violence sexuelle sont étroitement associés au risque accru de nouvelles infections chez les femmes. D'après une étude conduite en Afrique du Sud, le déséquilibre du pouvoir entre hommes et femmes et la violence conjugale sont responsables d'une infection à VIH sur sept chez les femmes âgées de 15 à 26 ans (66). De telles conclusions suggèrent que l'amélioration du statut économique et social des femmes, qui les rend moins dépendantes de leur partenaire masculin et stimule leur pouvoir de décision, peut réduire leur risque de contracter l'infection.

Les gouvernements reconnaissent de plus en plus l'importance de l'égalité des sexes dans le cadre de la riposte nationale au VIH. En 2012, 81 % des pays ont déclaré avoir intégré spécifiquement les femmes à leurs stratégies multisectorielles liées au VIH, ce qui signifie que les 19 % restants ne l'ont pas fait. Parmi les pays intégrant les femmes à leurs stratégies contre le VIH, seulement 41 % y ont consacré un budget spécifique (35).

Combattre les normes sexistes préjudiciables

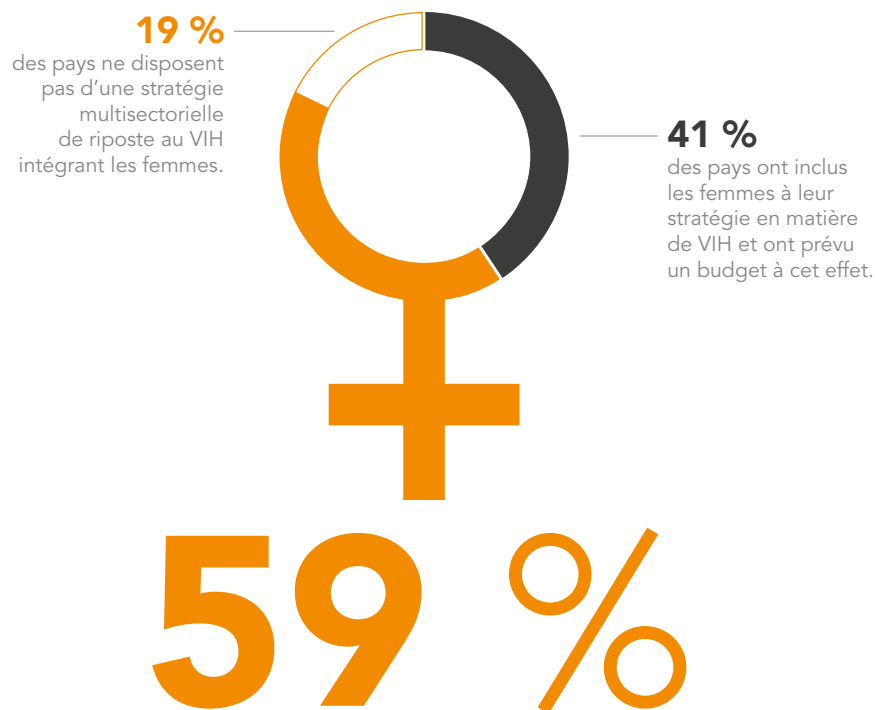
De vastes programmes de transformation sociale promouvant l'égalité des sexes et décourageant la violence sexiste constituent des investissements intelligents pour inverser la tendance de l'épidémie de VIH et atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de

Prévalence du VIH (en %) chez les personnes âgées de 15-24 ans, par sexe, pays sélectionnés, 2008-2011



Les femmes ont besoin de stratégies liées au VIH bénéficiant d'un financement

À l'échelle mondiale, les femmes représentent 49 % des adultes séropositifs. Les jeunes femmes courent un risque beaucoup plus élevé de contracter le VIH que les jeunes hommes. Par conséquent, les stratégies de riposte au sida doivent cibler les besoins spécifiques des femmes et des filles et un budget doit appuyer leur mise en œuvre.



Sur les 170 pays ayant présenté un rapport en 2012, 59 % ne disposent pas d'une stratégie multisectorielle liée au VIH, intégrant les femmes et dotée d'un budget spécifique. Environ 40 % ont inclus un secteur consacré aux femmes au sein de leur stratégie liée au VIH mais ne lui ont consacré aucun budget. Les 19 % restants n'ont ni de stratégie de riposte au VIH, ni de budget spécifique à cet effet.

Source : données NCI (Engagements nationaux et outils politiques), rapports des gouvernements, rapports 2012 des pays. Genève, ONUSIDA, 2012.

santé. De plus en plus de données probantes suggèrent que l'égalité des sexes contribue non seulement à la prévention du VIH, mais également à l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive (67, 68). Un statut socioéconomique plus élevé, ainsi qu'une activité sexuelle et un mariage moins précoces, permettent d'accroître l'autonomie financière et l'indépendance vis-à-vis du partenaire masculin et de bénéficier d'une plus grande autonomie décisionnelle dans les relations sexuelles (68). Il en résulte une meilleure santé maternelle, sexuelle et reproductive. L'élimination des obstacles sexospécifiques peut contribuer à améliorer la prestation de services et la santé des femmes et des filles (52).

Les droits de l'homme, l'égalité des sexes et l'émancipation des communautés stimulent les ripostes au VIH et renforcent les progrès en matière de développement et de société.

Les informations disponibles suggèrent que la participation des hommes aux programmes liés au VIH, à la santé sexuelle et reproductive ainsi qu'à la violence sexiste est cruciale pour combattre les normes sexistes préjudiciables (69). En 2012, 72 % des pays (contre 67 % lors

du précédent cycle de rapports) déclarent avoir favorisé une participation accrue des hommes aux programmes de santé reproductive comprenant des activités d'information, d'éducation et de communication (35).

Émancipation économique

De plus en plus d'éléments (70–72) montrent que les niveaux d'éducation sont souvent corrélés à des facteurs qui réduisent sensiblement le risque d'infection à VIH, comme le report de l'activité sexuelle, une sensibilisation accrue au VIH et une meilleure connaissance du virus, ainsi qu'un taux élevé

d'utilisation du préservatif. Dans le cadre d'une étude menée au Malawi, les filles bénéficiant de transferts d'espèces assortis de conditions étaient 60 % moins susceptibles de contracter une infection à VIH que celles qui ne percevaient aucun versement (73). Les filles recevant des transferts mensuels d'espèces étaient généralement plus enclines à retarder le début de leur activité sexuelle et avaient moins de partenaires. Il semble que les transferts d'espèces, en incitant les filles à poursuivre leur scolarisation et en accroissant leur indépendance financière vis-à-vis de leur partenaire masculin (généralement) plus âgé, ont réduit leur risque de contracter une infection à VIH. Ce type d'intervention et d'autres semblables, comme le microfinancement et les programmes de formation destinés aux femmes, ont le potentiel de contribuer à réduire les comportements à haut risque (75, 76).

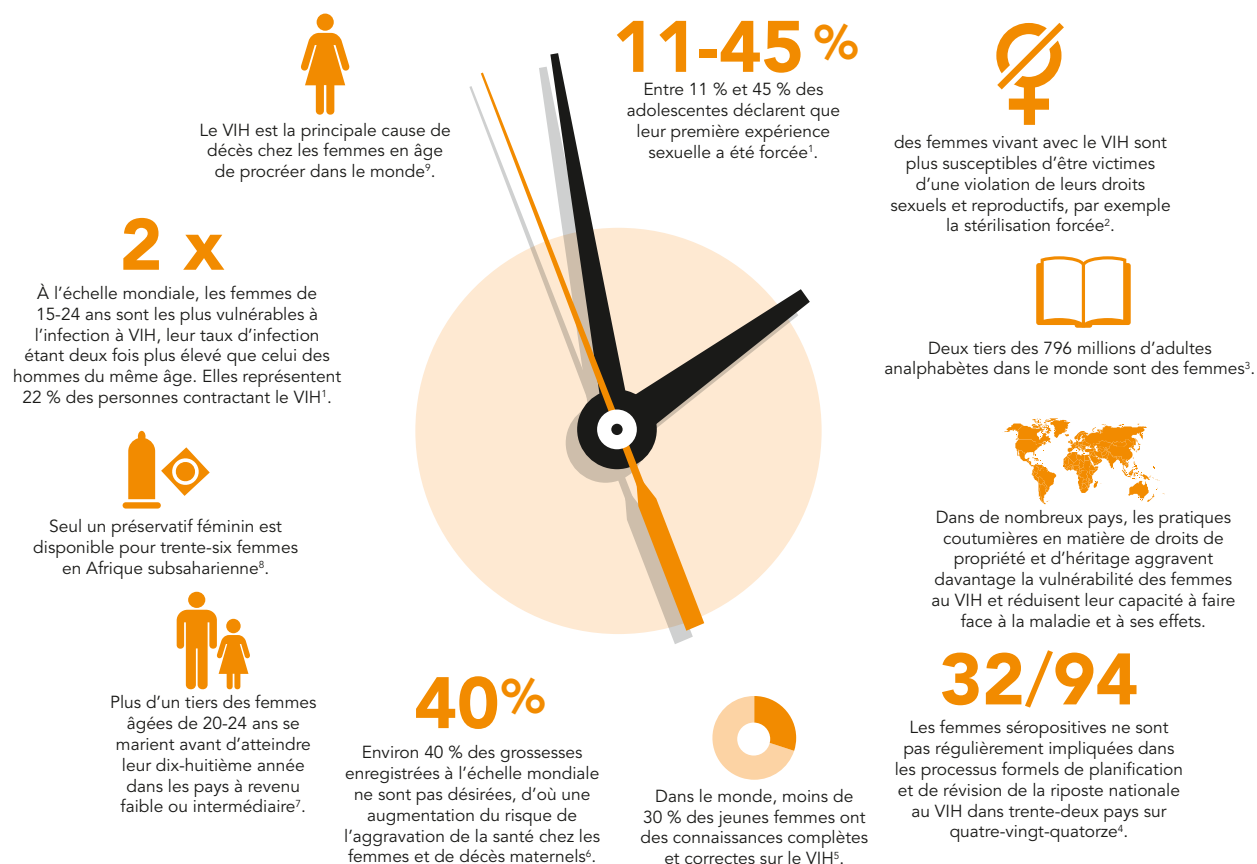
Des épidémies jumelles

La violence sexiste, y compris la violence sexuelle, existe dans le monde entier (18, 77, 78). Des études ont prouvé que la violence dans le cadre de relations intimes entraîne un risque accru d'infection à VIH chez les femmes et les filles (66). Ainsi, à Soweto, en Afrique du Sud, les femmes physiquement maltraitées par leur partenaire sont plus susceptibles d'être séropositives (79). Les hommes auteurs de violence sexiste sont également plus susceptibles de vivre avec le VIH, d'après des données recueillies en Afrique du Sud et en Inde (66, 80, 81).

Généralement, les femmes victimes de violence sexiste sont plus enclines à adopter un comportement à plus grand risque d'infection. La violence à l'égard des filles semble également être liée à l'adoption à terme d'un comportement sexuel à haut risque. D'après une étude récente en République-Unie de

Chaque minute, une jeune femme contracte une infection à VIH

Dans de nombreux pays, en raison de leur faible statut socioculturel et économique, les femmes et les filles ne sont pas en mesure de négocier des rapports sexuels plus sûrs, ni d'accéder aux services de prévention du VIH et aux informations y afférentes.



Sources :

1. Journée mondiale sida 2011, rapport ONUSIDA. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org>, consulté le 15 juin 2012).
2. Scorecard on gender equality in national HIV responses: documenting country achievement and the engagement of partners under the UNAIDS Agenda for Women Girls, Gender Equality and HIV. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011>, consulté le 15 juin 2012).
3. Rural women and the MDGs. New York, Équipe spéciale interinstitutions des Nations Unies sur les femmes rurales, 2012.
4. Scorecard on gender equality in national HIV responses: documenting country achievement and the engagement of partners under the UNAIDS Agenda for Women Girls, Gender Equality and HIV. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2011>, consulté le 15 juin 2012).
5. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/default_fr.htm, consulté le 15 juin 2012).
6. Singh S et al. Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. New York, Institut Guttmacher, 2009.
7. La situation des enfants dans le monde 2011 : l'adolescence, l'âge de tous les possibles. New York, UNICEF, 2011.
8. UNFPA media fact sheet: comprehensive condom programming – juillet 2010. New York, Fonds des Nations Unies pour la population, 2010.
9. Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009 (http://www.who.int/gender/women_health_report/en/index.html, consulté le 15 juin 2012).

Tanzanie (82), les filles ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance sont deux fois plus susceptibles de ne pas utiliser de préservatifs que les autres. La violence, la peur de subir des violences ou d'être rejetées par leur famille sont d'autres raisons dissuadant les femmes de révéler leur statut sérologique.

Les pays et les communautés doivent adopter une réponse à grande échelle axée sur la tolérance zéro en matière de violence sexiste. Une telle stratégie doit donner aux femmes et aux filles les moyens d'assurer leur propre protection et inciter les hommes et les garçons à contribuer à changer les normes sexistes préjudiciables. Il s'agit là d'une entreprise de longue haleine ; entre-temps, les services de santé doivent apporter un soutien accru aux femmes et aux filles, notamment à celles victimes de violences ou d'autres violations de leurs droits. Certaines initiatives atteignent déjà cet objectif. Stepping Stones, une initiative communautaire lancée par des femmes séropositives, a réussi à changer le comportement de certains hommes et à réduire la violence sexiste ainsi que d'autres facteurs exposant les femmes au risque d'infection à VIH (83).

Des investissements intelligents

Des éléments de plus en plus nombreux montrent que la protection des droits de l'homme, la lutte contre les inégalités, la promotion de l'égalité des sexes et le soutien de la mobilisation communautaire renforcent la riposte au VIH et, plus généralement, les programmes de santé et de développement. Les communautés connaissent mieux que personne leurs propres besoins. Les personnes séropositives, les représentants des populations clés plus exposés au risque d'infection ainsi que les femmes et les jeunes doivent jouer un rôle de premier plan dans les efforts déployés par les communautés et au sein des organisations de la société civile qui font office de chiens de garde, qui conduisent des activités de plaidoyer et qui fournissent des services répondant aux besoins des usagers.

Il est crucial d'investir dans les droits de l'homme, l'égalité des sexes et la mobilisation des communautés pour préserver les acquis de la riposte mondiale au VIH. Les efforts visant à protéger les droits et à lutter contre l'inégalité entre les sexes sont indispensables au succès de la riposte au VIH et, plus généralement, au bien-être des citoyens.

WE WILL SPEAK OUT

La coalition We Will Speak Out est une des initiatives réclamant une tolérance zéro face à la violence sexiste (84). Suite aux conclusions d'un rapport sur la réponse des églises à la violence sexuelle dans trois pays africains (85), Rowan Williams, archevêque de Canterbury, et Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, ont apporté leur soutien à la création de la coalition en mars 2011. Active dans quatre pays d'Afrique, cette coalition encourage les croyants de toutes les confessions à élever leur voix contre la violence sexuelle et à amener leur communauté à fournir des conseils et un soutien aux survivants, qu'ils s'agissent d'hommes, de femmes ou d'enfants. Le partenariat s'étendra prochainement à la Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Royaume-Uni, soulignant ainsi le caractère universel de la violence sexiste.



DEBBIE McMILLAN

Un meilleur accès à la santé pour les personnes transgenres

LE RESPECT ET LA DIGNITÉ CONTRIBUERONT À METTRE FIN AU SIDA

Les personnes transgenres constituent l'une des communautés souffrant le plus de l'ostracisme social. Cette réalité est d'autant plus douloureuse dans notre combat contre le sida. Ni la société ni la loi ne nous reconnaissent comme des êtres humains ayant le même droit au respect et à la dignité que tout autre personne. Ainsi, nos droits fondamentaux sont bafoués, notamment nos droits à la santé et à la non-discrimination. Presque partout, nous sommes confrontés à des lois punitives, au harcèlement ou, pire encore, au viol, à la violence et au meurtre.

Notre « différence » suffit à nous condamner à cette « réalité » inacceptable, qui nous prive de notre capacité à prévenir l'infection à VIH et à mener une vie normale lorsque nous sommes séropositifs.

Nous luttons contre cette injustice et affirmons nos droits en nous organisant et en nous soutenant mutuellement. Nous créons des réseaux de plaidoyer et des groupes d'aide juridique et nous efforçons de connaître nos droits et d'être en mesure de les revendiquer afin de nous protéger et de renforcer nos communautés, notamment face à l'épidémie de sida. Nous revendiquons l'amélioration de l'accès aux services de santé, la suppression des lois qui nous criminalisent et nous avilissent et une riposte au VIH axée sur les droits et le respect de toutes les personnes affectées. Y compris nous.

Nous sommes las d'être la cible de l'épidémie et d'autres tourments. Nous allons changer notre réalité.

Les jeunes contribuent à la pertinence de la riposte au VIH

Le VIH est un problème de santé grave pour les jeunes : en 2011, on recensait plus de 2 400 nouvelles infections chez les personnes âgées de 15-24 ans. Placer les jeunes au centre de la riposte contribue à rendre celle-ci plus innovante et durable.

La voix des jeunes militants et dirigeants qui souhaitent participer aux programmes et aux politiques en matière de VIH se fait de plus en plus entendre. Dans le monde entier, les jeunes participent activement à des initiatives liées au virus émanant de pairs et influencent les gouvernements, les donateurs et les institutions telles que l'ONUSIDA.

Les jeunes représentent 40 % [36-45 %] de toutes les infections à VIH chez les adultes. Environ cinq millions d'entre eux vivent avec le virus. En participant aux décisions clés, les jeunes deviennent des défenseurs mieux informés et sont en mesure de promouvoir la transformation de la société au sein de leur famille et la société. Leur participation garantit en outre une pertinence et une efficacité accrues des programmes et des politiques ciblant leurs besoins.

La Déclaration politique sur le VIH et le sida 2011 préconise de soutenir le rôle majeur des jeunes, notamment ceux qui sont séropositifs, et de collaborer avec ces nouveaux dirigeants pour impliquer d'autres jeunes à la riposte au VIH au sein de la famille, de la communauté, de l'école et du lieu de travail. En 2012, le Secrétaire général de l'ONU, Ban Ki-moon, s'est engagé à accroître l'attention accordée aux jeunes dans les programmes de l'Organisation, y compris l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive, la protection des droits et l'inclusion politique des jeunes.

Lorsque l'ONUSIDA a décidé de mettre au point une nouvelle stratégie pour les jeunes, les jeunes ont été invités à en prendre les rênes. Pour mieux comprendre les besoins et les priorités des jeunes, l'ONUSIDA les a invités à se charger de CrowdOutAIDS, un projet politique et collaboratif destiné aux jeunes du monde entier.

Ces derniers ont essentiellement été recrutés via les médias sociaux et l'externalisation ouverte (crowdsourcing). Les jeunes dirigeants ont organisé des forums de discussion qui ont réuni des milliers de participants et des réunions en personne dans les communautés n'ayant pas accès à Internet. Le projet a généré des centaines d'idées d'action, qu'un comité indépendant dirigé par des jeunes a



ANNAH SANGO

Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida

L'ÉDUCATION SEXUELLE CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

« Maman, d'où est-ce que je viens ? » Ma mère m'a dit que j'étais tombée du paradis. Une simple question mettait mes parents mal à l'aise et ils évitaient d'y répondre en faisant appel à leur imagination.

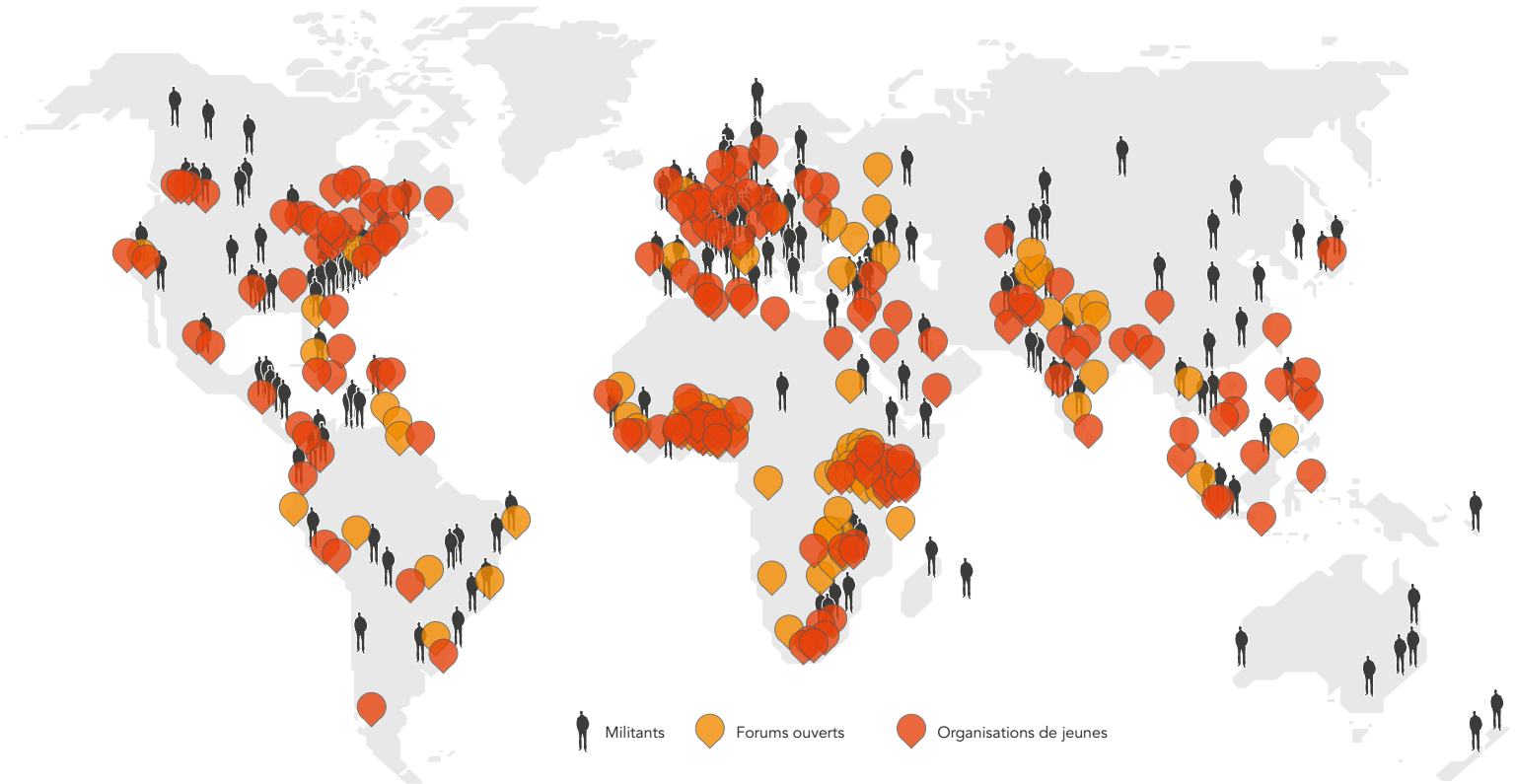
Interloquée, je n'osais pas poursuivre mon interrogatoire par crainte de leur manquer de respect. En outre, dans notre communauté, un enfant qui pose des questions gênantes peut être traité de tous les noms, comme « nzenza » (personne aux mœurs légères) ou « jети » (enfant qui veut trop en savoir). J'ai grandi fermement convaincue qu'une fille sage ne devait pas penser au sexe et encore moins en parler.

Comme moi, de nombreuses jeunes filles africaines grandissent sans connaissances sur leur corps ni sur les relations avec les garçons. Une éducation sexuelle adéquate permettra à ces filles de répondre à toutes ces questions. Elle nous permettra à toutes de comprendre notre corps, notre sexualité et nos besoins sanitaires. Elle renforcera notre confiance en nous et nous apprendra à entretenir des relations saines avec le sexe masculin, à éviter les grossesses non désirées et à nous protéger nous-mêmes, ainsi que nos futurs enfants, contre le VIH. Elle permettra aux filles de savoir à qui s'adresser quand elles ont besoin d'aide et d'aider les autres à mieux se comprendre et bâtir leur avenir.

Si nous voulons faire baisser les nouvelles infections à VIH en Afrique, commençons à parler de sexe et de sexualité avec nos enfants, chez nous, dans les écoles et au sein de nos communautés.

CrowdOutAIDS : les jeunes se rencontrent

Dans le monde entier, des jeunes volontaires ont organisé des forums ouverts CrowdOutAIDS pour s'assurer que les recommandations sur la nouvelle stratégie de l'ONUSIDA reflétaient les différents points de vue des jeunes, notamment là où la pénétration d'Internet est faible.



Source : Rencontres CrowdOutAIDS. CrowdOutAIDS, 2012 (<http://www.crowdoutaids.org/wordpress/crowdoutaids-meet-ups>, consulté le 15 juin 2012).

transformées en recommandations stratégiques (cf. encadré). Dans le cadre de sa Stratégie de leadership de la nouvelle génération, l'ONUSIDA tiendra compte de ces recommandations.

À l'échelle nationale, les efforts des jeunes visent à changer la société et à influencer la politique par le biais d'initiatives – par exemple, Education as a Vaccine (EVA) au Nigéria, où on estime à 700 000 le nombre de jeunes séropositifs. Au

sein d'EVA, une équipe de dix jeunes nigériens coordonne les actions de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive. L'initiative a encouragé des milliers d'autres jeunes à participer à la rédaction du projet de loi contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida. EVA permet aux jeunes de promouvoir leurs droits et leurs besoins au sein des nouvelles lois et de réclamer le changement social aux décideurs.

« L'essor de la technologie va de pair avec la fin du silence. Les jeunes peuvent se mobiliser et faire entendre leur voix ! »

Forum ouvert CrowdOutAIDS

de quarante organisations de la société civile, les jeunes ont approché un grand nombre de jeunes femmes potentiellement actives sexuellement pour renforcer leur sensibilisation à la santé, en particulier la santé reproductive et sexuelle et les infections sexuellement transmissibles. Le projet vise à établir une coalition durable et à motiver d'autres personnes pour garantir que, par le biais de la formation et d'événements publics, la voix des jeunes femmes se fasse entendre au sein de leur communauté. Le projet œuvre pour que

En Égypte, l'initiative Youth Association for Health Development dirige des interactions entre jeunes visant à mobiliser les jeunes femmes des taudis exposées au risque d'infection à VIH. En collaboration avec plus

les jeunes bénéficient d'informations complètes et exactes grâce à l'éducation et d'un accès aux services, avec échange de seringues ou fourniture de préservatifs.

Les jeunes sont les mieux placés pour atteindre leur pairs, notamment au sein des populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH, comme les jeunes consommateurs de drogues injectables. À Vancouver, le programme Crystal Clear était à ses débuts un projet de formation de trois mois destiné à neuf jeunes consommateurs de méthamphétamine issus de la rue. Aujourd'hui, il s'agit d'un programme reconnu de réduction des risques qui s'occupe de nombreux jeunes et qui est dirigé par des pairs. Crystal Clear prévoit une formation de proximité et un soutien par les pairs, ainsi qu'un engagement communautaire. Grâce au rôle crucial joué par les jeunes, le projet a pu atteindre les jeunes ciblés et améliorer leur accès aux services.

LES JEUNES IDENTIFIENT LES ACTIONS NÉCESSAIRES POUR METTRE FIN AU SIDA

Des jeunes ont dirigé le projet CrowdOutAIDS et ont synthétisé des centaines d'idées pour émettre des recommandations :

1. **Renforcement des compétences liées au leadership** – fournir une formation et des ressources en matière de leadership et mesurer l'impact du rôle moteur et de la participation des jeunes.
2. **Pleine participation des jeunes** – plaider pour l'intégration des jeunes aux programmes nationaux, régionaux et mondiaux.
3. **Accès aux informations** – recueillir et partager des connaissances et des informations et organiser le contrôle par les jeunes des programmes nationaux liés au sida.
4. **Réseaux stratégiques** – établir des partenariats avec des organisations dirigées par des jeunes pour aider les jeunes exposés au risque d'infection à VIH et ceux vivant avec le virus et soutenir la recherche.
5. **Renforcement des activités de proximité** – créer des réseaux de projets et d'organisations de jeunes et établir une plateforme de dialogue.
6. **Financement plus intelligent** – diversifier le financement des projets dirigés par des jeunes et former la jeunesse à la mobilisation de ressources.

**OPTIMISER
L'UTILISATION
DES RESSOURCES**

Nous devons plus que jamais optimiser l'utilisation des ressources

Les programmes contre le VIH atteignent un nombre croissant de personnes et obtiennent des résultats sans précédent mais, les ressources étant limitées, il est nécessaire de les optimiser au mieux pour mettre fin à l'épidémie. Pour cela, les programmes liés au VIH doivent être efficaces et efficients.

Tandis que le plaidoyer en faveur de la réduction du prix des produits de base se poursuit, il y a une volonté d'optimiser l'efficacité de la mise en œuvre des programmes liés au VIH, à savoir de réduire le nombre de structures parallèles et de services autonomes, d'adopter une échelle adaptée et de contenir le coût lié aux programmes.

Il apparaît également nécessaire de maintenir et de renforcer des aspects essentiels, comme la supervision, l'appui technique et la gestion, de rationaliser les processus et de maîtriser les coûts. L'utilisation des moyens financiers doit faire l'objet d'un suivi afin de garantir qu'elle bénéficie aux personnes pertinentes et qu'elle sert au mieux les objectifs fixés.

Privilégier les mesures efficaces

De plus en plus de données scientifiques indiquent que six types d'activités sont efficaces pour réduire la transmission du VIH, ainsi que la morbidité et la mortalité qui y sont liées (1) :

- la thérapie antirétrovirale dans le cadre du traitement et de la prévention ;
- la prévention des nouvelles infections chez les enfants et le maintien en vie de leurs mères ;
- la circoncision masculine médicale et volontaire dans les pays où l'épidémie est généralisée et où cette pratique est peu pratiquée ;
- la promotion de l'utilisation du préservatif ;
- les activités intégrées destinées aux populations clés plus exposées au risque d'infection ;
- les programmes promouvant le changement comportemental afin de réduire le risque d'exposition des personnes.

Une mesure standard a permis d'établir la rentabilité de toutes les activités recensées ci-dessus(2), notamment des programmes de traitement et de soins liés au VIH (3). Des études de modélisation suggèrent qu'un démarrage plus précoce de la thérapie antirétrovirale est susceptible de générer



STEFANO BERTOZZI

Directeur du département VIH de la Fondation Bill et Melinda Gates

OPTIMISER LES RESSOURCES POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

Dans le cadre de la riposte au sida, la prévention des infections, l'amélioration de la vie des personnes séropositives et les décès évités constituent les mesures ultimes du succès de nos stratégies. En dépit de progrès remarquables, nous sommes malheureusement encore loin de ces objectifs : les nouvelles infections sont trop nombreuses, le nombre des personnes ayant accès à un traitement est insuffisant et celui des personnes ne recevant pas de traitement faute de soutien est trop élevé.

Nous avons l'obligation morale de garantir que chaque kwacha, dollar, rand ou roupie est judicieusement dépensé afin d'avoir un impact maximal. Ne pas œuvrer à une meilleure efficacité prive les personnes des services de prévention et de traitement dont elles ont besoin.

Étant donné que nous disposons désormais de meilleurs outils pour mesurer l'efficacité – cartographie de l'épidémie, évaluation rigoureuse des programmes de prévention et mesure du coût des traitements et de la qualité –, nous apprenons chaque jour à mieux concentrer les ressources sur les programmes les plus efficaces. Notre défi consiste à utiliser ces connaissances pour prévenir un plus grand nombre de nouvelles infections et sauver plus de vies. Nous devons avoir le courage de mesurer les coûts et l'efficacité variables de nos programmes. Ce n'est qu'en révélant les meilleures pratiques que nous pourrions les reproduire. Ce n'est qu'en révélant les inefficacités que nous pourrions les corriger.

Je suis convaincu que le jour viendra où le financement de la riposte au sida s'accroîtra à nouveau. Mais, d'ici là, le seul moyen de continuer à renforcer l'efficacité des traitements et de la prévention est d'optimiser davantage encore les ressources dont nous disposons. Telle est notre obligation morale.

des économies à long terme : en effet, outre son impact sur la morbidité et la mortalité, il prévient les nouvelles infections et réduit les frais d'hospitalisation (4).

Il en va de même pour la prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants, les coûts variant selon le lieu et les activités réalisées (5–10).

La circoncision masculine médicale et volontaire se révèle particulièrement rentable dans les pays frappée par une épidémie généralisée où cette pratique n'est pas courante (11–15) : au Lesotho, le ratio d'infections à VIH évitées par homme circoncis est de un pour six et, au Swaziland, de un pour quatre. Le coût de la prévention des nouvelles infections par personne sur une période de vingt ans va de 180 dollars US à 390 dollars US (14, 16–18).

De même, les services de prévention et de traitement ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection, notamment les professionnelles du sexe (19), les consommateurs de drogues injectables (20–22) et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (23), se révèlent rentables. Ainsi, la modélisation de l'épidémie en Ukraine révèle que l'établissement d'un niveau élevé d'accès à un traitement de substitution à la méthadone et à la thérapie antirétrovirale constitue l'intervention la plus concluante à l'échelle nationale (24).

L'efficacité et la rentabilité de ces programmes dépendent de la qualité, de l'intensité et de l'échelle de leur mise en œuvre. La réalisation efficace de ces programmes dépend de plusieurs facteurs critiques, notamment la mobilisation communautaire, qui stimule la demande et favorise la participation et l'observance. Un cadre politique, juridique

et réglementaire porteur et une gestion des programmes adéquate sont également essentiels pour garantir le bon fonctionnement des systèmes pertinents.

Affectation stratégique des ressources

De plus en plus de pays affectent les ressources liées au VIH à des activités efficaces et rentables dans leur contexte local. Depuis 2008, plus de trente pays ont analysé leur épidémie de VIH afin de déterminer les sources et les modes d'infection et certains se sont servi de cette analyse pour orienter l'affectation de leurs ressources.

Ainsi, au Kenya, si les rapports hétérosexuels non protégés continuent d'être le principal mode de transmission, l'analyse des scénarios épidémiques nationaux a révélé qu'un tiers des nouvelles infections concerne les populations clés plus exposées : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes incarcérées, les consommateurs de drogues injectables, ainsi que les professionnels du sexe et leurs clients. Ces conclusions ont fortement influencé le plan stratégique national 2009/10 et 2012/13 et ont entraîné une augmentation sensible des fonds destinés aux services ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection au Kenya. Une analyse semblable a incité la Zambie à accroître les ressources liées au VIH pour prévenir les nouvelles infections chez les couples sérodiscordants, les groupes vulnérables et les enfants et maintenir leurs mères en vie, mais aussi promouvoir la circoncision. Le Bénin consacre davantage de ressources aux professionnels du sexe et à leurs clients. Le Ghana injecte plus de fonds dans la prévention des populations clés plus exposées au risque d'infection (l'enveloppe est passée de 2 % de l'ensemble du budget de prévention en 2005-2010 à 20 % en 2011-2020).

Dans le cadre de la riposte au VIH, les investissements doivent se concentrer sur des interventions éprouvées, efficaces et adaptées à chaque contexte

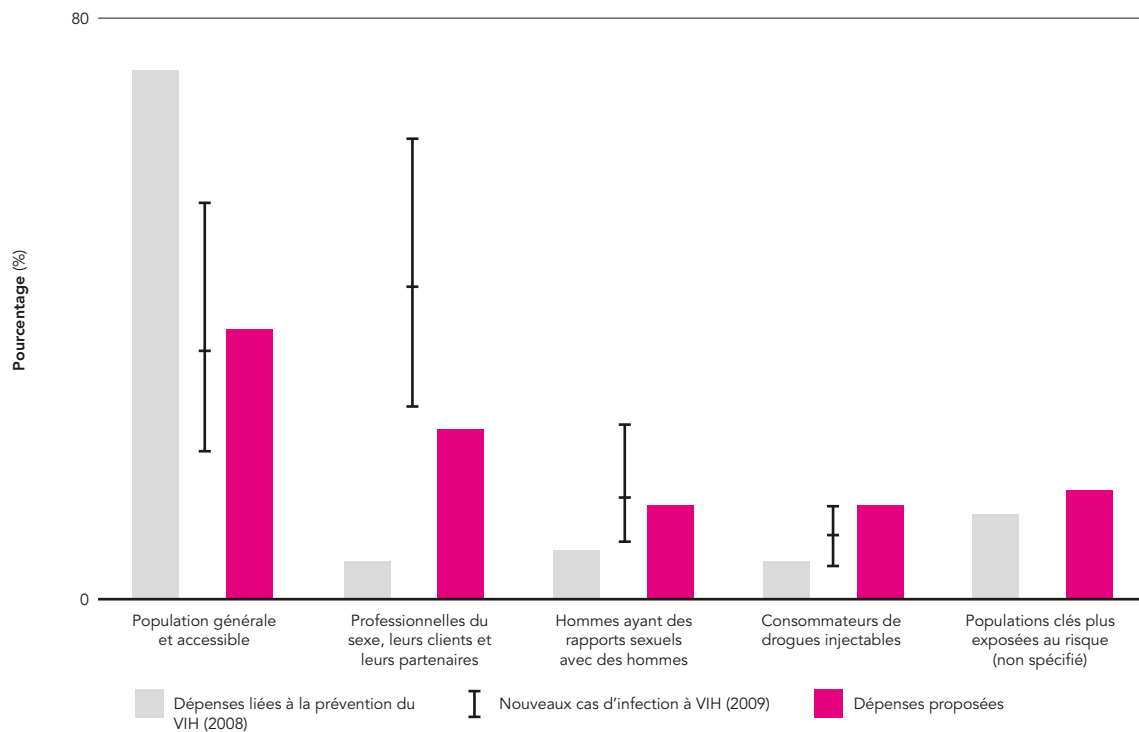
Au Maroc, le dernier plan stratégique national a corrigé les déséquilibres entre la proportion de personnes contractant l'infection au sein des populations clés plus exposées et l'allocation des fonds de prévention (25).

2000, la plupart des ressources liées au VIH étaient destinées à la population générale (26). Suite à la planification et à l'évaluation des coûts basées sur des données probantes, les budgets nationaux 2010 affectaient des ressources sensiblement supérieures aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux professionnelles du sexe, aux prisonniers et aux consommateurs de drogues injectables.

Des ajustements semblables ont été pratiqués en Amérique latine où, au milieu des années

Les principaux donateurs soutiennent cette nouvelle approche plus stratégique des investissements. Le Fonds mondial de lutte

Réaffectation des ressources vers les programmes ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH au Maroc



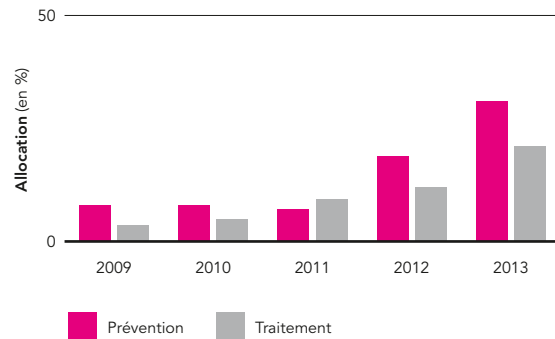
Source : ministère de la Santé du Maroc, Programme national VIH/IST, modes de transmission du VIH au Maroc. Août 2010.

contre le sida, la tuberculose et le paludisme a augmenté les fonds alloués à des interventions à fort impact au fil du temps. La proportion du financement du Fonds mondial destiné à la mise en œuvre d'activités de programmes de base efficaces a bondi de 36 % en 2008 à 51 % en 2012 dans treize pays particulièrement touchés par le VIH¹ (27). Au Cambodge, en Inde, en Thaïlande et en Ukraine, où sévit une épidémie concentrée, les fonds destinés aux activités de traitement et de prévention du VIH au sein des populations clés sont passés de 17 % en 2008 à 31 % en 2013, tandis que ceux alloués à la population générale ont diminué. Le modèle de financement basé sur les performances appliqué par le Fonds mondial a décelé des économies à terme (28) et privilégie désormais les interventions stratégiques à fort impact.

De même, le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida montre que l'affectation des ressources est plus efficace lorsqu'elle est concentrée sur des interventions essentielles. En Éthiopie, on constate un recul des vastes programmes de communication sur le changement comportemental entre 2004 et 2010 et une augmentation des programmes de prévention plus efficaces, notamment de prévention de la transmission mère-enfant.

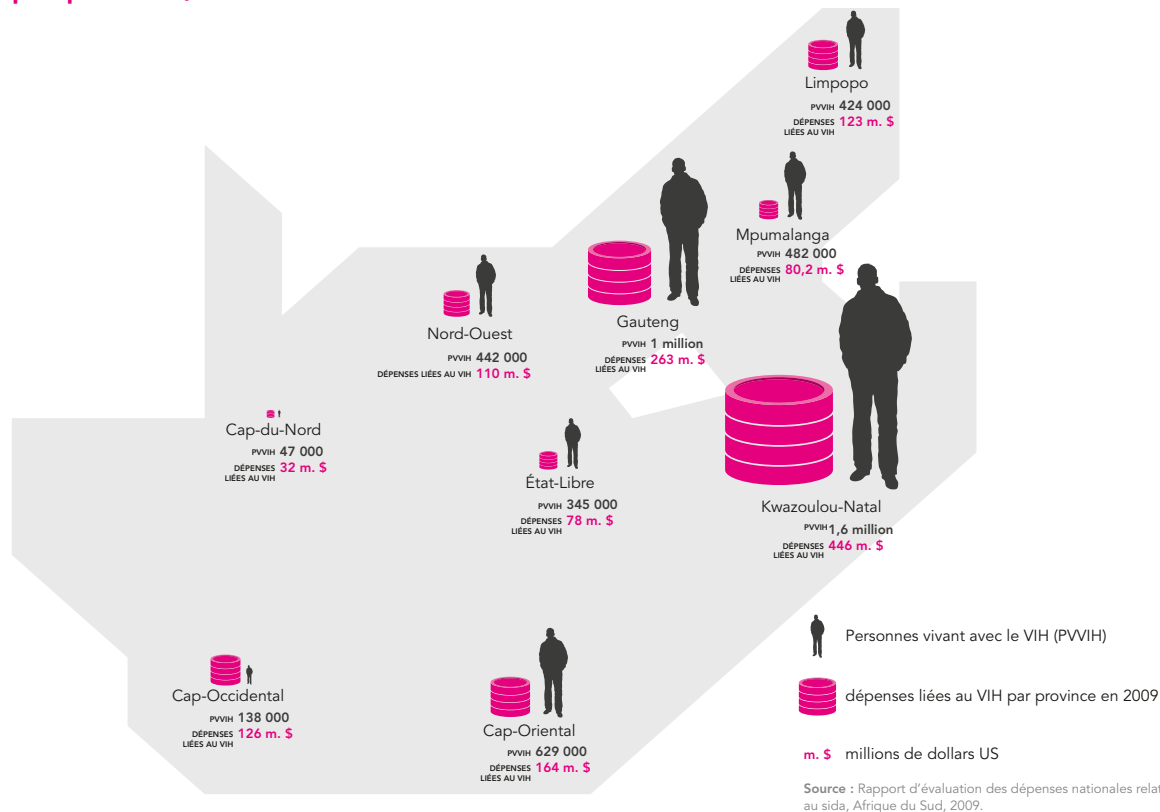
Outre l'attention accordée aux interventions efficaces et aux populations les plus gravement affectées, l'affectation des ressources doit tenir compte de la répartition géographique des personnes contractant l'infection à VIH. Par exemple, au Kenya, le plan stratégique national, tenant compte de la concentration élevée de personnes séropositives dans les provinces de Nyanza, de Nairobi et de la Côte, a intensifié la prestation de services dans les

Allocation accrue des moyens financiers du Fonds mondial destinés aux activités de prévention et de traitement ciblant les populations clés plus exposées au risque dans quatre pays ayant une épidémie concentrée



Source : rapport commandé par l'ONUSIDA : Evidence of re-allocation of funds to basic HIV program activities in GFATM grants, 2012.

Dépenses liées au VIH et nombre de personnes séropositives, Afrique du Sud, par province, 2009



cinquante districts où la prévalence est la plus forte (29). En Afrique du Sud, la nature des dépenses liées au VIH demeure très variable entre les provinces présentant des profils épidémiques semblables (30) et dépend plus de la capacité à fournir des services que des besoins (31). À l'heure actuelle, des efforts sont déployés pour renforcer les capacités et créer une demande de services dans les provinces où leur utilisation est sous-optimale. Le taux croissant d'urbanisation, notamment dans les pays à revenu faible ou intermédiaire,

exige de mieux comprendre les différentes caractéristiques du VIH dans les villes afin d'améliorer les stratégies de riposte ciblées (32).

Maîtriser les coûts des produits de base liés au VIH

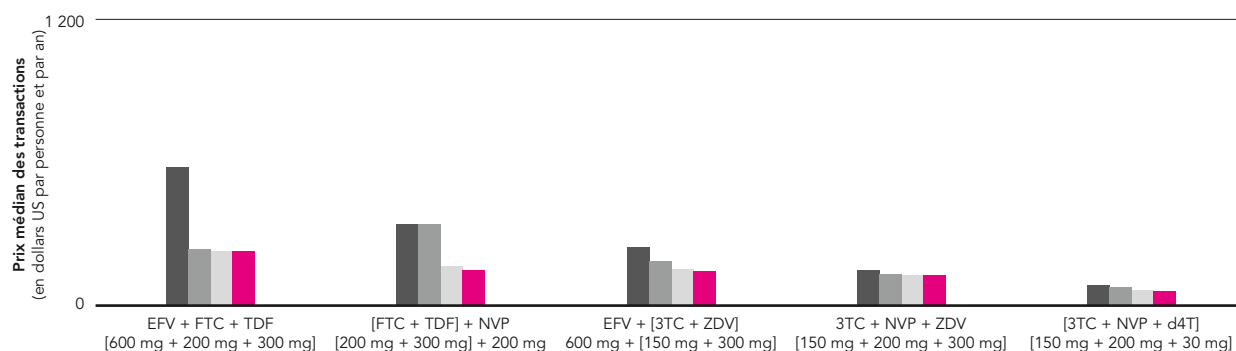
Le faible coût des médicaments antirétroviraux permet de fournir, avec les mêmes ressources, un traitement à un nombre plus élevé de personnes. À cet égard, on peut se féliciter de la forte baisse du prix des médicaments antirétroviraux depuis dix ans, portée par un

ensemble de facteurs, dont les économies d'échelle, la concurrence entre les fabricants de médicaments génériques, la réduction des frais d'approvisionnement et le plaidoyer soutenu des militants.

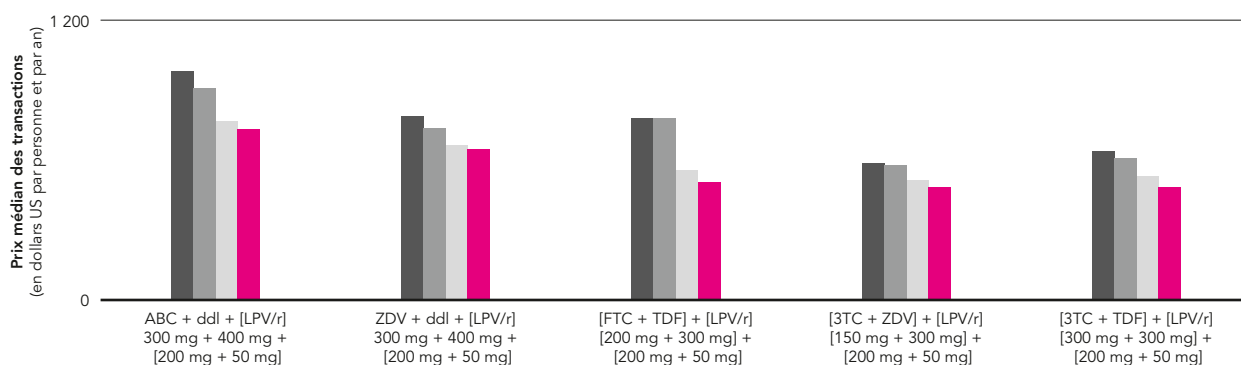
Le coût annuel de la fourniture d'antirétroviraux de première intention a chuté, passant de plus de 10 000 dollars US par personne en 2000 à moins de 100 dollars US en 2011 pour les traitements les moins chers recommandés par

Prix des traitements antirétroviraux de première et de deuxième intention pour adultes dans les pays à revenu faible, 2008–2011

TRAITEMENTS DE PREMIÈRE INTENTION



TRAITEMENTS DE DEUXIÈME INTENTION



EFV : éfavirenz ;
 FTC : emtricitabine ;
 TDF : ténofovir disoproxyl fumarate ;
 NVP : névirapine ;
 3TC : lamivudine ;
 ZDV : zidovudine ;
 d4T : stavudine ;
 ABC : abacavir ;
 ddl : didanosine ;
 LPV/r : lopinavir réhaussé de ritonavir.

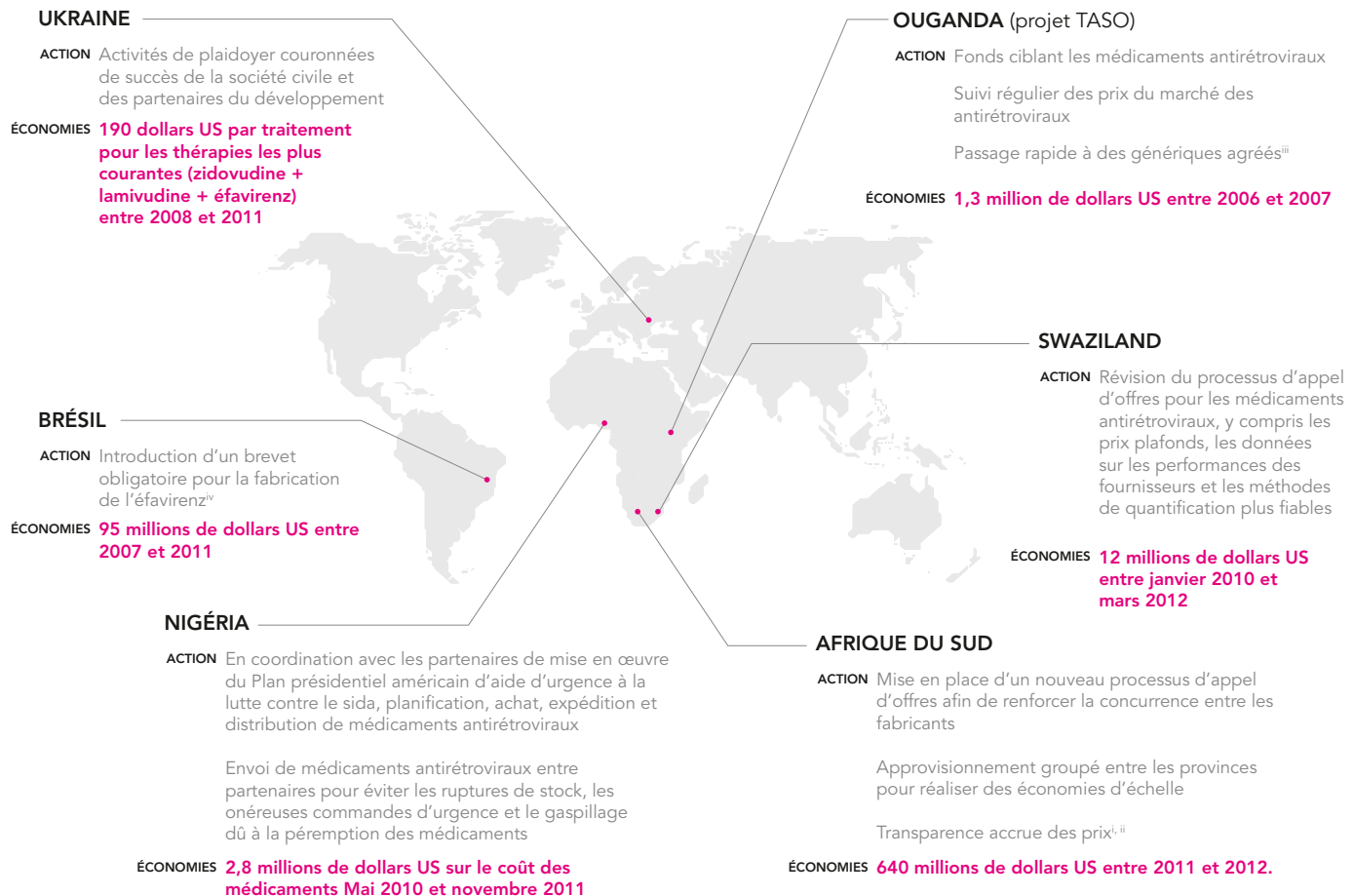
■ 2008 ■ 2009 ■ 2010 ■ 2011

Source : Mécanisme mondial d'information sur les prix, Organisation mondiale de la santé, 2012.

l'OMS (33, 34). Cependant, cette baisse des prix s'est ralentie depuis peu et il semble que les prix mondiaux des traitements de première intention les plus courants recommandés par l'OMS, tous génériques, aient atteint leur niveau plancher (33).

Le prix des antirétroviraux de deuxième intention a également enregistré une baisse au cours des cinq dernières années, tout comme ceux destinés aux enfants. La plupart des antirétroviraux de deuxième et de troisième intention étant toujours protégés

Initiatives nationales réussies de réduction du coût des médicaments antirétroviraux



Remarque :

i) À un taux de change de 7,4 ZAR/USD, les économies se sont élevées à 4,7 milliards de rands.

Sources :

ii) Massive reduction in ARV prices. Johannesburg, gouvernement sud-africain, 2010 (www.info.gov.za/speech/DynamicAction?pageid=461&sid=15423&tid=26211, consulté le 15 juin 2012).

iii) Mutabaazi J.I. Scaling up antiretroviral treatment using the same dollar: cost efficiency and effectiveness of TASO Uganda Pharmacy Management System of CDC-PEPFAR funded program.

XIXe Conférence internationale sur le sida, Washington DC, 22-27 juillet 2012. Remarque : le contenu du résumé des discussions ayant trait à l'affiche et à l'exposition de l'affiche de la XIXe Conférence internationale sur le sida demeure sous embargo jusqu'au dimanche 22 juillet 2012, 15 heures (heure standard de la côte Est des États-Unis).

iv) Viegas Neves da Silva F, Hallal R, Guimaraes A. Compulsory licence and access to medicines: economic savings of efavirenz in Brazil. XIXe Conférence internationale sur le sida, Washington DC, 22-27 juillet 2012. Remarque : le contenu du résumé des discussions ayant trait à l'affiche et à l'exposition de l'affiche de la XIXe Conférence internationale sur le sida demeure sous embargo jusqu'au dimanche 22 juillet 2012, 15 heures (heure standard de la côte Est des États-Unis).

par des brevets, seuls la recrudescence de la concurrence et un recours accru aux flexibilités négociées dans le cadre de la Déclaration de DOHA sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et sur la santé publique permettront de réduire davantage les prix (34).

Les recommandations en matière de traitement privilégient désormais des protocoles plus efficaces et plus sûrs, comme ceux à base de zidovudine et de ténofovir ; l'utilisation de la stavudine est déconseillée. Le coût plus élevé de ces régimes thérapeutiques accentue le besoin d'exiger une réduction des prix.

Les antirétroviraux sont encore onéreux dans certains pays et régions et on constate une variation importante des prix entre les pays, comme en Amérique latine et aux Caraïbes (35, 36). La plupart des pays de la région pourraient traiter entre 1,2 et 3,8 fois plus de personnes si les frais d'approvisionnement des combinaisons de médicaments de première intention se rapprochaient du prix générique régional le plus faible (36). En ce qui concerne les combinaisons de deuxième intention, pour la plupart brevetées, le potentiel de réduction des coûts est là aussi très important. La baisse des prix (à savoir les tarifs se rapprochant du prix régional de premier achat le plus bas ou du prix de transaction médian mondial) est susceptible de multiplier par cinq le nombre de personnes traitées (36).

Les prix du marché mondial ne représentent qu'une partie des frais supportés par les programmes nationaux. Il est possible de réduire davantage les coûts en améliorant les procédures d'appel d'offres, en supprimant les droits de douane et les taxes et en réduisant

certaines coûts, notamment les frais de transport, à l'échelle nationale.

Ces dernières années, plusieurs pays ayant amélioré leurs pratiques en matière d'approvisionnement, les coûts ont enregistré une réduction sensible.

L'éventail des prix de la plupart des outils de diagnostic du VIH, notamment des tests rapides et des tests immuno-enzymatiques, est resté stable au cours des dix dernières années. Cependant, un affaiblissement de la concurrence pourrait entraîner de futures hausses des prix, d'où une certaine inquiétude à cet égard. D'après des données internes de l'OMS sur l'approvisionnement, le prix des tests de CD4 variait de 1,80 dollar US à 12,60 dollars US en 2010, suggérant de possibles économies (40). À l'instar des médicaments antirétroviraux, le prix des diagnostics varie entre les régions et les pays et, par exemple, est plus élevé en Amérique latine et aux Caraïbes. Le test de mesure de la charge virale demeure onéreux : environ 9-10 dollars US (prix des Nations Unies), 30 dollars US pour les réactifs et approximativement 100 000 dollars US pour le matériel (40).

La sélection et l'achat du matériel de laboratoire approprié en fonction des besoins amélioreront la prestation de services et contribueront à accroître l'efficacité. Ainsi, en Éthiopie, un projet a adapté la capacité des laboratoires, en ayant notamment recours à des machines moins onéreuses, et a obtenu des

Pour mettre fin à l'épidémie de sida, il faut des médicaments bon marché et de qualité et une prestation de services efficace

économies de 600 000 dollars US la première année et, par la suite, de 100 000 dollars US par an (41).

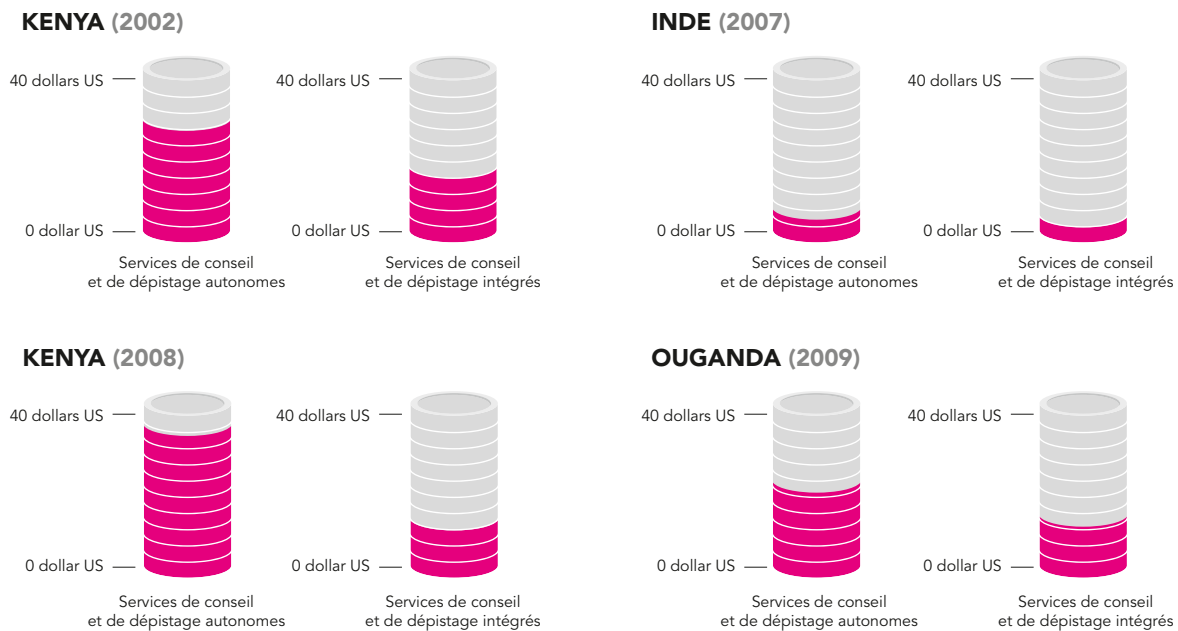
La forte demande a stimulé la production de préservatifs, élément primordial de la riposte au VIH, qui a entraîné une baisse des coûts. En 2010, le coût à l'unité des préservatifs masculins achetés dans le secteur public oscillait entre 0,04 dollar US et 0,25 dollar US et celui des

préservatifs féminins entre 0,06 dollar US et 0,90 dollar US (44). Cependant, les préservatifs ne représentant que 2-3 % du coût de la riposte mondiale au VIH, toute baisse supplémentaire de leur prix n'aura qu'un impact global minime (1, 42, 43).

Efficacité de la prestation de services

Les décideurs programmatiques exigent de plus en plus d'informations sur les coûts

L'intégration est source d'économies : comparaison entre les services de conseil et de dépistage intégrés et non intégrés, coûts moyens, pays sélectionnés



Remarques :

Les centres dédiés exclusivement au VIH sont un exemple de services de conseil et de dépistage autonomes. Les services de conseil et de dépistage intégrés comprennent, entre autres services de santé, la santé sexuelle et reproductive, la planification familiale et les soins de santé primaires. Kenya (2002) : comparaison du coût unitaire moyen des services de conseil et de dépistage autonomes et intégrés dans trois établissements de soins de santé primaires. Kenya (2008) : comparaison entre services autonomes et services intégrés au sein de centres de santé, neuf sites étudiés. Inde (2007) : comparaison entre services autonomes et services intégrés au sein d'un seul centre dispensant des soins de santé reproductive des conseils et effectuant des dépistages. Ouganda (2009) : comparaison entre un service de guichet unique autonome et une structure semblable intégrée au sein d'établissements hospitaliers (services de conseil et de dépistage dispensés dans tous les hôpitaux).

Sources : Menzies N. et al. The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda. *AIDS*, 2009, 23 : 395-401.

Liambila W. et al. *Feasibility, acceptability, effect and cost of integrating counseling and testing for HIV within family planning services in Kenya*. Washington, DC, Population Council, 2008 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADN569.pdf, consulté le 15 juin 2012).

Das R. et al. *Strengthening financial sustainability through integration of voluntary counseling and testing services with other reproductive health services*. Washington, DC, Population Council Frontiers, 2007 (http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/India_CINI.pdf, consulté le 15 juin 2012).

Forsythe S. et al. Assessing the cost and willingness to pay for voluntary HIV counseling and testing in Kenya. *Health Policy and Planning*, 2002, 17 : 187-195.

Sweeney S. et al. Costs and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 88 : 85-99.

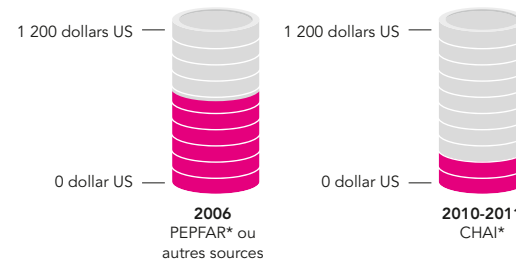
unitaires et œuvrent à améliorer l'efficacité de la prestation des services liés au VIH. Les centres de prestation de services varient considérablement, y compris à l'échelle nationale, mais les coûts globaux semblent avoir baissé en raison de la plus grande envergure et de l'efficacité renforcée des modèles de prestation.

Le coût des programmes liés au VIH, notamment dans les domaines des conseils et du dépistage, peut varier sensiblement, même au sein d'un pays (44, 45). En général, le coût est inversement proportionnel au volume des services de conseil et de dépistage (44, 45) et est moins élevé lorsque ceux-ci sont intégrés au sein d'autres services de santé (46). Dans certains cas, les services de conseil et de dépistage basés sur la proximité peuvent se révéler moins onéreux que les approches basées sur les installations (47). La prévention, les conseils et le dépistage à assise communautaire, intégrés à d'autres services de santé, peuvent influencer substantiellement la couverture et les coûts (48).

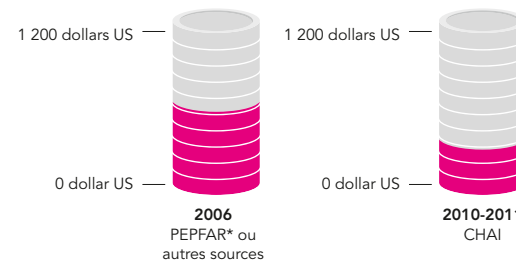
Les coûts de la thérapie antirétrovirale liés aux installations, y compris les produits de base et la prestation de services, ont fortement diminué ces dernières années : de plus de 500 dollars US, ils sont passés à 200 dollars US par personne et par an dans les pays africains à revenu faible ou intermédiaire et présentent une fourchette allant d'une moyenne de 136 dollars US par personne et par an au Malawi à 278 dollars US en Zambie. L'Éthiopie, l'Afrique du Sud et la Zambie affichent une tendance à la baisse semblable entre 2006 et 2010-2011. Les coûts plus importants des traitements au niveau des installations en Afrique du Sud (682 dollars US) reflètent le niveau élevé des salaires et la fréquence accrue des essais en laboratoire à l'échelle nationale

Réduction du coût annuel de la thérapie antirétrovirale, par personne, pays sélectionnés, de 2006 à 2010-2011

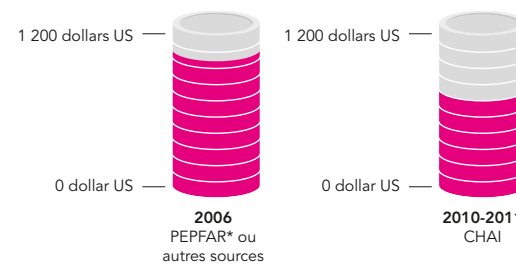
ÉTHIOPIE



ZAMBIE



AFRIQUE DU SUD



*PEPFAR : Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida. CHAI : Initiative Clinton pour l'accès à la santé.

Sources : Éthiopie 2006 : Menzies N. A. et al. The cost of providing comprehensive HIV treatment in PEPFAR-supported programs. *AIDS*, 2011, 25 : 1753-1760. Zambie 2006 : Bollinger L, Adesina A. Review of available antiretroviral treatment costs, major cost drivers and potential efficiency gains. Rapport interne. Genève, ONUSIDA, 2011. Afrique du Sud 2006 : Bollinger L, Adesina A. Review of available antiretroviral treatment costs, major cost drivers and potential efficiency gains. Rapport interne. Genève, ONUSIDA, 2011. Données issues de l'initiative CHAI pour l'Éthiopie, la Zambie et l'Afrique du Sud 2010-2011 : Facility-based unit costing of antiretroviral treatment: a costing study from 161 representative facilities in Ethiopia, Malawi, Rwanda, South Africa and Zambia. New York, Initiative Clinton pour l'accès à la santé, sous presse.



AGNES BINAGWAHO

Ministre de la Santé, République du Rwanda

L'INTÉGRATION CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

Le VIH constitue une menace globale à la santé, qui ne peut faire l'objet d'une stratégie isolée. La riposte au VIH ne sera efficace, efficiente, équitable et durable que si elle est intégrée à d'autres programmes de santé.

L'expérience du Rwanda prouve que le renforcement du système de santé et la riposte à l'épidémie vont de pair. L'approche du financement des soins de santé basé sur les performances a permis de privilégier les résultats, et non plus les intrants, d'où une amélioration de l'accès aux soins et de leur qualité. Le système national d'assurance maladie a également contribué à rationaliser le financement de la santé et a généré une efficacité accrue, tout en autorisant la participation et l'appropriation communautaires en matière de soins de santé.

Les programmes visant à éliminer l'infection de VIH chez les enfants et à maintenir leurs mères en vie sont intégrés au sein des services de santé maternelle et infantile habituels dans 80 % des établissements. Le personnel de santé est formé pour fournir tous ces services et les usagers économisent du temps et des efforts.

L'intégration conduit à l'accès universel : plus de 95 % des Rwandais nécessitant une thérapie antirétrovirale en bénéficient.

Par conséquent, non seulement le pays tire profit de la baisse mondiale du prix des médicaments antirétroviraux essentiels, mais en outre la mise en œuvre efficace des programmes de santé, entre autres ceux liés au VIH, optimise l'impact de chaque dollar dépensé.

Si un financement continu et durable est essentiel à la riposte à l'épidémie, un leadership visionnaire, l'innovation et l'appropriation sont également cruciaux pour mettre fin au sida.

(49). Au Mozambique, le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida a analysé l'activité des partenaires dispensant des soins et des traitements en établissement et a conclu que, en gérant leurs dépenses, le coût du traitement par personne était réduit de 44 % en seulement deux ans (de 2009 à 2011). Un volume de patients plus élevé (49, 50), une expérience plus solide (50, 51) et un démarrage précoce du traitement (52) sont autant de facteurs contribuant à la baisse des coûts moyens.

L'intégration de la thérapie antirétrovirale au sein d'autres services, dont le traitement de la tuberculose et d'autres co-infections, peut être moins onéreuse qu'un fonctionnement autonome (46). Par exemple, au Vietnam, les centres autonomes traitant exclusivement le VIH supportent des frais administratifs et de main-d'œuvre plus élevés que les établissements disposant de services intégrés (52).

La délégation des tâches, la décentralisation et une participation accrue de la communauté sont d'autres facteurs susceptibles de renforcer l'efficacité (53–59). Une étude menée en Afrique du Sud révèle ainsi que le coût de la gestion de la thérapie antirétrovirale par des infirmières dans des établissements décentralisés était 11 % moins élevé que dans le cas de médecins en milieu hospitalier (60). En Inde, la comparaison entre les services de thérapie antirétrovirale décentralisés (aux niveaux primaire et secondaire) et centralisés (niveau tertiaire) révèle des coûts semblables pour les médicaments, mais un coût unitaire plus bas dans le premier cas pour les articles autres que les médicaments. La satisfaction des usagers des services et l'observance du traitement ont augmenté, tandis que les coûts

liés aux déplacements ont diminué (53). Les données sur les coûts liés à la prévention des nouvelles infections chez les enfants et au maintien en vie de leurs mères sont moins facilement disponibles, mais confirment également les grandes variations et les tendances à la baisse globales. Au Kenya, le coût moyen de chaque nouvelle infection à VIH chez les enfants a diminué d'au moins deux tiers entre 2005 et 2010 (61). Au Ghana, de récentes données (62) font état de coûts élevés et la délégation des tâches y apparaît comme une option permettant de gagner en efficacité. De récentes analyses portant sur plusieurs pays montrent que l'implication de la communauté est un élément clé des programmes ayant assuré le plus haut niveau de prestation de services au prix le plus bas (63).

Les données sur le coût de la circoncision masculine suggèrent que des économies sont possibles dans ce domaine. Au Kenya (64), une étude signale que l'assistance programmatique et administrative présente le plus grand potentiel de réduction des coûts. Le recours à la chirurgie assistée de forceps, la gestion des queues de patients, la délégation des tâches et la mobilisation communautaire peuvent contribuer à l'amélioration de l'efficacité clinique (65).

L'extension des services liés au VIH ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection va de pair avec la tendance à la baisse de leurs coûts (45, 66–68). Les données probantes issues du projet Avahan India Aids Initiative montrent que l'élargissement des activités de prévention chez les professionnels du sexe et leurs clients, les personnes transgenres et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a entraîné une

réduction des coûts moyens (66). Les effets d'échelle doivent être intégrés aux cycles de planification et aux évaluations des besoins en investissement à l'échelle nationale, mais les coûts ne sont pas les seuls éléments à prendre en considération. Par exemple, en Inde, les projets urbains ciblant les professionnels du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont un coût par personne suivie plus bas que ceux s'occupant des personnes transgenres. Il est vrai que ce dernier groupe est plus exposé au risque d'infection à VIH et requiert des services efficaces (69).

Maîtriser les coûts des programmes

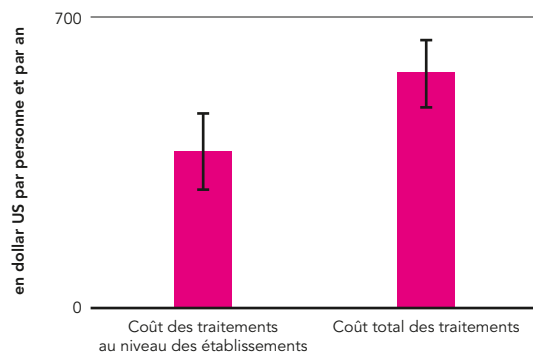
Outre les installations, il est possible d'accroître l'efficacité dans de nombreux autres domaines. Le coût de la planification, de la coordination et de la gestion des programmes liés au VIH englobe la gestion des fonds, la fourniture de médicaments, le suivi et l'évaluation, ainsi que les technologies et les infrastructures en matière d'information et de communication qui varient tous fortement d'une région à l'autre. Dans la plupart des régions, les dépenses liées à l'appui aux programmes et à leur gestion représentent environ 10 % de l'ensemble

des dépenses consacrées à la riposte au VIH. Mais ce taux s'élève à près de 20 % en Afrique subsaharienne, à presque 30 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord et à plus de 30 % aux Caraïbes. Les dépenses liées à l'appui aux programmes et à leur gestion sont généralement plus élevées pour les projets de petite envergure et dans les pays à faible prévalence.

Un financement substantiel externe ou issu de donateurs tend à accroître les dépenses liées à l'appui et à la gestion par comparaison avec un financement reposant principalement sur des sources nationales. Les programmes à financement externe sont généralement associés à un plus grand nombre d'aspects liés à la gestion, à l'appui technique, au suivi et à l'évaluation et à la notification. En moyenne, pour chaque dollar de financement externe remplacé par un financement national, le coût de la gestion des programmes baisse de 0,18 dollar US.

Le coût total des traitements, qui comprend les dépenses d'appui aux programmes, peut être nettement plus élevé que le coût des traitements administrés dans les

Coût des traitements au niveau des établissements et coût total par personne et par an en Zambie, 2009



Remarque : le coût total des traitements comprend les coûts liés aux établissements, le financement et la comptabilité, la gestion des ressources humaines, l'approvisionnement, l'assurance qualité, l'inventaire et le contrôle des fournitures, l'analyse des données, l'assurance, la télécommunication et l'informatique, les moyens de laboratoire et les relations avec la communauté.

Source : Elliott Marseille, Health Strategies International, communication personnelle, analyse de données du Centre for Infectious Disease Research en Zambie, 2012.

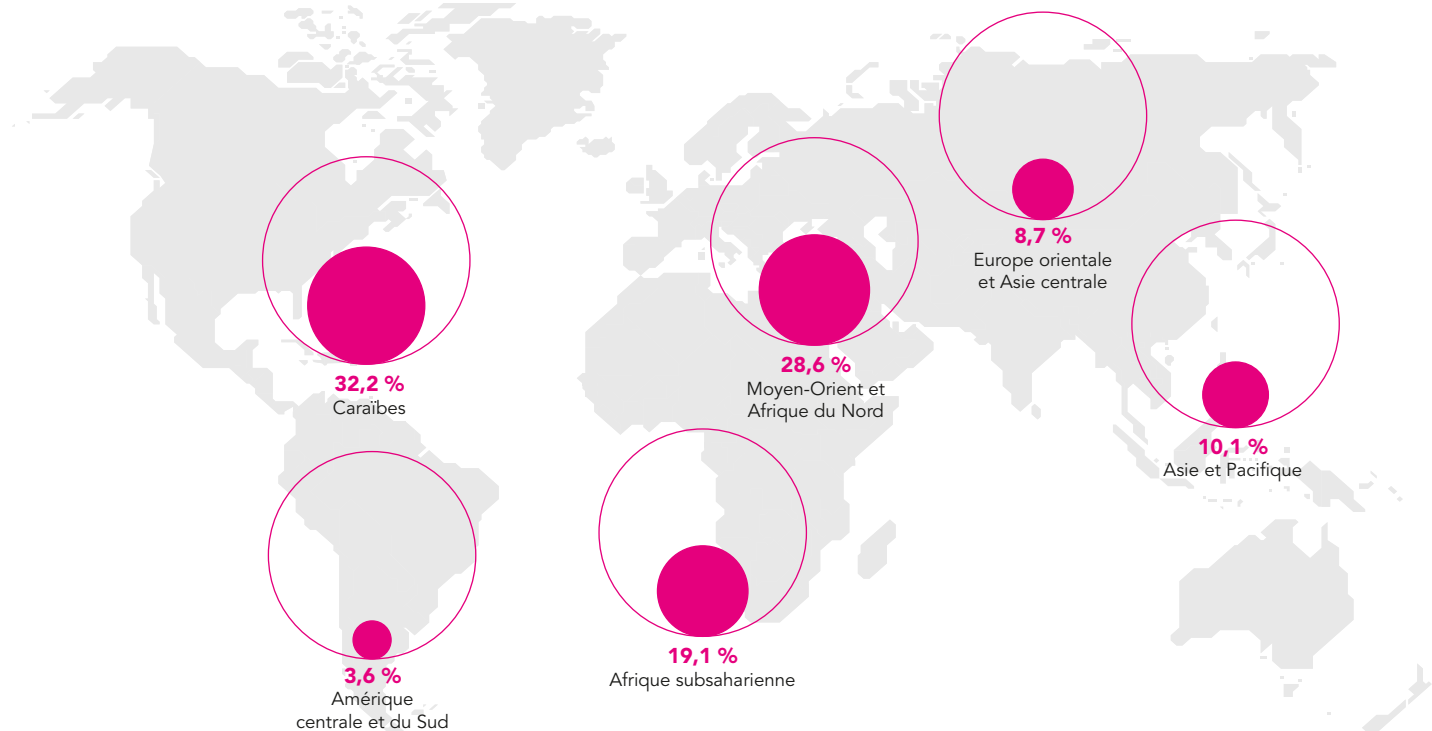
établissements.

L'appui technique est onéreux – 300 à 700 dollars US par jour –, mais des efforts sont actuellement déployés pour en réduire le coût, comme l'a montré le récent examen des dispositifs d'appui technique financé par l'ONUSIDA en Afrique subsaharienne, en Asie et dans le Pacifique (70–73). Lorsque ces dispositifs ont recours à des techniciens locaux et régionaux et non à des experts internationaux, il s'ensuit inévitablement une réduction des coûts (70–73). La diminution du coût des formations contribue également

à réduire les dépenses liées à l'appui aux programmes. Au Zimbabwe, la formation sur l'élimination des nouvelles infections chez les enfants et le maintien en vie de leurs mères a vu son coût moyen baisser de 38 % sans que les résultats en aient souffert (74). Il est nécessaire que les pays, les donateurs et les organisations internationales décrivent de manière plus systématique les composantes des coûts et les variations des activités d'appui aux programmes.

Obtenir un retour sur investissement élevé

Proportion des ressources totales liées au VIH consacrées à la gestion de programmes par région, 2007-2009



Remarque : données 2010 (ou de la dernière année disponible) de l'UNGASS. La gestion des programmes comprend la planification, la coordination et la gestion, notamment la gestion des versements de fonds, la fourniture de médicaments, le suivi et l'évaluation, les technologies de l'information et de la communication, ainsi que l'infrastructure.

L'investissement dans un dispositif efficace de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien entraîne des avantages économiques et sociaux qui dépassent de loin les coûts. En l'absence d'un tel investissement, la riposte au VIH représente un lourd fardeau économique. Les personnes séropositives et leur famille sont confrontées à des dépenses liées aux services sociaux et de santé, ainsi qu'à une perte de revenu, et ont besoin d'un soutien et d'une prise en charge (75). Ces besoins entravent souvent l'accès à l'éducation, en particulier pour les filles. Quand la santé des adultes leur permet de travailler, le bien-être des ménages s'accroît tandis que les coûts des soins de santé diminuent. Les entreprises supportent des coûts moindres liés à l'absentéisme, au recyclage professionnel et au recrutement de personnel remplaçant. Les communautés, en

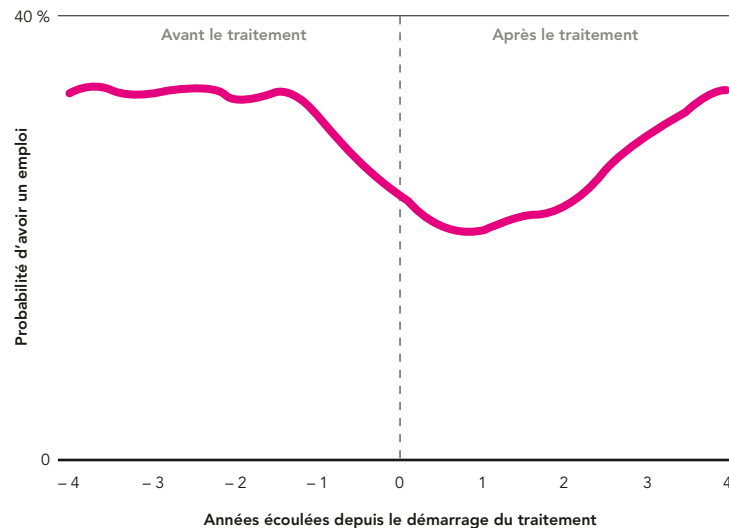
particulier dans les pays les plus touchés par le VIH, bénéficient de retombées avantageuses, comme le renforcement des systèmes de santé publique, l'augmentation de la scolarisation, l'émancipation des femmes et la réduction de la stigmatisation.

Sauver des vies

Des données probantes irréfutables montrent que des activités de base liées à la prévention et au traitement sauvent des vies. À elle seule, la thérapie antirétrovirale a fait gagner environ 14 millions d'années de vie aux adultes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire depuis 1995, et ces résultats s'amplifient au fur et à mesure de l'élargissement de la couverture des traitements.

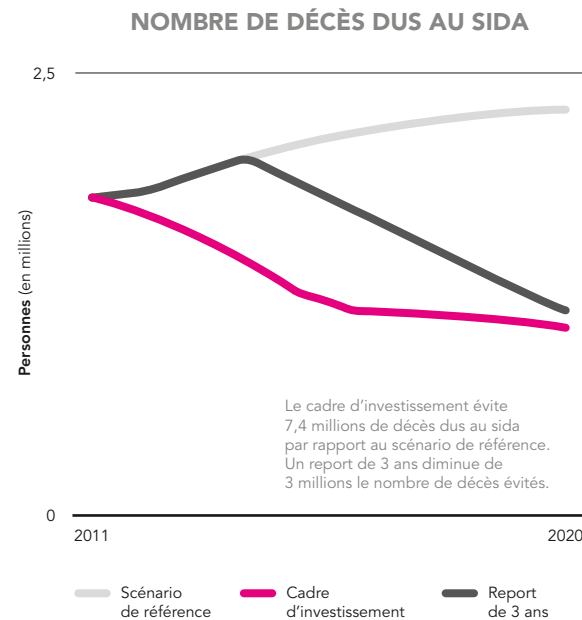
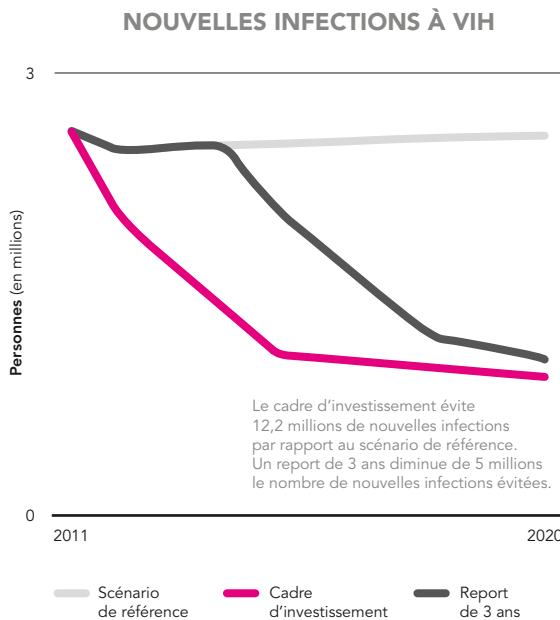
La mise en œuvre d'un ensemble essentiel d'activités de prévention et de traitement

Probabilité d'avoir un emploi avant et après la thérapie antirétrovirale au Kwazoulou-Natal, Afrique du Sud



Sources : Bärnighausen T. et al., *The economic benefits of ART: evidence from a complete population cohort in rural South Africa*, 2nd International HIV Workshop on Treatment as Prevention, Vancouver, Canada, avril 2012.

Une action menée en temps opportun peut éviter 5 millions de nouvelles infections et 3 millions de décès



Sources : Schwartländer B. et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377 : 2031–2041 ; John Stover, Futures Institute, communication personnelle, mai 2012.

s'appuyant sur des facteurs déterminants pourrait prévenir un total de 12,2 millions de nouvelles infections à VIH et 7,4 millions de décès liés au sida entre 2011 et 2020 et, de surcroît, faire gagner 29,4 millions d'années de vie (1).

Différer les investissements proposés par le cadre d'investissement de l'ONUSIDA entraînerait des souffrances et des coûts accrus. Un délai de trois ans serait responsable de 5 millions de nouveaux cas d'infection à VIH et de 3 millions de décès supplémentaires.

Réduire les coûts

La diminution des cas de nouvelles infections et l'augmentation du nombre de personnes

accédant à la thérapie antirétrovirale limitent la charge pesant sur les systèmes de santé des pays et les futurs coûts des soins de santé liés au VIH. L'accès au traitement réduit le coût de la prise en charge clinique, de l'hospitalisation en fin de vie des personnes en phase avancée de l'infection à VIH et du coût associé à d'autres maladies, telles que la tuberculose (77–79).

Les avantages en matière de coût ne se font pas attendre. Une récente étude conduite en Haïti montre qu'une thérapie antirétrovirale précoce (dont le seuil de démarrage correspond à une numération de CD4 entre 200 et 350 par mm³) est rentable au bout de trois ans (80). Une modélisation basée sur l'administration du



ERIC GOOSBY

Ambassadeur, Coordonnateur de la lutte mondiale contre le sida pour le gouvernement américain

L'ACCÈS À UN TRAITEMENT EFFICACE CONTRIBUERA À METTRE FIN AU SIDA

L'accès à un traitement est crucial si l'on veut atteindre l'objectif d'une génération libérée du sida. Pour des millions de personnes, il représente la différence entre la vie et la mort. Par le biais du PEPFAR qui, en 2011, a soutenu près de 4 millions de personnes dans le monde, les États-Unis se félicitent d'avoir leur part de responsabilité partagée dans la mise à échelle des traitements. À l'occasion de la Journée mondiale du sida, le Président Obama a annoncé une hausse de 50 % de l'objectif du PEPFAR en matière de traitement, ce qui portera à 6 millions le nombre de personnes suivant une thérapie antirétrovirale.

En outre, la recherche scientifique montre que l'élargissement de l'accès aux traitements améliorera sensiblement la prévention combinée basée sur des données probantes, les études faisant état d'un recul de la transmission de 96 %. Comme l'a déclaré la Secrétaire d'État Hillary Clinton, « finissons-en avec le vieux débat opposant le traitement et la prévention et adoptons le traitement à des fins de prévention ». Le traitement préserve les familles : pour 1 000 personnes suivant une thérapie pendant une année, on évite 449 nouveaux orphelins. Il est également rentable : une récente étude révèle que les avantages économiques et sociétaux des programmes de traitement l'emportent sur les coûts.

Le PEPFAR soutient pleinement une forte contribution des États-Unis aux efforts mondiaux visant à mettre fin au sida. Nous soutenons les programmes nationaux de prévention de la transmission mère-enfant, renforçons les plateformes des systèmes de santé durables en matière de soins et d'appui et veillons à leur intégration au sein d'autres programmes essentiels. En collaboration avec les pays partenaires, nous promovons des programmes globaux, fondés sur des données probantes à l'échelle des communautés.

Je tiens à remercier tous nos partenaires mondiaux, qui œuvrent avec nous pour faire naître une génération libérée du sida.

L'investissement dans la riposte au VIH sauve des vies et accroît la productivité

Le traitement du VIH en Afrique du Sud appelle incontestablement à réaliser des investissements initiaux dans une thérapie antirétrovirale plus

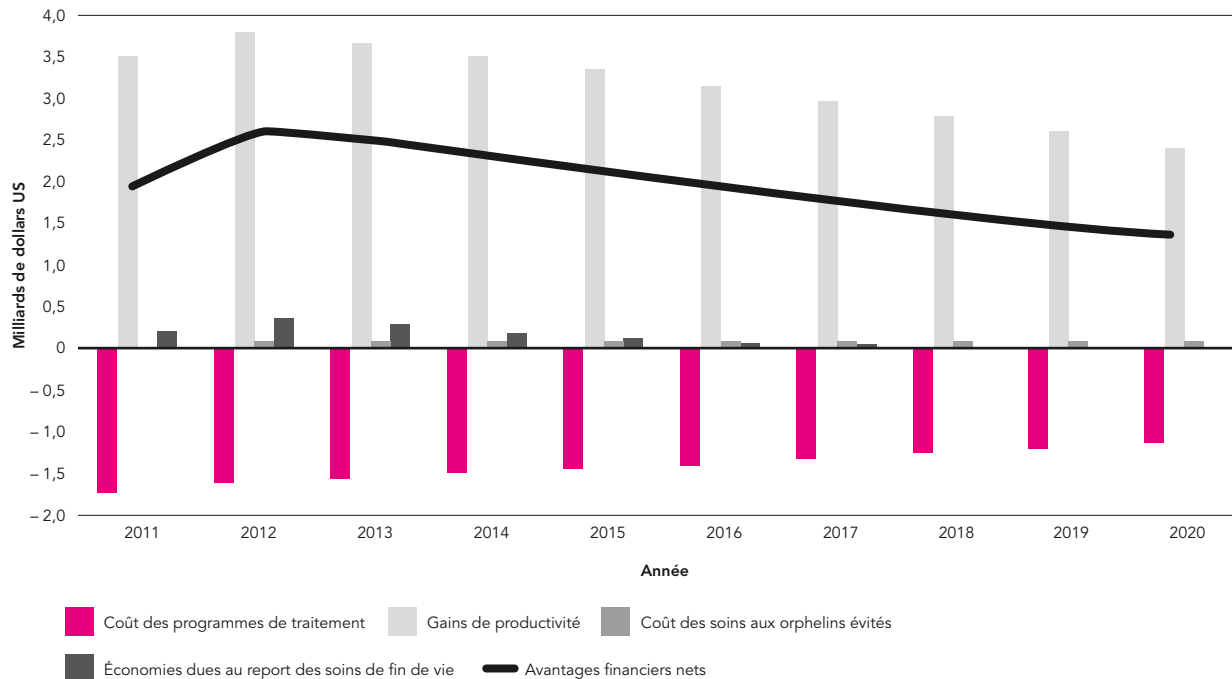
précoce. L'accès universel à un traitement aux personnes éligibles peut être rentable en l'espace de 4 à 12 ans, car les soins hospitaliers cèdent progressivement la place aux soins ambulatoires et

la charge de morbidité diminue (4).

La prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants présente le double avantage de sauver des millions de vies et de générer des économies à long terme en évitant les coûts liés au traitement et aux soins prolongés (81).

Le coût de la circoncision masculine médicale et volontaire ne représente qu'une petite partie de la prise en charge et du traitement à vie d'une

Estimations, en 2011, des coûts et avantages des programmes de thérapie antirétrovirale pour 2011-2020, personnes suivant des traitements financés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme



Source : Resch S. et al. Economic returns to investment in AIDS treatment in low- and middle-income countries. *PLoS One*, 2011, 6 : e2510.

personne vivant avec le VIH. Un investissement de 1,5 milliard de dollar US, soutenu par le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida, devrait permettre d'atteindre une couverture de 80 % pour la circoncision masculine entre 2011 et 2015 dans treize pays prioritaires d'Afrique australe et de l'Est et de générer des économies nettes de 16,5 milliards de dollars US (82).

Peu d'études ont évalué les retours sur investissement liés aux programmes de prévention des comportements à risque (11), mais des données probantes suggèrent que le recours volontaire aux conseils et au dépistage, les interventions en milieu scolaire et les programmes de distribution et de promotion des préservatifs peuvent être sources d'économies en réduisant le coût du traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (83, 84). De même, les programmes de prévention de nouvelles infections à VIH chez les professionnelles du sexe et les consommateurs de drogues injectables ont montré leur capacité à générer des économies à long terme (19, 85).

Gagner en productivité

Les personnes recevant une thérapie antirétrovirale peuvent reprendre leur vie productive et, en principe, retrouver le même niveau de salaire (86–89). Une étude de sept ans menée au Kwazoulou-Natal, en Afrique du Sud, révèle que 89 % des personnes séropositives qui suivent un traitement ont conservé ou réintégré leur emploi (90).

La scolarisation des enfants dont les parents séropositifs suivent un traitement antirétroviral est meilleure que celle de leurs camarades dont les parents n'ont pas accès

à un traitement ; en outre, généralement, ils travaillent moins d'heures et ont une alimentation plus saine et une meilleure santé physique (91, 92).

Les entreprises ont financièrement intérêt à fournir une thérapie antirétrovirale à leurs employés. En effet, la productivité accrue des salariés et le fléchissement des besoins en recrutement et en formation des remplaçants se traduisent par une baisse des coûts liés au VIH des grandes entreprises.

Entre 2011 et 2020, les 3,5 millions de personnes suivant une thérapie antirétrovirale par le biais de programmes cofinancés par le Fonds mondial gagneront environ 18,5 millions d'années de vie. La productivité accrue de la main-d'œuvre, la prise en charge d'orphelins évitée, ainsi que le report des soins de santé liés aux infections opportunes et des soins de fin de vie, rapporteront à la société entre 12 milliards et 34 milliards de dollars US (75).

Les études de modélisation indiquent que l'intensification de l'accès au traitement du VIH peut neutraliser l'impact négatif à long terme de l'épidémie sur la croissance économique, bien qu'à des degrés divers en fonction du pays (93).

Par conséquent, l'investissement dans une association adéquate de programmes contre le VIH, adaptés aux besoins de la communauté affectée, permet non seulement de sauver des vies, mais également de réaliser des économies. L'utilisation intelligente des rares ressources génère un excellent retour sur investissement pour les familles, les structures d'emploi, les communautés et les pays.

**INVESTIR
DE MANIÈRE
DURABLE**

Les investissements consacrés à la riposte au VIH augmentent et se diversifient

Les dépenses mondiales liées au VIH sont en hausse : 16,8 milliards de dollars US en 2011, soit 11 % de plus qu'en 2010. Dans l'ensemble, l'aide internationale demeure stable. Certains pays donateurs réduisent leur financement, qui se diversifie cependant.

Les dépenses mondiales relatives au sida sont en hausse : elles se sont élevées à 16,8 milliards de dollars US en 2011, soit 11 % de plus que les estimations de 2010, reflétant des dépenses nationales croissantes et un financement international stable. Après deux années consécutives marquées par une aide internationale stagnante, puis en recul en 2010, ces nouvelles données suggèrent que le financement mondial de la riposte à l'épidémie n'a pas encore atteint son point culminant.

La plupart des pays fournissent une aide ; signalons à cet égard les contributions en nature et le transfert de connaissances issus du Brésil, de la Fédération de Russie, de l'Inde, de la Chine et de l'Afrique du Sud. Les dépenses publiques

nationales continuent de s'accroître et certains pays à revenu faible ou intermédiaire financent désormais leur propre riposte au VIH, souvent de manière novatrice. Cependant, en dépit d'une appropriation et d'un engagement nationaux croissants, les programmes liés au VIH dans les pays à revenu faible demeurent beaucoup plus tributaires de l'aide extérieure que l'ensemble du secteur de la santé. Pour atteindre les objectifs convenus au niveau international, les donateurs et les pays à revenu faible ou intermédiaire doivent tous redoubler d'efforts.

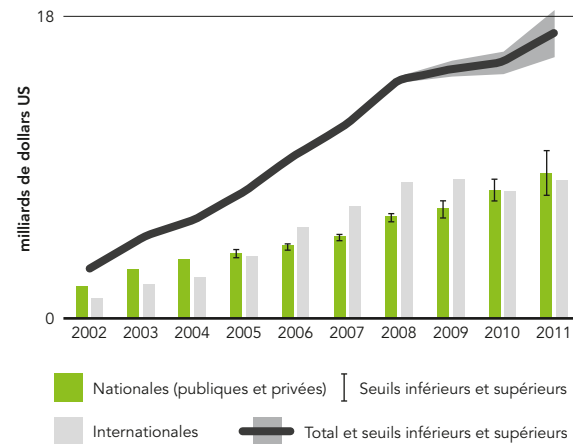
De nouvelles estimations indiquent une augmentation de plus de 15 % des financements publics nationaux entre 2010 et 2011, dont 41 % en Afrique subsaharienne. Les ressources nationales des pays à revenu faible ou intermédiaire soutiennent plus de 50 % de la riposte mondiale.

Le financement des activités liées au VIH assuré par la communauté internationale, avec en tête les États-Unis d'Amérique et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, est globalement resté stable entre 2008 et 2011. Cette même année, les versements de fonds aux pays se sont élevés à 5,5 milliards de dollars US. D'autres donateurs bilatéraux, notamment les pays n'appartenant pas à l'Organisation de coopération et de

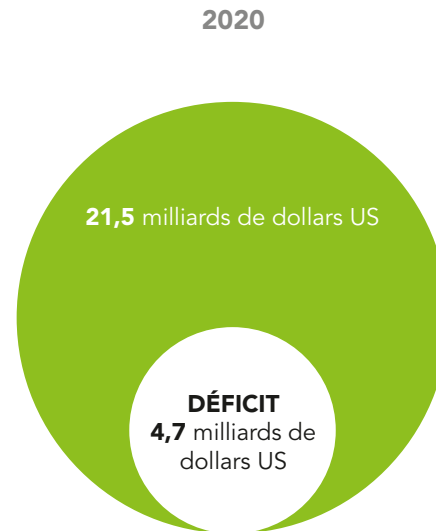
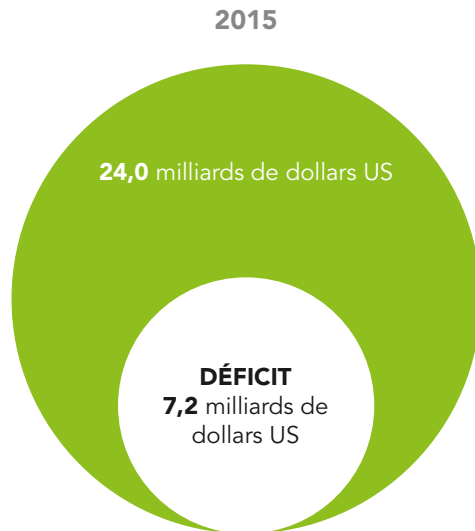
développement économiques (OCDE), ont apporté environ 20 % du financement, le secteur philanthropique approximativement 3 % et les banques et fonds de développement quelque 2 %. Le financement international total s'est, de fait, stabilisé au cours des quatre dernières années.

Néanmoins, le déficit de financement demeure substantiel (plus de 7 milliards de dollars US) et exige de mobiliser des investissements supplémentaires. Ce déficit est particulièrement important en Afrique subsaharienne (environ la moitié du total mondial). D'après les estimations, la région aura besoin de 11 à 12 milliards de dollars US annuels d'ici à 2015 pour prévenir les nouvelles infections à VIH et pour élargir l'accès au traitement, soit 2 à 3 milliards de dollars US de plus

Ressources disponibles pour la riposte au VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, 2002-2011



Investissements liés au VIH nécessaires dans les pays à revenu faible et intermédiaire



Source : ONUSIDA, mai 2010.

que l'ensemble des investissements annuels actuels.

Une appropriation nationale en hausse

L'essor économique et la capacité accrue de gestion de la riposte des pays à revenu faible ou intermédiaire amènent nombre d'entre eux à prendre en charge leurs programmes liés au VIH. En 2010, les gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire ont reçu plus de 50 % de l'aide internationale relative au VIH, contre 10 % en 2005, ce qui prouve leur engagement accru.

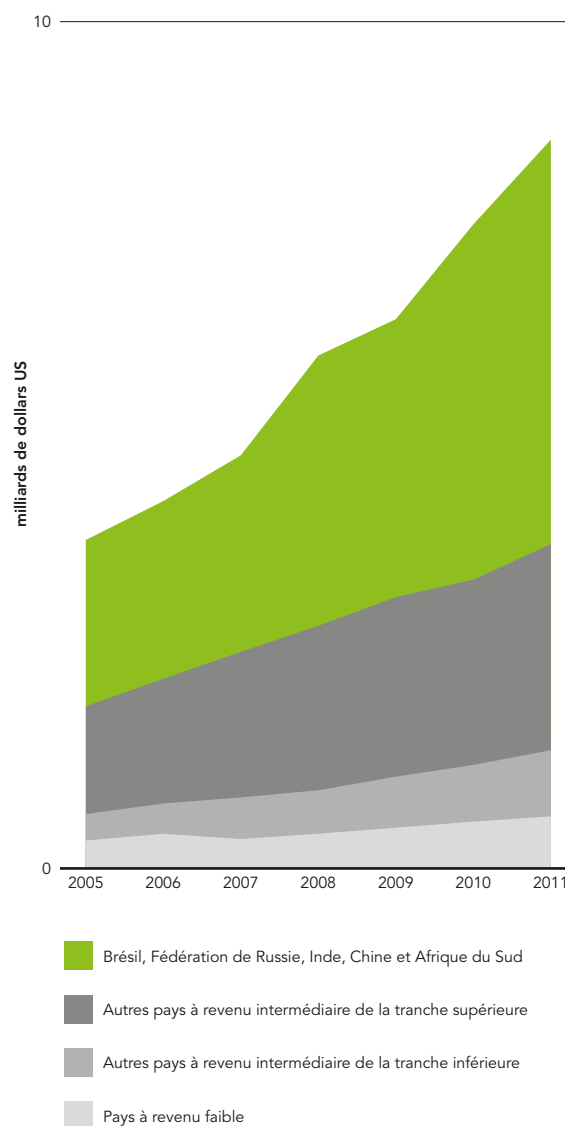
Le financement national est également en hausse. Les estimations les plus récentes suggèrent qu'en 2011, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont affecté environ 7,7 milliards de dollars US aux programmes de riposte au VIH, auxquels s'ajoutent 0,9 milliard de dollars US issus des dépenses privées nationales. Après des années de croissance continue, les dépenses nationales consacrées à l'épidémie ont dépassé, en 2011, l'ensemble des apports de tous les donateurs.

D'après les estimations, le financement mondial de la riposte au VIH était en hausse de 11 % en 2011, avec comme chefs de file le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud

La liste des pays à revenu faible ou intermédiaire capables et désireux de consacrer des ressources supplémentaires à la santé, notamment aux programmes liés au VIH, s'allonge. D'après les données de 2011, 56 des 99 pays à revenu faible ou intermédiaire financent plus de la moitié de leur riposte au sida.

Le Brésil, la Fédération

Dépenses consacrées à la riposte au VIH en fonction du niveau du revenu national



de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud sont les chefs de file de cette prise en charge croissante. Le Brésil et la Fédération de Russie financent déjà la quasi-totalité de leur riposte. Les dépenses du géant sud-américain oscillent entre 600 millions de dollars US et 1 milliard de dollars US annuels et le coût des thérapies antirétrovirales est entièrement pris en charge par le gouvernement. Au cours des cinq dernières années, l'Afrique du Sud a multiplié par cinq ses dépenses liées au VIH, qui ont atteint environ 2 milliards de dollars US en 2011, soit le niveau le plus élevé parmi les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'Inde s'est engagée à financer plus de 90 % de son plan stratégique national pour 2012-2017, contre 10 % en 2009 (1). En Chine, les dépenses publiques nationales en la matière ont été multipliées par quatre, passant de 124 millions de dollars US à 530 millions de dollars US en 2011, et le financement national, actuellement de 80 %, va sans doute s'accroître pour pallier à la fin proche des programmes soutenus par des fonds internationaux (2).

Certains pays à revenu intermédiaire,

notamment le Botswana et le Mexique, financent également la quasi-totalité de leur riposte au VIH. D'autres, parmi lesquels le Kazakhstan, la Namibie et le Vietnam, ont lancé, de concert avec des partenaires clés, tel que le Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida, des plans en vue d'assurer progressivement l'autonomie financière de leur riposte.

De nombreux pays à revenu faible essaient en outre des mesures innovantes pour accroître leur financement des actions liées au VIH. La taxe sida, mise en place au Zimbabwe il y a douze ans, en est un bon exemple : une partie de l'impôt sur le revenu des particuliers et des sociétés est prélevée et injectée dans la riposte nationale au sida. Le Kenya et la Zambie envisagent d'établir un Fonds d'affectation spéciale pour le sida et travaillent actuellement à l'élaboration de la législation pertinente. En principe, le financement de ce fonds spécial reposera sur de nombreuses sources, dont une contribution spéciale du gouvernement central.

Certains pays africains ont recours à une taxe

LE KAZAKHSTAN ET LE FONDS MONDIAL

Depuis son indépendance en 1991, le Kazakhstan a connu une forte croissance économique et a régulièrement augmenté ses dépenses publiques en santé, tout en prenant des mesures d'incitation pour les prestataires de soins de santé des secteurs public et privé.

Le gouvernement, conscient que l'aide internationale à laquelle peut prétendre le pays est amenée à diminuer, prend progressivement en charge le financement des facteurs clés couverts par les subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à savoir les médicaments antirétroviraux et contre la tuberculose, ainsi que les programmes de prévention du VIH, qui seront entièrement à sa charge.

sur l'industrie de la téléphonie mobile pour financer leurs programmes de santé. Ainsi, dans la Communauté de l'Afrique de l'Est, y compris au Rwanda et en Ouganda, le coût des appels

est taxé de 5 % à 12 %. Plusieurs pays, dont le Botswana, le Burkina Faso, le Cameroun, le Gabon, le Kenya et le Malawi, étudient la possibilité de prélever une taxe sur la durée

UN FINANCEMENT INNOVANT AU KENYA

Le gouvernement kenyan a choisi une manière simple et directe de combler le déficit de financement à court terme de son programme de riposte au VIH. Un groupe de travail spécial étudiant les possibilités de financement a élaboré un document gouvernemental définissant plusieurs actions clés.

Un financement innovant, issu entre autres du gouvernement et d'autres sources, est susceptible de résorber le déficit.

- La proposition initiale est de destiner entre 0,5 % et 1 % des recettes fiscales perçues habituellement par le gouvernement au VIH par le biais d'un fonds d'affectation spéciale.
- À terme, à mesure que s'ouvriraient d'autres sources de financement, le prélèvement diminuerait et ces fonds publics pourraient être consacrés à l'amélioration de la santé via le cadre de dépenses à moyen terme ou l'élargissement de la Caisse nationale d'assurance maladie, qui deviendrait un régime social d'assurance maladie.
- Les recettes du fonds d'affectation spéciale pour le VIH compléteraient le budget de santé habituel. Il s'ensuivra une hausse des dépenses du gouvernement kenyan en matière de VIH.

Les initiatives parallèles comprennent, entre autres :

- une obligation liée au sida et assortie d'un taux d'intérêt, ciblant les acheteurs du secteur privé souhaitant accroître la responsabilité sociale de leur entreprise ;
- un prélèvement sur le transport aérien ;
- un fonds dormant, basé sur des biens non réclamés pendant une période déterminée, issus notamment de comptes commerciaux ;
- un prélèvement sur l'utilisation des téléphones portables ;
- des mesures d'encouragement aux contributions du secteur privé.

Les quatre premières sources de financement citées devraient se révéler particulièrement efficaces pour combler le déficit et contribuer durablement au fonds d'affectation spéciale pour le VIH.

ROBINSON NJERU GITHAE

Ministre des Finances du Kenya

DES INVESTISSEMENTS NATIONAUX PRÉVISIBLES EN AFRIQUE CONTRIBUERONT À METTRE FIN AU SIDA

Au Kenya, l'espérance de vie augmente, tandis que la pauvreté est en recul. Une croissance économique participative et des politiques de réduction de la pauvreté, notamment un leadership vigoureux de la riposte au sida, ont permis d'atteindre ces résultats positifs.

En tant que ministre des Finances, je constate les effets pervers de l'épidémie sur la croissance économique et le développement, la croissance des coûts de la riposte et la forte dépendance d'un financement mondial incertain. Au Kenya, le coût des actions liées au VIH s'est élevé en 2011 à 709 millions de dollars US, dont 81 % provenaient de l'aide au développement. Le Kenya est bien entendu reconnaissant de ce soutien, mais notre dépendance – inédite dans d'autres secteurs – nous rend également vulnérables. Le déficit de financement lié au VIH est estimé à 300 millions de dollars US par an d'ici à 2030.

Pour le résorber, nous évaluons activement la viabilité d'options innovantes de financement à court terme et l'extension de l'accès aux services liés au VIH au sein de l'assurance santé sociale. Mais, au nom de la durabilité à long terme et de l'appropriation nationale, nous devons continuer d'améliorer l'efficacité des programmes liés au VIH actuels, réduire la charge de morbidité et optimiser les ressources des services de santé.

C'est un bon investissement que d'économiser des milliards en futurs coûts sanitaires et d'aider les citoyens à mener des vies productives. À court terme, le pays a encore besoin d'aide. Nous invitons nos partenaires à ne pas modifier leur stratégie et à continuer de nous apporter le soutien dont nous avons besoin. Ensemble, nous assumerons la responsabilité partagée de la riposte au sida.



des appels de téléphonie mobile. Des études de modélisation suggèrent qu'on pourrait ainsi atteindre 0,13 % du produit intérieur brut, ce qui représenterait une contribution précieuse aux programmes ciblant le sida. Plusieurs pays africains sont membres d'UNITAID¹, agence internationale spécialisée dans l'achat de médicaments ayant recours à des mécanismes de financement novateurs, comme la taxe de solidarité sur le transport aérien, pour accroître la couverture de la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme.

Stagnation de l'aide des donateurs

Si les principales sources de l'aide des donateurs demeurent globalement inchangées, le panorama du financement de la riposte au sida et la place qu'elles y occupent évoluent. Au cours des cinq dernières années, l'aide internationale au développement destinée à la lutte contre l'épidémie et issue des agences des Nations Unies, de la Banque mondiale et d'autres fonds de développement régionaux, est quasiment demeurée stable et a atteint environ 400 millions de dollars US par an (3, 4).

L'aide internationale liée au VIH doit être maintenue.

L'aide bilatérale du Plan présidentiel américain d'aide d'urgence à la lutte contre le sida était de 4 milliards de dollars US en 2011, soit 48 % de l'ensemble de l'aide internationale à la riposte au VIH (5).

Sa stratégie actuelle consiste à réduire l'aide apportée aux pays à revenu intermédiaire qui ont acquis les moyens de s'approprier leurs programmes et à augmenter les fonds versés aux pays à revenu faible davantage tributaires de l'aide extérieure.

L'aide financière issue d'autres gouvernements

donateurs est également stable ou en recul, illustrant l'évolution des priorités qui négligent le VIH pour privilégier d'autres domaines d'ordre sanitaire ou non. La contribution des gouvernements européens a atteint environ 2,7 milliards de dollars US en 2011, dont 1,7 milliard de dollars US a été versé via des canaux bilatéraux (5). Si leur apport a légèrement augmenté de 2010 à 2011 (3 % de hausse), il a baissé respectivement de 29 % et de 3 % par rapport à 2008 et à 2009.

Les caractéristiques de l'aide internationale entre 2009 et 2012 suggèrent une évolution du financement de la riposte au VIH, qui perd de son autonomie pour être intégré au budget alloué aux programmes d'aide à la santé (3, 5).

Les États-Unis et l'Europe ont fortement soutenu le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, qui a versé 1,5 milliard de dollars US aux pays à revenu faible et intermédiaire (6). Les pays européens étaient les plus gros contributeurs au Fonds mondial qui, dans bien des cas, canalisait la plus grande partie de leur aide internationale. Le Royaume-Uni, acteur clé de l'aide internationale bilatérale, a récemment décidé de concentrer son soutien à la riposte au sida sur des sources multilatérales, comme le Fonds mondial (6). La contribution des États-Unis demeure également élevée.

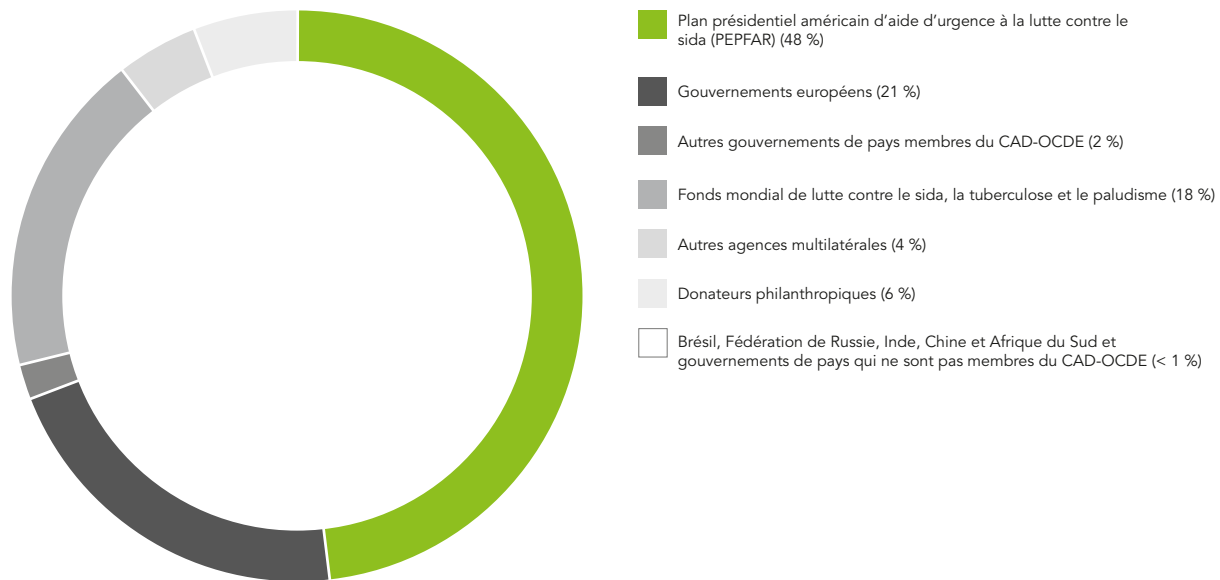
Si les moyens financiers versés par le Fonds mondial en 2011 (1,5 milliard de dollars US) ont diminué de 5 % par rapport à l'année précédente, le Conseil d'administration a identifié, lors de sa 26^{ème} réunion en mai 2012, 1,6 milliard de dollars US de fonds disponibles pour 2012-2014. Une nouvelle initiative de financement sera lancée avec pour

objectif de mobiliser ces fonds d'ici avril 2013. Les modalités spécifiques de cette nouvelle initiative n'ont pas encore été définies. Il est cependant évident que toute décision sera étayée sur des données solides, illustrant un besoin et une demande spécifiques des ressources du Fonds mondial, et s'appuiera sur une analyse de qualité du déficit financier et programmatique des ripostes nationales au sida.

L'aide internationale commence à se diversifier. Le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud, d'autres pays à revenu intermédiaire du G20, des gouvernements de l'Organisation des pays

exportateurs de pétrole (OPEP) ou des membres de l'OCDE qui ne participent pas au Comité d'aide au développement (CAD) complètent l'aide apportée par les donateurs traditionnels, laquelle aide vise de plus en plus les organisations multilatérales, en particulier le Fonds mondial ou UNITAID. Les contributions relatives au VIH destinées à ces organisations ont dépassé les 30 millions de dollars US en 2011, soit une hausse de 55 % par rapport à 2010 (7). Le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud, ainsi que d'autres pays qui ne sont pas membres du CAD de l'OCDE, accroissent également leur aide en nature versée directement aux pays à revenu faible en partageant leur compétence

Aide internationale versée aux pays à revenu faible ou intermédiaire dans le cadre de la riposte au VIH en 2011



technique et leur capacité productive.

Le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud intensifient leur rôle de donateurs

Fort de ses succès et de son expérience en matière de riposte au VIH, le Brésil soutient le combat d'autres pays. Depuis 2006, il est un acteur clé dans la fondation et le développement d'UNITAID. Dans le cadre de sa coopération bilatérale avec le Mozambique, le Brésil promeut le transfert de technologies et un partenariat pour fabriquer des médicaments antirétroviraux sur place. En Amérique latine, le Brésil a noué des partenariats avec des pays à revenu faible ou intermédiaire, dont le Paraguay et la Bolivie, axés sur la fourniture de thérapies antirétrovirales, le transfert de technologie et l'aide au développement de programmes nationaux en matière de VIH.

Autre donateur émergent, la Fédération de Russie apporte surtout une aide verticale traditionnelle à des organisations multilatérales. En 2011, elle a versé au moins 31 millions de dollars US à des organisations mettant en œuvre des programmes de riposte au VIH, dont 13 millions de dollars US spécifiquement destinés à la lutte contre le virus. La Communauté d'États indépendants est la principale bénéficiaire de l'aide bilatérale, qui consiste principalement à empêcher les maladies infectieuses de traverser la frontière russe (8). De 2007 à 2010, la Fédération de Russie a versé 88 millions de dollars US à la « Global HIV Vaccine Enterprise » (alliance internationale pour la recherche d'un vaccin contre le sida). Le pays échange également des connaissances avec des institutions scientifiques d'Europe de l'Est et d'Asie centrale et soutient des programmes de recherche internationaux.

De 2006 à 2010, la Fédération de Russie a consacré 100 millions de dollars US à des programmes de surveillance épidémiologique dans les pays voisins, sa plus large contribution bilatérale en matière de santé (9). Le pays a en outre accru son leadership en accueillant le Forum international sur le sixième Objectif du Millénaire pour le développement en octobre 2011

L'Inde a fortement contribué à la riposte au sida grâce à la capacité de son secteur privé à fabriquer des médicaments antirétroviraux génériques, dont 80 % ont été achetés à l'échelle nationale, d'où des économies de plusieurs milliards de dollars ces cinq dernières années. L'Inde a également adopté de nouveaux modèles de partenariat avec les pays à revenu faible en établissant des mécanismes de soutien novateurs et une coopération Sud-Sud. L'Inde apporte déjà une aide importante à ses pays voisins et à d'autres pays asiatiques ; en 2011, elle a affecté 430 millions de dollars US à soixante-huit projets dans tous les secteurs économiques clés au Bhoutan, notamment en matière de santé, d'éducation et de renforcement des capacités. En 2011, à Addis-Abeba, le gouvernement indien s'est en outre engagé à accélérer les transferts technologiques entre son secteur pharmaceutique et les fabricants africains.

Le budget consacré par la Chine à l'aide internationale n'a pas été rendu public mais, d'après les estimations, 3,9 milliards de dollars US y ont été consacrés en 2010 (10). Le modèle d'aide internationale choisi par la Chine est une coopération Sud-Sud axée sur des recherches, des infrastructures et un développement économique mutuellement avantageux. Dans le cadre de la recherche et du développement en matière de VIH, la

Chine, qui en 2011 a consacré 18,3 millions de dollars US à la recherche sur les vaccins contre le VIH, est désormais l'un des cinq principaux contributeurs (11). Le renforcement des capacités et le développement des infrastructures et de la main-d'œuvre sont les principaux volets de l'aide internationale fournie par la Chine dans le domaine de la santé, dont les pays africains sont les principaux destinataires (10, 12). En outre, la contribution de la Chine à la Banque asiatique de développement (environ 50 millions de dollars US annuels) a toutes les chances de contribuer grandement au renforcement des systèmes de santé dans d'autres pays de la région.

L'Afrique du Sud investit lourdement dans la recherche et le développement (2,6 milliards de dollars US en 2008) et compte y consacrer plus de 10 milliards de dollars US d'ici à 2018 (10). Ciblent les maladies infectieuses ainsi que la recherche et le développement liés à la prévention et la mise au point de nouveaux médicaments, l'Afrique du Sud contribue substantiellement à la riposte mondiale au sida et est désormais le deuxième plus important contributeur en matière de recherche et de développement de microbicides. En 2011, le pays a investi 10 millions de dollars US (11), dont 2,5 millions de dollars US étaient destinés à l'étude CAPRISA 004, la première à prouver que les microbicides peuvent réduire le risque couru par une personne de devenir séropositive.

Signalons également l'aide bilatérale relative au VIH fournie en 2011 par l'Arabie Saoudite (2 millions de dollars US), le Mexique (1 million de dollars US), les Émirats arabes unis (320 000 dollars US), Israël (300 000 dollars US)

et la Pologne (185 000 dollars US).

La philanthropie au service de la riposte au VIH

Le financement philanthropique est demeuré stable ces huit dernières années : entre 500 millions de dollars US et 600 millions de dollars US annuels ont été versés aux pays à revenu faible ou intermédiaire. On trouve en tête des fondations basées aux États-Unis d'Amérique (77 %), suivies de donateurs européens (23 %), canadiens et australiens (13, 14). La Fondation Bill et Melinda Gates reste incontestablement l'organisation philanthropique qui apporte le plus de fonds à la riposte au VIH. Si les contributions philanthropiques et privées émanant des pays à revenu faible ou intermédiaire sont encore modestes, elles sont cependant en hausse ; seize financeurs (particuliers et entreprises) proviennent d'Afrique du Sud, du Brésil, du Ghana, de l'Inde, du Kenya, du Maroc, de Taïwan et d'Ukraine (7).

Initiatives de financement novatrices

La riposte au VIH fait l'objet d'initiatives de financement novatrices et de nouvelles idées en matière de levée de fonds sont à l'étude.

Jusqu'à présent, neuf pays (Cameroun, Chili, Congo, France, Madagascar, Mali, Maurice, Niger et République de Corée) appliquent la taxe sur le transport aérien d'UNITAID. La Norvège verse une partie de la taxe nationale

sur les émissions de dioxyde de carbone à UNITAID. Certains proposent d'étendre la taxe sur le transport aérien à d'autres pays et les contributions volontaires versées par les

Les mécanismes de financement innovants contribuent à la solidarité internationale

voyageurs aériens.

Tributaires de l'aide

En dépit des efforts considérables visant à augmenter le financement national, la riposte nationale au sida de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire demeure fortement dépendante de l'aide internationale. Le financement international représente plus de la moitié des ressources consacrées au VIH dans soixante-seize pays, notamment dans vingt-trois pays fortement touchés. Dans la plupart des cas, le Fonds mondial demeure la principale source de financement : plus de 30 % du total dans cinquante-et-un pays, dont quarante ont un revenu faible ou intermédiaire et quinze une épidémie généralisée.

Malgré l'engagement et l'appropriation nationaux croissants, les programmes liés au VIH sont encore tributaires de l'aide extérieure dans une plus grande mesure que l'ensemble du secteur de la santé. Ainsi, en Afrique, les sources internationales représentent deux tiers des investissements consacrés à la riposte au VIH, tandis que les sources nationales couvrent plus de deux tiers des dépenses générales de santé.

Cette dépendance de l'aide extérieure des programmes de traitement du VIH est particulièrement prononcée en Afrique. En moyenne, le financement des donateurs couvre environ 84 % des coûts liés aux traitements dans les pays à revenu faible.

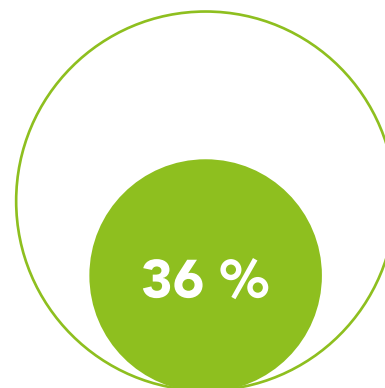
Dans le cas des épidémies concentrées, les programmes ciblant les populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH, qui ne sont pourtant pas spécialement onéreux, demeurent souvent financés par

Contribution nationale aux investissements totaux consacrés à la santé et au sida en Afrique, 2010

SANTÉ



SIDA



Source : ONUSIDA, mai 2012, et OMS, Global health expenditure database, 2012.

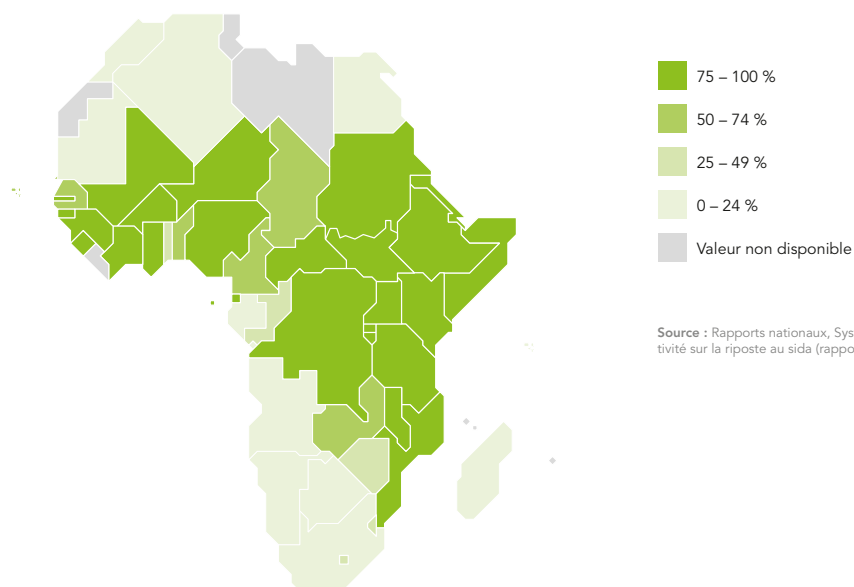
des sources extérieures, malgré la capacité nationale à les prendre en charge. Sur les soixante-huit rapports de pays consacrés aux programmes liés aux populations clés plus exposées, cinquante-sept font état d'une dépendance de l'aide internationale supérieure à 50 % et dix-neuf signalent un apport du Fonds mondial supérieur à 50 % des ressources nécessaires.

Tous les acteurs doivent faire davantage

Afin d'atteindre les objectifs convenus à l'échelle internationale, les pays et la communauté internationale doivent faire

davantage. Les pays donateurs peuvent accroître leur contribution en honorant leurs engagements en matière d'aide au développement. Si tous les pays à revenu élevé réalisaient l'objectif de consacrer 0,7 % de leur revenu national brut à l'aide publique au développement, le volume total de l'aide internationale dans tous les secteurs pourrait plus que doubler et passer de 133 milliards de dollars US en 2011 à près de 280 milliards de dollars US, ce qui permettrait de combler aisément le déficit de financement lié à la riposte au VIH. Certaines des plus grandes économies du monde, notamment les États-

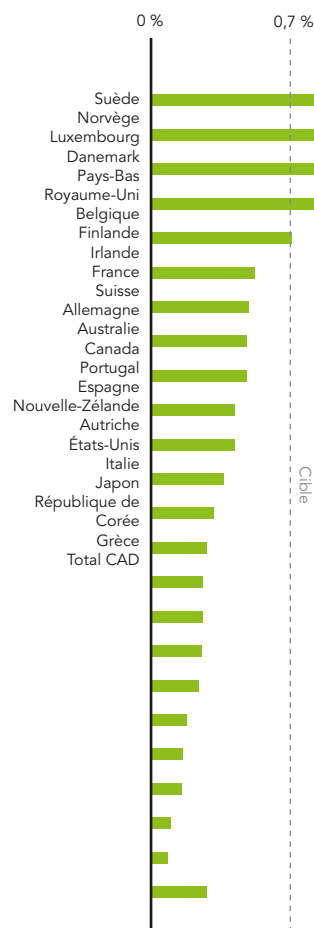
Proportion des dépenses en traitements et en soins issues de l'aide internationale, pays africains, 2009-2011



Source : Rapports nationaux, Système mondial de rapports d'activité sur la riposte au sida (rapports les plus récents disponibles).

Aide au développement officielle nette en pourcentage du revenu national brut, pays membres du CAD-OCDE, 2011

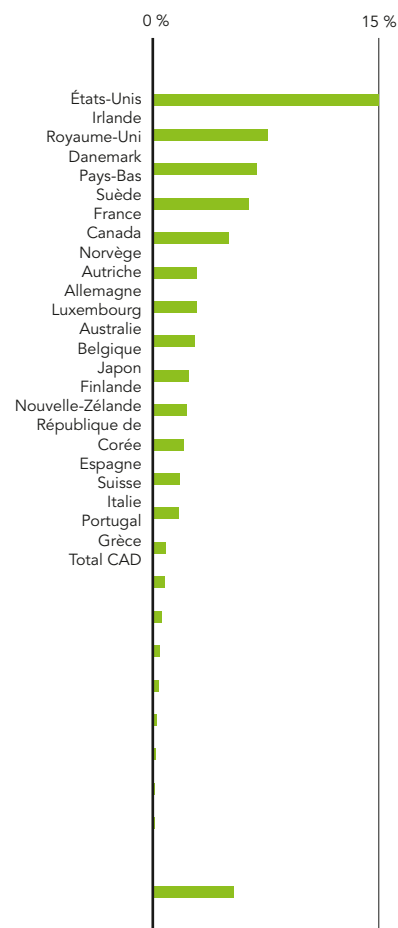
Proportion du revenu national brut 2011



Source : OCDE, Aide au développement officielle issue des pays membres du CAD en 2011, 4 avril 2012.

Proportion de l'aide au développement officielle destinée au VIH, pays membres du CAD-OCDE, 2011

Aide au développement officielle destinée au VIH (en %)

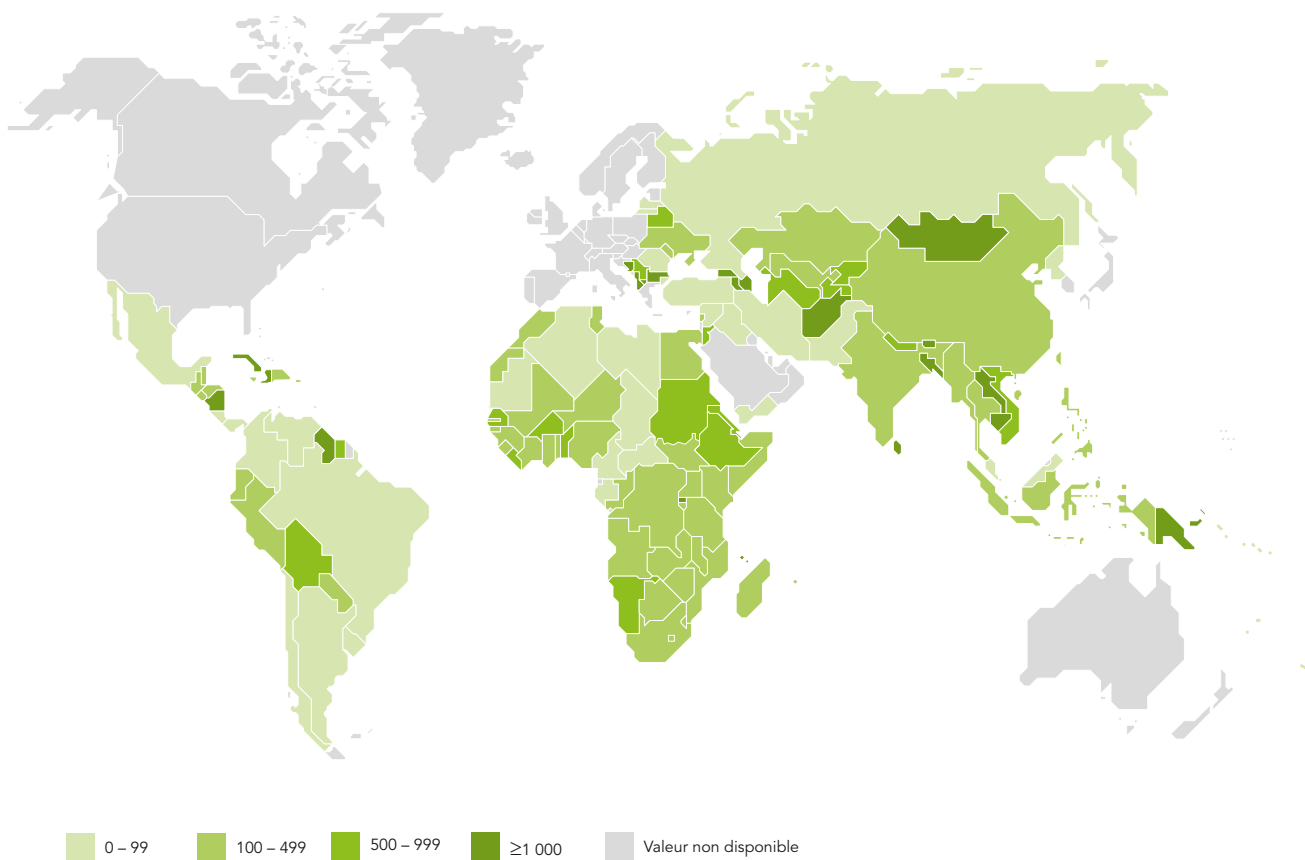


Source : ONUSIDA/Kaiser Family Foundation, juin 2012.

Unis d'Amérique, l'Allemagne et le Japon, ne mobilisent que la moitié ou moins de ce pourcentage cible, quoique les États-Unis constituent de loin le principal soutien de la riposte au VIH en Afrique. Les donateurs peuvent également accroître

la proportion de l'aide internationale consacrée à la santé et au sida. En 2011, les fonds affectés au VIH représentaient 5 % de l'aide internationale totale. Certains pays, en particulier les États-Unis d'Amérique (15 %), l'Irlande (8 %), le Royaume-Uni (7 %) et le

Aide internationale (en dollars US) par personne vivant avec le VIH, 2011



Danemark (6 %) accordent déjà une part importante de leur aide internationale au VIH, tandis que d'autres en sont encore loin, comme la Suède et la France (environ 3 %) et l'Italie, l'Espagne et le Japon (moins de 1 %). Une hausse de seulement 10 % de l'aide destinée à la santé, soit 12 % de l'aide totale, et le maintien de la proportion allouée au sida permettraient de lever 600 millions de dollars US pour la riposte au VIH.

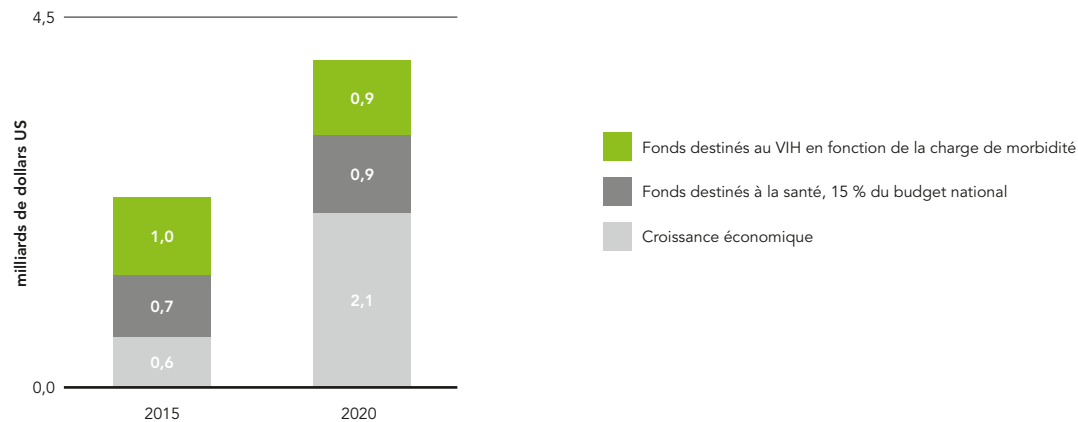
La distribution de l'aide internationale consacrée au VIH ne correspond pas toujours aux besoins des pays. En 2011, l'aide internationale par personne séropositive dans les pays clés bénéficiaires allait d'environ 48 % au Cameroun à plus de 2 000 dollars US au Guyana. À cet égard, la Namibie a reçu plus de trois fois plus de fonds que le Malawi et quinze fois plus que le Cameroun ; des chiffres qui révèlent plus les préférences des donateurs que les véritables besoins des pays. Le produit

intérieur brut par personne du Cameroun et du Malawi représente respectivement environ 20 % et 6 % de celui de la Namibie.

L'adoption par les donateurs d'une approche multisectorielle du VIH est une autre manière de développer une synergie avec d'autres secteurs du développement et de contribuer à renforcer les systèmes juridiques, sociaux et de santé. Par exemple, certains pays européens (Danemark, France, Norvège, Pays-Bas et Royaume-Uni) appliquent généralement une approche plus globale du financement de la riposte au VIH et y consacrent seulement 26 % en moyenne de leur aide au développement ; le reste est versé à des organisations multilatérales (25 %) ou intégré à d'autres secteurs du développement (50 %), comme l'éducation, le renforcement des systèmes de santé ou le soutien à la société civile et à la santé reproductive.

Le potentiel des économies émergentes

Scénarios d'investissements publics nationaux supplémentaires en matière de VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 2015 et 2020



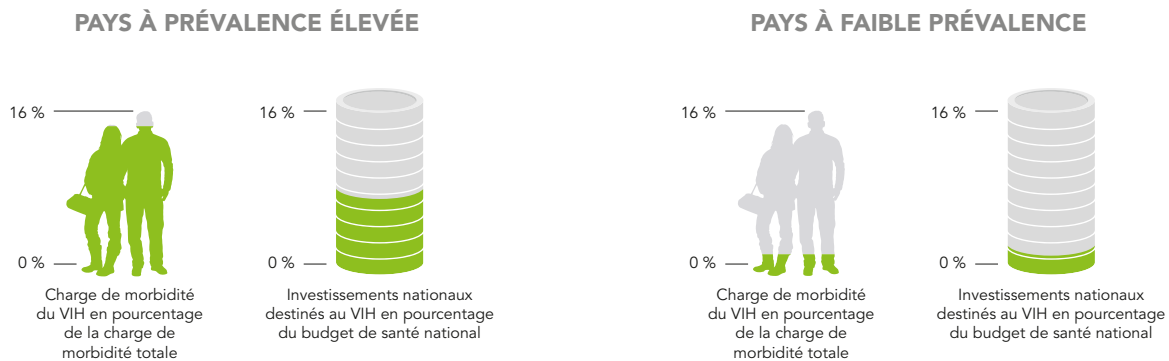
Le potentiel de certains pays à revenu intermédiaire, notamment le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud, à contribuer au financement de la riposte mondiale au VIH s'accroît au fur et à mesure de leur essor économique. Certains sont en mesure de financer leur riposte au VIH, libérant des fonds de l'aide au développement pour des pays plus pauvres, et deviennent des acteurs majeurs du développement. Ainsi, si le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud consacraient seulement 0,1 % de leur produit intérieur brut à l'aide internationale, pas moins de 10 milliards de dollars US seraient mobilisés.

À la différence des donateurs traditionnels, les économies émergentes qui ne sont pas membres de l'OCDE augmentent déjà leur aide au développement et y ont consacré plus de 2,5 milliards de dollars US en 2011.

Le nombre croissant des fortunes privées dans les pays à revenu intermédiaire peut ouvrir la voie à un financement philanthropique plus important. De 2008 à 2009, le nombre de millionnaires a augmenté de 51 % en Inde, de 31 % en Chine, de 21 % en Fédération de Russie et de 12 % au Brésil (16). Si l'action philanthropique au Brésil, en Fédération de Russie, en Inde, en Chine et en Afrique du Sud égalait celle des États-Unis, le financement privé pourrait augmenter de 216 milliards de dollars US, dont 13 milliards de dollars US (soit 5 %) pourraient être consacrés à la recherche et au développement et aux programmes liés au VIH.

La croissance économique devrait permettre aux gouvernements des pays à revenu faible ou intermédiaire de lever 1 milliard de dollars US annuels supplémentaires pour la riposte au VIH d'ici à 2015, les pays à revenu intermédiaire prenant en charge près de la totalité du

Les dépenses nationales en santé ne correspondent pas toujours à la charge de morbidité



Source : Rapports nationaux 2012, Système mondial de rapports d'activité sur la riposte au sida.

financement (80 %). Si les dépenses des pays en santé correspondaient à la charge de morbidité et si au moins 15 % de leur budget étaient consacrés à la santé, 1,1 milliard de dollars US supplémentaires seraient disponibles.

En fonction de la charge de morbidité liée au VIH, cet objectif serait réalisable si les dépenses publiques nationales en Afrique subsaharienne atteignaient en moyenne 0,3 % du produit intérieur brut des pays. Seule une poignée de pays fortement touchés par l'épidémie pourraient dépasser le seuil de 1 %. Dans d'autres régions, les dépenses publiques seraient considérablement inférieures, en moyenne 0,03 % du produit intérieur brut, et seraient plafonnées à 0,5 %. De telles levées de fonds sont tout à fait possibles.

Une analyse récente demandée par l'ONUSIDA a modélisé plusieurs dispositifs de financement innovants pour combler les lacunes à l'échelle nationale et a évalué leur potentiel au regard du prélèvement de nouvelles taxes, notamment sur l'alcool, l'utilisation des téléphones portables, les billets d'avion et le revenu. Le potentiel des dispositifs variait considérablement d'un pays à l'autre. Les pays avaient le choix entre plusieurs combinaisons de dispositifs. La modélisation indique qu'une contribution durable de plus de 0,3 % du produit intérieur brut était envisageable dans la plupart des pays.

Les mécanismes d'assurance maladie sociale sont également susceptibles de mobiliser des fonds supplémentaires auprès de ceux qui en ont les moyens par le biais du partage des risques, afin de réduire les frais faramineux

auxquels les ménages pauvres et marginalisés ne peuvent pas faire face. Certains pays à revenu faible ou intermédiaire ont mis en place des régimes nationaux d'assurance maladie et incluent progressivement la prévention et le traitement du VIH au sein des services fournis.

Cinq nouveaux pays à revenu intermédiaire ou ayant une charge de morbidité inférieure devraient être en mesure de financer plus de la moitié de leur riposte au VIH conformément aux besoins de financement définis par le cadre d'investissement de l'ONUSIDA d'ici à 2015. Onze autres pays devraient les rejoindre d'ici à 2020.

Des innovations plus importantes

À l'échelle internationale, les mécanismes de financement innovants offrent de nouvelles perspectives pour développer davantage encore la solidarité mondiale. Une des options envisagées pour accroître les fonds destinés à l'aide au développement, et qui fait l'objet de nombreux débats, est une taxe sur les transactions financières ou un prélèvement sur les transactions en devises. Dans son rapport 2011 au G20, le Fonds monétaire international (17) a jugé qu'une taxe sur les transactions financières pouvait être mise en place et a approuvé le principe d'augmenter le niveau d'imposition dans le secteur financier. D'après les estimations, les recettes générées par ces taxes varient substantiellement : 9 milliards de dollars US annuels si elles ne sont appliquées qu'en Europe et jusqu'à 400 milliards de dollars US annuels si elle sont étendues à l'ensemble des transactions financières internationales. Si ce mécanisme d'imposition supplémentaire

était adopté et si la moitié de ses recettes étaient destinées au développement, à lui seul il pourrait plus que doubler les fonds actuellement disponibles en ce domaine. Seuls 2 % des prévisions les plus optimistes

sur les recettes potentielles de ce mécanisme suffiraient à combler le déficit de financement de la riposte au VIH, estimé à 7 milliards de dollars US, d'ici à 2015.

Potentiel des nouveaux mécanismes mondiaux de financement de la santé

Source de revenus internationaux potentielle	Revenus probables	Montant potentiellement disponible pour le VIH	Hypothèses
Taxe sur les transactions financières	150 milliards de dollars US	3,75 milliards de dollars US	50 % pour le développement, dont 5 % pour le VIH
Prélèvement sur les transactions en devises destiné au développement	35 milliards de dollars US	1,75 milliards de dollars US	5 % pour le VIH
Extension de la taxe sur le transport aérien et initiative MASSIVEGOOD	1 milliard de dollars US	1 milliard de dollars US	100 % pour le VIH

Sources : Leading Group ; entretiens ; analyse McKinsey.

LES CHIFFRES

Progrès enregistrés dans 22 pays prioritaires dans le cadre du Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants et maintenir leurs mères en vie

PAYS	Nombre de femmes vivant avec le VIH accouchant ^a		OBJECTIF GLOBAL Nouvelles infections à VIH chez les enfants dues à la transmission mère-enfant ^b		OBJECTIF GLOBAL Femmes décédant de causes liées au sida pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant l'accouchement ^b		OBJECTIF FRONT 1 Incidence du VIH chez les femmes âgées de 15-49 ans (en %) ^c		OBJECTIF FRONT 2 Pourcentage de femmes mariées âgées de 15-49 ans n'ayant pas accès aux services de planification familiale ^c	
	2009	2011	2009	2011	2005	2010	2009	2011	Dernière donnée disponible	Année
Afrique du Sud	250 000	241 300	56 500	29 100	3 600	3 800	1,81	1,67	14 %	2004
Angola	15 700	16 000	5 300	5 300	480	380	0,26	0,24	..	
Botswana	14 500	13 500	700	500	220	80	1,34	1,18	..	
Burundi	8 100	7 000	2 700	1 900	380	300	0,09	0,08	29 %	2002
Cameroun	30 300	28 600	8 900	6 800	1 100	980	0,46	0,42	21 %	2004
Côte d'Ivoire	18 500	16 100	5 400	4 400	1 400	940	0,19	0,17	..	
Éthiopie	54 100	42 900	18 900	13 000	1 740	760	0,04	0,04	25 %	2011
Ghana	11 900	10 800	3 900	2 700	520	400	0,11	0,09	36 %	2008
Inde					2 000	1 700	..	..	14 %	2006
Kenya	89 300	86 700	23 200	13 200	3 400	2 200	0,58	0,52	26 %	2009
Lesotho	16 400	16 100	4 700	3 700	420	320	3,12	2,88	23 %	2009
Malawi	68 500	63 500	21 300	15 700	2 600	1 780	0,74	0,58	26 %	2010
Mozambique	96 800	98 300	28 400	27 100	2 200	2 400	ND	ND	19 %	2004
Namibie	9 700	9 200	1 900	800	220	140	0,98	0,90	21 %	2007
Nigéria	219 200	228 600	70 900	69 300	7 400	6 600	0,47	0,42	20 %	2008
Ouganda	88 300	96 700	27 300	20 600	3 000	2 400	1,05	0,98	38 %	2006
République démocratique du Congo	..	..	..	..	1 140	1 100	..	..	27 %	2007
République-Unie de Tanzanie	92 500	96 000	26 900	21 900	4 000	3 000	0,69	0,69	25 %	2010
Swaziland	11 100	10 900	2 000	1 200	220	150	3,39	3,04	25 %	2007
Tchad	14 500	14 500	5 000	4 800	460	380	0,35	0,33	21 %	2004
Zambie	86 100	83 400	21 000	9 500	2 200	1 620	1,13	0,94	27 %	2007
Zimbabwe	57 900	52 700	17 700	9 700	2 800	1 680	1,68	1,25	13 %	2011
TOTAL	1 287 000	1 265 000	365 000	273 000	42 000	33 000				

.. Donnée non disponible ou non applicable. ND : non disponible.

Sources:

a. Dossiers pays 2012 du logiciel Spectrum.

b. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010* (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en>, accédé le 15 juin 2012).

c. Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le développement mis à jour (base de données en ligne) New York, Nations Unies, 2012 (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/News.aspx?Articleid=49>, consulté le 15 juin 2012).

PAYS	FRONT 3 OBJECTIF 3.1		FRONT 3 OBJECTIF 3.2		FRONT 3 OBJECTIF 3.3		OBJECTIF FRONT 4		OBJECTIFS POUR L'ENFANCE				
	Taux de transmission mère-enfant (en %) ^a		Pourcentage de femmes recevant des médicaments antirétroviraux, à l'exception de la névirapine à dose unique, afin de prévenir la transmission pendant la grossesse ^b		Pourcentage de couples mère-enfant suivant un traitement antirétroviral afin de prévenir la transmission pendant l'allaitement ^c		Pourcentage de femmes enceintes éligibles recevant une thérapie antirétrovirale ^b		Pourcentage de décès dus au VIH chez les enfants de moins de 5 ans ^c		Couverture de la thérapie antirétrovirale chez les enfants de moins de 15 ans (en %) ^b		
	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2008	2010	2009	2010	
Afrique du Sud	23 %	12 %	60 %	> 95 %	0 %	38 %	0 %	69 %	35 %	28 %	39 %	58 %	
Angola	34 %	33 %	19 %	16 %	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	2 %	10 %	11 %	
Botswana	5 %	4 %	92 %	93 %	31 %	44 %	62 %	77 %	17 %	15 %	91 %	89 %	
Burundi	34 %	27 %	19 %	38 %	19 %	39 %	0 %	0 %	6 %	6 %	13 %	14 %	
Cameroun	29 %	24 %	20 %	54 %	12 %	20 %	28 %	42 %	5 %	5 %	11 %	13 %	
Côte d'Ivoire	29 %	27 %	50 %	68 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	3 %	15 %	15 %	
Éthiopie	35 %	30 %	8 %	24 %	2 %	11 %	4 %	24 %	2 %	2 %	11 %	19 %	
Ghana	33 %	25 %	31 %	75 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	3 %	11 %	14 %	
Inde	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Kenya	26 %	15 %	34 %	67 %	16 %	67 %	42 %	61 %	9 %	7 %	19 %	31 %	
Lesotho	28 %	23 %	38 %	63 %	10 %	19 %	28 %	45 %	31 %	18 %	16 %	25 %	
Malawi	31 %	25 %	24 %	53 %	4 %	22 %	12 %	51 %	13 %	13 %	22 %	29 %	
Mozambique	29 %	28 %	38 %	51 %	8 %	14 %	22 %	25 %	11 %	10 %	0 %	20 %	
Namibie	20 %	8 %	60 %	85 %	13 %	79 %	36 %	84 %	20 %	14 %	75 %	77 %	
Nigéria	32 %	30 %	12 %	18 %	3 %	11 %	9 %	27 %	4 %	4 %	9 %	13 %	
Ouganda	31 %	21 %	27 %	50 %	0 %	50 %	0 %	15 %	6 %	7 %	14 %	21 %	
République démocratique du Congo	..	..	..	..	..	..	..	..	1 %	1 %	..	..
République-Unie de Tanzanie	29 %	23 %	34 %	74 %	7 %	17 %	18 %	40 %	6 %	5 %	12 %	14 %	
Swaziland	18 %	11 %	57 %	95 %	17 %	34 %	40 %	71 %	30 %	23 %	53 %	60 %	
Tchad	34 %	33 %	7 %	13 %	7 %	13 %	19 %	0 %	3 %	3 %	5 %	8 %	
Zambie	24 %	11 %	58 %	86 %	21 %	67 %	51 %	88 %	12 %	10 %	24 %	31 %	
Zimbabwe	31 %	18 %	11 %	78 %	2 %	19 %	4 %	51 %	25 %	20 %	22 %	37 %	
TOTAL	28 %	22 %	34 %	61 %	6 %	29 %	16 %	48 %			19 %	26 %	

Sources :
a. Dossiers pays 2012 du logiciel Spectrum.
b. Rapports d'activité 2012 remis par les pays. Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries>, consulté le 15 juin 2012) et dossiers pays 2012 du logiciel Spectrum.
c. *Statistiques sanitaires mondiales 2011*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2011 (<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>, consulté le 15 juin 2012).
Liu L. et al. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet*, 379 : 2151–2161.

NOTES ET RÉFÉRENCES

Des résultats, certes, mais insuffisants

NOTES

1. Le nombre estimé de personnes éligibles à une thérapie antirétrovirale est basé sur les lignes directrices 2010 de l'OMS. Depuis la publication de ces lignes directrices recommandant de dispenser une thérapie antirétrovirale aux couples sérodiscordants, on compte environ quatre millions de nouvelles personnes éligibles à une thérapie de ce type.

2. Une analyse secondaire des données présentées dans le *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010 (3)*, notamment les feuilles de résultats concernant le sida (3), montre qu'en moyenne 5 % (médiane de 3 %) des personnes séropositives qui consomment des drogues injectables reçoivent un traitement, contre une moyenne de 12 % (médiane de 8 %) de l'ensemble des personnes séropositives.

3. Les vingt-deux pays prioritaires sont l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Burundi, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, l'Inde, le Kenya, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, le Swaziland, la République-Unie de Tanzanie, le Tchad, la Zambie et le Zimbabwe.

4. Le taux de transmission de la mère à l'enfant est le nombre de nouvelles infections chez les enfants divisé par le nombre de femmes séropositives ayant accouché au cours de la même année. Le taux de transmission s'applique à l'ensemble de la population et non seulement aux personnes prises en charge par des programmes de prévention de la transmission mère-enfant et comprend également la transmission lors de l'accouchement et pendant l'allaitement.

5. Ces données, issues des rapports de quatre-vingt-dix-neuf pays à revenu faible et intermédiaire, représentent 81 % du nombre estimé de femmes enceintes vivant avec le VIH.

6. Dans ces statistiques, l'Afrique subsaharienne comprend le Soudan du Sud, qui appartenait auparavant au Moyen-Orient et à l'Afrique du Nord.

7. Le nombre de cas de VIH diagnostiqués a doublé entre 2000 et 2009 en Bulgarie, en Hongrie, en Lituanie, en République tchèque, en Slovaquie et en Slovénie et a augmenté de plus de 50 % au Royaume-Uni. À l'inverse, le nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués a baissé de plus de 20 % en Lettonie, au Portugal et en Roumanie(44).

8. Dans ces statistiques, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ne comprennent plus le Soudan du Sud.

RÉFÉRENCES

1. *Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*. New York, Nations Unies, 2011 (<http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingon aids>, consulté le 15 juin 2012).

2. OMS, ONUSIDA et UNICEF. *Principaux faits sur l'épidémie mondiale de VIH et les progrès enregistrés vers un accès universel. Rapport de situation 2011*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/fr/index.html, consulté le 15 juin 2012).

3. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2010*. Genève, ONUSIDA, 2010 (http://www.unaids.org/globalreport/default_fr.htm, consulté le 15 juin 2012).

4. Rosen S., Fox M.P. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Public Library of Science Medicine*, 2012, 8 : e1001056.

5. May M.T., Ingle S. M. Life expectancy of HIV-positive adults: a review. *Sexual Health*, 2011, 8 : 526–533.

6. May M. et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK collaborative HIV cohort (UK CHIC) study. *British Medical Journal*, 2011, 343 : d6016.

7. Nash D. et al. Program-level and contextual-level determinants of low-median CD4+ cell count in cohorts of persons initiating ART in eight sub-Saharan African countries. *AIDS*, 2011, 25 : 1523–1533.

8. Mugglin C. et al. Immunodeficiency at the start of ART: global view. *19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA, États-Unis, 5–8 mars 2011* (résumé 100; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/43569.htm>, consulté le 15 juin 2012).

9. Brinkhof M.W., Pujades-Rodriguez M., Egger M. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science One*, 2009, 4 : e5790.

10. Faal M. et al. Providing immediate CD4 count results at HIV testing improves ART initiation. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2011, 58 : e54–e59.

11. Mills E.J. et al. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 2006, 296 : 679–690.

12. *Adapting WHO normative HIV guidelines for national programmes: essential principles and processes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/hiv/pub/who_normative/en/index.html, consulté le 15 juin 2012).

13. Bertagnolio S. et al. Surveillance of transmitted and acquired HIV drug resistance using WHO surveys in resource-limited settings. *18th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, MA, États-Unis, 27 février–2 mars 2011* (résumé 52 ; <http://www.retroconference.org/2011/Abstracts/41940.htm>, consulté le 15 juin 2012).

14. *Rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/fr/index.html, consulté le 15 juin 2012).

15. *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_fr.pdf, consulté le 15 juin 2012).

16. Ribeiro P.S. et al. Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2008, 102 : 82–90.

17. OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. UNICEF, UNFPA and the World Bank estimates*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/>, consulté le 15 juin 2012).

18. Moodley D. et al. Incident HIV infection in pregnant and lactating women and its effect on mother-to-child transmission in South Africa. *Journal of Infectious Diseases*, 2011, 203 : 1231–1234.

19. Collumbien M., Gerressu M., Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In : Ezzati M. et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 : 1255–1320 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cra/en, consulté le 15 juin 2012).

20. HIV and hormonal contraception. Frequently asked questions. Genève, ONUSIDA, 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2309_HIV_hormonal_contraception_en.pdf, consulté le 15 juin 2012).
21. Programmatic update: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/hiv/PMTCT_update.pdf, consulté le 15 juin 2012).
22. Marston M. et al. Net survival of perinatally and postnatally HIV-infected children: a pooled analysis of individual data from sub-Saharan Africa. *International Journal of Epidemiology*, 2011, 40 : 385–396.
23. Chen L. et al. Sexual risk factors for HIV infection in early and advanced HIV epidemics in sub-Saharan Africa: systematic overview of 68 epidemiological studies. *Public Library of Science One*, 2007, 2 : e1001.
24. Smith A.D. et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 2009, 374 : 416–422.
25. Baral S. et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 2012, DOI (identifiant numérique d'objet) : 10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
26. Guthrie B.L., de Bruyn G., Farquhar C. HIV-1-discordant couples in sub-Saharan Africa: explanations and implications for high rates of discordancy. *Current HIV Research*, 2007, 5 : 416–429.
27. Dunkle K.L. et al. New heterosexually transmitted HIV infections in married or cohabiting couples in urban Zambia and Rwanda: an analysis of survey and clinical data. *Lancet*, 2008, 371 : 2183–2191.
28. Gray R. et al. The contribution of HIV-discordant relationships to new infections in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2011, 25 : 863–865.
29. Chemaitelly H. et al. Distinct HIV discordancy patterns by epidemic size in stable sexual partnerships in sub-Saharan Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 88 : 51–57.
30. HIV declining in India; new infections reduced by 50% from 2000–2009; sustained focus on prevention required. New Delhi, gouvernement indien, National AIDS Control Organisation (Organisation nationale de contrôle du sida), 2010 (<http://nacoonline.org/upload/HomePage/NACO%20Press%20Release%20on%20HIV%20Estimates.pdf>, consulté le 15 juin 2012).
31. Mathers B.M. et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, 2008, 372 : 1733–1745.
32. Chow E.P.F. et al. Human immunodeficiency virus prevalence is increasing among men who have sex with men in China: findings from a review and meta-analysis. *Sexually Transmitted Diseases*, 2011, 38 : 845–857.
33. Brahman G.N.V. et al. Sexual practices, HIV and sexually transmitted infections among self-identified men who have sex with men in four high HIV prevalence states in India. *AIDS*, 2008, 22 (Suppl. 5) : S45–S57.
34. Morineau G. et al. Sexual risk taking, STI and HIV prevalence among men who have sex with men in six Indonesian cities. *AIDS Behaviour*, 2011, 15 : 1033–1044.
35. Report of the HIV sentinel sero-surveillance survey 2008 – Myanmar. Yangon, gouvernement du Myanmar, 2009.
36. van Griensven F. et al. Three years of follow-up in the Bangkok MSM cohort study: evidence of an explosive epidemics of HIV infection. XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18–23 juillet 2010 (résumé TUAC0301 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200736787>, consulté le 15 juin 2012).
37. HIV epidemiological update for Pacific Island countries 2008 and 2009. Nouméa, Nouvelle Calédonie, Secrétariat général de la Communauté du Pacifique, 2010 (http://www.spc.int/hiv/index1.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=399&itemid=148, consulté le 15 juin 2012).
38. AIDS Epidemiology Group. *AIDS-New Zealand*, octobre 2010, 66.
39. Johnston L. et al. HIV and other infections among gay, transsexuals and men who have sex with men in the Dominican Republic. XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18–23 juillet 2010 (résumé TUPE0406 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200741215>, consulté le 15 juin 2012).
40. Figueroa J.P. et al. High HIV rates among men who have sex with men in Jamaica despite increased prevention efforts. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87 : A149.
41. Beyrer C. et al. The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency. *Epidemiologic Reviews*, 2010, 32 : 137–151.
42. Kerr L. et al. MSM in Brazil: baseline national data for prevalence of HIV. XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18–23 juillet 2010 (résumé TUAC0206 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740783>, consulté le 15 juin 2012).
43. Tinajeros F. et al. STI prevalence and condom use in men who have sex with men attending STI services, Honduras 2010. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87 : A140–A141.
44. Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Stockholm, Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2010 (http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DisForm.aspx?ID=590, consulté le 15 juin 2012).
45. Bezemer D. et al. A resurgent HIV-1 epidemic among men who have sex with men in the era of potent antiretroviral therapy. *AIDS*, 2008, 22 : 1071–1077.
46. Shaboltas A. et al. HIV incidence, gender and risk behaviors differences in injection drug users cohorts, Saint-Petersbourg, Russie. XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18–23 juillet 2010 (résumé TUPE0331 ; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200740055>, consulté le 15 juin 2012).
47. Eritsyian K. et al. How many IDUs have HIV but are unaware of this fact? Estimations of the hidden HIV-positive population of IDUs in four Russian cities. XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18–23 juillet 2010 (Résumé TUPE0329 <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200739921>, consulté le 15 juin 2012).
48. Taran Y.S. et al. Correlates of HIV risk among injecting drug users in 16 Ukrainian cities. *AIDS and Behavior*, 2011, 15 : 65–74.
49. Rapport d'activité de la République de Moldavie : Janvier 2008-décembre 2009 (rapport UNGASS 2008-2009). Chisinau, Conseil national de coordination, 2010.
50. Des Jarlais D.C. et al. HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Current Opinions in HIV and AIDS*, 2009, 4 : 308–313.
51. Summary report. Regional Expert Group Meeting on Strategic Information and Surveillance, Middle East and North Africa (MENA).

3-5 mai 2011, Le Caire, Égypte.

52. Tun W. et al. Sexual risk behaviours and HIV seroprevalence among male sex workers who have sex with men and non-sex workers in Campinas, Brazil. *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84 : 455–457.

53. Cai W.-D. et al. HIV prevalence and related risk factors among male sex workers in Shenzhen, China: results from a time–location sampling survey. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86 : 15–20.

54. Baral S. et al. Male sex workers in Moscow, Russia: a pilot study of demographics, substance use patterns, and prevalence of HIV and sexually transmitted infections. *AIDS Care*, 2010, 22 : 112–118.

55. Baral S. et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *Public Library of Science Medicine*, 2007, 4 : e339.

56. Petersen Z. et al. *The prevalence of HIV among people who*

inject drugs and availability of prevention and treatment services: findings from 21 countries. Le Cap, Afrique du Sud, Secretariat to the United Nations Reference Group on Injection Drug Use and HIV, 2012.

57. Degenhardt L. et al. Prevention of HIV infection for people who use drugs: why individual, structural and combination approaches are needed. *Lancet*, 2010, 376 : 285–301.

58. OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/fr/index>, consulté le 15 juin 2012).

59. Cook C, éd. *The global state of harm reduction 2010: key issues for broadening the response.* Londres, Harm Reduction International, 2010.

La science en action

RÉFÉRENCES

1. *Plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie.* Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_fr.pdf, consulté le 15 juin 2012).

2. Rosen S., Fox M.P. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2011, 8 : e1001056.

3. *South Africa makes progress on HIV/AIDS.* Johannesburg, SouthAfrica.info, 2011 (<http://www.southafrica.info/about/health/aids-150811.htm>, consulté le 15 juin 2012).

4. Kalibaba S. et al. "Knowing myself first": feasibility of self-testing among health workers in Kenya. Nairobi, Population Council, 2011 (http://www.popcouncil.org/pdfs/2011HIV_KenyaHWSelfTesting.pdf, consulté le 15 juin 2012).

5. Choko A.T. et al. The uptake and accuracy of oral kits for HIV self-testing in high HIV prevalence setting: a cross-sectional feasibility study in Blantyre, Malawi. *PLoS Medicine*, 2011, 8 : e1001102.

6. Richter M., Francois Venter W.D., Gray A. Home self-testing for HIV: AIDS exceptionalism gone wrong. *South African Medical Journal*, 2010, 100 : 10.

7. *Use of devices for adult male circumcision in public health HIV prevention programmes: conclusions of the Technical Advisory Group on Innovations in Male Circumcision.* Genève, Organisation mondiale

de la Santé, 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/devices_conclusions/en/index.html, consulté le 15 juin 2012).

8. Muchini B. et al. Local perceptions of the forms, timing and causes of behavior change in response to the AIDS epidemic in Zimbabwe. *Aids and Behavior*, 2011, 15 : 487–498.

9. Kennedy C. et al. The impact of HIV treatment on risk behaviour in developing countries: a systematic review. *AIDS Care*, 2007, 19 : 707–720.

10. *Guidance on couples HIV testing and counselling, including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en>, consulté le 15 juin 2012).

11. Granich et al. Antiretroviral therapy in prevention of HIV and TB: update on current research efforts. *Current HIV Research*, 2011, 9 : 446–469.

12. Mathers et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 2010, 375 : 1014–1028.

13. *Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida.* New York, Nations Unies, 2011 (<http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids>, consulté le 15 juin 2012).

14. Quatrième phase du Programme national de lutte contre le sida en Inde (2012-2017) [site Internet]. New Delhi, National AIDS Control Organisation (Organisation nationale de contrôle du sida), 2012 (<http://www.nacoonline.org/NACP-IV>, consulté le 15 juin 2012).

3. Mills E.J., Ford N. Home-based HIV counseling and testing as a gateway to earlier initiation of antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 2012, 54 : 282–284.

4. Rich M.L. et al. Excellent clinical outcomes and high retention in care among adults in a community-based HIV treatment program in rural Rwanda. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2012, 59 : e35–e42.

5. Granich R. et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011–2050.

Public Library of Science One, 2012, 7 : e30216.

6. Cohen M.S. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365 : 493–505.

7. Grant R.M. et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 2010, 36 : 2587–2599.

8. Thigpen M. et al. Daily oral antiretroviral use for the prevention of HIV infection in heterosexually active young adults in Botswana: results from the TDF2 study. 6ème Conférence internationale de l'IAS sur la parthogénèse, le traitement et la prévention du VIH, Rome, Italie, 17-20 juillet 2011 (résumé WELBC01 ; <http://pag.ias2011.org/abstracts.aspx?aid=4631>, consulté le 15 juin 2012).

9. Baeten J. et al. ARV PrEP for HIV-1 prevention among heterosexual men and women. 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 5–8 mars 2012, Seattle, WA, États-Unis (résumé 29 ; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/43082.htm>, consulté le 15 juin 2012).

10. NIH modifies "VOICE" HIV prevention study in women – oral tenofovir discontinued in clinical trial. Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 2011 (<http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2011/Pages/VOICEmodified.aspx>, consulté le 15 juin 2012).

11. Van Damme L. et al. The FEM-PrEP trial of emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (Truvada) among African women. 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 5–8 mars 2012, Seattle, WA, États-Unis (résumé 32LB ; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/45406.htm>, consulté le 15 juin 2012).

12. Karim S.S. et al. Drug concentrations after topical and oral antiretroviral pre-exposure prophylaxis: implications for HIV prevention in women. *Lancet*, 2011, 378 : 279–281.

13. Donnell D. et al. Tenofovir disoproxil fumarate drug levels indicate PrEP use is strongly correlated with HIV-1 protective effects: Kenya and Uganda. 19th Conference on Retroviruses and

Opportunistic Infections, 5–8 mars 2012, Seattle, WA, États-Unis (résumé 30 ; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/43156.htm>, consulté le 15 juin 2012).

14. Celum C., Baeten J.M. Tenofovir-based pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: evolving evidence. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2012, 25 (1) : 51–57.

15. Abdool Karim Q. et al. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 329 : 1168–1174.

16. NIH discontinues tenofovir vaginal gel in "VOICE" HIV prevention study – product safe but no more effective than placebo. Bethesda, Maryland, National Institutes of Health, 2011.

17. Gray R. et al. The effectiveness of male circumcision for HIV prevention and effects on risk behaviors in a post-trial follow up study in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2012, 26 : 609–6615.

18. Nel A. et al. Safety, acceptability, and adherence of monthly dapiravine vaginal microbicide rings for HIV prevention. 19th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 5–8 mars 2012, Seattle, WA, États-Unis (résumé 1089 ; <http://www.retroconference.org/2012b/Abstracts/44767.htm>, consulté le 15 juin 2012).

19. Chun T.W., Fauci A.S. HIV reservoirs: pathogenesis and obstacles to viral eradication and cure. *AIDS*, 2012, 26 : 1261–1268.

20. Barouch D.H. et al. Vaccine protection against acquisition of neutralization-resistant SIV challenges in rhesus monkeys. *Nature*, 2012, 482 : 89–93.

21. Rerks-Ngarm S. et al. Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thailand. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361 : 2209–2220.

22. Haynes B.F. et al. Immune-correlates analysis of an HIV-1 vaccine efficacy trial. *New England Journal of Medicine*, 2012, 366 : 1275–1286.

23. Kwong P.D., Mascola J.R., Nabel G.J. Rational design of vaccines to elicit broadly neutralizing antibodies to HIV-1. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2011, (1) : a007278.

Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2011, 56 : e39–e44.

5. Wouters E. et al. Public-sector ART in the Free State Province, South Africa: community support as an important determinant of outcome. *Social Science and Medicine*, 2009, 69 : 1177–1185.

6. Stefanyshyna O. Expanding community-based service delivery: case Ukraine [diaporama]. *Protecting human rights, expanding community-based service delivery and integration of HIV treatment and prevention*, Bangkok, Thaïlande, 3-5 mai 2011 (<http://itpc.wikispaces.com/Treatment2.0>, consulté le 15 juin 2012).

7. Drew R. Community mobilisation and HIV/AIDS. *What does it mean for the International HIV/AIDS Alliance? What does it mean for the investment framework?* Hove, International HIV/AIDS Alliance, 2012.

8. *Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, sous presse.

9. *Appreciating assets: the contribution of religion to universal access in Africa. Report for the World Health Organization*. Le Cap, African Religious Health Assets Programme, 2006.

Transformer les sociétés

RÉFÉRENCES

1. *Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida*. New York, Nations Unies, 2011 (<http://www.unaids.org/fr/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2011highlevelmeetingonaids>, consulté le 15 juin 2012).

2. Muñoz M. et al. Matching social support to individual needs: a community-based intervention to improve HIV treatment adherence in a resource-poor setting. *AIDS and Behavior*, 2011, 15 : 1454c–1464c.

3. Gulaid L., Kiragu K. Promising practices in community engagement. Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. *CCABA/UNICEF/ONUSIDA/Fonds mondial/RIATT Road to Washington Meeting, Addis Ababa, Éthiopie, 2–3 décembre 2011*. Toronto, Coalition pour les enfants touchés par le sida (CCABA), 2011 (<http://www.ccaba.org/road-to-washington-addis-ababa>, consulté le 15 juin 2012).

4. Decroo T. et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete province, Mozambique.

10. Gruskin S. et al. *Ensuring justice for PLHA: evaluating the integration of legal support into health care in Kenya*. Résumé WEPE0806. XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 2010. XVIIIe Conférence internationale sur le sida, Vienne, Autriche, 18–23 juillet 2010 (résumé WEPE0806; <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=12&abstractid=200736254>, consulté le 15 juin 2012).
11. *Tipping the balance: why legal services are essential to health care for drug users in Ukraine*. New York, Open Society Institute, 2008.
12. *The peer intervention*. Maharashtra, SANGRAM, 2012 (<http://www.sangram.org/info2.aspx>, consulté le 15 juin 2012).
13. *Building partnerships on HIV and sex work. Report and recommendations from the first Asia Pacific Regional Consultation on HIV and Sex Work*. New York, UNFPA, APNSW et UNAIDS, 2011.
14. Jana S. et al. The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Education and Prevention*, 2004, 16 : 405–414.
15. Mercedes Mas de Xaxàs M. et al. *Meeting community needs for HIV prevention and more: intersectoral action for health in the Sonagachi red-light light area of Kolkata*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_sonagachi_ind.pdf, consulté le 10 juin 2012).
16. Ralf Jürgens R. et al. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*, 2010, 376 : 475–489.
17. Nyblade L. et al. Review: combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the International AIDS Society*, 2009, 12 : 15.
18. *Issue brief: stopping violence against women and girls for effective HIV responses*. Genève, Coalition mondiale sur les femmes et le sida, 2011 (<http://www.womenandaids.net/CMSPages/GetFile.aspx?guid=c72d38e4-dfdb-441c-ad81-159866cc1491&disposition=in line>, consulté le 15 juin 2012).
19. *Courting rights: case studies in litigating the human rights of people living with HIV*. Genève, ONUSIDA/Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2006.
20. Equal rights for all: litigating cases of HIV-related discrimination. In : *Southern Africa Litigation Centre litigation manual series*. Johannesburg, Southern Africa Litigation Centre, 2011.
21. *Cruz del Valle Bermudez et autres contre ministère de la Santé et de l'assistance sociale, décision no 916, dossier no 15 789*. Caracas, Tribunal suprême du Venezuela, 1999.
22. *Ministère de la santé et autres contre Treatment Action Campaign et autres*, CCT 8/02 (2992), Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, 2002, ZACC 15 : 2002 (5) SA 721 (<http://www.tac.org.za/Documents/MTCTCourtCase/ConCourtJudgmentOrderingMTCTP-5July2002.pdf>, consulté le 15 juin 2012).
23. Ahmad K. Thailand court forces reversal of drug firm antiretroviral patent. *Lancet*, 2002, 360 : 1231.
24. *AIDS Access Foundation et al. contre Bristol Myers-Squibb et Département de la propriété intellectuelle*, Cour centrale de la propriété intellectuelle et du commerce international, affaire no 334/2544 (dossier noir), no 92/2545 (dossier rouge). Bangkok, Cour centrale de la propriété intellectuelle et du commerce international, 2002.
25. *Republic of Kenya in the High Court of Kenya at Nairobi: Petition No. 409 of 2009*. Nairobi, Haute Cour du Kenya, 2012 (<http://www.aidslawproject.org/wp-content/uploads/2012/04/Judgment-Petition-No-409-of-2009-Anti-counterfeit-case.pdf>, consulté le 15 juin 2012).
26. *XX contre Gun Club Corporation et autres*, Cour constitutionnelle, jugement no SU-256/96. Bogota, Cour constitutionnelle, 1996.
27. *Lemo contre Northern Air Maintenance* (2004) 2 BLR 317 (Tribunal du travail du Botswana 2004).
28. *Adriana Ricardo da Rosa contre Sociedade de Ônibus Porto Alegre Ltda.* – SOPAL (affaire no TST-RR-104900-64.2002.5.04.0022, 3 août 2011).
29. *Edson Osório Leites contre SOGAL – Sociedade de Ônibus Gaúcha Ltda* (affaire no TST-RR-61600-92.2005.5.04.0201, 22 juin 2011).
30. *Affaire Kiyutin contre Russie*, Cour européenne des droits de l'homme, 10 mars 2011, requête no 2700/10 (http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_152988.pdf, consulté le 15 juin 2012).
31. *Rapport no 54/01, affaire 12 051, Maria da Penha (Brésil)*, 16 avril 2011. Commission interaméricaine des droits de l'homme (<http://www.cidh.org/women/brazil12.051.htm>, consulté le 15 juin 2012).
32. *Bhe et autres contre magistrat Khayelitsha et autres*, affaire CCT 49/03, 2004 ZACC 17, Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, 2003 (<http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2004/17.html>, consulté le 15 juin 2012).
33. *Arriola, Sebastian et autres, affaire no 9080, Cour suprême d'Argentine*, 2009 (<http://www.csjn.gov.ar/documentos/verdoc.jsp?ID=36190>, consulté le 15 juin 2012).
34. *Bedford contre Canada*, 2010, ONSC 4264, Cour supérieure de justice de l'Ontario, 2010 (<http://www.canlii.org/en/on/onsc/doc/2010/2010onsc4264/2010onsc4264.html>, consulté le 15 juin 2012).
35. *Rapports d'activité 2012 remis par les pays* [site Internet] Genève, ONUSIDA, 2012 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries>, consulté le 15 juin 2012).
36. *Loi argentine sur l'identité de genre du 9 mai 2012*. Buenos Aires, parlement de la République argentine, 2012 (http://www.senado.gov.ar/web/proyectos/verExpe.php?origen=CD&tipo=PL&numexp=75/11&nro_comision=&tConsulta=4, consulté le 15 juin 2012).
37. *HIV-related restrictions on entry, stay and residence*. Genève, ONUSIDA, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20110620_CountryList_TravelRestrictions_en.pdf, consulté le 15 juin 2012).
38. *2009 country reports on human rights practices* [site Internet] Département d'État américain, Bureau de la démocratie, des droits de l'homme et du travail, 2009 (<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2009/index.htm>, consulté le 15 juin 2012).
39. *Human Rights Watch et International Harm Reduction Association. Drugs, punitive laws, policies, and policing practices, and HIV/AIDS: a briefing paper*. New York, Human Rights Watch, 2009 (<http://www.hrw.org/news/2009/11/30/drugs-punitive-laws-policies-and-policing-practices-and-hiv-aids>, consulté le 15 juin 2012).
40. *Paoli-Iltaborahy L. State-sponsored homophobia – a world survey of laws prohibiting same-sex activities between consenting adults*. Londres, Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles, 2012 (http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf, consulté le 15 juin 2012).
41. *Naz Foundation contre gouvernement du territoire de la capitale nationale Delhi et autres*, Haute Cour de Delhi, 160 DLT 277,

- para. 71, 2009 (http://www.nazindia.org/judgement_377.pdf, consulté le 15 juin 2012).
42. *New Zealand Prostitution Reform Act 2003, No. 28 (au 29 novembre 2010)*. Wellington, gouvernement néo-zélandais, 2010 (<http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0028/latest/DLM197821.html>, consulté le 15 juin 2012).
43. Submission from the New Zealand Prostitutes Collective to the Global Commission on HIV and the Law. In : Commission mondiale sur le VIH et le droit. *Report of the Asia-Pacific Regional Dialogue on the Global Commission and the Law*. Bangkok, HIV, Health and Development Programme for Asia and the Pacific, 2011.
44. Hughes C.E., Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 2010, 50 : 999-1022.
45. Greenwald G. *Drug decriminalization in Portugal: lessons for creating fair and successful drug policies*. Washington, DC, Cato Institute, 2009 : 11-12 (http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf, consulté le 15 juin 2012).
46. Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape. *Réunion d'experts sur les questions scientifiques, médicales, juridiques et des droits de l'homme associées à la criminalisation de l'exposition au VIH et de sa transmission*, Genève, Suisse, 31 août-2 septembre 2011.
47. *The global criminalisation scan report 2010: documenting trends, presenting evidence*. Amsterdam, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, 2010 (http://www.gnpplus.net/images/stories/Rights_and_stigma/2010_Global_Criminalisation_Scan.pdf, consulté le 15 juin 2012).
48. *Les pays remettent en question les lois qui criminalisent la transmission du VIH et l'exposition au risque d'infection*. Genève, ONUSIDA, 2011 (<http://www.unaids.org/en/resourcess/pressecentr/featurestories/2011/april/20110426criminalization>, consulté le 15 juin 2012).
49. Mykhalovskiy E. The problem of "significant risk": exploring the public health impact of criminalizing HIV non-disclosure. *Social Science and Medicine*, 2011, 73 : 668-675.
50. *The People Living with HIV Stigma Index*. London, International Planned Parenthood Federation, 2012 (<http://www.stigmaindex.org>, consulté le 15 juin 2012).
51. Hutchinson P.L., Mahlalela X. Utilization of voluntary counseling and testing services in the Eastern Cape, South Africa. *AIDS Care*, 2006, 18 : 446-455.
52. Roberts K.J. Barriers to antiretroviral medication adherence in young HIV-infected children. *Youth & Society*, 2005, 37 : 230-245.
53. Stirratt M.J. et al. The role of HIV serostatus disclosure in antiretroviral medication adherence. *AIDS & Behavior*, 2006, 10 : 483-493.
54. Ware N., Wyatt M., Tugenberg T. Social relationships, stigma and adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *AIDS Care*, 2006, 18 : 904-910.
55. Calin T. et al. Disclosure of HIV among black African men and women attending a London HIV clinic. *AIDS Care*, 2007, 19 : 385-391.
56. Melchior R. et al. Challenges of treatment adherence by people living with HIV/AIDS in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 2007, 41 : 7.
57. Rajabiun S. et al. Getting me back on track: the role of outreach interventions in engaging and retaining people living with HIV/AIDS in medical care. *AIDS Patient Care & STDs*, 2007, 21 : S20-S29.
58. Rao D. et al. Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS Care*, 2007, 19 : 28-33.
59. Nam S.L. et al. The relationship of acceptance or denial of HIV status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Social Science & Medicine*, 2008, 67 : 301-310.
60. Sabina L. et al. Barriers to adherence to antiretroviral medications among patients living with HIV in southern China: a qualitative study. *AIDS Care*, 2008, 20 : 1242-1250.
61. Thrasher A.D. et al. Discrimination, distrust, and racial/ethnic disparities in antiretroviral therapy adherence among a national sample of HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 49 : 84-93.
62. Kip E., Ehlers V.J., van der Wal D.M. Patients' adherence to antiretroviral therapy in Botswana. *Journal of Nursing Scholarship*, 2009, 41 : 149-157.
63. Naidoo P., Dick J., Cooper D. Exploring tuberculosis patients' adherence to treatment regimens and prevention programs at a public health site. *Qualitative Health Research*, 2009, 19 : 55-70.
64. Watts C. et al. *Stigma-reduction: an essential component for effective and efficient health systems? Model projections for PMTCT*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine/International Center for Research on Women (<http://pag.aids2010.org/PDF/14983.pdf>, consulté le 15 juin 2012).
65. Hamra M. et al. The relationship between expressed HIV/AIDS-related stigma and beliefs and knowledge about care and support of people living with AIDS in families caring for HIV-infected children in Kenya. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 2005, 17 : 911-922.
66. James R.K. et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 2010, 376 : 41-48.
67. Stockl H., Watts C. *Multivariate analysis of the relation between MDG 3, 4, 5 and 6*. Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2012.
68. Stockl H., Heise L., Watts C. *Moving beyond single issue priority setting: associations between gender inequality and violence and both HIV infection and poor maternal health in Malawi*. Genève, ONUSIDA, 2012 http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidsrpf/2012/rfp-2012-14/MultivariateAnalysis_Semi-Final_Draft2.pdf, consulté le 15 juin 2012).
69. Barker G. et al. Question gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health*, 2010, 5 : 539-553.
70. Hargreaves J., Boler T. *Girl power: the impact of girls' education on HIV and sexual behaviour*. Londres, ActionAid International, 2006.
71. Hargreaves J. et al. Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2008, 22 : 403-414.
72. Hargreaves J. et al. The association between school attendance, HIV infection and sexual behavior among young people in rural South Africa. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62 : 113-119.
73. Baird S.J. et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *Lancet*, 2012, 379 : 1320-1329.
74. Pettifor A., McCoy S. I., Padian N. Paying to prevent HIV infection in young women? *Lancet*, 2012, 379 : 1280-1282.
75. Pronyk P.M. et al. A combined microfinance and training intervention can reduce HIV risk behaviour in young female

participants. *AIDS*, 2008, 22 : 1659–1665.

76. Dunbar M.S. et al. Findings from SHAZI: a feasibility study of a microcredit and life-skills HIV prevention intervention to reduce risk among adolescent female orphans in Zimbabwe. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 2010, 38 : 147–161.

77. Garcia-Moreno C. et al. *WHO multicountry study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en, consulté le 15 juin 2012).

78. *Sexual abuse may put boys at risk for unsafe sex*. Washington, CD, Département américain de la Santé et des Services sociaux, 2012 (<http://www.womenshealth.gov/news/headlines/663508.cfm>, consulté le 15 juin 2012).

79. Dunkle K. et al. Transactional sex among women in Soweto, South Africa: prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Social Science and Medicine*, 2004, 59 : 1581–1592.

80. Torpy J.M., Lynn C., Glass R.M. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *Journal of American*

Medical Association, 2008, 300 : 754.

81. Decker M.R. et al. Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women's HIV infection: findings from Indian husband-wife dyads. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 51 : 593–600.

82. *Violence against children in Tanzania: findings from a national survey 2009*. Dar es Salaam, gouvernement tanzanien, 2011.

83. Jewkes R. et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomized controlled data. *British Medical Journal*, 2008, 337 : a506.

84. We Will Speak Out [site Internet] (<http://www.wewillspeakout.org>, consulté le 15 juin 2012).

85. Le Roux E., Carter I., Southam H. *Silent no more: the untapped potential of the worldwide church in addressing sexual violence*. Teddington, Royaume-Uni, Tearfund, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110321_Silent_no_more.pdf, consulté le 15 juin 2012).

Optimiser l'utilisation des ressources

NOTES

1. Cambodge, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Lesotho, Malawi, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Thaïlande, Ukraine, Zambie et Zimbabwe.

RÉFÉRENCES

1. Schwartländer B. et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011, 377 : 2031–2041.

2. *Threshold values for intervention cost-effectiveness by region*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://www.who.int/choice/costs/CER_levels/en/index.html, consulté le 15 juin 2012).

3. Nosyk B., Montaner J.S. The evolving landscape of the economics of HIV treatment and prevention. *Public Library of Science Medicine*, 2012, 9 : e1001174.

4. Granich R. et al. Expanding ART for treatment and prevention of HIV in South Africa: estimated cost and cost-effectiveness 2011–2050. *Public Library of Science One*, 2012, 7 : e30216.

5. Shah M. et al. Cost-effectiveness of new WHO recommendations for prevention of mother-to-child transmission of HIV in a resource-limited setting. *AIDS*, 2011, 25 : 1093–1102.

6. Hogan D.R. et al. Cost-effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries. *British Medical Journal*, 2005, 331 : 1431–1437.

7. Maclean C.C., Stringer J.S. Potential cost-effectiveness of maternal and infant antiretroviral interventions to prevent mother-to-child transmission during breast-feeding. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 38 : 570–577.

8. Johri M., Ako-Arrey D. The cost-effectiveness of preventing mother-to-child transmission of HIV in low- and middle-income countries: systematic review. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2011, 9 : 3.

9. Teerawattananon Y. et al. Cost-effectiveness of models for

prevention of vertical HIV transmission – voluntary counseling and testing and choices of drug regimen. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 2005, 3 : 7.

10. Reynolds H.W. et al. The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission. *Sexually Transmitted Diseases*, 2006, 33 : 350–356.

11. Galárraga O. et al. HIV prevention cost-effectiveness: a systematic review. *BMC Public Health*, 2009, 9 (Suppl. 1) : S1–S5.

12. Njeuhmeli E. et al. Voluntary medical male circumcision: modelling the impact and cost of expanding male circumcision for HIV prevention in eastern and southern Africa. *Public Library of Science Medicine*, 2011, 8 : e1001132.

13. Bollinger L.A. et al. The cost and impact of male circumcision on HIV/AIDS in Botswana. *Journal of the International AIDS Society*, 2009, 12 : 7.

14. Kahn J.G., Marseille E., Avert B. Cost-effectiveness of male circumcision for HIV prevention in a South African setting. *Public Library of Science Medicine*, 2006, 3 : e517.

15. Gray R.H. et al. The impact of male circumcision on HIV incidence and cost per infection prevented: a stochastic simulation model from Rakai, Uganda. *AIDS*, 2007, 21 : 845–850.

16. Martin G. et al. Costing male circumcision in Lesotho and implications for the cost-effectiveness of circumcision as an HIV intervention. Washington, DC, Initiative des politiques de santé de l'USAID, 2007.

17. Martin G. et al. Costing male circumcision in Swaziland and implications for the cost-effectiveness of circumcision as an HIV intervention. Washington, DC, Initiative des politiques de santé de l'USAID, 2007.

18. Fieno J.V. Costing adult male circumcision in high HIV prevalence, low circumcision rate countries. *AIDS Care*, 2008, 20 : 515–520.

19. Prinja S. et al. Cost effectiveness of targeted HIV prevention interventions for female sex workers in India. *Sexually Transmitted Infections*, 2011, 87 : 354–361.

20. OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Guide technique pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/sida*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/fr/index.html>, consulté le 15 juin 2012).
21. Strathdee S.A. et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet*, 2010, 376 :268–284.
22. Montaner J.S. et al. Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. *Lancet*, 2010, 376 : 532–539.
23. Johnson W.D. et al. Behavioural interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (3) : CD001230.
24. Alistar S.S., Owens D.K., Brandeau M.L. Effectiveness and cost effectiveness of expanding harm reduction and antiretroviral therapy in a mixed HIV epidemic: a modeling analysis for Ukraine. *Public Library of Science Medicine*, 2011, 8 : e1000423.
25. *Analyse des modes de transmission du VIH au Maroc*. Rabat, ministère de la Santé, Programme national de lutte contre les IST/sida, 2010.
26. Rodriguez-Garcia R., Gaillard M. E., Aran-Matero D. *AIDS resource efficiency in Latin America*. Washington, DC, Banque mondiale, 2011.
27. *Evidence of reallocation of funds to basic HIV programme activities in Global Fund grants*. Genève, ONUSIDA, 2012.
28. Low-Beer D. et al. Making performance based funding work for health. *Public Library of Science Medicine*, 2007, 4 : e219.
29. *Plan stratégique national de lutte contre le sida du Kenya 2009/10–2012/13*. Nairobi, Conseil national de lutte contre le sida du Kenya, 2009.
30. Guthrie T. et al. Spending on prevention activities in the SADC region – are there trends in priorities within an investment framework? *7th AIDS & Economics Pre-Conference, 20–21 juillet 2012, Washington, DC, États-Unis*.
31. Guthrie T. et al. Spending on ART by province in South Africa: trends, drivers, cost drivers and (in)efficiencies. *7th AIDS & Economics Pre-Conference, 20–21 juillet 2012, Washington, DC, États-Unis*. Remarque : le contenu du résumé des discussions ayant trait à l'affiche et à l'exposition de l'affiche de la XIXe Conférence internationale sur le sida demeure sous embargo jusqu'au dimanche 22 juillet 2012, 15 heures (heure standard de la côte Est des États-Unis).
32. Van Renterghem H. et al. The urban HIV epidemic in eastern and southern Africa: need for better KYE/KYR [know your epidemic, know your response] to inform adequate city responses. *XIXe Conférence internationale sur le sida, Washington, DC, 22–27 juillet 2012*. Remarque : le contenu du résumé des discussions ayant trait à l'affiche et à l'exposition de l'affiche de la XIXe Conférence internationale sur le sida demeure sous embargo jusqu'au dimanche 22 juillet 2012, 15 heures (heure standard de la côte Est des États-Unis).
33. *Transaction prices for antiretroviral medicines and HIV diagnostics from 2008 to July 2011*. Genève, Mécanisme mondial de rapport sur les prix des Services des diagnostics et des traitements du sida de l'OMS, 2011 http://www.who.int/hiv/amds/gprm_summary_report_oct11.pdf, consulté le 15 juin 2012).
34. *Policy brief. Using TRIPS flexibilities to improve access to HIV treatment*. Genève, ONUSIDA, 2011 (disponible en anglais à l'adresse [www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf) documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf, consulté le 15 juin 2012).
35. Alonso González M., éd. *Antiretroviral treatment in the spotlight: a public health analysis in Latin America and the Caribbean*. Washington, Organisation panaméricaine de la santé, 2012.
36. Wirtz V.J. et al. Allocating scarce financial resources for HIV treatment: benchmarking prices of antiretroviral medicines in Latin America. *Health Policy and Planning*, 2012, DOI (identifiant numérique d'objet) : 10.1093/heapol/czs011.
40. *Internal data on price trends of HIV diagnostics*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.
41. Smith P. Enhancing effectiveness, efficiency and social sustainability. Maximizing health program budgets. *Présentation à l'occasion de la consultation des parties prenantes de l'IAS, Nairobi, Kenya, 20 avril 2012*.
42. Indicateur de prix internationaux des médicaments [site Internet]. Genève, Management Sciences for Health (MSH), Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://erc.msh.org/dmpguide/index.cfm?search_cat=yes&display=yes&module=dmp&language=french&year=2010, consulté le 15 juin 2012).
43. Schwartländer B. et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*, 2011. Annexe en ligne supplémentaire.
44. Bertozzi S.M. et al. Making HIV prevention programmes work. *Lancet*, 2008, 372 : 831–844.
45. Marseille E. et al. HIV prevention costs and program scale: data from the PANCEA project in five low and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 2007, 7 : 108.
46. Sweeney S. et al. Cost and efficiency of integrating HIV/AIDS services with other health services: a systematic review of evidence and experience. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 88 : 85–99.
47. Menzies N. et al. The costs and effectiveness of four HIV counseling and testing strategies in Uganda. *AIDS*, 2009, 23 : 395–401.
48. Jahn J.G. Cost of community integrated prevention campaign for malaria, HIV, and diarrhea in rural Kenya. *BMC Health Services Research*, 2011, 11 : 346.
49. *Facility-based unit costing of antiretroviral treatment: a costing study from 161 representative facilities in Ethiopia, Malawi, Rwanda, South Africa and Zambia*. New York, Initiative Clinton pour l'accès à la santé (CHAI), sous presse.
50. Elliott Marseille, Health Strategies International, personal communication, analysis of data from the Centre for Infectious Disease Research in Zambia, 2012.
51. Menzies N.A. et al. The cost of providing comprehensive HIV treatment in PEPFAR-supported programs. *AIDS*, 2011, 25 : 1753–1760.
52. Duong T.A. Costing study of national HIV care and treatment program in Viet Nam. *7th AIDS & Economics Pre-Conference, 20–21 juillet 2012, Washington, DC, États-Unis*.
53. Shauka M. et al. Link ART centres: a way forward towards cost effective and sustainable model; integration of ART services with general health systems in India. *XIXe Conférence internationale sur le sida, Washington DC, 22-27 juillet 2012*. Remarque : le contenu du résumé des discussions ayant trait à l'affiche et à l'exposition de l'affiche de la XIXe Conférence internationale sur le sida demeure sous embargo jusqu'au dimanche 22 juillet 2012, 15 heures (heure standard de la côte Est des États-Unis).
54. Fulton B.D. et al. Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources*

for Health, 2011, 9 : 1.

55. Callaghan M., Ford N., Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, 2010, 8 : 8.

56. *Task shifting: global recommendations and guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, consulté le 15 juin 2012).

57. Rosen S., Long L., Sanne I. The outcomes and outpatient costs of different models of antiretroviral treatment delivery in South Africa. *Tropical Medicine & International Health*, 2008, 13 : 1005–1015.

58. Bekker L.G. et al. Antiretroviral therapy in a community clinic – early lessons from a pilot project. *South African Medical Journal*, 2003, 93 : 458–462.

59. Uys L., Hensher M. The cost of home-based terminal care for people with AIDS in South Africa. *South African Medical Journal*, 2002, 92 : 624–628.

60. Long L. et al. Treatment outcomes and cost-effectiveness of shifting management of stable ART patients to nurses in South Africa: an observational cohort. *Public Library of Science Medicine*, 2011, 8 (7) : e1001055.

61. Dutta A. et al. Evaluating the costs of implementing a more sustainable response: a study of PEPFAR support to Kenya's PMTCT program, 2005–2010. *XIXe Conférence internationale sur le sida, Washington DC, 22-27 juillet 2012*. Remarque : le contenu du résumé des discussions ayant trait à l'affiche et à l'exposition de l'affiche de la XIXe Conférence internationale sur le sida demeure sous embargo jusqu'au dimanche 22 juillet 2012, 15 heures (heure standard de la côte Est des États-Unis).

62. El Adas A. et al. Economic evaluation of the national program to prevent mother to child transmission of HIV in Ghana. *7th AIDS & Economics Pre-Conference, 20–21 juillet 2012, Washington, DC, États-Unis*.

63. Santos S. P. et al. Assessing the efficiency of mother-to-child HIV prevention in low- and middle-income countries using data envelopment analysis. *Health Care Management Science*, sous presse.

64. Marseille E. et al. *Adult male circumcision in Nyanza, Kenya: potential impact of five strategies to increase program efficiency*. Inédit, mai 2012.

65. Mahler H.R. et al. Voluntary medical male circumcision: matching demand and supply with quality and efficiency in a high-volume campaign in Iringa Region, Tanzania. *Public Library of Science*, 2011, 8 : e1001131.

66. Chandrashekar S. et al. The effect of scale on the costs of targeted HIV prevention interventions among female and male sex workers, men who have sex with men and transgenders in India. *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86 (Suppl. 1) : i89–i94.

67. Dandona L. et al. HIV prevention programmes for female sex workers in Andhra Pradesh, India: outputs, cost and efficiency. *BMC Public Health*, 2005, 5 : 98.

68. Amenyah R. et al. An economic evaluation of Ghana's national HIV/AIDS interventions for most-at-risk populations. *7th AIDS & Economics Pre-Conference, 20–21 juillet 2012, Washington, DC, États-Unis*.

69. Chandrashekar S. et al. The costs of HIV prevention for different target populations in Mumbai, Thane and Bangalore. *BMC Public Health*, 2011, 11 (Suppl. 6) : S7.

70. Tsemo S., Carael M., Lucas J. *Dispositif d'appui technique pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre*. Revue externe. Rapport interne pour l'ONUSIDA. 2012.

71. Leitch D., Carael M., Lucas J. *Technical Support Facility for Eastern Africa*. External review. Final report. 2011.

72. Leitch D., Mendoza A., Lucas J. *Technical Support Facility for Southern Africa*. External review. 2011.

73. Noble R. et al. *Management, accountability and performance review*. Technical Support Facility for South-East Asia and the Pacific. 2011.

74. Makotore A. et EGPAF. *Zimbabwe's experiences in reducing training costs associated with roll out of the revised 2010 WHO guidelines on PMTCT*. Harare, Fondation Elizabeth Glaser pour la lutte contre le sida pédiatrique (EGPAF) – Zimbabwe, 2012.

75. Resch S. et al. Economic returns to investment in AIDS treatment in low- and middle-income countries. *PLoS One*, 2011, 6 : e2510.

76. Stover J. et al. Long-term costs and health impact of continued Global Fund support for antiretroviral therapy. *PLoS One*, 2011, 6 : e21048.

77. Lawn S.D., Churchyard G. Epidemiology of HIV-associated tuberculosis. *Current Opinion in HIV & AIDS*, 2009, 4 : 325–333.

78. Abdool Karim S. S. et al. Timing of initiation of antiretroviral drugs during tuberculosis therapy. *New England Journal of Medicine*, 2010, 362 : 697–706.

79. Walton D.A. et al. Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25 : 137–158.

80. Koenig S.P. et al. Cost-effectiveness of early versus standard antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Haiti. *PLoS Medicine*, 2011, 8 : e1001095.

81. Darmstadt G. et al. Saving newborn lives in Asia and Africa: cost and impact of phased scale-up of interventions within the continuum of care. *Health Policy and Planning*, 2008, 23 : 101–117.

82. Hankins C., Forsythe S., Njehumeli E. Voluntary medical male circumcision: an introduction to the cost, impact, and challenges of accelerated scaling up. *Public Library of Science Medicine*, 2011, 8 : e1001127.

83. Marseille E. et al. Cost-effectiveness of the female condom in preventing HIV and STDs in commercial sex workers in rural South Africa. *Social Science & Medicine*, 2001, 52 : 135–148.

84. Dowdy D.W., Sweat M.D., Holtgrave D.R. Country-wide distribution of the nitrile female condom (FC2) in Brazil and South Africa: a cost-effectiveness analysis. *AIDS*, 2006, 20 : 2091–2098.

85. Wilson D.P. et al. *The cost-effectiveness of needle-syringe exchange programs in eastern Europe and central Asia: costing, data synthesis, modeling and economics for eight case study countries: report to UNAIDS*. Genève, ONUSIDA, 2012.

86. Rosen S. et al. Differences in normal activities, job performance and symptom prevalence between patients not yet on antiretroviral therapy and patients initiating therapy in South Africa. *AIDS*, 2008, 22 (Suppl. 1) : S131–139.

87. Beard J., Feeley F., Rosen S. Economic and quality of life outcomes of antiretroviral therapy for HIV/AIDS in developing countries: a systematic literature review. *AIDS Care*, 2009, 21 : 1343–1356.

88. Thirumurthy H., Zivin J.G., Goldstein M. The economic impact of AIDS treatment: labor supply in Western Kenya. *Journal of Human Resources*, 2008, 43 : 511–552.

89. Coetzee C. The impact of highly active antiretroviral treatment (HAART) on employment in Khayelitsha. *South African Journal of Economics*, 2008, 76 : S76–S85.

90. Bärnighausen T. et al., *The economic benefits of ART*:

evidence from a complete population cohort in rural South Africa 2nd International HIV Workshop on Treatment as Prevention, Vancouver, Canada, avril 2012.

91. Zivin JG, Thirumurthy H, Goldstein M. AIDS treatment and intrahousehold resource allocation: children's nutrition and schooling in Kenya. *Journal of Public Economics*, 2009, 93 : 1008–1015.

92. Thirumurthy H., Zivin J. G., Goldstein M. The economic impact of AIDS treatment: labor supply in western Kenya. *Journal of Human Resources*, 2008, 43 : 511–552.

93. Ventelou B. et al. Time is costly: modelling the macroeconomic impact of scaling-up antiretroviral treatment in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2008, 22 : 107–113.

investir durablement

NOTES

1. Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Libéria, Madagascar, Mali, Maroc, Maurice, Namibie, Niger, République centrafricaine, Sao Tome et Príncipe, Sénégal et Togo.

RÉFÉRENCES

1. Quatrième phase du Programme national de lutte contre le sida en Inde (2012-2017) [site Internet]. New Delhi, National AIDS Control Organisation (Organisation nationale de contrôle du sida), 2012 (<http://www.nacoonline.org/NACP-IV>, consulté le 15 juin 2012).

2. *Rapport d'activité sur la riposte au sida en Chine*. Beijing, ministère chinois de la Santé, 2012.

3. Système de notification des pays créanciers de l'OCDE [base de données en ligne]. Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2012 (<http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=2f06c3d1-f3fc-4295-937a-20642cc084eb>, consulté le 15 juin 2012).

4. *Budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA 2010-2011*. Genève, ONUSIDA, 2009 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/informationnote/2009/20090515_20102011_ubw_final_fr.pdf, consulté le 15 juin 2012).

5. *Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries: international assistance from donor governments in 2011*. Menlo Park, Ca, et Genève, Kaiser Family Foundation et ONUSIDA, sous presse.

6. Télécharger des données sur les subventions [site Internet]. Genève, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose

et le paludisme, 2012 (<http://portfolio.theglobalfund.org/fr/DataDownloads/Index>, consulté le 15 juin 2012).

7. *International assistance for HIV from non-DAC donor governments and philanthropies based in low- and middle-income countries*. Genève, ONUSIDA et NIDI, novembre 2012 (inédit).

8. Walz J., Ramachandran V. *Brave new world. A literature review of emerging donors and the changing nature of foreign assistance*. Washington, DC, Center for Global Development, 2011.

9. *Rapport de Deauville sur la redevabilité, 2011. Engagements du G8 sur la santé et la sécurité alimentaire : état d'avancement et résultats*. Paris, ministère des Affaires étrangères et européennes, 2011.

10. *Shifting paradigm: how the BRICS are reshaping global health*. New York, Global Health Strategies initiatives, 2012.

11. *Investments in HIV prevention research and development in 2011*. Genève, Groupe de travail sur le suivi des ressources pour les vaccins contre le VIH et les microbicides, 2012.

12. Bliss K. *Key players in global health: how Brazil, Russia, India, China and South Africa are influencing the game*. Washington, DC, Centre d'études stratégiques et internationales, 2010.

13. *US philanthropic support to address HIV/AIDS in 2010*. Arlington, VA, Funders Concerned about AIDS, 2011.

14. *European philanthropic support to address HIV/AIDS in 2010*. Bruxelles, European HIV/AIDS Funders Group, 2011.

15. *Rapport annuel 2011*. Genève, UNITAID, 2012.

16. *World wealth report 2010*. Paris, Capgemini/Merrill Lynch, 2011.

17. *Supporting the development of more effective tax systems. A report to the G-20 Development Working Group by the IMF, OECD, UN and World Bank*. Washington, DC, FMI, OCDE, Nations Unies et Banque mondiale, 2011.

ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA
ONUDC
ONU-Femmes
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

20, avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org